

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
FILIAL CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA  
HOSPITAL GENERAL DOCENTE LEOPOLDITO MARTINEZ  
SAN JOSE DE LAS LAJAS.**

**CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTACIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES  
DE LOS SEIS MESESEN SAN JOSE DE LAS LAJAS.**

**LIC. ENFERMERIA MAYLIN CORONADO IGLESIAS\***

**LIC. ENFERMERIA OLGA SANCHEZ NEGRIN. \*\***

**DRA. ALINA RODRIGUEZ MENDIOLA. \*\*\***

**DR. REMIGIO GORRITA PEREZ \*\*\*\***

**\*Máster en Atención integral al niño.**

**Profesor Instructor.**

**\*\*Máster en Atención Integral al Niño.**

**\*\*\*Especialista en I Grado en Neonatología.**

**Máster en Atención Integral al Niño.**

**Profesor Instructor.**

**\*\*\*\*Especialista en II Grado en Pediatría.**

**Máster en Atención integral al Niño.**

**Profesor Auxiliar**

## INTRODUCCIÓN

Desde que existe la humanidad la leche materna constituye la principal fuente de alimento para el niño pequeño. La leche materna también se denomina natural porque es la normal para el niño y la que le ofrece la leche de su madre.

Lamentablemente todavía hay quienes piensan que por ser la leche humana madura más pálida que la leche de vaca, es preferible usar la última, aunque la leche materna contiene las necesidades requeridas para los seres humanos e incluso se ha demostrado que los niños sanos alimentados exclusivamente con pecho no necesitan agua extra y la orina es diluida<sup>1</sup>.

La leche humana es el alimento idóneo para el recién nacido humano, como lo es la leche de vaca para el ternero y la de cabra para el cabrito; y para ello la naturaleza, muy sabia al fin, determinó que la composición de cada una de ellas fuera diferente según las necesidades de crecimiento y desarrollo de cada especie. Las organizaciones internacionales que se ocupan durante centurias de la alimentación del recién nacido y el lactante, preconizan que la lactancia materna (en lo adelante LM) es el mejor alimento para el recién nacido y el lactante hasta el primer año de vida<sup>1-3</sup>.

La lactancia es un acto fisiológico, instintivo, natural y adaptativo de cada especie. En estudios realizados también se hace referencia a la importancia desde el punto de vista psicológico de la LM; ya que las posibilidades de afecto se fortalecen mientras que el bebé succiona el pecho. Por eso produce tanta alarma cuando

este hecho tan importante y eficaz desde tantos puntos de vista es abandonado por el ser humano<sup>4</sup>.

La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros cuatro a seis meses de vida. Entre las innumerables ventajas que se atribuyen figuran la prevención de enfermedades diarreicas agudas (en lo adelante EDA) en el primer año de vida, desarrolla protección contra enfermedades alérgicas, favorece la adecuada nutrición del niño y específicamente disminuye la posibilidad de padecer de anemia durante las primeras etapas de la vida, contribuye al adecuado desarrollo del sistema nervioso central. Con respecto a la madre disminuye la posibilidad de desarrollar cáncer de mamas, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento del embarazo<sup>5-6</sup>.

Es de suma importancia destacar que además al lactar, la madre entrega a su hijo el afecto y cuidado que este merece, y este acto la llena de alegría y tranquilidad al saber que su hijo acepta complacido depender de ella.

### **Contexto histórico social del objeto de estudio**

Por la importancia que reviste la promoción de la LM consideramos oportuno realizar el estudio en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, una unidad fundamental del nivel de Atención Primaria de Salud de San José de las Lajas, sito en Avenida 47 entre 88 y 90 de dicha localidad.

Este Municipio está enmarcado en el centro de la Provincia de La Habana limitando al norte con los municipios Guanabacoa y Habana del Este, y al oeste

con los de Cotorro y Arroyo Naranjo, todos de la Provincia Ciudad de La Habana. En nuestra provincia limita al norte con el municipio de Jaruco; Batabanó, Melena del Sur y Güines al sur; al oeste Quivicán y Bejucal y al este Madruga y Güines. Su extensión territorial es de 596.12 km<sup>2</sup>. Tiene una población de 70 747 habitantes, 34 493 del sexo femenino y 36 254 del masculino. La densidad de población es de 116,95 habitantes x km<sup>2</sup>, residiendo en áreas urbanas el 67,9% (47 378 habitantes) y en áreas rurales 22 342 (32,1%).

Este es un territorio relativamente llano atravesado de oeste a este por el sistema montañoso Bejucal-Madruga-Coliseo, destacándose como principales eminencias orográficas: San Francisco Javier (261 m), Camoa (210 m), Somorrostro (185,5 m). Las principales vías de comunicación son: la Autopista Nacional, la Carretera Central, la Autopista Habana Melena y diferentes carreteras que lo comunican con los municipios y provincias vecinos.

Es un municipio que cuenta con 7 Consejos Populares, 85 circunscripciones, 16 empresas nacionales, 11 unidades presupuestadas, 101 establecimientos públicos y 92 centros educacionales que incluyen 9 círculos infantiles, 26 escuelas primarias, 2 escuelas de educación especial, 5 escuelas secundarias y 3 escuelas preuniversitarias y politécnicas. Así como otros centros de estudios.

El territorio cuenta con un gran potencial industrial, ganadero y científico-educacional, con importantes empresas manufactureras, inclusive de carácter Nacional como: Cerámica Blanca, Cables Eléctricos, Pastas Alimenticias, Neumáticos, Ron, Productos Lácteos, Centros de Cría, Producción y Procesamiento de Pescado, Materiales para la Construcción. Varias empresas

ganaderas y agrícolas como: Valle del Perú, Nazareno y Babiney y Centros Científicos y Docentes como: el Instituto de Ciencia Animal (ICA), el Centro Nacional de Salud Animal (CENSA), La Universidad Agraria de La Habana (UNAH) y el Instituto Nacional de Ciencia Agrícola (INCA) entre otros.

**Antecedentes:**

Hoy son universalmente aceptadas las bondades de la LM. Este alimento no sólo es más fácil de digerir por los recién nacidos, además desde el punto de vista nutricional e inmunológico posee una amplia gama de micro y macronutrientes y elementos de defensa humorales y celulares.

Esta leche se debe brindar al niño o niña de forma exclusiva idealmente en los primeros seis meses de vida, aunque el abandono de la LM natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo; ya que este fenómeno que se desarrolla con gran rapidez en los países ocasiona serias consecuencias en la salud de los niños en edades tempranas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantiles, y aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas en la adultez<sup>7</sup>.

El recién nacido humano es la criatura que crece con mayor lentitud dentro de las especies de mamíferos y por tanto, la leche materna humana es la que menor tenor proteico tiene. Esto quiere decir que si ofrecemos leches de otras especies a los lactantes, como la leche de vaca, les estamos sobrecargando sus sistemas metabólico y excretor con altas concentraciones de proteínas que además, no tienen la misma composición en caseína y proteínas del suero, ni la misma composición aminoacídica<sup>8-9</sup>.

El uso y el desuso de la LM es tema de contradicción desde épocas anteriores; se encontraron biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo que indica que desde esa remota etapa se intentó la búsqueda de alimentación artificial<sup>1-3</sup>.

Hasta el siglo XIX la edad posible del destete debió ser del segundo o tercer año de vida, después de esto la LM sufrió cambios; pero en el siglo XX y XXI tuvo gran disminución por la influencia que proviene de la leche fresca de vaca, apta para el consumo de la especie humana. Todo esto hace que en nuestros tiempos exista una tendencia cada vez mayor al destete precoz, muchas veces por el desconocimiento de las ventajas que ofrece la leche humana<sup>2</sup>. Esta es una evidencia de cómo los factores sociales y económicos pueden desencadenar y modificar factores biológicos, de ahí que el humano en su evolución se agrupó en colectividad, lo que garantizó su supervivencia e implicó la victoria de lo social sobre lo biológico y se aceptó que en el curso de esa evolución socio-histórica disminuyera la influencia de estos factores biológicos bajo el efecto de las leyes sociales<sup>3-4</sup>.

Tras la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos comienza a abandonarse de modo indiscriminado la LM. Lo que hasta entonces fue el modo habitual de alimentar a los niños, se comienza a sustituir por productos industriales elaborados a partir de la leche de vaca. Pocos años después, esta moda se exporta a Europa Occidental y desde ahí pasa a Europa Oriental alcanzando finalmente a los países del denominado “Tercer Mundo”, aproximadamente con un decolaje de unos 15 años. De este modo en la década de los años 60-70 esta moda alcanza a los países más deprimidos del planeta<sup>10</sup>.

Esta innovación tiene su precio y éste es especialmente elevado en los países más pobres. En pocos años la morbilidad y mortalidad infantiles se incrementa espectacularmente: aumenta el número de infecciones fundamentalmente EDA e infecciones respiratorias agudas (en lo adelante IRA). Además se produce una alta mortalidad como consecuencia de los trastornos hidroelectrolíticos secundarios a la preparación incorrecta de los biberones<sup>1</sup>.

Aunque la LM es la mejor alimentación en el recién nacido, se observa que el porcentaje de madres que lactan declina inexorablemente<sup>5-11</sup>. Por este motivo en la mayoría de los países se establecen programas con el objetivo de estimular esta forma de alimentación por las innumerables ventajas que posee<sup>10-11</sup>.

En 1991 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en lo adelante UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (en lo adelante OMS) lanzaron una campaña global llamada Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño. Esta campaña estimulaba a los profesionales de la salud a promover, proteger y apoyar la LM como método óptimo de nutrición del lactante y facilitar a la familia la información necesaria acerca de la alimentación del niño<sup>12</sup>. Actualmente la OMS y la UNICEF recomiendan la LM como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y que se prolongue hasta los dos años o más acompañada de alimentos complementarios. Cuando se incorporan dichos alimentos, la madre debe amamantar primero a su bebé y luego ofrecérselos en pequeñas cantidades. Los alimentos complementarios deben ser ricos en micronutrientes, especialmente hierro, y deben contener muchas proteínas y calorías<sup>13</sup>.

En Cuba la lactancia materna exclusiva (en lo adelante LME) tal como está planteada en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, es un elemento de extraordinaria importancia para mantener la tendencia descendente de la mortalidad en el niño menor de 5 años.

Aunque en nuestro medio no valoramos algunos aspectos negativos importantes de la nutrición de los lactantes que podemos evitar, prevenir y modificar con sólo adquirir algunos conocimientos sobre nutrición y LM.

En 1984 los profesores *Reina Valdés* y los doctores *Seisdedos* y *Mohedano*, del Hospital “América Arias” realizan un estudio de prevalencia y duración de la LM en 1 483 lactantes de una comunidad en Ciudad de La Habana, y observan que el 88% de los niños egresan del servicio materno hospitalario con LME y el 9% la mantiene más allá de los 60 días de edad<sup>14</sup>.

En un estudio publicado en 1992 por *Amador* y colaboradores<sup>15</sup> se caracteriza la utilización de la LM en Cuba. Ellos refieren que la LM es actualmente poco frecuente y se introduce el biberón de manera muy precoz a pesar de que, según algunas fuentes, la mayoría de los recién nacidos salen del hospital practicándola. La tasa de prevalencia de LM en Cuba en ese mismo año fue del 62,7% al nacer y de 24,5% a los 3 meses, con un patrón curioso en su comportamiento. Cuando se halla el índice de lactancia acumulada, las provincias occidentales, con menor índice de ruralización, muestran mayores valores negativos de este indicador con relación a las orientales<sup>15</sup>.

A finales de la década de los 80 y principios de los 90, comienza en Cuba la capacitación y evaluación de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, en un esfuerzo conjunto del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (en lo adelante MINSAP) y la UNICEF/OMS, por aumentar esta práctica tan beneficiosa para la salud de los niños. Los resultados se aprecian en el informe ofrecido por el Centro Nacional de Estadísticas del MINSAP y publicados por la OMS en el *Estado Mundial de la Infancia* del 2004. La prevalencia de LME hasta los 6 meses es del 41,6% de los nacidos vivos, la LM con alimentación complementaria entre 6 y 9 meses es del 42% y la LM continuada hasta los 20-23 meses del 9%<sup>16-17</sup>.

El gobierno de Cuba ofrece una licencia retribuida a las madres hasta el año de edad, para que puedan garantizar la LME a sus hijos. Nos adherimos al criterio de la OMS sobre la necesidad de crear programas sociales que favorezcan la extensión de la lactancia hasta los 6 meses, habida cuenta de las implicaciones no sólo a corto plazo, sino también en la salud de estos niños cuando sean adultos.

### **Fundamentación Teórica:**

Esta investigación resulta conveniente para el país, porque el principal objetivo es la sensibilización de la población en general de la importancia que reviste el tema de la LME hasta los seis meses de vida para reducir los riesgos de que los lactantes sufran de IRA, EDA y otras asociadas al abandono de la misma.

Es importante que los profesionales que atienden a los niños menores de 1 año, adquieran competencia en materia de la nutrición del niño, con el objetivo de

mejorar la calidad de la atención nutricional de estos, lo cual a su vez, redundará en mayor calidad de vida a largo plazo.

Si hay un desafío permanente para el pediatra es el logro de una LME durante los primeros 6 meses de vida del niño. Esto brinda un doble beneficio, no sólo en el aspecto nutricional, sino en el establecimiento de un adecuado vínculo madre-hijo, con todo lo que ello significa para el crecimiento y desarrollo. Los últimos estudios en todo el mundo sostienen con énfasis la existencia de "factores protectores" incluidos en la leche materna, lo cual se traduce según las estadísticas, en que un niño alimentado a pecho presenta mayor protección ante EDA, IRA, enfermedades alérgicas, auto inmunitarias y conductuales. Durante mucho tiempo se consideró que la lactancia humana era un tópico impreciso e inespecífico que no justificaba su estudio clínico y científico para analizar preguntas sobre nutrición infantil. Mientras tanto, en el presente siglo se avanza mucho en identificar los requerimientos nutrimentales de un recién nacido en crecimiento y desarrollo y, asimismo se realizan grandes inversiones en talento, tiempo y dinero para desarrollar un sustituto ideal de la leche materna<sup>1</sup>.

En la práctica médica se observa que el abandono de la LM constituye un problema de salud y que se exponen muchas razones. Motivación que nos ocupa en el siguiente trabajo.

### **Planteamiento del problema**

La LM proporciona una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil. Los lactantes

que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son; ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por EDA y las IRA, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

La leche materna contiene todos los micronutrientes y los nutrientes que necesitan los lactantes para crecer durante los primeros seis meses de vida<sup>1</sup>. Por otra parte, la interacción que se da entre la madre y su bebé cuando ésta lo amamanta tiene repercusiones positivas durante toda la vida, tanto en lo que respecta a la conducta, la expresión oral y la interacción social como en lo que se refiere a la salud, ya que reduce las enfermedades crónicas.

**Por todo lo anterior se plantea: que como un gran número de madres no logran una adecuada LM en el primer semestre de la vida de sus hijos, es importante identificar algunos factores relacionados con este problema.**

## MARCO TEÓRICO

El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa el 50% de su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales demuestran que las modificaciones en la dieta durante el período sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo. En la última década se acumulan pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de la vida tiene consecuencias metabólicas en el desarrollo en la infancia tardía y la adolescencia y se relaciona con la aparición de enfermedades en la vida adulta<sup>18</sup>.

La práctica materna del destete precoz o la decisión de no amamantar a su hijo es un problema ancestral, no siempre influido por razones médicas. El código de Hammurabi (1800 A.C.) contenía regulaciones en la práctica de la LM, como la búsqueda y empleo de nodrizas. En toda Europa existen antecedentes desde hace 4000 años, sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. En épocas de Esparta se obligaba a que la esposa espartana, aún la esposa del rey, debía amamantar al mayor de sus hijos. Incluso el Rey Temistes heredó el trono de Esparta siendo el segundo hijo, sólo porque había sido amamantado por su madre, a diferencia del primero. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia: la leche de la propia madre es benéfica, la leche de otras mujeres es dañina. En el

siglo XVIII predominó el uso de alimentación sustituta, y especialmente el amamantamiento por nodrizas, muestra que las mujeres amamantaban poco a sus hijos "porque no era la costumbre". Las madres francesas de esa época deseaban mantener su "belleza y frescura". Esta influencia que continuó durante el siglo XIX y parte del siglo XX, se ha modificado y en la actualidad, la mayoría de los países desarrollados favorecen en forma abierta la LM.

En un recuento histórico sobre la alimentación del lactante, *Fomon* cita documentos del siglo II A.C. donde se menciona la LM. En el antiguo Egipto y en Babilonia, el destete se realizaba aproximadamente a los 3 años de edad. Entre los siglos IV y VII D.C., la edad del destete se hallaba generalmente entre los 20 y 24 meses de edad. Está bien documentado el uso de las nodrizas a partir de los siglos III o IV A.C. en Babilonia. Se conocía entonces sobre la importancia de alimentar al bebé recién nacido con leche humana, incluso cuando no fuera de su propia madre, unas veces porque ésta fallecía y otras por moda o comodidad de las familias pudientes. Aunque el uso de las nodrizas decayó con el aumento de la morbilidad y mortalidad infantiles, y la transmisión de enfermedades tanto infecciosas como de "la mente", como refiere Burton en su libro publicado en 1651<sup>1</sup>.

En resumen la LM es un hábito alimentario que desde la antigüedad está íntimamente unido al niño durante los primeros años de su vida. Sin ella difícilmente la especie humana puede superar los primeros meses de la vida. Tras la Segunda Guerra Mundial se fue abandonando progresivamente. Así en Estados Unidos, durante la década de los 40 hasta los 50, la LM alcanzó cifras

prácticamente indetectables<sup>6</sup>. Este abandono se trasladó a continuación a Europa Occidental, posteriormente a Europa Oriental y con un decolaje de aproximadamente quince años se exportó a los países menos desarrollados (África, Suramérica). Sus consecuencias sanitarias no se dejaron esperar y fueron especialmente evidentes en los países más deprimidos, donde rápidamente aumentaron la morbilidad y mortalidad infantiles. Los niños fallecían por procesos infecciosos, fundamentalmente IRA, EDA y por trastornos hidroelectrolíticos, generalmente secundarios a la preparación incorrecta de los biberones. A la vista de estos hechos, en los países "más desarrollados" a finales de los años 70, se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la LM que no tardaron en dar sus frutos. En estos países se consiguieron destacados incrementos de la LM; pero en los más deprimidos, que eran los más afectados por este nuevo hábito alimentario continuaban muriendo muchos niños por el abandono injustificado de la LM. Los países denominados menos desarrollados, pese a ser los más perjudicados, seguían el ejemplo de los desarrollados y las clases inferiores imitaban a las superiores adscribiéndose a la nueva moda de la lactancia artificial con el decolaje ya descrito<sup>6</sup>.

La Comisión Nacional de Alimentación publica en 1988 un glosario de términos para la orientación alimentaria. Esta comisión pretende unificar la terminología que debe usarse para definir conceptos en nutrición y alimentación<sup>18</sup>.

Algunos de ellos son importantes por sus implicaciones en la alimentación del niño durante el primer año de vida.

Se entiende por LM el proceso de alimentación de la madre a su hijo utilizando la secreción proveniente de sus mamas (Lactancia Materna. Materiales para capacitación. Secretaría de la Dirección General de Salud Materno Infantil de México. México: UNICEF/OPS/OMS; 1992: Vol. 1).

Destete: Suspensión de la alimentación al pecho materno. El término literalmente significa "quitar la teta" y se refiere a la sustitución de la leche humana por otros alimentos. Se recomienda que el proceso sea gradual<sup>19</sup>.

### **Lactancia Materna**

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones. La leche humana es sin dudas la más adecuada y es específica de la propia especie; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de la madre es alimentarlos con sucedáneos de leche de la madre que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de la madre. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que se debe seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. Como se comentará más adelante, la leche de la madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Hoy por hoy la leche de la madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción<sup>20-22</sup>.

A continuación se describen los beneficios demostrados de la leche de la madre, aunque probablemente el impacto real de la LM no puede ser recogido por estudios que miden resultados parciales y en general a corto plazo.

**- *Lactancia Materna y protección frente a las infecciones y atopias:*** Desde hace varios años se demuestra en estudios de cohortes que los niños alimentados con LM presentan menos EDA, IRA e infecciones otitis medias (en lo adelante OMA). Ninguno de estos estudios cumple criterios de ensayo clínico; ya que no es ético aleatorizar a los niños para recibir LM o fórmula adaptada. Por ello cuando se analizan los resultados de estos estudios siempre refieren que no se puede asegurar que las diferencias encontradas se deben a la leche de la madre; ya que el hecho de que una mujer decida amamantar o no a su hijo es un marcador de actitudes diferentes hacia el niño y por tanto los grupos de niños que reciben LM y los que no la reciben no son comparables, ya que sus madres son mujeres con actitudes bien distintas y esto puede justificar muchas de las diferencias encontradas en la evolución de los niños amamantados. Recientemente Kramer y colaboradores (*PROBIT study*)<sup>23</sup> resolvieron de una forma muy ingeniosa esta limitación para el estudio del verdadero efecto de la LM en la salud del niño y realizaron un ensayo clínico que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento, y se espera que se vayan publicando resultados de la evolución de estos niños a lo largo de los años.

Estos autores randomizaron las maternidades de Bielorrusia para recibir o no una intervención encaminada a la promoción de la LM, con esta actividad consiguieron incrementar el número de madres lactantes y la duración de la LM de forma significativa en los hospitales en los que se realiza la tarea de promoción de la LM

y posteriormente comparan la evolución de los niños de los hospitales con promoción de lactancia (que lactaron con más frecuencia y durante más tiempo) frente a los niños nacidos en hospitales que no recibieron promoción de lactancia (menos frecuencia de lactancia y durante menos tiempo). Las poblaciones que atendían los hospitales con o sin promoción eran idénticas en relación a los niveles educativos, económicos, estado de salud, edad materna, etc. Estos autores demostraron que los niños de los hospitales que recibieron promoción de LM y que por tanto se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer EDA (OR: 0,6; IC: 0,4-0,9) y eczema atópico (OR: 0,54; IC: 0,3-0,9). Estudios anteriores con las limitaciones que comentamos anteriormente, apoyan también una disminución en el número de OMA, infecciones del tracto urinario (en lo adelante ITU), infecciones invasivas y enterocolitis necrotizante.

- **Lactancia Materna y crecimiento:** Los estudios realizados en las últimas décadas sugerían que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaban un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad inferiores a la de los niños alimentados con fórmulas adaptadas<sup>24</sup>. Como ya se comentó en el párrafo anterior, estos estudios tienen limitaciones importantes que disminuyen la validez de sus resultados. En el estudio que realizan Kramer y colaboradores<sup>23</sup>, en referencia al crecimiento expresan que la LM prolongada y exclusiva, realmente puede acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida.

- **Lactancia Materna y desarrollo cognitivo:** Muchos estudios en la literatura médica y psicológica examinan la relación entre la LM y el desarrollo intelectual.

La mayoría de estos estudios comunican un efecto positivo de la LM en la evolución cognitiva del niño<sup>22</sup>. Otros estudios no observan ninguna ventaja sobre el desarrollo intelectual. Probablemente los resultados que se aporten derivados del estudio de Kramer sean de gran valor para poder establecer la relación existente entre la LM y el desarrollo cognitivo del niño<sup>23, 25</sup>.

- **Lactancia materna y enfermedades a largo plazo:** Numerosos estudios ponen de manifiesto, con las limitaciones anteriormente comentadas, el efecto protector de la LM en relación con la muerte súbita del lactante, diabetes insulino dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas<sup>18</sup>.

- **Lactancia materna y beneficios psicológicos:** El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refieren como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. Esto va absolutamente en contra de la idea muy extendida en España de que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo<sup>26</sup>.

- **Lactancia materna y ventajas para la madre:** Hay también numerosos trabajos que indican un posible efecto beneficioso de la LM en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que

compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto. La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso anterior de la gestación y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar en parte, las gestaciones precoces. La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad posmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusica<sup>19</sup>,

25-26

- **Lactancia materna e impacto social y medioambiental:** Como se comenta anteriormente, los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello, disminuye el ausentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y, también se consumen menos recursos sanitarios. En un momento en el que el cuidado medioambiental debe ser una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la LM es una forma de disminuir la cantidad de residuos generados en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.)<sup>27</sup>. La leche de la madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.

- **Lactancia materna y beneficios económicos:** Además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del ausentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste de la fórmula adaptada supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto.

## **La realidad de la lactancia materna**

El abandono progresivo de la LM como forma de alimentar a los niños va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aún para las generaciones futuras. El problema se prevé que sea de tales dimensiones que en Estados Unidos de América, en octubre del año 2000, *The Surgeon General* (responsable máximo de la política sanitaria del país) presentó un plan cuyo objetivo principal es incrementar la tasa y la duración de la LM<sup>26</sup>. El objetivo propuesto es que para el año 2010 al menos el 75% de las mujeres al alta del hospital estén lactando a sus hijos, el 50% continúen lactando a los 6 meses y el 25% cuando el niño llegue al año de edad<sup>27</sup>. En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, concurren una serie de factores de muy diversa índole (sanitarios, sociales, culturales, etc.)<sup>6</sup> que hacen que el fracaso de la LM se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.

## **Composición de la leche materna**

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen 200 componentes reconocidos. Durante los tres primeros días posparto, a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo por su alto contenido de carotenos que es casi 10 veces mayor que el contenido de la leche madura (7.57 vs 0.3 mg/l)<sup>28</sup>.

Entre el tercer y décimo día se denomina leche transicional, seguidamente la leche va cambiando su composición y después de 10 días tiene las características de la

"leche madura". Como nacen niños de término y pretérmino, los estudios de las últimas décadas muestran que la composición de la leche humana varía según la edad de gestación. La leche prematura tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, como si se adaptara a las condiciones fisiológicas del recién nacido. No obstante, se sabe que los niños prematuros alimentados por su propia madre, requieren para alcanzar una velocidad de crecimiento semejante a la intrauterina, de suplementos con proteínas, minerales y algunos oligoelementos<sup>28</sup>.

Sólo hablaremos de las características principales que hacen de la leche materna el alimento idóneo para el recién nacido, tanto enfermo como sano y en especial para el prematuro.

La composición de la leche humana varía tanto de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La fracción más estable es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa.

La leche materna se forma en la propia glándula mamaria utilizando los componentes allí presentes y los nutrientes maternos necesarios. A pesar de que la composición de la leche materna expresa el estado nutricional de la mujer, esta queda en deudas generalmente. Son muchos los factores que influyen tanto en la composición como en el volumen de la secreción láctea, desde factores genéticos y nutrición materna, hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al bebé.

## Macronutrientes

**A) Proteínas.** La cantidad de proteínas es mayor durante las primeras semanas, mayor en la leche de prematuro que en la de término y va decreciendo desde 15,8 hasta 8-9 g/l con el establecimiento de la lactancia<sup>28-29</sup>. Las proteínas cumplen diferentes funciones: aportan aminoácidos esenciales, factores inmunológicos como lisozimas y lactoferrina; son vehículo para las vitaminas B<sub>12</sub>, folatos y vitamina D; aportan hormonas, actividad enzimática y otras actividades biológicas como las de la insulina, factor de crecimiento epidérmico, etc. El 20 al 25% del total de nitrógeno no es proteico y sí relativamente constante durante toda la lactancia. Dentro de ellos los nucleótidos juegan un papel importante en la formación de tejidos nuevos.

**B) Lípidos.** Constituyen la mayor fracción energética de la leche y alcanzan hasta el 60% del total de la energía. El 97-98% están compuestos por triglicéridos, entre los cuales los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga representan hasta el 88%. La leche humana es la única fuente exógena de estos ácidos grasos para el recién nacido durante los primeros meses de la vida, contiene una cantidad variable de ácidos preformados araquidónico (AA) y docosahexaenoico (DHA), de gran importancia para el recién nacido a término y pretérmino<sup>29</sup>. En las glándulas mamarias al igual que en la placenta, los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) son capaces de elongarse y desaturarse incluso, y su concentración es muy constante. Según diversos trabajos publicados, en diferentes poblaciones con hábitos alimentarios distintos, la proporción entre estos ácidos suele ser también muy

constante, semejante a la encontrada en el cerebro neonatal y en otros tejidos ricos en membranas. Asimismo, la concentración de LDL-colesterol en el plasma de los niños amamantados es mayor que la de aquellos que se alimentan sólo con fórmulas, lo cual permite una menor síntesis y menor riesgo de padecer aterosclerosis en la vida adulta. Aunque la adición de colesterol a las fórmulas no disminuye esta síntesis endógena<sup>29</sup>.

**C) Carbohidratos.** La lactosa es uno de los constituyentes más estables de la leche humana y representa casi el 70% del contenido total en hidratos de carbono. Esta alcanza una concentración de 68 g/l. La lactosa de la leche humana (beta-lactosa) parece digerirse con menor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa) y resulta más eficaz para la absorción mineral. En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bífidas (efecto prebiótico)<sup>28</sup>. La actividad de la lactosa puede observarse desde la semana 26; pero no es hasta el término que se alcanzan sus niveles máximos. Los otros carbohidratos presentes en concentraciones inferiores son: la glucosa, galactosa, oligosacáridos complejos y glicoproteínas. La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas<sup>29</sup>.

### **Micronutrientes**

Las vitaminas de la leche humana son afectadas por diferentes factores; pero el más importante es el estado nutricional de la madre con respecto a cada una de ellas.

Los minerales que alcanzan mayor concentración en la leche materna son: el calcio, el fósforo y el magnesio, y generalmente no se corresponden con los niveles séricos maternos. A medida que la lactancia progresa, las concentraciones de fósforo disminuyen y aumentan las de calcio y magnesio. Los investigadores especulan que estos cambios son importantes para la remodelación ósea del lactante.

**Componentes de la leche humana que pueden ejercer funciones beneficiosas de carácter no nutritivo:** <sup>12</sup>

- **Bifidobacterias:** Inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos.
- **Inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios:** La lactoferrina y las proteínas que enlazan los folatos y la vitamina B<sub>12</sub> impiden el crecimiento de gérmenes *in Vitro*.
- **Enzimas:** Lisozimas, peroxidasas con actividad bacteriostática y otras enzimas que actúan en el transporte y síntesis mamarios de los componentes de la leche materna o en los procesos de digestión y metabolismo de los recién nacidos.
- **Otros agentes antiinfecciosos:** Factores estimuladores de la proliferación de colonias de leucocitos como: granulocitos y macrófagos o ambos, y la fibronectina que facilita la función de los fagocitos.
- **Inmunoglobulinas:** Fundamentalmente la IgA secretora con mayor concentración en el calostro que en la leche definitiva, la cual la protege

frente a gérmenes del tracto gastrointestinal de la madre. IgM, IgG, IgE, IgD, complemento (C<sup>3</sup> y C<sup>4</sup>).

- **Agentes inmunomoduladores:** Prolactina, IgA secretora, prostaglandina E<sub>2</sub> y algunas citoquinas.
- **Péptidos:** Derivados de la caseína que regulan la motilidad gastrointestinal y otros como el péptido inhibidor de la gastrina y la bombesina, que actúan sobre el crecimiento, maduración y regulación gastrointestinal.
- **Lípidos:** Ciertos ácidos grasos de cadena media y los mono y poliinsaturados ejercen una actividad antivírica, antibacteriana y antifúngica.
- **Factores de crecimiento:** Factor de crecimiento epidérmico y factores de crecimiento semejantes a la insulina. Ambos favorecen la proliferación celular del epitelio intestinal y tienen actividad antiinflamatoria.
- **Hormonas tiroideas.**
- **Somatostatina:** Tiene propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias en el tracto gastrointestinal del lactante<sup>12</sup>.

### **Recomendaciones para la Lactancia Materna**

- La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones. La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño la debe de tomar la madre. El personal sanitario debe proporcionar a los padres la información suficiente sobre las ventajas de la LM. Cuando la LM no sea posible, se debe extraer la leche de la

madre y conservarla de forma adecuada para poder ofrecérsela al niño prematuro o enfermo.

- Antes de que el profesional de la salud recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que se agotaron todas las opciones posibles para mantener la LM. El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de la fórmula. Las curvas de crecimiento incluyen valores desde el p3 al p97, todos ellos son normales, si la curva de peso es adecuada. Un niño perfectamente sano y sin problemas puede estar en el percentil 3 ó en el 10 sin que esto signifique que haya que introducirle fórmula adaptada para, supuestamente mejorar su crecimiento.
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante las primeras horas. El personal sanitario que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario de su trabajo disminuir el número de niños que se separan de sus madres. Si un niño precisa observación, debe ser la enfermera o el pediatra el que se desplaza a la habitación de la madre para vigilar al niño, en vez de separarlos a ambos<sup>24</sup>.
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño llore, si está despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho. El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño está ya irritable, se

dificulta el amamantamiento. Los recién nacidos deben mamar entre 8 y 12 veces al día y aproximadamente 10 ó 15 minutos en cada pecho. En las primeras semanas hasta que la lactancia esté bien establecida, si el niño no se despierta a las 4 horas de haber mamado, debe despertársele y ponerlo a mamar.

- El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a todas las mujeres les resultan difíciles los primeros días y que por eso necesitan ayuda. Se les debe tranquilizar sobre la morfología de los pezones o el tamaño de los pechos, es absolutamente excepcional que hayan limitaciones anatómicas en la mujer que dificulten o impidan la lactancia. Comentarios muy frecuentes en las maternidades como por ejemplo “tienes los pezones invertidos”, “tienes un pezón muy grande y el niño es muy pequeño” o apretar el pecho (maniobra ridícula pero frecuente) y comentar “no tienes leche porque no sale nada”, tienen un efecto devastador en la madre, minan su confianza y les condiciona para que ante la mínima dificultad que surja en el proceso de instauración de la lactancia, la abandonen.
- No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, fórmula, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia, ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. No debe aconsejarse el uso de tetes aunque recientemente se demostró que el chupete más que dificultar la LM, en sí es un marcador de que existen dificultades con la misma<sup>24</sup>.

- Después del alta de la maternidad, sobre todo si el alta es precoz, antes de las 48 horas de vida del niño, el niño debe ser valorado por el pediatra o por el grupo básico de trabajo días siguientes. Se aprovechará la visita para valorar la situación del recién nacido, reforzar la lactancia y ayudar a resolver las dificultades que hayan podido surgir.
- La LM exclusiva es el alimento idóneo durante los 6 primeros meses de la vida y se debe continuar con la lactancia mientras se introduce la alimentación complementaria hasta los doce meses de edad, posteriormente se debe prolongar todo el tiempo que la madre y el niño deseen. La introducción de alimentos ricos en hierro en la segunda mitad del primer año debe ser progresiva y se debe complementar con la LM.
- Se deben aportar suplementos de vitamina D e hierro en algunos grupos de niños seleccionados (vitamina D a niños que no reciben una exposición solar adecuada o niños con piel muy pigmentada; hierro a los niños prematuros y a los que por cualquier otro motivo puedan tener los depósitos de hierro disminuidos).
- Cuando la hospitalización del niño o la madre sean inevitables, se deben proporcionar todas las facilidades posibles para que se mantenga la lactancia. En los Servicios de Neonatología no se deben proporcionar biberones de fórmula adaptada a los niños que presumiblemente en pocas horas van a poder disponer de la leche de la madre, bien porque puedan mamar o porque su madre se extraiga la leche. Una de las prioridades de los Servicios de Neonatología debe ser el poder ofrecer a las madres las

facilidades suficientes para que éstas puedan permanecer cerca de sus hijos el mayor número de horas posible<sup>24</sup>.

### **Técnica de Lactancia Materna**

Al menos hasta que la madre y el niño se hayan convertido en expertos, es mejor dar las tomas con la madre sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadones y situando otro más en el regazo, para sostener al bebé. El apoyo de los pies sobre una banqueta permite elevar las rodillas. Al empezar la toma, la madre comprime suavemente la mejilla del niño con el pezón, permitiendo al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola. De esta forma la succión facilita la expresión de los galactóforos que se sitúan bajo la areola y daña menos el pezón. Las grietas del pezón suelen relacionarse con una mala técnica de lactancia, la forma en la que se agarra el niño al pezón suele ser incorrecta. El agarre a la areola puede mejorarse comprimiendo la madre el pecho entre dos dedos (pulgar e índice) y ofreciendo al niño el pezón protruido. El pezón debe mantenerse centrado en la boca del niño, por encima de la lengua. La punta de la nariz del niño debe tocar el pecho.

El niño alterna períodos de succión vigorosa, rápida y momentos de relajación, disminuyendo o deteniendo sus esfuerzos de succión. Es importante no hiperestimularle durante los períodos más activos de succión y, por el contrario, "espabilarlo" durante los períodos de relajación, hablándole, presionando suavemente sus mejillas, etc. Para finalizar o interrumpir la toma, se introduce primero un dedo en el lateral de la boca del niño para detener la succión y el

agarre. Cuando existen dificultades con la lactancia, es importante para una adecuada valoración y orientación que el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, para así poder corregir las deficiencias de la técnica<sup>19</sup>.

Al ser la LM un acto fisiológico instintivo, de herencia biológica natural adaptativo en los mamíferos, específica de cada especie que ha garantizado durante miles de años la supervivencia del género humano, llama la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano. En la antigüedad la misma era mantenida por todas las mujeres y en las clases pudientes cuando se carecía de la misma se contrataban las nodrizas como fuente de nutrición para los niños, las cuales eran objeto de una rigurosa selección<sup>25</sup>.

El uso y desuso de la LM ha sido tema de contradicción desde épocas anteriores: se encontraron biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo que indica que desde muchos años atrás se intentó la búsqueda de alimentación artificial. La historia recoge que los primeros biberones fueron cuernos de vaca ahuecados, que usaban como mamila ubres de vaquilla, las que se descomponían con rapidez a pesar de ponerlas en alcohol. Con el tiempo se inventó la mamila de hule, lo que mejoró la higiene de la alimentación artificial.

En el siglo XVIII existían teorías que apuntaban las bondades de la lactancia. William Mossdo, cirujano de la maternidad de Liverpool en 1974, escribió “se ha observado repetidamente que el alimento que se proporciona en la lactancia seca (lactancia artificial) causa cólicos y suelta el intestino y que es muy difícil dar sustituto adecuado al pecho. Por lo tanto, no es de extrañar que haya niños que no puedan mantenerse o existir sin el pecho<sup>6</sup>.

En el siglo XIX producto de la Revolución Industrial de occidente, la economía se transformó. La adquisición de un salario constituyó la forma fundamental de subsistencia para las familias, lo que significó que muchas madres con niños pequeños tuvieran que trabajar lejos de sus hogares.

En los inicios del siglo XX con el auge de la era moderna de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la LM<sup>26</sup>.

A partir de los años 30, en todos los países se observó que conforme aumenta el nivel cultural y la población aumenta de rural a urbana disminuye la frecuencia de la lactancia natural<sup>4-8</sup>. Entre las causas que produjeron la decadencia de la misma encontramos: los conceptos erróneos o equivocados de algunas madres que piensan que la secreción de la leche es una función biológica en regresión de la especie humana y que la lactancia artificial no es solo más cómoda y fácil, sino que también con ella se obtienen mejores resultados. Además plantean que la lactancia natural es antiestética y envejece; otro aspecto a destacar son las circunstancias donde en muchos casos es imposible compaginar el trabajo y dar el pecho al niño, aunque en muchos países disposiciones legales protegen a la mujer en el período de la lactancia<sup>5-11</sup>. Entre otras causas tenemos las presiones sociales, donde en ciertos medios dar el pecho no está bien visto; los estímulos comerciales, que propagandizan sucedáneos de la leche materna; la ignorancia de las técnicas de amamantar a sus hijos, desistiendo a la mejor dificultad encontrada durante la lactancia, tomando por hambre todo llanto del niño y acuden al biberón, también no vacía su pecho si por alguna circunstancia se interrumpió la lactancia. Como último elemento a tener en cuenta ha sido la falta de interés sanitario, donde muchos médicos pediatras, ginecobstetras, etc., deslumbrados por los

resultados que se obtienen con la lactancia artificial, aconsejaban la misma ya desde el primer momento y al menor incidente. Actuaciones todavía frecuentes durante el embarazo como la falta de preparación materna, olvido del cuidado de las mamas; el parto: uso de analgésicos y anestésicos potentes: en el post parto: uso temprano de anaovulatorios, no favorecen ciertamente las posibilidades de una LM<sup>27</sup>.

La alimentación a pecho tiene muchas ventajas como son: es el alimento natural de la especie, es la más barata, se encuentra disponible a la temperatura óptima y fresca, está exenta de contaminación bacteriana, la incidencia de enfermedades diarreicas, alérgica y respiratoria es mucho menor <sup>5-10</sup> por lo que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad infantiles<sup>11-13</sup>, favorece el nivel de inteligencia, así como una mejor evolución psicológica en el niño, también disminuye la incidencia de cáncer de mama, y retrasa la ovulación teniendo efecto contraceptivo<sup>14-18</sup>.

En estudios realizados desde inicios de los años 80, se demuestra que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno presentaban patrones de crecimiento diferentes al resto de los niños. Un mecanismo que puede explicar este hecho es la mejor utilización de calorías y nutrientes de la leche materna, a expensas de una disminución importante de las infecciones clínicas y subclínicas en el niño. Según Reyes Vázquez, los niños alimentados con LM de forma exclusiva enferman 2 ½ veces menos que los alimentados con fórmulas<sup>19</sup>.

La OMS y la OPS se encuentran realizando un extenso trabajo con el objetivo de rescatar la LM en varios países del mundo, por lo que se editan una serie de

folletos y revistas con el fin de que el personal de la salud se encuentre capacitado para educar a las madres con relación a la LM<sup>20-22</sup>. En síntesis se plantea que la LM debe ser: precoz, exclusiva y a libre demanda.

Poco después de la iniciación del Programa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, en México, se hizo evidente en todas las instituciones de salud, la existencia de gran demanda de capacitación especializada. El inicio y la elaboración se remontan a los primeros meses de 1992 cuando se hace una exhaustiva recopilación y selección de materiales relacionados y cursos del mismo género. En el taller de Avándaro (México) se analizó la bibliografía y los materiales didácticos disponibles, se establecieron los contenidos temáticos y se definió la metodología para su elaboración. Se planteó también que el material educativo fuera adaptado moduladamente a las necesidades de capacitación de diversas audiencias (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, nutricionistas, personal administrativo) a través de diferentes tipos de cursos. Este material se elaboró con el objetivo de que existiera un documento homogéneo para la capacitación en la LM del personal que desarrolla su quehacer profesional al lado de las madres y los niños y consta de textos, anexos y sugerencias para el empleo del material educativo<sup>30</sup>.

Es necesario llevar a la mamá el conocimiento bien fundamentado de que lactar a su niño es ofrecerle amor, afecto y salud; ya que la leche materna tiene la habilidad de adaptarse al paso del tiempo a las necesidades cambiantes del niño, ninguna fórmula duplica exactamente la leche materna<sup>25-27</sup>.

La estrategia de la OPS en este campo de promoción de la LM comprende tres puntos.

1. Actuar con la comodidad utilizando medios masivos de comunicación y materiales destinados especialmente a las madres.
2. Trabajar con Recursos Humanos.
3. Promover la realización de seminarios en los servicios de maternidad, donde se trabaja directamente con madres.

La difusión de mensajes coherentes y el lenguaje correcto es fundamental; ya que las mujeres en edad de procrear son destinatarias de programas de planificación familiar y supervivencia infantil, excelentes promotores de la LM para garantizar la supervivencia del recién nacido y su óptima salud, por lo que se debe lograr que las madres amamenten de forma exclusiva, a libre demanda, evitar el uso de biberones y seguir amamantando si la madre o el niño se enferman<sup>25-27</sup>.

#### **Promoción de la lactancia materna en el mundo:**

- **Código Internacional de los Sucedáneos de la Leche Materna:**

**Definición:** Sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

En 1989 la OMS y la UNICEF presentan en la 67ª Reunión del Consejo Consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34ª Asamblea Mundial de la Salud lo adopta el 21 de mayo.

El objetivo del código es: “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la LM y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución”.

El código no permite ninguna publicidad de los sucedáneos de la leche materna, otros alimentos de origen lácteo, bebidas, incluidos alimentos complementarios, biberones y chupones. También prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud y la oferta de muestras al personal de salud.

- **Declaración Conjunta OMS/UNICEF:**

Con esta declaración se inicia en 1989 un apoyo de la LM.

En esta se persiguen entre sus principales puntos:

- Describir lo que se puede hacer para dar información y apoyo a las madres.
- Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural<sup>6</sup>.

- **Convención sobre los derechos del niño:**

En 1989 se llevó a efecto esta Convención. El artículo 25 señala el compromiso de “asegurar que todos los sectores de la población, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la LM, la higiene...”

- **Cumbre Mundial a Favor de la Infancia:**

Los días 29 y 30 de septiembre de ese mismo año, se reunió en las Naciones Unidas el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la declaración en el decenio 1990. En las metas que se especifican para el decenio de los 90, en el apartado de nutrición se anota: “lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses

y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año”<sup>6</sup>.

- **La Declaración de Innocenti** que fue elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de políticas sobre: “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a escala mundial”, copatrocinada por la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (A.I.D) y el organismo sueco de desarrollo internacional (O.S.D.I) que tuvo lugar en Spedalegli Innocenti en Florencia, Italia, del 30 de julio al 1º de agosto de 1990, en cuyo texto final aparece: Como meta mundial para la salud y la nutrición de la madre y el niño, todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados a pecho desde su nacimiento hasta los 4-6 meses de edad.

La declaración refleja el contenido del documento original elaborado para la reunión y las opiniones del consenso expresadas en sesión plenaria, donde se plantea la necesidad de aumentar la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar, se expresa la responsabilidad gubernamental de desarrollar políticas nacionales y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio, también se plantea que todo el personal de salud debe tener capacitación para llevar a la práctica esta política de LM<sup>6-28</sup>.

Al seguir revisando el accionar de la OMS y la UNICEF encontramos que la 54.a Asamblea de la OMS, celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo de 2001, emitió recientemente una resolución donde se recomienda que los niños sean

amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Esta recomendación, resultado de un proceso de consenso, se basa en la conclusión de que ya son suficientes las pruebas científicas en el área de la salud pública para cambiar la recomendación anterior de amamantar de forma exclusiva de 4 a 6 meses después del nacimiento<sup>29</sup>. América Latina contribuyó de manera importante a llegar a este consenso, gracias a la influencia de un estudio experimental llevado a cabo en Honduras. Este estudio demuestra, por una parte, que los niños amamantados exclusivamente por 6 meses crecen tanto como los que son amamantados de forma exclusiva hasta el cuarto mes de vida, y posteriormente alimentados con leche materna más alimentos semisólidos sanos y nutritivos<sup>30</sup>.

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo<sup>31</sup>. Esta situación ha despertado dudas sobre la práctica de recomendar un régimen de alimentación infantil que se sigue con muy poca frecuencia. Aunque los hallazgos recientes de dos estudios experimentales demuestran que la consejería sobre LM en los hospitales y en la comunidad es una manera de promover la salud materno infantil de gran efectividad en función de los costos, ya que aumenta notablemente las tasas de LME<sup>32-34</sup>.

Un estudio cuasi experimental llevado a cabo en Santos, Brasil, donde las madres que dieron a luz en un hospital donde había consejería sobre LM dieron amamantamiento exclusivo por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era escasa<sup>34</sup>. Los estudios experimentales y cuasi experimentales que exploran la consejería sobre LM demuestran que con toda

probabilidad, esta ayuda a fomentar la LME en contextos sociales, económicos y culturales diversos. Pero para poder diseñar programas de consejería sobre LM, es muy importante comprender las causas reales que llevan a muchas madres a no amamantar a sus hijos de la manera recomendada por la OMS: 6 meses de forma exclusiva, seguidos de la adición paulatina de alimentos nutritivos preparados higiénicamente, sin suspender la alimentación al pecho hasta que el niño cumpla 2 años de edad. En este número de la Revista de Nutrición se presenta un estudio interesante, llevado a cabo por Mc Lennan en la República Dominicana, donde se pretende identificar qué factores comunitarios obstaculizan la LM, para de esa manera lograr que las madres notifiquen causas que de ordinario no revelan cuando las preguntas son directas y personales<sup>10</sup>.

### **Comunicado de Prensa Conjunto UNICEF/OMS<sup>35</sup>**

Estrategia mundial: La LM es fundamental para la supervivencia infantil.

La UNICEF y la OMS piden que aumente el compromiso para que todos los lactantes y niños pequeños reciban una alimentación apropiada.

Nueva York: 23 de Marzo de 2004 -- En su llamamiento a los gobiernos para que promuevan y protejan la LM, la UNICEF y la OMS presentan hoy conjuntamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En el documento, elaborado mediante un proceso de consulta mundial a lo largo de más de dos años, se señalan los principales problemas de la alimentación de los lactantes y los niños pequeños y se apuntan los planteamientos que podrían resolverlos.

«No hay mejor opción que la LM para estar seguros de que los niños empiezan la vida de la mejor manera posible», declara la Directora Ejecutiva de la UNICEF, Carol Bellamy. «La estrategia constituye un plan de importancia inestimable para que los gobiernos fomenten los entornos que estimulen a las mujeres a adoptar decisiones informadas acerca de la alimentación de sus hijos».

La LME proporciona el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño, pues le aporta todos los nutrientes, anticuerpos, hormonas, factores inmunitarios y antioxidantes que necesita para sobrevivir. Protege a los niños frente a la diarrea y las infecciones respiratorias y estimula sus sistemas inmunitarios.

«Prácticamente todas las madres pueden amamantar a sus hijos si reciben información exacta y apoyo de sus familias y comunidades y del sistema de atención de salud», refiere el Dr. Lee Jong-Wook, Director General de la OMS. «Los gobiernos tienen que emprender de forma inmediata y eficaz la aplicación de esta importante estrategia»<sup>35</sup>.

No amamantar al niño, y especialmente no alimentarlo exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, es un importante factor de riesgo relacionado con la morbilidad y la mortalidad infantiles. Esos factores de riesgo se ven agravados cuando los lactantes no reciben una alimentación complementaria apropiada a medida que van creciendo.

En la estrategia se pide que aumente drásticamente el número de niños que se alimentan exclusivamente con leche materna. En la actualidad, no más del 35% de los lactantes de todo el mundo reciben exclusivamente leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de la vida. Demasiado a menudo, la

alimentación complementaria empieza demasiado pronto o demasiado tarde, y en muchos casos los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Los niños mal nutridos que sobreviven caen enfermos más a menudo y sufren durante toda la vida las consecuencias del retraso de su desarrollo.

«Entre las consecuencias a largo plazo de las prácticas inadecuadas de alimentación en la primera infancia se cuentan el mal rendimiento escolar, la baja productividad y el retraso del desarrollo intelectual y social», afirmó la Sra. Bellamy<sup>35</sup>.

En Cuba el texto más antiguo que revisamos sobre puericultura se remonta al siglo XIX, al año 1874 donde se dan consejos a los hacendados respecto a la nutrición de las criaturas y a la leche de sus madres haciendo referencia a los esclavos y sus crías; ya desde entonces se reconoce que la leche de la madre es el alimento adecuado por ser el que la naturaleza le ha preparado. En él se plantea “el niño no se debe destetar hasta verle salido por lo menos una decena de dientes y colmillos y casi siempre creen los negros que a sus crías no les basta lo que maman”<sup>36</sup>.

La consulta de puericultura comenzó en Cuba como actividad al alcance y servicio de toda la población en la década de 1960 al 1970 y en el decenio siguiente se consolidó como pilar fundamental del Programa Materno Infantil. En sus inicios se limitaba a niños menores de 1 año, posteriormente se extendió al grupo de 1 a 4 años y en 1986 en las orientaciones metodológicas del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (en lo adelante PAMI) se extendió a la etapa prenatal. Los componentes fundamentales de este tipo de puericultura quedan enmarcados en aquellos factores que de acuerdo a la experiencia son causa de fracaso de la

LM como son: la hipogalactia fisiológica, reflejo succión deglución y diarreas transicionales del recién nacido. Por lo tanto se ofertó a la embarazada a partir de las 28 semanas de gestación la consulta de puericultura prenatal, siendo responsable de la misma el pediatra, el médico general, y el médico y la enfermera de la familia que deben orientar e instruir a la futura mamá sobre el inicio y el mantenimiento de la lactancia hasta el cuarto mes de vida como mínimo<sup>1-2, 37</sup>.

En Cuba a partir de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, se intensificaron acciones específicas contenidas en el PAMI a fin de cumplir los acuerdos emanados de dicha cumbre, así como la puesta en marcha de la iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, lo que se convierte en una importante opción para el impulso de la lactancia natural exclusiva, no solo del hospital sino también de policlínicos y Consultorios del Médico de la Familia, con el seguimiento adecuado de los recién nacidos egresados hasta los 4 meses de LME y hasta los 6 meses suplementada<sup>12</sup>.

Al indagar sobre los estudios realizados en nuestro país relacionados con esta temática en las diferentes provincias revisamos las Revistas de Medicina General Integral del 2000 al 2004 donde encontramos: en el Policlínico Centro de la Provincia Camagüey en un estudio de casos y control del año 2000, se comprobó que solo el 15% de los niños tuvieron LME y que la causa fundamental del destete precoz se debió a la escasa Educación Para la Salud recibida por las madres y por la familia<sup>38</sup>.

En un artículo realizado en la Facultad Julio Trigo en el año 2000, se resalta la importancia de esta práctica saludable como un factor decisivo en el desarrollo

psicomotor del lactante y se destacan las bondades y ventajas en general de la lactancia natural\*.

\* Marrero García Y. Lactancia Materna: Su influencia en el estado nutricional del lactante. [trabajo para optar por el título de Especialista I Grado en Medicina General Integral] La Habana. 2003.

En el Policlínico Docente de Lawton (2001) se demostró la importancia de la educación sanitaria en madres adolescentes para el mantenimiento de la LME<sup>39</sup>.

El equipo de salud debe conocer los mitos y creencias sobre la práctica de la LM en su comunidad, así como otros aspectos relacionados con la estructura demográfica, el nivel de salud, el nivel de educación, las principales ocupaciones laborales, el porcentaje de niños amamantados y otros que influyen sobre el uso de la lactancia. La obtención de estos datos es a través del Diagnóstico de la Situación de Salud, y de la observación y comunicación con líderes formales e informales del área de atención; cualquier estrategia debe ser discutida en la comunidad. De igual forma es necesario involucrar a todos los sectores en función de apoyar a las madres que lactan y el trabajo de promoción por la LM.

Esta promoción de la LM debe comenzar en las edades tempranas de la vida mediante los juegos de roles con los niños y hacer énfasis con las embarazadas y la familia<sup>1</sup>.

Las acciones desarrolladas por el equipo de salud en la comunidad garantiza el éxito, pues lo que la futura madre piense y sienta es decisivo en la tenencia de la leche, ella debe saber que la leche materna es lo mejor para su hijo, que no debe brindar ningún otro alimento, y así asegurar un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.

Dada la importancia que tiene alimentación del bebé para mantenerlo sano, la autora se motiva por conocer más sobre la LM, su utilidad y lo que se está haciendo en el mundo y en Cuba para facilitar y promover esta práctica saludable e imprescindible.

Los expertos son claros al enfatizar que la leche materna es la única necesidad clara del bebé hasta los 6 meses de vida. La organización internacional UNICEF es clara a la hora de hablar de LM, considera que es la mejor opción para los bebés, y que mejorar las prácticas de la alimentación infantil reducirá la mortalidad al 20% en países en vías de desarrollo. Los expertos coinciden en que la LME durante los primeros seis meses de la vida proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan y los protege contra enfermedades. Estudios recientes demuestran que «alimentar a los lactantes con leche materna durante los primeros meses puede salvar 1,3 millones de vidas al año»<sup>24</sup>. A pesar de la insistencia de los expertos, es preocupante el Informe del 2005, dado por la UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia, el cual indica que las tasas de LME continúan siendo muy bajas, y que apenas llegan al 37% en todo el mundo. La mayoría de organismos y sociedades científicas reconocen la LM como el alimento de elección para los lactantes durante el primer semestre de vida. Las características de la leche materna pueden variar de una mujer a otra, y factores como el régimen alimentario influyen en la composición de la leche.

Según los expertos, los cambios en su composición suelen responder a las distintas necesidades nutricionales del lactante en sus diversas etapas de crecimiento, siendo de gran importancia que al nacer, su principal necesidad son

las calorías y toda la inmunidad que su madre pueda aportarle. Pero a pesar que pueden evitarse tantas muertes infantiles en los países en vías de desarrollo, en los países más desarrollados también se encuentran tasas alarmantes. En España solo el 34% de las mujeres mantiene la LM hasta el tercer mes<sup>40</sup>. Lo cual nos indica que no es solo un problema de países menos favorecidos económicamente, sino que la revolución social de la mujer en el mundo contemporáneo, afecta su visión y conducta frente a la maternidad.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- ☞ Identificar algunos aspectos relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, San José de las Lajas, en la provincia La Habana, desde Enero hasta Diciembre del año 2007.

### ESPECÍFICOS

1. Determinar algunos factores maternos relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva.
2. Analizar algunas enfermedades padecidas por los niños en los primeros seis meses de vida y establecer su relación con el tipo de lactancia recibida.
3. Comprobar si existe relación entre el abandono precoz de la lactancia materna y el número de ingresos hospitalarios.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el área de salud perteneciente al Policlínico Luis Augusto Turcios Lima del municipio San José de las Lajas, en la provincia La Habana, durante el período comprendido entre el 1<sup>ro</sup> de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2007, con el objetivo de identificar algunos aspectos relacionados con el abandono de la LME en los primeros seis meses de la vida; determinar los factores maternos relacionados con el destete de la LM; analizar algunas enfermedades padecidas por los niños y establecer su relación con el tipo de lactancia, y número de ingresos hospitalarios.

De un universo de 289 recién nacidos pertenecientes a éste Policlínico, se seleccionaron aquellos que cumplieron sus primeros seis meses de vida al momento de la investigación y que pertenecían a los consultorios 72, 73 y 74 de dicha institución, los que constituyeron los 100 lactantes del estudio. Se les aplicó a las madres una encuesta (Anexo 1) que recogía la información necesaria para la realización del trabajo, explicándoles en qué consistía el estudio. Se les dio a conocer la importancia de su participación y mediante el consentimiento informado (Anexo 2) se les proporcionó seguridad y confianza para que dieran sus opiniones sobre el tema.

Se determinó el riesgo relativo (en lo adelante RR) o razón de incidencia, teniendo en cuenta la fórmula siguiente:

$$RR = \frac{TI_E \text{ (Tasa de incidencia en pacientes expuestos)}}{TI_{NE} \text{ (Tasa de incidencia en no expuestos)}}$$

Las variables que se estudiaron se relacionan a continuación:

- Tipo de lactancia recibida hasta los 6 meses.
- Causas para el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Algunos factores de riesgo maternos.
- Algunas enfermedades que padecieron los lactantes alimentados o no con lactancia materna exclusiva.
- Ingresos hospitalarios de los niños en el primer semestre de vida

## Operacionalización de las variables

Variable	Descripción	Escala	Tipo
Tipo de lactancia recibida	<p><u>Lactancia Materna Exclusiva</u>: Es la utilización como alimento de la leche materna sin agregar otro líquido o sólido con fines nutricionales.</p> <p><u>Lactancia mixta</u>: Es la utilización como alimento además de lactancia materna, de otro tipo de leche.</p> <p><u>Lactancia Artificial</u>: Es la utilización como único alimento otro tipo de leche que no sea Leche Materna.</p> <p><u>Lactancia Complementaria</u>: Es la utilización como alimento además de lactancia materna, de otros alimentos sólidos o líquidos.</p>	Presente Ausente	Cualitativa Nominal Politémica
Causas de abandono de la lactancia materna (Referidas por la madre)	<p>Es la razón subjetiva que expresa la madre para no amamantar a su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Insuficiente producción de leche (Hipogalactia)</u>: Refiere la madre que no tiene suficiente leche.</li> <li>➤ <u>Rechazo del lactante</u>: No quiere coger el pecho o la mama.</li> <li>➤ <u>Salud de la madre</u>: Alguna enfermedad padecida antes, durante o después del embarazo que se argumente para no dar lactancia materna.</li> <li>➤ <u>Desconfianza</u>: Que piense la madre que su leche no lo llena o no lo alimenta.</li> <li>➤ <u>Causas laborales</u>: suprimen la lactancia por incorporarse al trabajo.</li> <li>➤ <u>Deseos de la madre</u>: No quiere darle el pecho por temor a perder la figura. No aumento adecuado de peso.</li> <li>➤ <u>Consejo médico</u>: Algunos profesionales de la salud le aconsejan otros métodos de alimentación.</li> <li>➤ <u>Inadecuada formación de pezón</u>: Defecto anatómico del pezón. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Estudio</u>: Por incorporarse de la madre a continuar estudios.</li> </ul> </li> </ul>	Presente Ausente	Cualitativa Nominal Politémica

Variable	Descripción	Escala	Tipo
Factores de Riesgos Maternos	<p>Se refiere a algunos factores de riesgo maternos presentes relacionados al abandono de la LM*.</p> <p>Edad Materna: &lt; 20 años.            Escolaridad: &lt; 9<sup>no</sup> grado.            Posibilidad previa con respecto a la lactancia.            Ocupación: Trabaja y/o estudia.            Enfermedad crónica asociada: (Retraso mental, Diabetes mellitus, cardiopatía congénita, malformación congénita, etc.</p>	<p>Presente            Ausente</p>	<p>Cualitativa            nominal            Politémica</p>
Enfermedades padecidas en los primeros seis meses de vida	<p>Se refiere a algunas enfermedades padecidas por los niños que no fueron alimentados con lactancia Materna exclusiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infecciones respiratorias.</li> <li>➤ Infección del tracto urinario.</li> <li>➤ Enfermedades Diarreicas agudas.</li> <li>➤ Enfermedades alérgicas (asma bronquial, dermatitis atópica)</li> </ul>	<p>Presente            Ausente</p>	<p>Cualitativa            nominal            Politémica</p>
Ingresos hospitalarios	<p>Se refiere a los ingresos que haya tenido el niño hasta los seis meses de edad.</p>	<p>Si            No</p>	<p>Cualitativa            Nominal            Dicotómica</p>

LME\*: Lactancia materna exclusiva.

LM\*: Lactancia materna

## **Fuentes de Información**

### **Primarias:**

- Directas: Interrogatorio a las madres de los niños estudiados.
- Encuestas.

### **Secundarias:**

- Ficha familiar.
- Historias Clínicas de los pacientes estudiados.

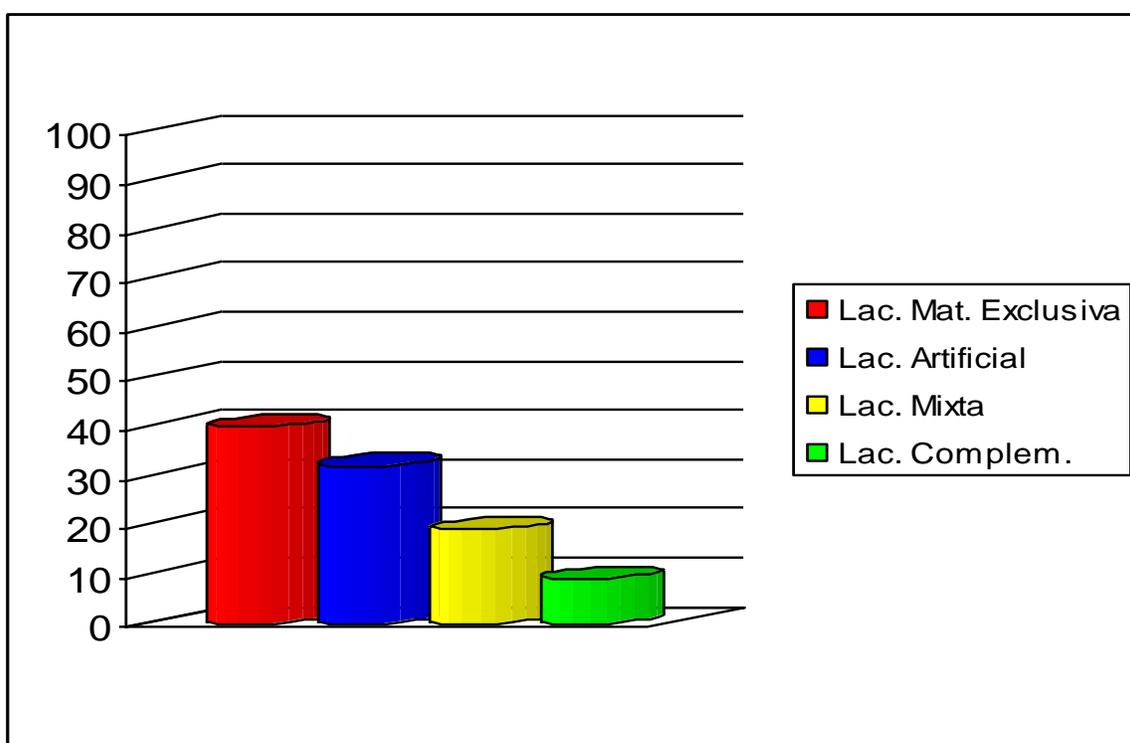
A partir de la ficha familiar, la historia clínica de los pacientes que se encontraban en los consultorios seleccionados, se obtuvieron los datos generales, a su vez se tomó la dirección particular de los niños incluidos. Los mismos se visitaron y previo consentimiento informado, las madres accedieron a la investigación, aplicándoseles para ello una encuesta elaborada por la autora (Anexo 2).

### **Procesamiento de la Información:**

Para el procesamiento de la información se confeccionó una planilla, donde se expresó toda la información obtenida en las encuestas y se incorporó a una base de datos, se procesó por medio del paquete estadístico Microstat. El estadígrafo de comparación que se utilizó fue el por ciento. Los resultados se analizaron y discutieron mediante la presentación de cuadros estadísticos, expresados en números absolutos y por cientos, empleándose la tabulación manual. Se confeccionaron tablas y gráficos para su mejor comprensión, siendo necesario para ello el empleo de una PC Pentium 3, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Microsoft Word y las tablas y gráficos se realizaron con Microsoft Excel.

## RESULTADOS

En el Gráfico 1 de los 100 pacientes estudiados solo 40 recibieron una LME durante los seis primeros meses de vida, de los 60 restantes se les administró a 32 niños por parte de las madres después del abandono de la LME, lactancia artificial para el 53,3%; lactancia mixta a 19 (31,6%); mientras que el 15% recibió una lactancia complementada.



**Gráfico 1. Distribución de los lactantes según tipo de lactancia recibida hasta los seis meses. Año 2007.**

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas

En la Tabla 1 se expresaron los aspectos referidos por las madres como causas del abandono temprano de la LM y fueron éstas, predominantemente la hipogalactia en el 40% de los casos y su desconfianza para lograrla en el 33,3% de las mismas; las otras respuestas y con menor importancia fueron: el 8,33% expresó que el niño no aumentaba adecuadamente de peso o que tenían defecto anatómico del pezón. El 3,33% refirió de igual forma problemas docentes de la madre, temor a perder su figura corporal y el consejo médico.

**Tabla 1. Distribución de las causas de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida**

<b>Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva (Referidos por las madres)</b>	<b>No. Lactantes n=60</b>	<b>%</b>
Insuficiente producción (Hipogalactia)	<b>24</b>	<b>40</b>
Desconfianza (la madre piensa que no se llena, ni se alimenta)	<b>20</b>	<b>33,3</b>
No aumento adecuado de peso	5	8,33
Defecto anatómico del pezón	5	8,33
Incorporación al estudio	2	3,33
Aceptación de la madre a ofrecer Lactancia Materna	2	3,33
Consejo médico	2	3,33

**Fuente: Historias Clínicas y Encuestas**

En la Tabla 2 se muestran distintos factores maternos y su relación con el tipo de lactancia recibida por sus hijos en los primeros seis meses. La edad materna por debajo de los 20 años fue en el 60%, predominó en las madres que no lograron una LM exitosa, con un RR de 1,5 con respecto a los hijos de las madres que si la lograron.

El nivel de escolaridad menor de noveno grado fue del 85%, también predominante en las madres que no lograron la lactancia y evidenciaron un RR de 6. El tener más de un hijo fue ligeramente predominante en el grupo que no logró la lactancia ideal y mostró un RR de 1,3.

**Tabla 2. Distribución de los factores de riesgo maternos relacionados con niños y el tipo de lactancia recibida en los primeros seis meses**

Factores de Riesgo Maternos	Lactantes (n=100)				
	Madres que no dieron Lactancia Materna (60)		Madres que dieron Lactancia Materna (40)		Riesgo Relativo
	No.	%	No.	%	RR
<b>Edad materna</b> (<20 años)	<b>36</b>	<b>60</b>	24	40	<b>1,5</b>
<b>Escolaridad</b> (<9 <sup>no</sup> grado)	<b>51</b>	<b>85</b>	9	15	<b>6</b>
<b>Más de un hijo</b>	<b>34</b>	<b>57</b>	26	43,3	<b>1,3</b>
<b>Ocupación</b> (trabaja y/o estudia)	15	25	45	75	<b>0,3</b>
<b>Enfermedad Crónica Asociada</b>	14	23	46	77	<b>0,30</b>

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas

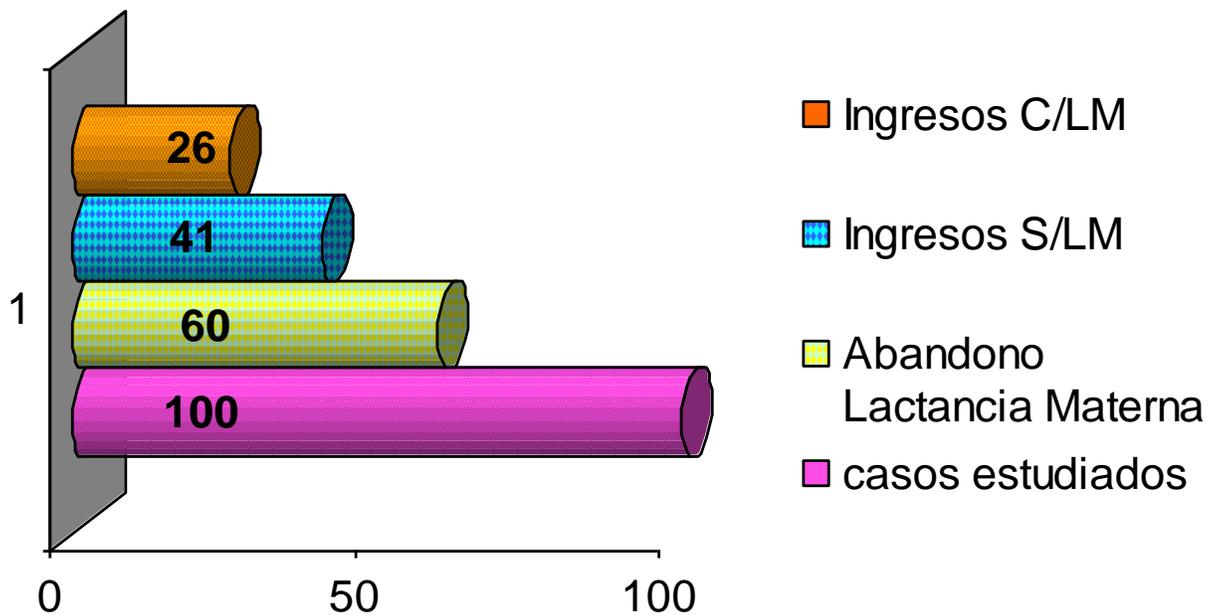
En la Tabla 3 se muestra la incidencia de diferentes enfermedades durante los primeros seis meses de vida en los lactantes estudiados, separándolos en dos grupos: aquellos con y sin LME. Las IRA fueron las más frecuentes con el 51,6% en 31 niños que no recibieron LME con un RR de 2,29 con respecto a aquellos que si la recibieron. Las ITU en 26 lactantes para el 43,3% y un riesgo relativo de 3,46; mientras que continuaron en orden decreciente las EDA en 23 niños que correspondieron el 38% y un RR de 5,10. Las enfermedades alérgicas en 8 de ellos para el 13,3% y un RR de 1,33.

Por otra parte en los lactantes que si recibieron LME hasta los seis meses de vida podemos observar que solamente el 22,5% presentaron IRA; el 12,5% ITU, mientras que las EDA y las alérgicas se comportaron al 7,5% y 10% respectivamente.

**Tabla 3. Morbilidad de los lactantes vida durante los primeros seis meses de vida, recibieran o no LME**

Morbilidad en los primeros seis meses	No recibieron LME (60)		Recibieron LME(40)		Riesgo relativo
	No.	%	No.	%	RR
Infecciones respiratorias	31	51,6	9	22,5	2,29
Infección del tracto urinario	26	43,3	5	12,5	3,46
Enfermedades diarreicas agudas	23	38	3	7,5	5,10
Enfermedades alérgicas	8	13,3	4	10	1,33

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas



**Gráfico 2. Distribución de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva e ingreso hospitalario antes de los seis meses de vida**

**Fuente: Historias Clínicas y Encuestas**

El número de ingresos fue mayor en los niños a los que se les brindó lactancia artificial tempranamente, y fueron 41 niños con respecto a los 26 observados en el grupo con LM. Esto mostró un RR de 1,05 como puede apreciarse en el Gráfico 2.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Si tenemos en cuenta que en la etapa prenatal y postnatal, todas las madres y sus hijos recibieron atención especializada por parte de un grupo de profesionales entre los que se encontraban los especialistas en Medicina General Integral (MGI), Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Enfermería. Además el Hospital del Municipio San José de las Lajas ostenta la condición de Amigo del Niño y de la Madre desde la década del 90, podemos decir que los resultados con respecto a la utilización de LME en los primeros seis meses de vida resultaron paradójicos. Solamente el 40% de los lactantes recibieron la misma durante los primeros seis meses de vida, cifra muy por debajo de los propósitos establecidos por la OMS y el MINSAP, evidencia de que aún tenemos que trabajar intensamente en este sentido. No obstante estas cifras de LME estuvieron por encima de las encontradas por Díaz Tabares y otros colaboradores (37,6%)<sup>40</sup>. En estudios realizados en la provincia de Pinar del Río<sup>41</sup> los resultados encontrados fueron similares y coincidieron con los nuestros. Por otra parte los resultados obtenidos se acercaron a los de un estudio similar realizado por Suárez y Gorrita en San José en el año 2007<sup>37</sup>.

Pérez Escamilla Dewey<sup>31</sup> en un estudio realizado entre mujeres mexicanas encontró cifras muy similares a las nuestras. Bronner y Chapman<sup>32</sup> obtuvieron un índice de prevalencia de LME mucho menor, y expresaron que entre los 7 y 10 días del postparto, aproximadamente una tercera parte de los niños ya recibían algún líquido no lácteo o sólido, el 77% a las 8 semanas, y el 93% al cuarto mes de vida.

En algunos países de América Latina como Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú se reportaron cifras superiores de prácticas de LM, ya que la mitad de los niños fueron inclusive amamantados hasta el segundo año de vida, hecho que se reflejó en estudios realizados por la OPS, donde la edad media en que los niños que dejaron de amamantar fue a los 22,6 meses<sup>42-43</sup>. La autora considera que esto ofrece una evidencia de cómo en el evento LM se unen muchos factores socioeconómicos y culturales que pueden ser convenientemente modificados para que esta sea exitosa.

Al investigar los aspectos atribuidos por las madres al abandono precoz de la LME, predominaron la hipogalactia y la desconfianza de la madre con respecto a sus posibilidades para alimentar a su hijo, lo cual la autora considera no es más que una prueba de que ellas no estaban efectivamente preparadas para ello, cuando si está perfectamente demostrado que biológicamente la casi totalidad de las mujeres pueden hacerlo de forma exitosa<sup>1-3,27</sup>. Por otra parte persistieron influencias de otros miembros de la familia y del entorno sobre mitos y creencias negativas que perjudicaron la LM. En muchas ocasiones se argumentó que la leche era rala o escasa, cuando realmente se referían al calostro que es tan importante en los primeros días de vida. Resultados similares a los nuestros se reportaron en otros estudios como los de: Barriuso, Sánchez-Valverde, Suárez y Gorrita y otros<sup>4, 26, 37,44</sup>.

Que la madre trabajara o estudiara no tuvo significación desde el punto de vista estadístico para que la madre diera LME, lo cual coincidió con los resultados arrojados en Pinar del Río plantearon que existe una asociación directa y

significativa entre la práctica de la LM y la ocupación de la madre y expresaron que las amas de casa lactaron más que las que estudiaban o trabajaban<sup>41</sup>.

La reducción del hábito de la LM se abordó desde diferentes factores como fueron: industrialización, urbanización, inadecuadas prácticas hospitalarias, desinformación de las madres, publicidad desmedida de alimentos infantiles e incorporación de la madre al trabajo. La decisión de interrumpir la LM fue de la propia madre la mayoría de las veces, y las causas estuvieron relacionadas con dificultades que fueron inadecuadamente interpretadas y enfrentadas: poca leche, hambre del bebé, dificultades personales, etc.

Con relación a la edad de las madres al comparar aquellas que dieron LME durante los seis primeros meses de vida, con aquellas que no lo hicieron, se hizo evidente que las adolescentes, es decir menores de 20 años predominaron de forma significativa en el grupo que no lactó por ese tiempo. Estos resultados son similares a los encontrados por otros investigadores cubanos como Díaz Tabares<sup>39</sup> que ratificó lo importante de lograr un embarazo en las edades idóneas de la vida, donde la madurez y la estabilidad económica y psicológica de la mujer, su pareja y la familia pueden ser básicas para una lactancia exitosa.

La situación laboral siempre ha sido un factor en la estabilidad familiar, y por ende convertirse en un elemento favorecedor de la LM. En nuestro estudio las madres no esgrimieron la necesidad de incorporarse a su medio laboral como causa de abandono de la LME como pudiera ser en otros contextos. Este fenómeno podemos interpretarlo en Cuba relacionado con la legislación laboral que protege

a la madre y al niño durante el primer año de vida, inclusive desde el punto de vista económico para lograr una LM exitosa.

Las madres con menos de noveno grado destetaron más rápidamente a sus bebés que aquellas con más nivel y este fue un hallazgo de gran significación. Sin dudas cualquier actividad de Promoción de Salud, incluidas aquellas que guardan relación con la lactancia tienen un terreno más fértil en aquellas madres que tienen mayor nivel cultural, como expresaron Kramer y colaboradores en un estudio realizado en Belarus<sup>23</sup>. Resultados similares también fueron obtenidos por diferentes autores cubanos<sup>37,41</sup>. En correspondencia a la paridad mientras más hijos tuvieron, no fue más adecuado el conocimiento ni más positiva la experiencia con respecto al fenómeno lactancia; por lo que se puede plantear que estos resultados tuvieron que ver con otros elementos que se superponen a la experiencia previa como pudieron ser: la edad materna, el nivel de escolaridad, los tabúes y mitos que muchas poseían al respecto.

Una asociación más frecuente de diferentes enfermedades fue establecida por múltiples investigadores en aquellos niños que no recibieron una LM exitosa<sup>6-7, 37,48-49</sup>. Este fue también nuestro hallazgo, pero lo más significativo fue que se pudo establecer que los niños con LME en los primeros seis meses presentaron 2,29 menos posibilidades de presentar IRA; 3,46 menos oportunidades para tener ITU; 5,10 menos para desarrollar EDA; y 1,33 posibilidades menos de enfermedades alérgicas, evidencias que son un instrumento más a enarbolar en nuestras campañas de promoción de la LME.

Brindar a un niño LM por una parte lo protege directamente desde el punto de vista inmunológico, pero por otra nutricionalmente le brinda elementos fundamentales que evitan la malnutrición por defecto, también relacionada con una mayor susceptibilidad para diferentes enfermedades infecciosas; y además las condiciones higiénicas y la no manipulación de la leche materna evitan la exposición a decenas de agentes infecciosos relacionados con las EDA. El efecto protector de la leche materna con relación a las EDA y la malnutrición también fueron establecidos por otros autores en varios estudios realizados, y una de las cosas más importantes en su hallazgo fue sin dudas que esa protección se extiende mucho más allá de la etapa de la lactancia<sup>29, 37, 48-50</sup>.

En un estudio realizado en Pinar del Río se identificó un bajo por ciento de LME y una alta asociación con las IRA<sup>41</sup>. Otra investigación realizada en Brasil estableció que el riesgo de adquirir influenza y neumonía era 16 veces mayor en el niño que no lactaba, y sobre todo en los más pequeños<sup>46</sup>. Estos resultados inclusive por encima de los nuestros, pudieron tener relación con el diferente escenario en que ambos estudios fueron realizados, y a la asociación con otros elementos higiénico-epidemiológicos de ese país suramericano. Mientras más adverso es el ambiente desde el punto de vista socioeconómico y sanitario la LM tiene más importancia, e inclusive es salvadora de vidas. Scariati<sup>51</sup> realizó una investigación de más de 2 600 lactantes entre 2 y 7 meses de vida en los Estados Unidos y encontró que aquellos no lactados tenían el 80% más de riesgo de padecer de EDA y el 70% más con respecto a las OMA, coincidiendo esto con investigaciones realizadas por otros autores<sup>52-54</sup>.

En el Consejo Popular # 2 del municipio San Cristóbal en Pinar del Río se encontró una elevada relación entre el destete precoz, las EDA y las ITU<sup>41</sup>. Este resultado también coincidió con los nuestros.

Con respecto específicamente a la sepsis urinaria diferentes investigadores expresaron que la alta presencia de IgA secretora en la leche materna pudiera de alguna forma jugar algún papel protector sobre la pared vesical del bebé, y la adhesión de la lactoferrina a las bacterias gram negativas intervendrían en la inactivación de las mismas a nivel del tracto urinario. Por otra parte los componentes de la flora intestinal varían entre niños amamantados y los lactados artificialmente, predominando en estos últimos los colibacilos, que unido a los hábitos inadecuados de aseo de los genitales, facilitan la colonización del sistema excretor urinario por estas bacterias<sup>55-58</sup>.

En cuanto a la necesidad de ingresar en un centro hospitalario, en nuestros niños no amamantados hubo un índice de ingresos ligeramente superior con respecto a los amamantados, patrón este que no copia totalmente la tendencia que fue encontrada en nuestro estudio en cuanto a la morbilidad. La autora considera que esto se debe a la magnitud o a la gravedad de las enfermedades de nuestros niños enmarcados en el Sistema de Atención Primaria de Cuba y a las posibilidades que brinda nuestro Sistema de Salud de fácil acceso a los servicios, a la atención ambulatoria de amplia cobertura y el ingreso en el hogar que tenemos disponible para una parte importante de estos casos<sup>26, 40, 42, 49</sup>.

## CONCLUSIONES

- Predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños estudiados.
- Las causas más frecuentes planteadas por las madres para el abandono precoz de la LM fueron la insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma.
- La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los factores maternos que más se relacionaron con el abandono temprano de la LME.
- Los lactantes destetados precozmente presentaron un alto índice de enfermedades infecciosas y alérgicas comparados con aquellos adecuadamente amamantados.
- No se hizo evidente una relación importante entre el número de ingresos hospitalarios en nuestros niños y el destete precoz.

## RECOMENDACIONES

- Continuar divulgando la necesidad e importancia de la lactancia materna exclusiva a toda la población; comenzando desde las edades tempranas de la vida, fomentándola incluso desde el círculo infantil a través de los juegos de roles donde participan ambos sexos, recordando la necesidad de sensibilizar también al varón.
- Intensificar el trabajo por parte de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, en la anatomía de la mama, estado de los pezones, así como las ventajas e importancia de la Lactancia Materna.
- Continuar el desarrollo del proyecto para identificar aquellos aspectos que afectan el establecimiento de una LM exitosa, desde la etapa prenatal y establecer un programa en relación con sus resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez D, Valdés T. Comportamiento de la Lactancia Materna. Lactantes.sabetodo.com. [en línea] 2006: t 2:13-20. Disponible en: [www.sabetodo.com/.../EkEIVZpEpZGEOeeDRP.php](http://www.sabetodo.com/.../EkEIVZpEpZGEOeeDRP.php). Acceso el 20 de Enero del 2009.
2. González C. Manual práctico de lactancia materna. 2ª ed. Barcelona: ACPAM; 2008: 74-75.
3. Amamantar: una elección un deseo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid: Registro Legal M.22; 2008.
4. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. Madrid: Anales. 2006 (Suplemento 3).
5. Goldstein AD, Freed GL. Breast feeding Counseling Practices of Family Practice Residents. Fam Med. 2003; 25:524-9.
6. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. Colombia Médica. [periódica en línea] 2005; 36(4): Supl. 3. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9052/1/rc05074.pdf>. Acceso el 5 de Enero del 2010.
7. Mitra AK, Rabbani F. The Importance of Breast Feeding in Minimize Mortality and Morbidity from Diarrhoeal Disease: The Bangladesh Perspective. J Diarrhoeal Dis Res. 2005; 13:1-7.

8. Heiberg-Endresen E, Helsing E. Changes in Breast Feeding Practices in Norwegian Maternity Wards: National Surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr.* 2005; 8:719-24.
9. Jones E. Strategies to Promote Preterm Breast Feeding. *Mod Midwife.* 2005; 5:8-11.
10. Labbok M. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna. *Rev Nutrición. UNICEF.* 2007.
11. Historia y composición de lactancia materna. *Orbita Starmedia.* [periódica en línea] 2006. Disponible en: [http://orbita.starmedia.com/~lactancia\\_materna.html](http://orbita.starmedia.com/~lactancia_materna.html). Acceso el 30 de Mayo de 2009.
12. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría Virginia María. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Rev Cubana Paediatr.* [periódica en línea]. 2005; 77(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007&lng=es). Acceso el 7 de Octubre del 2009.
13. Pallás Alfonso CR. Lactancia materna y alimentación en el primer año de vida. PAPPS. *Infancia y adolescencia.* 2004.
14. Valdés R, Seisdedos M, Reyes DM, Mohedano M, Pérez C. Prevalencia y duración de la Lactancia Materna. *Rev Cubana Paediatr.* 1989; 61: 633- 42.
15. Amador M, Silva LC, Uriburu G, Valdés F. Caracterización de la Lactancia Materna en Cuba. *Food Nutri Bull.* 1992; 14 (2):101- 7.

16. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr. [periódica en línea] 2005; 77(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es). Acceso el 3 de Febrero del 2010.
17. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. Diagnóstico.com 2006. [periódica en línea] Disponible en: <http://www.diagnóstico.com/enfermedad.stm>. Acceso el 4 de Octubre del 2010.
18. Galbe JS. Atención orientada al desarrollo (aod) y supervisión del desarrollo psicomotor (Sdps). Medynet.com. [periódica en línea] 2004. Disponible en: <http://www.medy.net.com/usuarios/Previnfad/psicomotor.htm>. Acceso el 13 de Mayo del 2009.
19. Lactancia materna. Un asunto feminista. Wabaorg.my. [periódica en línea] 2006. Disponible en: <http://www.wabaorg.my/resou.htm>. Acceso el 15 de Abril del 2010.
20. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Rev Chilena de Pediatría. 2005; 76 (5); 530- 535.
21. Las primeras horas posteriores al nacimiento. Bago.com. [periódica en línea] 2006. Disponible en: <http://www.bago.com/Bolivia/html/iblduo.html> Acceso el 24 de Enero de 2010.

22. Araújo Pereira V. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Rev Panam Salud Pública. 2005; 110(4):311-8.
23. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et.al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A Randomised Trial in Republic of Belarus. JAMA. 2001; 285: 413- 415.
24. UNICEF. Anatomía y fisiología de la mama. Lactancia materna. Materiales para capacitación. México, DF: UNICEF; 2005:62.
25. Lactancia Materna y Seguridad Alimentaria. Waba.org. [periódica en línea] 2006. Disponible en: <http://www.waba.org.my/>. Acceso el 14 de Mayo del 2010.
26. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. [periódica en línea] 2008; 15. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>. Acceso el 4 de Enero del 2010.
27. Lactancia más simple en el hogar y en el trabajo. Woman.gov. [periódica en línea] 2006. Disponible en: <http://www.4woman.gov/index/htm/>. Acceso el 1 de Marzo del 2010.
28. Jiménez FE. Lactancia materna y enfermedades. Diagnóstico.com [periódica en línea] 2006. Disponible en: <http://www.diagnostico.com/enfermedad.stm>. Acceso el 4 de Marzo del 2009.

29. Albarenque S, Mas L, Ferreyra M. Lactancia materna y alimentación complementaria. Arch Argent Pediatr. [periódica en línea]. 2005; 103(3): 257-25. Disponible en: [www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/articleXML.php?pid.](http://www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/articleXML.php?pid.) Acceso el 10 de Junio del 2010.
30. Macías Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández Gaytán SI, Martínez-López U, López-Cervantes M. Lactancia Materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. Salud Pública Méx. 2005; 47 (1): 49-57.
31. Pérez Escamilla R. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2003; 115(3):185-94.
32. Bronner YL, Chapman BJ. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. J Am Diet Assn. 2005; 99(4):450-4.
33. Álvarez F. Introducción de alimentos diferentes a la leche materna. Barcelona: Editorial PAC; 2004: t 2.
34. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). 2nd Edition. Geneva: World Health Organization; 2005: t 2: 11200.
35. Pérez-Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA. Rev Panam Salud Pública. [periódica en línea] 2001; 91(6). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DBI/ES/v9n6-Editorial.pdf>. Acceso el 16 de Noviembre del 2010.

36. Gómez Verano M, Alfonso OA, Salas Calvaire M, Plasencia Gómez Y. Lactancia exclusiva: Revisión Bibliográfica. *Mediciego*. [periódica en línea] 2005; 11(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_01\\_05/revisiones/r6\\_v11\\_0105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_01_05/revisiones/r6_v11_0105.htm). Acceso el 3 de Abril del 2009.
37. Suárez García O, Gorrita Pérez RR. Algunos factores epidemiológicos asociados a los diferentes patrones de lactancia en el primer semestre de vida. *Revista Ciencias Médicas La Habana*. [periódica en línea] 2007; 13(1). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13\\_1\\_07/hab02107.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab02107.htm). Acceso el 15 de Enero del 2010.
38. Mederos Pérez I, Hernández Cuan C, Labrada Salvat C. Evaluación nutricional de lactantes y preescolares: Antropometría y factores de riesgo. *Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey*. [periódica en línea] 2000; 4(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2000/v4n2/337.htm>. Acceso el 20 de Octubre del 2009.
39. Díaz Tabares O, Soler Quintana ML. Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [periódica en línea]. 2002; 18(3): 183-186. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300002&lng=es). Acceso el 20 de Marzo del 2010.

40. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Lactancia materna en Navarra. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [periódica en línea] 2002; 25(Supl. 2). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup2/suple3.html>. Acceso el 25 de Febrero del 2010.
41. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. [periódica en línea] Oct 2008- Mar 2009; (15). Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>. Acceso el 3 de Julio del 2010.
42. Delgado A, Arroyo L, Díaz M. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp Infant Mex. [periódica en línea] 2006; 63(1): 31-36. Disponible en: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acceso el 3 de Febrero del 2010.
43. Talesnik GE. Diagnóstico diferencial y estudio de niños con infecciones recurrentes. Manual de pediatría. Santiago de Chile; 2006.
44. Centers for Disease Control and Prevention. CDC/National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. WHO Child Growth Standards. [periódica en línea] 2009; Aug 4. Disponible en: [http://www.cdc.gov/growthcharts/who\\_standards.htm](http://www.cdc.gov/growthcharts/who_standards.htm) Acceso el 25 de Marzo del 2010.

45. Ilabaca M, Juan y Atalah S, Eduardo. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. Rev chil pediatr. [periódica en línea] 2002; 73(6):,583-589. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid) Acceso el 16 de Julio del 2009.
46. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et.al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. Lancet. [periódica en línea] 2006; 368:1067–1076. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?>
47. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics. [periódica en línea] 2006; 117:380–6. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?>
48. França Giovanny Vinícius Araújo de, Brunken Gisela Soares, Silva Solanyara Maria da, Escuder Maria Mercedes, Venancio Sonia Isoyama. Breast feeding determinants on the first year of life of children in a city of Midwestern Brazil. Rev Saúde Pública. [periódica en línea] 2007; 41(5): 711-718. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102007000500004&script=sci\\_abstract](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102007000500004&script=sci_abstract). Acceso el 8 de Julio del 2009.
49. Wang CX, Chen H, Liu YZ. Impact factors analysis of weaning of breast-feeding. J Community Med (Chin). 2005; 3: 11-12.

50. Sanabria M, Coronel J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Arch Pediatr Urug. 2005; 76(4): 340-345.
51. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and extent of breastfeeding in the United States [periódica en línea] Pediatrics. 1997; 99 (6). Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/5>. Acceso el 10 de Junio del 2010.
52. Watkins K. Human Development report. New York: United Nations Development Programme (UNDP); 2005.
53. Wamani H, Astrom AN, Peterson S, Tylleskar T, Tumwine JK. Infant and young child feeding in western Uganda: knowledge, practices and socio-economic correlates. J Trop Pediatr. 2005; 51:356–361. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?>. Acceso el 15 de Abril del 2010.
54. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. Pediatrics. 2006; 117(2): 425-32.
55. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet. 2005; 365:977–988. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?> Acceso el 17 de Marzo del 2009.

- 56.WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Results of a WHO systematic review. Note for the Press. [periódica en línea] 2001; 7(2). Disponible en: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html> Acceso el 16 de Noviembre del 2010.
- 57.Organización Panamericana de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia. Washington: OPS/PALTEX; 2004.
- 58.Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2005. (Publicación en Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E).