

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 – 48 HORAS
DE VIDA EN EL RECIÉN NACIDO SANO A TÉRMINO, Y SU IMPACTO
EN LA ALIMENTACIÓN A LOS 3 MESES DE EDAD”.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD

DE PEDIATRIA

PRESENTA:

DRA. MARCELA MARIA MEVANS VIDAL

HERMOSILLO, SONORA

JULIO DEL 2013



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

“PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 – 48 HORAS DE VIDA EN EL RECIÉN NACIDO SANO A TÉRMINO, Y SU IMPACTO EN LA ALIMENTACIÓN A LOS 3 MESES DE EDAD”.

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
DE PEDIATRIA**

PRESENTA:

DRA. MARCELA MARIA MEVANS VIDAL

AUTORIDADES:

**Dr. Luis Antonio Gonzáles Ramos
Director General de HIES-HIMES**

**Dra. Elba Vázquez Pizaña
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación y Calidad HIES
Profesor Titular del Curso de Pediatría**

**Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela
Director de Tesis
Jefe de Especialidades Médicas HIES**

Índice de Contenidos

	Página
Agradecimientos	1
1. Introducción	2
2. Resumen	3
3. Planteamiento del problema	4
4. Antecedentes	5
5. Objetivos	25
6. Hipótesis	25
7. Justificación	26
8. Material y Métodos	27
9. Resultados	36
10. Conclusiones	44
11. Recomendaciones	46
12. Anexos	47
13. Glosario	49
14. Bibliografía	50

Agradecimientos

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias también a mis compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos casi tres años de convivir dentro y fuera de nuestro hospital.

Agradezco a la Dra. Elba Vázquez Pizaña por la paciencia y por la dirección de todos nuestros trabajos de tesis. Al Dr. Isaac Gómez por los consejos y el apoyo. Al Dr. Jaime Hurtado por su paciencia ante mi inconsistencia, y la confianza para participar en sus proyectos, por sus comentarios en el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

A ti Pablo, que desde el principio y hasta el día hoy continúas dándome ánimos para seguir por éste camino.

A mi familia, mi padre, uno de mis pilares y mayores ejemplos, quien se fue antes de tiempo, pero sé que se siente orgulloso y aún me acompaña a disfrutar de éste un logro más, mi madre y mis hermanos que están ahí todos los días de forma incondicional, que entendieron mis ausencias y hasta mis malos momentos.

Gracias a todos.

1. Introducción

La lactancia materna (LM) es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias altas y bajas, enfermedades atópicas, y algunos padecimientos crónicos como la leucemia, la diabetes tipo 1 y 2, así como la obesidad, al considerarse un factor protector. En México el porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses, bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%.

Por su parte, en las mujeres que amamantan de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, y de diabetes en la mujer.

Es necesario para quienes hacen parte de los sistemas de salud tener un buen conocimiento sobre la forma cómo debe realizarse la educación y consejería que promueva el inicio y la continuación de la lactancia materna.

La revisión de la evidencia médica al respecto es importante para definir qué tipo de estrategias deben implementarse para apoyar las iniciativas mundiales sobre lactancia materna.

2. Resumen

Título: Prácticas de alimentación en las primeras 24 – 48 horas de vida en el recién nacido sano a término, y su impacto en la alimentación a los 3 meses de edad.

Introducción: La lactancia materna se constituye en una forma de proteger la salud de la infancia en los primeros años de vida. El apoyo que reciba la madre y las prácticas institucionales que favorecen la lactancia materna son definitivos en la decisión de la madre al elegir el tipo de alimentación que dará a su hijo.

Objetivos: Examinar las prácticas de alimentación infantil en el Hospital, centrándonos en la iniciación y prevalencia de la lactancia materna exclusiva en las primeras 24-48 horas de vida en el recién nacido sano de término, y su impacto en la alimentación del niño a los 3 meses de edad.

Material y Métodos: Se realiza un estudio observacional, prospectivo y analítico a 365 madres, con productos obtenidos en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, en el periodo de noviembre 2013, con edad gestacional mayor de 37 semanas, determinando la prevalencia de las prácticas de alimentación de inicio a nivel institucional en las primeras 24-48 horas de vida y de continuación mediante un seguimiento telefónico a 3 meses en el mes de febrero 2013.

Resultados: 43.14% de la población (n=365) en el estudio inicia el seno materno exclusiva como práctica de alimentación inicial. A los 3 meses, el 72.84% de los individuos que inician continúan recibiendo leche materna a los 3 meses. Mientras que un 45.42% practica una lactancia mixta, y el 15.71% una lactancia artificial, a los 3 meses el 67.35% de la población total recibe un sucedáneo de leche materna.

Discusión: Actualmente mediante las técnicas educativas y de reforzamiento por parte del personal de salud, se logró aumentar el porcentaje de población que está retomando al seno materno como la práctica predilecta de alimentación para sus hijos, ya sea de modo exclusivo o con una participación en la práctica mixta.

Palabras Clave: práctica de alimentación, lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, lactancia artificial.

3. Planteamiento del problema

Las prácticas sanitarias de atención durante la internación para el parto, cobraron un interés especial en las últimas décadas, cuando se demostró su impacto en el inicio y la duración de la lactancia materna y, por ésta, en la salud de mujeres y niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promulgaron en 1989 la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), a través de la cual establecieron un decálogo de prácticas para la promoción de la lactancia materna en los servicios de maternidad, acentuando el rol fundamental de éstos en la salud materno infantil.

En México, desde 1993 mediante la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, se establece ya el contacto inmediato post nacimiento entre la madre y el niño, el apoyo a la madre para iniciar el amamantamiento, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva.

A pesar de la numerosa evidencia de los beneficios de las prácticas incluidas en estas propuestas y de la falta de fundamentos para el incumplimiento de la mayoría de ellas, siguen observándose altos porcentajes de rutinas hospitalarias negativas, como el retraso del primer contacto y primera alimentación entre madre-hijo/a, la separación del binomio por el alojamiento del recién nacido en cuneros o el uso de fórmulas artificiales, sueros glucosados, biberones y chupones.

De allí, entonces la inquietud de realizar este estudio en busca de la prevalencia de las prácticas de alimentación hospitalarias y su prevalencia comparativa a través del tiempo, y con esto poder ubicar cuál es el eslabón en la cadena que debe reforzarse, para tener una lactancia materna exitosa para la madre y el niño.

Pregunta de investigación

¿Es más probable los recién nacidos alimentados al seno materno exclusivo en las primeras 24-48 horas de vida, continúen recibiendo leche materna exclusiva hasta los 3 meses de edad, que aquellos niños que no lo fueron?

4. Antecedentes

Introducción

Cada hora de cada día, cerca de 500 nuevas madres en los Estados Unidos¹ y casi 290 en México² enfrentan la misma decisión: ¿Cómo alimentar a sus recién nacidos?

Un estudio realizado en los estados unidos, demuestra que cuando los médicos tienen una actitud positiva y le dan fomento a la lactancia materna exclusiva, es más probable que las madres continúen el seno materno exclusivo según sus recomendaciones, por lo que se ha determinado que el apoyo del personal de salud tiene también una asociación positiva en la duración del mismo.³

Un aspecto fundamental de la protección y promoción de la salud consiste en asegurar que las personas son capaces de tomar decisiones informadas en un

ambiente de apoyo. Como profesionales de la salud, tenemos una responsabilidad ética de asegurar que las madres son plenamente conscientes de las consecuencias para la salud de sus decisiones sobre alimentación infantil. La leche materna es la mejor fuente de nutrición infantil. Cuando una madre decide amamantar, también tenemos la responsabilidad de proteger y apoyar su decisión al proporcionar un entorno seguro y exitoso para el desarrollo de su hijo.⁴

Los beneficios de la lactancia son ampliamente reconocidos. En 2007, la Agencia para la Investigación y Calidad de Estados Unidos (AHRQ), publicó un resumen de las revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre la lactancia materna y los resultados de salud materna e infantil en los países desarrollados. Se reafirmaron los beneficios de la lactancia materna, incluida la protección contra la otitis media, gastroenteritis, infecciones respiratorias bajas graves y enterocolitis necrotizante. Además, el informe de la AHRQ concluyó que la lactancia materna se asocia con menores tasas de síndrome de muerte súbita del lactante, la obesidad infantil, la diabetes tipo 2, y la leucemia. También se identificaron los beneficios de salud materna de la lactancia materna, incluida la reducción del riesgo de diabetes tipo 2, así como el cáncer de mama y de ovario.⁴

Son ya muy conocidos los importantes beneficios para la salud materno-infantil de la lactancia materna, las organizaciones profesionales de salud, incluyendo la Academia Americana de Pediatría⁵, la Academia Americana de Médicos de Familia⁶, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos⁷, Colegio Americano de Enfermeras-Parteras⁸, la Asociación Dietética Americana⁹, y de la Asociación Americana de Salud Pública¹⁰, entre otros, recomiendan oficialmente que la

mayoría de los bebés amamantar durante al menos 12 meses. Estas organizaciones también recomiendan que durante aproximadamente los primeros seis meses los bebés sean amamantados en forma exclusiva. Hoy en día, más de 50 profesionales nacionales de salud, educación y otras organizaciones sin fines de lucro, así como agencias gubernamentales federales, participan en el Comité de Lactancia Materna de Estados Unidos, cuya misión es "mejorar la salud de la nación, trabajando en colaboración para proteger, promover y apoyar la lactancia materna." ¹¹

A pesar de los recientes avances, las deficiencias persisten entre las prácticas actuales de lactancia materna y los objetivos internacionales de lactancia materna. Las tasas de lactancia materna exclusiva y prolongada se mantienen bajas. Por otra parte, persisten inaceptables disparidades raciales / étnicas y socioeconómicas de la lactancia materna. En comparación con los niños blancos, las tasas de lactancia materna son aproximadamente un 50% menor entre los niños negros al nacer, 6 meses de edad y 12 meses de edad, independientemente de los ingresos de la familia o el estado de la educación. En comparación con las familias de ingresos medios y altos, los niños de familias de bajos ingresos tienen menos probabilidades de ser amamantados. ¹²

La lactancia materna es la forma óptima de nutrición infantil. Como médicos pediatras es nuestra responsabilidad proteger, promover y apoyar a las madres lactantes y los bebés. Debemos considerar las formas en que puede ser activo en la promoción y el apoyo a la lactancia materna en el propio entorno, incluyendo el lugar de trabajo y su comunidad. Estos esfuerzos para apoyar un movimiento que

no sólo proporciona una nutrición óptima a los bebés, sino que también disminuye la aparición de enfermedades infecciosas y crónicas, mejorando así la salud de nuestra nación, es por tanto un problema de salud pública, y debe ser considerado como tal.¹³

Estadísticas Nacionales e Internacionales

La tasa de iniciación de la lactancia materna para la población de Estados Unidos para el 2013, basada en la Encuesta Nacional de Inmunización, es del 77%. Esta tasa está determinada directamente por diferencias sociodemográficas y culturales, por ejemplo, al comparar la tasa de la población latina, que refleja un 80.6%, contra la población africano americana, con 58.1%. Hay disparidad similar en cuanto a la edad materna, ya que es las menores de 20 años, la tasa de iniciación es del 59.7%, contra un 79.3% en las mayores de 30 años. Según las metas de la iniciativa de Gente Saludable 2010, la tasa de alimentación al seno materno exclusivo hasta los 6 meses de edad, en el ejercicio del 2009, en la población estadounidense es del 43%, para los hispanoamericanos es del 46%, y africano americanos, solo del 27.5%. Estableciendo con estos resultados las siguientes metas para el 2010: se busca que al nacimiento, el 75% de las madres brinden seno materno, a los 6 meses de edad 50% de la población menor de 1 año lo continúe recibiendo, y para los 12 meses el 25%, con la especificación de que se haga de manera exclusiva para un 40% a 3 meses, y un 17% a 6 meses.¹⁴

En México, según el reporte de ENSANUT 2012, la leche materna ya no es el alimento exclusivo en los primeros seis meses de un recién nacido, principalmente en las zonas rurales.¹⁵

Entre 2006 y 2012, el índice de lactancia materna registró a nivel nacional una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3% a 14.5%, principalmente por la introducción temprana de fórmulas lácteas y el consumo de agua, advierte la Secretaría de Salud.¹⁵

Pero en el medio rural, el porcentaje bajó de 36.9% a 18.5%. De todos modos, la lactancia materna, se sigue como práctica predominante, es decir con la adición de fórmula maternizada (lactancia mixta) es del 25.1% en el medio urbano, y 47.4% en el rural, estableciendo el 30.9% a nivel nacional. Además, las mujeres de las zonas urbanas redujeron considerablemente el tiempo en que amamantan a sus hijos: mientras que hace seis años el promedio era de 8.5 meses ahora es de 4.9, con una media nacional es de 10.4 meses. ^{15,16}

A nivel local, una revisión de 241 encuestas realizada en nuestra ciudad de Hermosillo, Sonora, para identificar los patrones de alimentación en lactantes menores de 6 meses, entre los años de 1986 y 1994, se registró que el porcentaje de lactantes que recibían exclusivamente leche materna fue de 23% a las 2 semanas de vida. A los 4 meses de seguimiento, el 84% recibía sustituto de leche materna para su alimentación total o parcial.¹⁷

En 2013, se realiza una tesis con motivo de estudio a los patrones de alimentación en niños menores de 1 año atendidos en la consulta externa de nuestro hospital (Hospital Infantil del Estado de Sonora), reflejando que de una muestra de 300 individuos, como práctica de inicio tienen el seno materno exclusivo 45.3%, con una lactancia mixta el 31.6%, con el 22.3% practicante de una lactancia artificial.¹⁸

El hecho de que los objetivos mundiales de lactancia materna no se hayan cumplido a pesar del esfuerzo enorme que se ha puesto en su promoción en la última década, sugiere que las mujeres embarazadas y las puérperas no están

recibiendo la información adecuada acerca de la importancia de esta práctica de alimentación, como tampoco el apoyo que necesitan para que la misma sea exitosa.¹⁹

La OMS y UNICEF reconocen que el apoyo y la orientación de consejeras es un componente importante de las políticas y los programas de apoyo a la lactancia materna. Uno de los 10 pasos de la iniciativa en pro de los hospitales “amigos del lactante” recomienda a los hospitales y los centros de maternidad que “promuevan el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y remitan a las madres cuando reciban el alta en el hospital o clínica”. Este paso ha sido el más difícil de ejecutar e ilustra el reto continuo de prestar apoyo integral a las madres de forma sistemática y a largo plazo.²⁰

Composición de Leche Materna

La leche humana es adecuada exclusivamente para el bebé humano, tanto en su nutrición composición y en los factores bioactivos que promueven la supervivencia y saludable desarrollo. La leche materna, sufre modificaciones en su composición según las diferentes etapas de la lactancia y del volumen de producción de leche. Se ve también afectada por factores nutricionales, psicológicos, fisiológicos o sociológicos que se presentan tanto en la madre como en el niño.²¹

Precolostro: exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 del embarazo. Antes de la semana 35, es rica en proteínas, y otros compuestos nitrogenados, ácidos grasos, magnesio, sodio, hierro y cloro.

Con bajas concentraciones de lactosa, ya que el recién nacido prematuro, tiene poca actividad de lactasa.²¹

Calostro: Se secreta entre el quinto y séptimo día después del parto. La cantidad de producción puede variar entre 2 y 20 ml/día, en los 3 primeros días, a medida de la succión, aumenta hasta 580 ml/día, suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido, sin ser necesaria la complementación con fórmula láctea.²¹

En concentración menor, se encuentran las grasas, lactosa y vitaminas liposolubles. Por su contenido de motilina, brinda los efectos laxantes, que favorecen a la expulsión del meconio. ²¹

En cuanto a la composición de macronutrientes de leche madura, se estima en aproximadamente 0,9 a 1,2 g/dl de proteínas, 3.2 a 3.6 g/dL para la grasa, y 6.7 hasta 7.8 g/dL para la lactosa. Estimaciones de energía varían entre 65 y 70 kcal / dl, y están altamente correlacionadas con el contenido de grasa de la leche humana. Las proteínas de la leche humana se dividen en las fracciones de suero y caseína o complejos, comprendiendo cada uno una notable variedad de proteínas y péptidos específicos. Las proteínas más abundantes son la caseína, un-lactoalbúmina, lactoferrina, IgA secretora (sIgA), lisozima, y albúmina de suero.²²

Los compuestos no proteicos que contienen nitrógeno, incluyendo la urea, ácido úrico, creatina, creatinina, aminoácidos, y los nucleótidos, comprenden aproximadamente 25% de nitrógeno de la leche humana.^{21,22}

Los niveles de proteína en la leche materna disminuyen durante las primeras 4 a 6 semanas o más de la vida, independientemente del momento del parto.

Concentración de la proteína de la leche humana no es afectada por la dieta materna, pero aumenta con el peso corporal de la madre para su talla, y la disminuye en las madres que producen mayores cantidades de leche.^{22,23}

La leche materna también contiene numerosos componentes relacionados con la inmunidad pasiva, protege contra infecciones y alergias, por la absorción intestinal de Inmunoglobulinas; además de que contiene de 2000 a 4000 linfocitos/mm³, con altas concentraciones de lisozimas, como IgA, oligosacáridos, lactoferrina, interferón-g, nucleótidos, citoquinas, y otros. Varios de estos compuestos ofrecen una protección pasiva en el tracto gastrointestinal y en cierta medida en la parte superior tracto respiratorio, la prevención de la adhesión de patógenos a la mucosa y protegiendo de esta manera el bebé alimentado con leche materna contra las infecciones invasivas. También contiene ácidos grasos, enzimas, hormonas, factores de crecimiento esenciales, poliaminas, y otros compuestos biológicamente activos, que pueden desempeñar un papel importante en los beneficios para la salud asociada con la lactancia. ^{3,24}

Dieta materna puede tener una influencia significativa en el la producción y/o la composición de la leche humana cuando la madre está desnutrida o consume una dieta restrictiva. Las madres desnutridas tienen aproximadamente la misma proporción de proteínas, grasas e hidratos de carbono como madres bien nutridas, pero producen un menor volumen leche. El suministro de alimento suplementario es capaz de mejorar producción de leche y la duración de la lactancia materna exclusiva entre estas mujeres desnutridas. ^{3,24}

En contraste, aquellas mujeres bien alimentadas, no muestran ningún beneficio en el aporte de energético para el producto o con el consumo de suplementos de proteínas. Sin embargo, para varios nutrientes, el contenido en la leche materna si es reflejo de la dieta materna. Este es el caso de varias vitaminas, por ejemplo, vitamina D, vitamina A, y vitaminas solubles en agua, y para el yodo y la composición de ácidos grasos. Los niños alimentados con leche materna de madres que siguen una dieta vegana estricta tienen un alto riesgo de anemia megaloblástica severa y neurológicas anomalías debido a la deficiencia de vitamina B12. Por lo que recomienda la administración de suplementos de leche materna infantes (o sus madres en periodo de lactancia) con vitamina B12 si las madres lactantes siguen una dieta vegana.^{21,22,24}

Beneficios de la Lactancia Materna

Se ha demostrado, mediante varios estudios aplicados a escolares, que existe una asociación altamente significativa con una lactancia materna exclusiva desde el primer mes de vida hasta los 6 meses con la obtención de mayores puntuaciones en los test de inteligencia. Sin embargo, al igual que el factor nutricional y ambiental, presenta también beneficios en el desarrollo intelectual del niño, en cuanto a la comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo, y la velocidad de procesamiento de información.²⁵

Algunos beneficios de la lactancia materna podrían deberse en gran medida a la formación del vínculo afecto entre madre e hijo. ²⁵

Otros autores, tratan de buscar una explicación puramente nutricional para estos beneficios, encontrando la presencia de ácido docosahexenoico (DHA), un ácido grado omega 3, argumentándolo como el fundamental. Otros ácidos polinsaturados, presentes en el sistema nervioso central en altas concentraciones y tienen un papel importante en la estructura de membranas neuronales y en la señalización intercelular.²⁶

Enfermedades Prevenibles

El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida reduce la mortalidad neonatal, sin embargo, en la Región de las Américas solo la mitad de los recién nacidos reciben este beneficio²⁰. Entre las morbilidades prevenibles y beneficiadas por la alimentación al seno materno, se encuentran:

Gastroenteritis

Revisiones recientes de la literatura mundial han determinado los beneficios para la salud de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses en comparación con la lactancia materna exclusiva durante 3 a 4 meses, observando una disminución en el riesgo de infección gastrointestinal incluso en entornos desarrollados. ²⁷

Esto se ha puesto en manifiesto en un estudio prospectivo en el que demostró los niños que fueron exclusivamente amamantados durante más de dos semanas en comparación con aquellos exclusivamente amamantados durante dos semanas o menos tenían menos infecciones por enterovirus por un año de edad. En los lactantes amamantados en forma exclusiva durante más de dos semanas, un tipo

reducido del enterovirus se asoció con altos niveles de anticuerpos maternos enterovirus en la leche materna.²⁹ El efecto protector de la leche humana se asocia a la presencia de anticuerpos maternos y a los nutrientes que contiene.

- La lactoferrina tiene actividad antimicrobiana cuando no se encuentra conjugada con hierro (apolactoferrina). Puede funcionar con otras proteínas de defensa del huésped para afectar destrucción microbiana. Así también se asoció con una reducción significativa en la sepsis de aparición tardía y Enterocolitis necrotizante.^{30,31}
- La lisozima es activa contra las bacterias mediante la escisión de las paredes celulares. La IgA se sintetiza por las células plasmáticas contra antígenos específicos. Estos se derivan de los sistemas inmunes enteromamario y broncomamario, que son los principales contribuyentes a la naturaleza protectora de la leche humana. Células plasmáticas maternas producen anticuerpos IgA cuando la madre se expone a antígenos extraños a través de su tracto respiratorio o gastrointestinal. En la glándula mamaria, es sintetizada por las células plasmáticas en los espacios intersticiales y se secreta en la leche, con la ingestión la madre proporciona al bebé estos anticuerpos para dar inmunidad pasiva contra los antígenos.^{31,32}
- Los componentes del metabolismo de los lípidos están implicados en la mejora de las defensas del huésped contra agentes microbianos de la siguiente manera: como productos de la hidrólisis de lípidos, ácidos

grasos libres y monoglicéridos, tienen una propiedad de tipo detergente que lisa los virus, bacterias y protozoos, tales como Giardia lamblia.³²

- Con los Hidratos de carbono, sobre todo los oligosacáridos encontrados en polímeros de carbohidratos y glicoproteínas pueden cambiar la flora bacteriana intestinal facilitando el crecimiento de bifidobacterias y especies de Lactobacillus. Estos oligosacáridos actúan como análogos del receptor para múltiples agentes antimicrobianos, ya que sus estructuras imitan receptores de antígenos bacterianos.³²
- La leche humana contiene también leucocitos, el 90 por ciento de los cuales son los neutrófilos y los macrófagos. Estas células contribuyen a la actividad antimicrobiana a través de la fagocitosis y muerte intracelular. Los linfocitos en la leche humana pueden contribuir a la producción de citoquinas (células T) o la producción de IgA a cargo de las células B.³²

Dermatitis Atópica y Enfermedades Alérgicas

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 3 meses de vida se asocia con menores tasas de incidencia de la dermatitis atópica en la infancia en los niños con antecedentes familiares de atopia. Este efecto se reduce en la población general e insignificante en los niños que no tienen familiares atópicos de primer orden. La lactancia materna debe ser muy recomendable para las madres de niños con antecedentes familiares de atopia, como un posible medio de prevenir el eczema atópico. ³²

Infecciones Respiratorias Altas y Bajas

La lactancia materna brinda una protección significativa contra las infecciones de las vías respiratorias en la infancia. La modulación de la microbiota respiratoria podría ser parte de los mecanismos naturales de protección contra las enfermedades respiratorias inducidas por la lactancia materna. El recibir leche materna de forma exclusiva ha demostrado muchos beneficios relacionados directamente con la cantidad de leche recibida, en correlación de volumen y tiempo.³² Ya que la lactancia materna exclusiva en comparación con la artificial, tiene un efecto protector contra las infecciones de vías respiratorias bajas (IVRB), mientras el efecto de la lactancia complementaria es más débil. Se estima que un 27% de las IVRB, se pudo haber evitado cada mes con una lactancia materna exclusiva, y un 25% con una lactancia complementaria. Este efecto protector desaparece rápidamente al cesar la lactancia, pues se refleja en la ausencia de sus componentes.^{33,34}

Muerte Súbita del Lactante

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es una causa asignada a las muertes infantiles que no se puede explicar después de una minuciosa investigación del caso que incluye una investigación de la escena, la autopsia y revisión de la historia clínica.³⁵

La Muerte Súbita Inesperada infantil, o Muerte Súbita Inesperada en la Infancia (MSII), son los términos que se utilizan para describir cualquier muerte repentina e inesperada, ya sea explicada o inexplicable, que se produce durante la infancia. Después minuciosos estudios de investigación de casos, estos eventos se pueden atribuir a la asfixia por ahogamiento, infección o ingestión, a enfermedades

metabólicas, defectos cardíacos congénitos y al trauma (accidental o no accidental). La distinción entre el SMSL y el MSII, es que los primeros en particular, se producen durante un periodo observado o no observado del sueño.³⁵

Existen muchos beneficios físicos y emocionales de la lactancia materna, incluyendo la reducción del riesgo de mortalidad postnatal. No obstante no se ha identificado cómo es esto posible, específicamente al disminuir el riesgo de SMSL. Los estudios fisiológicos del sueño han encontrado que los bebés alimentados con leche materna son más fácilmente despertados de un sueño que sus homólogos alimentados con fórmula.³⁶

Los estudios muestran que la alimentación al seno materno exclusivo, reduce el riesgo de muerte súbita del lactante en un ~50% en todas las edades a lo largo de la infancia, y que ésta protección se continúa mientras el bebé está siendo amamantado.³⁷

Leucemia

Las investigaciones recientes y sus hipótesis, han mostrado que la incidencia de leucemia en la infancia temprana se asocia a etiologías infecciosas. Los autores, examinaron el efecto de exposición postnatal a diversos factores como: vacunas, enfermedades virales, uso de medicamentos y las prácticas y patrones de alimentación. Se dio seguimiento a un grupo de niños de 0-15 años, diagnosticados con leucemia en un periodo de estudio de 1990-1994, en Canadá, pacientes de diversas instituciones oncológicas, se determina un efecto protector de la lactancia materna en aquellos que fueron alimentados por más de 6 meses

al seno materno exclusivo. Estos hallazgos sugieren un papel de desafío inmunológico en la expresión de la leucemia infantil³⁸, por lo que se confirma que una mayor duración de la lactancia materna tiene un efecto protector contra la leucemia linfocítica aguda y el linfoma de Hodgkin. Otros factores que se encuentran asociados con un riesgo elevado de neoplasia linfoide fueron bajas edad y el bajo nivel educativo de la madre. Todos estos factores pueden estar relacionados con un mayor riesgo de infecciones de la primera infancia.³⁹

Obesidad

En los seres humanos, la influencia de la nutrición temprana y su relación a largo plazo con la adiposidad, que se define como la acumulación excesiva de grasa en el organismo, se ha centrado en el posible papel protector de la lactancia materna, siendo que una ventaja a largo plazo de la lactancia materna fue apoyado además por un efecto "dosis-respuesta", es decir, que a mayor duración de la lactancia materna se asocia con menor tendencia a la obesidad en las etapas posteriores de la vida (por ejemplo, cada mes de la lactancia materna exclusiva se asoció con una reducción del 4% hasta un 20% en el riesgo de obesidad). Por lo que la exclusividad de la lactancia materna es el punto central para el mecanismo por el cual la lactancia materna protege contra la obesidad más tarde.⁴⁰

Los posibles mecanismos por los que la lactancia materna protege contra la obesidad más adelante se pueden categorizar ampliamente como aquellos que influyen en el comportamiento y los relacionadas con la composición nutricional de la leche humana.⁴¹

Factores asociados al comportamiento

Una de las explicaciones podría ser que los niños alimentados con leche materna exclusiva puede estar en menor riesgo de obesidad más adelante porque la lactancia es más común en aquellas familias que adoptan la dieta más saludable y otros hábitos de estilo de vida. Otra explicación es que, ya que los bebés alimentados con leche materna controlan la cantidad de la leche que consumen, pueden aprender a autorregular su consumo de energía mejor que los bebés alimentados con fórmula, aunque si esta diferencia persiste en la vida adulta es desconocido.⁴²

Factores asociados a la composición nutricional de la leche materna

Estos podrían incluir la posibilidad de que la programación celular de la adiposidad este regulada por la lactancia materna, gracias al número de nutrientes bioactivos en la leche humana, que están ausentes fórmulas maternizadas, en este caso los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga . Las diferencias en la ingesta de proteínas a temprana edad son hasta de un 70 % mayor en los bebés alimentados con fórmula de leche materna, podría también afectar adiposidad en etapas posteriores de la vida, por mecanismos que implican una edad más temprana de rebote de adiposidad. Una ingesta mayor de proteína en la infancia es capaz de promover obesidad por la estimulación de la liberación de insulina y la programación de las concentraciones de insulina más altos a largo plazo, pues se ha demostrado que los recién nacidos alimentados con fórmula llegan a tener una mayor concentración de insulina en plasma que aquellos amamantados de forma exclusiva en la primera semana de vida. ^{41,42,43}

Central a la hipótesis de que la desnutrición relativa asociada con la lactancia materna protege contra la obesidad más adelante es evidencia de que los niños amamantados crecen más lentamente que aquellos que son alimentados con fórmula.⁴¹

Los estudios epidemiológicos han confirmado el crecimiento acelerado producido por efectos de consumo de fórmula durante los primeros 6 meses, el crecimiento es claramente diferente entre los niños amamantados y alimentados con fórmula, pues es mayor en las primeras semanas después del parto, momento en que usualmente los bebés alimentados con leche materna a menudo pierden peso, mientras que los que se alimentan con fórmula los bebés tienden a aumentar de peso. Como se sugirió por los estudios en animales y en los seres humanos, esta es crítica para la programación de la obesidad. ^{41,43}

Diabetes tipo 2

La evidencia observacional de varios estudios sugiere que haber sido amamantado durante la infancia puede reducir la prevalencia de la diabetes tipo 2 en la edad adulta.⁴⁴

Una revisión sistemática de los estudios publicados identificó 1010 informes; 23 examinaron la relación entre la alimentación infantil y la diabetes tipo 2 en los factores de riesgo de la vida o más tarde para la diabetes. Los factores de riesgo en los bebés fueron examinados por separado de los de los niños y los adultos. Todos los resultados implican un efecto beneficioso de la lactancia materna.⁴⁴

Los sujetos que fueron amamantados tuvieron un menor riesgo de diabetes tipo 2 en la edad adulta que los que fueron alimentados con fórmula. Los niños y los adultos sin diabetes que habían sido amamantados tenían concentraciones marginalmente más bajas de insulina en ayunas que los que eran alimentados con fórmula; no se observó ninguna diferencia significativa en las concentraciones de glucosa en ayunas. Los bebés amamantados presentaban una disminución de la glucosa en sangre antes de las comidas y en la concentración de insulina comparados con los que fueron alimentados con fórmula.⁴⁴

La lactancia materna en la infancia se asocia con un menor riesgo de diabetes tipo 2, con las concentraciones de insulina marginalmente más bajas en la edad adulta, y con concentraciones inferiores de glucosa en sangre y de insulina en suero en la infancia.⁴⁴

Promoción a la Lactancia Materna

Según la Academia Americana de Pediatría (AAP), algunos de los obstáculos para la iniciación y continuación de la lactancia materna incluyen la educación insuficiente sobre la lactancia materna, malas prácticas de atención médica materna, y la falta de un amplio apoyo social. Las intervenciones efectivas reportadas hasta la fecha incluyen cambios en las prácticas de atención de maternidad, como los llevados a cabo en pro de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, y los programas de lactancia en el lugar de trabajo. Algunas de las otras

intervenciones implementadas incluyen los grupos de apoyo y el marketing de medios. ^{45,46}

Es la responsabilidad del líder del equipo de atención médica del recién nacido, el pediatra, dar conocer la importancia de la lactancia materna, abogar por ella y defenderla ante la sociedad, también debe de promover y educar acerca de los beneficios clínicos y económicos para la comunidad, con el objetivo principal de capacitar a las madres y los proveedores de salud su manejo y fomento.⁴⁷

Otros estudios, reportan que las probabilidades de que la lactancia materna sea exitosa, son mayores en los hospitales en dónde se llevan a cabo acciones como: contar con programa anual de capacitación y actualización en lactancia materna para el equipo médico, el personal nuevo y existente de enfermeras. Ya que la educación a los profesionales en salud presumiblemente lleva a una mayor conciencia del valor de la lactancia materna.⁴⁸ El contar con un coordinador de lactancia por turno hospitalario, y tener una política escrita y expuesta al público en las áreas de interés sobre la lactancia; el impartir clases de lactancia prenatal a las madres.⁴⁹ La instrucción de las técnicas y conocimientos de lactancia en el periodo prenatal y postnatal a las madres, son intervenciones que han demostrado un aumento estadísticamente significativo del número de mujeres que iniciaron la lactancia materna exclusiva, exponiendo un resultado superior a otras intervenciones de educación sanitaria, como son el ofrecer paquetes de promoción de la lactancia materna y contacto temprano madre-hijo.⁵⁰

Las estrategias que se basan principalmente en el apoyo directo a todas las madres son más propensas a tener éxito. Ya que sólo apoyar a las mujeres que

buscan ayuda no parece ser tan eficaz; ya que se deja desprotegida y mal informada a una gran parte de la población. A las mujeres se les debe ofrecer información continua de modo que puedan percibir que el apoyo estará siempre disponible. El apoyo debe ser adaptado al entorno y las necesidades de la población.⁵⁰

La CDC identificó en el 2009, las prácticas alimentarias en hospitales y centros de nacimiento de Estados Unidos, reportando que 25% de las unidades, brindan de manera rutinaria fórmula maternizada como suplemento al seno materno en las primeras 48 horas de vida del niño. Identifican que las unidades reciben la fórmula sin costo por las compañías farmacéuticas productoras. Se demuestra que el entrenamiento dado por el personal institucional nuevo y con experiencia, para la alimentación al seno materno, es inadecuada. Al igual de que son pocos los hospitales en donde se tienen expuestas al público las políticas internacionales para la lactancia materna. Se reporta también que incluso al egreso del paciente, el 50%, lleva entre sus pertenencias una lata de fórmula maternizada.⁵¹

Conociendo esto, es definitivo que la estancia en hospital es una oportunidad de la educación fundamental, pero muchas madres no recuerdan todo lo que se enseña en un tiempo tan corto, por su condición durante la estancia.⁵⁰ Las actuales tasas de lactancia materna no son óptimas, y resultan en exceso de costos para los sistemas de salud y de muertes infantiles evitables. La inversión en estrategias para promover la lactancia materna exclusiva y lograr su duración óptima, es lo más rentable.⁵²

5. Objetivos

a) Objetivo General:

- a. Examinar las prácticas de alimentación infantil en el Hospital, centrándonos en la iniciación y prevalencia de la lactancia materna exclusiva en las primeras 24-48 horas de vida en el recién nacido sano de término, y su impacto en la alimentación del niño a los 3 meses de edad.

b) Objetivos específicos:

- a. Establecer la prevalencia de las prácticas de alimentación infantil en las primeras 24 horas de vida del recién nacido.
- b. Realizar un seguimiento hasta los 3 meses de edad para determinar la práctica de alimentación que continúa brindando la madre al niño.

6. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

- a) Los niños alimentados al seno materno exclusivo en las primeras 24-48 horas de vida, continúan recibiendo la leche materna exclusiva hasta los 3 meses de edad.

Hipótesis nula:

- b) Los niños alimentados al seno materno exclusivo en las primeras 24-48 horas de vida, no continúan recibiendo la leche materna hasta los 3 meses de edad.

7. Justificación

La lactancia materna se constituye en una forma de proteger la salud de la infancia en los primeros años de vida.

- El apoyo que reciba la madre y las prácticas institucionales que favorecen la lactancia materna son definitivos en la decisión de la madre al elegir el tipo de alimentación que dará a su hijo.
- Existe incertidumbre acerca de la manera más eficaz de proporcionar apoyo a las mujeres que deciden amamantar a sus niños. Por lo que es necesario para quienes hacen parte de los sistemas de salud tener un buen conocimiento sobre la forma como debe realizarse la educación y consejería que promueva la lactancia materna.
- La revisión de la evidencia médica al respecto es importante para definir qué tipo de estrategias deben implementarse para apoyar las iniciativas mundiales sobre lactancia materna.
- Mediante este estudio se pretende mostrar cuales son las prácticas de alimentación hospitalarias, las cuales seguramente serán continuadas por la madre en el domicilio. Y así poder ubicar cuál es el eslabón en la cadena

que debe reforzarse, para tener una lactancia materna exitosa para la madre y el niño.

8. Material y Métodos

Tipo de Estudio

- a. Observacional: al observar directamente un fenómeno sin tener la capacidad de modificar las variables del estudio. Realizando en esta ocasión un seguimiento tipo sombra.
- b. Prospectivo: al desarrollarlo durante un "período" definido de tiempo y así lograr trabajar con dos bloques de la información relativos a la misma población, la existente al comienzo del período en estudio y la existente al final de ese período
- c. Analítico: estableciendo que se trata de un estudio epidemiológico en el que en el análisis de los datos se establecen relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad.

Grupo De Estudio

- Se tomó la información del servicio de Estadística del Hospital, con la relación de productividad general del servicio de Ginecoobstetricia.
- Captando aquellos individuos que cumplan con los criterios de inclusión de manera aleatoria.

Tamaño de Muestra

- Se calcula el tamaño de muestra con el promedio mensual de los nacidos vivos de con el apartado de edad gestacional de 37 semanas y más, a los menores de 2500 gr y mayores de 2500 gr y más de peso, durante un periodo de 5 años (2007-2011), para un total de 7118 pacientes.
- Tomando un margen de error del 5%, con nivel de confianza 95%, resulta un tamaño de muestra de 365, con una distribución del 50%.
- Se busca detectar un aumento o disminución en la prevalencia en la alimentación por seno materno.

Criterios del estudio

a) Criterios de inclusión:

- a. Mujeres de cualquier edad cursando las primeras 48 horas posparto en el periodo de estudio referido, que se encuentren en el área hospitalización.
- b. Mujeres con producto único de cualquier sexo, a término sano (>37 semanas de gestación por Método de Capurro).

b) Criterio de exclusión:

- a. Mujeres con complicaciones en las primeras 48 horas postparto.
- b. Mujeres con enfermedades propias de la gestación o el puerperio inmediato.
- c. Mujeres con productos que presenten datos patológicos en las primeras 48 horas de vida.

c) Criterios de eliminación:

- a. Mujeres que no completen el seguimiento.
- b. Lactantes que fueron hospitalizados durante el periodo de seguimiento del estudio.

Descripción General del Estudio

a) Área de estudio

- Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.
- Servicio de Alojamiento Conjunto

b) Periodo de estudio

- Noviembre 2013 a Febrero del 2014.

c) Recolección de Datos

- La información será obtenida en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en mujeres quienes se encuentren en el servicio de Alojamiento conjunto del hospital en las primeras 24-48 horas del posparto, durante el mes de Noviembre 2013.
- Se toman los datos de la libreta de ingresos y egresos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
- Historia clínica del recién nacido (características de la gestación, vía de nacimiento, sexo, edad gestacional y peso del producto)
- Entrevista directa con las madres que cumplan los criterios de inclusión.
- Entrevista telefónica a los 3 meses del lactante.

d) Variables

- **Dependientes**

- Propios de la madre
 - Edad
 - Estado civil
 - Nivel de escolaridad
 - Numero de Gestación
- Propios del producto
 - Sexo
 - Edad gestacional
 - Vía de nacimiento
 - Peso al nacer

- **Independientes**

- Prácticas de alimentación infantil
 - Lactancia materna exclusiva
 - Alimentación complementaria
 - Alimentación artificial

- **Definición operacional de las variables:**

- a) **Lactancia materna exclusiva:** Leche materna, requiere que el lactante reciba leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza, que permite que el lactante Suero de Rehidratación oral, jarabes (vitaminas, minerales o medicamentos), sin permitir cualquier otra cosa. (OMS 1991)

- b) **Lactancia materna.** Requiere que el lactante reciba leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza, que permite que el lactante reciba cualquier otro alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial). (OMS 1991)
- c) **Alimentación complementaria:** Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana. (OMS 1991)
- d) **Lactancia artificial:** es la alimentación del lactante con leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca). (OMS 1991)

e) Métodos para Análisis de Datos

- Se utiliza para el análisis y la interpretación de los datos, la herramienta estadística de prevalencia, buscando determinar las proporciones afectadas por las prácticas de alimentación ya comentadas.
- Para la captación y representación de los datos obtenidos, se utilizaron hojas de cálculo de Excel 2010.

f) Recursos

a. Humanos

Para la realización de este estudio se contó con la participación de:

- 1 médico adscrito al servicio de medicina interna
- 1 médico residente de pediatría (3er año)

- 1 licenciada en nutrición
- 3 pasantes de nutrición

Ejerciendo todas diversas funciones ya sean como observadores, encuestadores, capturistas y/o analistas de datos.

b. Físicos

- Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, en el servicio de alojamiento conjunto
- Automóvil propio
- Computadora personal
- Lápices
- Plumas
- Calculadoras
- Hojas blancas
- Folders
- Carpetas
- Impresora
- Copiadora
- Formato de captura físico
- Formato de captura electrónico
- Memorias USB

g) Financiamiento

- El costo total del proyecto corrió a cargo de los investigadores involucrados, siendo el principal el médico residente del servicio de pediatría.

- Costo total según los recursos utilizados de \$ 695.00 MN.
- No se contaron con patrocinadores para la realización del estudio.

h) Factibilidad y Aspectos Éticos

- a) Factibilidad Económica:** Se dispone de los recursos para el financiamiento necesario del desarrollo del proyecto, los cuales han sido estimados. Seguramente los beneficios a obtener son superiores a sus costos en que incurrirá al desarrollar e implementar el proyecto.
- b) Factibilidad Técnica o Tecnológica:** Se disponen de los conocimientos y habilidades necesarios en el manejo métodos, procedimientos y funciones para el desarrollo e implantación del proyecto. Además se tiene el equipo y las herramientas para llevarlo a cabo, de no ser así, existe la posibilidad de generarlos o crearlos en el tiempo requerido por el proyecto.
- c) Factibilidad Organizacional:** Existe una estructura funcional que apoya y facilita las relaciones entre el grupo de estudio y el entrevistador, de tal manera que provoquen un mejor aprovechamiento de los recursos aplicados, para facilitar la recolección de información y el procesamiento de la misma.

i) Aspectos Éticos

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación, con clave de registro 015/2014. Dado que el trabajo cumple con las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de

Investigación para la salud, así como también con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989, con los códigos y las normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Este estudio reconoce el derecho a la confidencialidad y la libertad de participar mediante el consentimiento informado, basados en los principios éticos de beneficencia, justicia, y autonomía.

Considerando además que dentro de la población en estudio se contemplaron a menores de edad, por lo cual el consentimiento informado estuvo dirigido a los tutores (responsables ya sea su pareja o conviviente) y a los padres. Se tomaron en cuenta los siguientes derechos:

- a. **Derecho a la Autodeterminación:** luego de explicar el objetivo de la investigación, el sujeto decide por sí mismo su participación en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.
- b. **Derecho a la Intimidad:** el estudio fue realizado en un lugar adecuado en donde se respetó la individualidad y la intimidad de la persona.
- c. **Derecho al anonimato y confidencialidad:** se les explicó a los participantes, que los datos recolectados son con fines de estudio y que de ninguna manera se divulgará la información brindada, ni los nombres de los participantes.
- d. **Derecho a Tratamiento Justo:** el estudio se llevó a cabo utilizando la misma metodología con todas las personas que participaron en el estudio. Se respetaron los criterios de inclusión y exclusión

j) Calendarización de actividades

Etapas	2013			2014						
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Elaboración de proyecto	X									
Presentación del proyecto		X								
Revisión Bibliográfica	X									
Elaboración de instrumentos	X									
Aplicación de instrumentos		X								
Tabulación de datos			X	X	X	X	X			
Elaboración de informe								X	X	
Presentación de informe final										X

9. Resultados

Se realiza el presente estudio en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, dentro del Área de Ginecología y obstetricia, en el servicio de alojamiento conjunto, a lo largo del periodo de estudio comprendido entre noviembre del 2013 y febrero 2014. Según los criterios de inclusión, resulta un tamaño de muestra de 365 mujeres, las cuales se distribuyen para el análisis de datos de acuerdo a las variables independientes, con la representación mediante tablas informativas, así como también para la comparativa, incluyendo ya a las variables dependientes, a través del tiempo de los resultados obtenidos, en donde a lo largo del seguimiento, se pierde un total de 28 pacientes que no cumplieron con el mismo, entrando dentro de los criterios de exclusión, junto con los de eliminación.

Se presenta los resultados a continuación, integrando las variables asociadas a las participantes:

Características de los Participantes	n	%
Características de la Madre		
Grupo de Edad		
10-19 años	163	44.65%
+19 años	202	55.34%
Estado Civil		
Soltera	81	22.19%
Casada	97	26.57%
Unión Libre	187	51.23%
Numero de gestas		
Primigesta	162	44.38%
Multigesta	203	55.61%

Tabla No.1.- Características de la Madre (n=365)

Características de los Participantes	Media	DE
<i>Características de la Madre</i>		
Años escolarizados	8.9	2.45

Tabla No. 2.- Años Escolarizados de la Madre

Observando que el grueso de la población atendida, figura dentro del grupo de edad adulta, con un porcentaje mayoritario del 55.34%, con una escolaridad promedio de 9 años, que corresponde al nivel de secundaria. Podríamos concluir o atribuir, una madurez mental y una mayor capacidad para la captación de información, en este caso la educación orientada a la lactancia materna. Aunque el predominio de un estado civil en unión libre del 51.23%, y la multiparidad con 55.61%, podrían traducir en una falta de compromiso por parte de la pareja, por la inseguridad e inestabilidad de la relación, mientras que lo segundo, por cuestión de la división de atención, tiempo y responsabilidad con los hijos, son factores clave para la decisión materna de continuación de una práctica de alimentación.

Características de los Participantes	n	%
<i>Características del Producto</i>		
Vía de Nacimiento		
Parto	206	56.43%
Cesárea	159	43.56%
Sexo del Producto		
Masculino	175	47.94%
Femenino	190	52.05%

Tabla No. 3.- Características del Producto: Vía de Nacimiento y Sexo (n=350)

Características de los Participantes	<i>Media</i>	<i>DE</i>
<i>Características del Producto</i>		
Edad Gestacional		
Semanas por Método de Capurro	38.70	1.34
Peso del Producto al Nacer		
Gramos	3264.42	447.84

Tabla No.4.- Características del Producto: Edad Gestacional y Peso al Nacer

Las atenciones obstétricas en mayoría se deben a la práctica de la atención del parto con 56.43%, mientras que por la vía de cesárea, un 43.56%. El sexo de producto dominante fue el sexo femenino, al representar el 52.05%. Según la edad gestacional, se obtuvo una media de 38.70 semanas, ya que solo se aceptaron madres de productos a término, con un peso promedio de 3264.42, que generalmente cae dentro de un peso adecuado para la edad gestacional, que sin más complicaciones, y reuniendo otros criterios como el puntaje Apgar y Silverman Andersen, se clasifica como un recién nacido sano.

A continuación se representa de manera gráfica y con la tabla de resultados, la comparativa general de las prácticas de alimentación por periodo de tiempo, clasificando como practica de inicio a las 24-48 horas de vida del producto y la práctica de alimentación de continuación en el seguimiento a 3 meses, obteniendo la prevalencia de ellas, y se busca también incluir la prevalencia de las prácticas por edad y paridad de las participantes por periodo de tiempo.

Práctica de Alimentación	24-48 hrs	%	3 meses	%
Seno materno Exclusivo	151	43.14%	110	32.64%
Lactancia Mixta	159	45.42%	171	50.74%
Lactancia Artificial	55	15.71%	56	16.61%
Total	365		337	

Tabla No. 5.- Comparativo de Prácticas de Alimentación según el total de las participantes por etapa de alimentación.

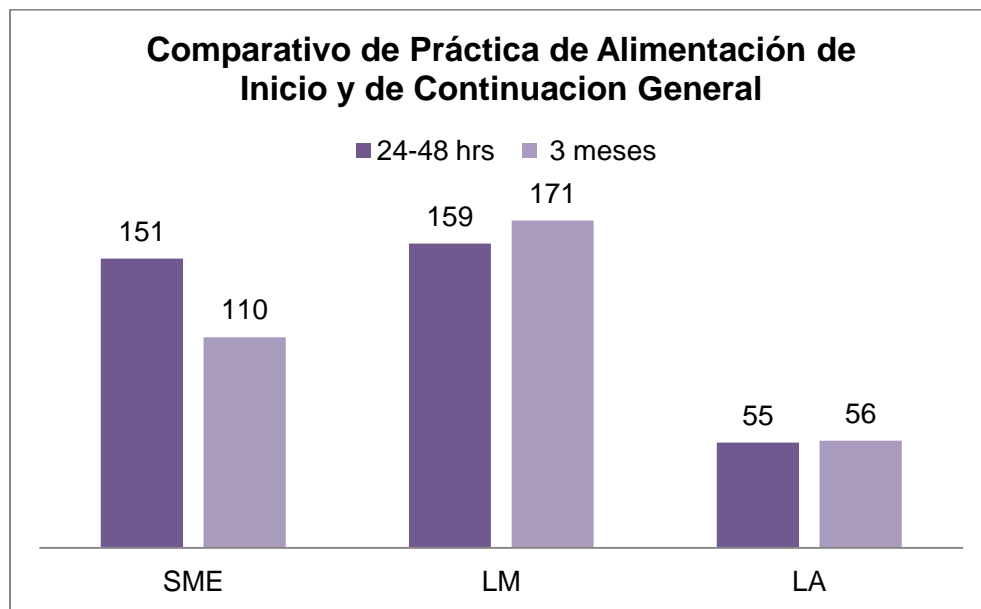


Gráfico 1. Comparativo de prácticas de alimentación de inicio y de continuación general, según el total de las participantes.

Con lo anterior, tenemos un 43.14% de población que brinda el seno materno exclusivo como práctica de inicio, y se define que el 72.84% de las mujeres que iniciaron con nuestra práctica de interés, la continuaron hasta los 3 meses con la alimentación al seno materno exclusivo. La mayoría de la población, introduce un sucedáneo de leche materna a la alimentación inicial de sus hijos, con un 45.42%,

según la tabla, notamos la mayoría de las madres opto por modificar la misma, al mostrar un incremento evidente, de un 107.54% en cuanto a la práctica de lactancia mixta, eligiendo a ésta como la preferida en las 2 etapas de estudio, mientras que también se observa un aumento en la práctica de lactancia artificial de 1 participante, con respecto al periodo de tiempo.

A continuación se desglosan los datos obtenidos en relación a práctica de alimentación de acuerdo a la edad de las participantes:

Práctica de Alimentación	10-19 Años	%	Mayor de 19 Años	%	Todas	%
Seno materno Exclusivo	52	31.90%	99	49.00%	151	41.36%
Lactancia Mixta	72	44.17%	87	43.06%	159	43.56%
Lactancia Artificial	39	23.92%	16	7.92%	55	15.06%
Total	<u>163</u>		<u>202</u>		<u>365</u>	

Tabla No. 6.- Práctica de Alimentación según edad materna en las primeras 24-48 horas de vida del producto

Práctica de Alimentación	10-19 Años	%	Mayor de 19 años	%	Todas	%
Seno materno Exclusivo	45	28.43%	64	35.55%	109	32.34%
Lactancia Mixta	83	52.53%	91	50.55%	174	51.63%
Lactancia Artificial	28	17.72%	26	14.44%	54	16.02%
Total	<u>157</u>		<u>180</u>		<u>337</u>	

Tabla No. 7.- Práctica de Alimentación según edad materna a los 3 meses de vida del producto

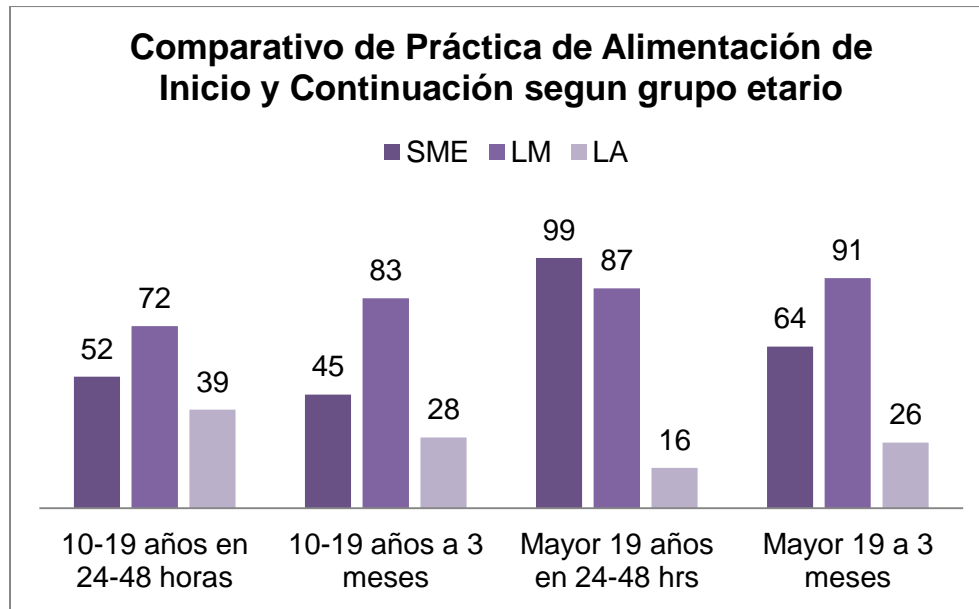


Gráfico 2. Comparativo de Práctica de Alimentación de inicio y continuación según el grupo etario de las participantes.

La determinación de la práctica de alimentación por edad en el periodo del puerperio inmediato, es decir las primeras 24-48 horas de vida del producto, reporta que el grupo de las adolescentes inicia con una lactancia mixta, al predominar en un 44.17%, seguido del seno materno exclusivo con 31.90%. Mientras que posiblemente de acuerdo a la experiencia, las madres mayores de 19 años, prefieren iniciar con seno materno exclusivo, 49.00%. Aunque de manera global, se establece la predilección por la lactancia mixta, con el 43.56%.

Se da el cambio de manera radical para los 2 grupos de edad, al seguimiento a 3 meses, con elección de la práctica de alimentación mediante la lactancia mixta, para las adolescentes y adultas, con el 52.53% y el 50.55% respectivamente. Con la población menor de 19 años que reporta abandono del seno materno exclusivo de un 13.46%, y mientras las mayores 35.35%. Para la lactancia artificial, como

práctica menos popular, se prefiere por las menores de 19 años, en un 17.72%, modificándose al disminuir el número de usuarias, con 28.02%, explicando una elección por alimentar con seno materno exclusivo o de manera parcial, con una lactancia mixta.

A continuación se desglosan los datos obtenidos en relación a práctica de alimentación según la paridad de las participantes, dividiendo en primigestas y multigestas:

Práctica de Alimentación	Primigesta	%	Multigesta	%	Todas	%
Seno materno Exclusivo	59	36.41%	92	45.32%	151	41.36%
Lactancia Mixta	84	51.85%	75	36.94%	159	43.56%
Lactancia Artificial	19	11.72%	36	17.73%	55	15.06%
Total	<u>162</u>		<u>203</u>		<u>365</u>	

Tabla No.8.- Práctica de Alimentación según paridad en las primeras 24-48 horas de vida del producto

Práctica de Alimentación	Primigesta	%	Multigesta	%	Todas	%
Seno materno Exclusivo	52	34.66%	61	32.62%	113	33.53%
Lactancia Mixta	73	48.66%	94	50.26%	167	49.55%
Lactancia Artificial	25	16.66%	32	17.11%	57	16.91%
Total	<u>150</u>		<u>187</u>		<u>337</u>	

Tabla No.9.- Práctica de Alimentación según paridad a los 3 meses de vida del producto

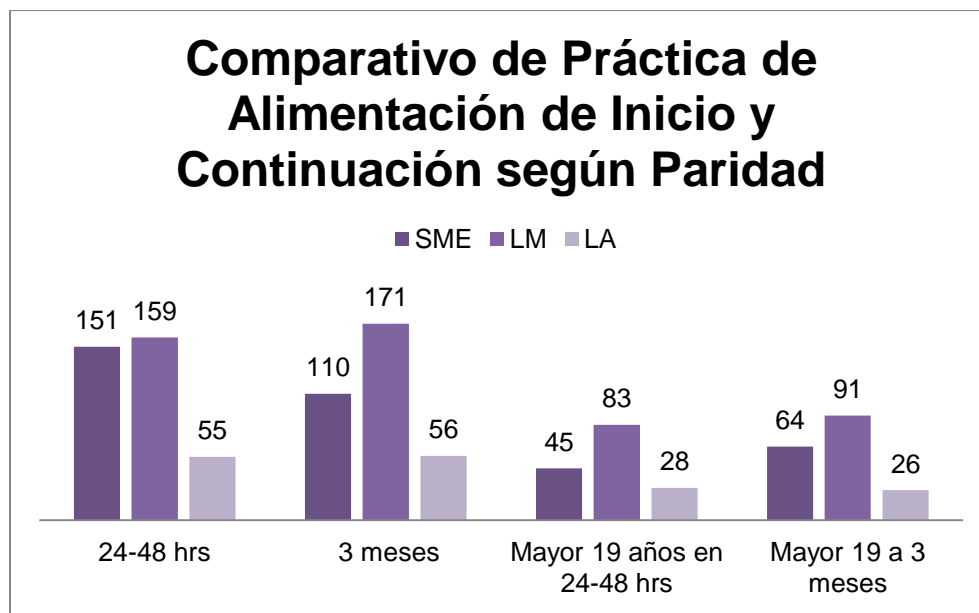


Gráfico 3. Comparativo de Práctica de Alimentación de inicio y continuación según la paridad de las participantes.

Según la paridad, las primigestas eligen como practica de iniciación la lactancia mixta, con un 51.85%, y las multigestas, el seno materno exclusivo con 45.32%, reflejando de cerca los resultados obtenidos por edad. Son 19 primigestas y 36 multigestas las practicantes de la lactancia artificial, para un total global del 15.06%, la minoría.

Al seguimiento a 3 meses, se nota el mismo patrón que por edad, con la modificación de la práctica de alimentación, eligiendo la lactancia mixta para la continuación. Notamos aquí que un 11.86% de las primigestas opta por cambiar, cuando el 33.69% de las multigestas también lo hacen. Con una población total practicante de la lactancia mixta de 49.55% a 3 meses, aumentando 106.36% al hacer la comparación en las primeras 24-48 horas de vida del producto. Son 113 madres quienes deciden continuar el seno materno exclusivo, representando el 34.66% en las primigestas y del 32.62% de multigestas. Hay un leve incremento

también reflejado en la lactancia artificial para las madres primerizas, de 6 participantes, que otorga el 131.57% del total inicial, patrón que no se observa en las multigestas, al tener números similares en los 2 periodos.

10. Conclusiones

Con la evidencia obtenida mediante esta tesis de investigación, haciendo la comparativa a exactamente 20 años del estudio realizado por la Dra. Ana María Calderón, en nuestra localidad de Hermosillo, Sonora, en donde se reporta que según su muestra 23% de los lactantes recibían exclusivamente leche materna fue de 23% a las 2 semanas de vida. A los 4 meses, el 84% recibía sustituto de leche materna para su alimentación total o parcial. En 2013, se realiza una tesis doctoral, que reúne los siguientes datos, con una muestra similar a la nuestra de 300 lactantes menores y mayores, quienes como práctica de inicio tenían el seno materno exclusivo el 45.3% de los lactantes, con una lactancia mixta el 31.6%, con el 22.3% practicante de una lactancia artificial, aquí no se realizó ningún seguimiento.

Nuestros resultados arrojan que en 20 años, se ha logrado mediante las técnicas educativas y de reforzamiento por el personal de salud, aumentar el porcentaje de población que está retomando al seno materno exclusivo como la práctica predilecta de alimentación para sus hijos, ya que un 43.14% de nuestras pacientes lo inician, casi duplicando el resultado de hace 20 años, aumentando a razón de 1.15% por año, mientras que a 3 meses, el 72.84% lo continua. Logrando beneficiar a miles de niños por año con las características propias del acto de brindar seno materno exclusivo e integrando las propiedades de la leche materna

dadas por sus componentes. Para continuar la comparativa, el uso de sucedáneos de leche, a 3 meses, también refleja una disminución, pues de nuestra población de estudio, un 67.35% ya ha recibido un sustituto de leche materna, para su alimentación parcial o total, contrastado al 84% reportado por el estudio comentado.

Según la hipótesis de trabajo, los niños alimentados al seno materno exclusivo en las primeras 24-48 horas de vida, continúan recibiendo la leche materna exclusiva hasta los 3 meses de edad, se observó entonces que la mayoría si lo consiguen, con más del 70%, sería muy ambicioso buscar un 100% de inicio y de continuación, ya que según las metas internacionales para el 2010 se busca que al nacimiento, el 75% de las madres brinden seno materno, a los 6 meses de edad 50% de la población menor de 1 año lo continúe recibiendo, y para los 12 meses el 25%, con la especificación de que se haga de manera exclusiva para un 40% a 3 meses, y un 17% a 6 meses, lo que nos ubica sobre estas metas, tanto al inicio como a la continuación de 3 meses. Colocando a nuestra institución en un lugar privilegiado, también al ubicar a sus usuarias y pacientes sobre las estadísticas nacionales.

No se ha perdido por completo la lactancia materna, solo parece que ha sido sustituida por la lactancia mixta, la práctica de continuación más popular, ya que el abandono del seno materno exclusivo se da por muchos motivos varios, ampliamente estudiados en otras investigaciones, independientemente de esto, debemos continuar apoyando y fomentando de manera total a las campañas de promoción a la lactancia materna exclusiva, hablando con la verdad y buscando

llegar a cada una de las madres, que enfrentan la difícil decisión de ¿cómo alimentar a sus hijos?, esperando que elijan y decidan continuar con el seno materno.

11. Recomendaciones

Para continuar mostrando buenos resultados, y esperando mantener o aumentar prevalencia del seno materno y lograr una lactancia exitosa, en nuestra localidad y el entorno, es necesario para quienes hacen parte de los sistemas de salud tener un buen conocimiento sobre la forma cómo debe realizarse la educación y consejería que promueva el inicio y la continuación de la lactancia materna exclusiva.

La revisión de la evidencia médica al respecto es importante para definir qué tipo de estrategias deben implementarse para apoyar las iniciativas mundiales sobre lactancia materna.

Ya que se ha expuesto que de las intervenciones más prometedoras para la reducción de la mortalidad infantil y la disminución de la carga de enfermedad para la madre y el niño es la promoción de la lactancia materna

12. Anexos

a) Cédula de recolección de datos

Elemento 1. Formato de recolección de datos individual

Prácticas de alimentación en las primeras 24 – 48 horas de vida en el recién nacido sano de término, y su impacto en la alimentación a los 3 meses de edad, en el Hospital Integral de la Mujer del Estado Sonora, periodo de noviembre 2013 – febrero 2014.

Nombre de la madre: _____ No. Expediente _____

Teléfono para contacto: _____

Grupo de Edad:

- 1) Adolescente (10-19 años)
- 2) Adulta (Mayor de 19 años)

Estado Civil:

- 1) Soltera
- 2) Casada
- 3) Unión Libre
- 4) Viuda

Número de Años escolarizados: _____

Número de gestas:

- 1) 1ra
- 2) 2da
- 3) 3ra o más

Vía de nacimiento:

- 1) Parto Vaginal
- 2) Cesárea

Edad gestacional: _____

Sexo del producto:

- 1) Masculino
- 2) Femenino

Peso del producto: _____

Práctica de Alimentación iniciada en las primeras 24 horas:

- 1) Seno materno exclusivo
- 2) Lactancia mixta
- 3) Lactancia artificial

Elemento 2. Formato de Captura Colectivo

Formato de Captura.

Prácticas de alimentación en las primeras 24 – 48 horas de vida en el recién nacido sano de término, y su impacto en la alimentación a los 3 meses de edad, en el Hospital Integral de la Mujer del Estado Sonora, periodo de noviembre 2013 – febrero 2014.

Instrucciones: Favor de llenar el siguiente formato según los requerimientos de las casillas, indicando con una X la práctica de alimentación iniciada al producto.



No. de Expediente de la Madre	Nombre y Apellido de la Madre	Práctica de alimentación iniciada en las primeras 24-48 horas de vida del producto		
		Seno materno exclusivo	Lactancia mixta	Lactancia artificial
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

13. Glosario

- **LM.-** Lactancia Materna
- **SM.-** Seno materno
- **SME.-** Seno materno exclusive
- **LME.-** Lactancia maternal exclusiva
- **OMS.-** Organización Mundial de la Salud
- **ENSANUT.-** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- **UNICEF.-** United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)
- **DHA.-** Ácido docosahexaenóico
- **SMSL.-** Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
- **MSI.-** Muerte Súbita Inesperada Infantil
- **AAP.-** Academia Americana de Pediatría
- **CDC.-** Center for Disease Control (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos)

14. Bibliografía

1. Tejada-Vera B, Sutton PD. Births, marriages, divorces, and deaths: provisional data for March 2008. *Natl Vital Stat Rep.* 2008 Dec 17; 57:1–6.
2. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Población, Hogares y Vivienda. Natalidad y Fecundidad. Nacimientos registrados por Sexo 1990-2012. Disponible en línea: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo22&s=est&c=17525>. Fecha de Consulta: mayo 2014.
3. Agostoni C, Braegger C, Tamas D, Kolacek S, Koletzko B, Fleischer M, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49: 112-125.
4. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *AHRQ Publication* 2007; 07: E007.
5. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496–506.
6. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding (policy statement) (2009) Disponible en línea: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpolicy.html>. Fecha de Consulta: mayo 2014.
7. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2):479–80.
8. American College of Nurse-Midwives, Division of Women's Health Policy and Leadership. Position statement: breastfeeding. 2004. [cited 2009 Jan 10]. Disponible en línea: http://www.midwife.org/siteFiles/position/Breastfeeding_05.pdf. Fecha de Consulta: mayo 2014.
9. James DC, Dobson B. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc.* 2005;105:810–8.
10. American Public Health Association. A call to action on breastfeeding: a fundamental public health issue. 2007. [citado 2009]. Disponible en línea: <http://www.apha.org/advocacy/policy/policysearch/default.htm?id=1360>. Fecha de Consulta: mayo 2014.
11. United States Breastfeeding Committee. USBC membership. (2009) Disponible en línea: <http://www.usbreastfeeding.org/Membership.html>. Fecha de Consulta: mayo 2014.
12. Centers for Disease Control and Prevention (US) Breastfeeding among U.S. children born 1999–2005, CDC National Immunization Survey. 2008. Disponible en línea: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm. Fecha de Consulta: mayo 2014.

13. Galson S. The 25th Anniversary of the Surgeon General's Workshop on Breastfeeding and Human Lactation: The Status of Breastfeeding Today. *Public Health Rep.* 2009 May-Jun; 124(3): 356–358.
14. CDC. Breastfeeding Report Card. United States 2013. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity. Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>. Fecha de Consulta: mayo 2014.
15. Instituto Nacional de Salud Pública. Prácticas de Alimentación Infantil en Niños menores de dos años. Encuesta Nacional de Salud 2012. Pag 29. En línea: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf. Fecha de consulta: mayo 2014.
16. González T, González D, Escobar L, Rivera J, Hernández M. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. ENSANUT 2012. Disponible en Línea: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>. Fecha de consulta: mayo 2014.
17. Calderón A, Bolaños A, Román R. Composición de proteínas de los sucedáneos de la leche materna más utilizados y su regulación sanitaria. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 268-275.
18. Ceballos G. Patrones de Alimentación en Niños Menores de Un Año de Edad, que acuden a la consulta externa del Hospital Infantil del Estado de Sonora. (Tesis doctoral). Hermosillo, Sonora. UNAM/HIES 2013.
19. Sullivan E, Bignell W, Andrianos A, Anderson A. Impact of education and training on type of care provided by community-based breastfeeding counselors: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal.* 2011; 6:12
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Reporte de la Semana Mundial de Salud Materna 2013. Disponible en línea: <http://worldbreastfeedingweek.org/2013/pdf/wbw2013-af-paho-spa.pdf>. Fecha de consulta: mayo 2014.
21. García-López R. Composición e Inmunología de la Leche Humana. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):223-230
22. Ballard O, Morrow A. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:49–74
23. Álvarez T, Cluet I, Rossel-Pineda M, Valbuena E, Meléndez A. Determinación de las concentraciones de proteínas, hidratos de carbono y grasas en leche de madres con relactancia. *Arch Lat Nut*, 2010; 60(4): 368-373
24. Hosea Blewett HJ, Cicalo MC, Holland CD, et al. The immunological components of human milk. *Adv Food Nutr Res* 2008; 54: 45–80.
25. Pérez J, Miranda M, Peinado J, Iribar M. Lactancia materna y su influencia en los procesos cognitivos de escolares españoles (6 años de edad), valorada con la Escala de Inteligencia de Wechsler. *Arch Lat Nut* 2013; 63(3): 218-223

26. Brenna J, Lapillonne A. Background paper on fat and fatty acid requirements during pregnancy and lactation. *Ann Nutr Metab.* 2009; 55 (1-3):97-122
27. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *The Cochrane Library* 2007;4:1-88
28. Olivares M. La lactancia Materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías respiratorias bajas en países desarrollados. *Evid Pediatr.* 2007; 3: 68
29. Sadeharju K, Knip M, Virtanen SM, et al. Maternal antibodies in breast milk protect the child from enterovirus infections. *Pediatrics* 2007; 119:941.
30. Manzoni P, Rinaldi M, Cattani S, et al. Bovine lactoferrin supplementation for prevention of late-onset sepsis in very low-birth-weight neonates: a randomized trial. *JAMA* 2009; 302:1421.
31. Schanler R, Abrams S, Kim M. Infant benefits of breastfeeding. (Monografía en internet): UpToDate 2011. Disponible en línea: <http://www.uptodate.com/> Fecha de Consulta: mayo 2014.
32. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:520-527
33. Chantry, C. Howard C, Aiunger P. Full Breastfeeding Duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection in US Children. *Pediatrics* 2006; 117: 425-432
34. Quigley M, Kelly Y, Sacker A. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007; 119 (4): 837- 842
35. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2011; 10. En Línea: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-2220. Fecha de Consulta: mayo 2014.
36. Hauck F, Thompson J, Tanabe K, Moon R, Venneman M. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A metaanalysis. *Pediatrics* 2011; 128:103-110
37. Vennemann M, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C. et al. Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics* 2009; 123: 406-410.
38. MacArthur A, McBride M, Spinelli J, Tamaro S, Gallagher R, Theriault G. Risk of Childhood Leukemia Associated with Vaccination, Infection, and Medication Use in Childhood. *The Cross-Canada Childhood Leukemia Study. Oxford Journals of Medicine American Journal of Epidemiology.* 2007; 167:598-606.
39. Bener A, Hoffmann G, Afify Z, Rasul K, Tewfik I. Does prolonged breastfeeding reduce the risk for childhood leukemia and lymphomas? *Minerva Pediátrica* 2008; 60(2):155-161.
40. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breast-feeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 397–403.

41. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ* 2005; 331: 929–931.
42. Singhal A, Lanigan J. Breastfeeding, early growth and later obesity. *Obesity reviews* 2007; 8(1):51–54.
43. Taylor R, Grant A, Goulding A, Williams S. Early adiposity rebound: review of papers linking this to subsequent obesity in children and adults. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005; 8: 607–612.
44. Owen C, Martin R, Whincup P, Smith G, Cook G. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* November 2006; 84(5): 1043-1054
45. Campbell H, Duke T, Weberc M, English M, Carai S, Tamburlini G. Global Initiatives for Improving Hospital Care for Children: State of the Art and Future Prospects. *PEDIATRICS* 2008; 121(4):984-992
46. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008; 149(8):565-582
47. Handa D, Schanler R. Role of the Pediatrician in Breastfeed Management. *Pediatr Clin N Am* 2013; 60:1–10
48. Grossman X, Chaudhuri J, Feldman-Winter L, Abrams J, Niles K, Phillip B et al. Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): Does Clinician Education Affect Breastfeeding Initiation and Exclusivity in the Hospital?. *BIRTH* 2009; 36(1): 54-59
49. Li C, Li Rouwei, Ashley C, Smiley J, Cohen J, Dee D. Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices. *J Hum Lact* 2014; 30: 88-96
50. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, 2008; 3:1:40
51. Sullivan E, Bignell W, Andrianos A, Anderson A. Impact of education and training on type of care provided by community-based breastfeeding counselors: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2011; 6(12):2-13
52. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor K, et al. Pediatrics and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:1142–1449
53. Bartrick M, Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in The United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010; 125:1048-1056

1. Datos del Alumno	
Autor	Dra. Marcela María Mevans Vidal
Teléfono	662 119 06 62
Universidad	Universidad de Sonora
Facultad	Ciencias de la Salud: Licenciatura en Medicina
Número de Cuenta	512221706
2. Datos del Director	Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela Jefe de Especialidades Médicas HIES
3. Datos de la Tesis	
Título	“Prácticas de Alimentación en las Primeras 24 – 48 Horas de Vida en el Recién Nacido Sano a Término, y su Impacto en la Alimentación a los 3 Meses de Edad”.
Número de Páginas	58 páginas