

11226
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS

DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS

SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE MERIDA YUCATÁN

LACTANCIA MATERNA Y SU INFLUENCIA EN LA TALLA Y EL PESO DEL
LACTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MERIDA YUCATÁN.

286514

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. WILLIAM MARTÍN FUENTES BAAS

MERIDA YUC. MÉXICO 1999

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "MERIDA"



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).

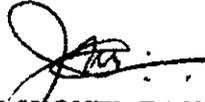
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR WILLIAM MARTÍN FUENTES BAAS

**LACTANCIA MATERNA Y SU INFLUENCIA EN LA TALLA Y PESO DEL
LACTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MERIDA YUCATÁN.**



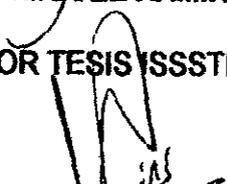
DR JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN:
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN MERIDA YUCATÁN.**



DR JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA

ASESOR TESIS ISSSTE



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

ASESOR TESIS UNAM

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. LETICIA EZNAURRIZAR JURADO

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

MERIDA YUCATÁN MÉXICO OCTUBRE 2000

LACTANCIA MATERNA Y SU INFLUENCIA EN LA TALLA Y PESO
DEL LACTANTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE MERIDA.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN

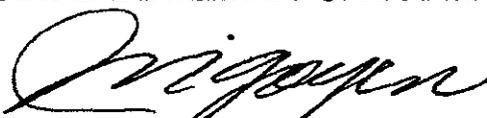
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA
DR WILLIAM MARTÍN FUENTES BAAS

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

~~DR MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDINA U. N. A. M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U. N.A. M

DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

I N D I C E

Introducción-----	5
Marco Teórico-----	6
Planteamiento del problema-----	55
Justificación-----	58
Objetivos-----	59
Hipótesis-----	60
Metodología:	
Tipo de Estudio-----	60
Población, lugar y tiempo-----	61
Tipo y Tamaño de la muestra-----	62
Criterios de selección, inclusión, exclusión y eliminación -----	63

Variables-----64

Procedimiento para captar la información-----68

Consideraciones Éticas-----70

RESULTADOS

Tablas y Graficas-----71

Descripción de resultados-----92

Resultados-----93

Análisis de resultados-----102

Conclusiones-----113

Sugerencias como Médico Familiar-----117

Bibliografía-----119

Anexos-----124

I N T R O D U C I O N

La importancia de la lactancia materna desde el punto de vista de salud pública, se desprende de sus múltiples ventajas que van de los elementos biológicos, hasta los psicosociales que permiten que la leche materna pueda ser calificada como única. (15)

Las experiencias epidemiológicas indican que la alimentación al seno complementada en el manejo apropiado con la ablactación protege al niño tanto de la obesidad como de la desnutrición. Lo previene de la diarrea e impide que el niño se vea afectado por algunas enfermedades infectocontagiosas y alérgicas, paralelamente evita transitoriamente que la madre se embarace y que la práctica de esta forma de alimentación reduce en la mujer el riesgo de padecer cáncer mamario en edades ulteriores.

Investigadores, de la Organización Panamericana de la Salud, han hecho notar resultados funestos del abandono precoz de la lactancia materna. Se ha informado que de cada diez niños fallecidos en el segundo semestre de la vida en América Latina ocho han sido destetados antes de cumplir seis meses. (24)

Por lo tanto es necesario señalar en este estudio las bondades de la lactancia natural y así generar un espíritu reflexivo, para despertar una conducta positiva acerca de la lactancia materna en el médico familiar, personal paramédico y en toda mujer en edad reproductiva, abatiendo con ello, los altos índices de morbi y mortalidad peri y neonatal en nuestro país.

M A R C O T E O R I C O .

TRASCENDENCIA BIOLÓGICA DE LA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

Se define la lactancia materna en términos de un acto reflejo e instintivo por parte del niño, que se complementa con una conducta materna iniciada también por instinto, alentada por estímulos sociales y guiada por conocimientos e información acerca de ella. La lactancia es la expresión de una conducta que manifiestan los animales mamíferos y el hombre. La lactancia genera y reafirma vínculos que enriquecen el ámbito afectivo y emocional en el que se desarrolla el mundo consciente de la mujer y el niño; Basta observar a una madre lactando a su hijo para inferir que ambos obtienen beneficios, la lactancia natural gratifica a ambos y da un significado más a la mujer. Por otro lado la bondad de la lactancia se manifiesta de manera objetiva en el crecimiento corporal del niño: al menos hasta el cuarto mes de vida, los infantes alimentados al exclusivamente al seno materno, tienen un crecimiento bastante satisfactorio; después de esta edad, si no se inicia la introducción de otros alimentos, ocurre en ellos una disminución en la velocidad con que aumentan su masa corpórea. Las experiencias epidemiológicas indican que la alimentación al seno, complementada en el momento apropiado con la ablactación, protege al niño tanto de la desnutrición como de la obesidad, lo previene de la diarrea e impide que el niño se vea afectado por algunas enfermedades infectocontagiosas y alérgicas. Paralelamente, la alimentación al seno evita que la madre se embarace de

nuevo y hay indicios que la práctica de ella reduce en la mujer el riesgo de padecer cáncer mamario en edades ulteriores. A pesar de estas ventajas, en los países pobres los medios de comunicación han difundido en años recientes pautas de conductas culturalmente establecidas en las naciones desarrolladas, modificando en ciertos grupos de población los conceptos que sirven de fundamento a la práctica de la lactancia materna. Como resultado de esta transculturación, las nuevas generaciones de madres que día a día se suman a la población de estos países, ejercen cada vez con menor frecuencia la lactancia natural. Mientras tanto curiosamente, la alimentación al seno tiende a recobrar la importancia de antaño en los países desarrollados e industrializados. Analizando las consecuencias de este cambio de conductas sobre las tasas de mortalidad infantil registradas en algunas ciudades de América Latina, investigadores de la Organización Panamericana de la Salud han hecho notar los resultados funestos del abandono precoz de la lactancia materna. Han informado que de cada diez niños fallecidos en el segundo semestre de la vida en estas ciudades, ocho han sido destetados antes de cumplir seis meses. Su principal objetivo deberá ser dirigido a modificar favorablemente las actitudes negativas de las madres, reforzando las positivas, a fin de que la alimentación natural sea ejercida en forma exitosa por un mayor número de mujeres. Las experiencias indican que mediante la educación de las embarazadas es posible enmendar decisiones adoptadas de manera anticipada favoreciendo la lactancia al seno. Cabe hacer énfasis en que los programas de educación para el fomento a la lactancia materna deben apoyarse en algunas acciones

políticas. Entre ellas insistir en hacer efectivos los reglamentos basados en el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. Es preciso adoptar una conducta más enérgica con la propaganda y la publicidad que tiendan a desplazar a la lactancia natural. También es deseable pugnar por la aplicación de los artículos de la Ley, que teóricamente brindan facilidades a las madres que trabajan, para alimentar a sus hijos cuando se encuentran en una guardería. (24)

BASES BIOLÓGICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La glándula mamaria está constituida por 10 a 15 lóbulos, cada uno de los cuales desemboca independientemente en el pezón por medio de un conducto propio. Este conducto recibe la secreción láctea a través de un sistema tubular ramificado. Debido a esto, la glándula mamaria es clasificada histológicamente como un conjunto glandular tabular alveolar. Estos lóbulos están separados por hojas de tejido conjuntivo firme; la hoja superior lateral llamada ligamento suspensorio de Cooper, es responsable de dar sostén a la mama. Todos estos elementos glandulares están embebidos en una trama de tejido conectivo firme y tejido adiposo, conocida como estroma mamario. La inervación es muy rica y proviene de los nervios intercostales, probablemente es el cuarto nervio intercostal, ya que da inervación aferente y eferente al pezón. A través de ella se establecen los reflejos neurovegetativos, que originados en la estimulación sensorial del pezón y la areola, dan lugar a descargas de Prolactina

y oxitócica. Estas hormonas juegan un papel muy importante en la lactopoyesis. La irrigación esta dada en su mayor parte por la arteria mamaria lateral, rama de la subclavia y en menor proporción por la mamaria interna, rama de la epigástrica. El plexo linfático es abundante y desemboca en los conjuntos ganglionares de la axila y el cuello. El pezón y la areola son elementos constituidos por una condensación del epitelio escamoso. Además de contener en su interior la porción terminal de los conductos galactóforos tiene una inervación abundante constituida por corpúsculos de Meissner terminaciones discordes u terminaciones libres. La unidad secretora básica es el alvéolo, el cual esta formado por una capa simple de células cuboides y calumniares descansando sobre una membrana basal. El alvéolo sintetiza la leche y es el que sufre crecimiento y regresión durante las diferentes fases del desarrollo mamario mama génesis. Los alvéolos están rodeados por células mioepiteliares, llamadas células en "canasta", con capacidad contráctil, sensibles a la presencia de oxitócica. Su contracción permite el vaciamiento del contenido alveolar a la luz de los conductos galactóforos durante el reflejo de la eyección de la leche. Los conductos galactóforos están también envueltos por estas células mioepiteliares, tanto en sentido transversal como longitudinal. Su funcionamiento es similar al descrito para las células en "canasta". El desarrollo y función de la glándula mamaria comprende tres etapas¹; Desarrollo mamario; 2; secreción de la leche (lactogénesis), y 3; Eyección láctea. Todas ellas dependen de proceso de regulación endocrina. MAMOGENESIS; El desarrollo de la mama se inicia en la etapa fetal con la formación de un botón ectodérmico,

que se ramifica en el mésoenquima configurando los primordios de lo que serán más tarde los lóbulos. El desarrollo se detiene en esta fase y vuelve a recomenzar durante la pubertad. Durante ella, aumenta la arborización de los ductos y aparecen los primeros folículos secretorios. Se acompañan de una importante acumulación de tejido conectivo y tejido adiposo, y principalmente del desarrollo del pezón con todas sus estructuras glandulares y nervios altamente especializados. El desarrollo postpuberal de la glándula mamaria ha sido dividido en cuatro etapas funcionales 1: inactiva en la mujer no embarazada, no lactante; 2; activa o proliferativa, que ocurre durante el embarazo; 3; secretora durante la producción de leche, y 4; Regresión o atrofia, que ocurre tanto después de la lactancia como la menopausia. Durante la etapa inactiva existen pocos cambios. Aunque se han sugerido que pudieran existir modificaciones durante el ciclo menstrual, éstas son más de orden circulatorio que celular. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo marcan el inicio de la fase proliferativa. Durante ella existe un aumento notable en la arborización de los conductos y la aparición progresiva de mayor número de unidades alveolares. Al final del embarazo se encuentra muy aumentada la división celular, principalmente en las porciones alveolares de la glándula, atribuyéndose a las acciones mamotrópicas que tienen la somatropina y la prolactina, independiente de sus acciones galactopoyéticas. La acción proliferativa de la mama durante la última parte de la gestación depende del lactógeno placentario. La combinación de estrógenos y progesterona interviene en el desarrollo alveolar mientras que los estrógenos intervienen principalmente al nivel de los conductos galactóforos.

Las hormonas con mayor efecto mamogénico son los estrógenos, la somatotropina y la prolactina así como la insulina y el cortisol. Todas éstas por si solas o en forma conjunta son capaces de estimular el crecimiento celular de la mama. LACTOGENESIS, Dentro de las primeras doce horas después del parto se observan cambios importantes en la célula secretora, la cual desarrolla las características citológicas de una célula exócrina. Se observan numerosos ribosomas libres y gránulos de secreción en el citosol. A las cuarenta ocho horas posparto, aparece gran cantidad de vacuolas de lípidos desplazados hacia la zona apical; en esta misma región se observan gránulos secretorios de proteínas. La luz de los alvéolos comienza a distenderse por el contenido de leche, las mamas se ingurgitan y en algunos casos se muestran inflamadas y dolorosas. Si se establece una succión temprana el vaciamiento del contenido mamario retroalimenta la producción de leche. La señal hormonal más importante para iniciar la producción de leche es la caída brusca en la concentración de progesterona plasmática después del parto. La prolactina alcanza concentraciones cercanas a los 200ng/mL durante el embarazo, en el posparto inmediato disminuye acerca de 50 Ng /mL y aumenta progresivamente durante la lactancia exitosa. Pero lo más importante es que durante el estímulo de la succión alcanza concentraciones episódicas entre 100 y 200 Ng/ mL que guardan relación con el mantenimiento de una velocidad de producción de leche adecuada. Este aumento en la concentración de prolactina se debe muy probablemente a que el estímulo neurogénico despertador por la succión del pezón inhibe la síntesis y actividad del factor inhibidor de la liberación de

prolactina PIF. La progesterona debido a su capacidad de aumentar las concentraciones del PIF, inhibe la lactancia. El reflejo de eyección láctea se inicia con la estimulación del pezón, el cual asciende por vía vagal hasta los núcleos supraoópticos y paraventricular del hipotálamo, donde se transforma en una descarga de oxitocina una vez en la circulación actúa sobre las células mioepiteliales provocando la eyección láctea. La actividad de la oxitocina sobre el músculo liso hace que el reflejo de eyección de la leche se acompañe de contracciones uterinas sensibles que son interpretadas como cólicos(entuetos) y en algunas ocasiones como una sensación placentera similar al orgasmo.

SÍNTESIS; Se han descrito cinco mecanismos para la síntesis de la leche. Estos operan paralelamente para transformar los nutrientes obtenidos de la sangre en componentes de la leche. Algunos de estos mecanismos de secreción, tales como la formación de gránulos de secreción que contienen proteínas, son comunes a otros órganos como el páncreas, el hígado o las glándulas salivales; en contraste, el mecanismo de expulsión de lípidos de los lactocitos es único La bilirrubina es sintetizada por el sistema reticuloendotelial partir del heme en el período neonatal. Una gran cantidad de heme es catabolizada como consecuencia de la destrucción de eritrocitos, y por esto el niño precisa excretar grandes cantidades de bilirrubina. El catabolismo de 1 gr de hemoglobina genera 34 mg de bilirrubina. En niño a término, la concentración de bilirrubina en suero suele alcanzar un valor máximo de 6 a 7 mg/dl al tercer día de vida y disminuir 2 a 3 mg/dl a los 6 días y descender al valor del adulto normal de 1 mg /dl aproximadamente a los catorce días en el recién nacido, raras veces se detecta

una ictericia cuando la concentración de bilirrubina en el suero esta por debajo de los 7mg /dl. Varios. Estudios indican que la hiperbilirrubinemia es más frecuente con lactancia materna que con leche artificial incluso durante los tres primeros días de vida. Después del tercer día de la vida, se observan concentraciones de bilirrubina en suero superiores a los 10mg/dl en un 0.5 a un 2% aproximadamente de los niños suelen tener aspecto sano, están vigorosos y ganan peso con normalidad. Se ha dicho que un ritmo de lactancia de 10 a 20 mamadas al día reduce el aumento de bilirrubina en suero aunque el riesgo de la lesión del sistema nervioso en recién Nacidos con ictericia no presenta una correlación estrecha con la concentración de bilirrubina en suero se ha recomendado un retraso en la fototerapia, hasta que la concentración de bilirrubina en suero alcance de 17.5 a 22 mg/dl y las ex sanguino transfusiones hasta que alcance de 22 a 29 mg/dl. La interrupción de la lactancia materna a la alternancia de esta con una leche artificial durante varios días suele evitar la necesidad de efectuar fototerapia. Se ha presentado Kernicterus en un niño con lactancia materna sin evidencia de enfermedad hemolítica(por ejemplo debido a la incompatibilidad de grupo sanguíneo); Algunos especialistas creen que no es preciso interrumpir la lactancia materna hasta que el nivel de suero alcance 20 MG / dl o de 16 a 25 MG, / dl, hasta que se puedan evaluar mejor los riesgos de su mantenimiento en niños con una concentración de bilirrubina en suero encima de 15 a 16 MG, / dl puede que sea terrible interrumpir durante 24 a 48 horas al llegar a estos niveles de bilirrubina en suero o alternar la lactancia materna con la alimentación artificial, durante varios días 6.Mecanismo para

sintetizar leche humana en la mama 1.proteínas,lactosa,calcio, fosfato y citrato. Son empaquetados en vesículas secretoras y excretoras a la luz alveolar por exocitosis Mecanismo2.Los triglicéridos sintetizados en el citosol y en el retículo endoplásmico liso, coalescen en vacuolas dirigiéndose al ápice de la célula; ahí son envueltos por una porción de la membrana apical entre el cloro y el bicarbonato. Mecanismo3.El sodio, el potasio, y el agua atraviesan la membrana libremente. El agua lo hace de acuerdo a un gradiente osmótico impuesto por la lactosa. Se ha postulado un mecanismo de transporte activo en la membrana apical entre el cloro y el bicarbonato. Mecanismo4.La inmunoglobulina A y otras proteínas son unidas a un receptor membranas para ser agregadas en vesículas endocíticas, las cuales las transportan a la membrana apical para ser excretadas a la leche. Mecanismo 5.Ésta vía involucra el paso entre las paredes laterales de las células epiteliales; por esta razón se le designa como mecanismo para celular; a través de él se transportan células, proteínas plasmáticas y sodio. Durante el embarazo las uniones para celulares herméticas se encuentran separadas, cerrándose progresivamente entre el final del embarazo y el principio de la lactancia. COMPOSICION DE LA LECHE. La leche es compleja.hasta el momento se le conoce que contiene más de 200 componentes y continuamente se identifican nuevos constituyentes la alta concentración de lactosa parece tener relación con el rápido crecimiento de un cerebro proporcionalmente muy grande, mientras que el comparativamente lento crecimiento corporal es satisfecho con el bajo contenido de proteínas la relación calcio/ fósforo y las de caseína proteínas del suero son menores en la

leche humana, el contenido de lípidos es normal, la proporción es de 1.5 x 100 de proteínas, 3-5 por 100 de grasas, 7 x 100 de carbohidratos, 0.2 de minerales (sólidos totales 12 x 100) y agua de 88 x 100. El valor calórico de la leche materna es de 20 calorías (70 – 80 cha) x cada 30 ml una onza. Hay dos tipos de proteínas: la lactoalbúmina y la caseína, La lactoalbúmina contiene todos los aminoácidos esenciales para el recién nacido. La caseína tiene la cualidad importante de formar coágulos finos, flocúlense, fácilmente digeribles en contraste con la caseína de la grasa dando lugar a pequeñas gotitas fácilmente digeribles. Carbohidratos están presentes en forma de lactosa. (2) Algunos factores pueden afectar la composición y el volumen de la leche, entre ellos se encuentran etapa de la lactancia, estado de nutrición de la madre y la respuesta inmediata a la dieta. ETAPAS DE LA LACTANCIA El calostro secreción láctea temprana (primero al quinto día), es extremadamente rico en proteínas principalmente IGA y en componentes celulares como macrófagos; su contenido en lactosa y grasas es bajo. La leche no se forma inmediatamente después del parto; durante los dos o tres primeros días, la secreción de la mama consiste en calostro, difiere de la leche tanto en su apariencia como en su composición. Es de color amarillo, consistencia más espesa y solamente se forma en pequeñas cantidades. El calostro contiene un alto contenido proteico y un bajo contenido en grasas y carbohidratos. (2) El contenido proteico de la leche tiende a disminuir, y el de lactosa y grasa a aumentar a medida que el calostro pasa a ser leche transicional (quinto a trigésimo días posparto) y leche madura trigésimo día en adelante.

EFFECTO DE LA DIETA. La composición de ácidos grasos de la leche humana varía notablemente en respuesta a la composición de ácidos grasos de la dieta materna los carbohidratos se ven afectados en pequeña magnitud dependiendo del consumo energético total de la madre. Las proteínas y los compuestos nitrogenados tienden a mantenerse estables. Entre los alimentos que presentan mayor variación con la dieta se encuentran algunos oligominerales como zinc, selenio y cobre así como vitaminas, entre ellas A, B, C, D. También existen variaciones de tipo circadiano en la concentración de lípidos y lactosa de la leche. (25) La recomendación internacional de ingestión de calcio y fósforo en la mujer que amamanta es de 1.200 mg x día para cada nutrimento. . En México la ingestión habitual de calcio en mujeres lactantes del área rural se estima en alrededor de 800 mg / día. Rosado y col. En un estudio en que utilizaron un prototipo de dieta rural mexicana, refieren una ingestión de calcio de 650 mg / día proveniente principalmente del consumo de la tortilla. En este estudio, se observa que el grupo de mujeres no lactantes presenta un balance negativo de calcio, debido probablemente a la baja biodisponibilidad del nutrimento por interacción con la fibra y fibratos de la dieta. Una alta ingestión de fósforo compite en la absorción intestinal del calcio y favorece una mayor excreción fecal del mismo. La ingestión de calcio de la madre puede influir en el contenido de la leche que produce; sin embargo se observa en mujeres de África y Asia con un consumo bajo de calcio, contenidos de calcio en leche similares o mayores a lo referido por lactantes procedentes de E. U. A. INGLATERRA con consumos de calcio de acuerdo a las recomendaciones. Un

estudio de suplementación de calcio no observa modificaciones en el contenido de calcio en leche por lo que se postula que la producción de calcio en leche es sostenida principalmente por la movilización de calcio óseo, como lo sugieren las observaciones de pérdida de densidad ósea del radio y vértebras lumbares en la mujer lactante. En mujeres del área rural de México, la lactancia materna es la única forma de alimentación del recién nacido hasta cerca de los seis meses de edad. Aún con la introducción de otros alimentos, la lactancia materna se prolonga hasta cerca de los 12 meses de edad del bebé. (5)

EFFECTOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES.- Para que la práctica de la lactancia materna se establezca y continúe con éxito, es necesario que durante el embarazo y el puerperio inmediato las madres conozcan las ventajas de alimentar a sus hijos con leche materna y los aspectos prácticos de las técnicas de amamantamiento. La mujer embarazada debe prepararse tanto física como psicológicamente, para lactar a su hijo durante un periodo suficiente que permita una alimentación óptima y un adecuado inicio de la ablactación; esto se lleva a cabo mediante la instrucción sobre técnicas de amamantamiento, cuidados de los pechos, formación y preparación de los pezones y el convencimiento de que no hay otra leche mejor que sustituya a la propia para alimentar al recién nacido. Las mujeres cuyo grado de escolaridad formal era bajo amamantaron a sus hijos durante más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados(11) Hace dos décadas se aceptaba que el estado nutricional de la madre sobre todo en comunidades pobres influía en la composición y volumen de la leche, afectándose negativamente la

segunda. La leche de madres con desnutrición marginal tiene una concentración ligeramente más baja de lípidos (2.5%)y más alta de lactosa 7.5 g/ dL respectivamente. No hay contraindicación de que las madres con nutrición subóptima alimenten a sus hijos al pecho excepto en los casos de grave emaciación. (12) el amamantamiento por sí solo es un método adecuado para mantener entre dos partos un tiempo más o menos razonable para la salud de la madre y del producto aún con lactancia parcial. Las mujeres con lactancia exclusiva tardaran mayor tiempo en presentar el primer sangrado posparto; lo que demuestra, que no es el medio sino el patrón de lactancia y la introducción de alimentos lo que influye en su aparición. La amenorrea de la lactancia y la infertilidad están estrechamente asociadas y aunque la menstruación no siempre va precedida de ovulación, constituye la forma más accesible y fácilmente visible de que se ha recuperado la función ovárica y por lo tanto el primer sangrado menstrual puede ser considerado como un signo para iniciar métodos anticonceptivos más eficaces principalmente cuando la amenorrea tiene una duración mayor de seis meses; las últimas publicaciones están de acuerdo de que en tanto la mujer permanezca en amenorrea y en lactancia absoluta, presenta una protección contra el embarazo de 98% durante los primeros meses posparto. Aún no se conoce bien el mecanismo de la amenorrea de la lactancia, aunque se sabe que los niveles de prolactina están elevados y disminuyeron gradualmente conforme se recupera la función ovárica. Así mismo existe una marcada relación entre los estímulos de succión y los valores de esta hormona y la introducción de alimentos suplementarios disminuye el número de succiones,

los cuales a su vez se relaciona con una caída en los niveles de prolactina. La amenorrea más prolongada se encontró en aquellas mujeres con lactancia absoluta, las cuales tuvieron mayor número de succiones y niveles más elevados de prolactina. (3) Prentice; refiere que existe una gran variación en el contenido de calcio en leche entre las mujeres de una misma población hay coeficientes de variación amplio 20 a 30%. Sin identificar una razón existe estas diferencias. Dewey y Lornerdal, proponen que el amplio margen puede estar asociado a la edad de la mujer o paridad por lo que las mujeres jóvenes pueden tener concentraciones menores de calcio en leche; sin embargo otros autores no encuentran tal asociación. El contenido de calcio en leche se sostiene independientemente del consumo del nutrimento a partir de la dieta como se describe en mujeres en Gambia y de Inglaterra. Ya establecida la lactancia la mujer secreta 240 – 300 mg de calcio en la leche diariamente: si esto se sostiene por 6 meses, la demanda total de calcio sería entre 47 y 63 g. Se considera que esta demanda se puede cubrir por dos mecanismos: movilizándolo calcio óseo y conservando calcio renal. Estudios longitudinales en mujeres de Gambia demuestran, que en mujeres lactantes con un consumo bajo de calcio (300 mg / día) ocurren ajustes en el ámbito renal y óseo, las cuales proveen una proporción importante de calcio lácteo. Análisis de la cinética de calcio con calcio 44 muestra que la mujer lactante con ingestión baja de calcio (400 mg / día) está en balance negativo y que existe un predominio de resorción ósea sobre formación de hueso. En estudios realizados en mujeres después del destete, existe una recuperación con predominio en la acreación del hueso sobre

la resorción. Los estudios de los indicadores bioquímicos, parecen apoyar un gran recambio óseo; sin embargo se observó durante la lactancia una elevación en el contenido de la fosfatasa alcalina y un aumento en la osteocalcina, al mismo tiempo que un aumento en la eliminación urinaria de hidroxiprolina. Todos estos indicadores sugieren un gran recambio óseo pero sin poder definir si predomina la formación o la resorción óseas. Kent y colaboradores; refieren una disminución en la concentración de PTH, en los primeros meses de lactancia. Con la lactancia, los niveles hormonales se encuentran muy abatidos en promedio durante 150 días (cuatro meses) y los estrógenos actúan como un agente bloqueador en el mecanismo de la resorción ósea, en un mecanismo similar al de la mujer post menopausica. Sin embargo no se puede descartar el papel de otro agente favorecedor de la resorción ósea (PTH, Osteocalcina) Que facilite la desmineralización de la madre. La reducción en la excreción urinaria de calcio en la mujer es de poca magnitud en la etapa temprana de la lactancia(alrededor 30 mg / día de ahorro); hay un ahorro de fósforo en los primeros dos meses. Al no observarse modificaciones en la concentración de PTH durante un ciclo de lactancia, se sugiere que esta hormona o factor regule la absorción tubular renal de calcio; PTH v p (proteína unida a la parathormona) la cual es un péptido muy semejante a la PTH y presenta acción similar en hueso y riñón. Se dice que una elevada excreción de fósforo por orina es un mecanismo paralelo a la conservación renal de calcio que se presenta en la lactancia y que es regulada por la PTH. Kent y colaboradores; describen que en los tres primeros meses de la lactancia coexiste una disminución en la excreción

urinaria de fósforo y calcio, lo cual no puede ser explicado con base en la regulación de PTH. La ingestión promedio de fósforo en la mujer del medio rural con su dieta habitual se encontró cercana a las recomendaciones y parecería que un incremento en la ingestión de calcio de 700 mg / día tuvo balances negativos de calcio. En los lactantes el balance negativo se intensificó por un aumento en la excreción fecal de calcio. La evidencia apunta a que hay un ajuste metabólico (conservación renal y la movilización del calcio óseo), que participa en mantener el calcio en leche de las mujeres rurales en concentraciones similares a la población con nutrición adecuada. Existe la observación de que terminada la lactancia, las mujeres que amamantan recuperan la masa ósea movilizada durante la lactancia. (5) La glándula mamaria durante el embarazo sufre una serie de procesos de crecimiento y maduración cuyas características dominantes es la hiperplasia, esto permite la proliferación del epitelio mamario, unidad funcional que más tarde se encargara de la síntesis de leche durante el proceso, la captación de aminoácidos, se ve importantemente aumentada para ser utilizados en la síntesis de proteínas estructurales. Al mismo tiempo en el cuerpo de la madre ocurre una acumulación de lípidos en el tejido graso y la captura de aminoácidos por el músculo estriado aumenta así como la velocidad de síntesis de proteínas, se desconoce cuales son las modificaciones que sufre la velocidad de degradación parecería estar aumentada a satisfacer una adecuada disponibilidad de ellos. Con el fin de satisfacer las demandas que va a imponer la lactancia sobre el metabolismo interno. A partir del alumbramiento de las membranas las concentraciones de

progesterona caen abruptamente y los de prolactina aumentan importantemente en el suero. Esto parece constituir la señal para que inicie la actividad secretoria del epitelio mamario. Los sustratos para la síntesis de la leche son extraídos de la circulación como tales, o bien como ocurre en la mayoría de los casos, como metabolitos que son procesados por el lactocito. Algunos componentes atraviesan de manera activa o pasiva, la membrana externa y son excretados a la luz del alvéolo de la misma manera; tal es el caso del agua y los minerales. Otros componentes después de atravesar la membrana externa son procesados a través de varias vías metabólicas para ser extraídas a la luz alveolar convertidos en otros productos; tal es el caso de las proteínas de la leche, los lípidos y la lactosa. Algunas células, las proteínas del suero y demás minerales como el sodio pueden pasar a través de las uniones para celulares. El lactocito sintetiza tres tipos principales de proteínas; las estructurales, las catalíticas y los de exportación es necesario el aporte de aminoácidos; en el organismo bien nutrido éstos provienen principalmente de la dieta. Las proteínas estructurales, son esencialmente lipoproteínas de las membranas, son de una vida media muy corta ya que los productos del lactocito entre ellos las proteínas y la lactosa pero principalmente, los lípidos son extraídos al alvéolo, envueltos en fragmentos de membrana celular. Las proteínas catalíticas son principalmente enzimas necesarias para los procesos metabólicos y otras como la lactoalbúmina puede llegar a construir el 30% de las proteínas de la leche, cuya función principal es participar en el complejo enzimático para la síntesis de lactosa. Las proteínas de exportación son los específicos de la leche como la

caseína, la lactoglobulina y las inmunoglobulinas. Estas últimas tienen especial importancia la IgA secretoria no solo por su papel protector sino porque ocupa cuantitativamente una proporción importante de las proteínas de la leche. Durante la lactancia todos los indicadores relacionados con la síntesis proteica del tejido mamario están elevados tal ocurre con la captación de aminoácidos. La concentración de RNA, la actividad de la glutamil transferasa y la velocidad fraccional de síntesis de proteínas. La concentración de proteínas de la leche es variable de especie a especie, mientras en el hombre es apenas 0.8%, la cantidad de proteínas de la leche de la especie humana. La síntesis de la leche parece tener prioridad incluso sobre las funciones de conservación de la homeostasis nutricional de la madre. Este hallazgo parece demostrado, ya que algunos animales bien alimentados incluyendo el humano pierden peso durante la lactancia. Esta pérdida de peso hace evidente que las demandas energéticas de la lactancia exceden calóricamente a la ingesta de alimentos. La concentración de proteínas se mantiene dentro de los límites muy estrechos. Aun cuando se produzca una restricción en la ingesta clórica o en la cantidad de proteínas dietaria, su concentración en la leche varía poco pero la pérdida neta de masa corporal de la madre se hace mayor. Se ha informado que en poblaciones marginalmente nutridas, el promedio de leche excretada en 24 horas es inferior a las de las madres de comunidades óptimamente nutridas, recientemente utilizando diferentes técnicas varias investigaciones han concluido tal diferencia es poco importante y parece ser más una consecuencia que una causa del deterioro de la velocidad de crecimiento de los niños alimentados

exclusivamente al pecho. Tal deterioro ha sido atribuido a la agresión ambiental especialmente a la bacteriana. Durante la lactancia se produce una pérdida neta de la masa proteica corporal evaluada principalmente por cambios en el peso de cargas libre de grasas o por sus métodos isotópicos. (26)

EPIDEMIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA.-El amplio abandono de la alimentación al seno materno es una característica del siglo XX. Hoy día existe una marcada variación en la incidencia de la lactancia materna.así como la edad del destete, las diferencias en los índices de la alimentación al seno parecen resultar principalmente de factores culturales. (23) Más que de capacidades biológicas de grupos de mujeres. En 1986 las encuestas sobre la práctica de la lactancia materna en México, mostraron que 19.9% de las madres no iniciaba la lactancia materna y 42.2% de las que sí lo hizo la abandonó antes de los tres meses. La encuesta nacional de salud de 1988, reveló que 19% de las mujeres puérperas no inició la lactancia materna, 15% amamanto menos de un mes y sólo 25% lo hizo en un período de uno o tres meses. Para que la práctica de la lactancia materna se establezca y continúe con éxito es necesario, que durante el embarazo y el puerperio inmediato las madres conozcan las ventajas de alimentación a sus hijos con leche materna y los aspectos prácticos desde las técnicas de amamantamiento. (11) La importancia de la lactancia materna desde el punto de la salud pública, se desprende de sus múltiples ventajas que van de los elementos biológicos hasta los psico sociales y que permiten que la leche materna sea calificada como única. Al analizar las

encuesta nacional de salud de 1986 con aquellos niños que no recibieron lactancia materna, abarca un 62.6% de niños menores de un año con insuficiente o nula alimentación al seno materno e n sus etapas iniciales de crecimiento. La sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas, es un serio problema tanto en el área rural como urbana y se manifiesta como un abandono total, algunas investigaciones sobre el tema apuntan como causas de la falta de amamantamiento o suspensión precoz están las siguientes: insuficiencia total o parcial en la producción de leche; consejo médico e influencia de las prácticas institucionales; problemas de salud de la madre e hijo. Desconfianza y desconocimiento del valor nutritivo de la leche materna; rechazo por parte del lactante y por último problemas laborales. (16) El tiempo de lactancia debe adaptarse a las características y necesidades de cada región, pudiendo ser variable pero nunca menor de 6 meses. En el ámbito nacional. En los últimos treinta años existe la tendencia de las madres de alimentar a sus hijos lactantes con seno materno por corto tiempo; que predomina la alimentación mixta y que no se da seno materno de 15 a 32% de lactantes como producto de la ignorancia; por lo tanto para disminuir el problema se propone generalizar acciones de promoción de la lactancia materna en programas educativos que en algunos lugares ya existen. Encaminados a la enseñanza y orientación a las madres durante el último trimestre del embarazo. Así como motivar al médico y al personal paramédico para que conozcan a fondo la importancia de esta práctica. Modificar la propaganda comercial que tiende a desplazarla y reforzar actitudes positivas de las madres para que de esta manera se logre generar

cambios positivos de conducta que la estimulen a practicar en sus hijos este tipo de alimentación. (10)

La lactancia es una forma de anticoncepción culturalmente aceptada por todas las sociedades y constituye en muchos países desarrollados, la única forma de regulación de la fertilidad durante el posparto, hasta la aparición de la primera menstruación, la cual no necesariamente implica el retorno de la ovulación, ya que este primer sangrado menstrual posparto puede ser anovulatorio. Existen datos de que un intervalo de dos años entre los partos es vital para la supervivencia infantil y para mejorar el estado de salud de las madres en los países subdesarrollados. Por tal motivo, en los programas de atención materno-infantil se hace énfasis en que las mujeres lleven a cabo planificación familiar. (3) La lactancia materna es un factor crítico en la nutrición, el crecimiento, la salud y la supervivencia del niño durante los primeros meses de vida en especial los grupos de baja condición socioeconómica. En los países en vías de desarrollo, la lactancia al pecho provee los nutrientes que el niño necesita para mantener un buen estado nutricional y además, tiene un papel importante en la protección contra las infecciones intestinales. Al planificar las intervenciones para prevenir la incidencia y reducir la gravedad de las enfermedades diarreicas a través de la lactancia materna debe considerarse que; las tasas de morbilidad y mortalidad y la gravedad de los episodios por diarrea son menores en los niños alimentados con seno materno dichas tasas pueden disminuirse mediante el fomento a la lactancia materna. El seno materno exclusivo o parcial ofrece protección a los niños hasta un año de edad. La

protección es mayor durante los tres primeros meses de vida. Durante el primer año de vida la lactancia materna exclusiva confiere más protección que la lactancia materna parcial, la cual a su vez proporciona mayor protección que la artificial. Después del periodo de lactancia materna exclusiva, la lactancia materna prolongada durante el resto del primer años de vida y por parte del segundo aunque no protege totalmente contra las infecciones intestinales, logró que las diarreas sean menos frecuentes, de duración menor y de gravedad. Es probable que los niños alimentados al seno materno, tengan mayor estado nutricional, lo que puede tener efecto al disminuir la duración y gravedad de las diarreas. El concepto clínico de la lactancia materna debe divulgarse adecuadamente y lograr que constituya una parte importante de los programas de entrenamiento del personal de salud. El riesgo de la infección intestinal en el niño aumenta cuando principia la introducción de alimentos complementarios; cuando estos se preparan adecuadamente, bajo buenas condiciones de higiene, el riesgo es mínimo o inexistente de infección, por el contrario cuando se preparan en un ambiente en donde la contaminación fecal es común, la posibilidad de contraer procesos infecciosos intestinales son grandes. Se recomienda que junto con la promoción de la lactancia materna se incluya el manejo adecuado del destete, vigilando la introducción de alimentos complementarios durante el primer año de vida, utilizando de preferencia los alimentos disponibles localmente. Debe promoverse el mejoramiento de las condiciones higiénicas en que se preparan los alimentos a nivel del hogar. De esta manera podría lograrse que el niño sufra menos procesos infecciosos

intestinales después del período de lactancia materna. (22) Diversos estudios epidemiológicos han documentado las ventajas que se desprenden de la lactancia para los niños, las madres, la familia y la sociedad. A pesar de estos beneficios, actualmente un gran número de mujeres en todo el mundo no amamanta a sus hijos o los alimentan al seno materno por periodos cortos. Desde la década de los setenta, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Y LA Organización Mundial de la Salud (OMS) pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural. Dentro de las acciones realizadas

,Destacan la creación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, la implementación de la iniciativa de Hospitales Amigo del niño de los Niños (IHAN) (1989), LA declaración De Inceñid (1990) y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia como parte de la IHAN y desarrollo un programa nacional denominado Hospital Amigo del Niño y de la Madre(IHAN y M), que incorpora, además de los Diez pasos para una feliz lactancia natural, 15 acciones adicionales a favor de la salud de las madres y los niños. Un elemento fundamental dela IHAN y de los HAN y M es la capacitación del personal de salud. De acuerdo con los criterios globales de la OMS / UNICEF, el segundo paso consiste en capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esa política, y la misma deberá ser al menos de 18 horas de duración con un mínimo de tres horas de práctica clínica supervisada. A partir de la década de los ochenta diversos autores han resaltado la importancia de la capacitación en lactancia materna para el

personal de salud. El estudio de Vandale describe además, un mejor peso en los cuatro meses de vida y una menor morbilidad en los niños que fueron atendidos posterior al programa de capacitación en lactancia. La capacitación sobre lactancia al personal de salud se acompaña de cambios en el programa institucional de lactancia y en la práctica clínica, la que a su vez influye en los programas de alimentación con un probable incremento en el número de niños con lactancia materna (exclusiva y completa), un mejor crecimiento y una menor morbilidad durante sus primeros cuatro meses de vida. Una política por escrito sobre lactancia y la capacitación del personal de salud representan los castillos de la construcción del proceso de cambio del personal institucional en la atención de una mujer que desea amamantar. (8) En diciembre de 1988 la OMS y UNICEF presentaron los diez pasos hacia una lactancia natural y exitosa, en esta declaración, se abordan las prácticas de los hospitales y los conocimientos básicos que se recomiendan para el personal de servicios de salud.

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. - Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural.
2. -Capacitar a todo el personal de salud.
3. -Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural.
4. -Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. -Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia

Incluso si han de separarse de sus hijos.

6. -Dar a los recién nacidos sólo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a menos que estén médicamente indicados

7. -Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.

8. -Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

9. -No ofrecer a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.

10. -Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos. (13)

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.- Las ventajas nutricionales, inmunológicas y anticonceptivas de la lactancia natural forman parte de la base sobre los que descansan los programas de su promoción, gestionados por organizaciones de salud en países en desarrollo. (15) Hasta hace unas décadas en México la lactancia natural era el estilo de alimentación más frecuente para los menores de un año de edad. A partir de la posguerra la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la propaganda y la aparición de leches industrializada han acelerado estos cambios en los hábitos de alimentación. En algunas comunidades rurales tradicionales cerca del 97% de niños es amamantado al menos durante seis meses El cambio de estilo en la alimentación de los lactantes ha traído graves consecuencias para la salud de la población infantil de los países en vías de desarrollo. En comunidades con buena sanidad ambiental los efectos de la alimentación con leche industrializada sobre la morbilidad mortalidad infantil son menos aparentes De

acuerdo a las recomendaciones dietarias de la FAO-OMS el consumo energético de un lactante entre el nacimiento y el año de edad varía de 120 cal /kg, durante los primeros meses hasta 106Kcal/kg, al año de edad. Lo anterior implicaría una producción promedio de leche materna de 700 a 1300mL, para mantener el crecimiento esperado de un niño en el percentil 50. Los estudios realizados por la Molsos volúmenes producidos por madres con diversos estados nutricionales tienen límites entre 500-850mL en 24 horas, a pesar de la cual el crecimiento ponderoestatural de sus hijos es comparable al de los alimentados con fórmula láctea. Existen algunas diferencias en el crecimiento de niños alimentados al pecho en relación con los de la fórmula. Probablemente la diferencia más notable se relaciona con la adiposidad. Los niños alimentados al pecho tienen medidas de pliegue adiposo tricipital dramáticamente menores a las de los patrones de referencia constituidos con datos de niños alimentados con fórmula. Un fenómeno similar se observa al comparar la circunferencia del brazo. Quizá la diferencia más discutida es la relacionada con la velocidad de crecimiento ponderal. Los alimentados al pecho ganan peso a una velocidad mayor que los alimentados con fórmula durante los primeros cuatro meses, a partir de los cuales existe una desaceleración leve. Es posible que la diferencia de crecimiento se deba más a otros factores ambientales, tales como la mayor frecuencia de infecciones y a una termogénesis mayor por la poca protección de las viviendas o a un alto gasto energético por razones tales como los frecuentes episodios febriles.

PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES.- La leche humana contiene una serie de elementos; tanto celulares como humorales, con capacidad para prevenir las infecciones. Los elementos celulares más abundantes son macrófagos, aunque también se observan, linfocitos. Su capacidad migratoria y de adhesividad están conservada, pero se sabe poco acerca de su capacidad fagocítica. Entre los abundantes factores humorales se encuentran la IG A secretoria, complemento C, lactoferrina, lisosima, lactoperoxidasa, factor bifido y algunos ácidos grasos. La GI A secretoria es cuantitativamente la más importante ya que representa hasta 15% de las proteínas de la leche. Interfiere con la adherencia de las bacterias a la mucosa intestinal, que es el primer paso de la cadena fisiopatológica de la diarrea. Contiene anticuerpos específicos contra los gérmenes para los cuales tiene memoria inmunológica, tanto de origen entera como extra entera, en este caso se incluyen los de las vías respiratorias. Esta información inmunológica es acarreada por los linfocitos B, activados en las placas linfoides de tales tejidos, que emigran durante la lactancia hacia la glándula mamaria (omina) Una vez localizados en la mama inducen la síntesis de anticuerpos específicos. Se han demostrados anticuerpos IG A en la leche humana contra Escherichia coli, Clostridium tetani, Corynebacterium diphtheriae, Streptococcus pneumoniae, Salmonella, Shigela; Virus de polio, coxsackie, echa y rotavirus, protozoarios como amiba y giardia. La mayor parte de la IG A es excretada en al heces sin digerir, lo cual sugiere que su funcionalidad se mantiene íntegra durante la digestión. La lactoferrina tiene acción bacteriostática porque deforma el RNA t

bacteriano y es del hierro necesario para el crecimiento bacteriano. El factor bífido favorece el desarrollo de la bífido bacteria la que a su vez modifica la acidez de las heces, dificultando el crecimiento de Coolí y Síguela. El lisosoma lisa, la pared de Coolí y algunas salmoneras La lactoperoxidasa es activo contra estrptococcus, Pseudomonas y algunas bacterias gramnegativas. Se han demostrado que algunos ácidos grasos tienen una importante actividad antiviral. Las razones expuestas por las madres para no amamantar a sus hijos son en orden de frecuencia: la falta de leche, el consejo del médico y problemas de trabajosa causa más frecuente de abandono a la lactancia materna es la falta de apoyo familiar y social como por ejemplo. La necesidad de sujetarse al horario de un empleo y el énfasis actual del papel erótico de la mama, se puede entender porque la pareja se desalienta ante la perspectiva de la lactancia. La mentalidad actual de una futura madre acerca de la lactancia no es un fenómeno que de manera natural debe ocurrir después del parto por lo que es necesario informar a la madre, de manera temprana durante el embarazo sobre la lactancia. Esta información debe ser compartida con el padre, ya que la decisión final acerca del estilo de alimentación que se seleccionará para el niño será tomada por ambos La preparación de la madre para la lactancia debe comenzar durante la vigilancia prenatal con el examen físico de las mamas con el objeto de detectar anormalidades y en caso necesario recomendar el manejo apropiado. Tal es el caso de los pezones invertidos, que pueden mejorar con masajes o el uso de pezoneras. Los hospitales cuya política es la de alojar de manera conjunta madre e hijo, además de otras ventajas tales como una baja mortalidad

neonatal, permite un contacto temprano y un mejor índice de lactancia con éxito. El riesgo de mortalidad aumenta en los niños a los que se les administran líquidos a través del biberón, incluso cuando son amamantados, y el riesgo de concepción se reduce substancialmente cuando la madre los alimenta exclusivamente con su leche, este método se ha recomendado para los niños de 0 – 4 meses de edad. (15) Es claro que las primeras semanas del amamantamiento son las más cruciales y que el destete precoz ésta altamente relacionado a la alimentación mixta del pecho y biberón desde el nacimiento. Este hecho acentúa la importancia de que los programas de promoción a la lactancia materna, estén dirigidos al amamantamiento exclusivo, sin fórmulas complementarias durante los primeros meses, también es necesario informar al personal de salud y al público en general, que el amamantamiento es el método óptimo de alimentación infantil durante el primer año de vida y que el inicio de la aglactación no son necesarios antes del quinto mes de vida. (18) Otro factor importante en el apoyo a la lactancia natural es el trabajo coordinado del personal de salud aunado a la confianza y a la relación medico-paciente hepática logrados mediante la continuidad de la atención e involucrando a la pareja y al núcleo familiar con una visión anticipatorio del riesgo, que permitirá identificar oportunamente a las personas cercanas a la madre con opiniones adversas acerca de la lactancia. Se pudo comprobar que la correcta preparación de la madre trabajadora y el decidido apoyo en las guarderías brindan alternativas factibles para prolongar la lactancia. (12) La transmisión cultural intra familiar de la costumbre de dar el seno materno durante cuando menos

seis meses de vida, parece ser un factor de mayor peso que el apoyo PRE y postnatal institucional o aún la recomendación médica de suplir la alimentación del niño desde el nacimiento con leche de vaca. (16). Existen evidencias de que los adultos alimentados al seno materno durante su niñez se presenta con menos frecuencia la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial. (10) Los niños lactados con leche materna construyen un efecto inmundo regulador de largo plazo que no se produce con los niños alimentados con biberón. (14)

DESVENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.- En México, se ha demostrado una tendencia tradicional de las mujeres con mayor escolaridad a no dar de mamar durante periodos prolongados, ya sean por intereses profesionales o estéticos. Probablemente asociados con actividades laborales fuera del hogar. La principal causa de abandono de la lactancia materna, fue la información insuficiente de la madre sobre los beneficios y ventajas de la lactancia exclusiva, que se manifiesta incluso en el inicio de la anticoncepción oral. La decisión de la madre de proporcionar lactancia materna exclusiva se adquiere durante el embarazo a ello pudieran deberse el fracaso de la información que se les proporcionó en la fase de hospitalización por atención al parto. (12) Las causas que se mencionan con más frecuencia para no ofrecer el seno materno o suspenderlo en forma precoz, son: insuficiencia en la producción de la leche, consejo médico e influencia de las prácticas institucionales, desconfianza o desconocimiento y causas laborales. Se ha demostrado que la mayoría de los casos de "producción insuficiente" y de "rechazo del niño" se deben a una mala técnica y que precisamente la falta de información o apoyo

hacen que la madre dude de su capacidad para amamantar correctamente a su hijo y acepte como superior a la fórmula artificial. (19. En forma relacionada probablemente también con mayor escolaridad materna, la imposibilidad para cuantificar objetivamente el volumen de leche dado al niño por tetada, así como para crearle un horario de comida, más acorde con las necesidades laborales de la madre constituyeron causas frecuentes de abandono o de suspensión del seno materno. Es necesario señalar que los programas de apoyo a la lactancia al seno no pueden generalizarse sino por el contrario adaptarse a cada grupo de acuerdo con datos recogidos en esa comunidad. (16. Uno de los factores que ha sido identificado por el gran impacto que tiene en el abandono de la lactancia materna es la disponibilidad gratuita de las fórmulas lácteas. En México esta disponibilidad se genera a través de la prestación laboral denominada en especie para la lactancia, conocida como dotación. Este derecho se estipuló desde el surgimiento mismo de la primera institución de Seguridad Social; el Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS) en 1943 del texto vigente del 12 de Marzo 1973, en él capitula IV artículo 102. La segunda prestación se traduce en 36 latas de fórmula en polvo de 454gr cada una que se entrega durante los primeros seis meses de vida de los menores derechohabientes, cuyas madres cumplan con los requisitos para que le sean otorgadas. Las normas institucionales indican que durante los primeros tres meses, se debe de proporcionar fórmula modificada en proteínas y el cuarto, al sexto mes de vida fórmula entera. La segunda institución de Seguridad Social creada en el país fue el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado ISSSTE. Su legislación sin

modificaciones desde 1959 basada en la ley del Seguro Social vigente en ese año en su capitula II artículo 28. La forma en que se aplica esta prestación desde 1985 consiste en proporcionar un total de 27 latas para niños y niñas comenzando con dos a partir del alta hospitalaria y aumentando una lata cada mes hasta entregar seis en el quinto y sexto mes de vida. Hasta los tres meses se debe de entregar fórmula modificada y posteriormente entera. (19)

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA.- La iniciación y continuación de la lactancia materna se asocian a diversos factores peri natales. Las mujeres menores de 20 años o mayores de 30 darán menos probablemente el pecho a sus hijos que los que se encuentran en el grupo medio del periodo reproductores menos probable que empiecen a dar pecho a sus hijos las mujeres que han dado a luz por cesárea o ha estado separados por ellos por cualquier motivo, durante los primeros días después del nacimiento, la interrupción de la lactancia materna como parte del tratamiento de una ictericia por leche humana puede interferir con una lactancia a largo plazo. Una lactancia se ve más favorecida cuando los niños empiezan a mamar durante las primera o primeras horas después del nacimiento que cuando lo hacen más tarde, una de las razones que dan las madres para suspender la lactancia materna son: la falta de leche, erosión en los pezones, enfermedad materna o infantil y dificultad para hacerlo, cuando se trabaja fuera de la casa. (11) Iniciando la lactancia; actitud positiva ante la lactancia que debe comenzar durante el periodo antenatal en los primeros días después del nacimiento se debe reforzar esta idea ya que, cuando

surgen estas pequeñas dificultades y el factor emocional materno esta más predispuesto a dejarse llevar por la idea de alimentar a su hijo con biberón. La perseverancia durante los primeros días de la lactancia materna por la paciente, la matrona y el medico, cosechan rica recompensa, una madre, un bebé y un personal del hospital más satisfechos. Para que la lactancia materna tenga éxito es de mayor importancia que el niño succione, precoz y frecuentemente después del nacimiento y el evitar la alimentación suplementaria a menos que tenga indicación médica. Existen factores importantes que interfieren con la lactancia como el estrés psicológico de la madre, la congestión mamaria, los problemas del pezón y la mastitis. La duración de la lactancia se ve influenciada por factores personales y culturales. Se hace una exploración de las mamas anotando: pezón, movilidad, inversión, retracción, de la areola; pigmentación de la mama, aumenta de tamaño que generalmente denota crecimiento de tejido glandular, lo que es favorable; la piel elasticidad, y delgadez que es favorable. La salud general de la madre debe mantenerse al nivel más alto posible, corrigiendo cualquier error de higiene, es importante una dieta correcta. Se le debe dar a la futura madre nociones simples acerca del proceso fisiológico de la lactancia, para que tenga alguna idea de lo que pueda pasarle después del nacimiento de su hijo. Los cuidados diarios del pezón en esta fase consisten en quitar cualquier secreción seca; el pezón debe secarse mediante un masaje suave con el dedo gordo y el primer dedo se puede poner en cada pezón o areola lanolina anhidra. Si el pezón esta invertido se aconseja poner unos protectores de plástico, se debe llevar un sujetador maternal bien ajustado. La

lactancia materna es una relación íntima entre la madre y el niño, siendo el periodo más importante los primeros días de vida del bebé es frecuente que en las primeras ocasiones el reflejo de búsqueda localice el pezón y la madre espera que el lactante sepa tomarlo y prenderse firmemente a él. Este proceso de aprendizaje requiere de la ayuda de la madre. Esta deberá tomar el pezón entre los dedos índice y medio para hacerlo protuir y al mismo tiempo retraer el resto de tejido mamario. Debe estimular la mejilla del lactante para estimular el reflejo de búsqueda. La expresión de unas gotas de calostro ayudará a que el bebé se prenda al pezón. Cuando se cambie de un pecho a otro y al terminar la toma el niño necesita eructar. Existen dos métodos: uno sostener al niño en posición vertical, sobre el hombro de la madre con el estómago, es decir en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, descansando encima de las rodillas de la madre e inclinando un poquito hacia adelante. Ella le pone una mano sobre el estómago y con la otra ejerce una presión suave en la espalda. Se debe tener cuidado de no ejercer presión sobre la columna sino sobre el estómago. Luego se coloca al niño de lado en la cuna, con la cabecera de la cuna elevada si tiene alguna tendencia al vómito. (2) Es frecuente que el niño esté demasiado somnoliento o demasiado agitado bajo estas circunstancias rechace el pezón. Es recomendable antes de intentar amamantarlo en el primer caso despertarlo, desarropándolo o cambiándole el pañal y en el segundo tranquilizarlo antes de iniciar el episodio de lactancia. El establecimiento de un buen reflejo de eyección de la leche es necesario para que la mama se vacíe eficientemente; es recomendable que la madre de masajes en sus pechos antes de tomar al niño

La posición cómoda para amamantar es variable, las madres en nuestro país prefieren la posición sentada. Para ello es conveniente disponer de un mueble que le dé soporte firme a la espalda, la pierna ipsi lateral a la mama en uso se eleva con la ayuda de un pequeño banco o cruzándola de tal manera que la boca del niño quede suficientemente cerca del pezón. El brazo de la madre sostiene al niño colocándole las manos en las caderas de tal manera que lo pueda rotar fácilmente de frente a ella. Se recomienda alternar ambos pechos y mantener la succión entre 10 a 15 minutos de cada lado. Los signos de que la lactancia es correcta son: el niño está contento, duerme bien y tiene buen color; el turgor de la piel es firme, la ganancia ponderal es normal y moja un número adecuado de pañales. Al niño se le pone al pecho no a intervalos regulares, sino cuando muestra signos de hambre. Así está despierto ansioso y busca comida, por lo que succiona con más fuerza vacía el pecho más fácilmente, y obtiene el alimento de la forma más satisfactoria a causa de que la fuente de estimulación del pecho, la lactancia se establece más rápido y fácilmente la alimentación a demanda es el régimen más satisfactorio para casi todos los niños. La prueba de las tomas es un procedimiento por el que se valora la cantidad de leche materna que el niño ingiere; consiste en cambiar y pesar al niño con ropa. La madre alimenta al niño como lo suele hacer y luego a pesar exactamente con la misma ropa. La diferencia de peso equivale a la cantidad de leche que el niño ha ingerido del pecho, la dieta de la madre debe ser suficiente y aportar todos los elementos necesarios para la secreción de la leche. (2) En la mayor parte de los casos el niño vacía el pecho en los primeros cinco minutos, sin embargo

el chupete posterior es importante para desencadenar los mecanismos hormonales (prolactina oxitócica) que mantienen la lactancia y que en el niño (gastrina, colecistoquinina, secretina etc.) permiten armonizar y desarrollar las funciones digestivas, de crecimiento y de control de la saciedad y el apetito. Cuando la madre desea retirar el pezón se recomienda que no lo jale para separarlo: es mejor que introduzca cuidadosamente el índice entre la boca del niño y el pezón para romper la presión negativa y lo retire gentilmente.

PROBLEMAS TEMPRANOS; Entre el segundo y cuarto día posparto las mamas suelen congestionarse e inflamarse como resultado de los cambios funcionales de las mamas acompañándose de elevación moderada de la temperatura corporal. Esta congestión suele aliviarse con un vaciamiento sistemático y frecuente de los pechos. El uso de compresas tibias antes de las tetadas y frías entre tetadas ayudan a mejorarla. Otro problema frecuente es la inflamación dolorosa de los pezones, que puede progresar a la aparición de grietas, sangrado y ampollas. La causa más frecuente es: la incapacidad de mantener los pezones secos, el uso de agentes irritantes como jabón, cubiertas de plástico y la excesiva presión negativa durante la succión vigorosa. Este problema se mejora permitiendo la exposición al aire de los pezones para su secado, permitiendo tetadas más frecuentes y utilizando cremas de lanolina entre tetadas

La información acerca de la lactancia natural sobre la ictericia neonatal no es definitiva; se puede resolver ofreciendo tetadas cada dos o tres horas seguidas de la administración oral de soluciones glucosadas en los casos de ictericia "fisiológica" exagerada. Una vez que la lactancia natural está bien establecida, el

niño alimentado a libre demanda toma entre 6-10 tetadas en 24 horas, dos a tres de ellas durante la noche. Las evacuaciones son semilíquidas o semipastosas de color amarillo o verde; casi siempre ocurren durante o poco después de cada tetada, esto es interpretando frecuentemente como diarrea. La recuperación del peso que se pierde inmediatamente después del nacimiento, ocurre en los primeros 3-5 días en los alimentados tanto con fórmula, como al pecho. Cuando a la segunda semana el peso no se ha recuperado es necesario investigar detenidamente la causa. Ya sea que la madre siga un horario demasiado rígido de cada cuatro horas o que el niño no es despertado por la noche. Para ser alimentado, o bien que lo amamanta con un solo pecho en cada ocasión. Uno de los puntos a evaluar en las primeras semanas de lactancia es la presencia de un buen reflejo de eyección de la leche. Es frecuente que a la madre la sienta como una sensación de endurecimiento o cosquilleo en los pechos seguida de la aparición de chorros de leche a través de los orificios del pezón. Cuando el reflejo se alcanza con dificultad debido a tensión o angustia, se recomienda a la madre realizar alguna actividad placentera que le permita relajarse y aplicar un masaje suave en ambos pechos antes de iniciar la tetada. Al final de los dos meses la lactancia se puede observar una pequeña desaceleración de la ganancia de peso que se asocia frecuentemente con el hábito del bebé de comenzar a dormir toda la noche. Aunque resulta muy cómodo para la madre, se debe recomendar que despierte al bebé para alimentarlo. Aunque a los cuatro meses de edad la mayor parte de los bebés de madres bien alimentadas crecen satisfactoriamente alimentándolos

exclusivamente al pecho, el número de los que no lo hacen va aumentando en los siguientes meses. Es necesario mantener la vigilancia sobre su peso y estatura utilizando como criterio no solo las curvas de referencia disponibles, sino que es importante evaluar la velocidad de crecimiento en un período dado, Las siguientes recomendaciones facilitarán la iniciación y mantenimiento exitoso de la lactancia .1. -Dar información acerca de las ventajas de la lactancia y examinar físicamente las mamas antes del parto 2. -permitir el contacto temprano de la madre y el niño en el hospital y facilitar las tetadas tempranas, manteniendo programas de alojamiento conjunto. Establecer un horario a libre demanda. Evite prescribir soluciones glucosazas en biberón y fórmula láctea como medidas preventivas .3. -Vigilar el establecimiento de un buen reflejo de eyección de leche mediante citas a la madre durante dos semanas postparto.4.- Proporcionar información práctica a la madre acerca de las características de las evacuaciones, la alimentación durante la noche y las expectativas de crecimiento.

DIFICULTADES MATERNAS DE LAS MAMAS.- CONGESTION; Es una alteración frecuente que suele ocurrir, alrededor del tercero o cuarto día; las estadísticas muestran que está presente en aproximadamente en 5 % de las mujeres en 24 a 48 horas después del parto en 35 a 40 % setenta y dos horas después y en 40 a 45% noventa y seis horas después. La actividad normal produce un aumento del flujo sanguíneo mamario y una secreción súbita de leche.

LA TENSIÓN MAMARIA.- Aumenta con la obstrucción de los vasos linfáticos y venosos, y la interferencia con el flujo de leche a lo largo de los conductos. El problema se acentúa por un calostro espeso que tiende a bloquear los conductos de la leche. LA CONGESTION MAMARIA.-También puede ocurrir en cualquier momento durante la lactancia, si el niño no saca la cantidad adecuada de leche, de la mama en los casos en que el aporte supere o exceda la demanda. Se puede prevenir con las medidas siguientes: expresión completa de la mama después de la última toma de la noche y la supervisión del recién nacido, durante los tres primeros días de alimentación. Cuando exista una congestión leve se realiza el tratamiento siguiente: calor en forma de ducha o baño caliente; expresión de una pequeña cantidad de líquido, antes de poner al niño al pecho para aliviar la tensión y expresión posterior de la toma. Soporte; utilice un buen sujetador que suba y aguante la mama. Analgesia; ácido acetil salicílico cada treinta minutos antes de la toma, sedación; para calmar la molestia el Sytocinon en aerosol, diez a veinte minutos, antes de la toma ayuda a vaciar el pecho. En la congestión grave, además del tratamiento anterior, suele ser necesario un analgésico y a menudo el ultrasonido específico, también suele ser de ayuda compresas frías y calientes en forma alternativa y paños de aceite caliente, entre tomas. La hiperpirexia persistente significa infección debiéndose cultivar la leche y ofrecer antimicrobianos. MASTITIS, - La inflamación de la mama generalmente es secundaria a las grietas del pezón o a la congestión mamaria. El microorganismo (casi siempre suele ser Estafilococo Dorado) entra por las grietas del pezón y se multiplica en la leche estancada, en algunos

pacientes la infección tiene lugar porque se produce una estasis de leche, al bloquearse un conducto. Factores que contribuyen; son una mala técnica alimentaria (congestión mamaria daño al pezón por el niño), y que el recién nacido sea portador del Estafilococo Dorado. Rasgos clínicos de la mastitis.- Mama Infectada, dura enrojecida y dolorosa, están aumentados de tamaño los ganglios de la axila y existe hiperpirexia, taquicardia y a menudo cierto malestar. Muchas infecciones se pueden prevenir o minimizar mediante una higiene adecuada e insistiendo a la madre de la necesidad de evitar la congestión y las grietas del pezón. Puede ser necesario tomar un cultivo de nariz y garganta del recién nacido, si se sospecha que ha habido colonización o infección, una vez instalada la mastitis, la mejor técnica es la de expresar la leche del pecho infectado, airarla y mandar una muestra para cultivo. Se debe instaurar un antimicrobiano adecuado y suministrar las otras medidas mencionadas para la congestión grave. El recién nacido puede continuar con la lactancia de la mama no afretada y cuando la infección haya desaparecido volver a tomar otra vez de la mama afectada. Algunos criterios médicos recomiendan que se siga tomando de la mama infectada, puesto que el recién nacido es capaz de vaciar el pecho mejor que mediante la extracción manual y el riesgo de infección es mínimo.

ABSESO.- Si la mastitis, no se trata adecuadamente, precoz y correctamente, se puede formar un absceso; la incidencia se ha reducido, aproximadamente diez veces desde la utilización del hexaclorofeno, para la limpieza del niño puesto que ello ha disminuido la incidencia de la colonización por Estafilococos aproximadamente 70 al 30%. Cabe recordar que en alrededor de un 80% o más

de los pacientes con esta complicación la alteración se desarrolla solamente al salir del hospital, siempre es recomendable una educación profiláctica con vistas a la detección precoz de la mastitis. Se dice que la madre se infecta a partir del niño, pero en algunos casos la mujer todavía no ha puesto al pecho al niño y la cepa de Estafilococo es diferente en la madre y en el recién nacido. El diagnóstico de Absceso puede ser difícil puesto que al palpar una masa fluctuante es más complicado que en otros lugares, si no se resuelve la induración con quimioterapia, se debe hacer una incisión y ulterior drenaje. La ecografía es de gran ayuda en casos difíciles para identificar la colección de pus.

EXCESO DE LECHE.- En esta situación el pecho se vuelve a llenar muy deprisa y la leche se sale por el pezón entre tomas el niño recibe el alimento demasiado de prisa y se sobrealimenta, la sobrealimentación y las tomas excesivamente rápidas pronto se manifiestan por los vómitos y la presencia de evacuaciones anormales generalmente se hace una Dermatitis del pañal. Tratamiento.- Exprimirse una cantidad de leche antes que el niño comience la toma, compresión firme de la areola en la base del pezón con dos dedos, mientras el niño se alimenta, esto disminuye el flujo de la leche. Reducir el tiempo que está el niño al pecho, postura durante la toma, la madre hace que el niño se coja al pecho o sentada y luego se reclina adecuadamente con unas almohadas.

APORTE INSUFICIENTE.- Cuando la madre está ansiosa y muy tensa, aprensiva como sucede en las primíparas añosas, y es mucho más frecuente que la sobrealimentación, las causas fundamentales están el desarrollo mamario escaso que impide una estimulación adecuada del pezón, una salud general

mala o anemia, tensión miedo a interferir con el reflejo de succión y poca estimulación. A menudo la madre tiene escasos conocimientos sobre la lactancia materna oferta y demanda. REFLEJO DE SUCCION.- El niño llora mucho entre tomas, o se chupa la mano constantemente, pérdida evidente de peso puede haber síntomas y signos de deshidratación (pérdida del turgor de la piel), orina escasa y concentrada y estreñimiento. Hay que procurar que el niño haga las tomas más frecuentes y supervisar cada toma hasta que tanto la madre como el hijo estén más seguros. Debe expresarse después de la toma, especialmente después de la última de la noche, dejar que pase un tiempo prudencial en cada toma, no tener prisa ni apresurar a la madre, se debe animar a la madre para que se relaje completamente varias veces al día; con cada respiración debe imaginar que la tensión sale de su cuerpo y a la vez visualizar a la leche fluyendo por los conductos del pecho debe proporcionarse un ambiente privado y es necesaria una Atmósfera relajada. Debe sobreponerse al miedo a la tensión, el reposo durante el día y noche es esencial, porque de otro modo la madre no puede lactar satisfactoriamente, la dieta debe contener, todos los alimentos y líquidos esenciales, la valoración de la Hemoglobina suele tener valor para detectar una anemia inesperada. La píldora anticonceptiva puede que se haya comenzado demasiado pronto, lo que reduce en algunas mujeres el aporte o las características de la leche, dando como resultado un rechazo parcial del niño; asegurar la incomodidad física (por ejemplo periné doloroso) no inhibe el reflejo de succión.

PEZONES INVERTIDOS.- La madre expectante debe recibir tratamiento durante el embarazo, llevar un sujetador; alrededor de un 10 a 15% de las mujeres tienen pezones invertidos o planos. **GRIETAS EN EL PEZÓN.-** En el embarazo la sensibilidad táctil disminuye significativamente, pero aumenta pronto después del nacimiento del niño, alrededor del segundo, cuarto día después del parto, más del 50% de las mujeres experimentan, algún tipo de molestia en el pezón; en casi del 50% de estos es moderado a severo, generalmente cuando el niño se agarra al comienzo de la toma en cantidad significativa el dolor continúa durante la toma. El principal factor asociado con la molestia del pezón es la congestión mamaria, y tiene poca relación con la duración de la toma, el dolor en el pezón puede reducirse a un pecho. El tratamiento consiste en tomas breves más frecuentes, toma primero del lado menos doloroso, utilización de lanolina anhidra en el pezón, exposición al aire, se consigue llevando un dispositivo bajo el sujetador que mantiene la ropa alejada de las grietas del pezón y permite que el aire circule alrededor del mismo, exposición a la luz solar durante uno a cinco minutos, variar la posición de la toma mantener seca la zona del pezón. **HENDIDURAS DEL PEZÓN.-** Si la excoiación es solamente superficial debe utilizarse el tratamiento basándose en lanolina, aire, y luz solar. Sin embargo si los pezones tienen grietas profundas, al niño se le quita temporalmente el pecho y se le exprime suavemente por método manual, aplicando calor a la zona agrietada y proteger al pezón usando una pezonera. Alrededor del 1al 3% de mujeres, existe una supuración marronacéa o rojiza del pezón. Las primíparas son afectadas con más frecuencia y la

supuración suele ocurrir durante la época de calostro, sucede espontáneamente o puede deberse a un masaje o expresión de la mama que traumatice los delicados vasos sanguíneos, a un papiloma intraductal o muy raramente a un carcinoma ductal. El tratamiento consiste en el cese de la manipulación del pezón, y posteriormente continuación de la lactancia y si la alteración persiste en su estudio. La desproporción entre el tamaño de la boca del niño y del pezón puede ser la causa de la dificultad a la hora de establecerse la lactancia materna la actitud mental de la madre juega un papel importante en el éxito o fracaso de la lactancia materna. La madre nunca debe forzarse a alimentar al niño al pecho si no quiere hacerlo. Algunas mujeres están ansiosas en exceso por hacerlo y esta por sí mismo empeora la situación; otras en cambio, no presentan interés, mientras que otras son demasiado excitables. Estas madres requieren mucha comprensión, paciencia y ayuda por parte de la matrona y el médico.

AUSENCIA DE SUCCION.- Suele suceder por inmadurez, lesión cerebral; Infección, enfermedad cardíaca congénita u otras enfermedades debilitantes; estos niños necesitan alimentarse en la cuna mediante alimentación por sonda nasogastrica intermitente, con leche materna previamente exprimida y hasta que tengan la capacidad de succionar.

FISURA PALATINA Y LABIO LEPORINA.- Los niños que presentan este defecto necesitan alimentarse con una cuchara y biberón especial que tenga su propio paladar. Debe evitarse la alimentación por sonda intermitente, puesto que pueden hacerse cicatrices, haciendo que la reparación quirúrgica de la anomalía sea más difícil.

MICROGNATIA.- Debido a un desarrollo escaso de la mandíbula, puede utilizarse un protector del pezón con un tipo especial de pieza larga para la boca.

OBSTRUCCIÓN NASAL.- El recién nacido respira por la nariz y cualquier obstrucción del tracto respiratorio superior, debido a una infección o alguna obstrucción orgánica creará un problema que requiera tratamiento. La infección local como Estomatitis puede impedir que el niño succione adecuadamente. Nunca debe forzarse al recién nacido a tomar el pecho especialmente antes de que se haya recuperado del estrés del nacimiento. Si se le pone al pecho demasiado pronto se cansa y se queda dormido. Estos niños se alimentan mejor con el sistema a demanda, aunque debe vigilarse un posible problema de deshidratación. A veces estos niños necesitan despertarse para las tomas en particular si la ganancia ponderal no es adecuada. El niño nervioso y excitable requiere mucha paciencia y un trato delicado. Es necesario la supervisión de todas las tomas hasta que tanto el niño como la madre se sientan más seguros. A veces sirve de ayuda la sedación con fenobarbital antes de las tomas de leche. En algunos niños existe un reflujo del contenido ácido del estómago al esófago dando lugar a una sensación de quemazón dolorosa. Esto se alivia, mediante tratamiento postural(levantando la cabeza de la cuna) y antiácidos. El rechazo al pecho es una de las experiencias que desmoralizan a la madre, puede suceder al comienzo de la lactancia o después de haberse establecido. El rechazo al pezón puede ser causado por errores de técnica tanto de la madre como del niño; o de ambos, el rechazo tardío indica necesidad de una revisión médica presentando una atención especial a los oídos, nariz y garganta. Los

métodos de expresión de la leche materna pueden ser mecánicos o manuales, siendo el primero por medio de un sacaleches eléctrico o manual. La expresión manual es el método de elección, pero algunas madres lo encuentran difícil y tedioso de ahí que se utilicen los métodos mecánicos. Expresión manual; después de lavarse cuidadosamente las manos se ponen los dedos debajo del pecho para sostenerlo y el pulgar en la parte superior se hace compresión entre el pulgar y los dedos rítmicamente alrededor de treinta veces por minuto haciéndolo desde la parte superior hacia el pezón. A veces es necesario hacer presión con la palma de la mano para que la leche baje hacia el pezón.

SACALECHES MANUAL.- Se comprime la perilla y luego se pone sobre el pezón liberándose gradualmente. Esto se repite siempre que sea necesario para vaciar el pecho, a causa de que hay posibilidades de lesionar el pezón con el tipo de perilla.

SACALECHES ELECTRICO.- La perilla se coloca sobre el pezón; se pone en funcionamiento el aparato y comienza a producirse una succión intermitente. La lactancia puede tener que suprimirse tanto en beneficio de la madre como a causa de algún defecto del mecanismo de succión del niño.

INDICACIONES.- MUERTE PERINATAL.- La madre no desea alimentar al pecho al niño o es un niño para adopción. Problemas graves del pecho, pezones invertidos, grietas en el pezón, pezones hipersensibles que no responden a tratamiento.

PSICOSIS PUERPERAL.-SÍFILIS MATERNA.- Recientemente adquirida con niño no afecto. Tuberculosis materna activa.- Comenzar destete después de la lactancia materna.

La HIPERBILIRRUBINEMIA.- suele ocurrir de los 2 a los 5 días de edad, alcanza su nivel máximo alrededor de las dos semanas y persiste cuatro semanas aproximadamente, disminuyendo a su vez si la alimentación al seno materno se suspende de uno a dos días y se sustituye por fórmula láctea, mientras la madre elimina la leche succionando los senos; posteriormente se reanuda la alimentación al seno materno¹. Hay dos situaciones importantes en las que no se debe aconsejar el destete en forma automática y sin pensar; recién nacido de bajo peso inmaduro y enfermo. Aunque el niño sea incapaz de succionar el pecho muchas madres, quieren y pueden sacarse la leche para dársela a sus hijos. Por ello, se debe animar a estas madres, puesto que es una de las formas con que ellas pueden, contribuir al progreso de su hijo. La mayor parte de los medicamentos que toma una madre lactante, aparecen en la leche aunque generalmente el niño recibe menos del 1 %de la dosis materna. Sí la madre recibe grandes cantidades de un fármaco potencialmente tóxico, debe considerarse la conveniencia de interrumpir la lactancia materna. La Heroína medicación anticonvulsivante, anticoagulante y antitiroidea son potencialmente dañinas para el niño. Una vez que no se desea o no se aconseja la lactancia materna debe evitarse la estimulación del pecho, puede ser necesaria medicación analgésica, si la congestión es dolorosa. Las preparaciones estrogénicas tienen riesgo de Trombosis Venosa y Trombo embolismo Pulmonar. Ya no se utilizan. La Bromocriptina es el medicamento de elección en él caso de que alguno sea necesario para suprimir la lactancia; ya que no inhibe la síntesis de prolactina y su liberación a partir del lóbulo anterior de la Hipófisis;

este fármaco se da durante diez a catorce días a una dosis de 5 mg x día. Sus efectos secundarios son hipotensión, mareo, náusea vómitos, malestar general, congestión nasal, fatiga y erupción cutánea. (2).

SUBSTANCIAS EXTRAÑAS DE LA LECHE HUMANA.- Son los medicamentos y contaminantes del medio ambiente incluido los radió nucleótidos. Medicamentos.- se han dividido en cuatro categorías con respecto a su potencial de secreción en la leche humana. GRUPO 1. - No pasa a la leche. GRUPO II.- Pasa a la leche pero es improbable que afecte al lactante a dosis terapéuticas. GRUPO III.- Pasa a la leche en tal cantidad que existe el riesgo de que afecte al lactante a dosis terapéuticas. GRUPO IV.-S e desconoce su paso a la leche. La mayoría de los medicamentos que ingiere una mujer lactante, aparece en la leche la concentración depende de la dosis. Solo los medicamentos en estado libre (no ligados a proteínas), pueden pasar del plasma a la leche, el grado de unión a proteínas es un factor principal para determinar su tiempo a ésta. El etanol que no esta ligado a proteínas pasa libremente entre el plasma y la leche; los medicamentos liposolubles tienen mayor tendencia a pasar a la leche que los liposolubles, además el P. H. de La leche humana (7.0 a 7.4) es generalmente inferior a la del plasma 7.4. Los medicamentos formados por bases débiles pasan más fácilmente a la leche que los formados por ácidos débiles. La concentración de medicamentos en la leche materna es por lo general proporcional a su concentración en el plasma. Los medicamentos que están contraindicados durante, la lactancia materna son; la ametroprina,

bromocriptina, la cimetidina, la clemastina, la ciclosfosfamida, la ergotamina, las sales de oro, el metimazol, la feninidiona, y el tiouracilo, la administración del metronidazol exige la interrupción de la lactancia de 12 a 24 horas y la de radio fármacos durante períodos de tiempo variable. Entre los contaminantes del medio ambiente de la leche humana están los pesticidas (como clorano ,heptacloro, diclorodifeniltricloroetano ,D.D.T.),y otros compuestos organicos halogenados entre ellos compuestos difenilpoliclorados [BPC] y compuestos polibromados [PBB], dioxina, benzofuranos y hexacloruro de benceno. Estos compuestos son liposolubles y se acumulan en los depósitos grasos de la mujer como los ácidos grasos, que forman parte del contenido graso de la leche humana proceden de estos depósitos, dichos compuestos quedan liberados y aparecen en la leche. La irradiación de la población humana procede de fuentes naturales(rayos cósmicos, emisores terrestres internos) de fuentes médicas por ejemplo. Radiografías diagnosticas de precipitados de armas atómicas y de instalaciones de reactorés nucleares y de otras fuentes variadas como la televisión. (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La proliferación de leches industrializadas en la alimentación del lactante creó un interés por estudiar y revalorar en forma comparativa la lactancia natural. Ya que esta genera y reafirma vínculos que enriquecen el ámbito afectivo y emocional en el que se desarrolla el mundo consciente de la mujer y el niño; gratificando a la madre y al hijo, y le da más significado a la mujer y en el niño se manifiesta de manera objetiva con un crecimiento corporal adecuado.

Llegando a la conclusión de que la alimentación al seno materno es insustituible.

Por otro lado cada día son menos las mujeres que amamantan a sus hijos por un tiempo suficiente. En México la proporción de recién nacida que inician la lactancia es de alrededor de 80 % y que sólo 38 % llega a los tres meses de edad con lactancia materna exclusiva. Un estudio realizado en 1990 en tres regiones del país reveló que el 8 % de las mujeres atendidas en servicios de salud; amamantaban a las dos semanas post parto, aunque sólo el 3 % lo hacía de manera exclusiva, a los tres meses de edad esta cifra se redujo al 55 y 1%.

Lo que significa que a mayor modernización en el país es menor está la práctica. Actualmente una política por escrito sobre lactancia y la capacitación del personal de salud representan los pilares de la construcción del proceso de cambio del personal institucional en la atención de una mujer que desea amamantar. (8) En diciembre de 1988 la OMS y UNICEF presentaron los diez pasos hacia una lactancia natural y exitosa, en esta declaración, se abordan las

prácticas de los hospitales y los conocimientos básicos que se recomiendan para el personal de servicios de salud. (13) A fin de sensibilizar a las madres acerca de las ventajas de la alimentación natural durante el primer año de vida en sus hijos.

Por tales razones se puede plantear la pregunta siguiente;

¿Cuál es la conducta actual de lactancia materna en madres de niños de recién nacidos hasta los 12 meses en el área de consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Regional ISSSTE Mérida? A dos años de haber iniciado el programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre. ?

J U S T I F I C A C I O N

Los fines de la alimentación del lactante, son los de proporcionar una ingesta energética adecuada y establecer unos hábitos alimentarios firmes, la lactancia materna puede proporcionar alguna protección frente a la alergia a los alimentos y mejora la relación del niño con su madre y ayuda a establecer hábitos de moderación alimentaria. (7)

La lactancia genera y reafirma vínculos que enriquecen el ámbito afectivo y emocional el que se desarrolla el mundo consciente de la mujer y el niño, gratifica a la madre y al hijo y da más significado a la mujer; la bondad de la lactancia se manifiesta de manera objetiva en el crecimiento satisfactorio. (23)

,sin embargo esta practica ha disminuido en los países del tercer mundo, mientras que en los países del primer mundo tiende a aumentar. Actualmente en nuestro país presenta una tendencia decreciente con marcadas tendencias regionales; la proporción de recién nacida que inician la lactancia es de alrededor de 80% y de esto solo 13% llega a los tres meses; ante estas observaciones es necesario investigar la conducta de la lactancia natural y artificial, y las consecuencias del peso y la talla del niño, pudiéndose realizar en formas sencillas como encuestas, exámenes clínicos del lactante, que no requieren métodos sofisticados para su evaluación y que nos pueden arrojar datos valiosos con pocos recursos. Ya que identificando la conducta actual de la lactancia materna nos serviría para reevaluar el programa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre y hacer correcciones que conduzcan a nuevas estrategias, para rediseñar el programa de la lactancia.

O B J E T I V O G E N E R A L

Evaluar la conducta de las madres derechohabientes del área de la consulta externa del Hospital Regional del ISSSTE Mérida. Que ofrecieron lactancia materna exclusiva, parcial o mixta y de las que no lo hicieron.

O B J E T I V O S E S P E C I F I C O S.

1. - Determinar Edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, tipo de partos y número de embarazos de las que ofrecieron seno materno en forma exclusiva, parcial o mixta y de las que no lo hicieron.

2. -Determinar Peso y talla al nacimiento, y a los seis meses después de alimentación al seno materno en forma exclusiva, parcial o mixta y lactancia artificial. Así como los cambios de los diferentes percentiles.

3. - Determinar la información sobre lactancia natural en todas las madres: Prenatal, durante el parto y posparto.

4. - Describir el tiempo de la lactancia natural exclusiva, parcial y la artificial en los niños menores de un año de edad.

5. -Identificar la edad de inició de la aglactación así como el alimento inicial que se administró a los lactantes menores de un año.

6. - Indentificar las razones para no ofrecer lactancia natural.

H I P O T E S I S.

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere de hipótesis.

M E T O D O L O G I A.

A.- Tipo de estudio.

Este estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y longitudinal.

Observacional.- Se hace a partir de la observación de los fenómenos que se presentan en él

Ejercicio diario.

Prospectivo.- Porque se iniciara a partir de una fecha establecida por el investigado.

Descriptivo.- se redactara la presencia de un fenómeno en los términos que se establezcan.

Longitudinal.- por efectuarse cuando menos dos mediciones de variable en los niños.

B) POBLACIÓN , LUGAR Y TIEMPO.

La población del estudio correspondió a 100 madres derechohabientes adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Regional del ISSSTE Mérida. Mujeres cuyas edades fluctuaron entre mayores de 20 años y menores de 45 años que tuvieron hijos de recién nacidos hasta los 12 meses de edad. Se tomaron 10 encuestas por cada consultorio de Medicina Familiar siendo un total de 10 consultorios en el área de la consulta externa. Siendo muestras proporcionales que reflejaron la opinión de la madre sobre las variables de estudio. Utilizando la metodología estadística de la T de Student y la Chi cuadrada. La muestra al azar fue de 100 pacientes en el periodo comprendido de 01 de Julio de 1999 al 04 de Febrero de 2000.

C) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Adultos Femeninos de mayor de 20 años y menor de 45 años en forma estratificada en cada consultorio de Medicina Familiar, que estuvieran en edad reproductiva, sin complicaciones durante su embarazo, la muestra fue de 100 madres. Previa a la muestra se aplicó una encuesta elaborado por el investigador a la cual fue evaluado en una prueba piloto con 10 madres derechohabientes, siendo aplicada por la asistente del consultorio, estando presente el investigador. Las asistentes de cada consultorio de la consulta externa aplicaron las encuestas, a las madres derechohabientes siendo asesoradas por el investigador en el momento de la realización de las mismas.

D) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

D.1 Criterios de inclusión

Edad. Madres mayores de 20 años y menores de 45 años

Sexo. Femenino.

Niños. Recién nacidos a 12 meses.

Sexo. Ambos.

Población. Adscrita a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Regional del ISSSTE Mérida.

D.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Edad. - Menores de 20 y mayores de 45 años.

Aquellos que se negaron a participar en el estudio.

Pacientes con diagnóstico de Esterilidad Primaria y secundaria, Mastopatía Fibroquística, Síndrome de Climaterio Femenino en la madre. Labio y Paladar Hendido en el hijo.

Niños de más de 12 meses.

Niños prematuros.

Madres derechohabientes de otras unidades de Medicina Familiar.

D.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Encuestas Incompletas.

E) VARIABLES.

Se utilizaran variables cuantitativas y cualitativas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA; es aquella alimentación proporcionada al recién nacido en forma exclusiva a través del seno materno durante un periodo mínimo de seis meses.

LACTANCIA MATERNA PARCIAL; Alimentación al seno materno proporcionado al recién nacido hasta los tres meses de edad y posteriormente complementada con sucedáneos.

LACTANCIA ARTIFICIAL; Alimentación compuesta por leche maternizada industrializada ofrecida en forma exclusiva al recién nacido.

ABLACTACION; Introducción de alimentos no lácteos en la dieta del lactante menor a partir de los cuatro meses o antes.

Se utilizaron variables cualitativas, cuantitativas, de opción múltiple y de respuesta corta.

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE:

NOMBRE : Para identificar a las madres participantes en el estudio.

EDAD; comprendido a partir de los 20 a 45 años fueron divididas para su estudio en grupos etareos de cinco años.

ESTADO CIVIL. Se incluyeron aquellas madres; casadas, solteras divorciadas y unión libre.

ESCOLARIDAD.- Se acepto como estudios validos seis años en primaria, tres años en secundaria, tres años en bachillerato o carrera técnica, cuatro a cinco años en licenciatura y dos años como postgrado o maestría.

OCUPACIÓN.- Para Identificar a las madres que laboran dentro y fuera del hogar.

NUMERO DE EMBARAZOS. Se definió a las que tenían entre uno o dos hijos como familia nuclear y a las que tenían más de dos a cuatro como familia numerosa.

CONTROL PRENATAL; Para indicar si la madre acudió regularmente a su consulta prenatal.

LUGAR DE NACIMIENTO O RESIDENCIA.- Para determinar si el niño y la madre proceden del área rural o urbana.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO:

NOMBRE; Para identificación del niño.

PESO Y TALLA al nacer y a los seis meses; Se relacionó en ambos con PERCENTILES utilizando la tabla elaboradas por el Consejo Nacional para las Estadísticas en Salud por el instituto de Investigación de Fels, Yellow Ohio U.S.A. Aprobado por la Academia Americana de Pediatría y el Consejo Mexicano de pediatría.

1. Lugar donde se atendió el parto.- refiriéndose a que el parto fuera atendido en su domicilio o en cualquier clínica del sector salud o particular.

2. Tipo de parto; Si el parto fue eutocico o distocico.

3. -Recibió información Acerca de la Lactancia Materna, en el área de Consulta externa de Medicina Familiar.- Señalando afirmativamente si le habían mencionado acerca de las bondades de la lactancia Materna.

4. Que tipo de alimentación había planeado para su hijo antes de que naciera.- Si estaba convencida de que la lactancia natural es la mejor alimentación para su bebé.

5. -Acerca de las ventajas de la leche materna.- Si estaba enterada de que la lactancia materna llenaba todos los requerimientos nutricionales del bebé.

6. - Amamantó a su último hijo.- si ya había ofrecido lactancia materna previa.

7. - Actualmente le continúa dando pecho a su hijo.- Si persistía en la practica de la lactancia materna.

8. - Cuantas horas le da pecho al niño.- para evaluar que tipo de lactancia practicaba Lactancia Exclusiva o parcial.

9. -Está enterada acerca de las técnicas de amamantamiento.- si tenía conocimientos acerca de las técnicas de la lactancia materna.

10. -En caso de ofrecer lactancia materna a los 8 días presentó algún problema para amamantar.- Si estaba prevenida acerca de las dificultades o enfermedades para ofrecer lactancia materna.

11. - Durante cuanto tiempo ofreció lactancia materna exclusiva.- Si había entendido la diferencia entre lactancia materna exclusiva y parcial.

12. - Razones por lo que no ofreció lactancia materna exclusiva.- si podía identificar las causas que le habían impedido ofrecer lactancia materna exclusiva.

13. - A que edad empezó a comer otros alimentos además de la leche materna.- señalar a que mes inició la ablactación.

14. - Alimento con que inició la introducción de alimentos no lácteos.- Si tenía conocimiento acerca de que tipo de alimentos se podría proporcionar al inicio de la ablactación.

15. - actualmente que tipo de lactancia esta ingiriendo el lactante menor.- que señale que tipo de lactancia estaba empleando actualmente.

16. - Como influye la lactancia natural en la madre.- Que señale la madre las sensaciones que le produce ofrecer seno materno.

17. - que piensa acerca de la lactancia materna.- Señale las ventajas de ofrecer lactancia materna.

18. - Cuales pensaría que son las razones para no amamantar.- Señalar las causas que le impedirían ofrecer seno materno.

19. - A quien acudió para obtener información u orientación acerca de la lactancia materna.- Señalar a las personas que le hayan informado acerca de las ventajas de la lactancia materna.

20. - Si tuviera otro hijo le daría lactancia materna exclusiva.- Si la madre estuviese dispuesta con su ejemplo a promover la lactancia materna.

F) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se elabora la encuesta por el investigador con las diferentes variables.

Se aplica a las madres que acuden a la consulta del programa del control y desarrollo del niño sano en el área de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Según El programa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Previa explicación y aprobación por parte de las madres

Se entrevistaron a 103 madres mayores de 20 años y menores de 45 años, eliminándose 3 encuestas que no cubrieron en su totalidad los criterios de inclusión descritos previamente.

A todas las madres que acudieron y aceptaron ser entrevistadas se les preguntó nombre, edad, estado civil, ocupación, escolaridad numero de hijos, control prenatal y en los niños: sexo, nombre, pesa y talla al nacer, peso y talla al momento del estudio, lugar de nacimiento; así como la medición de conocimientos acerca de la lactancia basadas en el programa de Hospital Amigo Del Niño y de la madre. El rango de confiabilidad fue de 0 a 80, frecuentemente basado en el programa de los 10 pasos hacía una lactancia feliz auspiciado por la OMS. En este programa se le entrevista a la madre y está responde subrayando el inciso correspondiente a la frecuencia de preguntas acerca de la lactancia se corroboran los resultados obtenidos y de acuerdo a las normas se busca el número correspondiente acerca del conocimiento y análisis de la lactancia.

Las acciones emprendidas para valorar el conocimiento, análisis, aplicación de la lactancia son: información acerca de la lactancia, actitud referida acerca de la lactancia materna en cuanto a sí había planeado ofrecerla a su hijo. Si estaba enterada de las ventajas de la lactancia, si entendía la técnica de la lactancia, si tenía conocimiento acerca de los diferentes tipos de lactancia, tiempo de proporcionarla y contraindicación de la lactancia materna, edad de aglactación.

Normas para la clasificación

Preguntas	Clasificación
Selección múltiple	a) sí b) no
A, b, c, d, e, f,	

La información se procesa de manera estadística para obtener la prevalencia, cuadros y graficas.

CONSIDERACIONES ETICAS.

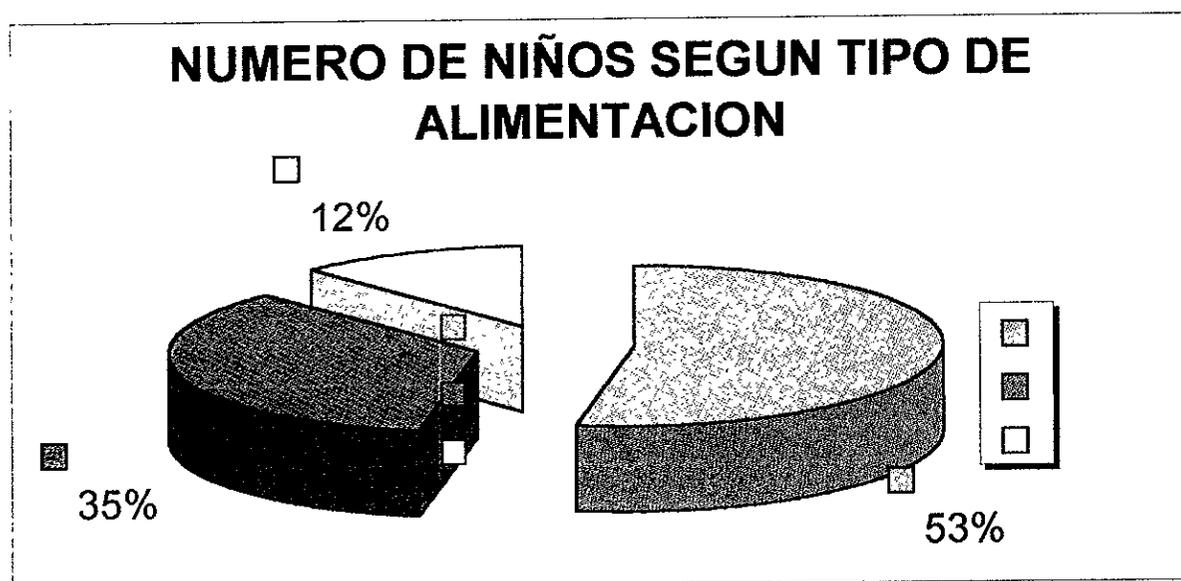
Se solicitó autorización a las madres que llenaran los criterios de inclusión, para poder recabar los datos necesarios para realizar el presente trabajo de investigación. Así mismo se les informó que todos y cada uno de los resultados obtenidos se Mantendrían EN completo anonimato únicamente serían utilizados con fines didácticos e investigación como lo establece la declaración internacional de HELSINKI (Artículo1, 9), que se requiere conocimientos, información y no transgrede al individuo por las características del estudio.

TABLA No. 1.I SEGÚN EL TIPO DE ALIMENTACION

TIPO DE ALIMENTACIÓN	NUMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	53	53%
LACTANCIA MIXTA	35	35%
LACTANCIA ARTIFICIAL	12	12%
TOTAL	100	100%

Total de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000. Fuente: Registro de la investigación.

GRAFICA No. 1.I



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

LACTANCIA MATERNA PARCIAL O MIXTA

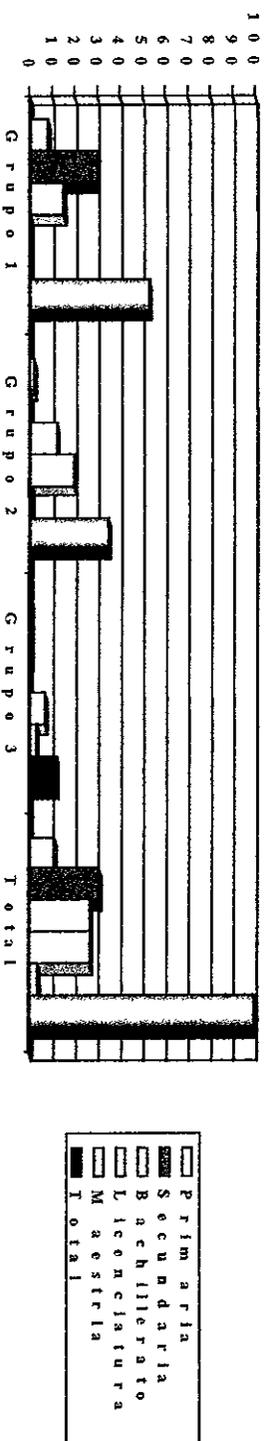
LACTANCIA ARTIFICIAL

Total de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 2 ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
PRIMARIA	8	15	2	5.7	1	8.3	11
SECUNDARIA	30	57	0	0	1	8.3	31
BACHILLERATO	15	28	12	34	0	0	27
LICENCIATURA	0	0	20	57	7	58	27
MAESTRIA	0	0	1	3.3	3	25.4	4
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100



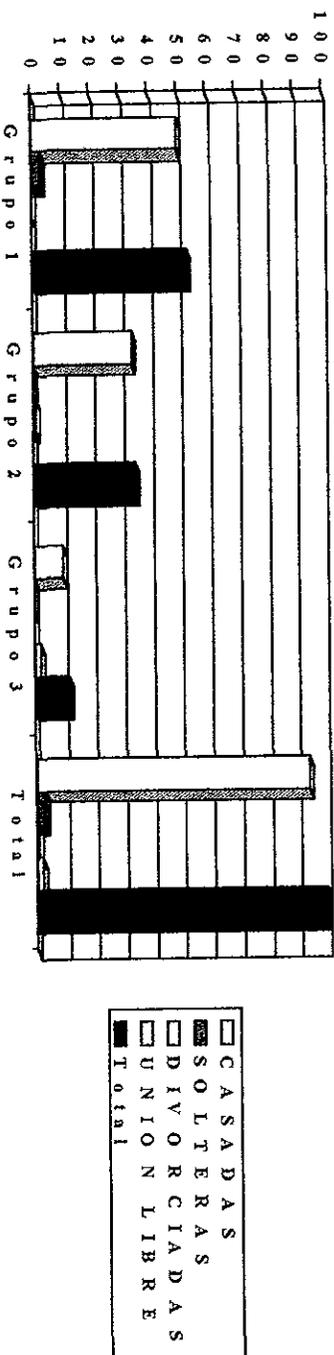
Escolaridad de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 4 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
CASADAS	50	94	34	97	10	83	94
SOLTERAS	03	6	00	0	00	0	03
DIVORCIADAS	00	0	1	3	00	0	01
UNION LIBRE	00	0	0	0	02	17	02
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

GRAFICA No. 4 ESTADO CIVIL



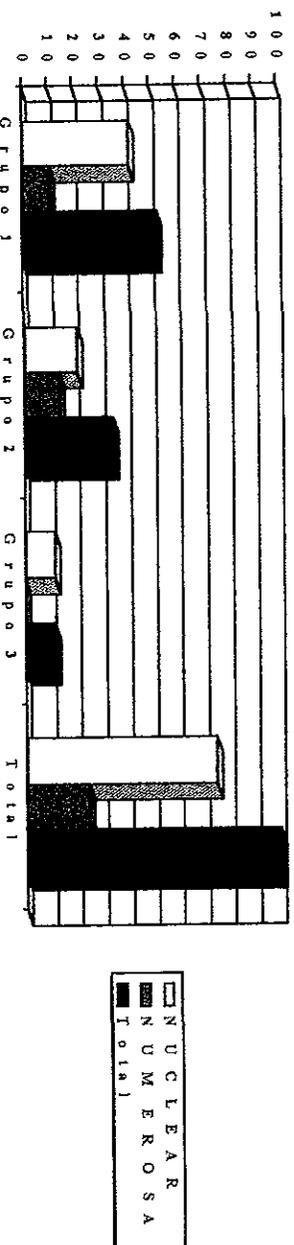
Estado Civil de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 1.5 NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
(1 a 2 HIJOS)	42	79	21	60	12	100	75
(3 a 4 HIJOS)	11	21	14	40	00	0	25
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

G R A F I C A N o. 1.5 N U M E R O D E H I J O S

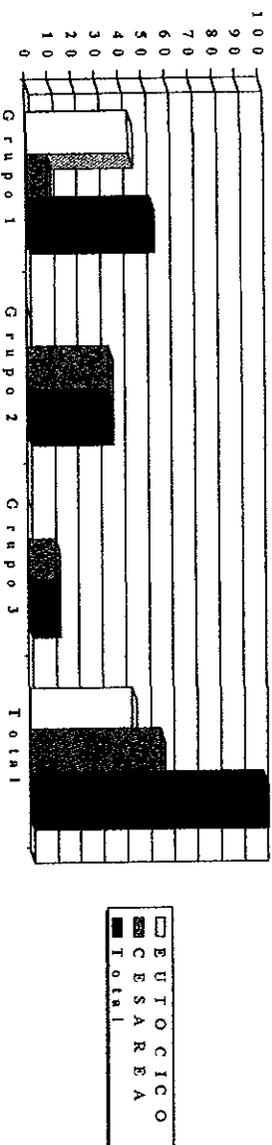


Numero de hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 1.6 TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
EUTOCICO	44	83	00	0	00	0	44
CESAREA	09	17	35	100	12	100	56
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

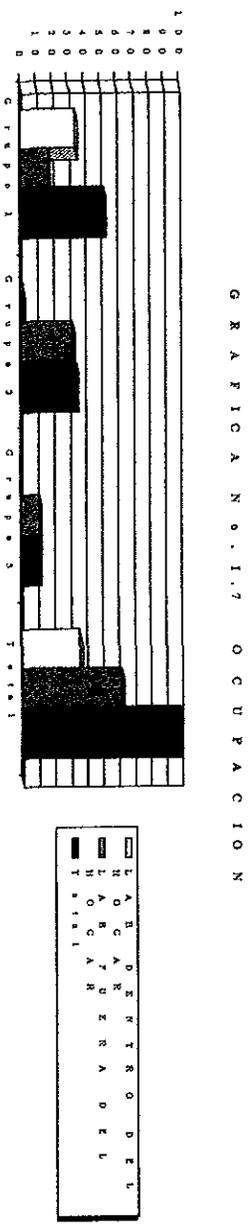
G R A F I C A N o . I . 6 T I P O D E P A R T O



Tipo de parto de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 1.7 OCUPACION

OCUPACION	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
LABORES							
DENTRO DEL HOGAR	35	66	02	6	00	0	37
FUERA DEL HOGAR	18	34	33	94	12	100	63
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

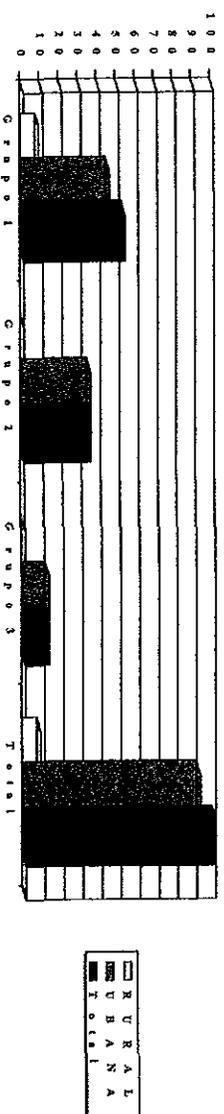


Ocupación de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000. Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 8 LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
RURAL	08	15	00	0	00	0	8
URBANA	45	85	35	100	12	100	92
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

G R A F I C A N o. 1.8 L U G A R D E R E S I D E N C I A



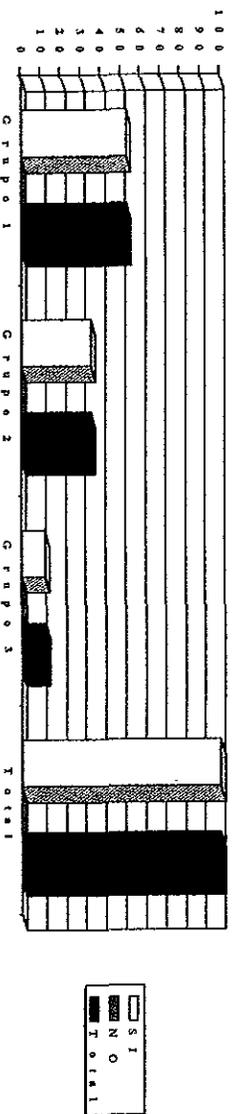
Lugar de Residencia de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 1.9 CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
SI	53	100	35	100	12	100	100
NO	00	0	00	0	0	0	00
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

GRAFICA No. 9 CONTROL NATAL



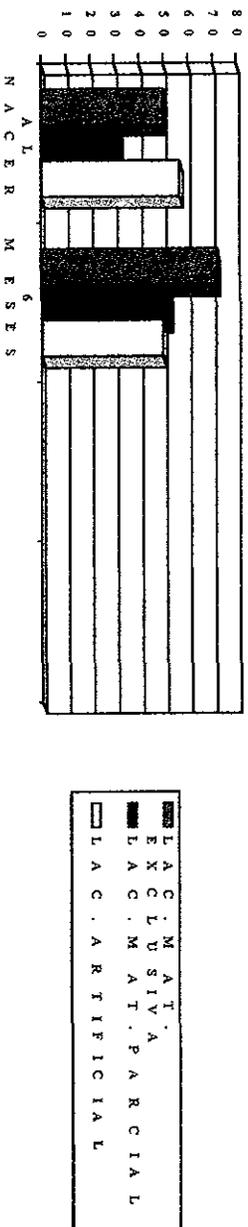
Control Natal de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Elizaveta Pariente de la Investigación

TABLA No. 21 PROMEDIO DE PERCENTILES DE PESO

TIPO DE ALIMENTACION	AL NACER	A LOS 6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	50.09	72.06
LACTANCIA MATERNA PARCIAL O MIXTA	32.08	52.5
LACTANCIA ARTIFICIAL	56.7	49.8

GRAFICA N. 21 PROMEDIO PERCENTILES DE PESO



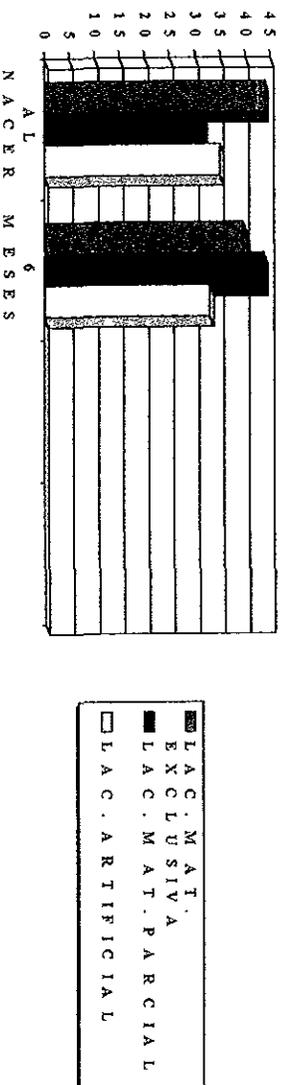
Promedio de los Percentiles de peso de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la invacuinación

TABLA No. 2.2 PROMEDIO DE PERCENTILES DE TALLA

TIPO DE ALIMENTACION	AL NACER	A LOS 6 MESES
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	43.9	39.6
LACTANCIA MATERNA PARCIAL O MIXTA	31.7	43.7
LACTANCIA ARTIFICIAL	35	32.9

GRAFICA No. 2.2 PROMEDIO PERCENTILES DE TALLA



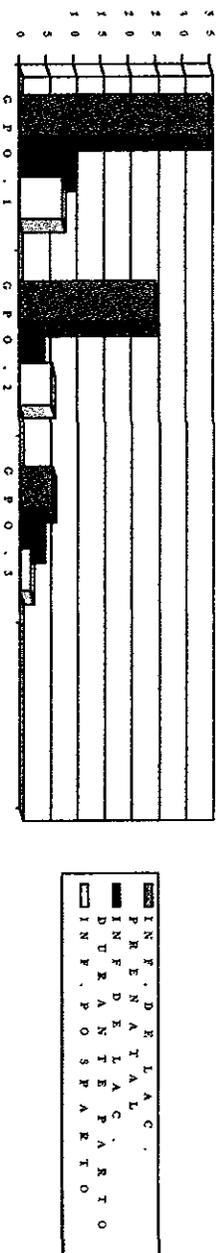
Promedio de Percentiles de talla de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

TABLA No. 3.1 INFORMACION SOBRE LACTANCIA NATURAL

INF. LACTANCIA	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
PER. PRENATAL	35	66	25	71	06	50	66
DURANTE PARTO	10	19	04	12	04	34	18
POSPARTO	08	15	06	17	02	16	16
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

GRAFICA No. 3.1 INFORMACION SOBRE LACTANCIA NATURAL



Información sobre lactancia natural de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

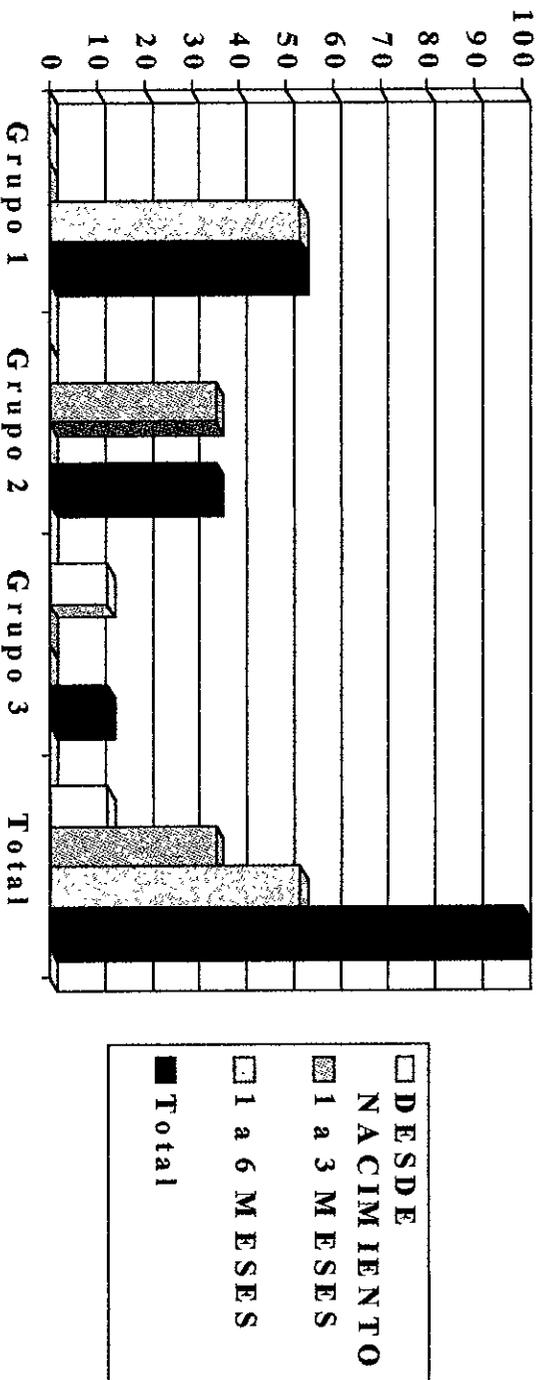
TABLA No. 41 INFORMACION SOBRE EL TIEMPO DE OFRECER LACTANCIA NATURAL

TIEMPO DE LACTANCIA	GPO.1	GPO.2	GPO.3	TOTAL
DESDE EL NACIMIENTO	00	00	12	12
DE 1 a 3 MESES	00	35	00	35
DE 1 a 6 MESES	53	06	00	53
TOTAL	53	35	12	100

Información sobre el tiempo de ofrecer lactancia natural de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

GÁRFIGA N.º. 4.1 TIEMPO DE LACTANCIA



Información sobre el tiempo de ofrecer lactancia natural de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del período comprendido del 1º de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

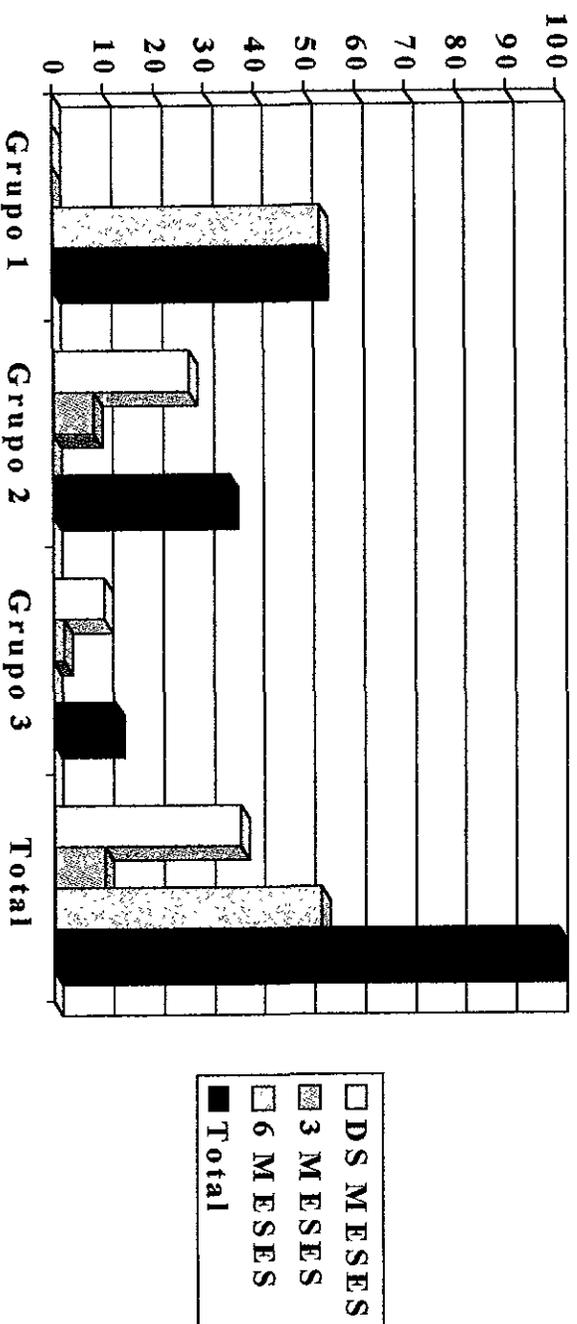
TABLA NO. 5.1 EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION

EDAD DE INICIO	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
2 MESES	00	0	27	77	10	83	37
3 MESES	00	0	08	23	02	17	10
6 MESES	53	100	00	0	00	00	53
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

Edad de inicio de la Ablactación de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

GARFICA No. 5.1
EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION



Edad de inicio de la Ablactacion de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del período comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

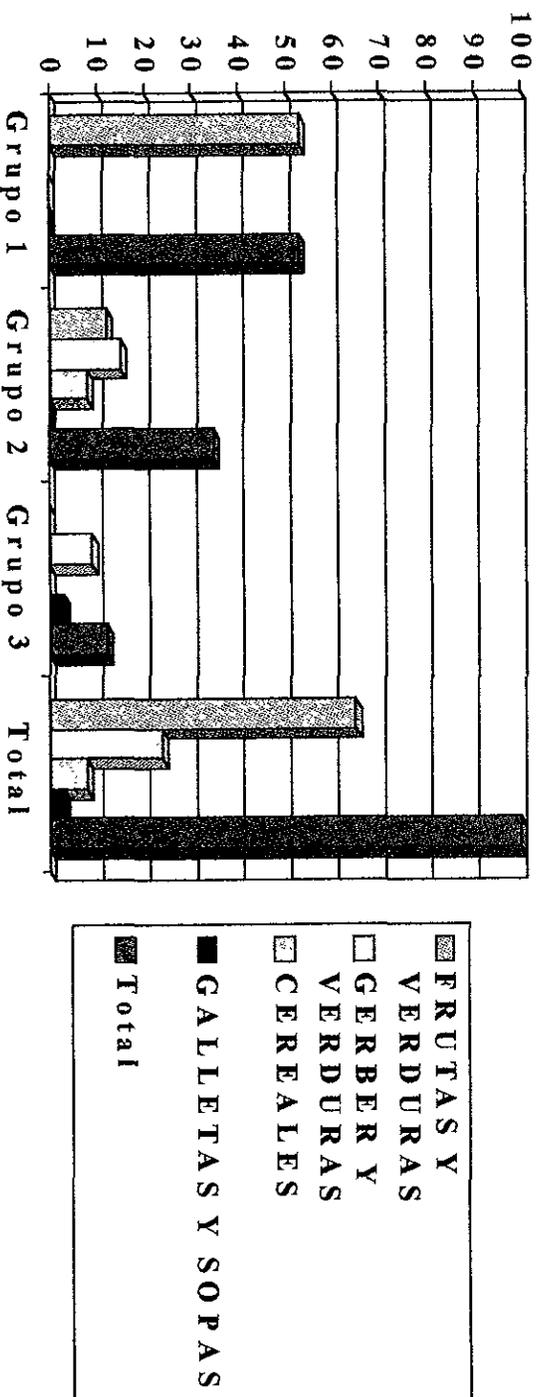
TABLA No. 5.2 ALIMENTO INICIAL EN LA ABLACTACION

ALIMENTO INICIAL	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
FRUTAS Y VERDURAS	53	100	12	34	00	0	65
GERBER Y VERDURAS	00	0	15	43	09	75	24
CEREALES	00	0	08	23	09	0	08
GALETAS Y SOPAS	00	0	00	0	03	25	03
TOTAL	53	100	35	100	12	100	100

Alimento inicial de la Ablactación de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Ranietron da la investigación

GARRICA No. 5.2 EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION



Edad de inicio de Ablactación de los hijos de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del período comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

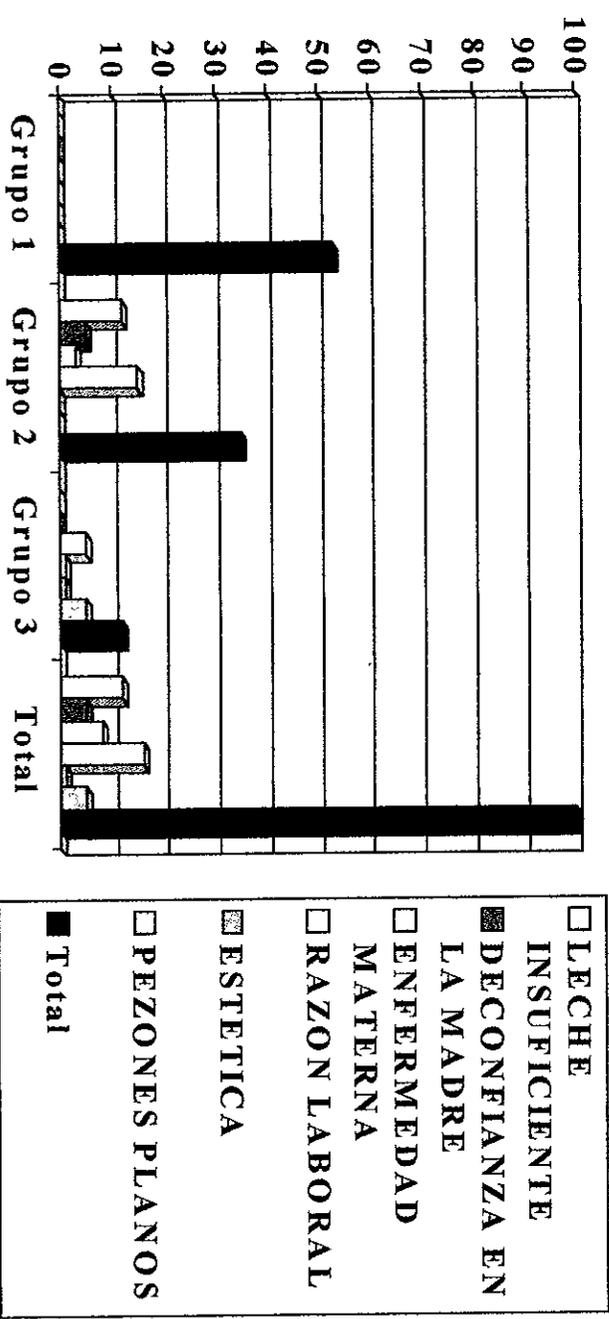
TABLA No. 6.1 RAZONES PARA NO OFRECER LACTANCIA MATERNA

RAZONES	GPO.1	%	GPO.2	%	GPO.3	%	TOTAL
LECHE INSUFICIENTE	00	0	12	34	00	0	12
DESCONFIANZA DE LA MADRE	00	0	05	14	00	0	05
ENFERMEDADES MATERNAS	00	0	03	9	05	42	08
RAZONES LABORALES	00	0	15	43	01	8	16
ESTETICA	00	0	00	0	01	8	01
PEZONES PLANOS	00	0	0	0	05	42	05
TOTAL	53	0	35	100	12	100	100

Razones para no ofrecer lactancia materna de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del periodo comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.

Fuente: Registro de la investigación.

GARFICA No. 6.1
RAZONES PARA NO OFRECER LACTANCIA MATERNA



Razones para no ofrecer lactancia materna de las cien madres derechohabientes divididas según la alimentación a sus hijos en tres grupos de acuerdo a las encuestas realizadas en la consulta externa del hospital regional de Mérida del período comprendido del 1° de julio de 1999 al 4 de febrero de 2000.
Fuente: Registro de la investigación.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De las 100 encuestas realizadas a las madres según el tipo de alimentación; 53 nacimientos correspondieron al grupo 1 (Lactancia Materna Exclusiva)con porcentaje de 53%, 35 nacimientos al grupo 2 (Lactancia Mixta o Parcial) con porcentaje de 35%,12 nacimientos al grupo 3 (Lactancia Artificial) con porcentaje 12%.Para lograr el primeros de los objetivos se enlistaron las características de las madres. Para el segundo objetivo se tomaron los percentiles de peso y talla al nacer de cada grupo ,y se compararon a los seis meses respectivamente en cada grupo. ,para el tercer objetivo se elaboraron preguntas en la encuesta ,así como el total de casos ,para el quinto y sexto objetivo se cumplieron citando y enumerando por tablas y graficas en base a la frecuencia de consumo. . Ver tabla 1.1 y grafica 1.2; los cuales arrojaron los resultados siguientes

RESULTADOS :

1.- CARACTERISTICAS DE LAS MADRES :

ESCOLARIDAD En el grupo 1 (Lactancia Materna Exclusiva) de 53 madres : primaria con 8 un porcentaje de 15.09 %,secundaria con 30 un porcentaje de 56.6 %,bachillerato con 15 con un porcentaje de 28.3%. En el segundo grupo (Lactancia Mixta o Parcial) de 35 madres: con 2 en primaria con un porcentaje de 5.71%;12 en bachillerato porcentaje de 34.28%;20 en licenciatura con un porcentaje de 57.14%,1 en maestría con porcentaje de 2.85 %. En el tercer grupo (Lactancia Artificial) con 12 madres una en primaria con porcentaje de 8.33 % ,una en secundaria con el mismo porcentaje,7 en licenciatura con porcentaje de 58.3 %; 3 en maestría con porcentaje de 25 %. Lo que apoya lo expresado en la literatura acerca de que las madres con menor nivel educativo son las más proporcionan seno materno a sus hijos ver tabla 1.2 y grafica 1.2 ,siendo la probabilidad de p altamente significativa. $p < 0.05$

EDAD DE LA MADRE.

En el grupo 1 (Lactancia materna exclusiva) ; el grupo etario de 20 – 25 años fueron un total de 8 madres con un porcentaje de 15.09 % ;el grupo de 25 a 30 años fueron uno de los mas abundantes con 27 madres arrojando un porcentaje de 50.94 % ;en el bloque de 30 a 35 años las cifras que resultaron fueron de 15 mamas con un porcentaje de 28.30 %; el grupo de 35 a 40 años con 3 madres con porcentaje de 5.60% ;en el bloque de 40 a 45 no se observo a ninguna madre . Lo que nos indica que en este grupo uno, el mayor porcentaje

del grupo etario (50.94 %) correspondió a madres jóvenes que se encontraban en plena edad reproductiva .GRUPO 2 (Lactancia Mixta o Parcial) en el bloque de edad de 20 a 25 años de observo 2 mamás con porcentaje de 5.71%,en el grupo de 25 a 30 años con 12 mamás con porcentaje de 34.28%;en el bloque de 30 a 35 años 10 casos con porcentaje de 28.57 % en el grupo de 35 a 40 años 10 casos con porcentaje de 28.57 % y en el grupo de 40 a 45 años 1 caso con porcentaje de 2.85 %. En este grupo dos el mayor porcentaje(34.28%) correspondió al grupo etario de 25 a 30 años igual que en el grupo uno. GRUPO 3 ; en el grupo de 20 a 25 años correspondió a un caso con un porcentaje de 8.33%,al de 25 a 30 años un caso con porcentaje de 8.33 % ,al de 30 a 35 años con siete casos con porcentaje de 58.83%;al de 35 a 40 años tres casos con porcentaje de 25% y en el grupo de 40 a 45 años ninguno .En este grupo el bloque de edad con más porcentaje correspondió al de 30 a 35 años ,encontrándose las madres al final de su vida reproductiva .El valor de p no fue significativa < p 0.05. Ver tabla 1,3 y grafica 1,3.

ESTADO CIVIL

En el grupo uno hubieron 50 casadas con un porcentaje de 94.33% y 3 madres solteras con porcentaje de 5.66%. En el grupo dos 34 casadas con porcentaje de 97.14% una divorciada con porcentaje de 2.85%. En el grupo tres,10 casadas con porcentaje de 83.30,dos en unión libre .con porcentaje de 16.6% .En todos los grupos predominaron las casadas proporcionándole a la madre un buen entorno familiar y favoreciendo el campo propicio para la lactancia natural. Con una probabilidad significativa >p 0.05. Ver tabla 1,4 grafica

NUMERO DE HIJOS.

En el grupo uno, nuclear (1,2 hijos) con 42 casos con porcentaje de 79.2%;numerosa (3.4 hijos) en 11 casos con porcentaje de 20.75%.Grupo dos con nuclear 21 casos con porcentaje de 60% y numerosa con 14 casos con un porcentaje de 40%.Grupo tres, familia nuclear con 12 casos y cero casos en familia numerosa. Lo que nos indica que las madres querían tener pocos hijos para poder cuidar de ellos mejor. Con una probabilidad altamente significativa de $> p0.05$. Ver tabla 1,5. y grafica 1.5

OCUPACIÓN,-

En el grupo uno ; en labores dentro del hogar con 35 casos con un porcentaje de 66.03%,labores fuera del hogar 18 casos con porcentaje de 33.96%. En el grupo dos ;en labores dentro del hogar fueron 2 casos con porcentaje de 5.71%. en labores fuera del hogar 33 casos con un porcentaje de 94.28%. En el grupo tres ;en labores dentro del hogar ningún caso y en labores fuera del hogar con 12 casos con un porcentaje de 100% .Esto refleja que en el grupo uno, las madres que ofrecían lactancia materna exclusiva no tuvieron dificultad para ofrecerlo ya que no salían de sus hogares; no así en el grupo dos y tres donde las madres si salían de sus domicilios para laborar ,dificultando con ello ofrecer lactancia natural concordando con la literatura que la causa laboral fuera del domicilio de las madres fueron una de las principales causas del abandono de la lactancia materna .Siendo la probabilidad de p mayor de 0.05 por lo que la diferencia observada fue altamente significativa . Ver tabla 1..6 y grafica 6

TIPO DE PARTO.

En el grupo uno se presentaron 44 partos normales con un porcentaje de 83.01% y 9 cesáreas con porcentaje de 16.99%. En el grupo dos todos, los nacimientos fueron por cesárea 35, casos con un porcentaje del 100%. En el grupo tres también todos los nacimientos ,12 fueron por cesárea con un porcentaje de 100%.Coincidiendo por lo expresado en la literatura acerca de que las madres ,que tuvieron parto normal son aquellas en las cuales el reflejo y el descenso de la leche materna se dio en forma espontánea ;no así en las cuales las tuvieron cesáreas presentaron dificultad para hacerlo (3). Siendo la probabilidad de p mayor de 0.05 .Las diferencias observadas fueron altamente significativa. Ver tabla 1 ,7 y grafica 1,7

LUGAR DE RESIDENCIA

En el grupo uno ;8 fueron del área rural con un porcentaje de 15.09% y 45 madres del área urbana con un porcentaje de 84.90%. En el grupo dos ;todas las mamás (35) fueron del área urbana con un porcentaje del 100%. En el grupo tres también todas las madres (12) fueron del área urbana, con un porcentaje del 100%. La razón por lo que las mayorías de las madres fueron urbanas se debe a que el área de consulta externa de medicina familiar se encuentra anexo al hospital de concentración (regional),el cual se encuentra situado en el área urbana de la ciudad capital del estado de Yucatán Siendo la probabilidad de P mayor de 0.05. La diferencia observada no fue significativa. Ver tabla 1.8 y grafica 1.8

CONTROL PRENATAL.

En el grupo uno; todas la madres tuvieron control prenatal (53) con un porcentaje del 100%. Grupo dos; también todas presentaron control prenatal (35). Grupo tres, igual todas presentaron control prenatal (12). La razón es que debido a que habitan en una zona urbana donde el primer nivel de atención primaria de la salud hace énfasis en la promoción de la salud. Por otra parte el hospital desde hace dos años forma parte del programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, siendo una de las prioridades del programa la salud reproductiva de las madres derechohabientes. Ver tabla 1.9. y grafica 1.9

2.- CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO:

PESO : En cuanto al peso, los 53 niños que tomaron lactancia materna exclusiva, obtuvieron al nacimiento una media en sus percentiles de 50.09 con una D.S. de 102.4 y a los 6 meses, se encontró una media de sus percentiles de 72.06 con una D.S. de 107.1, siendo la probabilidad de p mayor de 0.05 por lo que la diferencia observada no fue significativa.

Con respecto a los 35 niños que fueron alimentados con leche materna e industrializada (mixta), se observó una media de sus percentiles de 32.08 con una D.S. de 19.59 al nacimiento y a los 6 meses una media de 52.5 con D.S. de 22.61, por lo que se observó un incremento en el peso de los niños alimentados en forma mixta. El valor de $P < 0.05$.

Con respecto a los 12 niños que fueron alimentados solamente con leche industrializada, se encontró una media de sus percentiles de 56.71, con una D.S. de 95.3 al nacer y a los 6 meses se encontró una media de 49.8 con una D.S. de 31.7, en este caso no se observaron diferencias significativas. Ver tabla 2.1

TALLA

En cuanto a la talla. los 53 niños que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva. Al nacimiento se observó una media en sus percentiles de 43.962 con una D.S. De 27.35. A los 6 meses se obtuvo una media de sus percentiles de 39.66 con una D.S.27.57. Siendo la probabilidad de p de 57.79%. valor de T .8059 la diferencia observada no fue significativa

Con respecto a los 35 niños que fueron alimentados con lactancia mixta (lactancia materna e industrializada) se apreció al nacimiento una media en sus percentiles de 31.7 con una D.S. 23.8. A los 6 meses una media de 43.7 con una D.S. 31.88. Siendo La probabilidad de p de 92.08 % y un valor de t de 1.78 con un aumento significativo en su altura. La diferencia observada no fue significativa

Con respecto al grupo 3 (alimentación artificial) con 12 niños se observó al nacimiento una media en sus percentiles ,de 35 con una D,S, de 19.6 y a los 6 meses se obtuvo una media de 32.9 con una D.S. 21.8. Siendo la probabilidad de p de 19.37% y valor de t de ,2481 la diferencia observada no fue significativa.

3.- INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Con respecto a la información prenatal sobre lactancia materna en el grupo uno fue de 35 casos con un porcentaje de 66%,en el mismo grupo la información sobre lactancia natural durante el parto, fue de 10 casos con un porcentaje de 18.36%,en ese mismo grupo la información sobre lactancia natural post parto fue de 8 casos con un porcentaje de 16% . En el grupo dos; la información prenatal acerca de la lactancia natural fue de 25 casos con un porcentaje de 71.42%,la información sobre lactancia materna durante el parto

fue de 4 casos con un porcentaje de 11.42%; con respecto a la información sobre lactancia natural post parto fue de 6 casos con un porcentaje de 18%. En el grupo tres; la información prenatal acerca de la lactancia natural fue de 6 casos con un porcentaje de 50%, con respecto a la información sobre lactancia materna durante el parto fue de 4 casos con un porcentaje de 33%, acerca de la información sobre lactancia natural post parto fue de 2 casos con un porcentaje de 17%. Estos resultados obtenidos de que en los tres grupos antes mencionados el mayor número de casos fueron sobre la información sobre lactancia natural prenatal corroboran por lo expresado en la literatura revisada acerca de que las madres que han sido informadas en su control prenatal acerca de las ventajas de la lactancia natural, están sensibilizadas a ofrecer la lactancia natural, llevándose a cabo con éxito en el grupo uno; no así en los otros dos grupos cuyos motivos se expondrán más adelante. Siendo el valor de $p < 0.05$ cuyas diferencias observadas no fueron significativas. Ver tabla 3.1 y grafica 3.1

4.- TIEMPO DE LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA ,PARCIAL O MIXTA Y ARTIFICIAL.

En el grupo uno el tiempo de lactancia fue de 1 a 6 meses con 53 casos porcentaje de 100%. En el grupo dos el tiempo de lactancia parcial fue de 1 a 3 meses con un total de 35 casos porcentaje de 100%. En el grupo tres no hubo lactancia materna solo artificial e inició desde el nacimiento con un total de 12 casos Con un valor de $p > 0.05$ cuyas diferencias observadas fueron altamente significativas. Ver tabla 4.1 y grafica 4.1.

5.- EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION .

ALIMENTO INICIAL DE LA MISMA.

Con respecto a la variable acerca de la edad de inicio de la ablactación; en el grupo uno en su totalidad, dio inicio a partir de los 6 meses con 53 niños con un porcentaje del 100%. En el grupo dos, 27 niños iniciaron a los 2 meses con un porcentaje de 72% y 8 niños a los 3 meses con un porcentaje de 23% haciendo un total de 35 niños. En el grupo tres, 10 niños iniciaron a los 2 meses con un porcentaje de 83.33% y otros 2 a los 3 meses de edad con un porcentaje de 16.7% con un total de 12 niños. Esto nos indica que los niños que les ofrecieron lactancia materna exclusiva a sus hijos se retardo la ablactación no así en los otros dos grupos en quienes la ablactación se inició en edades tempranas teniendo como consecuencia alteraciones en sus percentiles ya señalado en el punto 2. con un valor de $p > 0,05$ con diferencias observadas altamente significativas. Ver tabla 5.1 y grafica 5.1.

Con respecto al alimento inicial de la ablactación en el grupo uno predominó en su totalidad (53 niños) las frutas y verduras. En el grupo dos; 12 niños iniciaron con frutas y verduras con un porcentaje de 34,28%, 15 niños con gerber y verduras con porcentaje de 42.85% y 8 niños con cereales con un porcentaje de 22.85% con un total de 35 niños. En el grupo tres; 9 niños con gerber y verduras con porcentaje de 75% y 3 niños con galletas y sopas con porcentaje de 25% haciendo un total de 12 niños. Estos datos nos indican que las madres del grupo uno si tenían conocimiento acerca de que alimentos administrar por vez primera a sus hijos. No así en las madres de los otros dos grupos donde prefirieron administrar alimentos prefabricados o alimentos que propician elevación del peso, trayendo consigo

alteración en los percentiles de peso /edad en sus hijos. Con un valor de $p > 0,05$ siendo las diferencias observadas significativas. Ver tabla 5.2 y grafica 5.2.

6.- RAZONES PARA NO OFRECER LACTANCIA MATERNA.

Con respecto al grupo dos; la principal causa fue la razón laboral con 15 casos con un porcentaje de 42.85, seguida de la leche insuficiente con 12 casos con un porcentaje de 34,28%, posteriormente desconfianza en la madre con 5 casos con un porcentaje de 14.28%; enfermedad materna con 3 casos con un porcentaje de 8.57 con un total de 35 casos .En el grupo tres una de las principales causas fue la enfermedad materna con 5 casos con un porcentaje de 41.66 ;seguida de pezones planos con 5 casos con un porcentaje de 41.66%, razón laboral con 1 caso con porcentaje de 8,33%, razón laboral 1 caso con porcentaje de 8,33% con un total de 12 casos .Las causas antes mencionadas son las que refiere la literatura consultada acerca de que son las razones principales de que no se ofrezca lactancia materna exclusiva. Con un valor de $p > 0,05$ con diferencias observadas altamente significativas. Ver tabla 6.1 y grafica 6.1.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1.-ESCOLARIDAD.- La literatura refiere que las madres cuya escolaridad formal ,era bajo o nulo amamantaban a sus hijos durante más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados (15). Comparando con nuestro estudio encontramos que en el grupo uno, el 56% (30 madres), tenían estudios básicos secundaria ,seguidas de bachillerato con 28% (15 casos).En el grupo dos; 57% (20 madres) tenían estudios de licenciatura, 34% (12 madres) tenían bachillerato. En el grupo tres ;58% (7 madres) tenían licenciatura,25% (3 madres) tenían maestría,8.33% (1madre) tenía primaria Y 8.33% (1 madre) tenía secundaria. Aquí concluimos que de acuerdo a nuestro estudio (grupo1,grupo2,grupo3)se comprobó lo reportado por la literatura.

2.- EDAD DE LA MADRE.

Al revisar la bibliografía acerca de la edad materna en la lactancia natural; encontramos de que la adolescencia y juventud son factores predisponentes para el abandono temprano de la lactancia materna (12). En nuestro estudio las cifras que arrojó el estudio fueron; en el grupo uno el 51% (27 madres) que se encontró en el grupo etario de 20 – 25 años .Seguida de 28% (15 madres) en el bloque de edad de 30 – 30 años. Con 16%(8 madres) en el bloque de edad de 20 – 25 años. Grupo 2; 34% (12 madres) en el bloque de edad de 25 – 30 años. 29% (10 madres) en el bloque de edad de 30 a 35 años. 29% (10 madres) en el bloque de edad de 35 – 40 años. 6%(2 madres) en el bloque de edad 20 a 25 años. 3% (1 madre) en el bloque de 40 a 45 años. Grupo tres; 59%(7 madres)en

el bloque de edad de 30 a 35 años .25% (3 madres)en el bloque de 35 - 40 años. 8.33% (1 madre) en el bloque de 20 a 35 años. 8.33%(1 madre) en el bloque de edad de 25- 30 años .Según lo investigado en la literatura sobre lactancia natural con respecto a la edad. Los datos que arrojaron el estudio ; en los grupos 1 , 2 y 3 contradice a lo expresado por la literatura citado al principio de este inciso 2 . Probablemente la causa se deba a que las madres incluidas en este universo se trataba de mujeres en edad reproductiva que deseaban el embarazo, con madurez emocional para asumir las demandas que conlleva un embarazo y con disponibilidad para ofrecer la mejor alimentación a su hijo.

3.-ESTADO CIVIL

La literatura reporta que las madres que están felizmente casadas, que tienen el apoyo emocional y económico de su pareja son aquellas madres que ofrecen lactancia materna exclusiva por tiempo prolongado a diferencia de aquellas madres en donde tienen que trabajar fuera del hogar o sufren desintegración en su relación conyugal. Nuestro estudio arrojó los resultados siguientes: En el grupo 1; 94% (50 madres) casadas,6%(3 madres) solteras. Grupo 2 ;97% (34 madres) casadas,3%(1 madre) unión libre. Grupo 3 ; 83% (10 madres) casadas,17% (2 madres) unión libre. Los resultados revelados por nuestro estudio confirma por lo expresado en la literatura al principio del inciso y es más evidente en el grupo uno.

4.-NUMERO DE HIJOS.

Existen datos de que un intervalo de dos años entre los partos es vital para la supervivencia infantil y para mejorar el estado de salud de las madres en países subdesarrollados, es de vital importancia que en los programas de atención materno-infantil se haga énfasis en que las madres lleven a cabo planificación familiar durante la lactancia artificial . Debido a que la lactancia natural es una forma de anticoncepción culturalmente aceptadas por todas las sociedades y en muchos países subdesarrollados constituye la única forma de regulación de la fertilidad (3) . En nuestro estudio encontramos que el grupo 1 en familia nuclear obtuvo el porcentaje fue 79%. (42 madres) y en familia numerosa 21%; en grupo 2; familia nuclear con 60% (21 madres), familia numerosa con 40% (14 madres); grupo 3 ; familia nuclear con 100% (12 madres). Esto comprueba por lo señalado por la literatura ya mencionado al principio del inciso. todas las madres de cada grupos en su gran mayoría practicaron planificación familiar dejando un intervalo de 2 años. Cumpliéndose el objetivo de que la familia pequeña (nuclear) vive mejor y puede aspirar a mejores condiciones emocionales, económicas y sociales.

OCUPACIÓN.-

Las madres que dispusieron de más tiempo en sus hogares, proporcionaron lactancia materna exclusiva o parcial a sus hijos por más tiempo, obteniendo con ello un adecuado aporte nutricional , disminuyendo la duración y gravedad de las infecciones respiratorias o intestinales, en relación con aquellas madres que por

razones laborales no pudieron ofrecer seno materno o de una manera parcial.

En nuestro estudio encontramos que el grupo 1 el 66% (35 madres) de las madres laboraba en el hogar, 34% (18 madres). Grupo 2: 6% (2 madres) laboraba en el hogar y 94% (33 madres) laboraba fuera del hogar. Grupo 3; 100% (12 madres) laboraba fuera del hogar. De acuerdo a lo obtenido en el estudio donde predominó que las madres que laboraban en el hogar ofrecieron lactancia materna exclusiva por más tiempo (grupo 1) a diferencia de las que lo hacían fuera del hogar (grupo 2 y 3) no ofrecieron lactancia materna en este inciso se cumplió lo referido en la literatura.

TIPO DE PARTO.

Las madres que tuvieron parto normal eutócico, proporcionan lactancia natural con más frecuencia, debido a la liberación hormonal aunado a la succión en los pezones durante las primeras horas después del nacimiento, propicia que el descenso de la leche sea fisiológica. No así en aquellas madres a quienes se les practica cesárea, donde generalmente se interrumpe el embarazo. (6) En nuestro estudio : en el grupo 1; 83% (44 madres) con parto normal y 17% (9 madres) con cesárea. Grupo 2 ; 100% (35 madres) por cesáreas. Grupo 3 ; 100% (12 madres) por cesárea. Esto nos llevó a la reflexión de que las madres con parto normal son aquellas que proporcionaron lactancia natural exclusiva.

Cumpléndose lo ya señalado en la literatura.

LUGAR DE RESIDENCIA.

Las madres del área rural ofrecen lactancia natural con mayor frecuencia que las madres que viven en el área urbana. (3) En nuestro estudio encontramos que en el grupo 1; 16% (8madres) provenían del área rural y 84% (45 madres) del área urbana. Grupo 2 ,100% (35 madres) área urbana. Grupo 3 100% (12 madres) del área urbana. Este resultado no concuerda por lo reportado en la literatura; probablemente se deba a las campañas acerca de las clínicas de la lactancia natural que tienen lugar de una manera permanente desde hace 2 años en todo el hospital cuando se le otorgo el titulo Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Para confirmar esta hipótesis habría que hacer estudios retrospectivos al respecto.

CONTROL PRENATAL.

Toda mujer embarazada deberá tener asistencia prenatal ,para control y manejo de su embarazo, y es allí en donde deberá recibir información de la técnica de la lactancia materna; iniciando con el examen físico y la exploración de las mamas con el objeto de detectar anormalidades y así poder corregirlas .(25) En nuestro estudio encontramos que : En el grupo 100% (53 madres) tuvieron control prenatal. Grupo 2;100% (35 madres), con control prenatal, grupo 3; 100% (12 madres) con control prenatal. En nuestro estudio se cumplió con éxito lo referido por la literatura.

2.- CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS.

Las recomendaciones dietarias de la FAO – OMS ,el consumo energético de un lactante entre el nacimiento y el año de edad varía de 120 kcl / kg, durante los primeros tres meses hasta 106 kcl al año de edad para mantener el crecimiento esperado de un niño con percentil 50. La alimentación al pecho satisface las necesidades energéticas de los lactantes hasta los seis meses de edad, los niños alimentados al seno materno crecen a una velocidad mayor que los alimentados con fórmula..(25) PESO.

PROMEDIO DE PERCENTILES

El promedio de percentiles en peso ; Grupo 1 al nacimiento la media fue de 30 a los 6 meses de 72 con un valor de p mayor de 0,05. Grupo 2 al nacimiento con una media de 56 a los 6 meses con una media de 49 con un valor de p menor de 0,05. Grupo 3 al nacimiento con una media de 32,a los 6 meses con una media de 52 con un valor de p mayor de 0,05. estos resultados reafirman lo antes descrito por la literatura y en el grupo que más se apreció fue el que ofreció lactancia natural exclusiva por 6 meses(grupo 1). En el grupo 2 los promedios de percentiles presentaron una desaceleración de crecimiento y de peso sobre todo a los 6 meses probablemente se deba a que en el cambio de fórmula láctea hayan presentado enfermedades respiratorias o intestinales frecuentes. En el grupo 3 se apreció un aumento de los percentiles del nacimiento a los 6 meses probablemente que la carga de solutos fue mayor así como la lactosa de la leche industrializada o que hubiesen iniciado la ablactación temprana propiciando que el niño sobrepase sus percentiles esperados para su edad

TALLA.

PROMEDIO DE PERCENTILES

Grupo 1 al nacimiento con una media de 43 a los 6 meses con media de 39 con un valor de p menor de 0,05. Grupo 2; al nacimiento con una media de 31 a los 6 meses con una media de 43 con valor de p mayor de 0.05 Grupo 3 ; al nacimiento con una media de 35 y a los 6 meses con una media de 32 con un valor de p menor de 0,05. En nuestro estudio se observó un crecimiento esperado en el grupo 1 y 2 por lo reportado en la literatura acerca de la lactancia natural de que los niños alimentados al seno materno tienen un crecimiento ponderal/estatural rápido los primeros 4 meses. En el grupo 3 se aprecia un decremento en el crecimiento de la talla probablemente por intolerancia alimentaria con las leches artificiales y ablactación iniciada tempranamente ,o por la desaceleración normal leve que se aprecia en todos los lactantes.

3.- INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA NATURAL.

El éxito de una lactancia natural depende en gran parte del apoyo de personal profesional a las madres y explicarles que este tipo de alimentación es una función natural, ya que muchas madres necesitan instrucción y apoyo, tales como la exploración de mamas, nociones sobre el proceso fisiológico de la lactancia natural. El manejo satisfactorio de la lactancia inicia durante el embarazo y las madres que deseen ofrecer lactancia materna deben ser alentadas a hacerlo ,ya que son alimentación que deseen para sus hijos, por lo que la preparación para la

lactancia natural debe de iniciarse en la consulta prenatal. (15) En nuestro estudio encontramos que : En el grupo 1 hubo un 66 % (35 madres) con información prenatal, acerca de la lactancia 19% (10 madres) tuvieron información durante el parto acerca de la lactancia y 14% (8 madres) tuvieron información acerca de la lactancia natural en el post parto. Grupo 2; 71% (25 madres) información prenatal, 11% (4 madres) con información durante el parto y 18% (6 madres) recibieron información en el post parto . Grupo 3; 50% (6 madres) recibieron información en el periodo prenatal, 33% (4 madres) durante el parto recibieron información, 17% (2 madres) recibieron información en el post parto. Por lo que concluimos que en el grupo 1 más de la mitad de las madres que ofrecieron lactancia materna exclusiva tenía un previo conocimiento acerca de las ventajas de la lactancia al seno materno de ahí el éxito en ese grupo de que ofrecieran lactancia materna exclusiva según lo expresado en la literatura ya mencionada al principio de este inciso . Un pequeño porcentaje recibió información durante y en el post parto, el mismo porcentaje arrojó el grupo 2. En el grupo 3 aunque no ofrecieron lactancia natural más de la mitad de las madres de este grupo tuvo información en la consulta prenatal . Lo que nos lleva a inferir que en el área de la consulta externa de medicina familiar del hospital del ISSSTE. El personal médico y de enfermería está llevando con éxito los 10 pasos hacia una lactancia feliz..

4.- TIEMPO DE LACTANCIA

La lactancia natural genera y reafirma vínculos que enriquecen el ámbito afectivo y

emocional en el que se desarrolla el mundo conciente de la mujer y el niño ,además gratifica a la madre y al hijo dándole más significado, la bondad de la lactancia se manifiesta de manera objetiva en el crecimiento corporal del niño. (24). En nuestro estudio se observo que el total del grupo 1 (53 madres) ofrecieron lactancia materna exclusiva de uno a seis meses, en el grupo 2 el total del grupo (35 madres) lo hicieron de una manera parcial y el grupo 3 (12 madres) en su totalidad no ofrecieron lactancia natural. Por lo que concluimos que del total de nuestro estudio (100 madres) el 88% tuvieron un conocimiento adecuado de la lactancia natural y la practicaron de las cuales el 53% (53 madres) lo hizo de manera exclusiva y el 35% (35 madres) lo hicieron de forma parcial y el 12 % (12 madres) grupo 3 restante no lo hizo ,ya sea por causas maternas o del lactante.

5.- EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION ALIMENTO INICIAL EN LA ABLACTACION.

Para niños de 1 a 6 meses la alimentación exclusiva al seno materna satisface las necesidades de los lactantes hasta los seis meses de edad ya que a partir de esta edad los requerimientos energéticos del lactante pueden variar de 87 a 110 kcl / kg es una de las razones que la ablactacion debe de iniciarse a partir de los 4 o 5 meses de edad. Los alimentos que deben de iniciarse a esta edad deben ser alimentos de fácil digestión como las frutas y verduras posteriormente las sopas y cereales, evitando la ingesta de alimentos envasados con alto contenido calórico (glucosa). Otra razón es debido a que ,el reflejo de protusion desaparece a los 4 o

5 meses de edad , esto facilita la deglución de los alimentos evitando con ello el peligro de la bronco aspiración. El iniciar la ablactacion temprana con lleva a serios inconvenientes ya sea por la carga de solutos a que se ve sometido el lactante y la inmadurez fisiológica del neonato produciendo trastornos digestivos y alérgicos y de sobrepeso que se traduce en una alteración de sus percentiles de peso y talla para sus edad. (25) En nuestro estudio encontramos en el grupo 1; el 100% (53 niños) total de esta grupo inició la ablactacion a los 6 meses. Grupo 2 ;el 77%(27 niños) inició a los 2 meses y el 23 % (8 niños) lo hizo a los 3 meses. Grupo 3 , el 83% (10 niños) inició a los 2 meses y 14% lo hizo a los 3 meses .Al reflexionar acerca de la ablactacion los resultados fueron que el grupo 1 inició en la edad para hacerlo concordando por lo referido en la literatura en líneas arriba, no así en los grupos 2 y 3 en donde se inció la ablactación a edades tempranas trayendo consigo alteraciones en sus percentiles de peso y talla (ver tabla 2.1 y grafica 2.1). El alimento inicial de la ablactacion encontramos que en el grupo 1 el 100% (53 niños) iniciaron con frutas y verduras. Grupo 2 el 34% (12 niños) lo hizo con frutas y verduras,43% con gerber y verduras,23%(8 niños) con cereales. Grupo 3 el 75% lo hizo con gerber y verduras y el25% (3 niños) lo hizo con galletas y sopas. Al analizar el alimento inicial que se introdujo en la ablactacion, el grupo 1 lo hizo de acuerdo a lo referido por la literatura ya citada. En el grupo 2 más de la mitad de los niños y el grupo 3 en su totalidad iniciaron con alimento de alto contenido calórico como son las alimentos envasados (gerber) y sopas, trayendo con ello trastornos en sus percentiles (ver tabla 2,1,grafica2.1 y tabla2.2. y 2.2) la explicación podría ser que en estos grupos la mayoría de las madres laboraba fuera del hogar (tabla

1.5 y grafica 1.5) esto evitaba que pudieran ofrecerles alimentos adecuados ,o por otro lado las personas que cuidaban a estos niños tenían nula información acerca de la alimentación adecuada de estos lactantes.

6.- RAZONES PARA NO AMAMANTAR

Las causas que se mencionan con más frecuencia para no ofrecer el seno materno o suspenderlo en forma precoz son ;insuficiencia en la producción de leche, consejo medico, influencia en las practicas institucionales, desconfianza o desconocimiento de la lactancia materna y causas laborales, enfermedad materna y enfermedad el lactante. (25) En nuestro estudio encontramos que en grupo 2 ;el 34%(12 niños) con leche insuficiente,15% (5 niños) desconfianza de la madres,9%(3 niños) por enfermedad materna,42% (15 niños) . Grupo 3; el 42%(5 niños) por enfermedad materna,8%(1 niño) por causa laboral, 8%(1 niño) por estética ,42% (5 niños) por pezones planos. Lo encontrado en nuestro estudio de los grupos 2 y 3 concuerda por lo revisado en la literatura, excepto por la razón de estética ,la explicación podría ser que las madres de este grupo 3 son las que tenía un alto grado de escolaridad (ver tabla 1.2 y grafica 1.2) y por lo tanto trabajaban fuera de su hogar no les interesaba ofrecer lactancia materna a sus hijos. En cuanto a los pezones planos probablemente las madres no solicitaron información sobre la técnica de lactancia materna en su consulta prenatal.

CONCLUSION

La leche humana es el alimento ideal para promover el crecimiento y desarrollo del niño durante 4 – 6 meses de vida. Desde la década de los setentas el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) ,pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, promoción y el apoyo de la lactancia natural. (8) En relación a lo reportado respecto a la conducta acerca de la lactancia natural en el área de consulta externa de Medicina Familiar del Hospital Regional del ISSSTE . Se encontró que de las 100 encuestas realizadas sobre la lactancia natural,88 encuestas correspondiendo al 88% del total, practicaron la lactancia natural, y 12 encuestas correspondiendo al 12% del total no practico la lactancia natural . De estas 88 encuestas 53 practico la lactancia natural exclusiva y 35 la realizó con lactancia natural parcial o mixta. Los factores que propiciaron la practica de la lactancia natural, están el nivel educativo básico o medio superior como la secundaria y el bachillerato ,la edad materna entre las que practicaron la lactancia natural oscilan entre 25 – 40 años ,predominado el estado civil casadas (94),con 44 madres con parto natural y56 madres por cesáreas, la mayoría del área urbana (92 madres) con control prenatal. En cuanto las características del niño los que recibieron lactancia natural exclusiva (53) tuvieron un incremento de sus percentiles de peso del nacimiento a los seis meses ,en cuanto a la lactancia parcial o mixta hubo una disminución de sus percentiles. Confirmado lo expresado por la literatura acerca de que la lactancia natural exclusiva cubre los requerimientos del lactante. Con respecto a la talla se observó que en el grupo que practicó la lactancia natural

exclusiva tuvo un decremento en su talla no así en los niños que practicaron la lactancia natural parcial o mixta en los cuales hubo incremento de su talla, la explicación a esta disminución de talla en el grupo que practicó la lactancia natural exclusiva, es que a partir de los 4 meses existe un decremento fisiológico en su crecimiento y desarrollo. Existió una adecuada información prenatal sobre la lactancia natural a todas las madres del estudio. El tiempo de duración de la lactancia natural exclusiva (53 casos) fue de uno a seis meses, el tiempo de duración de la lactancia natural parcial o mixta (35 casos) fue de uno a tres meses, el tiempo de lactancia artificial (12 casos) fue a partir del nacimiento. El tiempo de abalactación en el grupo de la lactancia natural exclusiva fue a los seis meses de edad, en la lactancia natural parcial o mixta y en la lactancia artificial fueron a los dos meses .El ofrecer la ablactación por más tiempo en el grupo de la lactancia natural exclusiva propició que el reflejo de protusión se extinguiese por más tiempo

Evitando con ello el riesgo de bronco aspiración, en el grupo de lactancia parcial o mixta y artificial ,este riesgo estuvo latente, por otra parte los niños ablactados en edades tempranas pueden desencadenar desordenes digestivos, respiratorio o alérgicos. El alimento inicial de la ablactación fue el adecuado en el grupo de lactancia natural exclusiva, en el grupo de lactancia parcial o mixta y artificial, se iniciaron alimentos que no llevaban el adecuado aporte nutricional, esto probablemente se debió a que en estos grupos las madres laboraban fuera del hogar y por razones de tiempo o por desconocimiento acerca tipo de alimentos en estos lactantes deberían ingerir de acuerdo a sus requerimientos nutricionales les ofrecían el alimento más rápido de cocinar o más fácil de

adquirir sacrificando con ello un adecuado crecimiento y desarrollo del niño .

Entre las causas que impidieron ofrecer lactancia materna exclusiva fueron la leche insuficiente, desconfianza de la madre, enfermedad materna ,razón laboral estética pezones planos.

Los estudios sobre lactancia materna en población general en países en vías de desarrollo indican que van disminuyendo debido a que la población rural va decreciendo y aumentando la urbana en donde la madre se ha involucrado activamente al sector productivo de las grandes ciudades, posponiendo con ello el antiguo rol de que la madre solo estaba para las tareas del hogar y de los hijos. Por otro lado la escolaridad en la mujeres urbanas fue un factor contrario a la prolongación del seno materno. La conducta de la lactancia natural en este estudio fue la siguiente; las madres estaban informadas acerca de las técnicas de la lactancia materna ,pero debido a sus obligaciones fuera del hogar les impide atender a sus hijos. Por lo tanto es necesario señalar que los programas de apoyo a la lactancia no pueden generalizarse, sino por el contrario adaptarse a cada grupo de madres de acuerdo a las circunstancias de las mismas .El motivo del presente estudio es hacer reflexionar al personal médico y a las madres acerca de las bondades de la lactancia materna y la única finalidad es que el niño pueda crecer con la mejor leche y este esfuerzo se vera recompensado con un excelente crecimiento ,físico, emocional y nutricional.

SUGERENCIAS COMO MEDICO FAMILIAR

Para mejorar la calidad de atención al niño y a la madre que se ofrecen en la consulta externa del hospital del ISSSTE por parte del medico familiar se deben implementar ciertas acciones que se basan en:

1.- Capacitación sobre lactancia materna al médico familiar ,enfermera y personal para médico , en todas las unidades de Medicina Familiar para que puedan ofrecer una adecuada orientación sobre la lactancia natural a todas las madres derechohabientes que lo requieran.

2.- Enfatizar el programa del niño sano y los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. A las madres derechohabientes del hospital regional del ISSSTE.

3,-En la consulta prenatal enfatizar a toda mujer embarazada acerca de las técnicas de amamantamiento, cuidado y formación de los pezones, así como las ventajas de la lactancia natural.

4.- promoción a las clínicas de la lactancia materna ,en el área de la consulta externa de Medicina Familiar en el hospital Regional del ISSSTE. Como una de las actividades de promoción a la salud a todas las madres derechohabientes parturientas en la primera semana post parto para un mejor desarrollo afectivo .emocional y nutricional del binomio madre /hijo

5.- Fomentar grupos de apoyo de la lactancia natural formados por médicos y enfermeras en cada unidad de medicina familiar, A todas las madres derechohabientes.

6.- El médico Familiar en el programa de crecimiento y desarrollo del niño sano, deberá promover la lactancia materna exclusiva cuando menos durante los cuatro primeros meses.

7.- involucrar a la pareja de la madre (esposo) sobre el fomento , protección y ventajas del seno materno. Por parte del médico familiar, para lograr que la lactancia natural sea un éxito ,que se traduzca en un adecuado bienestar en la madre y el hijo.

BIBLIOGRAFIA

1. BARNES LEWIS, Alimentación al Seno Materno.
Manual de Nutrición Pediátrica.
Ed. Inter. sistema México 1993 p p 1- 11.

2. BEISCHER NORMAN A. Alimentación Materna.
Obstetricia y Perinatología.
Ed. Interamericana España Madrid 1987 pp. 572-586

3. CANTO DE CETINA THELMA, Polanco Reyes Lucila,
Vera Gamboa Ligia) Lactancia y Amenorrea
En Mujeres de las Áreas Rurales y Urbanas en Yucatán
Boletín Medico del Hospital Infantil de México , (1993] 50(9).

4. CABRERA URIBE SERGIO ENRIQUE Tesis
Lactancia Materna y Nivel Socioeconómico Alto en
Mujeres Primíparas de la Ciudad de Mérida. (1999]U.A.D.Y

5. DE SANTIAGO SOLEDAD , Halhali Al
Balance de Calcio y Fósforo en Mujeres Lactantes
Rurales de México.
Investigación Clínica del Instituto Nacional de la Nutrición (1998)
50(4) Julio pp. 293- 300.

6. FOMON J. SAMUEL; Leche Humana y Lactancia Materna.
Nutrición del Lactante ,Tomo 1;Ed. Mosby España
1994. pp. 400 - -411.

7. FOMON J. SAMUEL ; Recomendaciones para la alimentación del Lactante. Nutrición del Lactante, Tomo 1, Ed Mosby España 1994; capítulo 29

8. HERNÁNDEZ – GARDUNO Adolfo Gabriel; Capacitación sobre Lactancia Materna al personal de Enfermería del Hospital General de México; Revista Salud Pública de México,(2000) 42(2)p p 112 - 117

9. JIMÉNEZ GUERRA FRANCISCO, Román Pérez Rosario Alimentación ,Morbilidad y Crecimiento en Infantes de un Grupo de Madres Primígestas. Revista Salud Pública de México, (1994); 36(4) pp.399

10. LAGUNAS FLORES ARTEMIO.
Características de la Alimentación al Seno Materno en el Lactante en un Sector de la Población Urbana de Acapulco Guerrero.
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social(1991) ,29(5).

11. LOMELI GUERRERO LAURA ELENA ,Medina Carrillo Leopoldo Rodríguez Jacobo María Guadalupe, Influencia de la Educación Prenatal en la Decisión de Lactar al Seno Materno. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Socia, (1996} , 34 (6) pp. 473 – 476.

12. LORA CAPETILLO MARIA CECILIA, Rodríguez Mórán Martha , Guerrero Romero Jesús Fernando , Lactancia al Seno Materno: Abandono e Incidencias de Enfermedades. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, , (1996} 34(1) pp. 49 – 53.

13. MANDLE.; Alimentación al pecho; Ediciones de la UNICEF México, D. F., 1995. p p 15- 22

14. PABST H F. Afecta el Amamantamiento la Capacidad Inmunitaria del Lactante ,Revista Panamericana de Salud. (1998} 4 (2) Washington U.S.A.

15. PEREZ ESCAMILLA RAFAEL Patrones de Lactancia Natural en América Latina y el Caribe, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, {1993} 115 (3) Washington DC USA. pp185-195.

16. PEREZ GIL SARA ELENA, Rueda Anoniz Fabiola, Díez Urdanivia Coria Lactancia y Cuidados de los Hijos Estudio de Casos en Dos Zonas Rurales de México. Revista Salud Pública de México, Coria (1993) 35 pp. 692 – 699.

17. RODRÍGUEZ GARCÍA ROSALÍA.;Educación en Lactancia: Ediciones de la Organización Panamericana de la salud. Washington, D . C . 1990 p p 116- 146.

18. RUIZ FRANCISCO J. Cravioto Alejandro Factores que Afectan la Duración de la Lactancia al

Seno Materno en una Cohorte de Madres Urbanas.
Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1989 ,46 (11) pp. 705 -
708

19.SANTOS TORRE, Irene Vasquez Garibay
Nápoles Rodríguez Francisco , Hábitos de
Lactancia Materna en Colonias Marginadas de Guadalajara
Boletín Médico del Hospital Infantil de México, (1990), 47 (5) Mayo

20.SOTELO CRUZ NORBERTO, Barragán Ortega Luis Fernando
Patrones de Lactancia y Ablactación en el Primer
Semestre de Vida, Revista Mexicana de Pediatría, (1994)
Marzo – Abril pp. 83- 87.

21.TORRE PILAR (1993) Los Sucedáneos de la Leche Materna
en la Seguridad Social Mexicana durante
Revista Salud Pública de México 1990,35 pp 700 – 708.

22.URRUTIA JUAN . Fomento de la Lactancia Materna y de las
Mejorías de las Prácticas del Destete.
Enfermedades Diarreicas en el Niño.
Ed. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México
Novena edición 1988. Pp. 30 – 35.

23VANDALE TONEY SUSAN, Reyes Vasquez Horacio,
Montaño Uscanga Armando, Marroquin Lopez Ema
Vega Castillo Edith . Programa de Promoción
De la Lactancia Materna en el Hospital General de
México, un Estudio Evaluativo ,Revista de Salud Pública
De México, (1992). 34 (1) pp. 25 – 35 .

24. VEGA FRANCO LEOPOLDO Trascendencia Biológica de la Alimentación al Seno; Boletín Médico del Hospital Infantil de México, (1989)46 (11) Noviembre.

25. VILLALPANDO SALVADOR . De Santiago Soledad Bases Biológicas de la Lactancia Materna. Boletín Médico del Hospital Infantil de México (1993) 50 (12) Diciembre

26. VILLALPANDO SALVADOR, DE SANTIAGO SOLEDAD La Lactancia y el Metabolismo de Proteínas. Boletín Médico del Hospital Infantil de México; SOLEDAD (1990) 47,(3) Marzo.

A N E X O S

I.- Con respecto a las aseveraciones siguientes señale la que considere correcta.,o complete las aseveraciones siguientes

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE.

Nombre.- Estado Civil
Edad Escolaridad
Ocupación
Número de Embarazos.
Control Prenatal.
Lugar de Nacimiento o Residencia

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

Nombre Edad actual Talla actual
Peso al nacer Talla al nacer Peso actual

- 1.-Lugar donde se atendió el parto
a)Hospital b)Clínica particular c)Casa
- 2.-Tipo de parto. a)Normal b)Cesárea.-¿Por qué?
- 3.-Recibió información acerca de la lactancia materna en la consulta externa. a)SI b)NO
- 4.-Que tipo de lactancia había planeado para su hijo antes de que este naciera.
a)Lactancia materna b)Lactancia artificial- ¿Por qué?
- 5.-Acerca de las ventajas de la leche materna.
a) Es nutritivo b)es higiénico c) evita el estreñimiento
- 6.-Amamanto a su último hijo a)SI b)NO ¿Porqué?.
- 7.-Actualmente le continúa dando pecho al niño a) SI b)NO
- 8.-Cada cuantas horas le da pecho al niño
a)3 horas b)2,1/2 horas c)cada hora d) libre demanda.
- 9.-Esta enterada acerca de las técnicas de amamantamiento a)SI B)NO.
- 10.-En Caso de ofrecer lactancia materna en los primeros 8 días ,presentó algún problema para amamantar
a)SI B)NO.
- 11.-Durante cuánto tiempo ofreció lactancia materna exclusiva.
a)15 días b)1 mes c)2 meses d)3 meses e)5 meses f)6 meses g)1 año.

12.-Razón por lo que no ofreció la Lactancia Materna exclusiva.

a)Leche insuficiente b)Pezones dolorosos c)pezones planos d)pezones agrietados. E)enfermedad del lactante.

13.-A que edad empezó a comer otros alimentos además de la leche.

a)1 mes b)2 meses c)3 meses d)4 meses e)5 meses f)6 meses.

14.-Alimento con que inició la introducción de alimentos no lácteos.

a)Frutas y verduras b)galletas y sopas c)Gerber y verduras d)Cereales e) pollo y pescado.

15.-Actualmente que tipo de lactancia esta ingiriendo el lactante menor.

a)materno exclusiva b)mixta c)artificial exclusiva.

16.-Como influye la lactancia materna en usted.

a) le produce debilidad b)produce satisfacción emocional c) no influye en nada..

17.-Que piensa acerca de la lactancia materna.

a)Evita comprar leche b)Es más higiénica que el biberón c)es la mejor alimentación para el niño.

18.-Cuales pensaría que son las razones para no amamantar.

a)Rechazo del lactante b)desconfianza en la madre. c)Por razón laboral d)por estética e)enfermedad materna.

19.-A quien acudió para obtener información u orientación acerca de la lactancia materna.

a)Familiares b)amigas c)enfermera d)Medico familiar. E) Trabajadora Social

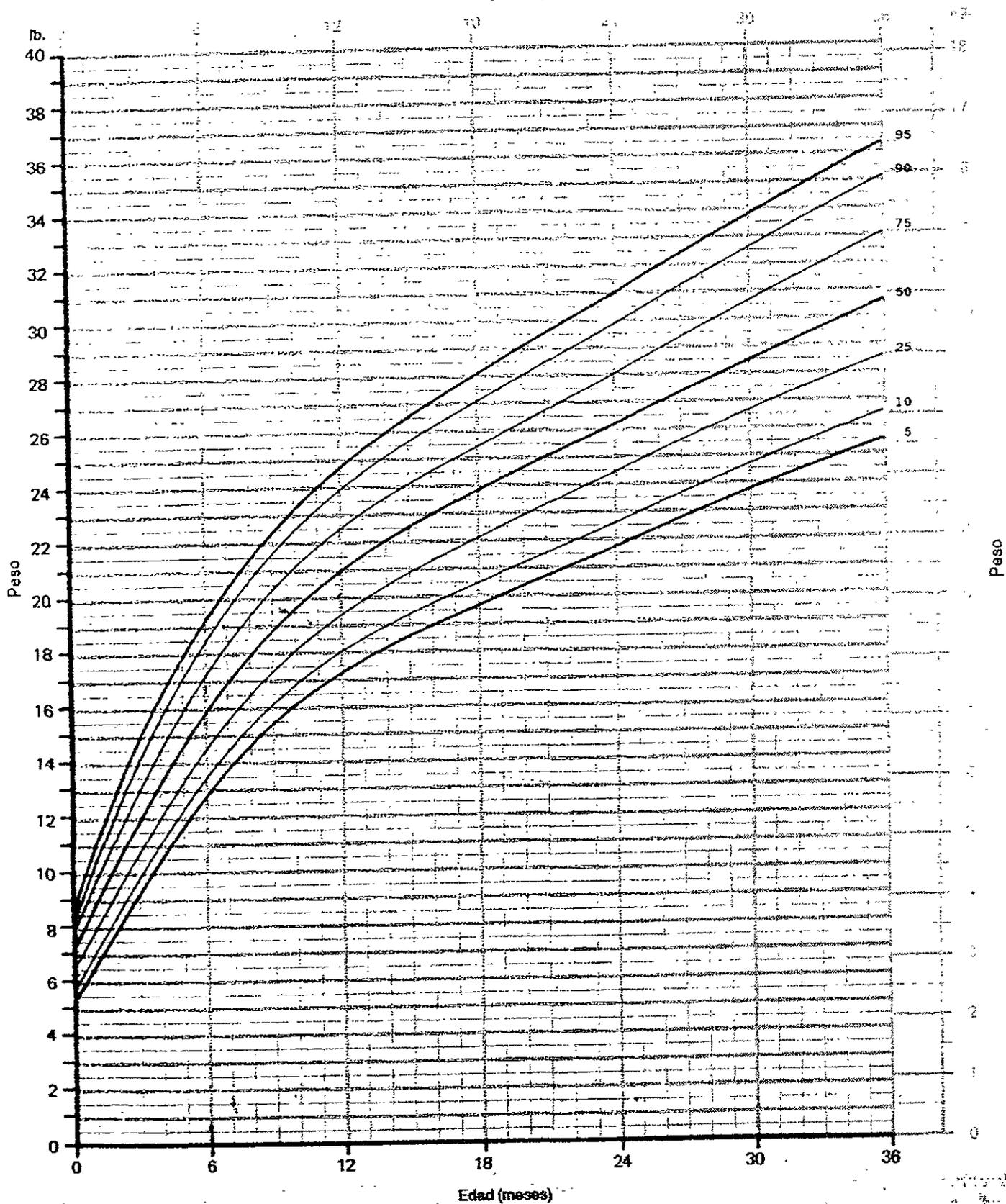
20.-Si tuviera otro hijo le daría lactancia materna exclusiva

a)SI b)NO

NIÑAS: NACIMIENTO A 36 MESES

PESO POR EDAD

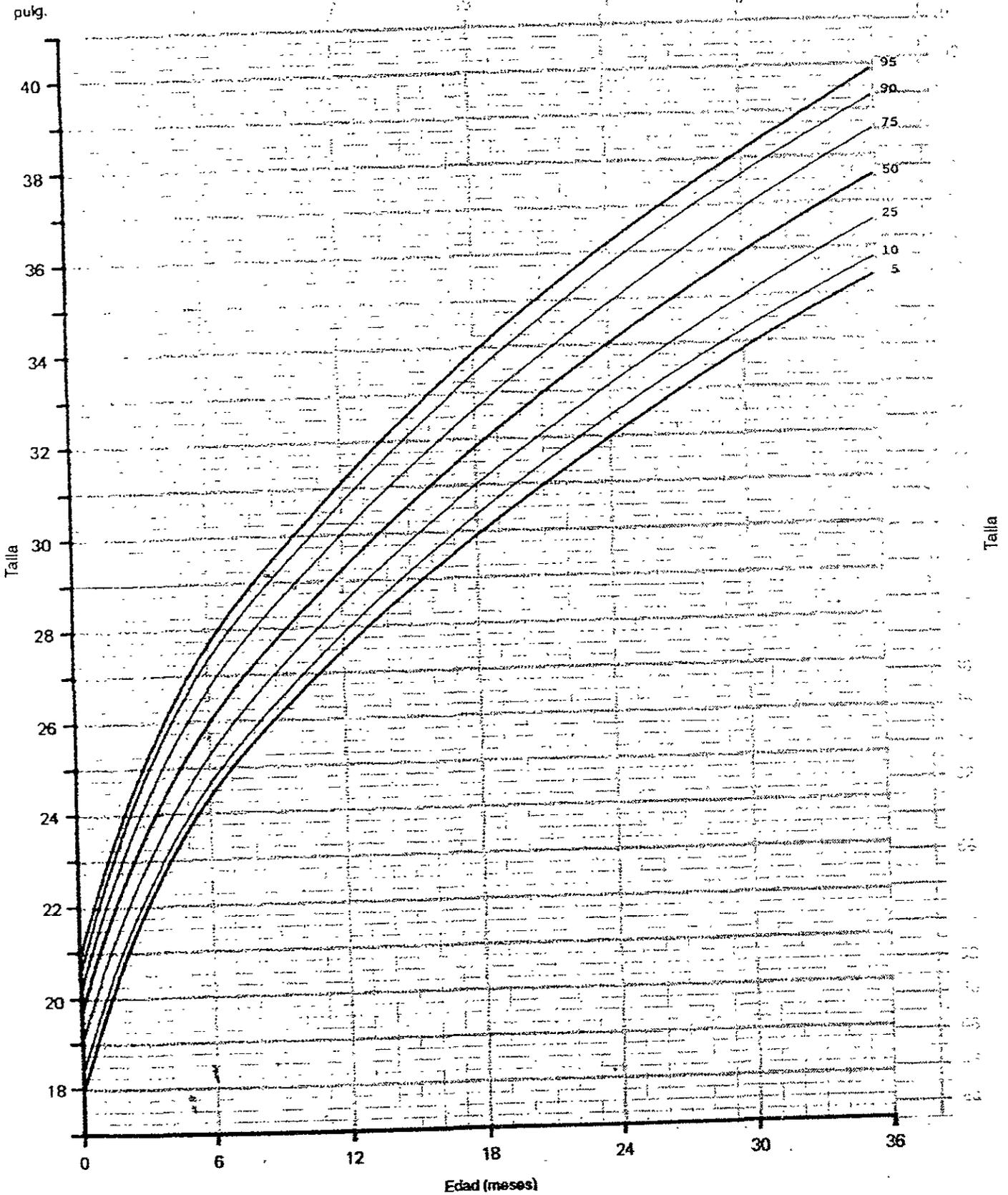
Edad (meses)



NIÑAS: NACIMIENTO A 36 MESES

TALLA POR EDAD

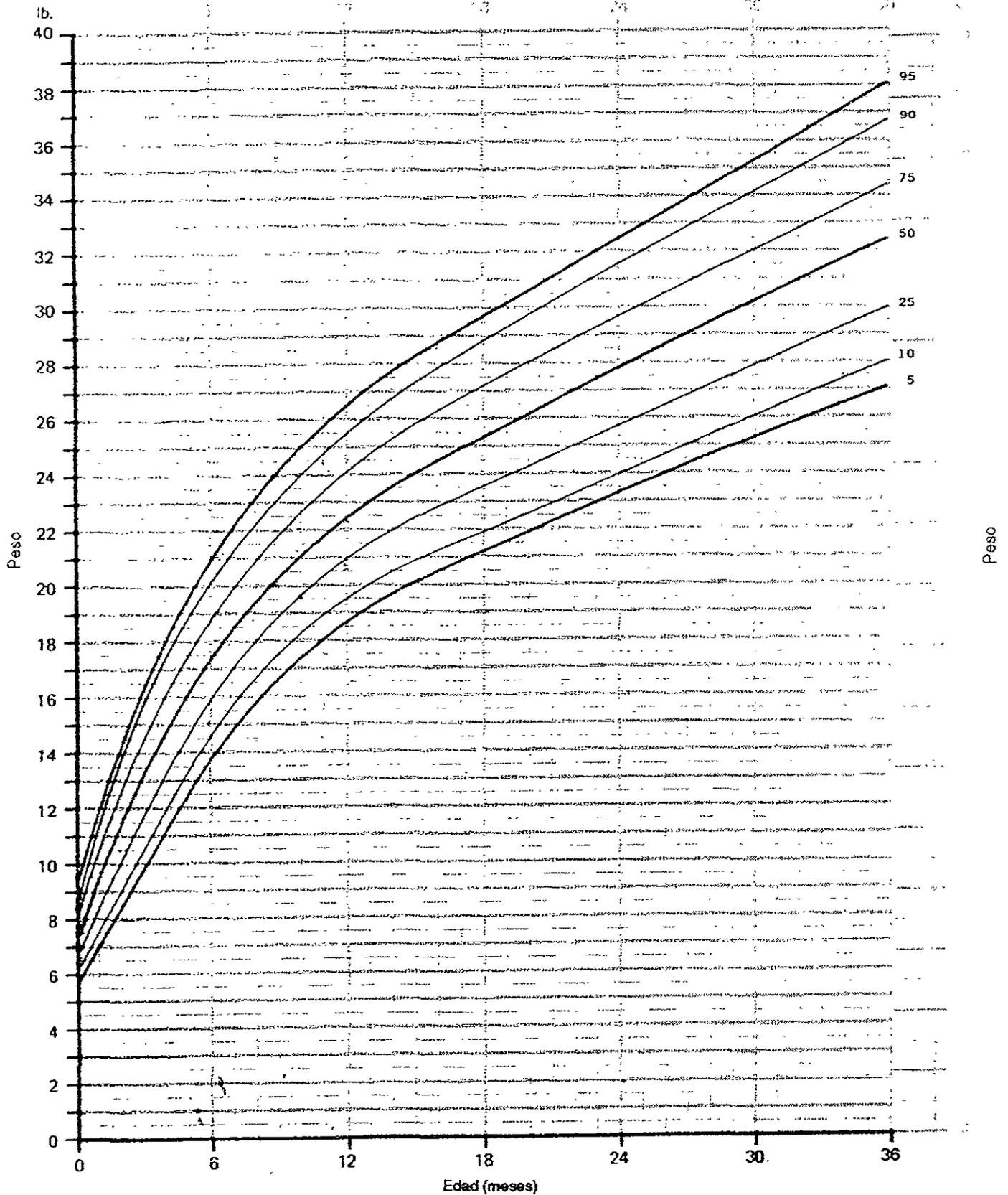
Edad (meses)



NIÑOS: NACIMIENTO A 36 MESES

PESO POR EDAD

Edad (meses)



NIÑOS: NACIMIENTO A 36 MESES

TALLA POR EDAD

Edad (meses)

