

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
RAUL DORTICOS TORRADO
CIENFUEGOS
CUBA**

**TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO
DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ENFERMERIA
MATERNO INFANTIL**

**TITULO: Morbilidad de lactantes con Lactancia Materna.
Municipio Cienfuegos. Enero- diciembre 2006**

AUTOR: Lic. Mariela Ávalos García*

TUTOR: Lic. Carmen Quintero Caballero**

ASESORES: Dra. Maria José Aguilar Cordero***

MsC. Elia N Cabrera Alvarez****

*Licenciada en Enfermería. Diplomada en Cuidados Intensivos Pediátricos. Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Cienfuegos. Cuba.

**Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Hospital Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. Cuba.

***Doctora en Ciencias. Especialista en Enfermería Materno Infantil. Catedrática de la Universidad de Granada. España.

****Master en ciencias. Profesor auxiliar. Profesora de Estadísticas. Universidad Carlos Rafael Rodríguez. Cienfuegos. Cuba.

**DICIEMBRE
2007**

RESUMEN

La lactancia materna ha garantizado la supervivencia del género humano y ha probado su eficacia a lo largo de generaciones, siendo por ella que la humanidad ha subsistido. Su abandono precoz, casi siempre está asociado al desconocimiento de sus propiedades y ventajas para la salud del lactante. Nuestro objetivo es describir principales causas de morbilidad del niño con lactancia materna. Se realizó un estudio mixto de tipo descriptivo retrospectivo longitudinal de lactantes que se enfermaron en el Municipio de Cienfuegos y que mantienen lactancia materna de Enero - diciembre 2006. Universo: estuvo constituido por todos los niños nacidos vivos del municipio Cienfuegos, se tomó una muestra de 245 que representan el 14,86 por ciento del total. La recolección de datos se realizó mediante la Historia Clínica del consultorio y una encuesta aplicada a las madres. La edad de las madres se encuentra entre 20-25 años, escolaridad preuniversitario, predominó el lactante menor de 3 meses con un tiempo de lactancia materna exclusiva hasta los 2 meses de edad, fue predominante la lactancia complementaria con una incidencia de mayor ingresos, la enfermedad que más se presentó fue el síndrome febril agudo. Los datos se procesaron a través de SPSS V13.0

Palabras claves: LACTANCIA MATERNA. LACTANTE. SALUD MATERNO INFANTIL. MORBILIDAD. ENFERMERIA.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es fundamental para los seres humanos, tanto en sus primeras horas de vida como en los meses subsiguientes. Su oferta temprana, exclusiva y según la demanda del neonato, garantiza a la madre la estimulación requerida para una óptima producción de leche y al bebé la mejor oferta inmunológica, nutricional y psicoafectiva. El abandono precoz de la lactancia materna, casi siempre está asociado al desconocimiento de sus propiedades y ventajas para la salud del lactante, que son más propensos a enfermar por el déficit inmunológico propio de la edad y la convergencia de un mayor número de factores de riesgo. (1).

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad, durante milenios ha sido el único recurso para la alimentación del lactante y los que se privaron de ella estaban condenados a desaparecer en breve tiempo. La leche materna ha probado su eficacia a lo largo de generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido. (2).

El uso y desuso de la leche materna ha sido tema de contradicciones desde épocas anteriores, la duración de la lactancia materna en las diferentes civilizaciones y épocas de la historia era muy prolongada en la Babilonia el destete total se llevaba a cabo hasta los tres años, existen los papiros de Ebert 2000 años a...C, donde se penaliza el abandono de los niños y se defiende en todo momento la lactancia y los cuidados del bebé. Los Hebreos en su Tamud recogen que la lactancia materna debe ser hasta los 3 años. En Grecia Sorano de Efeso que nació 138 años a.n.e establece patrones de alimentación que duraron hasta la edad media y sugirió que el bebé debía ser alimentado hasta que la dentición fuera completa. En la India se estableció 500 años a.n.e hasta los 3 años por su parte China 400 años a.n.e estableció la lactancia materna hasta 2-3 años.

En el siglo XIV – XIX en Alemania Thodore Fliedner en el Instituto para enseñar a la mujer el arte de cuidar a los niños enfermos y la importancia de la lactancia materna para el bebé hasta los 2 años.

En la edad media Europea Arib-Ibn-Said (980) fue un Puericultor Cordobés que escribió el libro de la generación del feto, tratamiento de la embarazada y el recién nacido, este libro se encuentra integro y en buen estado en la biblioteca del monasterio de El Escorial, compuesto por 15 capítulos y uno de ellos está dedicado totalmente a la lactancia materna, establece que esta es la mejor alimentación para que el bebé no enferme y que siempre que sea posible debe ser proporcionada por la madre.(3-4)

Se han encontrado biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo que indica que desde épocas anteriores se intentó la lactancia artificial.

La historia recoge que los primeros biberones fueron de cuernos de vaca ahuecados, pero se descomponían con rapidez, con el tiempo se inventó la mamila de hule. En el siglo XVIII existían teorías que apuntaban las bondades de la lactancia, William Mossdo, Cirujano de la Maternidad de Liverpool, en 1794 escribió: se ha observado repetidamente que la leche artificial causa cólicos y diarreas y que es muy difícil dar sustituto adecuado al pecho. (5)

En el siglo XIX con la Revolución Industrial la economía se trasformó y la adquisición de un salario era fundamental para la subsistencia de la familia por lo que muchas madres tenían que abandonar los niños para ir a trabajar lejos del hogar. En los inicios del siglo XX en 1910 se produce un incremento de la lactancia materna hasta el 90% y después de la 1ra Guerra mundial se inicia una paulatina disminución hasta alcanzar sus niveles más bajos solo el 25% mantenían la lactancia la consideraban como una sobrecarga para la madre y no representaba ninguna ventaja para el niño ni para la madre. Se intensificó el abandono de la lactancia materna con el auge de la era moderna y la incorporación de la mujer al trabajo, se establecen reglas para la alimentación de los lactantes, estas reglas persisten en nuestros días, por su parte Galeno a partir de la mitad del siglo XX propugnó que la lactancia materna había tenido sus menores índices de iniciación y continuidad coincidiendo con la aparición de los

preparados industriales como sustitutos de la leche materna. Después de la mitad del siglo se desarrollan acciones de promoción de la lactancia materna en el mundo. En 1981 en la Asamblea Mundial de la Salud tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficaz protegiendo y promoviendo la lactancia materna. (6)

En 1989 con la declaración de la OMS/UNICEF se inicia el movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. En 1990 las Naciones Unidas aprueban la declaración sobre la supervivencia, la protección y desarrollo del niño, las metas de lograr que toda madre amamante a su niño hasta los 4 ó 6 meses de nacido exclusivamente y continuar con la adición de otros alimentos hasta los 2 años.(7).

Amamantar al nacer es una práctica mayoritaria en el mundo, común en países en desarrollo y de bajos ingresos; sin embargo, los porcentajes de amamantados en la primera hora, lactados en forma exclusiva al sexto mes y la duración mediana de la lactancia materna, son menores que lo recomendado. (8).

En el año 2001, el 70 por ciento de las mujeres estadounidenses amamantaba a sus bebés después de ser dadas de alta y el 33 por ciento seguía amamantándolos a los 6 meses de vida. Éstos son los números más altos jamás registrados en los Estados Unidos. Entre las mujeres blancas o hispanas, de más de 30 años de edad. (9).

En Canadá la inician el 75 por ciento y a los 3 meses disminuye a un 50 por ciento manteniéndose en un 30 por ciento a los 6 meses pero no informan si es de carácter exclusivo.

En España inician la lactancia materna un 90 por ciento, solo mantienen lactancia exclusiva el 40 por ciento al 4to mes, un 25 por ciento al 5to mes y solo un 18 por ciento continúa con lactancia materna al 6to mes pero no exclusiva.

En el Cairo, 40 de cada 1 000 niños mueren antes de haber nacido el siguiente hermano, fundamentalmente atribuible a la suspensión prematura de la lactancia materna. (10-11)

Los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública cubana contemplan, entre otros aspectos, lograr la lactancia materna exclusiva para el recién nacido al egresar su progenitora de la maternidad y que 80 % de los lactantes se beneficien con este alimento natural hasta el cuarto mes de vida. En Cuba en el año 2004 el 62,7porciento de los niños mantenían lactancia materna a los 2 meses, disminuyendo a un 24,5porciento a los 3 meses. En nuestra provincia Cienfuegos, el 21,7porciento de los lactantes mantenía lactancia materna exclusiva al 4to mes disminuyendo a un 10,5porciento al 6to mes de vida. (12).

El éxito de la lactancia materna se basa en una buena información recibida antes, durante y después del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de la lactancia en los primeros días de la vida, siendo este el mejor alimento que la madre puede ofrecer a su hijo para su desarrollo físico, psicológico y afectivo, siendo beneficioso para el bebé, la madre y la sociedad. (13-14).

Durante el embarazo se producen cambios progresivos en los senos para prepararlo para la lactancia, los lóbulos de los mismos se desarrollan por estimulación del estrógeno y la progesterona que produce la placenta y los conductos galactóforos se ramifican más y se elongan. La prolactina y el cortisol, el lactógeno placentario humano y la insulina también contribuyen a cambios en los senos. La prolactina tiene el papel central en la iniciación de la lactancia, ella misma se inhibe durante el embarazo debido a las altas concentraciones de estrógenos y progesterona. (15-16).

En el último mes del embarazo las células del parénquima de los alvéolos de los senos se hipertrofian y producen calostro, líquido amarillo y delgado que se produce con mayor cantidad durante los 3 ó 4 primeros días, debido a la caída abrupta de estrógenos y progesterona, este calostro es rico en proteínas, y sales inorgánicas que adapta al sistema digestivo del recién nacido y le proporciona proteínas, inmunoglobulinas importantes como la IgA secretora cuya función consiste en la protección local de la mucosa intestinal contra polio virus, E Coli, y V cholerae y ayuda a evacuar tempranamente el intestino , La IgG y la IgM lo hacen

contra el Sincitial respiratorio, citomegalovirus y la rubéola. La lacto ferina contribuye a la absorción de hierro por el intestino del niño y tiene efecto bacteriostático contra el estafilococo, E Coli, y cándida albicans. (17-18).

La alimentación natural funciona por reflejos dependientes de la madre y el niño. Las primeras tetadas favorecen la instalación de la lactancia. Cuando el niño succiona este estímulo viaja a través del vago por el mecanismo neurohormonal que consiste en la liberación de la prolactina y oxitocina que disparan el reflejo de succión de la leche y la involución del útero. Al cuarto día después del parto la leche materna desciende observando cambios evidentes en el color de la secreción siendo blanco azulado, color natural de la leche materna, es una emulsión grasa en una solución azucarada, es una suspensión coloidal de sustancia albuminoide, fluido biológico que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas y otras sustancias que la hacen ideal para el niño. La leche humana es el mejor alimento y medicamento para los recién nacidos, sobre todo en los primeros meses de vida, desde el calostro hasta la leche madura, pues contienen los componentes indispensables para su normal crecimiento y desarrollo, incluidas las sustancias inmunológicamente activas, capaces de impulsar los mecanismos de defensa del organismo para disminuir la posibilidad de enfermar y propiciar el efecto potencial de las células. (19-20).

El calostro es puro "oro líquido", concentra en su composición los ingredientes idóneos para el recién nacido. Se comienza a formar a partir del 5to o 6to mes de embarazo y en el nacimiento ya está listo para su consumo. Como alimento jamás el niño consumirá nada tan apropiado para él como el calostro. Como primera leche tiene básicamente una composición alta de IgA, inmunoglobulina y agentes antiinfecciosos. Justo lo que el bebé recién nacido y con un sistema inmunológico primitivo todavía necesita para entrar con buen pie en la vida. (21).

El calostro tiene el mismo sabor que el líquido amniótico y proporciona al recién nacido, que ya está acostumbrado a probarlo en el periodo fetal, un sentimiento de seguridad, pues percibe que existe una continuidad entre lo que probaba en la

barriga y la nueva vida que le aguarda. He aquí otra razón de porqué este líquido es, para él, la mejor bienvenida al mundo. (22-23)

La leche materna es tan perfecta que incluso cambia durante una misma tetada, es más líquida y ligera al principio, más aguada y calma la sed del niño por lo que no es necesario aportarle agua a su consumo, convirtiéndose más grasa y espesa al final lo que calmará su apetito, es como un postre cremoso, las madres que amamantan pueden darse cuenta de esto si comparan la apariencia de las gotas que caen al principio de la tetada, con las del final que son más blancas y espesas.(24-25).

A medida que el niño va creciendo y madurando, la composición de la leche materna cambia. Después de los 6 meses de edad, los requerimientos específicos del bebé hacen que sean necesarios incorporar alimentos complementarios adecuados. Sin embargo la leche materna continúa siendo la fuente primordial e ideal de nutrición durante el primer año, después de este tiempo continuo complementando y ayudando al sistema inmune mientras el niño la siga tomando. La leche materna también contiene endorfina, una sustancia que ayuda a eliminar el dolor, contiene factores antiinfecciosos, Bifidobacterias que inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos, inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios como la lactoferrina que impide el crecimiento de gérmenes invitro.(26-27-28).

Cuando la madre se enferma no debe suspender el pecho al bebé, todo lo contrario ya que su cuerpo comienza a producir anticuerpos en el sistema inmunológico contra el ataque y el bebé quedará recibiendo a través de la leche materna todos los anticuerpos y quedará protegido contra la misma enfermedad. Es una especie de vacuna biológica en la leche materna. (29).

Durante la lactancia se promueve el contacto piel a piel, este acercamiento permite una interacción más intensa entre madre e hijo o hija, que le confiere una mayor protección contra la intolerancia alimentaría y diversos tipos de gérmenes causantes de enfermedades diarreicas y respiratorias. (30)

La alimentación al pecho presenta sus ventajas económicas, el costo de alimentos extra a la madre para producir leche es insignificante en comparación con los costos de las fórmulas lácteas y la energía para calentar agua, esterilizar biberones, etc. A la sociedad y el estado le representa un importante ahorro en salud ya que previene la aparición de numerosas enfermedades que requieren ingresos hospitalarios y representa un importante gasto para la comunidad. (31).

La leche materna proporciona al bebé las cantidades ideales de proteína, azúcar, grasa y la mayoría de las vitaminas que necesita para crecer y desarrollarse sano. La leche materna también contiene sustancias llamadas anticuerpos que ayudan al bebé a protegerse frente a numerosas enfermedades infecciosas. Diferentes estudios han comprobado que los bebés amamantados tienen menos probabilidades que los bebés alimentados con fórmula de padecer infecciones de oído, respiratorias (como neumonía y bronquiolitis), meningitis, infecciones de las vías urinarias, vómitos y diarrea. Los estudios sugieren también que los bebés amamantados podrían tener menos probabilidades de morir a causa del síndrome de muerte súbita del infante. (32)

La leche materna contiene factores de crecimiento, hormonas y otras sustancias que ayudan al bebé a crecer y a desarrollarse a un ritmo normal, contiene ácidos grasos que, promueven el desarrollo del cerebro aumentando la inteligencia y el desarrollo intelectual, hay estudios que plantean que los niños que fueron amamantados tienen mejor capacidad cognoscitiva que los que se alimentaron con fórmula. Dar el pecho también es beneficioso para la salud de la madre ya que, entre otras cosas, le permite recuperar con más rapidez el peso que tenía antes de quedar embarazada. Además, el vínculo especial que se forma entre la madre y el bebé se traduce en beneficios emocionales para los dos y disminuir la morbilidad hospitalaria del recién nacido y el lactante, siendo un problema de salud en nuestro medio. (33)

Cuando la mamá quita el pecho de golpe, el bebé puede sufrir mucho y puede llegar a enfermarse. Es común que al ser destetado el bebé pueda bajar algo de peso hasta que regule nuevamente su apetito. (34)

Los beneficios de la lactancia materna pueden durarle al bebé toda la vida. Los estudios sugieren que las personas que fueron amamantadas tienen menos probabilidades de desarrollar alergias, diabetes dependiente de insulina ya que la leche de vaca contiene una proteína ABBOS que cuando se introduce precozmente en el lactante puede contribuir a la aparición de la diabetes mellitus, ciertas enfermedades intestinales crónicas (enfermedad de Crohne y colitis ulcerosa). Los bebés amamantados también podrían tener menos probabilidades de volverse obesos en una etapa posterior de sus vidas, padecer de arteriosclerosis o padecer de infarto del miocardio. (35-36).

Las madres lactantes queman más calorías que las demás mujeres, por lo que tienden a recuperar el peso que tenían antes del embarazo con mayor rapidez. Esto ocurre incluso cuando la mujer lactante consume las 500 calorías extras al día recomendadas para mantener su suministro de leche y cubrir sus propias necesidades nutricionales. Los estudios sugieren que la lactancia podría ayudar a la mujer a reducir su riesgo de contraer cáncer de ovario y cáncer de mama premenopáusico. También aumenta la fortaleza de los huesos, evitando la osteoporosis, lo cual podría reducir el riesgo de que la mujer se fracture la cadera después de la menopausia. (37).

La leche materna contiene todos los ingredientes que el bebé necesita para desarrollarse en forma sana, en cantidades adecuadas, al igual que una enzima especial llamada lipaza, que ayuda a digerir las grasas para crecer y desarrollarse sano durante los primeros seis meses de vida. Los bebés alimentados con fórmula crecen y se desarrollan normalmente pero no reciben algunos de los ingredientes adicionales que se encuentran presentes en la leche materna. Los fabricantes de fórmula no pueden copiar todos los ingredientes que hay en la leche materna, en parte porque algunos de ellos aún no se han identificado. (38-39).

Muchos bebés prematuros o enfermos no están en condiciones de amamantarse de inmediato. No obstante, los beneficios de la leche materna, incluyendo la

protección contra muchas enfermedades, pueden ser particularmente cruciales para estos bebés. Las madres de bebés prematuros o enfermos pueden utilizar un sacaleches para exprimir sus pechos y alimentar a su bebé por un tubo o con una taza o cuentagotas. De esta forma, la madre puede mantener su reserva de leche. (40).

Las mujeres aún citan diversos motivos para abandonar la lactancia materna y elegir la lactancia artificial, consideran que la alimentación al seno es muy cansada y las limita o que es desagradable, otras temen que sus senos se desfiguren, o fallar al hacerlo, prejuicios y presiones de la comunidad o vecinos que siempre amamantaron con biberón.

La leche materna llamada también sangre blanca, es la más adecuada para el niño y la que le ofrece la naturaleza, la de su madre. Existen estudios donde se plantea como otra ventaja de la lactancia materna que ayuda al desarrollo neurológico en los lactantes, confirmando el aserto enunciado por los pediatras franceses hace ya casi un siglo, que llaman a la lactancia materna “sangre blanca”. Y... No solamente lograremos niños más sanos (menos trastornos digestivos, respiratorios y menos sensibilización alérgica) sino además, como lo señalan otros trabajos, más inteligentes. (41).

En Cuba se intensifican acciones específicas como la puesta en marcha de la iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, lo que se ha convertido en una opción importante para el impulso de la lactancia natural exclusiva. (42)

Si bien la lactancia materna contribuye al fortalecimiento de la musculatura bucal y al correcto desarrollo del sistema de órganos que intervienen en el habla, la lactancia artificial desde las edades tempranas y prolongada en el tiempo repercute desfavorablemente en el lenguaje oral en tanto propicia el retardo en la aparición de los sonidos articulados y de las primeras palabras, al igual que trae dificultades en la articulación de sonidos (43). Es por esto que podemos afirmar que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el fortalecimiento de la musculatura de los labios y los maxilares y por ende, para la prevención de alteraciones del lenguaje al tiempo que contribuyen a mantener los

dientes en una posición adecuada, todo lo cual se logra mediante la lactancia natural. (44-45).

La cantidad de leche materna depende de varios factores como la dieta de la madre, cantidad de ejercicio y reposo, la mujer que lacta necesita dormir bien por las noches y los mediodías, las preocupaciones, tensiones emocionales, actividad excesiva, fatigas y esfuerzos excesivos ejercen un efecto adverso a la lactancia. Por lo que en las consultas de seguimiento postnatal conviene reafirmar en la madre la confianza en su capacidad de lactar, las ventajas de la lactancia materna para ella y para el niño, el amamantamiento a libre demanda no introducir alimentos o biberón y la ingestión adecuada de nutrientes de ella misma. La madre en los primeros días está ansiosa por causa de la disminución brusca de hormonas, la responsabilidad del hijo, cansancio del parto, la gran demanda de la atención al hijo y la inseguridad de poder alimentar. La llegada del niño es recibida como una crisis transitoria relacionada con el ciclo vital de la familia. La lactancia materna no es responsabilidad exclusiva de la madre, necesita ayuda física y emocional, apoyo de la familia para alimentar adecuadamente y descansar en función de brindarle al niño lactancia de calidad. (46-47)

El equipo de salud debe conocer mitos y creencias de cada familia sobre la práctica de la lactancia materna en la comunidad, así como nivel de salud, de educación, ocupación laboral. Se recomienda el desarrollo de grupos de apoyo de mujeres que lactan o que estén embarazadas y que se reúnen para obtener información e intercambiar y reflexionar sobre el tema. (48). Por lo que en las consultas de seguimiento postnatal conviene reafirmar en la madre la confianza en su capacidad de lactar, las ventajas de la lactancia materna para ella y para el niño, el amamantamiento a libre demanda no introducir alimentos o biberón y la ingestión adecuada de nutrientes de ella misma. La Enfermera explorará con los padres y la familia actitudes respecto al tema, es necesario defender con fervor la alimentación al seno a sus hijos, muchas mujeres desconocen los diferentes métodos disponibles, por tanto será útil recibir información con el fin de que tomen la mejor decisión. La Enfermera informará sin titubeos a los futuros padres las

diferencias entre las distintas leches disponibles y explorará las ventajas de la alimentación al seno tanto para la madre como para el lactante. Durante los seis primeros meses de vida hay más probabilidad de absorber proteínas extrañas que atraviesan la pared abdominal y pueden causar alergias, la proteína de la leche humana son no alergénicas mientras que la leche de vaca pueden causar alergias ya que tienen un cuajo muy grande y es más difícil de digerir ya que tienen mayor concentración de grasas, sales y proteínas, aumentando las regurgitaciones, y las ingesta de agua para poder digerirlo, la leche humana tiene un cuajo fino fácil de fragmentar en el estomago ya que presenta menor concentración de sales y su absorción es suficiente para sostener el crecimiento normal. (49-50).

En este contexto, las actividades de divulgación y capacitación con la comunidad podrán devolver a la familia la capacidad de decidir sobre la alimentación más segura, natural, económica y de calidad inigualable para sus hijos, o asumir los riesgos de su reemplazo por otra. (51).

La promoción de la Lactancia Materna tendiente a su universalización, requiere pues de un esfuerzo y compromiso que excede el campo de la salud para abarcar a la sociedad en su conjunto. El Ministerio de Salud, a través de su Programa Materno Infantil y el sub. Programa de Lactancia Materna, ha emprendido las acciones que aseguren la reinstalación de la Lactancia Materna en la Provincia como el mejor paso para el inicio de una vida sana, proveyendo de este modo una igualdad de oportunidades a todos los recién nacidos.(52).

Nos hemos motivado a la realización de esta investigación con el propósito de recuperar y mantener la lactancia materna hasta el año de edad y reducir la morbilidad de niños < 1 año en nuestra comunidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los esfuerzos mantenidos por el programa materno infantil de promover y divulgar la importancia y beneficio que se obtiene mediante la

lactancia materna, nuestra provincia y específicamente el municipio Cienfuegos muestra las cifras más bajas, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna,

OBJETIVOS

GENERAL

Implementar un programa de intervención educativa en gestantes y madres con niños recién nacidos que permita estimular el tiempo de lactancia materna exclusiva.

ESPECÍFICOS

- 1- Caracterización sociodemográfica de las mujeres estudiadas
- 2- Relacionar lactancia materna con prevalencia de enfermedades, valoración nutricional e ingresos Hospitalarios.
- 3- Identificar aspectos negativos que conllevan a la disminución de la lactancia materna exclusiva y aumento de la morbilidad.

CONTROL SEMANTICO

Con estos conceptos nos proponemos que las madres nos entiendan mejor

Lactancia materna exclusiva: Leche materna y nada más.

Lactancia Mixta: Lactante amamantado que además recibe alguna leche artificial.

Lactancia materna complementaria: Cuando a la leche materna se le agrega otros tipos de alimentos nutritivos ya sean líquidos o sólidos incluyendo las fórmulas.

En la clasificación de las enfermedades más frecuentes presentadas por los niños en la comunidad tenemos:

- 1- Digestivas: todo proceso que trae consigo cambio en la consistencia de las heces fecales ya sea líquida, semilíquida , así como en el número y frecuencia de las mismas
- 2- Respiratorias: todo proceso respiratorio ya sea catarro, bronquiolitis, asma bronquial, neumonías etc.
- 3- Dermatológicas: toda enfermedad de la piel ya sea eritema, pitiriasis, impétigos, forúnculos etc.
- 4- Anemias: cifras bajas de hemoglobina por debajo de 100g/l.
- 5- SFA: Síndrome febril agudo, toda elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C por más de 24 horas.
- 6- Otitis Media: proceso que se presenta en los lactantes casi siempre catarral provocándoles dolor y secreciones oticas.

Evaluación nutricional:

- 1- < 3 percentil: desnutrido

- 2- 3-10 percentil: delgado
- 3- 10-90 percentil: normo peso
- 4- 90-97 percentil: sobrepeso
- 5- + 97 percentil: obeso

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: mixto descriptivo retrospectivo longitudinal de todos los lactantes del Municipio Cienfuegos que mantienen lactancia materna y se enfermaron en el periodo de Enero - diciembre 2006.

La recolección de los datos se realizó a través del libro registro municipal de nacimientos y las estadísticas de morbilidad municipal y provincial de niños menores de 1 año y la Historia Clínica del consultorio. Mediante una visita al hogar y previo consentimiento informado (ver anexo No 1) se conversó con la madre y la familia presente de manera que entendieran lo que se les preguntaba e intercambiamos sobre las ventajas de la lactancia materna para la madre, el niño, la familia y la sociedad

UNIVERSO: estuvo constituido por la totalidad de niños nacidos vivos en el municipio Cienfuegos durante el año 2006 (1652).

MUESTRA: representó un 14,83% del universo ya que solo se estudiaron 245 niños con lactancia materna menores de 1 año y se enfermaron en este periodo.

TIPO DE MUESTREO: a través del muestreo no probabilístico por conveniencia

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- 1- Todos los lactantes nacidos durante este periodo
- 2- Que mantienen lactancia materna
- 3- Pertenecer al municipio Cienfuegos

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- 1- producto de partos múltiples.
- 2- Patologías pediátricas o maternas que contraindiquen la lactancia al pecho.
- 3- Dejar de cumplir al menos uno de los requisitos de inclusión.

Para dar respuesta a los objetivos 1 y 2 se aplicó una encuesta cumpliendo los requisitos de presentación, motivación, longitud adecuada, claridad en las preguntas y secuencia lógica (Anexo No 2) Se definieron variables de acuerdo a los diferentes ítems contemplados en los mismos. Se utilizaron preguntas de final cerrado, así como escalas de respuestas múltiples donde se ofrecen más de dos alternativas de respuesta y escalas dicotómicas. Se recogió las siguientes variables, área de salud, edad del lactante y la madre, escolaridad de la madre, tipo de lactancia, tiempo de lactancia exclusiva, ingresos, valoración nutricional, enfermedades asociadas. Se aplicó evaluación antropométrica siguiendo la metodología de la OMS (peso \ talla, peso \ edad, Talla \ edad). La misma fue validada por especialistas con más de 10 años de trabajo relacionado con el tema, La selección de especialistas se realizó atendiendo a los siguientes criterios:

- Competencia, expresado en su nivel de conocimiento sobre lactancia materna.
- Creatividad expresada en su capacidad para resolver problemas originales.
- Disposición para participar en la validación.
- Capacidad de análisis y de pensamiento lógico.
- Espíritu colectivista y autocrítica.

Para la determinación del nivel de competencia se utilizó la autovaloración de los mismos utilizando la metodología elaborada y aprobada por el Comité Estatal de Ciencia y Técnica de la antigua Unión Soviética, la cual consiste en la determinación del coeficiente k de competencia.

En el Anexo No 3 se muestra el coeficiente k de competencia de los especialistas, la misma fue validada y aprobada en la tesis de doctorado de Alpizar R-2004) (53) Como se puede observar, todos los especialistas, tienen un alto nivel de conocimientos acerca del tema objeto de investigación ya que se cumple que $0,8 \leq K \leq 1,0$.

Para obtener la información del objetivo 3 tomamos la Guía de Entrevista a Profundidad a Expertos que trabajan con la promoción y rescate de la lactancia materna, validada en la tesis de Castiñeira González-2007 (54) (ver anexo No 4) previo consentimiento informado (ver anexo No 5), Mediante este instrumento se pudo

identificar los aspectos negativos que influyen en la disminución de la lactancia materna, expresados cualitativamente.

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos en nuestra encuesta fueron analizados y procesados por el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

Para determinar la fiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniéndose la puntuación más de 0,71 lo que permite considerar que las puntuaciones percibidas en los diferentes items de las mismas están interrelacionadas. Quedando resumidos los datos por medio de tablas de relación, frecuencia y porcentos

Se aplicó además el test chi-cuadrado para conocer la posible relación estadística entre algunas variables mediante tablas cruzadas cuyos resultados se observan en el Anexo (6) De acuerdo al valor de (p) se clasifican las diferencias o asociaciones en:

1. Significativa: Si $0.01 < p < 0.05$
2. Medianamente significativa: Si $0.05 < p < 0.10$
3. No significativa: Si $p > 0.10$

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA
----------	------	--------

Área de salud	Cuantitativa discreta: Explica área de salud pertenece	Valor numérico del área
Edad del niño	Cuantitativa discreta: Explica la edad en años del niño	Codificada en 1- 0 – 3 meses 2- 4 – 6 meses 3- 6 –o más
Edad de la madre	Cuantitativa discreta: Explica la edad en años de la madre	Codificada en 1- <19 años 2- 20-25 años 3- 26-30 años 4- + 30 años
Escolaridad de la madre	Cualitativa ordinal Expresa escolaridad de la persona	Codificada en 1___primaria 2___secundaria 3___Pre universitaria 4___ Universitaria
Tipo de lactancia Materna	Cuantitativa discreta Explica el tipo de lactancia del niño	Codificada en 1- exclusiva 2- mixta 3- complementaria
Tiempo de lactancia materna exclusiva	Cuantitativa discreta Explica el tiempo en meses	Codificada en 1- 0 – 2 meses 2- 3 – 4 meses 3- 5 –6 meses
Enfermedades del niño durante	Cualitativa ordinal Expresa enfermedades	Codificada en 1- Digestivas

la lactancia materna	frecuentes presentadas	2- Respiratorias 3- Anemias 4- SFA 5- Dermatológicas 6- Otitis Media
Ingresos hospitalarios	Cuantitativa discreta Expresa número de ingresos	Número de ingresos
Valoración nutricional	Cuantitativa continua Expresa el valor del percentil Cualitativa nominal	Codificado en 1- < 3 p 2- 3- 10 p 3- 10 – 90 p 4- 90 – 97 p 5- + 97p

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla No.1. Cuando analizamos la edad de la madre con tiempo de lactancia materna exclusiva vemos que el mayor número de las madres estudiadas se encuentra en la edad entre 20-25 años con 110 mujeres lo que representa el 44,9 % del total de la muestra, seguido por las de 26-30 para un 29,4% de la muestra total, el mayor tiempo de lactancia materna exclusiva fue representativo en la edad de 0-2 meses con 116 casos para un 47,3% , seguido del grupo de 3-4 meses con 99 para un 40,4% del total de la muestra. No existe relación estadística para X^2 p (0,303 > 0,05).

Tabla No.1. EDAD DE LA MADRE CON TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006

Edad	Tiempo de lactancia materna exclusiva	Total
------	---------------------------------------	-------

	0-2 m	%	3-4 m	%	5-6 m	%	#	%
<19 a	20	8,2%	17	6,9%	3	1,2%	40	16,3%
20-25 a	47	19,2%	47	19,2%	16	6,5%	110	44,9%
26-30 a	34	13,9%	27	11,0%	11	4,5%	72	29,4%
+30a	15	6,1%	8	3,3%	--	---	23	9,4%
Total	116	47,3%	99	40,4%	30	12,2%	245	100%

Fuente: Encuesta (n=245) p (0,303 > 0,05).

Debemos intensificar acciones en etapas tempranas de las gestantes y lograr que interioricen bien sobre el tema y sus beneficios, para mantener la práctica de lactancia exclusiva por el tiempo recomendado hasta los 6 meses, ya que las ventajas de esta superan las desventajas de introducir otros alimentos antes de ese límite, planteado además por Scott y Cabral (55) y Cernada et al (56) aunque sus resultados están por debajo de los nuestros. Mantener esta práctica es una responsabilidad de la sociedad, los padres, la familia, los servicios de salud, que deben informar más a las futuras madres sobre los beneficios para el lactante, la economía y el estado, planteamiento hecho en el programa de maternidad y paternidad responsable del MINSAP (57). Las enormes ventajas de la lactancia materna deben ser difundidas a través de la labor promotora del personal de salud, las organizaciones de masa y los medios de difusión, a pesar de que estas féminas son hijas de madres que vivieron la época del retroceso de la lactancia materna y que integraron generaciones que vivieron la época del abandono masivo de la lactancia materna, muchas de ellas ni fueron lactadas y en esta situación se sustituye el saber real por el efecto negativo que puede tener el entorno familiar, por experiencias de la madre, mitos e influencias sociales. La OPS en últimas evidencias sobre lactancia materna(58-59) plantean que la edad media aproximada está entre 20-30 años, coincidiendo con la edad de nuestras madres en su etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación y formación de la familia, ya que en Cuba la mujer tiene la posibilidad de planificar su embarazo, no existe discriminación de la mujer y la misma ocupa cargos de

Primaria	10	4,1%	2	0,8%	1	0,4%	13	5,3%
Secundaria	24	9,8%	21	8,6%	9	3,7%	54	22,0%
Preuniversit	49	20,0%	45	18,4%	10	4,1%	104	42,4%
Universitaria	33	13,5%	31	12,7%	10	4,1%	74	30,2%
Total	116	47,3%	99	40,4%	30	12,2%	245	100%

Fuente: Encuesta (n=245) p (0,351 > 0,05)

Mantener la alimentación al pecho durante los primeros 6 meses de vida, constituye uno de los pilares para el desarrollo y crecimiento de niños saludables planteado además por Aguilar Cordero-2002. (61). Lo cual es demostrativo de la cultura general integral alcanzada por nuestra población en este sentido, el nivel educacional alcanzado en nuestro país, gracias a los planes del gobierno revolucionario, existiendo mejor comprensión y conocimiento en cuanto al tema de la lactancia materna. (62) Las mujeres con nivel medio superior y universitario lactan a sus hijos con mayor exclusividad y mayor duración, resultados similares a los de Ruiz Ferron-2003 (63), aunque esta no es el porcentaje esperado, existe la necesidad continuada de promover la lactancia antes, durante y después del parto, aumentando la preparación y capacitación de nuestras embarazadas, de las mujeres jóvenes, las de menor educación, las monoparentales y las de grupos de riesgos, para lograr una lactancia materna satisfactoria en nuestros niños menores de un año. En literatura revisada sobre el tema se plantean que el mayor porcentaje de mujeres lactantes se encuentra con educación secundaria, Meek (64) y Ryan et al (65).

En esta tabla No.3. Relacionamos la edad del niño con tiempo de lactancia materna exclusiva siendo los niños de 0 – 3 meses los de mayor cantidad, con 73 casos para un 29,8% y los que mas tiempo recibieron lactancia exclusiva 42 para un 17.1%, seguido de los de 4-6 meses con 66 (26,9%), prevalece el tiempo de lactancia exclusiva de 0 -2 meses con 116 casos para un 47,3% del total.

Tabla No.3. EDAD DEL NIÑO CON TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006.

Edad niño	Tiempo de lactancia materna exclusiva						Total	
	0-2 m	%	3-4m	%	5-6 m	%	#	%
0-3 m	42	17,1%	28	11,4%	3	1,2%	73	29,8%
4-6 m	31	12,7%	31	12,7%	4	1,6%	66	26,9%
7-9 m	28	11,4%	29	11,8%	8	3,3%	65	26,5%
10-12m	15	6,1%	11	4,5%	15	6,1 %	41	16,7%
Total	116	47,3%	99	40,4%	30	12,2%	245	100%

Fuente: Encuesta (n=245) p (0 < 0,05)

Tabla No. 3 Como resultado de los cruzamientos y tomando como referencia la significación asintótica del coeficiente Chi cuadrado y el nivel de significación del 5% podemos concluir lo siguiente: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad del niño y el tiempo de lactancia materna ($0 < 0,05$)

Estas cifras están muy por debajo de los propósitos que establece la OMS y nuestro Ministerio de Salud Pública, que proponen un 80 % de lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida. Diferentes publicaciones en nuestro país se han realizado en este sentido y en una de ellas Díaz Tabares y Soler Quintana-2002 (66) informan que ya en el tercer mes de vida el 93 % de sus casos habían dejado de amamantar siendo por tanto un problema de salud no resuelto, aunque nosotros tenemos logros superiores en este sentido ya que a los 4 meses todavía un 40.4% mantenían lactancia exclusiva. Todas las mujeres debemos tener acto consciente de que esta fuente de alimento ofrece el contacto personal de la madre con su hijo. No privemos al niño de esa satisfacción, máxime cuando este hecho marca la personalidad del hijo para toda la vida, Este acto comunica felicidad, confort y seguridad al bebé; pero más que eso, la leche materna es un alimento insustituible para el crecimiento, recibiendo a través de ella un porcentaje elevado de inmunización, esta inmunidad se debe a sus propiedades antifecciosas y a los

anticuerpos que se acumulan en la sangre de la madre a lo largo de toda su vida.
Bland R-2003. (67).

Cuando analizamos en la **Tabla No.4.** El tipo de lactancia con la edad del niño vemos que el mayor porcentaje está representado por niños de 0 -3 meses 73 casos (29,8%) seguidos por los de 4 – 6 meses 66 casos (26,9) pero a pesar de que todos estos niños aun mantienen la lactancia materna solo un pequeño porcentaje la mantuvieron exclusiva 54 para un 22, 0% de la muestra siendo los más relevantes la complementaria con 117 casos para un 47,8 % de la muestra estudiada.

Tabla No.4. EDAD DEL NIÑO CON TIPO DE LACTANCIA MATERNA.
MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006.

Edad niño	Tipo de lactancia materna						Total	
	exclu	%	Mixta	%	Comp	%	#	%
0-3 m	35	14,3%	37	15,1%	1	0,4%	73	29,8%
4-6 m	19	7,8%	29	11,8%	18	7,3%	66	26,9%
7-9 m	-	-	6	2,4%	59	24,1%	65	26,5%
10-12m	-	-	2	0,8%	39	15,9 %	41	16,7%
Total	54	22,0%	74	30,2%	117	47,8%	245	100%

Fuente: Encuesta (n=245) p (0 < 0,05)

Como resultado de los cruzamientos y tomando como referencia la significación asintótica del coeficiente Chi cuadrado y el nivel de significación del 5% podemos concluir lo siguiente: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad del niño y el tipo de lactancia materna p (0 < 0,05)

Los resultados de este estudio revelaron que es preciso incrementar las acciones de salud en esa dirección, que esta campaña sanitaria en favor de los niños no puede detenerse y que la capacitación al respecto debe ser sostenible en las gestantes e invitar tanto al esposo como a los integrantes de la familia para que nos ayuden a rescatar esta practica tan exitosa para el niño. Estos resultados son todavía muy pobres respecto al tiempo de lactancia exclusiva a pesar de los años de la puesta en marcha del programa especial para la consecución de una lactancia exitosa en Cuba (inicio, mantenimiento y rescate de esta práctica vital para el recién nacido), íntimamente relacionado con el programa para el control de las enfermedades diarreicas (PCED) y como muestra de los esfuerzos estatales por lograr y mantener cada vez más los avances en la reducción de la mortalidad infantil.(68-69) Se ha estimado, que en el mundo podrían salvarse cada año más de un millón de vidas si las madres amamantarán de forma exclusiva hasta los cuatro meses de vida según reportaje de la UNICEF. (70-71).

En la **Tabla No. 5:** Vemos que a pesar que los niños mantenían lactancia materna en el momento del estudio, los que más se enfermaron fueron los que mantenían lactancia complementaria con 117 niños enfermos que representan el 47,8% y la enfermedad que más predominó fue el síndrome febril agudo con 101 casos para un 41,2 % del total de la muestra, seguido por las anemias con 38 para un 15,5% de la muestra total, siendo las demás enfermedades menos significativas.

Tabla No. 5. ENFERMEDADES PRESENTADAS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA MATERNA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006.

Enfermedades	Tipo lactancia materna						Total	
	exclusiva		Mixta		complementaria		#	%
digestiva			9	3,7%	9	3,7%	18	7,3%
respiratorias	11	4,5%	5	2,0%	15	6,1%	31	12,7%
dermatologicas	1	0,4%	8	3,3%	12	4,9%	21	8,6%
anemias	9	3,7%	13	5,3%	16	6,5%	38	15,5%
SFA	26	10,6%	31	12,7%	44	18,0%	101	41,2%
otiti media	7	2,9%	8	3,3%	21	8,6%	36	14,7%
Total	54	22,0%	74	30,2%	117	47,8%	245	100%

Fuente: Encuesta y Historia clínica. (n=245) p (0,059 > 0,05).

Existe una relación medianamente significativa entre las enfermedades y el tipo de lactancia materna p (0,059 > 0,05). Este numero elevado de síndrome febril independientemente de la lactancia que mantenían en ese momento principalmente referían las madres que fue por reacción postvacunal siempre fue precedido por la administración de vacunas, además en el segundo semestre del 2006 nuestro municipio fue afectado por la plaga de mosquitos Aedes Aegypti que aumentó el síndrome febril, también el numero de ingresos en menores de un año en ese periodo y nuestros niños lactantes también se vieron afectados. El abandono prematuro del amamantamiento aumenta la aparición y la frecuencia de enfermedades, no siendo así con estos niños y afirmamos lo publicado en un

Exclusiva	4	1,6%	1	0,4%	1	0,4%	6	2,4%
Mixta	5	2,0%	3	1,2%	1	0,4%	9	3,7%
Complementaria	22	8,9%	5	2,0%	3	1,2%	30	12,2%
Total	31	12,6%	9	3,7%	5	2,0%	45	18,3%

Fuente: Encuesta, Historia clínica (n=245) p (0,156>0,05)

.En general las ventajas de la lactancia exclusiva superan las desventajas potenciales de introducir alimentos antes de este límite. Foote y Marriott (78), puesto que los lactantes son más propensos a enfermar por el déficit inmunológico propio de la edad (hipogammaglobulinemia transitoria) y la convergencia de un mayor número de factores de riesgo, que tienden a incrementar su morbilidad, cuando interpretamos el riesgo de un ingreso en el niño que recibió lactancia artificial vemos que en todas las situaciones es mayor con respecto al que se alimentaba con leche natural, a pesar de que el porcentaje es bastante bajo reafirmado por la UNICEF y trabajos presentados en el Congreso de Lactancia Materna en 2006, donde el que recibió leche artificial antes de concluir su sexto mes de vida, tiene 8 veces más posibilidades de desarrollar alguna patología que determine un ingreso. (79-80-81). Podemos inferir todos los riesgos epidemiológicos que esto entraña en un niño, las afectaciones en la dinámica familiar que esto significa, las erogaciones desde el punto de vista económico para la familia y para el Estado, incluyendo el ausentismo laboral de los padres y por eso no podemos perder ninguna posibilidad de actuar sobre el mejoramiento de la lactancia materna corroboramos lo planteado por Reinert y Díaz Arguelles (82-83).

En la **Tabla No. 7**. Relacionamos el tipo de lactancia con la evaluación nutricional vemos que a pesar que el mayor porcentaje mantenía la lactancia materna complementarias su evaluación nutricional fue normopeso (entre 10 -90 percentil) con 132 casos que representa el 53,9%, seguido por los delgados (entre 3-10 percentil) con 56 casos para un 22,9% de la muestra. No tienen relación

estadística el tipo de lactancia con la evaluación nutricional para X2 ya que $p (0,351 > 0,05)$.

Tabla No.7. TIPO DE LACTANCIA MATERNA CON EVALUACIÓN NUTRICIONAL. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006

Evaluación nutricional	Tipo de lactancia materna						Total	
	exclu	%	mixta	%	comp	%	#	%
< 3	3	1,2%	5	2,0%	4	1,6%	12	4,9%
3-10	13	5,3%	19	7,8%	24	9,8%	56	22,9%
10-90	32	13,1%	38	15,5%	62	25,3%	132	53,9%
90-97	6	2,4%	11	4,5%	20	8,2%	37	15,1%
+97	-	-	1	1,4%	7	2,9%	8	3,3%
Total	54	22,0%	74	30,2%	117	47,8%	245	100%

Fuente: Encuesta, Historia clínica, (n=245) $p (0,416 > 0,05)$

Corroboramos con nuestro estudio lo planteado por otros autores que los niños amamantados tienen menos riesgo de desnutrición y obesidad, ya que estos niños se mantuvieron normo peso el mayor porcentaje y sobre lo delgado. Cada día es más frecuente encontrar en la literatura los efectos de la lactancia materna en relación con baja prevalencia en el futuro con obesidad, enfermedades crónicas y en estado de salud mental satisfactorios en niños y familias que la practican según Rivero Pino-2006 (84) y Hernández M-2003 (85)

Según Maremikwu en bibliografía consultada demostró que el niño en que se había introducido leche artificial antes de los seis meses tenía 5 posibilidades más de tener problemas nutricionales.

En nuestro estudio la cifra de los desnutridos son bajas, ya que solo un 4,9% está por debajo del 3 percentil no siendo así con los resultados de Trinchet Labrada y colaboradores-2005 (86-87) en su estudio similar al nuestro presentaron cifras de un 12,6% de desnutridos a pesar de que los mismos habían abandonado la lactancia materna, no siendo así con los nuestros que al año todavía continúan con lactancia natural complementaria.

En esta **Tabla No.8.** Vemos la distribución de los casos por área de salud y la frecuencia de enfermedades presentadas en cada una de ellas siendo el síndrome febril el más relevante en estos casos

Tabla No.8. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR ÁREA DE SALUD Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO-DICIEMBRE 2006

Área	ENFERMEDADES						Total
	digestivas	respirat	dermatolo	anemias	SFA	OT.MED	
1	2	6	8	7	8	9	40
2	2	4	5	10	7	4	32
3	2	3	4	4	16	4	33
4	3	5	1	3	10	3	25
5	1	3	-	3	15	5	27
6	-	-	-	3	13	4	20
7	4	4	2	6	15	4	35
8	4	6	1	2	17	3	33
Total	18	31	21	38	101	36	245

Fuente: Encuesta. Historia clínica

A pesar de los años de la puesta en marcha del programa especial para la consecución de una lactancia exitosa en Cuba (inicio, mantenimiento y rescate de esta práctica vital para el recién nacido), íntimamente relacionado con el programa para el control de las enfermedades diarreicas y como muestra de los esfuerzos estatales por lograr y mantener cada vez más los avances en la reducción de la mortalidad infantil, los resultados de este estudio revelaron que es preciso incrementar las acciones de salud en esa dirección, que esta campaña sanitaria en favor de los niños no puede detenerse y que la capacitación al respecto debe ser sostenible.

Aspectos negativos que conllevan a la disminución de la lactancia materna exclusiva y aumento de la morbilidad, según referencia de expertos.

Experiencia de un Especialista de Pediatría sobre dificultades que influyen en mantener la lactancia materna.

“...tenemos que reconocer que todavía existen médicos en la atención primaria que no ayudan al fomento y rescate de la lactancia materna, cuando un lactante no tiene un incremento adecuado del peso, la vía más fácil de solucionar el problema es indicándole lactancia artificial y alimentos sólidos, aunque no tenga el tiempo adecuado para ello, la mayoría de las veces ni le dicen a las madres como se prepara, hemos tenido ingresos por diarreas que cuando le preguntas el modo de preparar las leches, es catastrófico las respuestas que te dan, es agua prácticamente lo que le están dando a ese lactante, es lógico que tengan diarreas, sería más fácil ver el modo, la frecuencia y el tiempo que le dedica esa madre a darle el pecho a ese niño, quizás sea esto lo que está fallando y no la necesidad de introducir nuevos alimentos....” (Pediatra, Servicio de Gastro).

Criterios de una enfermera neonatóloga con más de 20 años en el servicio:

“...nosotros mientras están aquí tratamos de fomentarla y mantenerla hasta que se van, pero creo que se deben impartir cursos dentro de la atención primaria sobre la importancia y los componentes de la lactancia natural, primeramente a todo el personal de salud, ya que es allí donde los profesionales deben insistir, a través de las visita al hogar y porque no, tratar de formar los grupos de apoyo a la lactancia materna, aprovechar ahora con la batalla de ideas, con los trabajadores sociales, con la municipalización de la enseñanza, que cada área de salud está formando su personal, introducir de alguna forma este tema dentro de su formación....” (Enfermera, especialista, Neonatología).

Creemos oportuno plasmar aquí una entrevista realizada por Castiñeira González (54) al profesor Argentino de Neonatología Augusto Sola quien nos visitó durante el Curso Internacional de Neonatología celebrado aquí en Cienfuegos en el 2006

“...Lo que lleva al incremento del problema con la lactancia exclusiva es las actitudes de nuestro personal de salud de nuestros médicos que por cualquier razón incorporan otros alimentos.... Si la madre le dice que está tomando algún medicamento... que el niño no aumenta, que le duelen los pechos... debemos seguir educándonos nosotros mismos.... Son infinitamente pequeñas las razones médicas, verdaderamente reales por las que el bebé o la madre cambie el tipo de leche....” (Profesor Neonatólogo Argentino).

Otro criterio emitido por un pediatra de un Área de Salud, que no siempre las madres realizan lo que se les orienta de forma adecuada.

“... Pocos son los matrimonios que viven solos, tenemos la influencia de las abuelas que vivieron el retroceso de la lactancia materna, pocas de las paridas que tenemos fueron amamantadas...Las abuelas no tienen la cultura de la lactancia materna... por otro lado la leche evaporada que se brinda a los menores de un año conspira contra la lactancia materna..... Cuando usted viene a ver es una guerra lo que tenemos por tratar de que lleguen hasta los 2 meses sin adicionar nada más, entonces después se preguntan ¿no sé porque se enferma si lo cuidamos demasiado?, pero no se dan cuenta que fallaron en lo más importante para el niño” (Pediatra, Profesora, Área de salud No.3.)

Otros profesionales nos exponen su criterio en cuanto a la comunicación que exista con la mujer durante la gestación.

“...hoy en día a pesar de todos los medios de difusión que tenemos, los medios de propaganda, en cuanto al riesgo del embarazo en la adolescencia.....el papel del grupo básico.... No sé que está pasando, pero aquí llegan con los niños en brazos, porque no tienen pezón o lo tienen invertido y cuando las interrogas te dicen que durante el embarazo nunca le revisaron los pezones,.....entonces yo me pregunto desde donde viene el fallo con este problema. (Neonatóloga, 15 años de experiencia).

Criterios de una obstetra de un hogar materno, en el que se orienta a través de charlas educativas la importancia de la lactancia natural para el niño, además de material de apoyo que ellas tienen para leer en el hogar.

“...ellas mientras están aquí tanto nosotros los médicos, como las enfermeras las orientamos,.....después que paren y llegan a sus casas hacen todo lo que les dicen las abuelas, el esposo, la vecina, las amigas, en fin la que tiene verdadero interés en lactar lo hace y a veces usted la ve hasta en los coches dándoles la teta, pero la que no tiene interés desde que llega a su casa por primera vez con el niño ya quieren darle agua de arroz hasta que le baje la leche, y haciendo todo cuanto le dicen menos lo que le orienta el médico...” (Obstetra, hogar materno, 20 años de experiencia).

Otras opiniones de profesionales

“...Yo he realizado investigaciones de diferentes temas y cuando vas a las estadísticas existen los registros por los que usted puede guiarse y ver como está el problema que quieres investigar, pero yo no he podido encontrar en ningún área de salud las estadísticas de la lactancia materna, en ese departamento refieren que la llevan los pediatras, pero en mi opinión si se llevara un registro general, yo creo que podíamos ver mejor como se mantiene la misma...”
(Enfermera, Profesora, 30 años de experiencia).

Otro criterio importante a considerar, emitido por un pediatra, es la disposición de la mujer desde etapas tempranas del embarazo por lactar.

“....mire yo les digo una cosa si a pesar de que las madres tienen poca orientación por parte del personal de salud y por su parte tampoco hay disposición desde etapas tempranas del embarazo por lactar a su hijo, de verdad que por mucho que lo intentemos cuando viremos la espalda de seguro que busca

el biberón.....hay que despertar, en la mujer, desde etapas tempranas del embarazo el interés por lactar, con vivencias claras, experiencias propias y positivas en las que han parido.....esto debe ser ya, no para el futuro, si en bibliografías que usted revisa, existen las consultas tanto telefónicas, como personales, relacionadas con el tema de la lactancia materna....debemos trabajar en función de eso para tener nuestros logros con la lactancia...” (Pediatra del Hospital Pediátrico).

Los criterios anteriores reflejan los fallos a considerar y tener en cuenta para recuperar y mantener una lactancia materna exclusiva exitosa.

- ✓ La necesidad de un programa dirigido primeramente al personal de salud, para unificar criterios sobre la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Fallo en la orientación adecuada a la mujer desde épocas temprana del embarazo sobre la importancia de la lactancia exclusiva para el niño.
- ✓ Se debe implantar además, dentro de las estadísticas que se llevan, la prevalencia de la lactancia materna por cada área de salud.
- ✓ Fomentar la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna, con las brigadistas sanitarias, organizaciones de la comunidad, y paridas con éxito en la lactancia materna.

CONCLUSIONES

- ❖ A pesar de que nuestra muestra fue pequeña en relación con el total de nacimientos que tuvimos en el año, hemos demostrado que los niños con lactancia materna se enferman poco o con patologías que pueden resolver sin necesidad de ingresos y la incidencia de ingresos también es muy pequeña.

- ❖ El mayor número de las madres se encuentra en la edad entre 20-25 años, con una escolaridad de preuniversitario.
- ❖ Lactancia materna exclusiva fue hasta los 2 meses de edad, la edad del lactante que más predominó fue de 0 -3 meses, la lactancia materna que más predominó fue la complementaria con una incidencia de mayor ingresos y la enfermedad que más se presentó fue el síndrome febril agudo. El mayor número de niños estudiados pertenece al área de salud No.1. del municipio de Cienfuegos.
- ❖ Dentro de los aspectos negativos que conllevan a la disminución de la lactancia materna exclusiva identificamos, de modo general, muy deficiente el programa de atención a la lactancia natural desde la atención primaria, además del déficit de conocimiento teórico y práctico sobre la lactancia materna, el seguimiento estadístico de la misma no se encuentra en las normativas.
- ❖ El análisis de correlación entre las variables mostró correlaciones significativas entre la edad del niño y el tiempo de lactancia materna, los ingresos, el tipo de lactancia materna y la evaluación nutricional. Estas correlaciones se obtienen de acuerdo a los coeficientes de Kendall y Speaman más adecuados para el tipo de variables que se analizan. Ver Anexo(8)
- ❖ Como resultado de los cruzamientos y tomando como referencia la significación asintótica del coeficiente Chi cuadrado (p) y el nivel de significación del 5% podemos concluir lo siguiente:
 - No existe relación entre la edad de la madre y el tiempo de lactancia materna ($0,303 > 0,05$).
 - El nivel de escolaridad de la madre y el tiempo de lactancia materna no están relacionados ($0,351 > 0,05$)
 - Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad del niño y el tiempo de lactancia materna ($0 < 0,05$).
 - Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad del niño y el tipo de lactancia materna ($0 < 0,05$)

- Existe una relación medianamente significativa entre las enfermedades y el tipo de lactancia materna ($0,059 > 0,05$).
- Los ingresos no están relacionados con el tipo de lactancia materna ($0,156 > 0,05$)
- La evaluación nutricional y el tipo de lactancia materna no están relacionados estadísticamente ($0,416 > 0,05$).

RECOMENDACIONES

- Con los resultados de este estudio recomendamos la confección de un programa de intervención comunitaria aplicado a las mujeres desde el embarazo y evaluarlo en varios cortes hasta los 6 meses del lactante.
- Aprovechar el interés creciente que existe en estos momentos en investigar sobre la lactancia natural y aplicar un programa de capacitación a personal de salud de la atención primaria .

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Pierre E. Alimentación al pecho. El mejor comienzo para la vida. México. ED PAX- México; 2003.
- 2- Paricio Talayero J M. Aspecto Históricos de la alimentación al seno materno en: Lactancia materna: Guía práctica para profesionales. Madrid: Ergon; 2004:7-12.

- 3- Lemus, ER, Báez, JM. Lactancia Materna. En: Álvarez Sintés, R. et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001(I): 112-22.
- 4- Aguilar Cordero M J, Lactancia Materna. Elsevier.Madrid. España.2005; 1-12.
- 5- Manual de lactancia Materna. Ed Científico Técnica. C. Habana. Cuba. 2005(1): 15-24.
- 6- Bruckner H. Conocer cuidar y mantener la fuente natural de alimentación. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2002.
- 7- .Bewdrigal GP. Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de los niños. Washington, DC: Tierra Mía, 2002: 3 – 8.
- 8- Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- 9- Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Conocimiento, actitud y práctica de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca. Informe final. Cali: Fundación FES Social, División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001: 62.
- 10-OMS. Estado mundial de la infancia. Ed Ciencias Médicas. La Habana. 2004.
- 11-Arena A J. La lactancia materna en la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño”.An pediatric. 2003; 58:208-10.
- 12-Fondo de naciones unidas para la infancia. Monitoreo de la situación de los niños y las mujeres. Dirección Nacional de Estadísticas. Múltiple indicador Clusters Sampling. (MICS). C Habana: Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP; 2006:21-32.
- 13-Novak D M. Importancia de la alimentación en los primeros días de vida. Clínica perinatal. 2002; 2:183-202.
- 14-Valdez Almenteros, R. et al. Examen clínico al recién nacido. Ed Ciencias Médicas. La Habana; 2003.

- 15-Pérez Cárdenas C, et al. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Rev. Cub. Med. Gen. Intgr 2005; 21 (1-2).
- 16- Manual para la intervención en salud familiar. Bibliografía básica. Curso #5. tema #1. Maestría de atención integral al niño, 2004.
- 17-World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Geneva: WHO, 2001: 54-62.
- 18-Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur E, Baltas Z, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. J Hum Lact 2001; 17: 220-226.
- 19- PROFAMILIA. Lactancia y nutrición de niños y madres. En: Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva: resultados. Bogotá: PROFAMILIA; 2000:137-154.
- 20-Centers for Disease Control and Prevention. Neurologic Impairment in Children Associated with Maternal Dietary Deficiency of Cobalamin – Georgia, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2003; 52(4): 61–64.
- 21-Acosta T N. Maltrato Infantil.2da Edición. ED Científico Técnica. La Habana; 2003.
- 22-WABA. Alianza Mundial pro lactancia materna. Iniciativa Hospital Amigo del niño y de la madre. Ginebra. OMS; 2004:1-6.
- 23-Garduño A G. Ruiz L R. Capacitación sobre Lactancia Materna al personal de enfermería del Hospital General de México. Salud Pública Mex.2004; 42(2):112-7.
- 24-Schanler R (Ed.). Breastfeeding 2001. Part I: The evidence for breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 1-264.
- 25-Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Grado de implementación de la iniciativa IAMI en diez hospitales del Valle del Cauca, Colombia: Informe final. Cali: Fundación FES Social, División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001: 21.
- 26-Aguilar Cordero M J, Seguimiento de los bebés alimentados con leche materna en los centros de Salud. En Lactancia Materna. Elsevier. Madrid. España.2005; 105-19.

- 27- Cabrera G, Serra M. Desarrollo y fortalecimiento de la política de promoción de la lactancia materna en el Valle del Cauca: Informe final. Cali: Fundación FES Social, División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001.
- 28- USAID. La desnutrición y la mortalidad infantil. Promoción de prácticas adecuadas de alimentación en la infancia. Proyecto básico. Washington. OPS;2004
- 29-Díaz Meneses G. Factores psicosociales relacionados con la lactancia materna. Técnicas de Marketing social para la promoción de la lactancia materna. [trabajo presentado en el IV Congreso de Lactancia Materna]. Santa Cruz de Tenerife. 2006.
- 30-Aguilar Cordero M J. Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. 1ra edición. Elsevier Science, España.2003.
- 31-Díaz C, Cabrera G, Mateus J. Representaciones sociales de lactancia materna en Cali, Colombia. Cali: Fundación FES, División Salud: Boletín Saludable; 2002.
- 32- Díaz C, Cabrera G, Mateus J. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colomb Med 2003; 34: 120-124.
- 33- Allen L, Gillespie S. What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. Geneva: UN-ACC/SCN Nutrition policy. Paper N° 19; 2001.
- 34-Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: results of the longitudinal study of child development in Quebec 1998-2002. Can J Pub Health 2003; 94: 300-305.
- 35- Kramer M, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. WHO: Geneva; 2002.
- 36-Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001; 285 (4): 413- 20.

- 37-Ortega Blanco, M. et al. Preparación psicofísica para el parto. MINSAP. SOCUDEF. FMC. La Habana; 2003.
- 38-Jeffery B S, Soma-Pillay P, MakinJ, Moolman G. The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk, J troy. Pediatric.2003; 49(4):240-44.
- 39-Estévez González M, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. AEP.2002; 56:144-50.
- 40-American Academy of Pediatrics. The Transfer of Drugs and Other Chemicals into Human Milk: Policy Statement. Pediatrics, 2001; 108(3):776–789.
- 41- American Academy of Pediatrics. Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines for Vitamin D Intake. Pediatrics, 2003; 111(4):908-10.
- 42- Cordero Herrera AM, et al. Valor incomparable de la leche materna. Resúmenes XXV Congreso Nacional de Pediatría. La Habana. 2005: 181.
- 43-Renato de Calvalho M. Prevención de Salud y Lactancia Materna. The lancet. 2003; 17:541-6.
- 44-González C. La crianza natural. En: Manual práctico de la lactancia materna. Cataluña: ACPAM; 2004.
- 45-. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Lactancia materna .Guía para profesionales. Monografía de la AEP Barcelona. Febrero 2004(5).
- 46-Organización Panamericana de la Salud. Programa de la Salud, la Familia y la Población [documentos para la V Conferencia Ministerial]. Kingston: OPS, 2000.
- 47-Calderón Reinoso I, Rodríguez Rodríguez M, Calzada Parra A, Lamas Ávila M y López Milián M. ¿Conocen nuestras madres acompañantes lo suficiente sobre lactancia materna? [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(2).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san06206.htm> [consulta: 20-9-2007].

- 48-Pardo Cruz, F. Pediatría vs. Creencias Populares. Serie Autoayuda. Ed Santiago de Cuba; 2005: 50-1.
- 49-Brucker, H. Lactar es amar. ED Científico Técnica. La Habana; 2002.
- 50-Casado M E. Lactancia Materna desde la perspectiva de la mujer. X Jornada de Invierno 2003. Reencantandonos con la lactancia materna. Julio 2003.
- 51-Propuesta para la promoción de la lactancia materna en la Universidad. UNICEF-Aragón, 2002.
- 52-Fernández Urquiza M; Cabrera Cuellar C, Toledo González G. Lactancia Materna. ¿Que ha pasado con el hombre? Rev Finlay. Cienfuegos. Cuba.2002 (4):94-7.
- 53-Alpizar R. Modelo de gestión para la formación y desarrollo de los directivos académicos en la universidad. [trabajo para optar por el título de Dr en Ciencias de la Educación]. Cienfuegos. Univ Carlos Rafael Rodríguez; 2004.
- 54-Castiñeira González E. Estrategia de intervención sobre factores más relevantes que afectan la lactancia materna exclusiva en Cienfuegos. [Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública]. C Habana. Escuela Nacional de Salud Pública; 2007
- 55-Scott J, Cabral H. Are women with unintended pregnancy less likely to breastfeed? J Fam Pract 2002; 51: 431-435.
- 56-Cernadas J, Noceda G, Barrera L, Martínez A, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. J Hum Lact 2003; 19: 136-144.
- 57-MINSAP. Maternidad y paternidad responsable. SOCUDEF. La Habana; 2003
- 58-Hill Z, Kirkwood, Edmund K. Practicas familiares y comiunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. OPS; Washington. DC.2005:23-9.
- 59-León Cava N, Lutter C, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia. OPS; Washington. DC.2002.

- 60-Lactancia materna, últimas evidencias. An Ped Contin. Washington. 2003; 1:175-80.
- 61-Aguilar Cordero M J. Rev. Rol de Enfermería. España.2002; 25(78).
- 62-Bruckner H. Lactar es amar. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2003:1- 3.
- 63-Ruiz Ferrón C, Romero Martínez J, Barberá Rubini N, Amedilo Sánchez S. Promocionando la Lactancia Materna. Rev. ROL Enfermería 2003; 26(7-8): 514
- 64-Meek, J.Y. (editor en jefe). American Academy of Pediatrics New Mother's Guide to Breastfeeding. Nueva York: Bantam Books, 2002.
- 65-Ryan, A.S., et al. Breastfeeding Continues to Increase Into the New Millennium. Pediatrics, 2002; 110(6): 1103–1109.
- 66-.Díaz Tabares O, Soler Quintana ML. Aspectos epidemiológicos, relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida (en línea). Rev. Cubana Med Gen Integr 2002; 18 (3).
- 67-Bland R, Rollins N, Solarsh C, Van den Broeck J, Coovadia H. Maternal recall of exclusive breastfeeding duration. Arch Dis Child 2003; 88: 778-783.
- 68-Cuba. MINSAP. El seguimiento del programa Educa a tu hijo. C Habana: MINED-MINSAP; 2004:1-4.
- 69-Pineda Pérez S. Alimentación y nutrición del lactante y el menor de 2 años. Educación Alimentaria, Nutrición e Higiene de los alimentos. Manual de capacitación. C Habana: Ministerio de Salud Pública; 2004.
- 70-Schanler Ret al. Breastfeeding 2001. Part I: The evidence for breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 1-264.
- 71- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la infancia. Nueva York: UNICEF, 2000.

- 72- WHO: Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO: Geneva; 2001.
- 73- PNUD. Informe sobre desarrollo humano. Washington, DC: OMS, 2000.
- 74-Dewey K, Cohen R, Brown, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutrition status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. J Nutr 2001; 131: 262-267.
- 75-Gupta A, Mathur G, Sobti J. World Health Assembly recommends exclusive breastfeeding for six months. J Indian Med Assoc 2002; 100: 510-511, 515.
- 76-Black R, Victoria C. Optimal duration of exclusive breast-feeding in low-income countries. BMJ 2002; 325: 1252-3.
- 77-Gorrita Pérez, RR. Impacto de la lactancia sobre la morbilidad en el primer año de vida. Rev. Ciencias Médicas. La Habana 2004; 10(1).
- 78-Foote K, Marriott L. Weaning of infants. Arch Dis Child 2003; 88: 488-492.
- 79-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la infancia. Nueva York: UNICEF, 2000.
- 80-Emparanza J I, Área J, Leunda M, Astigarraga U. Factores psicosociales relacionados con la lactancia: Razones para no iniciar lactancia materna. [trabajo presentado en el IV Congreso de Lactancia Materna]. Santa Cruz de Tenerife. 2006.
- 81-Sanz J. Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna. IV Congreso de Lactancia Materna. Santa Cruz de Tenerife. 2006.
- 82-Reinert M B. Breastfeeding: Making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2003; 58(1):49-60.
- 83-Díaz Argüelles V, Ramírez Correa M. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. Rev Cub Ped. Ene-Marz 2005(77).
- 84-.Rivero Pino R. Ser papá. Rol versus función. Universidad Martha Abreus de Las Villas. Rev Sexología y Sociedad. 2006; 2(32): 4-8.

- 85-Hernández M, Salinas PJ. Relación entre lactancia materna y estado nutricional. En: Rev. FAC MED, Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela 2003; 9:1-4.
- 86-Trinchet Labrada X, López Bueno M, Arcia Chávez N. Morbilidad asociada a lactancia materna, GBT 3 Policlínico 5 de Septiembre 2004-2005. Playa. C. Habana.
- 87-Howard C, et al. Randomized Clinical trial of pacifier use and breastfeeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics.2003; 111(3).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997; 100: 1035.
- Arthur C R, Saenz R B, Replogle W H. The employment related breastfeeding decision of physician mothers. J Miss State Med Associations 2003; 44(12):383-87.
- Black R, Morris SS, Bryce J, Where and why are 10 millions childrens dying every year? Lancet 2003; 361:2226-34
- Bennett PN. Drugs and human lactation. Elsevier.1988.
- Bohler E, Aalen O, Bergstrom S. Breastfeeding and seasonal determinants of child growth in weight in East Bhutan. Acta Paediatr 1995; 84:1029-34.

- Cesar JA, Victoria CG, Barros FC. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *Br Med J* 1999; 318: 1316-20.
- Clemens J, Elyazeed RA, Rao M, Savarino S, Morsy BZ, Kim Y, Wierzba T, Naficy A, Lee YJ. Early initiation of breastfeeding and risk of infant diarrhea in rural Egypt (en línea). *Pediatrics*. 1999; 104: e3. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e3>.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana (1992- 2000). La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992: 4-8.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de lactancia materna. La Habana: UNICEF, 1996:2-23.
- DNP-CONPES. Plan nacional de alimentación y nutrición 1996-2005. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación y Consejería para Política Social; 1996.
- Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breast feeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev*. 1996; 9: 98-110.
- Henderson J, Evans S, et al. Impacto postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30(3):175-80.
- Maremikwu MM, Asindi AA, Antia-Obong OE. The influence of breastfeeding on the occurrence of dysentery, persistent diarrhea and malnutrition among Nigerian children with diarrhea. *WAJM* 1997;16(1):20-3.
- MinSalud-UNICEF. Plan decenal para promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008. Valdés A (ed.). Bogotá: Ministerio de Salud y UNICEF; 1998.
- Moreira Díaz G, García Sarría MC. Lactancia materna y vitamina A. *Rev. Cubana Aliment Nutr* 1997; 11(1) 58-60.
- OMS. La mujer como proveedora de la atención en Salud. *Crónica* 37. Ginebra, 1999: 158-163.

- Osorno J. Hacia una feliz lactancia materna: texto práctico para profesionales de la salud. Bogotá: MinSalud-UNICEF; 1992.
- Ortega Valdés G. Ventajas de la lactancia materna para la salud buco dental. Rev. Cubana Ortod 1997; 13(1): 53-4.
- Perfil de lactancia del mundo en desarrollo. Proyecto Measure Communication. Washington: Population Reference Bureau; 1999.
- Perera BJC, Ganesan S, Jayarasa J, Ranaweera S. The infant of breastfeeding practice on respiratory and diarrhoeal disease in infancy: a study from Sri Lanka. J Trop Pediatr 1999; 45: 115-8.
- Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and extent of breastfeeding in the United States (en línea). Pediatrics. 1997; 99 (6). Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/5>
- Selfverdal SA, Bodin L, Olcén P. Protective effect of breastfeeding: an ecology study of Hemophilus influenzae (HI) meningitis and breastfeeding in Swedish population. Int J Epidem 1999; 28: 152-6.
- UNICEF. Situação mundial da infancia: a nutrição em foco. Brasília: UNICEF; 1998
- WHO-UNICEF-USAID. Innocent declaration on protection, promotion and support of breastfeeding. New York: WHO-UNICEF-USAID; 1990.
- Wrigh AL, Bauer M, Naylor A. Increasing of breast-feeding rate to reduce infant illness at the community level. Pediatrics. 1998; 101: 837-44.

ANEXO No.1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS MADRES DE LOS LACTANTES.

Estimada compañera

Ha sido seleccionada usted para una investigación sobre lactancia materna, con la intención de incrementar el tiempo de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del niño porque tenemos la certeza que la lactancia natural no tiene sustitutos, ni debe tener barreras.

Tiene el derecho de rechazar la propuesta de participación o abandonarla cuando lo desee, pudiendo contribuir con los resultados a que nuestros niños y madres reciban mayor calidad de vida luego de practicar el amamantamiento

Solo necesitamos su colaboración en opiniones francas y sinceras sobre los temas que le proponemos y el tiempo será el mínimo

Guardamos el anonimato de sus criterios u opiniones en los resultados del informe final.

Si está de acuerdo muestre su consentimiento al pie del documento y le reiteramos las gracias por su contribución.

Nombre y apellidos _____

Fecha _____

ANEXO No.2.

ENCUESTA

1- Área de salud:

2- Edad del niño

3- Edad de la madre _____

4- Escolaridad 1 ___ primaria

2 ___ secundaria

3 ___ Pre universitaria

4 ___ Universitaria

5- Tiempo de lactancia materna exclusiva: 1- < 2 meses ___

2- 3 meses ___

3- 4 meses ___

4- 6 meses ___

6- Tipo de lactancia: 1- lactancia materna exclusiva ___

2- lactancia materna complementada ___

3- lactancia materna mixta ___

7- Enfermedades del niño durante la lactancia

1- Digestivas_____

2- Respiratorias_____

3- Anemias_____

4- SFA _____

5- Dermatológica _____

6- Otitis Media_____

8- Ingresos: _____

9- Valoración nutricional:<3p____ 3-10p _____ 10-90p ____ 90-97p____
+97p_____

ANEXO No.3.

ENCUESTA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA COMPETENCIA DE LOS ESPECIALISTAS.

Estimado Profesor(a):

Usted ha sido seleccionado para participar como especialista en la presente investigación, atendiendo a su experiencia, conocimientos técnicos y su alta maestría pedagógica. Le solicitamos toda su cooperación, que confiamos de antemano que será seria y activa, para confeccionar una encuesta con el objetivo de describir las principales causas de morbilidad del niño amamantado con lactancia materna.

Si está de acuerdo con nuestra petición le pido que complete el formulario que se anexa a esta carta.

Muchas Gracias

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos _____ Institución donde labora:

Título Universitario: _____ Especialidad:

Cargo o responsabilidad: _____ Título Académico o Grado Científico: _____

CUESTIONARIO

1. Marque con una cruz (x), en una escala creciente de 1 a 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento e información que tiene sobre el tema objeto de investigación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.- Realice una autovaloración, según la tabla siguiente, de sus niveles de argumentación o fundamentación sobre el tema objeto de investigación.

FUENTES DE ARGUMENTACIÓN	ALTO	MEDIO	BAJO
Análisis teóricos realizados por usted.			
Su experiencia alcanzada.			
Trabajo de autores nacionales.			
Trabajos de autores extranjeros.			
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero.			
Su intuición.			

PROCESAMIENTO PARA EL CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE COMPETENCIA.

En el procesamiento se calcula el coeficiente de competencia de la siguiente forma:

$$K = \frac{1}{2}(K_c + K_a)$$

Donde K: índice de competencia.

K_c: coeficiente de conocimiento o información que tiene el especialista en relación con el tema objeto de estudio. Resulta el promedio de los valores que cada candidato le otorga a cada una de las preguntas según el conocimiento que tenga al respecto.

K_a: coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del especialista: Es el resultado de la suma de los valores del grado de influencia de cada una de las fuentes de argumentación

El Ka resultó de la tabla de valores siguiente: Fuente Alpizar (2004)

FUENTES DE ARGUMENTACIÓN	ALTO	MEDIO	BAJO
Análisis teóricos realizados por usted.	0,3	0,2	0,1
Su experiencia alcanzada.	0,5	0,4	0,2

Trabajo de autores nacionales.	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros.	0,05	0,05	0,05
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero.	0,05	0,05	0,05
Su intuición.	0,05	0,05	0,05

Se concluye entonces que:

La competencia del especialista es alta si: $K \leq 0,8$

La competencia del especialista es media si: $0,5 < K \leq 0,8$

La competencia del especialista es baja si: $K \leq 0,5$

Resultados de la determinación del nivel de competencia de los especialistas:

Especialista	K_c	K_a	K
1	1,0	1,0	1,0
2	0,9	1,0	0,95
3	0,9	1,0	0,95
4	1,0	1,0	1,0
5	0,8	0,9	0,85
6	1,0	0,8	0,9
7	0,7	1,0	0,85
8	0,8	0,9	0,85

K_c : coeficiente de conocimiento o información que tiene el especialista en relación con el tema objeto de estudio

K_a : coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del especialista

K: índice de competencia

Fórmula para determinar el índice de competencia K

$$K = \frac{1}{2}(K_c + K_a)$$

Debe cumplirse que $0,25 \leq K \leq 1,0$.

Para $0,5 \leq K < 0,8$ se considera que el grado de conocimientos es medio

Y para $0,8 \leq K \leq 1,0$ se considera alto.

ANEXO No.4.

GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A EXPERTOS

- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Datos de identificación del entrevistado y vinculación con el tema.
- ✓ Criterios, vivencias y experiencias personales sobre lactancia materna.
- ✓ ¿Como adquirir conocimientos y actualización por el personal de salud?.
- ✓ Conocimientos de las normas nacionales de ablactación en el < 1 año.
- ✓ Historia del Programa de promoción y rescate de la Lactancia Materna
Exclusiva en su nivel o lugar de desempeño.
- ✓ Indicadores conocidos para medir avances y retroceso.
- ✓ Relaciones con otras instituciones o sectores para lograr el éxito.
- ✓ Función específica que ha tenido o tiene en función del programa.
- ✓ En su opinión personal. ¿Por qué falla? o ¿Por qué avanza?

- ✓ ¿Qué se pudiera hacer con las discrepancias entre las políticas oficiales de los organismos, expertos y la práctica? ¿Quién está equivocado?
- ✓ ¿Considera que existen conocimientos y habilidades en los trabajadores de la Salud para rescatar, fomentar, incrementar y producir cambios?
- ✓ ¿Que cree usted que piensa la población sobre el tema?
- ✓ Creencias, mitos, tabúes, Ideas confusoras
- ✓ ¿Como ve el futuro respecto a la lactancia materna exclusiva?
- ✓ ¿Se evalúa en la docencia de pre y post grado?
- ✓ Controversias teóricas, prácticas, científicas que requieren evidencias.
- ✓ Experiencias personales. Tiempo dedicado a la actividad.
- ✓ ¿Es necesario otros espacios? Escenario.
- ✓ Es necesario más capacitación? ¿Cómo hacerla?

ANEXO No.5.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A EXPERTOS Y TRABAJADORES DE LA SALUD.

Estimado(a) compañero(a):

Ha sido seleccionada usted para una investigación cuyo tema principal es la morbilidad y lactancia materna, con la intención de incrementar la prevalencia de las mujeres que lactan a sus hijos de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño porque tenemos la certeza que la lactancia natural no tiene sustitutos, ni debe tener barreras.

Tiene el derecho de rechazar la propuesta de participación o abandonarla cuando lo desee, pudiendo contribuir con los resultados a que nuestros niños y madres reciban mayor calidad de vida luego de practicar el amamantamiento

Solo necesitamos su colaboración en opiniones francas y sinceras sobre los temas que le proponemos y el tiempo será el mínimo

Guardamos el anonimato de sus criterios u opiniones en los resultados del informe final.

Si está de acuerdo muestre su consentimiento al pie del documento y7 le reiteramos las gracias por su contribución.

Nombre y apellidos _____

Fecha _____

ANEXO No.6.

TESTS DE CHI- SQUARE APLICADO A LAS VARIABLES

TABLA No.1. EDAD DE LA MADRE Y TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,196 ^a	6	,303
Likelihood Ratio	9,924	6	,128
Linear-by-Linear Association	,874	1	,350
N of Valid Cases	245		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,82.

**TABLA No.2. ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y TIEMPO DE LACTANCIA
MATERNA**

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,681 ^a	6	,351
Likelihood Ratio	6,913	6	,329
Linear-by-Linear Association	,730	1	,393
N of Valid Cases	245		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

TABLA No.3. EDAD DEL NIÑO Y TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,635 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	26,732	6	,000
Linear-by-Linear Association	15,240	1	,000
N of Valid Cases	245		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,02.

TABLA No.4. EDAD DEL NIÑO Y TIPO DE LACTANCIA MATERNA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	162,519	6	,000
Razón de verosimilitud	205,340	6	,000
Asociación lineal por lineal	130,176	1	,000
N de casos válidos	245		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,04.

TABLA No.5. ENFERMEDADES PRESENTADAS Y TIPO DE LACTANCIA MATERNA.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,787 ^a	10	,059
Likelihood Ratio	22,682	10	,012
Linear-by-Linear Association	,247	1	,619
N of Valid Cases	245		

a. 2 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,97.

TABLA No.6. TIPO DE LACTANCIA CON INGRESOS HOSPITALARIOS.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,321 ^a	6	,156
Likelihood Ratio	9,608	6	,142
Linear-by-Linear Association	4,098	1	,043
N of Valid Cases	244		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,11.

TABLA No.7. TIPO DE LACTANCIA MATERNA CON EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,180 ^a	8	,416
Likelihood Ratio	9,696	8	,287
Linear-by-Linear Association	4,464	1	,035
N of Valid Cases	245		

a. 5 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

ANEXO No.7.

RESULTADOS EN GRAFICOS

**GRAFICO No.1. EDAD DE LA MADRE CON TIEMPO DE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006**

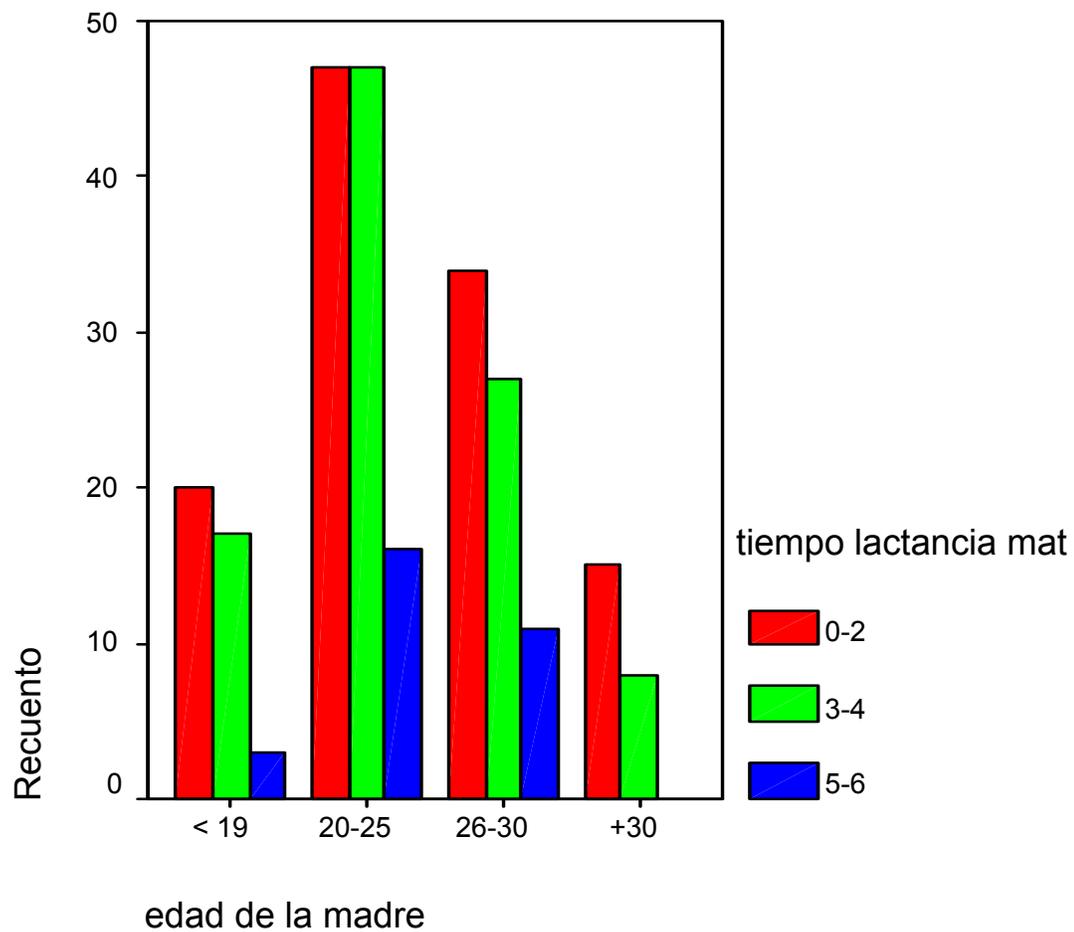


GRAFICO No.2. ESCOLARIDAD DE LA MADRE CON TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO-DICIEMBRE 2006

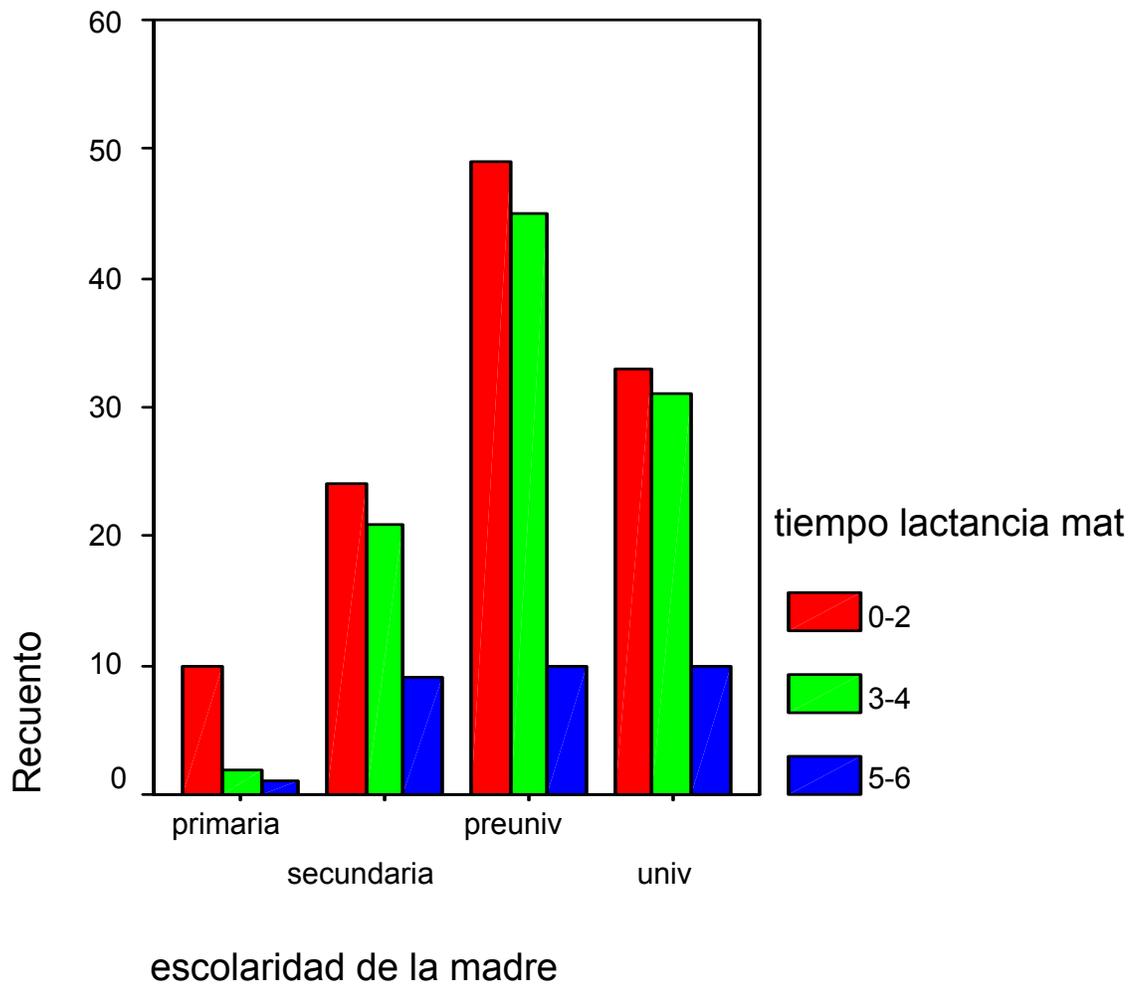
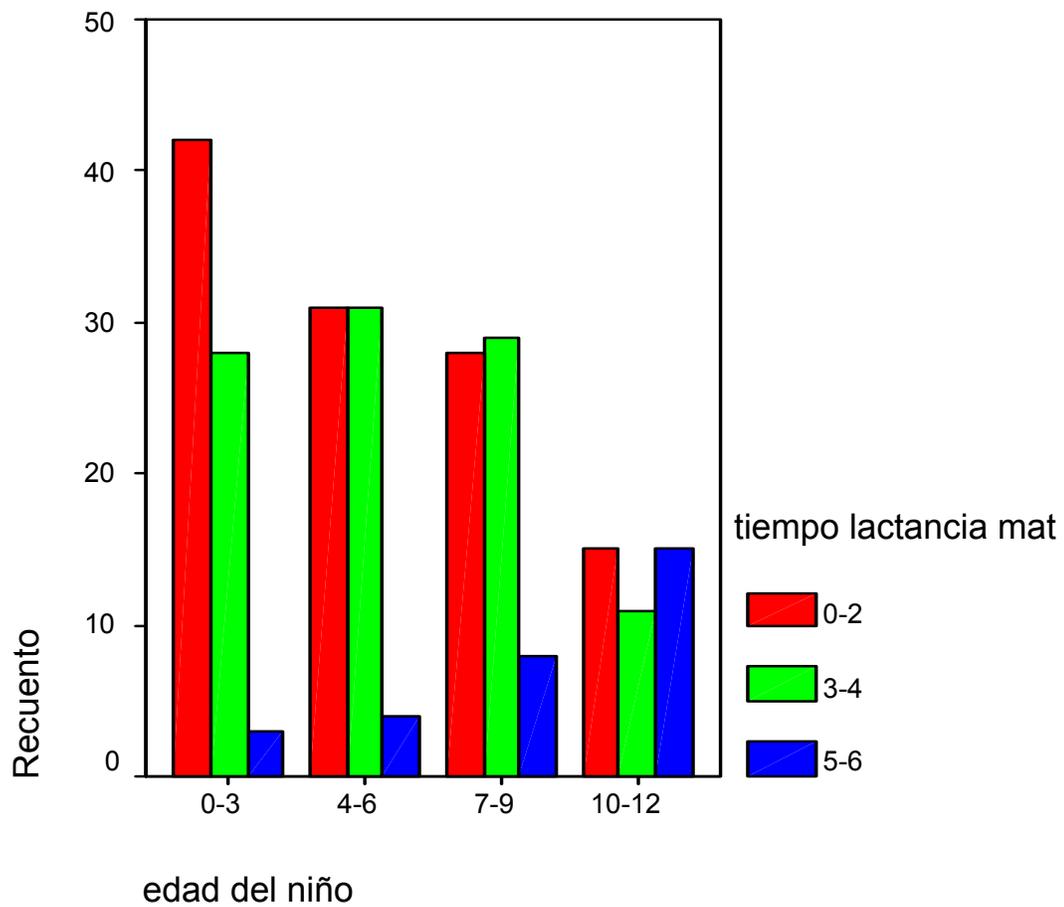


GRAFICO No.3. EDAD DEL NIÑO CON TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006



**GRAFICO No.4. EDAD DEL NIÑO CON TIPO DE LACTANCIA MATERNA.
MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006**

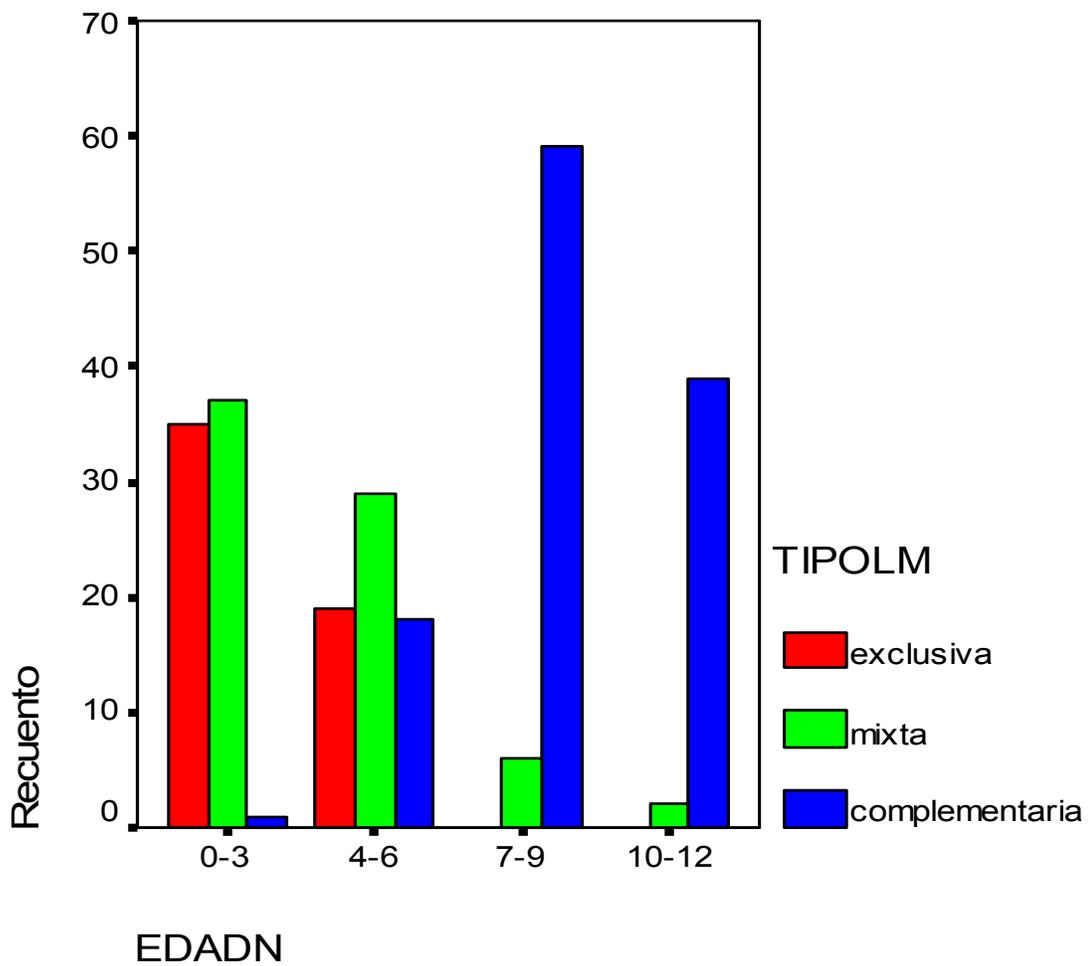
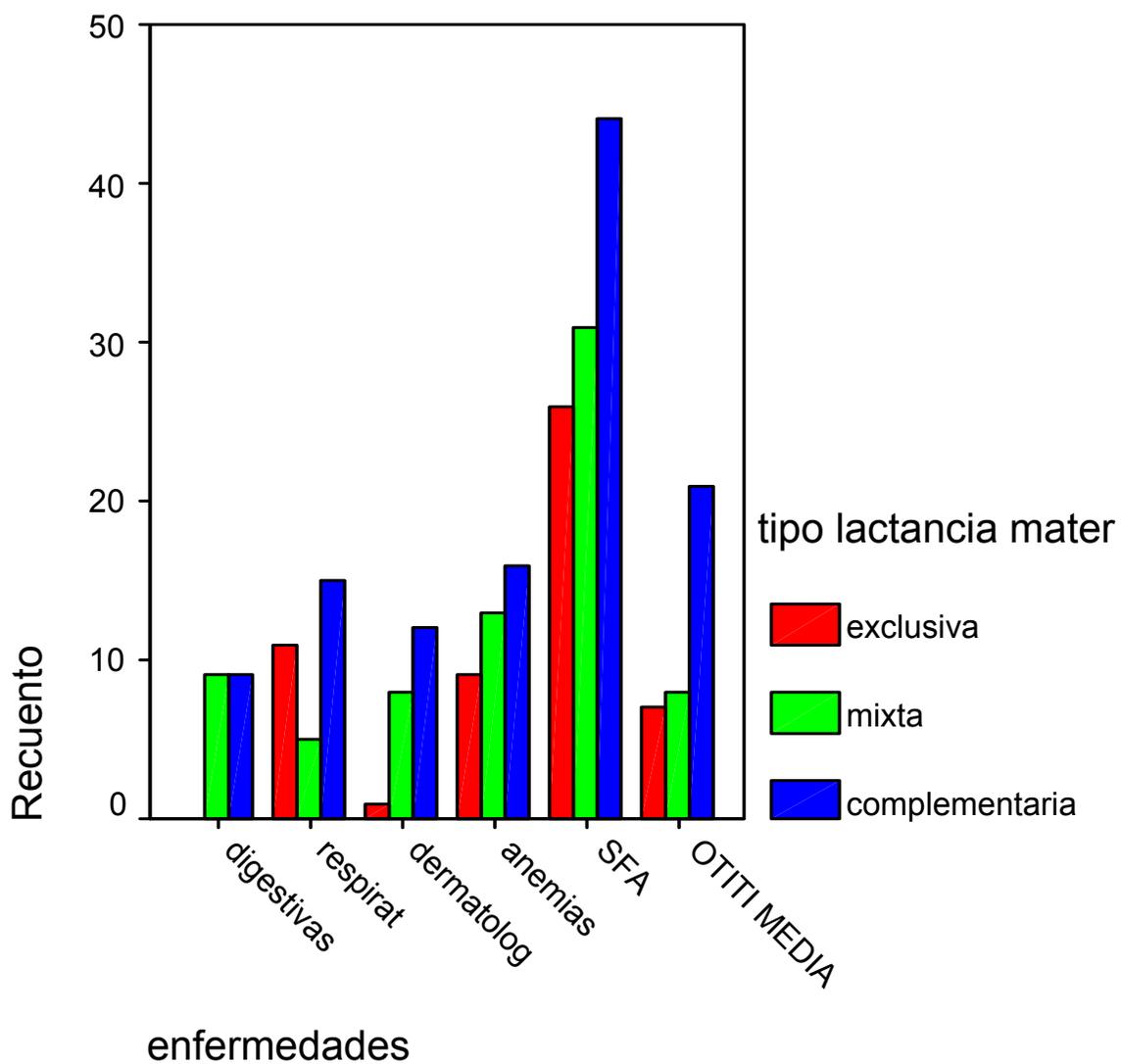


GRAFICO No. 5. ENFERMEDADES PRESENTADAS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA MATERNA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006



**GRAFICO No.6. TIPO DE LACTANCIA CON INGRESOS HOSPITALARIOS.
MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006**

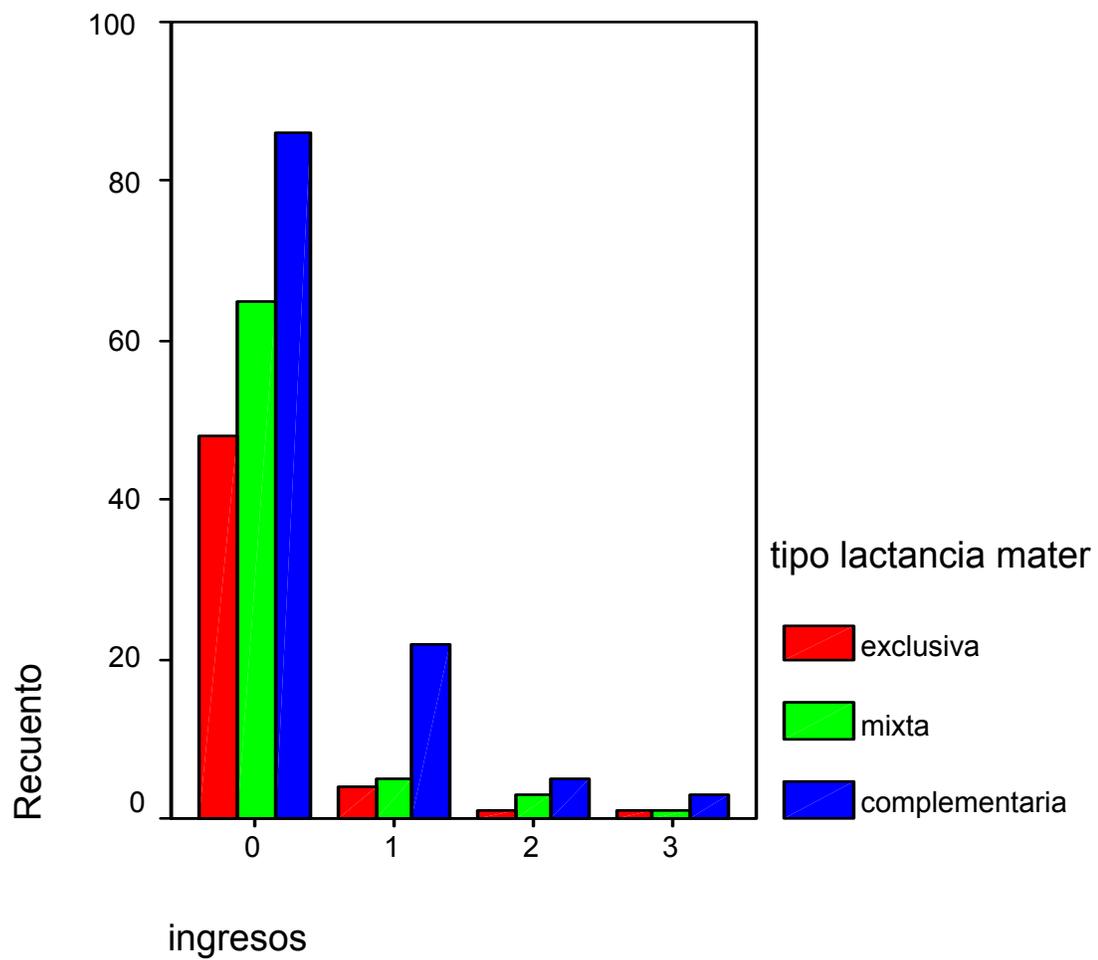


GRAFICO No.7. TIPO DE LACTANCIA MATERNA CON EVALUACIÓN NUTRICIONAL. MUNICIPIO CIENFUEGOS. ENERO- DICIEMBRE 2006.

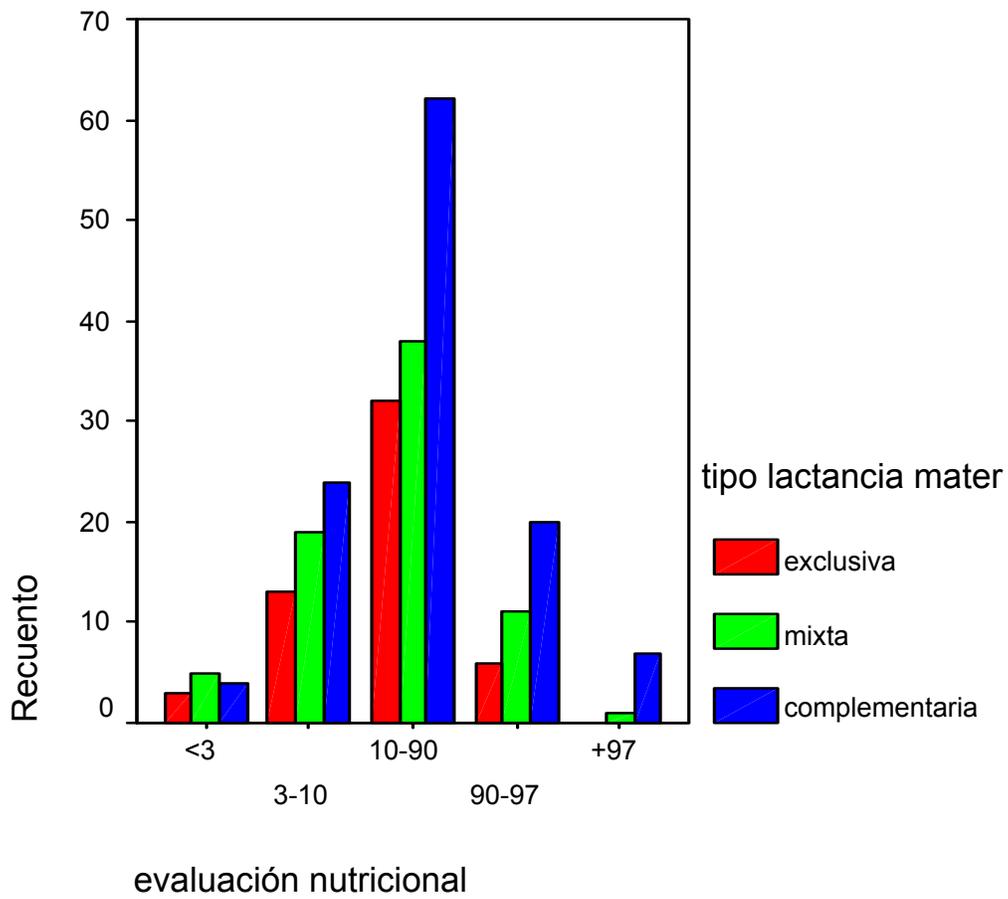


GRAFICO No.8. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR ÁREA DE SALUD

