



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

“La inmunización es la medicina preventiva por excelencia. Si se dispusiese de una nueva vacuna que pudiese prevenir mal de un millón de muertes infantiles por año, que, además, fuese barata, segura, se administrase por vía oral y no precisará de una cadena de frío, se convertiría inmediatamente en una prioridad para la salud pública. La lactancia materna es aun mas.”
(The Lancet, vol.344. n°8932)⁽⁷⁾

Titulo:

“Lactancia materna: un recurso natural para la salud pública.”

Autor: Brunori, Ileana Caren

Tutor: Dr. Rabbia, Miguel Elías: Medicina General y de Familia

Co-tutora: Marzetti, Fabiana Marcela: Médica Pediatra.

Fecha de presentación:

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Marco teórico	5
Problema	20
Objetivos	20
Material y métodos	21
Resultados	23
Discusión	40
Conclusión	43
Bibliografía	44
Anexos	48

Resumen

Se llevo a cabo un estudio descriptivo observacional en base a la recolección de datos aportados por una encuesta realizada a un grupo de madres(n=200) que concurrieron al control de salud en la “Clínica Regional Privada” de la ciudad de San Genaro durante los meses de Enero y Febrero de 2012.

El objetivo de dicho estudio científico es “conocer la tasa de prevalencia de lactancia materna en niños de un dos meses a dos años de edad”.

Al analizar los resultados estadísticos podemos afirmar que la tasa de prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue el 51% ($102/200=0,51$), con un intervalo de confianza del 95% que nos lleva a concluir que la verdadera tasa de prevalencia de la lactancia materna en la ciudad de San Genaro esta entre el 37% y el 65% (IC_{95%} (0,37; 0,65).

Es importante destacar también que el 76% (152) de las madres refiere que el tiempo transcurrido desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho fue hasta una hora.

Con respecto a los datos de los niños; la edad promedio fue de 1,01 y el peso promedio al nacer fue de 3,32. Si analizamos el sexo el 56% (112) de los niños es de sexo femenino y el 44% (88) de sexo masculino.

Teniendo en cuenta las características de las madres que realizaron la encuesta, afirmamos que el 84% (168) tienen nivel inicial completo o más.

Si caracterizamos la composición familiar diré que el 55,5% (111) de las madres tienen un hijo nacido vivo, el 30% (60) dos hijos y solo el 11% (22) tres hijos.

Destacaremos que el 52,5% (105) de las madres en los últimos 7 días ha realizado algún trabajo fuera del hogar.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, prevalencia de lactancia materna, beneficios de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva

Introducción

La alimentación es fundamental para el desarrollo de la salud y calidad de vida de las personas, ejerce influencias a lo largo de toda la vida. La nutrición, referida a la incorporación de los nutrientes presentes en el acto alimentario es un proceso paralelo pero distinto de la alimentación.

La nutrición y la salud de la población están condicionada por cambios en los patrones de la alimentación que a su vez amplían problemas nutricionales como: la desnutrición infantil y materna en procesos de lactación, déficit de micronutrientes, desnutrición oculta, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.

Visto desde la perspectiva dinámica, este proceso de transición nutricional hace que las poblaciones se posicionen en situaciones extremas: prevalecen la desnutrición aguda o la obesidad desembarcando en enfermedades crónicas no transmisibles, no solamente en un mismo territorio o barrios de una misma comunidad si no que aun muchas veces es observable en el seno de un mismo hogar⁽¹⁾

La alimentación es una necesidad básica para la vida y un derecho inalienable de todas las personas, es por ello que, “La alimentación al seno materno en los países desarrollados es cosa de conveniencia, sin embargo, en los países en desarrollo es cuestión de supervivencia”

El acto alimentario es un aprendizaje que se desarrolla desde los primeros momentos de la vida del ser humano. Comer es mucho mas que alimentarse, es un espacio de comunicación de transmisión de tradiciones y cultura, de transmisión de afecto, y enriquecimiento de los vínculos.

Las posibilidades que una persona, familia o comunidad dispone para alimentarse se relacionan directamente con el modo en que se aprovechan y utilizan los propios recursos y capacidades⁽²⁾

La lactancia es la alimentación natural de todas las crías de mamíferos, entre las que se encuentra el ser humano, haciendo referencia al proceso fisiológico de secreción Láctea a través de la glándula mamaria⁽³⁾.

Está aceptado, que la lactancia materna⁽²⁾ disminuye la morbilidad y que además en los países pobres disminuye la mortalidad infantil. Existen numerosas iniciativas para aumentar la incidencia y la duración de la lactancia natural en todo el mundo, donde intervienen organismos internacionales, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas, que basan su estrategia en programas que ayudan a difundir las ventajas del amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses.

Numerosas investigaciones realizadas en las ultimas décadas han confirmado el alto valor de la leche humana como inmunomodulador y por lo tanto como factor protector y preventivo de gran número de enfermedades, incluso algunas de aparición tardía en la infancia o adolescencia (linfoma, diabetes tipo 1, etc.). Estudios realizados en brasil y Centroamérica, demostraron que un bebe no amamantado presenta: 18 veces mas riesgo de padecer diarrea; 4 veces mas riesgo de morir por neumonía; 3 veces mas riesgo de padecer OMA (otitis media aguda); en caso de prematurez 20 veces mas riesgo de padecer enterocolitis necrotizante; 4 a 16 veces mas riesgo de padecer meningitis por haemofilus influenzae; mas riesgo de padecer enfermedades como asma, alergias, enfermedades autoinmunes, diabetes tipo 1, leucemias, linfoma, celiaquia, enfermedad de crohn, rechazo a transplantes, además hay que considerar que el 8% de los niños no amamantados son alérgicos a la leche de vaca y de ellos 50% son también a la leche de soja⁽⁴⁾.

Marco teórico

Mecanismo de secreción de la leche humana:

La glándula mamaria esta plenamente preparada para la lactancia desde la semana 16 de gestación, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactiva por el equilibrio de las hormonas inhibitoras que suprimen la respuesta de la célula diana. En las primeras horas y días posparto, la mama responde a cambios hormonales y al estímulo de la succión, producción, secretando leche⁽⁵⁾.

Los impulsos nerviosos procedentes de la succión del pezón son transmitidos al sistema nervioso central por la medula espinal, en especial al hipotálamo donde se produce la prolactina y la oxitocina (Reflejo de Hatrius y Ferguson, Bargmann)⁽³⁾.

El control hormonal de la secreción Láctea transcurre en tres estadios principales:

- ✓ Mamogènesis o crecimiento de la mama;
- ✓ Lactogènesis o inicio de la secreción de leche;
- ✓ Galactopoyesis o mantenimiento de la secreción Láctea ya establecida.⁽⁵⁾

Lacto génesis estadio 1: inicio de la secreción de leche

Se inicia unas doce semanas antes del parto.⁽⁵⁾

La mama fabrica pequeñas cantidades de leche y se detectan lactosa y alfa lacto albúmina (que solo producen las células mamarias) en sangre y en orina.⁽⁶⁾

Lacto génesis estadio 2: "bajada de leche"

Este estadio se inicia a continuación de la expulsión de la placenta y es estimulado por la caída de los niveles de estrógeno y progesterona y el mantenimiento de los de prolactina.

El periodo posparto se caracteriza por niveles sericos elevados de prolactina, que es la hormona principal de la biosíntesis de leche. Esta actúa sinèrgicamente con cortisol, insulina, hormona estimulante tiroidea (TSH) Y hormona de tirotrofina (TRH).⁽⁵⁾

En los primeros días posparto cambia el epitelio mamario y se incrementan los niveles de leche de 30 a 150 ml por día, hasta alcanzar los 300 ml entre el 5to y el 6to día posparto. También hay cambios en su composición. El calostro se manifiesta hasta el 5to día, la leche de transición del 6to al 16to día, la leche madura, que es la definitiva se instaure a partir del día 17⁽⁷⁾.

Lactopoyesis: mantenimiento de la secreción (secreción copiosa de leche)

Es el proceso que mantiene la producción de leche una vez establecida la lactancia.⁽⁶⁾

La mama no es un contenedor pasivo de leche sino un órgano de activa producción regulado mas por el niño que por hormonas.⁽⁵⁾

Regulación de la síntesis; secreción y expulsión de leche:

Psicoimmunoneuro endocrinología de la lactancia materna⁽⁸⁾

La leche se produce de forma continua en los alvéolos. La producción Láctea varía en función de la rapidez de síntesis de las células alveolares (que depende de la madre) y la eficacia y frecuencia del vaciado (que dependen del niño).

Entre toma y toma, la leche producida va rellenando alvéolos, conductos y senos galactòforos.⁽⁶⁾

La regulación central de la producción de leche se produce a través de la acción de diversas hormonas: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, insulina y suprarrenales.⁽⁶⁾

Prolactina

Durante el embarazo, en respuesta al aumento de los niveles de estrógeno y progesterona, la hipófisis produce prolactina. Estimula la diferenciación de las células alveolares en los extremos de los conductos lactíferos de las mamas, llamadas galactocitos. A partir de las 20 semanas, además, estimula la producción Láctea. Sin embargo, la mama gestante no produce leche por la acción de otras dos hormonas, la progesterona y el lactogeno placentario.

Tras el parto a las pocas horas, desaparece el lactogeno placentario y unos días después disminuye la progesterona, lo que deja vía libre a la acción de la prolactina y permite la actividad secretora sin restricciones.⁽⁶⁾

La prolactina alcanza por vía sanguínea las células del alveolo mamario, produciéndose la secreción de leche. Su acción comienza 48 a 72 hs posparto. La cantidad de hormona liberada es proporcional con la intensidad de la estimulación de pezón, cuanto mas succione mas leche producirá⁽⁵⁾.

La prolactina presenta una secreción basal continua a la que le superponen de forma episódica picos máximos de secreción inducida por la succión del lactante.⁽⁷⁾

La secreción basal de prolactina tiene un ritmo circadiano, con un incremento durante la noche relacionado con el sueño, mas que con las horas del día⁽⁹⁾.

Otro efecto importante de la prolactina es su acción sobre la fertilidad, suprimiendo la ovulación, siendo uno de los factores determinantes en la inhibición de secreción de GNRH, produciendo amenorrea lactacional. Aumentando de esta manera el intervalo ínter genésico y ayudando indirectamente a proteger la salud de la madre y el bebé⁽⁷⁾.

La respuesta a estímulos sobre el pezón puede ser inhibida por medicación especialmente anestésicos locales o interposición de pezoneras entre la boca del bebe y el pezón.

Oxitocina

La presión negativa que origina la succión no es suficiente para el vaciado de los alvéolos.

La occitocina se libera en respuesta al estímulo del pezón, por succión o manipulación y en respuesta a estímulos físicos, visuales, sonoros o emocionales agradables, generalmente relacionado con el bebe. Estos

estímulos alcanzan por diferentes vías los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo que libera ocitocina. Ésta llega a la mama por vías sanguínea y estimula los receptores específicos de las células mioepiteliales, cuya contracción provoca la salida de leche del alveolo facilitando su desplazamiento por los conductos hacia el pezón.⁽⁶⁾

También, provocando a nivel del útero contracciones que favorecen la involución uterina. En algunas mujeres, estas contracciones en los primeros días del posparto pueden producir dolor tipo cólico, sobre todo en las multíparas⁽³⁾.

Mecanismo de succión

La habilidad para succionar puede no estar en todos los niños plenamente desarrollada al nacer y puede estar condicionada por drogas recibidas por la madre durante el parto.

La succión es observada en la vida intrauterina desde la semana 24, es precedida por la deglución refleja de líquido amniótico desde la 11ª semana. La succión se coordina con la deglución desde la semana 32 y ambas con la respiración desde la 34ª⁽³⁾.

Luego del parto el niño debe comenzar la lactancia lo antes posible. Se recomienda la alimentación a libre demanda, tomando la precaución, principalmente en las primeras 24 a 48 horas, de que las mamadas no se espacien más de tres horas para evitar la presentación de hipoglicemias. La primeras semanas se recomienda continuar con el régimen a libre demanda y respetar los horarios de sueño-vigilia⁽⁸⁾.

Generalmente después de varios intentos el niño se prende al pecho y comienza a succionar vigorosamente. Estas primeras mamadas son críticas ya que grabarían la impronta del patrón de succión que tiende a ser repetido por el niño. Por ello es de tanta importancia el contacto temprano y la puesta al pecho durante la primera hora posparto.

La boca del bebé se adapta al pezón y areola conformando juntos una unidad. Facilitado por el reflejo de hociqueo y de búsqueda⁽⁴⁾.

1. El pecho, la areola y el tejido de mama subyacentes son introducidos profundamente en la boca; los labios y las mejillas del niño se sellan. Los labios rodean por fuera el pecho y se encuentran relajados.
2. El ápice de la lengua se coloca sobrepasando la encía inferior, mientras que el resto de la lengua se adhiere a la areola.
3. Durante el amamantamiento el pezón altamente elástico se elonga a dos o tres veces en su longitud formándose una tetilla dentro de la boca del niño. El pezón se extiende hacia atrás a nivel de la parte posterior de la lengua hasta la unión entre el paladar blando y duro. En su base, el pezón es sostenido entre la encía superior y la lengua que cubre la encía inferior. Si la posición al mamar es correcta, el pezón no debe salir de la boca del bebé.
4. La mandíbula mueve la lengua hacia arriba, comprimiendo la areola contra el borde alveolar del bebé, lo cual provoca que la leche pase de los senos lactíferos a la boca del niño.
5. El movimiento de la lengua durante la mamada es una onda peristáltica; mientras la parte anterior se eleva, la parte posterior desciende y se retrae en movimientos peristálticos, formándose una hendidura que canaliza la leche hacia la parte posterior de la cavidad oral donde estimula receptores para iniciar el reflejo de deglución. Este movimiento hacia atrás crea una presión negativa que facilita la transferencia de leche desde el pecho a la boca del niño.
6. Si el volumen de leche tomado es suficiente para desencadenar la deglución, la parte posterior de la lengua se eleva y presiona contra la pared posterior de la faringe. El paladar blando asciende y cierra el pasaje hacia la cavidad nasal. La laringe se desplaza hacia arriba y hacia delante para impedir el pasaje a la traquea, impulsando la leche hacia el esófago, para luego retornar a su posición previa.
7. El bebé desciende la mandíbula, los lactíferos se cargan y comienzan un nuevo ciclo.⁽⁹⁾

Composición de la leche materna

La leche de mujer se elabora según un patrón y un código genético humano propio de nuestra especie. Las diferencias con la leche de vaca tiene un carácter tanto cualitativo como cuantitativo, ya que la leche humana esta adaptada para las características del recién nacido.

Cronológicamente tiene diferente composición el calostro, la leche de transición, la leche intermedia, la leche madura y la leche de destete⁽¹⁰⁾.

Calostro

En los primeros 4- 7 días se produce el calostro, teniendo en cuenta que en bebés prematuros este tiempo se extiende por 21 días. Este presenta un valor energético (671 Kcal.) inferior, pero de mayor contenido en proteínas, sobre todo IgA secretora y lactoferrina, oligosacàridos, factor de crecimiento intestinal y diversos minerales. La cantidad de grasa es baja pero con alto contenido en colesterol. Su función principal es proporcionar sustancias para el crecimiento y protección del aparato digestivo, siendo la primera inmunización del bebé⁽¹³⁾.

El volumen varía entre 2 y 20 mililitros por toma en los primeros tres días de ocurrido el nacimiento. El volumen total va a depender de la toma que realice el niño y de paridades anteriores ya que mujeres multíparas tienen más calostro y su volumen es mayor que en las primíparas.

El color amarillento se debe al beta-caroteno que forma parte del calostro. Los componentes del calostro son superiores en cuanto a la concentración respecto de la leche madura.

Otra de las propiedades que posee esta secreción, es el establecimiento de la flora digestiva y de la expulsión del meconio. El meconio contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus bifidus* y es primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido.

Por ultimo el calostro provee al niño de anticuerpos que le permiten hacer frente a los microorganismos presentes en el canal del parto⁽¹⁴⁾

Al 7º día se produce la bajada de prolactina, apareciendo la leche de transición, cuya secreción persiste hasta el 15º día. Esta tiene una composición intermedia entre el calostro y la leche madura, con disminución de la cantidad de inmunoglobulinas y aumento de lactosa, lípidos y vitaminas hidrosolubles^(15;16)

Finalizada la bajada de prolactina el día 15 aparece la leche intermedia continuándose hasta el día 22, para comenzar luego a secretarse la leche

madura con un mayor contenido calórico (700Kcal/l) para cubrir las necesidades energéticas del lactante.

Dentro de la leche madura aparecen variaciones a lo largo de la toma, siendo la leche de comienzo más rica en hidratos de carbono y agua (fracción solución), la del medio más rica en grasas pequeñas y aceites (fracción suspensión) y la del fin de la mamada más abundante en lípidos y pobre en agua (fracción emulsión). Siendo esta última la más nutritiva para el bebé ⁽¹⁵⁾

La leche del destete presenta características similares al calostro⁽¹⁴⁾

.Nutrimientos	Cantidad	Función
Proteínas		
ICA	50-100 mg/dl	Protección inmunitaria
IBM	2mg/dl	Protección inmunitaria
i.e.	1mg/dl	Protección inmunitaria
Lacto ferina	100-300mg/dl	Antiinfecciosa, portadora de hierro
Lisosoma	5-25mg/dl	Antiinfecciosa
Alfa-lacto albúmina	200-300mg/dl	Portadora de hierro
Caseína	200-300mg/dl	Portadora de hierro, inhibe la adherencia microbiana a las mucosas
Carbohidratos		
Lactosa	6,5-7,3g/l	Fuente de energía
Oligosacàridos	1,0-1,5g/l	Ligandos microbianos
Glucosconjugados	-	Ligandos microbianos y virales
Grasas		
Triglicéridos	3,0-4,5g/l	Fuente de energía
LC-PUFA	-	Esenciales para el desarrollo cerebral y de la retina y el crecimiento de los lactantes
FFA	-	Antiinfeccioso

LC-PUFFA: ácidos grasos polinsaturados de cadena larga; FFA=ácidos grasos, producidos a partir de triglicéridos durante la digestión de la grasa en estomago e intestino. ^(UNICEF)

Ventajas de la leche de madre y de la lactancia materna

La lactancia materna⁽¹⁶⁾ es reconocida ampliamente por ser el medio nutricional y vincular por excelencia para la lactancia del niño pequeño.

El objetivo para lograr un crecimiento y desarrollo del niño exitoso debe cumplir con la norma dictada por el Ministerio de Salud de la Nación; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF donde establece que la Lactancia Materna Exclusiva debe mantenerse durante los primeros seis meses de vida del niño, y luego incorporar alimentación complementaria oportuna y continuar con lactancia materna hasta cumplidos los dos años.

Las características nutricionales de la leche materna son únicas e irremplazables, están adaptadas a cubrir las necesidades alimentarias del recién nacido. Existen muchas razones para sostener esta recomendación; primero, la leche humana es el nutriente óptimo para los lactantes de término y para los pretérmino, con respecto a su composición proteica, grasa e hidrocarbonada.

Segundo, las propiedades antiinfecciosas de la leche humana disminuyen la incidencia de enfermedades agudas tales como diarrea infecciosa, flora fecal bacteriana patogénica, enterocolitis necrotizante, otitis media, infecciones de vías aéreas inferiores e infecciones urinarias entre los lactantes.

Tercero, se ha sugerido que la incidencia de enfermedades en las que intervienen el sistema inmunológico, como Diabetes Mellitus, enfermedad de Crohn, eczema, asma y gastroenteritis alérgica es más baja entre lactantes alimentados a pecho exclusivo.

Cuarto, se ha observado ventajas psicológicas y cognoscitivas a largo plazo entre lactantes alimentados a pecho, en comparación con aquellos alimentados con leche artificial.

El amamantamiento es importante para el recién nacido y también tiene efectos beneficiosos para la mujer, para la familia, la sociedad y la ecología, los cuales se amplían si es exclusiva hasta el sexto mes de vida:

En la mujer⁽³⁾

1. la lactancia favorece la involución uterina

2. en las mujeres que han amamantado se observa menor incidencia de patologías en años posteriores
3. la lactancia demora el retorno de la ovulación y por ende la posibilidad de un nuevo embarazo
4. comodidad en cuanto al sitio y horario de la mamada
5. disminución de la incidencia de neoplasias de mama, ovario y útero
6. disminución del sangrado post-parto, de la incidencia de hemorragia puerperal y de anemia materna.
7. disminuye la incidencia de depresión puerperal, desarrolla mejores lazos afectivos (apego) determinando menos casos de maltrato y abandono del niño.

En el recién nacido

1. el alimento para el recién nacido esta siempre dispuesto y al alcance de la mano y no necesita de otros complementos
2. el aporte que brinda la leche materna no se compara con el de otro alimento
3. mejor desarrollo psicomotor, emocional y social
4. protege contra las infecciones
5. protege contra la alergia
6. menor incidencia de muerte en cuna
7. menor riesgo de diabetes insulino dependiente, y cáncer como el linfoma.
8. menor respuesta a las vacunas y mayor capacidad de reacción frente a las infecciones.
9. menos problemas dentales y de ortodoncia y se asocia con mayor desarrollo de la inteligencia

Para la familia

1. protege el presupuesto familiar
2. brinda un modelo de crianza útil para la descendencia
3. estrecha los lazos afectivos

Para la sociedad

1. el costo de una dieta adecuada para la madre es menor que el costo de alimentar al niño con fórmula
2. la madre puede utilizar el dinero extra para alimentar a otros miembros de la familia
3. no pierde el tiempo en la preparación de alimentos
4. se reduce el costo de las consultas médicas, los medicamentos, exámenes de laboratorio y hospitalización.

Para la ecología y el medio ambiente.

1. se trata de un producto natural, renovable, contaminante y auto sostenible.
2. el amamantamiento materno es un derecho ecológico de todos los mamíferos.
3. la especie humana es el único mamífero que ofrece leche de otro animal a sus crías.

La alimentación con biberón daña el medio ambiente

1. destrucción de bosques para conseguir paz tisaje.
2. creación de grandes industrias para procesar leche.
3. se utilizan grandes cantidades de aluminio, estaño, cartón y papel para los envases
4. su producción y distribución no requieren energía ni combustible.
5. permite que los intereses comerciales, la publicidad y la promoción de las leches artificiales socaven la lactancia materna

Técnicas de amamantamiento

Si tras el parto, la madre y el bebé se mantienen en contacto piel con piel, en la mayoría de las ocasiones, el niño se agarrará al pecho en forma espontánea y en posición correcta, en la primer hora.

Si después permanece junto a su madre y se le permite agarrarse al pecho tan pronto como se observe que muestra signos de hambre (movimientos de búsqueda, hociqueo, bostezo, mano a la boca..), pueden prevenirse la mayoría de los problemas de agarre.

Posiciones: en la práctica se utilizan, habitualmente, dos posturas y algunas variantes.

Sentada:

Es la más habitual. Conviene utilizar una silla o sofá cómodo y no excesivamente mullido, que permita a la madre apoyar firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia delante y no quede plano. Se puede utilizar un reposa pies para mantener las rodillas ligeramente elevadas.

Acostada de lado:

Es la postura de elección si la madre se encuentra cansada o dolorida tras el parto o en las tomas nocturnas. La madre se acuesta de lado, lo mas cómoda posible, apoyando su cabeza en una o varias almohadas y manteniendo elevado el brazo que queda por debajo; con el otro sujeta al bebé al que coloca en frente, también de lado, de manera que su cabeza quede a la altura del pecho.

Invertida o de pelota de rugby:

Esta posición es recomendable para las mujeres que han dado a luz por cesárea ya que el peso de bebé no descansa sobre el abdomen. Es también una buena posición cuando los pechos son muy grandes y para amamantar a gemelos, niños prematuros y con bajo peso al nacer. La cabeza del bebé descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo, de forma similar a la que emplean los jugadores de rugby. En caso de gemelos lo mas practico es ofrecerles el pecho al mismo tiempo.⁽¹⁷⁾

Duración y frecuencia entre las tomas.

Se recomienda que la alimentación del lactante sea a demanda, actualmente la terminología con que se describe este proceso se denomina a mutuo requerimiento (correspondencia de la clínica de la lactancia materna con el requerimiento de la toma del bebe) es decir, que se le ofrezca el pecho cuando

lo desee y durante todo el tiempo que quiera. El tiempo que se necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre (estimativamente 20 minutos), y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Para finalizar la toma, lo mejor es esperar hasta que el niño se suelte espontáneamente del pecho.

Lo importante no es que el bebé mame de los dos pechos, sino que vacíe alternativamente cada uno de ellos. De esta forma, se asegura la ingesta de la leche de inicio y del final consiguiendo una ingesta adecuada de grasa y no excesiva de lactosa, que puede producir al bebé molestias abdominales, cólicos y deposiciones más líquidas y ácidas de lo habitual. Además, debe asegurarse un buen vaciamiento del pecho para evitar que el acumulo de leche pueda originar una mastitis.⁽¹⁷⁾

Contraindicaciones de la lactancia

La lactancia natural está contraindicada en pocas situaciones. Se aconseja la lactancia artificial en los siguientes casos:⁽¹⁸⁾

- Drogadicción materna
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha demostrado que la lactancia materna constituye un mecanismo de transmisión de la enfermedad al lactante, ya que el VIH se ha aislado de la leche materna.
- Galactosemia del lactante. En la galactosemia existe un déficit de las enzimas que transforman la galactosa de la leche en glucosa, lo que conlleva una hipoglucemia y un incremento de la galactosa.
- Tuberculosis activa no tratada.
- Mujeres en tratamiento por cáncer de mama.
- Portadoras del virus de la hepatitis B (madres seropositivas, con antígeno de superficie HBsAg). Es una contraindicación relativa, pues

aunque la leche contiene el virus, si se administra al lactante inmunoglobulina específica antihepatitis B, no existe contraindicación para la lactancia materna.

- El consumo de ciertos medicamentos contraindica el uso de la lactancia materna (antineoplásicos, cumarínicos, metrotexate, meperidina, fluoxetina, doxepina, yoduros, diazepam, alprazolam, fenobarbital, primidona, cloranfenicol, tetraciclinas, atenolol, amiodarona, atropina, difenilhidantoína, ciclosporina, azatioprina, clorpromazina, estrógenos, derivados del corzuelo de centeno, litio).

Recomendaciones actuales sobre la alimentación de los lactantes:

- Los recién nacidos deben alimentarse exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de vida
- No se debe dar a los recién nacidos preparaciones para lactantes ni otra leche que no sea la de su madre
- Se debe continuar amamantando a los niños hasta los 2 años o más aumentando la cantidad de alimentos complementarios y líquidos administrados con tasa.⁽¹⁸⁾

Estas recomendaciones están avaladas por la OMS/OPS/UNICEF/MSAL/SAP, quienes a su vez definen las siguientes denominaciones para medir las tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva, como así también las edades de destete.

La OMS reconoce los siguientes indicadores:

Lactancia Materna Exclusiva: alimentación únicamente con leche de su propia madre, ya sea por succión o extraída por ella para alimentar al niño.

Lactancia Materna Predominante: alimentación con pecho, el niño recibe agua, infusiones, jugos, sales de RHO, pero no líquidos nutritivos u otras leches.

Lactancia Materna Parcial: recibe pecho más otras leches o alimentos.

Lactancia Materna Completa: (indicador de uso estadístico): la suma de LME y Lactancia Materna Predominante.

Destete: el niño no recibe leche materna.

Esta clasificación tiene en cuenta la alimentación en las últimas veinticuatro horas previas a la encuesta, debido a que el encuestador debe preguntar ¿con qué alimento a su bebe ayer a esta misma hora.

La lactancia materna y la supervivencia infantil

Los estudios demuestran que la mayoría de los niños que se alimentan exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida crecen bien y se mantienen sanos. Es importante que los integrantes del equipo de salud conozcan la forma y frecuencia con que las madres dan de mamar a sus hijos para poder ayudarlas a comprender la importancia de alimentarlos con leche materna los primeros 6 meses de vida. Además es importante que las madres sepan que amamantar es un derecho y que garantiza la seguridad alimentaria del recién nacido y preserva a la familia.⁽¹⁹⁾

La seguridad alimentaria en la Argentina:

El concepto de seguridad alimentaria entendido como el derecho de todas las personas a tener una alimentación cultural y nutricional suficiente, admite dos niveles de análisis ⁽²⁰⁾:

- 1) seguridad alimentaria propiamente dicha a nivel macro, tiene que ver con poblaciones y grupos que habitan naciones.
- 2) Seguridad alimentaria de los hogares, en el nivel microsocioal.

De las cinco condiciones asociadas a la seguridad alimentaria ⁽¹⁾, Argentina cumple con cuatro:

²⁰ Aguirre, P.: Seguridad alimentaria, una visión desde la antropología alimentaria. Publicado en Desarrollo Integral de la Infancia: El Futuro Comprometido.

- suficiencia: existen alimentos en cantidad suficiente para abastecer a toda la población;
- estabilidad: las variaciones estacionales no comprometen la provisión de alimento;
- autonomía: en materia de alimentación nuestro país no depende del suministro externo;
- sustentabilidad: el tipo de explotación de los recursos posibilita su reproducción en su futuro;
- la quinta condición, que no esta garantizada, es la equidad, es decir, que toda la población y sobre todo los mas pobres, tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida.

La vulnerabilidad e inseguridad alimentaria de cierto grupo de población es más bien atribuible a sus limitaciones en el acceso y consumo de alimentos. Esto refuerza la importancia de los ingresos, los precios de los alimentos y el funcionamiento del mercado, como condicionante de los patrones y hábitos alimentarios y de la situación de seguridad alimentaria de los hogares, particularmente de los hogares pobres.

Teniendo en cuenta el enfoque del ciclo vital, la información sobre el estado nutricional y de los patrones alimentarios de las mujeres en edad fértil es extremadamente importante para la definición de intervenciones nutricionales dirigidas tanto a mejorar el estado nutricional de las propias mujeres, el peso al nacer y el estado nutricional de los niños pequeños.

Desde el momento de la gestación, el desarrollo y crecimiento del feto estarán altamente influenciados por la situación nutricional de la madre. Dicha dependencia se da en un ciclo en el que es difícil identificar un punto inicial. La situación nutricional pregestacional de la madre influirá no solo al feto en la presente gestación si no que modificara a la propia madre y de ello dependerá el estilo de crianza que ella podrá brindarle a su familia y a sus futuras generaciones.

Lo anteriormente expuesto tiene su cimiento en la medicina de la lactancia materna, basada en la evidencia científica. Ya que la lactancia satisfactoria

del recién nacido depende del éxito de la interacción entre la madre y el lactante, junto con el apoyo apropiado por parte del padre, la familia y los recursos sanitarios existentes.

Problema:

¿Cuál es la tasa de prevalencia de lactancia materna en niños de 6 meses hasta los 2 años en la ciudad de San Genaro?

Objetivos:

Objetivo general:

- Conocer la tasa de prevalencia de lactancia materna en niños de un mes a dos años de edad.

Objetivos específicos:

- Evaluar cual es la edad de la madre
- Conocer la alimentación de las últimas veinticuatro horas
- Releva la cantidad de hijos y la composición familiar
- Evaluar el nivel de educación formal de las madres.
- Saber si desempeña un ejercicio laboral fuera del hogar
- Cuantificar el número de lactantes que utilizan objetos de succión, ya sea para alimentarse o para satisfacer la succión no nutritiva (chupete, biberón o dedo).

Materiales y métodos:

Para la búsqueda de información se aplicó una encuesta anónima sobre lactancia materna realizada en un grupo de 200 madres que asistieron a la “Clínica Regional Privada” de la ciudad de San Genaro durante los meses de Febrero a Julio de 2012.

Uno de los objetivos de este estudio fue conocer la tasa de prevalencia de lactancia materna en niños de 2 meses hasta los 2 años en la ciudad (por inconvenientes técnicos).

Las variables a analizar serán:

Datos del niño

1. Edad del niño
2. Sexo
3. Peso al nacer
4. Si ha nacido en una institución de salud: no- si- ns/nc
5. Cual ha sido la vía del parto: natural- cesárea- ns/nc
6. tiempo transcurrido desde el parto hasta la primer lactación: mas de una hora- hasta una hora- ns/nc
7. Alimentación que ha recibido en las ultimas veinticuatro horas :leche materna- otra leche- alimento distinto de leche-otros
8. Si ha recibido alguno de los alimentos anteriores en biberón: no- si- ns/nc

Datos de la madre

9. Edad de la madre: en años
10. Cantidad de hijos nacidos vivos: especificados en números
11. Estudios: no recibió- nivel inicial menos de 3 años- nivel inicial mas de 3 años- nivel inicial completo- ns/nc
12. Ocupación: no- si- ns/nc

Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes programas:

- Microsoft Office Excel para la carga de las encuestas

- SPSS versión 11.5 para el procesamiento estadístico de los datos
- SAS versión 9.2 para el procesamiento estadístico de los datos

Se utilizaron los siguientes test:

- T de Student
- Anova (F de Snedecor)
- Test de Fisher
- Chi cuadrado

Para todos los test utilizamos un nivel de significación del 5% ($\alpha=0,05$).

Técnicas Estadísticas descriptivas:

Para describir las variables cuantitativas se calculó su promedio, desvío estándar, mínimo y máximo. Las variables cualitativas se calcularon a través de frecuencias absolutas y relativas.

Para describir gráficamente las variables se realizaron histogramas, gráficos de sectores, de barras, barras comparativas y Box Plot (diagramas de caja).

La prevalencia de lactancia materna se calculó a través de su estimación puntual y por intervalo de confianza del 95%.

Resultados:

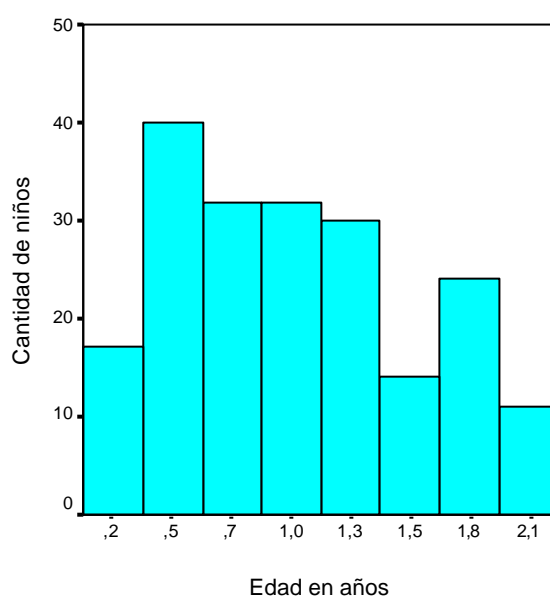
DATOS DEL NIÑO:

Edad del niño (en años)

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
0,17	2,1	1,01	0,52

La edad promedio de los niños fue de $1,01 \pm 0,52$ años, con un mínimo de 0,17 años (2 meses) y un máximo de 2,1 años (2 años y 1 mes).

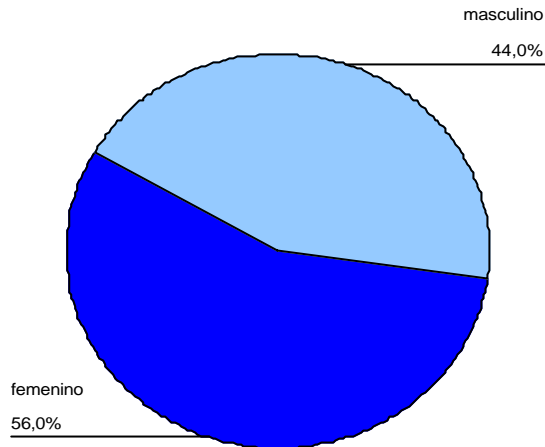
Gráfico 1: Distribución de las edades de los niños



Sexo	Frecuencia	%
femenino	112	56
masculino	88	44
Total	200	100

El 56% (112) de los niños es de sexo femenino y el 44% (88) de sexo masculino.

Gráfico 2: Sexo de los niños

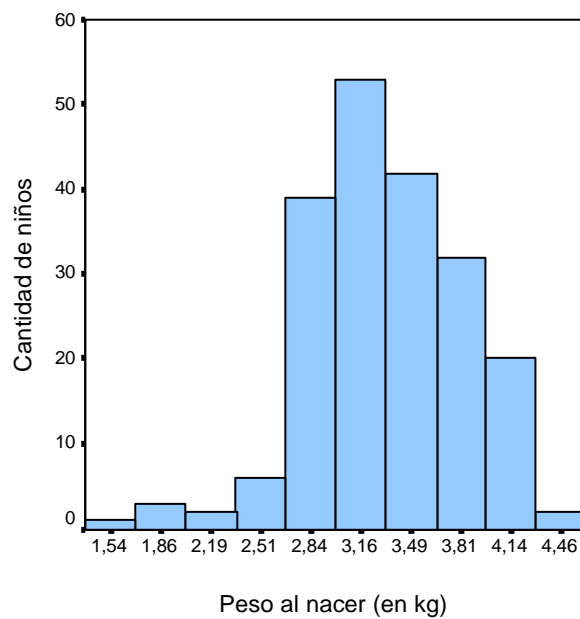


Peso al nacer (en kg)

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
1,56	4,5	3,32	0,51

El peso promedio de los niños al nacer fue de $3,32 \pm 0,51$ años, con un peso mínimo de 1,56 kg y un peso máximo de 4,5kg.

Gráfico 3: Distribución del peso al nacer de los niños (en kg)

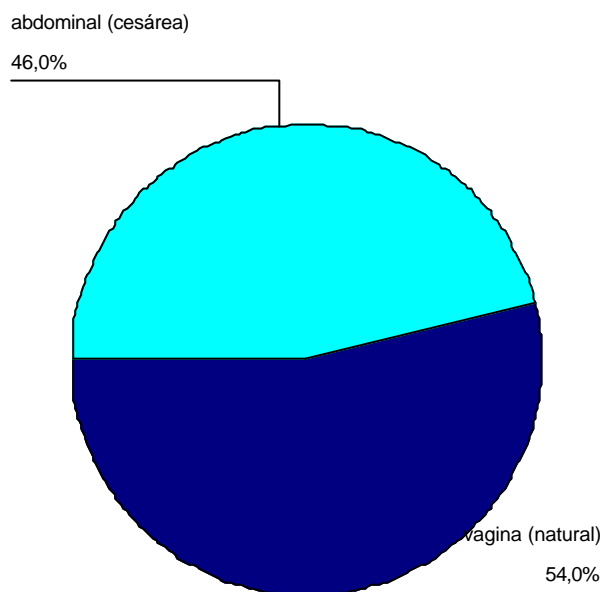


El 100% (200) de las madres atendieron sus partos en una institución de salud.

Vía del parto	Frecuencia	%
vagina (natural)	108	54
abdominal (cesárea)	92	46
Total	200	100

El 54% (108) de las madres tuvieron parto vaginal (natural) y el 46% (92) parto abdominal (cesárea).

Gráfico 4: Vías del parto



¿Cuanto tiempo transcurrió desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho?	Frecuencia	%
hasta una hora	152	76
más de una hora	40	20
no sabe/no contesta	8	4
Total	200	100

El 76% (152) de las madres refiere que el tiempo transcurrió desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho fue hasta una hora, el 20% (40) dice que más de una hora y un 4% (8) no sabe/ no contesta.

Gráfico 5: Tiempo transcurrió desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho



Conocer la alimentación de las últimas veinticuatro horas

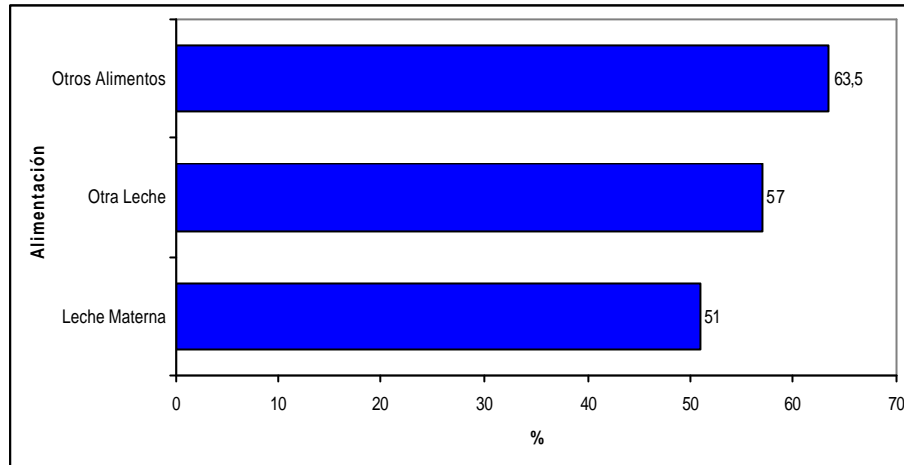
Alimentación en las últimas 24hs (previas a la encuesta). El niño recibió:

Alimentación	Frecuencia	%
Otros Alimentos	127	63,5
Otra Leche	114	57
Leche Materna	102	51

Nota: Pregunta de Respuesta Múltiple

El 63,5% (127) de los niños en las últimas 24 horas consumieron otros alimentos distintos a la leche (papilla, galletitas, etc.), el 57% (114) consumió otra leche y el 51% (102) consumió leche materna.

Gráfico 6: Alimentación en las últimas 24 horas



Cantidad de Alimentos que recibió en las últimas 24 horas	Frecuencia	%
Dos	117	58,5
Uno	70	35
Tres	13	6,5
Total	200	100

El 58,5% (117) de los niños consumieron dos alimentos, el 35% (70) consume un alimento y el 6,5% (13) consume los tres alimentos.

Conocer la tasa de prevalencia de lactancia materna en niños de dos meses a dos años de edad.

La tasa de prevalencia de la lactancia materna fue el 51% ($102/200=0,51$). Con una confianza del 95% se puede concluir que la verdadera tasa de prevalencia de la lactancia materna en la ciudad de San Genaro está entre el 37% y el 65% (IC_{95%} (0,37; 0,65)).

Cuantificar el número de lactantes que utilizan objetos de succión, ya sea para alimentarse o para satisfacer la succión no nutritiva (chupete, biberón o dedo).

¿Ha recibido alguno de los alimentos anteriores al biberón?	Frecuencia	%
Si	138	69
No	62	31
Total	200	100

El 69% (138) de los niños han recibido alguno de los alimentos anteriores al biberón y el 31% (62) no los ha recibido.

DATOS DE LA MADRE:

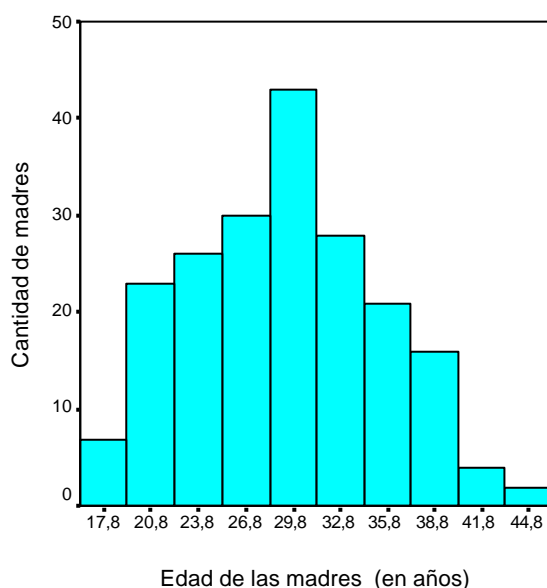
Evaluar cual es la edad de la madre

Edad de las madres (en años)

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
17	44	29,5	6,03

La edad promedio de las madres fue de $29,5 \pm 6,03$ años, con una edad mínima de 17 años y una edad máxima de 44 años.

Gráfico 7: Distribución de las edades de las madres



Edad de la madres en grupos	Frecuencia	%
entre 17 y 25 años	56	28
entre 26 y 35 años	112	56
36 años o más	32	16
Total	200	100

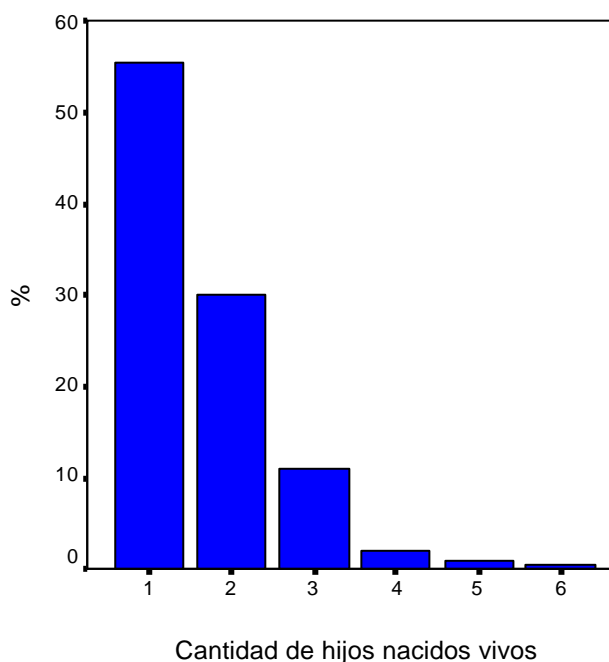
El 28% (56) de las madres tiene entre 17 y 25 años, el 56% (112) tiene entre 26 y 35 años y el 16% (32) tiene 36 años o más.

Relevar la cantidad de hijos y la composición familiar

Cantidad de hijos nacidos vivos	Frecuencia	%
1	111	55,5
2	60	30
3	22	11
4	4	2
5	2	1
6	1	0,5
Total	200	100

El 55,5% (111) de las madres tienen un hijo nacido vivo, el 30% (60) dos hijos, el 11% (22) tres hijos, el 2% (4) cuatro hijos, el 1% (2) cinco hijos y el 0,5% (1) seis hijos.

Gráfico 8: Cantidad de hijos nacidos vivos



Evaluar el nivel de educación formal de las madres.

Ultimo año aprobado de la enseñanza formal	Frecuencia	%
--	------------	---

nivel inicial completo o más	168	84
tres o más años de nivel inicial sin completarlo	32	16
Total	200	100

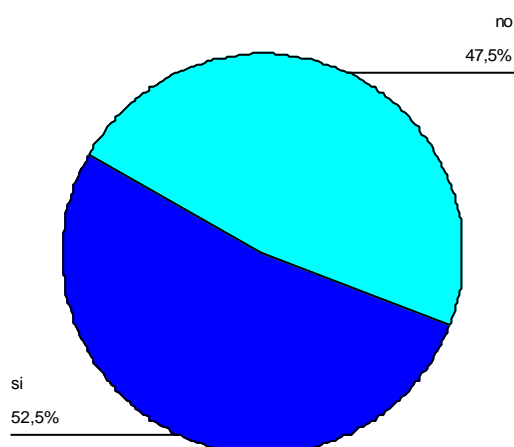
El 84% (168) de las madre tienen nivel inicial completo o más t el 16% (32) tienen tres o más años de nivel inicial sin completarlo.

Saber si desempeña un ejercicio laboral fuera del hogar

¿En los últimos 7 días realizó la madre algún trabajo fuera del hogar?	Frecuencia	%
Si	105	52,5
No	95	47,5
Total	200	100

El 52,5% (105) de las madres en los últimos 7 días realizaron algún trabajo fuera del hogar y el 47,5% (95) no realizaron trabajos fuera del hogar.

Gráfico 9: ¿Realizó la madre algún trabajo fuera de su hogar en los últimos 7 días?



Cruces de variables:

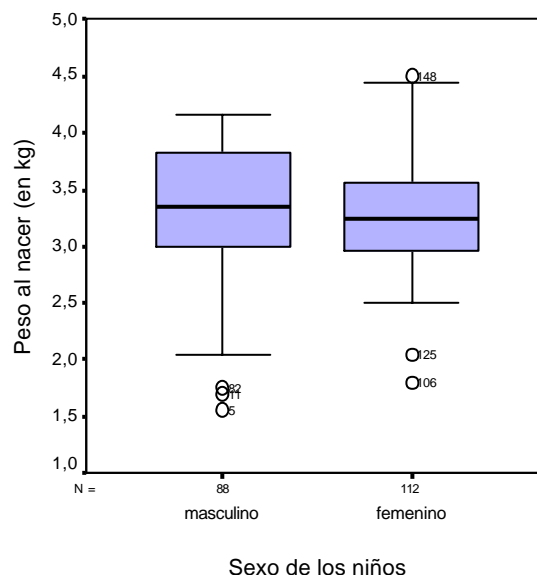
Peso al nacer y sexo de los niños

	Sexo	N	Promedio	Desvío Estándar
Peso al nacer (en kg)	Masculino	88	3,34	0,54
	Femenino	112	3,31	0,48

El peso promedio al nacer en el sexo masculino fue de $3,34 \pm 0,54$ kg, y el peso al nacer en el sexo femenino fue de $3,31 \pm 0,48$ kg.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los pesos medios al nacer entre varones y mujeres ($p= 0,65$)

Gráfico 10: Peso al nacer según el sexo de los niños



Relación entre la edad de la madre y el niño

Edad de la madre según edad del niño	N	Promedio	Desvío Estándar
entre 17 y 25 años	56	0,82	0,46
entre 26 y 35 años	112	1,05	0,54
36 años o más	32	1,18	0,49

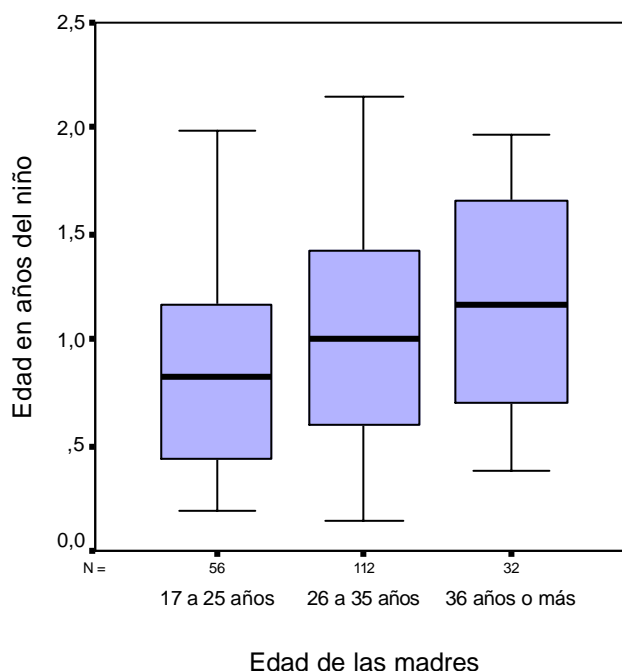
La edad promedio de los niños con madres entre 17 y 25 años es de $0,82 \pm 0,46$ años (10 meses).

La edad promedio de los niños con madres entre 26 y 35 años es de $1,05 \pm 0,54$ años (12 meses).

La edad promedio de los niños con madres con edades de 36 años o más es de $1,18 \pm 0,49$ años (14 meses).

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades promedio de los niños al nacer según los rangos de edad de las madres ($p=0,004$)

Gráfico 11: Relación entre la edad de la madre y el niño



Relación entre la edad de la madre y el peso al nacer del niño

Edad de la madre según peso al nacer	N	Promedio	Desvío Estándar
entre 17 y 25 años	56	3,25	0,44
entre 26 y 35 años	112	3,33	0,54
36 años o más	32	3,41	0,49

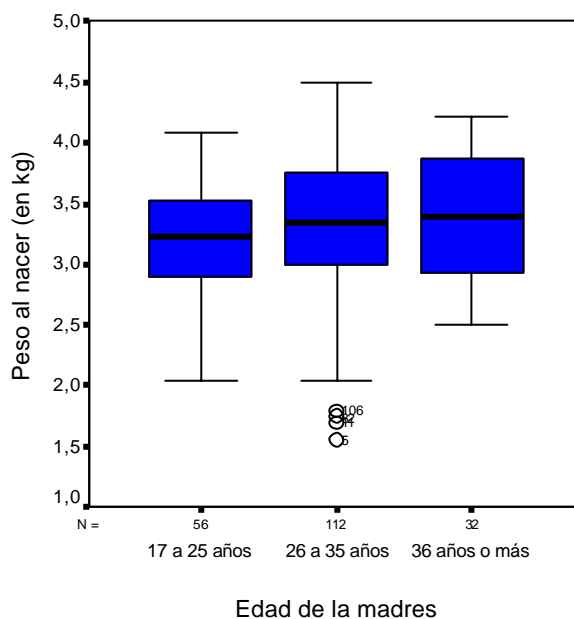
El peso promedio de los niños con madres entre 17 y 25 años es de $3,25 \pm 0,44$ kg.

El peso promedio de los niños con madres entre 26 y 35 años es de $3,33 \pm 0,54$ kg.

El peso promedio de los niños con madres con edades de 36 años o más es de $3,41 \pm 0,49$ kg.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en los pesos promedio de los niños al nacer según los rangos de edad de las madres ($p=0,40$)

Gráfico 12: Peso al nacer según la edad de las madres



Respuestas sobre la alimentación en las últimas 24hs y la edad de los niños

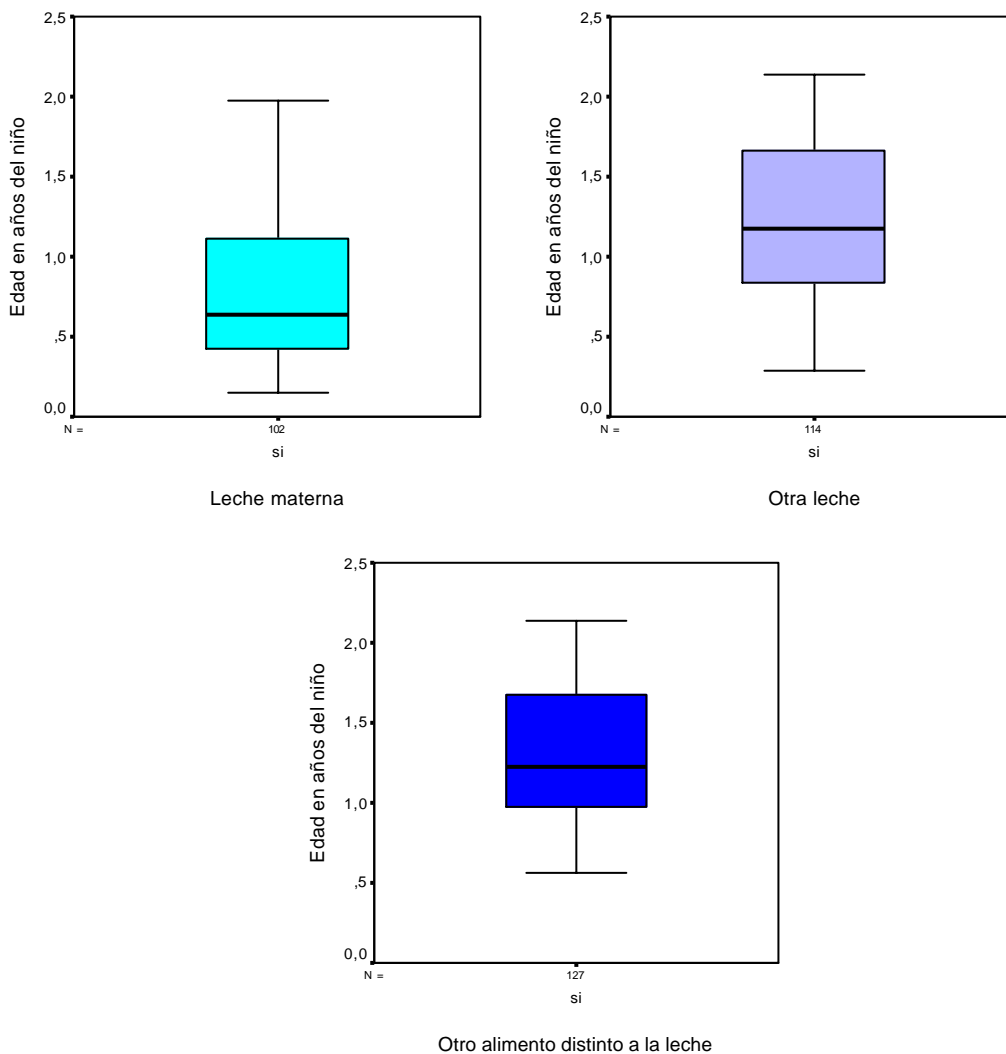
Alimentación	N	Promedio	Desvío Estándar
Leche Materna	127	0,8	0,47

Otra Leche	114	1,20	0,48
Otros Alimentos	102	1,28	0,41

Se comparan las edades promedio de los niños en la consumición de las diferentes formas de alimentarse.

Se encontró que la edad promedio de los niños que consumen leche materna es de $0,8 \pm 0,47$ años. La edad promedio de los niños que consumen otra leche es de $1,20 \pm 0,48$ años. Y la edad promedio de los niños que consumen otros alimentos es de $1,28 \pm 0,41$ años.

Gráfico 13: Diferentes tipo de alimentación en las últimas 24hs y la edad de los niños



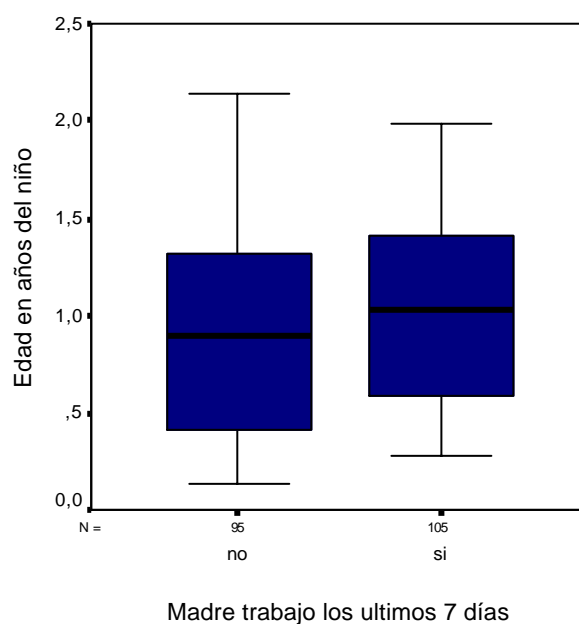
Actividad laboral de la madre según la edad de los niños

	¿En los últimos 7 días realizó la madre algún trabajo fuera del hogar?	N	Promedio	Desvío Estándar
Edad de los niños	Si	105	1,06	0,49
	No	95	0,95	0,55

La edad promedio de los niños de madres que trabajaron fuera del hogar en los últimos 7 días es de $1,06 \pm 0,49$ años. Y la edad promedio de los niños de madres que no trabajaron en los últimos 7 días fuera del hogar es de $0,95 \pm 0,55$ años.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en las edades promedio de los niños con madres que trabajaron y no trabajaron fuera de su hogar en los últimos 7 días ($p=0,12$)

Gráfico 14: Actividad laboral de la madre según la edad de los niños



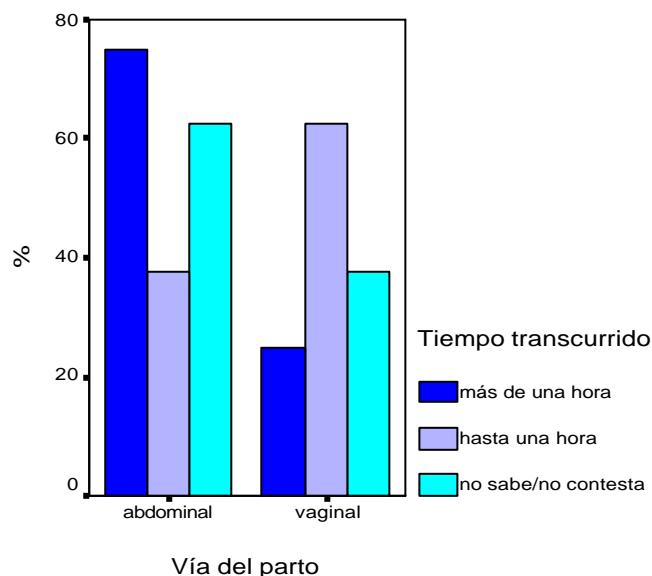
Tiempo transcurrido desde la primera alimentación según la vía de parto

Tiempo transcurrido	Vía del parto		Total
	abdominal (cesárea)	vaginal (natural)	
más de una hora	75% (30)	25% (10)	100% (40)
hasta una hora	37,5% (57)	62,5% (95)	100% (152)
no sabe	62,5% (5)	37,5% (3)	100% (8)

En el grupo de madres que tardaron más de una hora en amamantar al bebé se encontró que el 75% (30) de las madres tuvieron parto abdominal y el 25% (10) vaginal. Y del grupo de madres que tardaron hasta una hora en amamantar al bebé se encontró que el 37,5% (57) de las madres tuvieron parto abdominal y el 62,5% (95) vaginal.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos transcurridos hasta la primera alimentación y la vía de parto ($p < 0,0001$)

Gráfico 15: Tiempo transcurrido desde la primera alimentación según la vía de parto



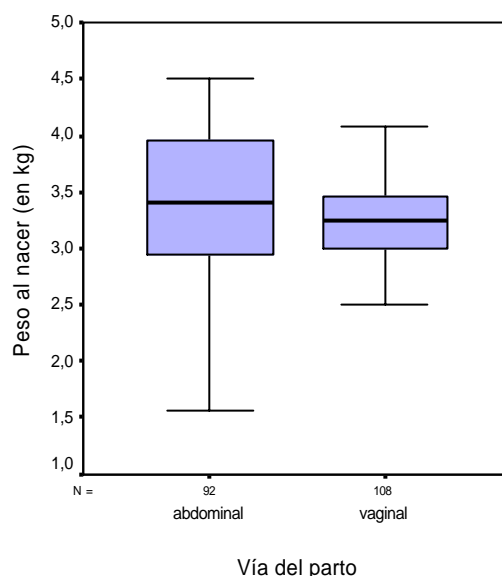
Peso al nacer del niño según vía de parto

Vía del Parto	N	Promedio	Desvío Estándar
Abdominal	92	3,38	0,64
Vaginal	108	3,27	0,36

El peso promedio al nacer de niños con madres que tuvieron parto abdominal fue de $3,38 \pm 0,64$ kg, y el peso promedio al nacer en los niños con madres que tuvieron parto vaginal fue de $3,27 \pm 0,36$ kg.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en los pesos promedio al nacer y la vía de parto de las madres ($p=0,12$)

Gráfico 16: Peso al nacer del niño según vía de parto



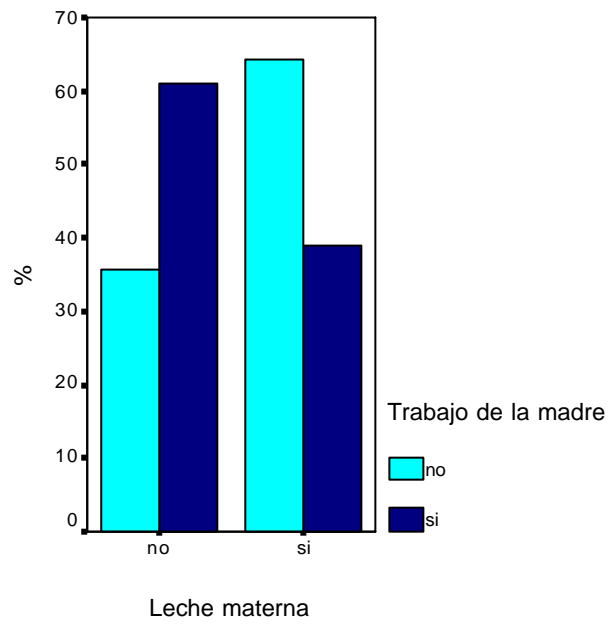
Trabajo de la madre fuera del hogar en los últimos 7 días según lactancia materna

¿En los últimos 7 días realizó la madre algún trabajo fuera del hogar?	Leche materna		Total
	no	si	
No	35,8% (34)	64,2% (61)	100% (95)
Si	61% (64)	39% (41)	100% (105)

Del grupo de madres que no trabajaron fuera del hogar en los últimos siete días se encontró que el 34,8% (34) de los niños no recibe leche materna y el 64,2% (61) si la reciben. Y del grupo de madres que si trabajaron los últimos siete días fuera del hogar se encontró que el 61% (64) de los niños no reciben leche materna y el 39% (41) si al reciben.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre el trabajo fuera del hogar en los últimos siete días y la lactancia materna ($p=0,0004$)

Gráfico 17: Trabajo de la madre fuera del hogar en los últimos 7 días según lactancia materna



Discusión

La lactancia materna es reconocida ampliamente por ser el medio nutricional y vincular por excelencia para el lactante y el niño pequeño.

El objetivo para lograr un crecimiento y desarrollo del niño exitoso debe cumplir con la norma dictada por el Ministerio de Salud de la Nación; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF donde establece que la Lactancia Materna Exclusiva debe mantenerse durante los primeros seis meses de vida del niño, y luego incorporar alimentación complementaria oportuna y continuar con lactancia materna hasta cumplidos los dos años⁽¹⁶⁾.

En el trabajo de investigación realizado en la ciudad de San Genaro, la tasa de prevalencia de la lactancia materna fue el 51% ($102/200=0,51$), con una confianza del 95% entonces se puede concluir que la verdadera tasa de prevalencia de la lactancia materna en la ciudad de San Genaro esta entre el 37% y el 65%.

Si comparamos estos resultados con un estudio realizado en España en 2009, donde iniciaron lactancia materna exclusiva un 63,5%, pero a los seis meses permanecía un 22,6% veremos que en esta población la lactancia se aparta de las recomendaciones de la OMS⁽²¹⁾.

Si continuamos comparando con un estudio realizado en México durante el período de abril 2004 a enero 2006 donde se incluyen a madres adolescentes y sus recién nacidos con seguimiento hasta los 6 meses, el cual arrojó una prevalencia de lactancia materna exclusiva de de 38.6%⁽²²⁾.

Esto nos lleva a concluir que la comunidad, de la ciudad de San Genaro practica, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses siendo en

comparación con las tasas de prevalencia de las comunidades que conforman otros países mas elevada.

Con respecto a la escolaridad de las madres que han realizado nuestra encuesta, el 84% de las madre tienen nivel inicial completo o más y el 16% tienen tres o más años de nivel inicial sin completarlo.

En México la realidad es diferente ya que el 1.4% realizo la primaria, secundaria el 62.9%, y bachillerato, 35.7%⁽²²⁾.

Desde mi percepción supongo que la educación formal dictada según la currícula implementada en este país, no influye ni en el aumento ni en el descenso de las prevalencias de la lactancia materna

De las madres encuestadas en nuestro trabajo el 54% tuvieron parto vaginal (natural) y el 46% parto abdominal (cesárea), en México, la vía de nacimiento fue vaginal en 51.4% y abdominal en 48.6% lo cual no arroja grandes diferencias entre los mismos⁽²²⁾.

Si seguimos analizando nuestra investigación veremos que el tiempo transcurrido desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho, es de un 76% hasta una hora posterior del parto, y solo un 20% tardo más de una hora en amamantar a su bebé.

En Bolivia se realizo un estudio en 2010 que demostró que el intervalo entre el nacimiento y la primera lactancia varía de 30 minutos a 48 horas. Solo tres madres de las 33 entrevistadas iniciaron la lactancia materna en el tiempo apropiado; estas madres precisamente fueron las que dieron a luz en los centros de salud⁽²³⁾.

Con respecto a las edades de nuestras madres encuestadas, el 28% tiene entre 17 y 25 años, el 56% tiene entre 26 y 35 años y el 16% tiene 36 años o más.

Comparando estos números con un trabajo realizado en Cuba, desde enero a diciembre de 1998, veremos que aquí se encontraban entre los 20-34 años un 88,4%, seguidas por un grupo menor de 20 años con 10 madres, que representan el 8,9 %⁽²⁴⁾.

Si comparamos con otro estudio realizado en Cuba en 2009, veremos que aquí la distribución de las madres según la edad fue: entre 15-16 años (40.0%); 17-18 años (26.7%); y 19-20 años (33.3%)⁽²⁵⁾.

Siguiendo con nuestro trabajo, podemos ver que la alimentación de nuestros niños en las últimas veinticuatro horas fue variada, dándonos como resultado que el 63,5% consumió otros alimentos distintos de leche (papilla, galletitas, etc.), el 57%, otra leche y el 51% solamente leche materna.

En la población de Naguanagua, Venezuela, el total de las madres abandonó la práctica de la LME, utilizando alimentación complementaria; 21% de ellas adicionó la LM con fórmulas de inicio y cereales, el resto (79%) abandonó la LME y la sustituyó con dichas fórmulas y otros alimentos⁽²⁶⁾.

Con respecto al número de hijos nacidos vivos, 111 de nuestras madres encuestadas tienen un hijo nacido vivo, 60 mamás, dos hijos, 22 tres hijos y 4 cuatro hijos, 2, cinco hijos y tan solo 1, seis hijos.

En comparación con un trabajo realizado en Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007, 162 madres tenían un hijo; 161 dos, 91 tres; 43 cuatro; 28 cinco y 17 tenían seis o más hijos⁽²⁷⁾.

Al encuestar sobre la realización de un ejercicio laboral fuera del hogar, el 52,5% de las madres en los últimos 7 días había realizado algún trabajo y el 47,5% no realizaba ninguno⁽²⁷⁾.

En Caracas y Maracaibo, el 40,22% de las madres trabajaba o pasaba más de seis horas fuera del hogar, algunas madres 41,76% se había extraído leche de sus senos para dejarle a sus hijos cuando no estaban en el hogar.

Conclusión

El amamantamiento es natural, sin embargo es uno de los fenómenos naturales que se encuentra atravesado e influenciado por la cultura de cada comunidad. Esto explica las grandes variaciones que se observan en el tiempo, en la misma población y entre diferentes poblaciones a la vez.

Los cambios culturales han llevado al abandono de la lactancia en algunas poblaciones y del mismo modo se puede lograr la recuperación total de esta práctica, invitando los siguientes actores sociales: individuos, los grupos, poblaciones, universidades, sociedades científicas y como eje al equipo de salud. Esta invitación surge ya que los seres humanos formamos parte trascendental de la vida de otros individuos.

Este trabajo de investigación se basó en averiguar la tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva, entendiéndose por la misma que los lactantes incluidos en este estudio recibieron leche materna durante los primeros seis meses de vida.

Para tal efecto utilicé la encuesta epidemiológica de lactancia materna, la que hace referencia a la alimentación administrada al lactante en las últimas 24 horas (encuesta modelo OMS/OPS).

La prevalencia de la misma fue del 51% siendo el rango de 37% a 65%.

No efectué mediciones de Lactancia materna parcial, lactancia materna completa ni edad de destete. Mi objetivo principal de esta investigación fue obtener esta medición (LME 51%), porque puedo inferir que las pautas culturales de la comunidad de San Genaro en lo que respecta en el ejercicio de

la lactación se acerca a las recomendaciones actuales sobre nutrición infantil tanto a nivel nacional como internacional.

Si bien conocer la introducción de semisólidos es importante para el sostén y la prolongación de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva aporta todos sus beneficios al binomio madre e hijo, haciéndola un recurso natural: suficiente, estable, autónomo, sustentable y equitativo.

Como futura profesional de la salud, debo integrarme a una red que nos propone la concepción de un mundo construido por todos y que nos coloca en situaciones de responsabilidades compartidas. "El mundo no es tal como nos es dado sino que lo construimos entre todos".

Algunos datos como ser la educación formal recibida por las mujeres de este estudio me hace suponer que no se aplica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y o personas ya que comunidades sin nivel primario formal obtienen la misma tasa de prevalencia de LME.

Por lo tanto retomando la noción de red cabe aplicar en esta comunidad San Genaro u otra en estudio, una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones que constituyan una modalidad organizativa y de gestión con objetivos claros pero abriendo sus límites para redimensionar nuestra práctica como profesionales de la salud, de esta manera contribuir a la recuperación de la cultura del amamantamiento, siendo la lactancia materna una herramienta para aplicar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Bibliografía:

- (1) Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Problemática de la alimentación. “Problemas Sociales de Salud Prevalente”. Editorial Graphicom. Buenos aires. Argentina, 2006: 93-122
- (2) Maria Jose Aguilar Cordero. “Lactancia Materna”. Editorial Elsevier. Madrid. España, 2005: 2-xii.
- (3) Edgar Zanuttini. Lactancia materna. “Temas de Obstetricia”. Segunda edición. Editorial Ascune Hnos. Buenos Aires. Argentina, 2011: 203- 218
- (4) May, V. Lactancia materna en situaciones especiales. PRONAP (Programa Nacional de Actualización pediátrica). Módulo nº 1. 2004. 36-83

- (5) UNICEF. Lactancia materna: “Bases Científicas para la Práctica Clínica”. Secreción Láctea. UNICEF Argentina- Buenos Aires- Mayo 2003: 55- 60
- (6) J. Martín- Calama Valero. Manual de lactancia “Fisiología de la lactancia”. Editorial Panamericana S.A. España 2008: 61- 68
- (7) Schanler, R. Lactancia materna, Parte 1: Pruebas que apoyan la lactancia materna. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. McGraw-Hill Interamerica, S.A de C.V. México. 2001
- (8) Dr. Pablo Scacchi. Módulo 1 del Segundo Curso Superior de Capacitación en Lactancia Materna. Psicoimmunoneuro endocrinología de la Lactancia Materna Subcomisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría. Coordinado por la Dra. María Luisa Ageitos. Cursado por la Dra. Marzetti Fabiana. Buenos Aires. 2006
- (9) UNICEF. Lactancia materna: “Succión”. UNICEF Argentina- Buenos Aires- Mayo 2003: 55- 60
- (10) Villaver de Gutierrez, C; Aguilar Cordero Ma. J Fisiología de la glándula mamaria. En Lactancia Materna, Ma. José Aguilar Cordero. Edición 2005. Elsevier. España, S.A. Cap 4. 38-52
- (11) Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Diverges Carlos. El parto normal. “Obstetricia”. Sexta edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina, 2005: 520-519

- (12) Estrategia mundial para la alimentación del lactante y de niño pequeño. Duración óptima de la lactancia exclusiva. 55° Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2002. NY
- (13) Grupo de trabajo sobre lactancia materna de la Sociedad de Pediatría de Rosario. Curso de consejería en Lactancia Materna de 36 horas reloj destinado al equipo de salud materno infantil y estudiantes del área de salud. Perteneciente a la Red Nacional de Educación Continua- SAP. Mayo y Junio de 2008
- (14) Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence. Binomio madre-lactante. "Lactancia Materna- una guía para la profesión medica". Editorial Elsevier. Madrid, España. 2007:274-345.
- (15) OMS-UNICEF. Declaración de Innocenti. WHO- Florencia, 1990. 45° Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992. (Resolución WHO 45-34)
- (16) UNICEF-OMS 1993-2002. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de la Madre y del Niño. Curso de 18 hs. Destinado al equipo de salud materno infantil. Primera lección: La lactancia materna y la supervivencia infantil. UNICEF-Oficina Argentina, Buenos Aires. 2002:23-31.
- (17) J. J. Lasarte Velillas- M. J. Lozano de la Torre . Manual de lactancia "Técnicas de amamantamiento"l Panamericana S.A. España 2008: 75. 82
- (18) Obstetricia: Gonzáles- Merlo. "Lactancia". Elseiver, España 2006: 350- 358

- (19) Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de la madre y del niño. Curso de 18 horas destinado al equipo de salud materno infantil. UNICEF/OMS/MSAL /SAP. Curso de 40 horas docentes para el personal de salud: Iniciativa Hospital y Centro de Salud amigo de la madre y el niño. Subcomisión de lactancia materna. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires 2002. Primera lección. Pág. 23-42
- (20) Aguirre, p: seguridad alimentaria, una visión desde la antropología alimentaria. Publicado en Desarrollo integral de la infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD- Córdoba 2004
- (21) M. Moran Rodríguez, J. C. Naviero Rilo, E. Blanco. Fernández., I. Cabañeros, Arias M. y A. Peral Casado. "Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad". Nutr Hosp. 2009;24:213-217
- (22) Claudia Angélica Quezada- Salazar, Aida Delgado- Becerra, Leyla María Arroyo Cabarales, Mirian Alicia. "Prevalencia de Lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes". Medigraphic. Vol. 65, enero-febrero 2008:19-25.
- (23) Yesmina Cruz Agudo, Andrew D. Jones, Peter R. Berti, Sergio Larrea Macías. "Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia". Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Vol. 60 N° 1, 2010: 7- 14

- (24) Lic. Irida Gonzalez Mendez, Lic. Berenies Pileta Romero. "Lactancia Materna". Revista Cubana de Enfermería. Vol 18. 2002:
- (25) Magalys Puente Perpiñan, Nilsa Alvear Coquet, Alina de lo Reyes Losada, Tania Rosa, Ricardo Falcòn. "¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva?". RCAN. Revista Cubana Alimentación nutr 2010:20: 280-286
- (26) Kristhel Salazar, Jessica Schwarts, Milagros Pontiles, Harold Guevara. "Causas del Abandono de la Lactancia Materna". INFORMED Vol. 10, Nº 11, 2008
- (27) Flor Elena Aznar, Scarlett Salazar, Xiomara Delgado, Thais Cani, Isabel Cluet de Rodriguez. "Evaluación del Conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna. Estudios Multicentrico en la áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo". *ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA* 2009; Vol. 72:118 - 122

Anexos

Anexo 1: encuesta

ENCUESTA:

Datos del niño:

- 1) Fecha de nacimiento:/...../.....
- 2) Sexo:
 - a. masculino
 - b. Femenino
- 3) Peso al nacer:
- 4) Nació en una institución de salud?:
 - a. NO
 - b. SI
 - c. NS/NC
- 5) Vía del parto:

- a. abdominal (cesárea)
 - b. Vaginal (natural)
 - c. NS/NC
- 6) ¿Cuanto tiempo transcurrió desde el parto hasta que el niño fue prendido por primera vez al pecho?.
- a. Más de una hora
 - b. Hasta una hora
 - c. NS/NC
- 7) ¿Alimentación en las últimas 24 horas: ¿desde ayer a esta misma hora, el niño recibió algo de lo siguiente?:
- a. leche materna: NO- SI- NS/NC
 - b. otra leche: NO- SI- NS/NC
 - c. otro alimento distinto de leche (papilla, galletitas, etc.): NO- SI- NS/NC
- 8) ¿Ha recibido alguno de los alimentos anteriores en biberón?:
- a. NO
 - b. SI
 - c. NS/NC

DATOS DE LA MADRE:

9) Edad:.....

10) Total de hijos nacidos vivos:.....

11) Ultimo año aprobado de la Enseñanza Formal:

- a. no recibió educación formal
- b. menos de 3 años del nivel inicial
- c. tres o mas años del nivel inicial sin completarlo
- d. nivel inicial completo o mas
- e. NS/NC

12) ¿En los últimos 7 días realizo la madre algún trabajo fuera del hogar?

- a. NO
- b. SI
- c. NS/NC

Anexo 2: tabulaciones de datos

Encuesta nº	DATOS DEL NIÑO										DATOS DE LA MADRE			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7.1	P7.2	P7.3	P8	P9	P10	P11	P12
1	18/08/10	1	2,05	1	1	1	1	0	1	0	33	2	4	0
2	18/04/12	1	3,6	1	2	2	1	0	0	0	25	2	4	0
3	11/10/11	2	3,1	1	2	2	1	1	1	1	30	4	4	1
4	02/04/12	1	3	1	1	2	1	0	0	0	24	2	4	0
5	16/10/11	1	1,56	1	1	1	1	1	1	1	28	2	4	0
6	19/06/10	2	3,4	1	2	2	0	1	1	1	29	2	3	0
7	08/11/11	2	4,05	1	1	2	0	1	0	1	26	1	4	0
8	27/11/11	2	4	1	1	2	0	1	0	1	35	1	4	1
9	02/07/11	2	3,2	1	2	1	1	0	1	0	25	1	4	0
	28/02/12	2	3,7	1	2	1	0	1	0	1	34	3	4	1

Ileana Caren Brunori
Diciembre de 2012

11	29/02/12	1	1,7	1	1	1	1	0	0	0	27	1	4	0
12	27/07/11	2	3,72	1	1	1	1	0	1	1	36	2	4	0
13	24/04/12	2	2,5	1	2	1	0	1	0	1	29	3	4	0
14	27/07/11	1	4	1	2	2	0	1	1	1	21	1	4	1
15	21/04/11	1	2,9	1	1	2	0	1	1	1	40	2	4	1
16	03/02/12	2	3,3	1	1	2	1	0	0	0	24	1	4	1
17	17/04/12	2	3,4	1	1	2	1	0	0	0	28	2	4	0
18	15/04/11	2	3,15	1	2	2	1	0	1	1	21	2	4	0
19	19/01/12	2	2,6	1	2	1	1	1	0	1	39	3	4	1
20	26/04/12	2	3,1	1	1	1	0	1	0	1	19	1	4	0
21	01/12/11	2	3,1	1	1	2	0	1	0	1	35	2	4	1
22	27/10/11	2	2,9	1	2	2	1	0	0	0	17	1	3	0
23	16/11/11	2	3,5	1	2	2	1	1	0	1	35	3	4	0
24	30/03/12	2	3,99	1	1	1	1	0	0	0	26	2	4	0
25	14/10/11	2	4,03	1	1	2	1	0	1	0	33	3	4	0
26	29/08/11	2	3,15	1	1	2	1	0	1	1	21	1	4	0
27	25/12/11	2	2,81	1	2	2	1	0	0	0	21	2	4	0
28	29/05/11	2	2,7	1	1	1	0	1	1	1	28	3	4	1
29	07/06/11	2	3,44	1	2	2	0	1	0	0	38	2	4	0
30	20/07/10	2	2,7	1	1	2	0	1	1	1	35	4	4	0
31	29/04/11	2	3,8	1	1	2	0	1	1	1	22	1	3	0
32	02/06/11	2	3,8	1	2	2	1	0	1	1	31	5	4	0
33	17/08/10	1	3	1	1	2	0	1	1	1	28	2	3	0
34	27/07/10	1	3,34	1	2	2	0	1	1	1	29	1	4	0
35	20/05/11	2	3,4	1	2	2	1	0	1	1	22	1	4	0
36	03/05/11	1	3,1	1	1	2	0	1	1	1	26	2	4	1
37	17/11/10	2	2,8	1	2	2	1	0	1	1	34	2	4	1
38	20/01/12	1	2,8	1	2	2	1	0	0	0	21	1	4	1
39	04/11/10	1	3,25	1	1	2	1	0	1	1	30	1	4	1
40	13/07/11	2	3,03	1	2	2	1	0	1	1	31	1	4	1
41	09/11/10	1	2,87	1	1	2	0	1	1	1	33	2	4	1
42	16/10/11	2	3,55	1	1	2	1	0	0	0	20	1	3	1
43	06/12/11	2	3,94	1	1	2	0	1	0	0	31	2	4	0
44	13/04/11	2	2,85	1	1	1	1	0	0	0	29	2	4	0
45	10/03/12	2	2,7	1	2	2	1	0	0	0	23	1	4	1
46	16/02/11	2	3,35	1	2	2	0	1	1	1	43	3	3	0
47	18/06/11	1	2,86	1	2	2	1	0	1	1	33	1	4	1
48	28/08/10	1	3,44	1	1	2	1	0	1	1	40	3	4	0
49	15/02/12	2	3,5	1	2	2	1	0	0	0	22	1	3	1
50	04/12/10	2	4,1	1	1	2	0	1	1	1	38	3	3	1
51	08/11/10	1	3,15	1	2	2	1	0	1	1	40	1	4	1
52	18/03/11	2	2,5	1	1	1	0	1	1	1	43	1	4	1
53	09/10/10	2	3,9	1	1	1	0	1	1	1	21	1	4	1
54	20/12/10	1	3,2	1	2	2	0	1	1	1	40	4	4	0
55	23/05/11	1	2,8	1	1	2	0	1	1	1	23	1	4	0
56	22/05/11	1	2,9	1	1	2	0	1	1	1	25	1	4	1
57	12/04/12	2	3,4	1	1	2	0	1	0	1	34	3	3	0
58	21/05/11	1	3,52	1	1	2	0	1	1	1	26	1	3	0
59	04/03/12	1	3,23	1	2	2	0	1	0	1	30	1	4	1
60	20/01/12	2	4,44	1	1	2	1	0	0	0	28	1	4	1
61	18/12/11	2	4,1	1	1	2	1	0	0	0	36	3	3	0
62	20/01/12	2	2,9	1	2	2	1	0	0	0	41	2	4	1
63	18/10/11	1	3,5	1	1	1	0	1	1	1	24	2	3	0
64	08/02/12	2	3,2	1	2	2	0	1	0	1	23	1	4	1

Ileana Caren Brunori
Diciembre de 2012

65	04/11/10	1	3,8	1	1	2	0	1	1	1	36	1	4	1
66	10/08/11	1	3,75	1	2	2	1	0	1	1	32	2	4	1
67	15/02/11	2	3,45	1	2	2	1	0	1	1	33	1	4	0
68	29/04/12	1	3,84	1	2	1	1	0	0	0	22	1	4	1
69	10/08/11	1	3,2	1	1	1	0	1	1	1	27	1	4	0
70	28/03/12	1	2,92	1	1	2	1	0	0	0	23	1	4	0
71	22/08/10	2	3,1	1	2	2	0	1	1	1	36	2	4	1
72	18/01/12	2	3,9	1	2	2	0	1	0	1	38	1	4	1
73	08/10/11	1	3,32	1	2	1	0	1	1	1	26	1	4	0
74	02/08/11	1	4	1	1	1	0	1	1	1	33	2	3	1
75	20/02/12	2	4,2	1	1	2	1	0	0	0	36	4	3	1
76	18/04/11	1	3,3	1	2	2	0	1	1	1	39	3	3	0
77	11/02/12	2	3,8	1	2	2	1	0	0	0	31	2	4	0
78	28/06/11	1	2,91	1	1	2	0	1	1	1	40	1	4	1
79	08/12/10	1	3,6	1	1	1	0	1	1	1	39	1	4	1
80	16/09/11	2	2,65	1	1	3	1	0	1	1	17	1	4	0
81	13/01/11	2	3	1	2	2	1	1	1	1	32	6	3	0
82	13/05/12	1	1,75	1	1	1	1	0	0	0	29	1	4	0
83	18/04/11	1	2,8	1	2	2	1	1	1	1	32	3	3	0
84	23/08/11	2	3,2	1	2	2	0	1	1	1	40	1	4	1
85	04/01/12	1	2,73	1	1	2	1	0	1	0	22	1	4	1
86	21/12/10	1	3,65	1	1	1	1	1	1	1	36	2	4	1
87	15/07/11	1	3,15	1	2	2	0	1	1	1	34	2	4	1
88	27/04/12	2	2,93	1	2	2	1	0	0	0	31	1	4	0
89	18/06/11	1	2,83	1	2	2	0	1	1	1	42	1	4	1
90	28/07/11	1	4	1	1	2	0	1	1	1	36	3	3	1
91	18/02/11	1	3,4	1	2	2	1	1	1	1	30	2	4	0
92	24/03/12	2	2,7	1	2	2	1	0	0	0	28	1	4	0
93	25/09/10	2	3,9	1	2	2	1	0	1	1	35	2	4	1
94	13/08/11	2	3,4	1	1	2	1	0	1	0	29	1	4	0
95	15/11/11	1	3	1	1	2	1	0	1	1	30	3	4	0
96	15/05/12	2	3,5	1	2	2	1	0	0	0	22	1	3	0
97	21/02/12	1	3,9	1	2	2	0	1	0	1	23	1	3	1
98	17/09/10	2	3,2	1	1	2	0	1	1	1	33	3	4	1
99	25/10/11	1	2,78	1	2	2	1	0	1	1	40	1	4	1
100	14/03/11	2	3,3	1	2	1	0	1	1	1	28	2	3	1
101	08/11/10	1	3,8	1	1	2	0	1	1	1	28	1	4	1
102	20/09/11	2	2,96	1	2	2	1	0	1	1	32	3	4	0
103	22/08/10	1	3,1	1	1	2	0	1	1	1	35	2	4	1
104	27/05/12	1	3,38	1	2	2	1	0	0	0	25	1	4	0
105	05/10/11	2	3,75	1	1	2	1	0	1	1	23	1	3	1
106	17/08/11	2	1,8	1	1	1	1	0	1	1	29	1	4	1
107	21/10/10	1	3,15	1	2	2	0	1	1	1	30	2	4	1
108	08/12/10	2	3,9	1	2	2	1	1	1	1	26	1	4	0
109	16/01/12	2	2,98	1	2	2	1	0	0	0	25	1	4	0
110	24/05/11	2	3,75	1	2	2	1	0	1	1	34	3	4	0
111	15/02/12	2	3,4	1	2	2	1	0	0	0	32	2	3	1
112	24/11/11	1	3,5	1	1	1	0	1	1	1	37	1	4	1
113	28/09/10	1	4	1	1	3	0	1	1	1	37	2	3	0
114	20/03/11	2	3,3	1	2	2	1	0	1	1	25	1	4	0
115	23/12/11	2	3,75	1	2	2	1	0	1	0	31	1	4	1
116	05/12/10	1	2,95	1	2	2	0	1	0	1	25	2	4	1
117	05/01/11	2	3,55	1	1	2	0	1	1	1	32	5	4	1
118	03/04/11	1	3,45	1	2	2	0	1	1	1	28	2	4	1

Ileana Caren Brunori
Diciembre de 2012

119	20/06/12	2	2,95	1	2	2	1	0	0	0	26	1	4	0
120	23/08/11	1	3,15	1	2	2	1	1	1	1	22	1	4	0
121	15/06/11	1	3,15	1	2	2	0	1	1	1	30	3	4	0
122	15/03/11	2	2,95	1	2	2	1	0	0	0	20	1	4	1
123	22/08/11	2	2,5	1	2	2	0	1	1	1	22	2	4	1
124	30/10/10	1	3,9	1	2	3	0	1	1	1	29	1	4	0
125	01/03/11	2	2,05	1	1	3	1	0	0	0	23	2	4	0
126	19/05/11	2	3,8	1	2	1	0	1	1	1	26	2	4	0
127	01/06/12	2	3,25	1	2	2	1	0	0	0	18	1	4	0
128	05/07/11	2	2,8	1	2	2	0	1	1	1	23	1	4	0
129	15/08/10	1	2,9	1	1	1	0	1	1	1	25	2	4	1
130	15/10/10	2	3,25	1	1	2	0	1	1	1	29	1	4	0
131	24/03/11	2	3,45	1	2	2	0	1	1	1	32	2	4	1
132	30/05/11	2	4,08	1	2	1	0	1	1	1	21	1	3	1
133	15/02/12	1	3,8	1	1	1	1	0	0	0	22	1	4	1
134	15/04/12	2	3,25	1	2	2	1	0	0	0	23	1	3	0
135	22/12/11	1	3,55	1	2	2	1	1	1	1	24	1	4	0
136	08/02/12	2	2,95	1	2	2	1	0	0	0	30	1	4	1
137	20/08/11	1	3,6	1	2	2	1	0	1	1	29	1	4	0
138	18/01/12	1	3,1	1	2	2	1	0	0	0	31	2	4	1
139	10/09/10	1	3,9	1	1	1	0	1	1	1	28	1	4	0
140	28/03/11	2	3,35	1	1	1	0	1	1	1	26	1	4	1
141	18/05/12	2	4	1	1	2	1	0	0	0	29	1	4	0
142	22/12/11	1	4,15	1	1	3	1	0	1	1	32	2	4	0
143	06/01/12	2	2,8	1	1	1	1	0	0	0	28	1	4	0
144	08/03/12	2	2,95	1	2	2	1	0	0	0	27	1	4	0
145	27/08/10	2	3,1	1	2	2	0	1	1	1	33	2	4	0
146	06/10/11	1	3,42	1	1	2	1	1	1	1	24	2	3	1
147	15/11/10	1	2,58	1	1	3	0	1	1	1	24	1	4	1
148	22/09/10	2	4,5	1	1	2	0	1	1	1	35	3	4	0
149	15/03/12	2	3,25	1	2	2	1	0	0	0	19	1	4	0
150	28/01/12	1	3,55	1	1	2	1	1	0	1	35	2	4	1
151	02/05/12	2	3	1	2	3	1	0	0	0	30	1	4	0
152	03/12/11	1	3,85	1	1	2	1	0	1	1	37	2	4	1
153	25/07/11	1	3,95	1	2	2	0	1	1	1	35	2	4	1
154	03/05/11	2	4,25	1	1	1	0	1	1	1	29	2	4	1
155	12/05/12	1	3,15	1	2	2	1	0	0	0	26	1	4	0
156	24/06/11	1	4	1	1	1	0	1	1	1	28	1	4	1
157	25/04/12	1	2,9	1	1	2	1	0	0	0	23	1	3	1
158	13/03/12	1	3,25	1	2	3	1	0	0	0	22	1	3	0
159	18/02/12	2	2,95	1	2	1	0	1	0	1	34	1	4	1
160	24/11/10	1	3,34	1	1	2	1	1	1	0	44	1	4	1
161	16/09/10	1	3,25	1	1	2	0	1	1	1	33	1	4	1
162	04/10/11	2	2,95	1	1	2	0	1	1	1	28	1	4	1
163	24/06/11	1	3,45	1	2	2	1	0	1	1	30	1	4	1
164	08/09/11	1	3,2	1	1	2	1	0	1	0	24	2	4	0
165	25/03/12	1	2,95	1	2	2	1	0	0	0	44	1	4	0
166	20/01/12	2	3,25	1	2	2	1	0	0	0	28	1	4	1
167	11/12/10	2	2,9	1	1	2	0	1	1	1	30	1	4	1
168	20/10/11	1	3,9	1	2	2	0	1	1	1	29	1	4	1
169	19/08/11	2	3	1	2	2	0	1	1	1	31	2	4	1
170	08/01/12	2	3,25	1	2	2	1	0	0	0	29	2	4	1
171	13/08/11	1	3,85	1	2	2	0	1	1	1	33	2	4	1
172	08/03/11	1	4	1	1	1	0	1	1	1	35	1	4	1

173	10/04/12	2	3,15	1	2	2	1	0	0	0	29	1	4	1
174	04/12/11	2	3,5	1	2	2	0	1	1	1	30	2	4	1
175	20/03/12	2	2,8	1	2	2	0	1	0	1	38	1	4	1
176	20/02/12	2	3,3	1	2	2	0	1	0	1	30	2	4	1
177	20/11/10	2	3,95	1	1	2	0	1	1	1	33	3	4	1
178	05/04/11	2	3,45	1	2	2	0	1	1	1	30	1	4	1
179	14/07/11	2	3,15	1	2	2	0	1	1	1	32	1	4	0
180	03/08/11	1	4,1	1	1	2	0	1	1	1	40	1	4	1
181	18/01/12	2	2,9	1	2	2	1	1	1	1	18	1	3	1
182	14/08/11	2	3,25	1	2	2	0	1	1	1	21	2	3	1
183	22/07/11	1	3,95	1	1	2	0	1	1	1	26	1	4	1
184	20/04/12	2	3,22	1	2	2	1	0	0	0	21	1	4	0
185	25/09/11	2	3,3	1	2	2	0	1	1	1	31	1	4	1
186	18/02/12	2	3,4	1	2	2	1	0	0	0	30	1	4	0
187	20/12/11	2	3,5	1	2	2	1	1	1	1	35	2	4	0
188	05/01/12	2	3,35	1	2	2	1	0	0	0	29	2	4	1
189	08/10/11	1	3,95	1	1	1	0	1	1	1	22	1	4	0
190	16/08/11	1	3,45	1	2	2	0	1	1	1	32	2	4	0
191	20/05/11	1	3,95	1	1	1	0	1	1	1	40	3	4	0
192	19/05/11	2	3	1	2	2	0	1	1	1	31	1	4	1
193	17/07/11	2	3,2	1	2	2	0	1	1	1	30	2	4	1
194	10/09/11	2	3,45	1	1	2	0	1	1	1	21	1	4	0
195	03/02/11	1	4	1	1	2	1	0	0	0	19	1	3	0
196	26/02/12	1	3,95	1	1	1	0	1	0	1	24	1	4	0
197	18/03/12	1	4,1	1	1	1	1	0	0	0	27	1	4	0
198	24/11/11	2	3,35	1	1	2	0	1	1	1	28	1	4	1
199	18/06/11	1	3,45	1	2	2	1	0	1	1	30	1	4	1
200	25/08/10	1	3,35	1	1	2	0	1	1	1	33	1	4	1

P1: fecha de nacimiento

P2: 1-masculino

2- femenino

P3: peso al nacer

P4: 1- si

0-no

2- no sabe/ no contesta

P5: 1- abdominal

2- vaginal

3- no sabe/ no contesta

P6: 1- mas de una hora

2- hasta una hora

3- no sabe/ no contesta

P7.1: (leche materna)

1-si

0- no

2-no sabe/ no contesta

P7.2: (otra leche)

1-si

0- no

2- no sabe/ no contesta

P7.3: (otro alimento distinto de leche)

1- si

0- no

2- no sabe/ no contesta

P8:1- si

0- no

2- no sabe/ no contesta

P9: edad de la madre

P10: número total de hijos nacidos vivos

P11: 1- no recibió educación formal

2- menos de 3 años de educación inicial

3- 3 o mas años del nivel inicial sin completarlo

4- nivel inicial completo o mas

5- no sabe/ no contesta

P12: 1- si

0- no

2- no sabe/ no contesta