



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

11226

14  
2ej

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"**

**FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS  
Y EPISODIOS DIARREICOS EN NIÑOS AMAMANTADOS AL SENO  
MATERNO Y CON SUCEDANEOS.**



**ISSSTE**

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

**PRESENTA:  
DRA. ROSSIO CAMBERO BORRAYO**

**NAYARIT**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

271432

1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y  
EPISODIOS DIARREICOS EN NIÑOS AMAMANTADOS AL  
SENO MATERNO Y CON SUCEDANEOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

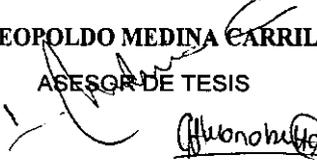
**DRA. ROSSIO CAMBERO BORRAYO**

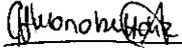
AUTORIZACIONES:

  
**DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA DE  
MEDICINA FAMILIAR "DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES"

**DR. LEOPOLDO MEDINA CARRILLO**

  
ASESOR DE TESIS

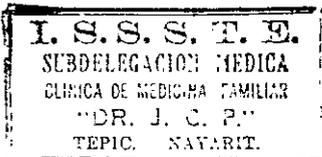
  
**DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNANDEZ**

ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

  
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



TEPIC, NAYARIT. MARZO DE 1997

**FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y  
EPISODIOS DIARREICOS EN NIÑOS AMAMANTADOS  
AL SENO MATERNO Y CON SUCEDANEOS.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A :**

**DRA. ROSSIO CAMBERO BORRAYO**

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

*Arigoyen*

~~DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA~~

~~COORDINACION DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO~~

~~DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

~~DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES~~

~~COORDINADOR DE DOCENCIA~~

~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.~~

## INDICE

|  | <b>PAG.</b> |
|--|-------------|
| <b>I ANTECEDENTES.....</b>                             | <b>1</b>    |
| <b>II PLANTEAMIENTO.....</b>                           | <b>10</b>   |
| <b>III JUSTIFICACION.....</b>                          | <b>11</b>   |
| <b>IV OBJETIVOS.....</b>                               | <b>13</b>   |
| <b>V HIPOTESIS.....</b>                                | <b>14</b>   |
| <b>VI METODOLOGIA.....</b>                             | <b>15</b>   |
| a) Tipo de estudio.                                    |             |
| b) Población, lugar y tiempo.                          |             |
| c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.             |             |
| d) Grupos de estudio.                                  |             |
| e) Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación. |             |
| f) Información a recolectar (variables de medición).   |             |
| g) Método o procedimiento para captar la información   |             |
| h) Consideraciones éticas.                             |             |
| <b>VII RESULTADOS.....</b>                             | <b>24</b>   |
| <b>VIII DISCUSION.....</b>                             | <b>25</b>   |
| <b>IX CONCLUSION.....</b>                              | <b>27</b>   |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                               | <b>28</b>   |
| <b>ANEXOS.....</b>                                     | <b>31</b>   |

## I ANTECEDENTES

Hacia el final del embarazo, las células alveolares secretan un líquido amarillo llamado calostro. El calostro consiste parcialmente de secreciones líquidas y de células alveolares enteras. Estas células glandulares y algunos leucocitos producen anticuerpos que ayudan a proteger de infecciones tanto a la glándula misma como al intestino del bebé.

Durante el embarazo, las hormonas secretadas por el ovario y la placenta inhiben la producción de leche. Inmediatamente después del nacimiento, estas hormonas "*inhibitorias*" disminuyen rápidamente lo que, junto con el estímulo que da al recién nacido al mamar, inician la producción de leche madura. Con frecuencia, la mujer siente que sus pechos están llenos que puede extraerles leche. En términos coloquiales se dice que "*le ha bajado la leche*".

La producción completa de leche se alcanza entre los dos a los doce días y a veces se necesita más tiempo. Durante estos primeros días no hay un equilibrio entre la demanda del bebé y la producción. Puede haber o muy poca leche o demasiada pues la demanda aun no regula la cantidad.

El mejor estímulo para la secreción de la leche es la succión periódica o constante del niño mismo; en esto intervienen dos reflejos neuroendócrinos: El estímulo del pezón y la areola es conducido por el vago a la hipófisis anterior que segrega la prolactina y esta actúa sobre el órgano efector, glándula mamaria. El reflejo del descenso, o expulsor de la leche, que con el mismo estímulo cutáneo y el mismo nervio vago excita la hipófisis

posterior para segregar la oxitocina, hormona que actúa sobre los alvéolos mamarios propiciando que estos vacíen la leche a los conductos galactóforos.

Cada mujer tiene una cantidad máxima que puede secretar. En unas es más en otras es menos. De igual manera, la cantidad que puede producir es susceptible de cambiar con el número de hijos que ha tenido, su estado nutricional y su edad. Su capacidad para lactar puede ser en parte cuestión de herencia, como su estatura (pero como la herencia proviene también de lado paterno, la capacidad para lactar que haya tenido su madre no dice nada acerca de la suya propia). Hay mujeres que tienen suficiente leche para un hijo pero insuficiente para satisfacer al siguiente, o al revés, sin causa aparente alguna.

La mayoría de las mujeres producen leche suficiente para llenar las necesidades energéticas de su hijo durante 3 a 9 meses (1).

La cantidad de leche segregada varía con la edad de la lactancia y de cuanto mame el bebé como se ha dicho, pero se ha determinado que en condiciones normales se dispone de 100 ml. el segundo día y esto aumenta al quinto día es de 300 ml; al catorceavo día 500 ml; al mes 600 ml; a los dos meses 800 ml; a los cinco meses 900 ml; en condiciones óptimas de salud y secreción láctea de la madre (2, 3).

Las cantidades segregadas, por tetada, en diversas etapas, son en promedio: 1º semana 15 a 45 ml; 1º mes 50 a 120 ml; 2º mes 60 a 150 ml; 4º mes 75 a 170 ml; 6º mes 120 a 210 ml y 8º mes 180 a 210 ml. (4)

Al análisis fisicoquímico la leche materna es un líquido homogéneo, blanco azulado, tibio, opaco, de olor característico, sabor dulce, con Ph 6.8 a 6.9, peso específico de 1.026 a 1.034.

Según la composición química y su valor energético, se distinguen cuatro tipos de leche materna:

**CALOSTRO:** Aparece durante los últimos días del embarazo y aumenta notablemente durante los primeros días que siguen al parto.

**LECHE TEMPRANA:** La segregada durante las primeras semanas de la lactancia.

**LECHE INTERMEDIA O MADURA:** Comprende la segregada durante los 2 a 6 meses de edad del pequeño.

**LECHE TARDIA:** A partir del séptimo mes y que ha menudo se prolonga hasta los 10 – 12 meses de edad.

Al compararla con la leche de vaca vemos algunas diferencias:

En la leche materna sus proteínas están formadas por: Caseína, que constituye el 40% y proteínas específicas que son lactoalbúmina y lactoglobulina en un 60%. A diferencia de la leche de vaca que tiene mayor cantidad de proteínas (1 a 1.5% en la leche materna contra 3.5% en la de vaca) y además por su contenido de caseína seis veces mayor que la materna.

Las grasas de la leche materna están formadas por grasas verdaderas: Triglicéridos, oleína, palmitina, linoléico, estearina. La oleína es la más fácil de absorber y se encuentra más elevada en la leche materna que en la de vaca.

El hidratos de carbono de ambas leches es la lactosa y sólo difiere cuantitativamente en la materna 6.5 a 7% y la de vaca 4.5%. Esto es lo que le da su dulzura y sabor específico.

La leche de vaca contiene concentraciones de calcio y fosfato más altas que la humana, además de que esta última es rica en agua y bajo contenido en sal, es decir, es un fluido más bien diluido. Las calorías totales por litro aproximadamente son de 710 en la leche humana y 690 en la leche de vaca (5).

La madre transfiere al feto algunos anticuerpos contra varios microorganismos a través de la placenta y ayuda a proteger al lactante contra algunas enfermedades, la más importante de las cuales es el sarampión, entre los primeros cuatro a seis meses de vida.

Por largo tiempo se ha reconocido que el lactante alimentado con leche materna está mejor protegido contra las infecciones, particularmente enfermedades diarreicas y tiene mayores posibilidades de supervivencia que el lactante alimentado con biberón (tetero). Sólo muy recientemente se han establecido las razones de esta diferencia, a saber:

La leche del seno está siempre limpia. Nunca es estrictamente estéril ya que puede haber cierta contaminación del pezón. Sin embargo, estas bacterias no tienen tiempo de multiplicarse ya que la leche se toma inmediatamente.

Grandes cantidades de inmunoglobulinas, especialmente inmunoglobulina A están presentes en el calostro y en una cantidad menor, en la leche humana madura. La inmunoglobulina A no se absorbe, pero actúa en los intestinos contra ciertas bacterias (por ej. E Coli) y virus.

En la leche humana se encuentra lactoferrina una proteína a la que se une el hierro. El Hierro no puede ser utilizado entonces por ciertas bacterias dañinas que los necesitan para su crecimiento. Por esta razón, no debería darse hierro oral complementario a lactantes que se estén amamantando ya que es posible que interfiera con la protección de la lactoferrina.

La lisosima, es una enzima que está presente en una concentración varias miles de veces más altas que en la leche de vaca. Esta destruye ciertas bacterias dañinas y también protege contra algunos virus.

Células blancas. Durante las primeras dos semanas, la leche de seno contiene hasta 4 000 células por ml. Parece que estas células secretan inmunoglobulina A, lactoferrina, lisosima e interferon. El interferon es una sustancia que puede inhibir las actividades de ciertos virus. (6,7).

El factor bífido, un carbohidrato que contiene nitrógeno, es necesario para el crecimiento de una bacteria específica llamada lactobacilo bífico. En lactantes alimentados con seno estas bacterias predominan la flora bacteriana de los intestinos y producen ácido láctico a partir de la lactosa. Este ácido desestimula el crecimiento de bacterias dañinas y parásitos y vuelve las heces ácidas. La presencia del factor bífido es una de las razones por las cuales las heces de los lactantes alimentados con pecho, son diferentes de aquellas de los alimentados con biberón (8).

Desde la antigüedad alimentación al seno materno fue considerada como la ideal para nutrir a los lactantes, al juzgar por las recomendaciones del Corán y de la Biblia, acerca de que se debe amamantar al niño durante dos años. De similar manera las civilizaciones espartana, romana y egipcia insistieron en la importancia de la leche materna que en la India se aconsejaba dar hasta los cinco años de edad. Asimismo, entre las madres chinas y esquimales es práctica común dar el pecho durante largo tiempo a sus hijos.

En esa época si la madre moría o no podía producir leche la única manera segura de amamantar al niño era encontrar a otra mujer que lo amamantara.

La era moderna de la alimentación artificial data de principios de siglo. los primeros intentos de lograr un sustituto artificial de la leche humana se hicieron precisamente después de la primera guerra mundial.

La historia señala los reiterados fracasos que ha tenido la alimentación de niños en diferentes países con leche no materna, cuando vemos que es mayor la morbilidad y mortalidad en comparación con la de los niños alimentados únicamente al seno materno (9). Ya en 1794 William Moss, cirujano de una maternidad de Liverpool escribía:

*“Se ha observado repetidamente que el alimento proporcionado en la lactancia seca alimentación artificial causa cólicos y suelta el intestino; es muy difícil dar un sustituto adecuado del pecho, por lo tanto, no es extraño que haya niños que no puedan mantenerse o existir sin él (el pecho)” (1).*

La práctica de la lactancia natural comienza a reducirse hace 50 años en las sociedades Industrializadas y posteriormente, en los países en desarrollo (10). Y se observa que la prevalencia de la lactancia natural es menor en las zonas urbanas que en las rurales y en las mujeres cuyo grado de escolaridad formal era bajo o nulo amamantaron a sus hijos durante más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados (11).

Hay pruebas de la superioridad de la lactancia natural respecto a otros métodos de alimentación por su valor nutritivo, antiinfeccioso, anticonceptivo, emocional y por las ventajas económicas que tiene especialmente en los países pobres la leche humana ofrece un alto grado de protección contra las enfermedades infecciosas, sobre todo frente a las infecciones entéricas y respiratorias en los primeros meses de vida y es un factor coadyuvante importante en la reducción de la mortalidad infantil y la promoción del crecimiento y desarrollo del niño. El efecto protector de la lactancia natural se relaciona al parecer, con las propiedades antimicrobianas de la leche materna, una menor exposición a alimentos contaminados, y posiblemente, un mejor estado de nutrición durante los primeros meses de vida (12, 13).

Todas estas evidencias ponen de manifiesto la importancia que tiene para el lactante la Alimentación al Seno Materno, cuando la madre se encuentra en posibilidades de ofrecerlo.

México al igual que otros países, ha experimentado un descenso en la práctica de la lactancia materna en las últimas décadas (14).

Las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen en México el rubro de las enfermedades más frecuentemente notificadas y las formas graves son la causa de un gran número de defunciones en particular en el menor de 5 años, grupo en el que anualmente se concentra el 60% de las muertes atribuidas a las infecciones respiratorias agudas. Del total de estas muertes el 80% son causadas por la neumonía. Los niños menores de un año tienen más riesgo de morir por infecciones respiratorias agudas (15).

Las enfermedades diarreicas son la octava causa más frecuente y ocupan el primer lugar en menores de 5 años de edad, tanto en México con 10,853 muertes informadas en 1991, como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, del 50 al 70% de los pacientes menores de 5 años de edad que fallecen, la causa directa de muerte es la deshidratación secundaria por la pérdida exagerada de líquido y electrolitos (16).

Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Causan en promedio dos y cuatro episodios al año respectivamente.

Situación que afecta de manera directa el crecimiento y desarrollo de los niños y general del 50 al 80% de la demanda de consulta externa y del 30 al 50% de las hospitalizaciones pediátricas.

En México, en 1993 las Infecciones Respiratorias Agudas y las enfermedades Diarreicas ocuparon el tercer y cuarto lugar respectivamente en la mortalidad infantil, y el tercero y segundo lugar en el grupo de preescolares, contribuyendo ese año con 24% del total de defunciones ocurridas en menores de un año y con el 31.5% en los niños de 1 a 4 años (17).

Se calcula que anualmente la promoción de la lactancia natural podría salvar un millón de vidas infantiles en los países en desarrollo. La omisión parcial o completa de la lactancia y su interrupción precoz menoscaba la salud infantil y deben combatirse mediante programas de promoción (18).

Queda claro que la leche humana no es un alimento de niños pobres, sino el alimento de elección para todos los recién nacidos. (19).

## **II PROBLEMA**

¿Existe diferencia en la frecuencia de infecciones respiratorias agudas y episodios diarreicos en niños menores de un año alimentados con lactancia materna exclusiva y con sucedáneos, en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Joaquín Cánovas Puchades I.S.S.S.T.E., del 20 de noviembre de 1994 al 20 de noviembre de 1995?

### **III JUSTIFICACION:**

Existe una tendencia general a alimentar a los bebés con sucedáneos de la leche materna y una disminución evidente del amamantamiento como método exclusivo de alimentación durante los cuatro primeros meses de la vida. La práctica de la lactancia materna ha disminuido considerablemente en los últimos veinte años. Esto es resultado de un cambio de valores en la población, debido –entre otros motivos– a que muchos suponen que la alimentación con fórmulas infantiles son superiores y más moderna que la práctica de la lactancia natural, afectando no sólo a las familias adineradas, sino también a las pobres sobre todo a las que viven en la periferia de los grandes conglomerados urbanos. Y ha acarreado serias consecuencias para la salud de los niños pequeños: aumentando la incidencia de marasmo y diarrea del destete, de la mortalidad y los efectos desfavorables permanentes en los supervivientes y costos severos sobre la economía y los programas de salud que deben priorizar los recursos para las acciones curativas.

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que el abandono de la lactancia materna es un factor importante en las muertes de por lo menos un millón de niños al año en todo el mundo.

Muchos más sobreviven a pesar de no ser amamantados, pero sufren deficiencias en su crecimiento y desarrollo.

En la clínica de Medicina Familiar Dr. Joaquín Cánovas Puchades se observa una alta demanda de apoyo a las madres derechohabientes con suplementos lácteos y se han olvidado de dar alimentación al seno materno. Encontrándose además en el diagnóstico de salud, episodios de diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños menores de un año. Por lo que es importante determinar el tipo de alimentación que tuvieron los niños durante su primer año de vida y comprobar si es un factor condicionante de estos problemas, esperando encontrar una relación entre los niños que no se alimentaron al seno materno y los episodios de diarreas e infecciones respiratorias agudas.

Por lo que es necesario reforzar el programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre en lo referente a la política relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal de salud, además de capacitarlos de forma que estén en condiciones de ponerlas en práctica, así como fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos al egresar del hospital.

## IV OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Comparar la frecuencia de infecciones respiratorias agudas y episodios diarreicos entre niños alimentados con lactancia materna exclusiva y con sucedáneos durante el primer año de vida.

### **Objetivo Especifico:**

1. Establecer la frecuencia de infecciones respiratorias agudas en el niño menor de un año alimentado con lactancia materna exclusiva.
2. Establece la frecuencia de infecciones respiratorias agudas en el niño menor de un año alimentado con sucedáneos.
3. Establecer la frecuencia de episodios diarreicos en el niño menor de un año alimentado con lactancia materna exclusiva.
4. Establecer la frecuencia de episodios diarreicos en el niño menor de un año alimentado con sucedáneos.

## **V HIPOTESIS**

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

## VI METODOLOGIA

- a) Tipo de Estudio: Descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, abierto.
- b) Población, Lugar y Tiempo: Niños menores de 1 año de edad, tomados de la consulta externa de la clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Cánovas Puchades” I.S.S.S.T.E., en Tepic, Nayarit.

Realizado de Noviembre de 1994 a Noviembre de 1995.

- c) Tipo de muestra y tamaño:

Muestra no probabilística selectiva de 72 niños.

Calculada en base a:

Fórmula 
$$n = \frac{Z(Z)pq}{E(E)}$$
 donde:

“Z” es igual al nivel de confianza requerido para generar los resultados hacia toda la población.

“pq” se refiere a la variabilidad del fenómeno estudiado.

“E” indica la precisión con que se generalizarán los resultados.

Nivel de confianza (Z): 95 por ciento (1.96 en área bajo la curva normal).

Nivel de precisión (E): 10 por ciento (.10).

Variabilidad:  $p=.6$  y  $q = .4$

Sustituyendo los valores:  $n = \frac{(1.96) (1.96) (.6) (.4)}{(.10) (.10)}$

d) Grupos de Estudio:

Grupo A: Casos (N=37) Niños menores de un año con alimentación al seno materno por un período mayor de 3 meses.

Grupo B: Controles (N=35) Niños menores de un año alimentados al seno materno por un período menor de tres meses o sucedáneos.

e) Criterios de Inclusión:

- 1.- De un año de edad.
- 2.- Ambos sexos.
- 3.- adscritos a la unidad de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Cánovas Puchades."
- 4.- Residentes de la ciudad de Tepic.

Criterios de exclusión.

- 1.- Residentes de otros municipios.
- 2.- Niños con trastornos de inmunidad, metabólicos y nutricionales.

## Criterios de Eliminación.

1.- Expediente repetido.

f) Información a recolectar (variables de Medición):

1.- Variable Independiente.

1.a- Lactancia materna exclusiva. (V:cualitativa nominal).

1.b- Lactancia con sucedáneos. (V. cualitativa nominal).

2. Variable Dependiente.

2.a-Episodio de Enfermedad Diarréica. (V. Cualitativa nominal)

2.b-Episodio de Infección Respiratoria Aguda. (V. Cualitativa nominal).

Definición, operacionalización y medición.

V. Independiente.

1.a- Lactancia materna exclusiva.

Definición operativa: Es la alimentación del lactante con leche materna como único alimento por un período mayor de tres meses.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1.- Lactancia exclusiva.

2.- Lactancia mixta

1.b- Lactancia con sucedáneos.

Definición Operativa: Es la alimentación del lactante con sustitutos de leche materna o lactancia mixta por un período menor de tres meses.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1.- Alimentación con sucedáneos.

Variable Dependiente.

2.a- Episodio de Enfermedad Diarréica.

Definición Operativa: Es la presencia de heces líquidas o acuosas, que se observan generalmente en número de tres en 24 horas.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1.- Presente.

2.- Ausente.

2.b- Episodio de Infección Respiratoria Aguda.

Definición Operativa: Es un padecimiento infeccioso con evolución menor de 15 días, que afecta el tracto respiratorio y presenta una o más de los siguientes síntomas o signos:

Obstrucción o secreción nasal, dolor o secreción de oídos, dolor o enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas, polipnea., tos, disfonía o dificultad respiratoria.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1.- Presente.

2.- Ausente.

g) Método o procedimiento para captar la información.

Se acudió al Departamento de Vigencia de Derecho donde se captaron por método no probabilístico selectivo 72 niños nacidos en 1994. Con sus respectivas cédula de identificación. Se acude a archivo clínico donde se realizó una revisión de expedientes, buscando intencionalmente nombre del niño, dirección nombre de la madre, número de episodios diarreicos y número de infecciones respiratorias agudas avalados por nota clínica de su médico tratante.

Posteriormente se realiza visita domiciliaria de cada uno de los niños para entrevistar a las madres y verificar el período de duración de lactancia exclusiva o alimentados con sucedáneos. Todos aquellos expedientes que se escogieron para el muestreo no probabilístico que no reunieron los criterios de inclusión fueron rechazados y sustituidos por otros, con la misma técnica de selección.

Se realiza prueba de Chi cuadrada para valoración de la significancia estadística y OR para medir fuerza de asociación.

h) Consideraciones éticas:

No hay riesgo para los niños, ni implicaciones éticas.

## VII RESULTADOS

De los 72 niños, 38 corresponden al sexo masculino y 34 al sexo femenino (cuadro y Gráfica 1), de ellos 37 fueron alimentados con lactancia materna exclusiva por período mayor de tres meses y 35 fueron alimentados con sucedáneos (cuadro y gráfica 2).

Se identificaron 31 episodios de enfermedades diarreicas y 170 episodios de Infecciones Respiratorias Agudas; de los episodios de diarreicas 11 se reportaron en el grupo A (niños menores de un año alimentados al seno materno) contra 20 del grupo B (niños menores de un año alimentados con sucedáneos), 27 niños del grupo A y 19 del grupo B no reportaron enfermedades diarreicas ( $P < 0.04$ ),  $RM = 0.39$ ; (0.13 – 1.09, IC 95%) (cuadro y grafica 3). De los episodios de I.R.A. 53 corresponden al grupo A (31.17) y 117 del grupo B (68.8%) (gráfico 4) niños del grupo A y 8 del B no reportaron I. R. A. ( $p < 0.01$ ),  $RM = 0.33$ ; (0.10 – 0.96, IC 95 %.) (cuadro 4).

## DISTRIBUCION NIÑOS SEGUN SEXO

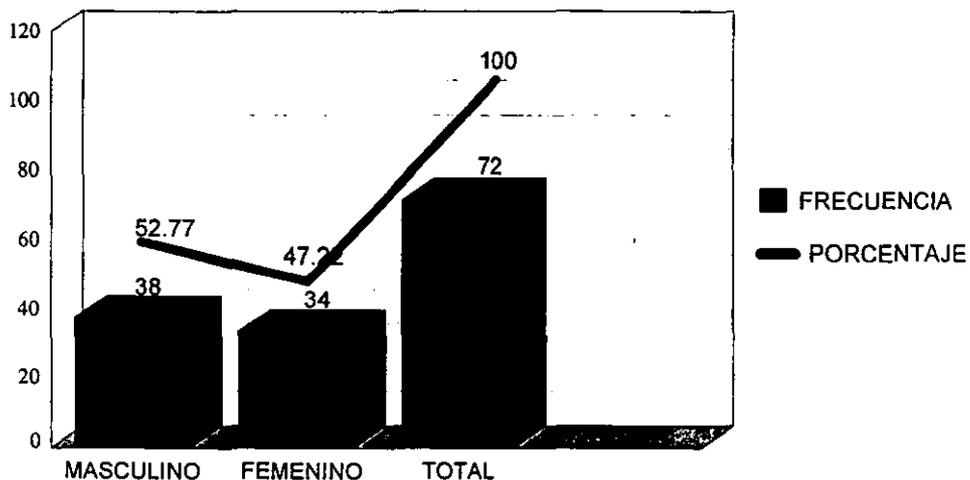
CUADRO 1.

|            | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|------------|-----------|----------|-------|
| FRECUENCIA | 38        | 34       | 72    |
| PORCENTAJE | 52.77     | 47.22    | 100   |

FUENTE: ENCUESTA

## DISTRIBUCION NIÑOS SEGUN SEXO

GRAFICA 1



FUENTE: ENCUESTA

## DISTRIBUCION NIÑOS SEGUN ALIMENTACION

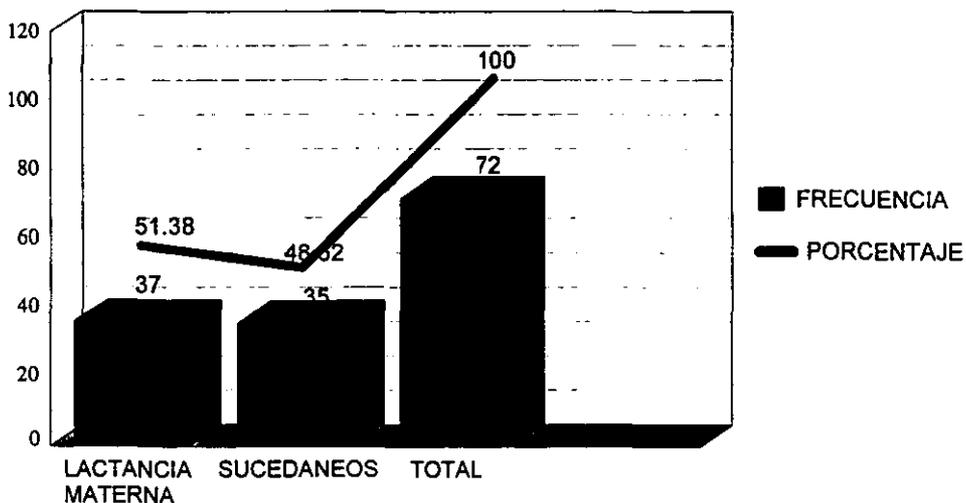
### CUADRO 2.

|            | LACTANCIA<br>MATERNA<br>EXCLUSIVA | SUCEDANEOS | TOTAL |
|------------|-----------------------------------|------------|-------|
| FRECUENCIA | 37                                | 35         | 72    |
| PORCENTAJE | 51.38                             | 48.61      | 100   |

FUENTE: ENCUESTA

## DISTRIBUCION NIÑOS SEGUN ALIMENTACION

### GRAFICA 2



FUENTE: ENCUESTA

# NUMERO EPISODIOS DE ENFERMEDAD DIARREICA

## CUADRO 3.

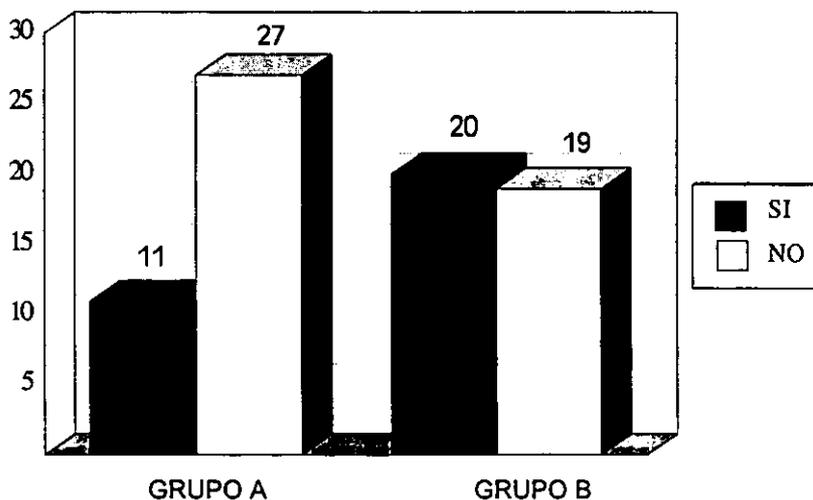
| GRUPO DE ESTUDIO               | SI | NO | TOTAL |
|--------------------------------|----|----|-------|
| GRUPO A<br>(Lactancia Materna) | 11 | 27 | 38    |
| GRUPO B<br>(Sucedáneos)        | 20 | 19 | 39    |
| TOTAL                          | 31 | 46 | 77    |

FUENTE: ENCUESTA

(p (0.04), RM= 0.39;(0.13-1.09, IC 95%)

## EPISODIOS E.D. EN MENORES 1 AÑO

### GRAFICA 3



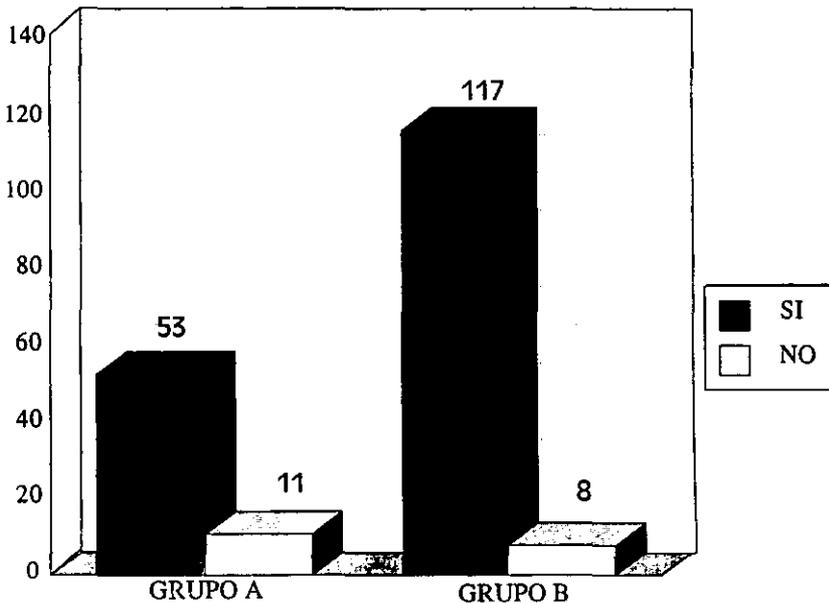
**NUMERO INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

**CUADRO 4.**

| GRUPO DE ESTUDIO               | SI         | NO        | TOTAL      |
|--------------------------------|------------|-----------|------------|
| GRUPO A<br>(Lactancia Materna) | 53         | 11        | 64         |
| GRUPO B<br>(Sucedáneos)        | 117        | 8         | 125        |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>170</b> | <b>19</b> | <b>189</b> |

FUENTE: ENCUESTA (p (0.01), RM= 0.33;(0.10-0.96, IC 95%)

**EPISODIOS I.R.A. EN MENORES 1 AÑO**  
**GRAFICA 4**



## VIII DISCUSION

Se han publicado estudios sobre los efectos favorables de la lactancia materna en infecciones respiratorias agudas y diarreas agudas (20, 21, 22, 23, 24), en el presente estudio se reportó un promedio de episodios de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas de 0 y 2 respectivamente en menores de un año, comparados con estudios realizados en México por la Secretaría de Salud revelan 2 y 4 episodios al año respectivamente (9). Se encuentra un riesgo de presencia de E.D. e I.R.A. de 1.34 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino.

Los resultados obtenidos comprueban que los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector sobre las I.R.A. Y E.D. DE 2.30 Y 2.27 veces menor riesgo respectivamente que los alimentados con sucedáneos, además revelan que una lactancia materna exclusiva mayor de tres meses presenta 5.76 veces menor riesgo. Comparados con un estudio prospectivo en la Ciudad de México, la lactancia materna exclusiva disminuye los episodios diarreicos 2.3 veces en relación con los alimentados con sucedáneos (25).

Es imposible establecer una duración "ideal" precisa de la lactancia, es una Determinación del binomio madre-hijo individualmente (1). En el presente estudio la presencia de E.D. e I.R.A. en niños menores de un año, cuando la duración de la lactancia fue menor de tres meses o alimentados con sucedáneos se tiene mayor riesgo de padecer estas enfermedades.

Se observó que las madres cuya duración de la lactancia exclusiva mayor de 3 meses sus hijos presentaron una disminución significativa en la frecuencia de episodios de Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas en comparación con los niños alimentados con sucedáneos o cuyas madres dieron lactancia materna menor de tres meses. Por lo que es de importancia recomendar el régimen de lactancia materna, como una medida de prevención para disminuir la morbilidad y reforzar las diez medidas para el éxito de la lactancia materna establecidas por la OMS/UNICEF en el Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

El médico familiar debe promover la lactancia materna exclusiva mayor de tres meses aprovechando su contacto frecuente con las madres desde el inicio del control prenatal.

## **IX CONCLUSION**

La frecuencia de episodios diarreicos e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de un año, es significativamente menor en los alimentados con lactancia materna exclusiva por un período mayor de tres meses, en comparación con los alimentados con sucedáneos por lo que es importante reforzar las acciones de promoción y apoyo a la lactancia materna e implementar estrategias que involucren a todo el equipo de salud en estas acciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Helsing e. Y Savage KF. Guía práctica para una buena lactancia. 3 ed. México, D. F. Editorial Pax México, 1983, 17.1.
2. Jelliffe, DB, E. F. P. (1978). Human Milk in The Modern World. Oxford University Press.
3. Wallgren, A. Breast Milk Consumption of Healthy full-term Infants. Acta Paediat. 1944, 32:778.
4. Valenzuela RH. Y Luengas J. Manual de Pediatría. 9 ed. México, D. F. Editorial Interamericana, 1975: 131 – 37.
5. Cooke RE. Bases Biológicas en la práctica pediátrica, 1970: 2046 – 53.
6. Carlsson B, Cruz JR y Urrutia JJ. Immune Factors in Human Milk, In Nutrition and Metabolism of The Fetus and Infant. Martinus Nihoff. Ed, K.A. Visser.
7. Gordon BL. Lo esencial de la Inmunología. 2 ed. México, D. F. Editorial El Manual Moderno, 1975: 45 – 8.
8. Cameron M.Y Hofvander Y. Manual para la alimentación de Infantes y Niños Pequeños. 3 ed. México, D.F.; Editorial Pax México. 1993: 131 – 32.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9. Fernández CL, El abandono de la alimentación al seno materno. Revista de Perinatología. 1986; 4:10 – 17.
10. Macedo GD, Falcao PE, y Col. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Bol Of Sanit Panam 1991; 110:311 – 17.
11. Pérez ER Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1993; 115:185 – 93.
12. Memorándum de una reunión de la UJH y OMS, Investigaciones sobre las prácticas mejoradas de la lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad. Bol. Of Sanit Panam 1991; 110:499 – 507.
13. Kemple CH y Silver HK. Diagnóstico y tratamiento pediátricos 6 ed. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, 1985: 101 – 08.
14. Dirección General de Atención Materno Infantil, S.S.A. Hospital Amigo del Niño y de la madre 1991;7.
15. Secretaría de Salud, Normas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los niños (I.R.A.). 1993.
16. Mota HF, Enfermedad diarreica en los niños. Gac Med Mex 1990; 126: 359 – 60.

17. Sistema Nacional de Salud. Manual de Procedimientos Médicos para el manejo efectivo del niño con enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda. 1995.
18. Rodríguez GR. Schaefer L. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Bol Of Sanit Panam 1991; 111:1 – 13.
19. Kroeger A y Luna R. Atención primaria de salud. 2 ed. México, D.F.: Editorial Pax México, 1992:281 – 88.
20. Bautista L. Duración de la lactancia materna en la República Dominicana. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120: 414 – 24.
21. Amador M. Valés LF; y Col. Tendencias de la Lactancia Materna en Cuba y las Américas. Bol Of Sanit Panam 1994; 116:204 – 11.
22. Pérez ER. Dewey K: Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. Bol Of Sanit Panam 1993; 114:399 – 05.
23. López BI. Sepúlveda H. Y Col. Enfermedad respiratoria aguda en los primeros 18 meses de vida. Bol Of Sanit Panam 1996; 120:378 – 88.
24. Westphal M. Taddei J y col. Capacitación de profesionales de salud en lactancia natural y reformas institucionales subsiguientes. Bol Of Sanit Panam 1996; 120:304 – 15.
25. Cerqueira, T. Hábitos de lactancia en México. Cuadernos de nutrición, 1987; 33- 38.

**A**

**N**

**E**

**X**

**O**

**S**

## ANEXOS 1

FRECUENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y EPISODIOS DIARREICOS EN NIÑOS AMAMANTADOS AL SENO MATERNO Y CON SUCEDANEOS.

### INSTRUMENTO DE CAPTACION DE DATOS.

#### FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

NUM. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

#### DATOS OBTENIDOS POR EXPEDIENTE Y VISITA DOMICILIARIA:

LACTANCIA EXCLUSIVA: \_\_\_\_\_

ALIMENTACION CON SUCEDANEOS: \_\_\_\_\_

#### REPORTE EN NOTA CLINICA (EXPEDIENTE):

NUM. EPISODIOS DIARREICOS: \_\_\_\_\_

NUM. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: \_\_\_\_\_