

Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida

Crysthel Espinoza Cadima,* Clara Aurora Zamorano Jiménez,** Sergio Graham Pontones,***
Alberto Orozco Gutiérrez****

RESUMEN

Introducción: Existen múltiples factores que determinan el abandono temprano de la lactancia materna. **Objetivos:** Identificar los factores que influyen en la permanencia de la lactancia materna durante los tres primeros meses y comparar el grado de ganancia ponderal de los lactantes. **Material y métodos:** Mediante una cohorte prospectiva, se captaron a las madres y a sus recién nacidos ingresados al cunero fisiológico. Se investigó el tipo de alimentación al nacimiento a los tres meses y, mediante una encuesta telefónica, los motivos de abandono del seno materno exclusivo. **Resultados:** Participaron 140 madres de 551 nacimientos con una respuesta global de 25.4%. Los promedios de edad materna fueron de 32.5 años, y el de edad gestacional fue de 38 semanas. De la cohorte, el 44.3% fueron primigestas y 97.9% con grado de estudios de licenciatura. Cursaron sin morbilidad durante el embarazo el 78.6% (110) de las madres y más del 50% recibieron orientación sobre lactancia durante el control prenatal y estancia intrahospitalaria. Al egreso, 51 (36.4%) binomios tuvieron seno materno exclusivo, 77 alimentación mixta (55%) y sólo 12 fórmula exclusiva (8.6%); tres meses después, sólo 14 (10%) eran alimentados con seno materno exclusivo. Las principales causas para la suspensión fueron percepción disminuida en la producción láctea en 29 (20.7%) casos, situación laboral y grietas en los pezones en 19 (13.6%) de las madres. El único factor que favoreció el mantenimiento del seno materno exclusivo fue el inicio de ésta desde el nacimiento, mostrando una OR 22 (3.05-168.4).

Factors determining the duration of breastfeeding during the first three months of life

ABSTRACT

Introduction: There are many factors that determine the early abandonment of breastfeeding. **Objectives:** Identify factors that influence the maintenance of breastfeeding during the first three months; and the comparation the degree of weight gain in infants. **Material and methods:** Using a prospective cohort, were recruited mothers and their newborns admitted to nursery. We investigated the type of feeding at birth and at three months, the reasons for abandoning the exclusive womb through a telephone survey. **Results:** A total of 140 mothers of 551, 25.4% overall response. The average maternal age was 32.5 years 38 weeks gestational age. Of the cohort, 44.3% were primiparous and 97.9% with undergraduate degree. Progressed with no morbidity during pregnancy 110 mothers and over 50% received advice on breastfeeding during antenatal care and hospital stay. At discharge, 51 (36.4%) pairs had exclusive maternal breast (36.4%), 77 mixed feeding (55%) mothers and exclusive formula 12 (8.6%) pairs. Three months later, only 14 (10%) were exclusively breast fed. The main reasons for discontinuation were perceived milk production decreased in 29 (20.7%) cases and, employment status and cracked nipples 19 (13.6%) of the mothers. The only factor that favoring the maintenance of exclusive womb was the beginning of this from birth OR 22 (3.05-168.4). Regarding the growth pattern of infants during

* Pediatra Neonatólogo, adscrita a los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital San Ángel Inn Universidad.

** Pediatra Neonatólogo, Médico del Staff del Centro Médico ABC.

*** Titular del Curso de Especialización en Neonatología, Hospital Ángeles Pedregal.

**** Titular del Curso de Especialización en Pediatría, Hospital Ángeles Pedregal.

Recibido para publicación: 09/07/2013. Aceptado: 03/12/2013.

Correspondencia: Dra. Crysthel Espinoza Cadima
Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
del Hospital San Ángel Inn
E-mail: crysec2001@hotmail.com

Abreviaturas:

SME = seno materno exclusivo.

RN = recién nacido.

OPS = Organización Panamericana de la Salud.

OMS = Organización Mundial de la Salud.

UNICEF = Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
(United Nations Children's Fund).

En relación con el patrón de crecimiento de los lactantes durante los tres primeros meses, éste fue similar entre los grupos de seno materno exclusivo, alimentación mixta y fórmula exclusiva. **Conclusiones:** El factor que favorece el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses es el inicio de esta práctica desde el nacimiento.

Palabras clave: Factores, lactancia materna, recién nacidos, lactantes.

Nivel de evidencia: II.

the first three months was similar between the groups: exclusive maternal breast, mixed feeding, and exclusive formula. Conclusions: The factor that favors the maintenance of exclusive breastfeeding during the first three months is the beginning of this practice from birth.

Key words: Factors, breastfeeding, newborns, infants.

Level of evidence: II.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna, tales como la disminución en la mortalidad y morbilidad infantil, parece no ser un elemento suficiente para hacer que las madres prolonguen la duración de la misma, ya que solamente 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. En México, aunque durante los últimos años la prevalencia ha mejorado, ésta continúa teniendo valores bajos. De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2006, la prevalencia en México fue de 22.3%, mientras que Bolivia (60%), Argentina (55%) y Brasil (38%) presentaron tasas superiores.¹⁻³

Según la Academia Americana de Pediatría, en el 2010, la práctica de lactancia materna exclusiva en los Estados Unidos de Norteamérica, posteriormente al nacimiento era del 75%, y al sexto mes descendía hasta 50%.⁴

Las tendencias de alimentación a lo largo de la historia han ido variando, pero a través de todos los tiempos la lactancia materna se ha considerado la fuente de alimentación idónea para el crecimiento y desarrollo saludable de todo recién nacido y lactante.

La lactogénesis ocurre al inicio del embarazo, cuando los estrógenos y progesterona secretados por la placenta intervienen de forma importante en el desarrollo físico de las mamas, pero inhiben la secreción láctea. La hormona prolactina es la encargada de la producción de leche y sus niveles séricos empiezan a incrementarse a partir de la quinta semana de embarazo y continúan hasta el nacimiento. Por otro lado, la placenta secreta grandes cantidades de somatotropina coriónica, la cual, coadyuva la acción de la prolactina y posee una mínima actividad lactogénica, es por esto que la glándula mamaria empieza

a secretar calostro entre 10 a 12 semanas previas al parto. Posteriormente, comienza la secreción láctea, inmediatamente después del parto, con la caída súbita de estrógenos y progesterona y el incremento de prolactina, la producción láctea alcanza los 300 mL alrededor del quinto a sexto día postparto. Esta secreción también requiere la participación de la hormona del crecimiento, cortisol, hormona paratiroides e insulina; finalmente, la galactopoyesis está bien establecida y hay un mantenimiento de la secreción láctea madura; este mecanismo se activa con el proceso de succión del neonato, tras estimular los receptores sensitivos del pezón, produciendo un reflejo neural aferente vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la posterior. La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón y también es mayor durante la noche. La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales produciendo su vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón.⁵

El proceso de lactancia es un fenómeno biocultural: combinación entre un acto natural y un comportamiento aprendido; el aspecto biológico es de vital importancia, pero el aspecto cultural es el que confiere especial vulnerabilidad debido a que en la actualidad, existen una serie de avances científicos, cambios sociológicos, desinterés del personal de salud y presiones comerciales.

Se han realizado varios estudios internacionales que dan a conocer los factores asociados con el abandono temprano de la lactancia materna, siendo los principales: que la madre sea adolescente, soltera, y que tenga que regresar al trabajo, regalos de la industria y prácticas hospitalarias erróneas.^{6,7} En otros estudios, se menciona el bajo nivel de escolaridad, que la madre sea estudiante, primigesta y madres fumadoras.^{8,9}

El objetivo principal de nuestro estudio fue identificar los factores que influyen en la permanencia de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida; secundariamente, contrastar el grado de ganancia ponderal en los recién nacidos alimentados con leche materna exclusiva comparado con aquéllas con alimentación mixta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y prolectivo. Se captaron en él a todas las madres junto con sus recién nacidos ingresados en la Unidad Neonatal de un centro hospitalario de tercer nivel de atención. Se empleó el método de entrevista al ingreso y tres meses después del nacimiento del lactante para determinar el porcentaje de madres que continúan con la lactancia materna a los tres meses de vida y se investigaron los factores que pudieron favorecer o desalentar esta práctica.

El estudio se realizó en el periodo del 15 de marzo al 15 de agosto de 2008. Los criterios de inclusión fueron: madres de recién nacidos de término (37 a 41 semanas) con peso mínimo de 2,000 gramos sin complicaciones perinatales, nacidos en la unidad neonatal e ingresados al cunero fisiológico de un hospital de tercer nivel de atención durante el periodo establecido y con aceptación de participación en el estudio mediante consentimiento informado.

El método de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. El investigador principal efectuó la entrevista inicial durante las primeras horas de vida del recién nacido y la entrevista final por vía telefónica a los tres meses.

En la entrevista inicial, a las madres se aplicó un cuestionario que incluyó las siguientes características de las madres: edad cumplida en años, escolaridad (primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y postgrado). Ocupación: hogar empleada y empresaria. Estado civil: soltera, unión libre, casada, nivel socioeconómico medio y alto. Número de gestación: primigesta, secundigesta o multigesta. En caso de madres secundigestas y multigestas se preguntó si hubo lactancia previa y la duración de ésta en meses. Se preguntaron además si hubieron antecedentes de alteraciones en los pezones (fisuras, grietas, pezones invertidos), cirugía estética mamaria (sí/no), enfermedades sistémicas (sí/no), tipo de enfermedad sistémica (diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, lupus eritematoso sistémico, hipo e hipertiroidismo), enfermedades previas al embarazo, diabetes gestacional, hiperten-

sión asociada al embarazo y acerca del empleo de medicamentos al momento del nacimiento: antitiroideos, terapia hormonal tiroidea, antidepresivos, antihipertensivos. Al término de la entrevista, se les informó sobre una segunda encuesta que se llevó a cabo por vía telefónica a los tres meses.

Al nacimiento, se registró el peso del recién nacido en gramos, sexo y calificación de Apgar. En el cuestionario de la segunda entrevista, realizada al tercer mes de vida, se preguntó si el lactante continuaba alimentado al seno materno exclusivo o con uso de fórmula, la existencia de problemas físicos durante la lactancia como pezones invertidos, grietas, mastitis, abscesos, enfermedades durante este periodo, medicamentos empleados, actividad laboral y si alguno de ellos interfirió con la lactancia. Se interrogó, además, sobre el peso del lactante, el tiempo de duración de la lactancia materna, en caso de haberse suspendido y las causas de la suspensión.

En el análisis estadístico, realizamos estadística descriptiva con porcentajes, promedio, rango, valores mínimo y máximo. Para determinar los factores, se utilizó estadística inferencial con la prueba χ^2 , y para comparar el peso en los recién nacidos de los distintos grupos se utilizó prueba t de Student para dos muestras independientes.

Se realizó prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para comparar el tipo de alimentación al egreso y a los tres meses y determinar las diferencias existentes entre los grupos. Asimismo, se utilizaron odds ratio (OR) para comparar los principales factores que determinaron la permanencia de la lactancia.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, que comprendió cinco meses, desde marzo a agosto, existieron un total de 551 nacimientos, de los cuales, sólo aceptaron participar en el estudio 140 madres, obteniéndose una respuesta global de 25.4%.

De las 140 madres incluidas en el estudio, tuvieron una media de edad 32.5 ± 0.4 (rango mínimo de 20 años y máximo de 43 años); la edad gestacional promedio fue de 38 ± 0.9 (rango mínimo de 37 semanas y máximo de 41 semanas). Las madres primigestas fueron 62 (44.3%), secundigestas 45 (32.5%) y multigestas fueron 33 (23.6%).

La morbilidad materna previa al embarazo como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica se presentó en nueve madres (6.4%) de la cohorte, declarándose con impedimento para iniciar la lactancia materna. Las madres con patología mamaria

benigna de los senos tal como pezones invertidos y grietas antes del egreso hospitalario fueron 2 (1.4%). Por último, hubo una sola madre con impedimento por cirugía estética de los senos, que correspondió al 0.7% de la muestra.

Respecto a la escolaridad materna, tres de ellas tenían la preparatoria concluida y el resto de la cohorte (137 madres) tuvieron licenciatura (97.9%), pudiéndose observar la alta escolaridad de la cohorte estudiada que representa a la población atendida en este hospital.

En el 78.6% (110) de las madres cursaron sin morbilidad durante el embarazo; 23 con hipertensión inducida por el embarazo (16.4%) y 7 madres con diabetes gestacional controlada e hipotiroidismo (5%), recibiendo medicamentos para controlar la patología de base.

Más de 50% (52.1%) de las madres recibieron consulta prenatal y orientación sobre la lactancia materna con su médico pediatra de forma verbal y, en algunos casos, acudiendo al club de padres del hospital, mediante técnicas audiovisuales. Sesenta madres (42.9%) recibieron orientación durante su estancia intrahospitalaria de forma directa y práctica con sus recién nacidos y explicación mediante maniquís, mientras que 7 (5%) de las madres no recibieron orientación hospitalaria por egreso temprano en las primeras 48 horas.

En la política de atención perinatal, existe el alojamiento conjunto con lactancia materna exclusiva en la habitación de la madre, permitiéndose esta hospitalidad siempre que la madre esté en condiciones físicas de cuidar el recién nacido desde las primeras horas del nacimiento, en este sentido, sólo 4 (2.9%) de las madres solicitaron esta modalidad de atención al recién nacido.

De los 140 recién nacidos estudiados tuvieron una edad gestacional promedio de 38 ± 0.9 sema-

nas y una media de peso de $2,920 \pm 390$ gramos (rango mínimo de 2,000 gramos y máximo de 4,200 gramos). La mediana de Apgar al minuto fue de 8, y a los 5 minutos de 9.

Se presentaron 51 (36.4%) binomios con seno materno exclusivo al egreso hospitalario, 77 (55%) binomios fueron alimentación mixta y 12 casos (8.6%) con fórmula exclusiva. Después de tres meses, el 14 (10%) de los binomios madre e hijo permanecieron con seno materno exclusivo. Cuarenta y siete por ciento (66) con alimentación con fórmula exclusiva y 42.9% (60) con alimentación mixta (*Figura 1*).

Consideramos como posibles factores que determinaron la permanencia de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida: la vía de nacimiento, el peso al nacer, el número de gestación, la presencia de orientación prenatal sobre lactancia, si esta orientación fue otorgada por el médico tratante o de forma intrahospitalaria, el alojamiento conjunto, impedimento estético mamario, morbilidad materna, alteración en los pezones (grietas, abscesos), causas laborales, la apreciación subjetiva de disminución en la producción láctea y el desarrollo de alergias (*Cuadro I*).

Al tercer mes, la principal causa por la cual suspendieron el seno materno fue la apreciación en la disminución de leche en 29 casos (20.7%), por causas laborales en 19 casos, (13.6%), grietas en los pezones en 19 (13.6%), mastitis en 2 casos (1.4%), y alergia a la proteína de la leche en 3 casos (2.1%).

Al comparar la media de peso de los 14 RN alimentados al seno materno exclusivo, a los tres meses se reportó una media de 5.707 ± 0.665 kg y la media de peso de los lactantes alimentados con fórmula o técnica mixta fue de 5.733 ± 0.513 kg, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

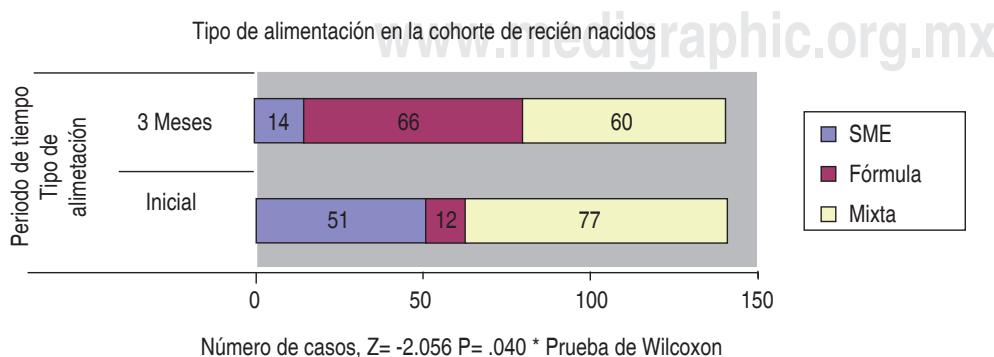


Figura 1.

Tipo de alimentación en la cohorte de recién nacidos estudiados. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Cuadro I. Principales factores que determinan la permanencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida.

Variable	SME (n = 14)	No SME (n = 126)	OR	IC 95%	Valor p
Nacimiento vaginal	4	27	1.46	(0.426-5.044)	0.375
Patología obstétrica	0	7			0.631
Multigesta	9	69	1.039	(0.932-1.159)	0.349
Control prenatal orientado	10	63	2.5	(0.745-8.392)	0.107
Impedimento estético	0	12			0.610
SME al nacimiento	13	38	22	(3.05-168.4)	0.0001
Alojamiento conjunto	1	3	3.15	(0.306-32.5)	0.347

El valor de p y OR se obtuvieron mediante la prueba χ^2 . En la variable con 0 casos, no se pudo calcular OR e IC95%.

DISCUSIÓN

En este estudio, la prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso fue de 36.4%, disminuyendo de forma considerable al 10% a los tres meses, cifra que es extremadamente baja en relación con el 50% considerada como meta de la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la lactancia materna.¹⁰ Es importante considerar que la OMS estima que de un total de 94 países pobres, la población de menores de 12 meses tiene una tasa de lactancia materna exclusiva del 35% entre los 0 y 4 meses.¹¹ Los resultados de nuestro estudio nos recuerdan la realidad de México durante las décadas de los setenta y ochenta, cuando teníamos el 15.3% y el 11.5% de prevalencia en la tasa de lactancia exclusiva en los lactantes de tres meses.^{12,13}

En el mundo, cuarenta países llevan a cabo una Iniciativa Mundial sobre Tendencias de Lactancia Materna, veinticinco de ellos cuentan con datos representativos a nivel nacional sobre las tendencias de alimentación al seno materno exclusivo y el tiempo de duración de la lactancia durante los últimos 10 a 20 años; entre los cuales se encuentra México, reportando una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses del 22.3%. Aun así, estamos lejos de igualar las tasas que reportan Brasil de 38.6% y Colombia de 46.8%, este notable incremento observado en estos países, sin lugar a duda, refleja el aumento de la urbanización, la educación y el empleo de las mujeres, que habitualmente se relacionan con un nivel de lactancia disminuido.²

En el resto del mundo, tenemos un panorama muy diverso; en un estudio llevado a cabo en Gujarat-India, en el año 2007, la tasa de prevalencia global reportada fue de 39.7%, con un tiempo promedio de duración alrededor de los seis meses.¹⁴ En Estados Unidos, según la última Encuesta Nacional de Inmunización, 75% de las mujeres amamantan a sus

recién nacidos, existiendo diferencias significativas de acuerdo con el nivel cultural y sociodemográfico, las tasas de iniciación de lactancia materna más altas fueron de la comunidad hispana con 80.6% comparadas con la población afroamericana con 58%. En este estudio, se analizaron también los grupos socioeconómicos, donde las madres con mayores recursos económicos reportaban una tasa de inicio de 84.6%, que pudiera compararse con el nivel socioeconómico de nuestro estudio, pero aun así, nuestro porcentaje de inicio es menor con 36.4%. En relación con la edad de la madre, esta encuesta reporta que las madres menores de 20 años iniciaron la lactancia materna en un 59%, en comparación con el 79.3% de las madres mayores de 30 años.⁸ Nosotros no encontramos ninguna diferencia relacionada con la edad y el inicio o permanencia de la lactancia, debido probablemente al tamaño de muestra y que el grupo de madres estudiadas tenían en promedio 32.5 años.

Se han realizado varios estudios para conocer los factores involucrados en la lactancia materna, tanto en el inicio como en la permanencia de ésta. Los obstáculos para mejorar la prevalencia al comienzo de la lactancia incluyen la apatía o la falta de información del médico, la insuficiente instrucción prenatal acerca del amamantamiento y la falta de percepción de la alimentación con leche materna como un factor cultural normal.³ Obviamente, el descenso que observamos en las tasas de prevalencia a nivel mundial están relacionados con una serie de factores, destacando el fracaso para mantener el aporte de leche en los primeros días después del nacimiento, lo cual está en relación con el hospital y con la práctica en el consultorio donde se alienta la alimentación con fórmula o la ambivalencia con la lactancia, aunque por otro lado, tenemos la interrupción del amamantamiento con el retorno de la madre al trabajo.^{9,10}

En nuestro estudio por el tipo de población, contamos con más del 50% de madres que lleva un control pre-

natal adecuado y orientación sobre los beneficios de la lactancia con su médico ginecólogo y pediatra; el 42.9% recibieron orientación por una especialista en lactancia durante su estancia hospitalaria; ambos grupos constituyen más de 90% de las madres estudiadas, esto llama la atención porque, aun sabiendo de los enormes beneficios que la leche materna tiene tanto para el recién nacido como para la madre, la prevalencia de lactancia inicial en este grupo es muy baja con 36.4% y desciende de forma importante a los 3 meses hasta el 10%.

Una de las principales causas de suspensión de la lactancia es la percepción subjetiva de la madre en cuanto a la disminución de producción láctea. En nuestro estudio, ésta fue la principal razón para la suspensión (20.7%), tal vez debido a la falta de orientación médica eficaz y a la gran predisposición a introducir fórmulas lácteas. Las causas siguientes de suspensión fueron el retorno al trabajo y problemas mamarios como grietas en los pezones o mastitis con 13.6%.

Entre otros factores que se han encontrado en la literatura para el abandono precoz de la lactancia, se mencionan la edad materna menor de 20 años, madre estudiante, primiparidad, soltería y el regreso a la fuente de trabajo.^{8,15-17}

En la actualidad, un gran porcentaje de mujeres carece de la experiencia o habilidad para amamantar, antiguamente esta práctica se enseñaba de madre a hija, costumbre que se ha ido perdiendo. También es importante recalcar el entorno familiar, principalmente el padre que puede influir en la decisión del tipo de alimentación.¹⁸

Hoy en día, el mercado laboral es el que mayor influencia tiene, puesto que cada vez más mujeres en edad fértil tienen actividades laborales que las alejan de sus hijos lactantes por tiempos prolongados, muchas veces, carecen de facilidades laborales que les permitan alimentarlos al seno materno.¹⁹

En el año 2007, la Encuesta Nacional de Salud Familiar de la India reportó que la duración de la lactancia materna exclusiva fue más corta en áreas urbanas, en mujeres con un nivel de estudios superior y que dieron a luz en instituciones de salud. En Bangladesh, la mediana de duración de SME fue de 3.6 meses y los niños nacidos en familias de alto estatus económico tenían mayor riesgo de detener la lactancia materna exclusiva.¹⁴ Esto estaría en relación con nuestra población estudiada, ya que casi el 100% de las madres tenían estudios de licenciatura y postgrado, además pertenecen a un medio socioeconómico medio-alto.

Las tasas más altas de lactancia materna se encuentran en Australia, con 93.8% al egreso hospita-

lario y 45.8% a los seis meses.²⁰ Cabe destacar que en este país, la alimentación infantil con fórmula es bajo restricción médica estricta y el abastecimiento es intrahospitalario, a diferencia de otros países la venta es libre en farmacias. En los países nórdicos, las tasas son de 85% a los cuatro meses y de 80% a los seis meses, esto probablemente esté en relación con los beneficios generados por los programas de licencia de maternidad; vale la pena mencionar, por ejemplo, que las mujeres noruegas tienen derecho a un total de 116 semanas de trabajo, protegidas para la maternidad y el cuidado de los niños, de las cuales 42 semanas son remuneradas al 100%.¹⁷

En el estudio realizado, no encontramos ninguna relación entre la suspensión y la morbilidad obstétrica, el número de gestación, la vía de nacimiento, alojamiento conjunto, control orientado a la lactancia, debido probablemente al tamaño de la muestra. Otros factores que interfieren con la lactancia exclusiva son las complicaciones relacionadas con las glándulas mamarias: hipogalactia, mastitis, grietas y pezones invertidos. Es recomendable emprender nuevos estudios prospectivos que incorporen estos factores como variables que modifiquen o propicien el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

En relación con el patrón de crecimiento de los lactantes durante los tres primeros meses fue similar para ambos grupos, sin diferencia estadísticamente significativa. Este resultado es posible por el número reducido de lactantes alimentados mediante el seno materno exclusivo a los tres meses de edad. La literatura revisada apoya que las curvas de crecimiento para peso y talla son mayores para niños alimentados con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses,²¹ situación no demostrada en este estudio posiblemente por el número reducido de lactantes alimentados mediante seno materno exclusivo a los tres meses de edad.

CONCLUSIONES

El factor que favorece el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses es el inicio de esta práctica desde el nacimiento.

La ganancia ponderal de los lactantes alimentados al seno materno exclusivo a los tres meses de edad es similar a los lactantes alimentados por fórmula.

Recomendaciones para la práctica

- Tener en cuenta las bases fisiológicas de la lactancia, principalmente la lactogénesis y galactopoye-

- sis. Debemos entender y comprender que todas las mujeres son capaces de amamantar, siempre que lo deseen y, para ello, es necesario que tengan información precisa y que cuenten con apoyo familiar.
- Fomentar la creación de grupos de consejería con intervenciones en el periodo pre y postnatal para que estimulen la lactancia materna exclusiva, sobre todo reforzando los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna, tanto para la madre y el niño.
 - Motivar a ambos padres a la asistencia a clases, lecturas, observación de lactancia materna a través de medios audiovisuales.
 - Favorecer el encuentro con personas de apoyo que tengan experiencias positivas en la lactancia.
 - Los sistemas de salud deben contar con personal médico y de enfermería capacitado para ayudar y resolver las dudas inherentes a la lactancia, con especial énfasis en las madres con egreso hospitalario temprano.
 - Las diversas instituciones deberían ofrecer alternativas laborales para las mujeres que lactan, como la hora de lactancia con goce de sueldo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Mexicana de Pediatría. Programa de Actualización Continua en Pediatría Nutrición del lactante y preescolar en la salud y enfermedad. Ed. Intersistemas SA de CV. 2004; 1: 5-6.
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación actual y tendencias de la lactancia materna en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas y programáticas. 2012.
3. WHO Nutrition. Global data bank on breastfeeding. Geneve: WHO; 2003.
4. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115: 498.
5. Guyton MD, Hall PD. Tratado de fisiología médica. 10a. ed., Ed. McGraw-Hill. Interamericana; 2001: pp. 1148-1150.
6. Vega LMG, González PGJ. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1993; 115: 118-126.
7. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast- feeding? *Am J Public Health*. 1989; 79: 1247-1250.
8. Lactancia Materna: Guía para Profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2003; 5 (3): 32.
9. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37: 447-452.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1-16.
11. Prendes LM, Vivanco DRM. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suarez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15: 397-402.
12. González CT. Breast-feeding practices in México: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pub Mex*. 2003; 45: 477-489.
13. Pérez ER. Epidemiología de la lactancia materna en zonas urbanas y rurales de México. *Bol of Sanit Panam*. 1993; 114 (5): 399-345.
14. Navarro EM. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pub de Mex*. 2003; 45 (4): 276-284.
15. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129 (3): e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552. Epub 2012 Feb 27.
16. Vega LMG, González PGJ. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1993; 115: 118-126.
17. Ogbonna Cet al. Factors Influencing exclusive breastfeeding in Jos, Plateau State, Nigeria. *West Afr J Med*. 2000; 19 (2): 107-110.
18. Peat JK, Allen J, Oddy W. Beyond breastfeeding. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 104 (3): 526-529.
19. Parrilla R. Lactancia materna en Puerto Rico: tradiciones paternas, costumbres tradicionales y estrategias futuras. *Health Sci J PR*. 1999; 18 (3): 223-228.
20. Rajesh K, Chudasama MD. Breastfeeding initiation practice and factors affecting breastfeeding in South Gujarat region of India. *The Internet Journal of Family Practice*. 2008; 7: 2. doi: 10.5580/14b
21. Scott JA. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. *Acta Paediatrica*. 1999; 88 (4): 416-421.