

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE ALIMENTACION MATERNA EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Dr. Emil Kasse Acta

Presentado en los Congresos de Pediatría de La Habana, VII Latinoamericano,
XIV Panamericano y XXI Nacional
11-16 de Noviembre de 1984

COMENTARIO INTRODUCTIVO

¿Con qué, sino con el seno materno, se alimentó el primer niño sobre la tierra?

Sin duda, entonces, la leche materna tiene que ser el alimento más antiguo que el hombre ha conocido.

La mitología griega, confundida al decir de muchos historiadores con la tradición médica, consideraba a Apolo el autor de la medicina. De acuerdo a una leyenda, Esculapio (Dios de la Medicina Griega) era hijo de Apolo y de la ninfa Coronis, quien estando embarazada de Apolo se enamoró del arcadio Isches.

Descubierta, fue muerta por Apolo, quien por remordimiento al matarla embarazada, arrancó del vientre de Coronis la criatura, llamándosele Esculapio. Le puso a Trigone como nodriza.

Este acto quirúrgico está considerado como la primera cesárea post-mortum matriz realizada en el mundo y Trigone se convierte así quizás en la primera nodriza de la historia universal. En todas las épocas y en todos los pueblos ha existido y seguirá existiendo el hambre. De ahí que no pueda atribuirse a la desnutrición materna la génesis de lo que modernamente se ha llamado "El Síndrome de Insuficiencia Láctea". La fábula griega muestra a las claras, de otro lado la ayuda significativa de las nodrizas en la alimentación natural. Buen ejemplo también son los Bancos de Leche Materna.

Es increíble que en pleno siglo XX, cuando se han obtenido los mayores logros en el campo tecnológico, científico y educativo, tengan los Pediatras y organismos internacionales que se ocupan de la salud de la niñez, que luchar por que la leche del seno, cuya ventaja en la alimentación del niño en los primeros meses ha sido probada grandemente, vuelva a ocupar el papel preponderante que le corresponde como factor crucial y determinante en la prevención de afecciones del lactante y tanto como para un mejor

crecimiento y desarrollo del niño!

¡Qué ironía, cuando deben ser las propias madres las que luchen por este retorno al seno materno!

La declinación de la alimentación natural, aunque resulte paradójico, puede en parte atribuirse a factores relacionados con los avances de la civilización.

A nuestro juicio y es oportuno señalarlo, buena parte de las raíces del problema se originan:

1. Cuando la mujer comienza a igualarse con el hombre hasta el extremo, por razonable capacidad, de desplazarlo muchas veces como fuerza laboral, apremiada, aun en contra de su voluntad, y por necesidad de compartir las cargas económicas del hogar, a dejar de lado su saludable propia fuente alimentaria.

2. Por el florecimiento de la comercialización de los productos alimenticios, que si bien pueden llenar en los primeros meses, en un mínimo porcentaje, alguna necesidad, desplazan a la alimentación natural, penetrando con este armamentario artificial en las conciencias maternas con sutileza e ingenio. Casi todas las industrias están elaborando no sólo productos en polvo, sino ya líquidos, "listos para el uso", para facilidad y complacencia de un alto porcentaje de madres que ante esta. novedades, pueden dedicar más tiempo al trabajo remunerado, cuidados de la silueta y a otras diversiones (juegos, TV, etc.), que la obligación de ofrecer el seno le hacen barrera, para catástrofe de la interacción "diádica" y vinculación afectiva madre-hijo, situación agravada de otro lado, por la moderna tendencia de separar al R.N. de la madre, en clínicas, hospitales y maternidades en el período en que posiblemente el contacto con la madre podría calar más hondo desde el punto de vista emocional.

3. Por el desplazamiento de la población rural a la zona urbana, que tiende a borrar las costumbres de la sociedad tradicional, a la nueva madre que aprendió de su propia madre, el instinto natural de ofrecer el seno al niño que

Cuadro No. 1
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO
SOBRE ALIMENTACION MATERNA
(ALAPE), REP. DOM. 1982*

METODOLOGIA

1. Selección de área sub-urbana marginada
2. Selección de viviendas donde residía un niño menor de 12 meses, o donde hubiese fallecido uno, un año antes menor de 12 meses.
3. Utilización cuestionario con 271 preguntas para captación de datos sobre:
 - a) Nivel socioeconómico,
 - b) Experiencia en alimentación materna de la madre, familiares y amigas,
 - c) Duración de la alimentación al seno de los últimos 5 hijos,
 - d) Datos sobre el nacimiento;
 - e) Estado del niño al nacer,
 - f) Datos antropométricos;
 - g) Utilización de los servicios de salud;
 - h) Enfermedades pre y post-natales,
 - i) Morbilidad y mortalidad;
 - j) Factores que influenciaron en la alimentación materna, o el destete;
 - k) Inicio de la alimentación, ingestión de calostro, duración de la alimentación natural
 - l) Medios de comunicación de la población (prensa, radio, TV, otros)
 - m) Eventuales alimentos recibidos;
 - n) Análisis de la encuesta, por el grupo;
 - o) Datos computados, analizando estadísticamente resultados ($P < 0.05$)

(*) 504 encuestadas.

alumbró.¹ Se tiene como cierto, sin embargo, que todavía en el área rural la alimentación natural resulta ser la básica para el lactante, aunque parece existir una tendencia a que esta práctica disminuya. Considerando la alimentación como una elección de la madre y no del niño (ignorante de lo que es un menú), se justifica la negación de la leche materna, cuando no existan causas atendibles, como son: incapacidad del niño para la deglución y la succión, malformaciones de la boca o enfermedades graves o crónicas que puedan afectar al niño, contraindicaciones médicas por el uso de algunos medicamentos que pasan a la leche materna, nuevos embarazos, hogares deshechos, en que el niño tiene que dejar de vivir con la madre; inexistencia de guarderías en las industrias, trabajos alejados del hogar, negativa de

Cuadro No. 2
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO
SOBRE ALIMENTACION MATERNA
(ALAPE), REP. DOM. 1982

CARACTERISTICAS

Area estudiada:	Sector Mendoza, D.N.
Distancia:	13 Km. de Santo Domingo
Población:	26,000 habitantes
Escuelas:	1. Primaria
Consultorios dentales:	2
Consultorios médicos privados:	5
Industrias:	4

permisos por los patronos por ineficacia de las leyes laborales. Los auténticos impedimentos son extraordinariamente raros, predominando actualmente, más bien, obstáculos no genuinos, dejando de lado, como ya dijimos, las actividades profesionales de la madre, en cuyo caso la responsabilidad recae sobre la estructuración de las injustas sociedades modernas.²

La doctora Angele Petros-Barvazian³ en su trabajo sobre "EPIDEMIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA", presentado en un seminario de la Asociación Internacional de Pediatría, en Ankara, Turquía, en 1982, sobre "ALIMENTACION DEL NIÑO LACTANTE", enfocó partiendo de un estudio colaborativo realizado por la OMS en nueve (9) países, la variación del período de la lactancia materna, destacando tres (3) fases básicas:

1. La tradicional, con un período largo y una gran frecuencia de lactancia materna.

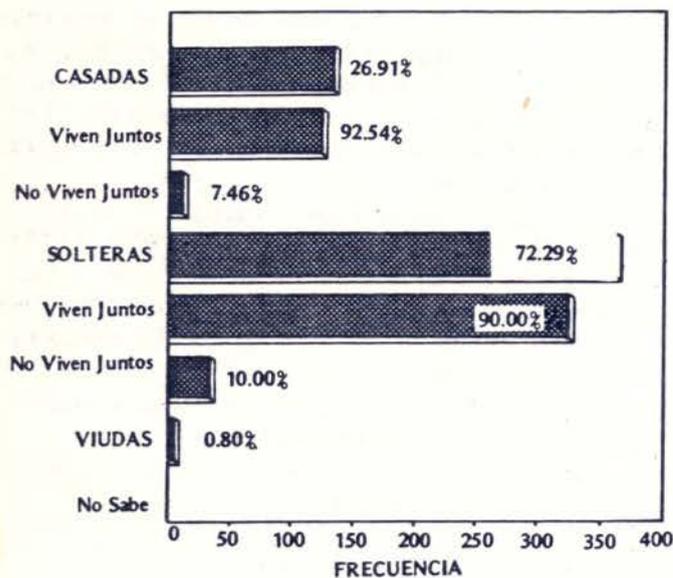
2. La de transformación, con disminución de la frecuencia y acortamiento del período.

3. La de reaparición, con elevación de la frecuencia y prolongación del período.

En el mismo seminario, el doctor Marsden Wagner,⁴ de Dinamarca, funcionario de la OMS, sumalizó un recuento histórico de la alimentación al seno en Noruega, basado en un estudio de la doctora Elizabeth Helsing, de mayo de 1981, de 100 años de alimentación del niño (1880-1980), mostrando el descenso de la lactancia materna entre 1920 y 1930 como resultado del desarrollo de la alimentación con biberón; una elevación en la década del 40 como resultado de la Segunda Guerra Mundial, por la falta de fuentes suficientes de sustitutos de leche materna, lo que sin duda alguna ocurrió en todos los países del mundo. En las décadas del 50 y del 60 volvió a descender la alimentación materna resurgiendo en el 70 y el 80, por una científica presión de grupos de incentivo materno, a los que se asociaron todos

Cuadro No. 3
CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS
MATERNAS

Tiempo—Años	Frecuencia	%
< 20	58	11.65
20 — 24	177	35.54
25 — 29	130	26.10
30 — 34	71	14.27
35 — 39	46	9.24
40 o más	14	2.81
No sabe	2	0.40



los pediatras de Oslo.

El interesante estudio de Helsing en Noruega, sin duda alguna, podría ser el patrón en un alto porcentaje de los países de los cinco continentes.

El tema apasiona no sólo a médicos y nutriólogos, sino también a sociólogos y en los últimos años se ha venido observando un movimiento universal basado en estudios epidemiológicos sobre alimentación materna que se vuelcan en congresos, seminarios, cursos, jornadas y simposiums sobre este fundamental aspecto ligado tan estrechamente a la salud del niño.

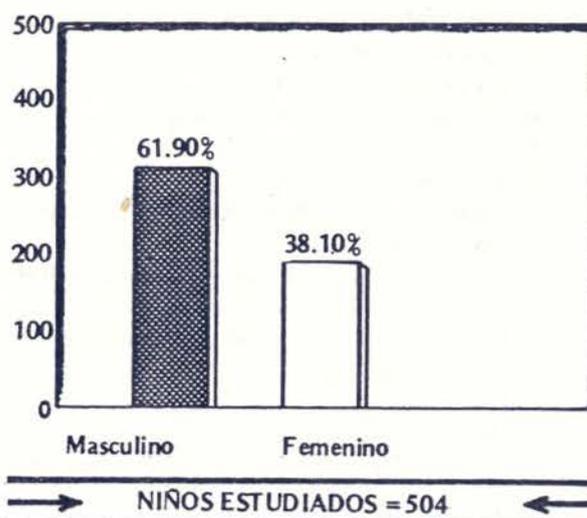
América Latina no podía quedar atrás, y este trabajo sobre la alimentación materna en República Dominicana

corresponde a un estudio colaborativo auspiciado por la ALAPE en áreas seleccionadas de ocho países latinoamericanos, España y Portugal, diseñado por el Comité Científico bajo la coordinación de B. Schmidt, de Brasil.

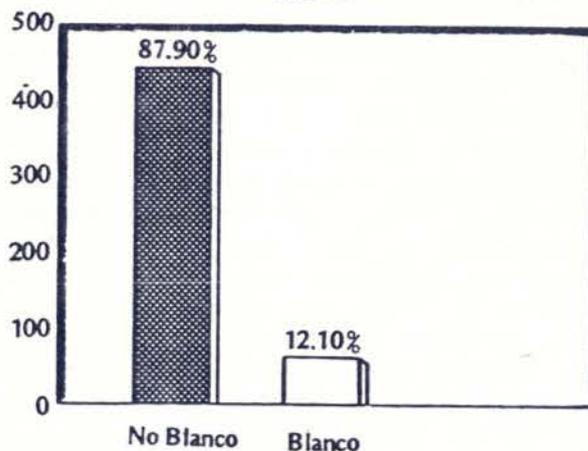
La metodología que seguimos se observa en el Cuadro No. 1.

Se trata de un estudio piloto transversal programándose para el futuro nuevos estudios epidemiológicos sobre alimentación materna en las mismas áreas de la población urbana marginal encuestada, usándose un protocolo común con miras a procurar nuevas informaciones que aporten datos de interés sobre el tema a pediatras y organismos locales e internacionales que se ocupan de la salud del niño.

Figura No. 1
ALIMENTACION MATERNA
SEXO



COLOR



En el cuadro No. 2 se especifican las características del paraje donde se realizó el estudio.

En el cuadro No. 3 señalamos aspectos de las características socioeconómicas maternas.

En la figura No. 1 se describe el número de niños estudiados, así como sexo y color del grupo evaluado.

El cuadro No. 4 muestra el grado de instrucción de las encuestadas:

Cuadro No. 4
CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS
MATERNAS

Grado de Instrucción	No.	%
Analfabetas	88	6.02
Sabe leer pero sin escuela	30	6.02
Primaria incompleta	186	37.35
Primaria completa	96	19.28
Intermedia incompleta	36	7.23
Intermedia completa/ Bachillerato incompleto	41	8.23
Bachillerato completo/ Universidad incompleta	17	3.41
Universidad completa	4	0.80
	498	
Nivel Socioeconómico	No.	%
A - Clase alta	3	0.60
B - Media alta	2	0.40
C - Media baja	28	5.62
D - Pobre	165	33.13
E - Indigente	300	60.25
Total	498	100.00

Dejamos bien establecido que este estudio que realizamos con la colaboración de más de 10 médicos recién graduados y 8 estudiantes de término de medicina, asesoría de un epidemiólogo, dos bioestadísticos y 2 ingenieros de cómputos, no refleja necesariamente la real situación de la lactancia materna en nuestro país, si bien, ofrece una buena idea de esta problemática social en determinado sector de la República Dominicana.

Otros investigadores dominicanos han realizado laboriosos estudios sin que tampoco reflejen la situación, ya que

algunos sólo recogen tímidos muestreos estadísticos, otros carecen de rigor metodológico, siendo quizás limitativos en sus proyecciones en la captura de informaciones.

El cuadro No. 5 contiene la distribución de edades de los niños estudiados.

Cuadro No. 5
DISTRIBUCION DE LAS EDADES
DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS

Edad	Frecuencia	%	% Acumulado
< 1 - Mes	29	5.75	5.75
1 - Mes	44	8.73	14.48
2 - Meses	43	8.53	23.01
3 - Meses	58	11.51	34.52
4-5 - Meses	77	15.28	49.80
6-7 - Meses	60	11.90	61.70
8-9 - Meses	59	11.71	73.41
10-11 - Meses	78	15.48	88.89
12 - Meses	51	10.12	99.01
> 12 - Meses	5	0.99	100.00
Total	504		

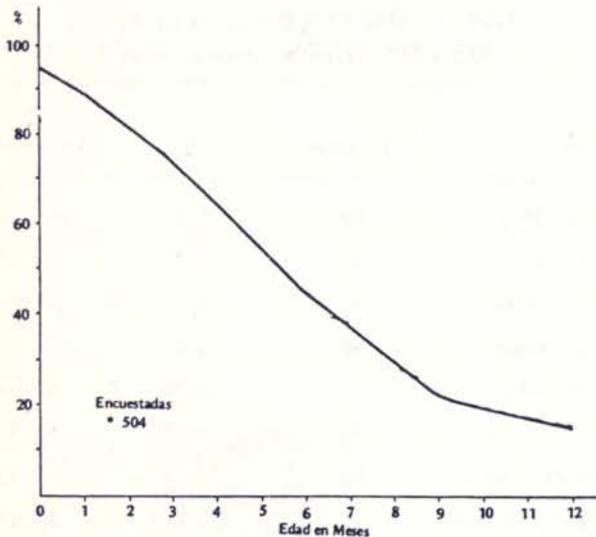
La incidencia de la alimentación materna se ve en el cuadro No. 6:

Cuadro No. 6
INCIDENCIA
DE LA ALIMENTACION MATERNA

Tiempo	Frecuencia	%
Nunca	23	4.62
< 1 Mes	14	2.81
1 Mes	15	3.02
2 Meses	27	5.42
3 Meses	29	5.82
4 Meses	31	6.22
5 Meses	33	6.63
6 Meses	73	14.66
7-12 Meses	186	37.35
> 12 Meses	67	13.45
Total	498	100.00

La figura No. 2 revela la incidencia porcentual de la alimentación materna en nuestro estudio:

Figura No. 2
INCIDENCIA PORCENTUAL
DE LA ALIMENTACION MATERNA



Aquí se aprecia el tiempo de inicio de la alimentación materna. Ver el cuadro No. 7:

Cuadro No. 7
TIEMPO DE INICIO DE
LA ALIMENTACION MATERNA

Horas Post-Nac.	Frecuencia	%	Acumulado
0- 6 Horas	248	49.80	49.80
7-12 Horas	138	27.71	77.51
13-24 Horas	37	7.43	84.94
25-48 Horas	14	2.81	87.75
2- 4 Días	48	9.64	97.39
5- 7 Días	10	2.01	99.40
8 o más	2	0.40	99.80
No sabe	1	0.20	100.00
	498	100.00	

El cuadro No. 8 resulta tal vez el más interesante de la encuesta porque revela cómo después de las 24 horas de

Cuadro No. 8
INGESTA ALIMENTICIA DESPUES DE LAS 24 HORAS DE EDAD
DEL NIÑO

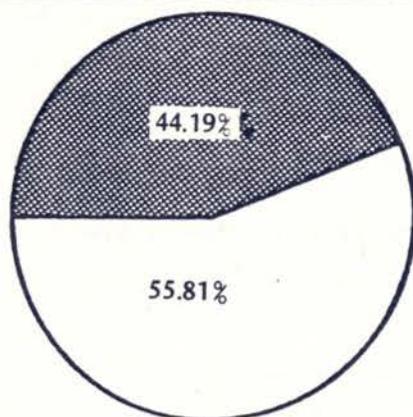
VARIABLES	EDAD EN MESES									
	<1 (24) %	1 (40) %	2 (42) %	3 (57) %	4-5 (74) %	6-7 (61) %	8-9 (61) %	10-11 (79) %	12 > (58) %	
Recibieron										
Algunas veces seno	87.5	92.5	90.5	86.0	74.3	65.6	47.5	50.6	44.8	
Alguna otra leche	12.5	7.5	16.7	42.1	52.7	54.1	60.7	53.2	55.1	
Algunos otros líquidos	16.7	60.0	76.2	82.5	94.6	96.7	91.8	100.0	100.0	
Alimentos sólidos	—	7.5	16.7	47.4	66.2	83.6	90.2	93.7	90.4	
Sólo seno	70.8	37.5	23.8	14.0	4.1	—	4.9	—	—	
Seno y otros líquidos	16.7	52.5	59.5	43.9	43.2	44.2	29.5	43.0	41.4	
Seno y otra leche	—	—	—	3.5	—	—	3.3	—	—	
Seno, otra leche y otros líquidos	—	—	7.1	24.6	24.3	19.7	9.8	7.6	3.4	
Sólo otra leche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Otra leche y otros líquidos	—	—	9.5	14.0	27.0	31.7	47.5	45.6	50.0	
Sólo otros líquidos	—	—	—	—	—	—	4.9	3.8	3.4	

nacido el niño, se introducen otros alimentos y líquidos, que inciden negativamente sobre las ventajas indiscutibles que podría haberles ofrecido sólo el seno materno:

La figura 3 muestra el porcentaje de los que ingieren calostro:

Figura No. 3
INGESTA DE CALOSTRO

Sí	213	44.19%
No	269	55.81%
Total	482	100%



■ Sí = 44.19%

□ No = 55.81%

Vemos (cuadro 9) aspectos de interés en referencia a la alimentación materna (en duración), y morbilidad, tanto en el período neonatal precoz como tardío.

El cuadro No. 10 ilustra sobre las diferentes patologías presentadas en relación al tiempo de inicio de la alimentación materna.

El cuadro No. 11 cobra importancia al mostrar la incidencia de mortalidad aun con la ingesta de calostro.

El cuadro No. 12 señala que 17 (para un 3.98%) de los 477 niños que tomaron sólo el seno fallecieron, siendo esta mortalidad la más elevada de esta encuesta que se hizo en otros 10 países.

El cuadro No. 13 enseña aspectos relacionados con la mortalidad (color y edad de las madres):

La figura No. 4 clasifica las causas de mortalidad en nuestra encuesta.

El cuadro No. 14 muestra otros aspectos interesantes de la mortalidad infantil en nuestra encuesta.

En el cuadro No. 15 continuamos mostrando otros aspectos socioeconómicos de la mortalidad infantil.

El cuadro No. 16 especifica importantes aspectos sobre la causa principal de la mortalidad relacionadas con el sexo, peso, tipo de alimentación y edad al morir.

Cuadro No. 9
DURACION DE LA ALIMENTACION MATERNA Y MORBILIDAD

	Neonatal Precoz		Neonatal Tardío		1-6 Meses	7-12 Meses
Hospitalización	67	NS	18	*	34 NS	32 *
Morbilidad	—	NS	—	NS	— NS	*
Diarrea	38	NS	8	NS	37 NS	24
Deshidratación	3	NS	3	NS	12 NS	8 *
Enfermedades vías respiratorias altas	9	*	11	NS	27 NS	25 *
Enfermedades vías respiratorias bajas	8	NS	4	NS	8 NS	12 NS
Ictericia	12	NS	—	NS	— NS	— NS
Cianosis	6	NS	—	NS	— NS	— NS
Alteraciones Dermatológicas	4	NS	5	NS	9 NS	4 NS

NS = No Significativo

* = Significativo

Cuadro No. 10
TIEMPO DE INICIO DE ALIMENTACION MATERNA Y MORBILIDAD

	0-6 Horas		7-12 Horas		13-14 Horas		25-48 Horas		2-4 Días	
Hospitalización	46	NS	8	NS	-	NS	2	NS	6	NS
Morbilidad	-	NS	-	NS	-	NS	-	NS	-	NS
Diarrea	30	NS	5	NS	-	NS	1	NS	1	NS
Deshidratación	1	NS	1	NS	-	NS	-	NS	1	NS
Inf. Vías Resp. altas	6	NS	1	NS	-	NS	-	NS	-	NS
Inf. Vías Resp. bajas	8	NS	-	NS	-	NS	-	NS	-	NS
Ictericia	3	NS	8	NS	-	NS	-	NS	-	NS
Cianosis	1	NS	-	NS	-	NS	1	NS	3	NS
Alteraciones dermatológicas	1	NS	-	NS	-	NS	-	NS	1	NS

NS = No Significativo

Cuadro No. 11
INGESTA DE CALOSTRO E INCIDENCIA DE MORBILIDAD

	Precoz		Tardío		1-6 Meses		7-12 Meses	
Hospitalización	43	*	8	NS	17	NS	-	NS
Morbilidad	-	*	-	NS	-	NS	-	NS
Diarrea	30	*	4	NS	20	*	7	NS
Deshidratación	-	NS	-	NS	4	NS	3	NS
Inf. Vías Resp. altas	5	NS	5	NS	5	*	15	*
Inf. Vías Resp. bajas	8	*	2	NS	6	NS	5	NS
Ictericia	1	*	-	NS	-	NS	-	NS
Cianosis	3	NS	-	NS	-	NS	-	NS
Alteraciones dermatológicas	-	NS	3	NS	3	NS	-	NS

NS = No Significativo

* = Significativo

COMENTARIO FINAL

1. Un 4.62% correspondió a niños que no habían tomado el seno.

2. Un porcentaje acumulado de 21.69% fue computado en los niños alimentados a seno menores de 3 meses.

3. Un 49.20% correspondió a los alimentados al seno hasta los 6 meses y un 37.35% se acumuló entre los niños de 7 a 12 meses, en tanto casi un 21% tomaba el seno a los

12 meses.

4. Incrementaron la incidencia de la alimentación materna un pequeño número de personas que viven en el hogar; cuidados prenatales; duración del embarazo; conocimiento de la madre de la diferencia de la leche del seno y otros alimentos; actitud favorable del padre en favor de la lactancia materna y las informaciones de la enfermera en el hospital; no tuvieron influencias sobre la lactancia materna la raza, la clase social, la educación de la madre, la edad ma-

Cuadro No. 12
MORTALIDAD INFANTIL

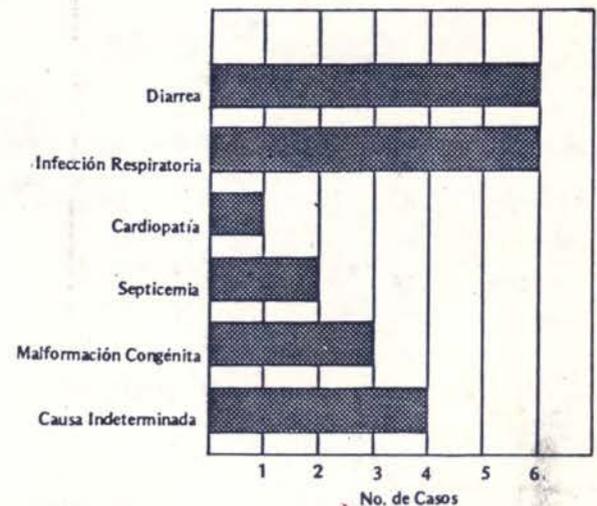
Niños vivos	482	
Niños Muertos	22	<ul style="list-style-type: none"> 12 Hembras 10 Varones
OBITOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE ALIMENTACION		
Niños que recibieron alimentación natural:	19/477	3.98%
Recibieron exclusivamente leche materna	17	
Recibieron alimento mixto	2	
No sabe	3	

Cuadro No. 13
NIVEL SOCIOECONOMICO Y MORTALIDAD INFANTIL

Color		Frecuencia	%
Blanco	7/68		(10.29)
No blanco	15/430		(3.49)

EDAD DE LA MADRE		
Años	Frecuencia	%
- 20	2/58	3.45
20 - 24	6/177	3.39
25 - 29	10/130	7.69
30 - 34	3/71	4.22
35 - 39	1/46	2.17
40 o más	0/14	
No sabe	0/2	

Figura No. 4
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ASOCIADAS O AISLADAS



Cuadro No. 14
NIVEL SOCIOECONOMICO Y MORTALIDAD INFANTIL

Casadas	Frecuencia	%
Viven juntos	2/134	1.49
Solteras		
Viven juntos	20/360	5.56
Viudas	0/4	-

Instrucción (Educación)	Frecuencia	%
Analfabeta	7/88	7.95
Sabe leer pero sin escuela	1/30	3.33
Primaria incompleta	1/186	4.30
Primaria completa	4/96	4.17
Intermedia incompleta	2/36	5.55
Intermedia completa/ bachillerato incompleto	-/41	-
bachillerato completo/ universidad incompleta	-/17	-
Universidad completa	-/14	-

Cuadro No. 15
NIVEL SOCIOECONOMICO
Y MORTALIDAD

Clase Social	Total		Vivos		Muertos	
	(498)	%	(476)	%	(22)	%
A. Rica	3	0.60	3	0.63	0	0.00
B. Media alta	2	0.90	2	0.42	0	0.00
C. Media baja	28	5.62	27	5.67	1	4.55
D. Pobre	165	33.13	159	33.40	6	27.27
E. Indigente	300	60.25	285	59.88	15	68.18

terna, el status marital, el número total de hijos de la madre, el trabajo prenatal, la anestesia durante el parto, las enfermedades durante el embarazo, el peso del niño al nacer.

5. En la duración de la lactancia materna intervinieron los siguientes factores: conocimientos de la madre sobre la alimentación natural; el hecho de ella misma haber sido alimentada al seno; conocimiento de la facilidad del pecho y de las diferencias entre las leches. Las opiniones del marido y las informaciones de las enfermeras fueron factores conjugados significativos en referencia a la frecuencia, pero no como factores que influenciaron en la duración.

6. Las causas invocadas por las madres para no iniciar o detener rápidamente la alimentación materna fueron, como en la mayoría de los otros estudios que hemos comparado: leche insuficiente, enfermedad de la madre, enfermedad del

Cuadro No. 16
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE ALIMENTACION MATERNA
—MORTALIDAD—

No. del Caso	Sexo	Peso al Nacimiento	T. Alimentación	Calostro	Edad al Morir	Causa Principal
9	F	2.0 - 2.5	Natural	Sí	2 Meses	Diarrea y deshidratación
48	M	3.0 - 4.0	?	No	No sabe	No sabe
74	F	3.0 - 3.5	Mixta	No	+ 10 Meses	Inf. vías aéreas superiores
108	F	- 1500	Natural	Sí	1 Mes	Inf. vías aéreas superiores
143	F	2.0 - 2.5	Natural	No	2 Meses	Cianosis + Malf. Congén.
154	M	2.0 - 2.5	Natural	Sí	1 Mes	Cardiopatía
162	F	2.5 - 4.0	Natural	Sí	1 Mes	Septicemia
191	F	1.5 - 2.0	Natural	Sí	1 Mes	Malformación congénita
219	M	?	Natural	No	3 Meses	Inf. vías aéreas superiores
242	M	?	Natural	No	3 Meses	Inf. vías aéreas superiores
269	F	3.5 - 4.0	Natural	No	7 Meses	Diarrea + deshidratación
298	M	?	Natural	No	3 Meses	Inf. vías aéreas inferiores
308	F	?	Natural	Sí	- 1 Mes	No sabe
351	M	2.0 - 2.5	Natural	Sí	1 Mes	Cianosis + Malf. Congén.
403	m	?	Natural	No	4 Meses	No sabe
422	?	- 1500	Natural	No	1 Mes	Inf. vías aéreas superiores
444	F	1.5 - 2.0	Natural + mixta	No	2 Meses	Diarrea + deshidratación
469	M	2.0 - 2.5	Natural	No	3 Meses	Diarrea + septicemia
492	M	2.5 - 3.0	Natural	No	4 Meses	Diarrea
500	F	2.0 - 2.5	Natural	No	6 Meses	No sabe
509	F	2.0 - 2.5	?		- 1 Mes	Septicemia + alteraciones Dermatol.
515	M	2.5 - 3.0	No sabe		- 1 Mes	Diarrea + deshidratación

niño, trabajo fuera del hogar, consejos médicos, publicidad de radio, televisión y otros medios de comunicación sobre alimentos artificiales y la posibilidad de obtener leche gratuitamente.

7. La lactancia materna y en particular la ingestión de calostro, han jugado un papel importante en la reducción del tiempo de hospitalización, particularmente en el período neonatal precoz y sobre la frecuencia de infecciones de vías respiratorias altas, diarreas, deshidratación y otras enfermedades.

8. No obstante, los lactantes de medio social muy poco



favorecido (bajo o indigente) al alcanzar varios meses, a pesar de la alimentación materna se notó en ellos un aumento de las infecciones, en particular de las diarreas, deshidratación e infecciones de las vías respiratorias.

9. Los índices de mortalidad extraídos incluso de niños alimentados al pecho y que también habían recibido calostro, índices que no eran diferentes de manera significativa de los observados en los niños que recibían una lactancia mixta o artificial, son sorprendentes y merecen, como señala el Coordinador de la Encuesta,⁷ una profunda reflexión.

10. La promiscuidad, falta de higiene, de cultura y otros factores, demuestran el papel agresivo del medio ambiente en el cual tienen incidencia la inclusión de agua o jugos de frutas desde el primer mes de la vida.

11. Vemos así cómo el efecto protector de la lactancia materna, estuvo condicionado, por otro lado, por los factores sanitarios ambientales, por lo que en presencia de agua potable y facilidades sanitarias adecuadas la alimentación natural ofrecería mayores ventajas en disminuir el riesgo de morbi-mortalidad infantil.

Sobre la base de que universalmente se tiene como cierto que el seno materno ofrece enormes ventajas, sobre todo en los primeros meses de la vida, y que puede y juega un papel importante en la prevención de la desnutrición y de



FOTO 1

La Caridad Romana, del pintor milanés Bernardino Luini, discípulo de Vinci, en exhibición en el museo Stibert, de Florencia, Italia. (Foto cortesía del Dr. Rafael Santana Mondragón)

que en las últimas décadas, sobre todo en la clase alta y media y en buena parte de la clase bajo-alta y aun en las zonas rurales, hay una tendencia a no ofrecer la alimentación natural; considerando que las costumbres y tradiciones, aspectos culturales, sociales, económicos, religiosos, políticos de los países, sería imposible estructurar un patrón común de presión de grupos de incentivo a la alimentación materna, lo ideal sería que cada país estructure el propio aprovechamiento de sus infraestructuras de salud, es decir, red de hospitales, consultorios periféricos, clínicas rurales, médicos, comadronas, enfermeras, asistentes sociales, nutricionistas, promotores de salud y todos cuanto trabajen en los programas de atención primaria promoviendo además, por los medios de comunicación masiva, 3 propósitos fundamentales:⁵

a) Apoyar el trabajo educativo de los equipos de salud en reuniones con grupos de madres embarazadas o nodrizas;



FOTO 2
Pediatra costarricense con niño adoptado.

b) Transmitir al grupo familiar mensajes orientados a fomentar la lactancia materna; y a

c) Influir en la opinión pública, para crear un ambiente favorable hacia la práctica de la lactancia materna de la población que pueda calar, en la población de mujeres adolescentes que en tiempo futuro también serán madres.

Los grupos de presión de incentivo materno deben estar constituidos también por agencias no gubernamentales dispuestas a cooperar con el sector oficial. Los obstáculos para el éxito de un esfuerzo nacional en muchos países para promover la alimentación materna, están marcados por una apatía del personal de salud, falta de soporte político y financiero,⁶ de los profesionales y organizaciones que pueden contribuir a esta causa.

Concluyendo, y en referencia al destete, recuerdo haber oído decir a un pediatra uruguayo en un Congreso Regional de Pediatría que todas las mujeres del mundo tenían leche y que era incierto el "Síndrome de Insuficiencia Láctea", citando la leyenda del anciano romano condenado a morir por inanición en la cárcel y quien al paso de los años se mantenía vivo a pesar de la prohibición de dársele



FOTO 3
Pezón del seno de la pediatra al momento de brotar su leche.

alimentos y ante el asombro de sus carceleros. Se despejó el misterio al descubrirse que su hija soltera y virgen con permiso para visitarlo diariamente, en la oscura celda, le ofrecía sus senos que él succionó sin éxito al comienzo, hasta lograr, con la succión continua (el mejor galactólogo conocido) la afluencia láctea del seno de su hija, que cual Antígona, con ese hermoso gesto de amor filial, mantuvo vivo largo tiempo a su anciano padre!

Mueve a meditaciones la siguiente pintura del artista de Milano Bernardino Luini, discípulo de Vinci, que se exhibe en el Museo Stibert, de Florencia, titulado "La Caridad Romana". (Agradezco al profesor mexicano R. Santana Mondragón el obsequio de la lámina del anciano y su hija.)

Un ejemplo vivo de negación del "Síndrome de Insuficiencia Láctea" lo mostramos en las dos siguientes fotografías que nos obsequiara, de un trabajo suyo, el profesor Daniel Pizarro,⁹ director del Programa del Control de las Diarreas del Hospital de Niños "Carlos Saenz", de Costa Rica. Las fotos corresponden a una colega pediatra costarricense que no había tenido hijo. Puso el seno a su hijo

adoptado y a los 8 días la leche materna surgió de sus pezones.

No creemos que exista en el mundo imagen más hermosa y maravillosa que la de una madre, sea haitiana, mexicana, hondureña, venezolana, argentina, brasileña, cubana o dominicana, por no mencionar más, reclinando a su hijo sobre sus hombros, para darle el mejor néctar del universo: la leche de su propio seno.

AGRADECIMIENTO

Colaboradores: Fueron colaboradores de este trabajo, entre otros, los doctores N. Kidd, Z. Rosario, M. Ovalle, D. Estrella, M. Llinás de Haché, L. Pérez y Antonio (Tony) Mendoza.

Vayan nuestras gracias también a los estudiantes de medicina: V. Bueno, V. Hernández de Gómez, G. Gutiérrez y S. Quiñónez, así como al Ing. de Cómputos José D. Ares Guzmán. Gracias especiales a la eficiente Secretaria Olga Rodríguez.

BIBLIOGRAFIA

- Hofvander, Y.: *Nutrición Materno-Infantil* (Serie de Educación sobre Nutrición No. 3). UNESCO. Montevideo, 1983.
- Palitzsch, D.: *Pediatría Práctica*: 63, 1ra. edición. Ediciones Torey, S.A., Barcelona. Junio, 1971.
- Petros-Barvazian, A.: *Epidemiología de la Lactancia Materna*. Boletín de la Asociación Internacional de Pediatría, 252:5-2. Abril, 1983. Ankara, Turquía.
- Wagner, M.: *La Promoción de la Lactancia Materna a Nivel Nacional. Observaciones Generales*. Boletín de la Asociación Internacional de Pediatría, 292:5-2. Abril 1983. Ankara, Turquía.
- Meneghello, J.: *Campañas por Medios de Comunicación Masivos sobre Fomento de la Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile*. Publicación del C.I.F., París, Editores Vesin, P.; Morel, G.; Schmidt, B.J.: "Congreso Educación y Salud del Niño y Medios de Comunicación de Masas". Río de Janeiro, 1983.
- Israel, Ronald C. y Cols.: *Maternidad and Infant Nutrition Reviews, Dominican Republic; (INCS)*. Education Development Center, Newton, MA, USA. June, 1984. Proyecto conducido por la Agencia Internacional de Desarrollo.
- Schmidt, B.: "Estudios Epidemiológicos sobre Aleitamento Materno". Na América Latina e Portugal, 1981-82 ALAPE. Publicación del (C.I.F.). Ed. por Vesin, P.; Morel, G.; Schmidt, B.: Congreso Educación y Salud del Niño y Medios de Comunicación de Masas. Río de Janeiro, 1983.
- Pizarro, Daniel, experto OPS/OMS. Comunicación personal.