



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

**“PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA Y CAUSAS DE
ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS
MENORES DE 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL
CENTRAL NORTE DE PEMEX”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA IVONNE RAMIREZ GALLEGOS

ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER ZAMORA GARCIA

MEXICO, D.F. JULIO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

-MARCO TEÓRICO	2
-INTRODUCCION.....	2
- COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA.....	2
- BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	5
- POLITICAS INTERNACIONALES PARA FAVORECER LA LACTANCIA	7
- INDICADORES DE PRACTICAS DE ALIMENTACION EN EL LACTANTE	10
- PANORAMA MUNDIAL DE LACTANCIA MATERNA	12
- PANORAMA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA	13
-ENCUESTA NACIONAL DE SALUD.....	16
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
-JUSTIFICACIÓN.....	20
-HIPOTESIS	21
-OBJETIVOS.....	21
-MATERIAL Y MÉTODOS	21
-CONSIDERACIONES ETICAS.....	23
-RESULTADOS.....	24
-DISCUSIÓN	28
-CONCLUSIÓN	30
-RECOMENDACIONES	30
-BIBLIOGRAFÍA	31
-ANEXOS.	33

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad, tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1.4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo. ^I

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF sobre la lactancia materna son las siguientes: inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutricional y apropiada para la edad, a partir del sexto mes. ^{II}

La interacción que se da entre la madre y su bebé cuando ésta lo amamanta tiene repercusiones positivas durante toda la vida, tanto en lo que respecta a la conducta, la expresión oral y la interacción social como en lo que se refiere a la salud, ya que reduce las enfermedades crónicas.

COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

Los ingredientes de la leche humana influyen en el crecimiento y desarrollo del niño y se adapta a las necesidades de su desarrollo. La leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas, calcio, fósforo, factores de crecimiento que hacen a la leche materna el alimento más completo para el niño. ^{III}

Las variaciones de su composición dependen de diversos factores como la etapa de la lactancia, la hora del día, el momento de la tetada, el estado nutricional de la madre y las variaciones individuales. ^{IV}

Se deben distinguir las diversas características de las diferentes etapas:

Precalostro. Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 del embarazo, cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro, tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa.

Calostro. Se secreta cinco a siete días después del parto, es de color amarillento por la presencia de B-carotenos, su volumen varía de 2 a 20 ml/día en los tres primeros días, a medida que el bebé succiona aumenta hasta 580 ml/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina IgA), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.

Leche de transición. Su producción dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas solubles, disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de calcio.

Leche madura. Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 ml/día, pero puede llegar hasta 1200 ml/día en madres con embarazo múltiple. El agua representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, por lo que no se requieren líquidos suplementarios. La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles de leche entera de vaca (350

mOsm). Aporta 600-700 kcal/L, a través de hidratos de carbono y grasas. ^v La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene, favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante.

El volumen de lípidos difiere de 1 a 7 gr/dl de acuerdo a diferentes variables, al momento del día, durante la tarde se incrementan las concentraciones, al momento de la tetada, después de los 10 minutos de succión en cada pecho, la concentración incrementa de 1.5 a 2% hasta alcanzar cifras optimas de 5-6%, además de acuerdo a la ingesta de grasas por parte de la madre, garantiza niveles óptimos en la leche, y a mayor volumen de leche materna producida, menor será la concentración de grasas en ella.

La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linoleico y el ácido linolénico. La industria no ha podido igualar la relación que hay 1.3:1 entre ácidos grasos poliinsaturados/saturados de la leche humana, cuya importancia clínica es contribuir a la absorción de calcio y fósforo. Aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales, además contiene lipasa, una enzima que mejora la digestión de las grasas por el lactante.

Proteínas. En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro, se dividen en proteínas del suero, de las cuales la alfa-lactoalbumina es la más abundante (37%), la lactoferrina representa el 27% total de las seroproteínas, se une al hierro para mejorar su transporte y absorción. La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz, el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora, además la lisozima actúa frente a la pared celular de bacterias Gram positivas. La caseína contribuye al transporte de calcio, fósforo y aminoácidos para fines estructurales a nivel celular.

Vitaminas. En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima, la niacina y la vitamina C son las más abundantes, de las liposolubles B-caroteno y la vitamina E, la vitamina K nunca es óptima en la leche materna por lo que debe aplicarse a todo recién nacido al nacimiento.

Minerales. Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que en la leche de vaca solo el 10%.

Oligoelementos. El zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas, tiene biodisponibilidad elevada. El fluor, a pesar de su baja cantidad en la leche materna, es útil para evitar las caries.

La leche materna contiene gran cantidad de componentes inmunológicos tanto humorales como celulares que constituyen su función protectora contra virus, bacterias y parásitos, como macrófagos, polimorfonucleares y linfocitos, así como inmunoglobulinas A, G, M, E y D que ofrecen inmunidad pasiva al recién nacido.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Nutricionales.

- **Digestibilidad.** La leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa, así como una proporción equilibrada de aminoácidos. Contiene una notable cantidad de enzimas, como la lipasa, que permiten iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente, gracias a su activación por las sales biliares del niño.

- **Absorción.** Debido a que la absorción de los nutrientes es superior a los de la leche de vaca, los niños amamantados durante los primeros 6 meses de vida no presentan deficiencias nutricionales. En la leche humana, el 10% de los carbohidratos son oligosacáridos de fácil absorción. La absorción de hierro de la leche materna es más eficiente que el de la leche de vaca o fórmulas industrializadas.

- **Bioquímica.** Contiene los siguientes nutrientes vitales para el hombre: ácido linoleico, ácidos grasos de cadena larga necesarios para la estructura del sistema nervioso central, la taurina, neurotransmisor y neuromodulador en el cerebro y retina, carnitina esencial en la síntesis de ácidos grasos necesarios.

- **Líquidos y electrolitos.** La leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades hidroelectrolíticas, aun en climas calurosos y húmedos.

Protección contra enfermedades infecciosas

Una de las ventajas más importantes es la protección inmunológica contra algunas infecciones, lo que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil. Contiene factores de protección como macrófagos, linfocitos, neutrófilos, Inmunoglobulinas, lisozima, lactoferrina, interferón, complemento y lipasa. La leche materna estimula el desarrollo de la flora bacteriana adecuada en el intestino, la cual causa

evacuaciones ligeramente acidas, esta acidez junto con los factores de protección inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y protozoarios.

Protección contra enfermedades no infecciosas

Las proteínas de la leche humana no son reconocidas como ajenas en el organismo del recién nacido, evitando los problemas alérgicos, además disminuye la frecuencia de diabetes juvenil, linfoma, y oclusión intestinal.

Beneficios para la madre

En el puerperio inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia, estimulando la contracción e involución uterina, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario. Tiene efecto anticonceptivo, disminuye la incidencia de osteoporosis y disminuye los efectos secundarios del dispositivo intrauterino.

Beneficios psico-afectivos

El vínculo que se establece como resultado del comportamiento primario se facilita cuando se inicia la lactancia materna en el posparto inmediato, favoreciendo una mejor relación entre madre e hijo. Estas madres, tocan y hablan mas a sus bebes y el contacto frecuente de los niños con sus madres los hace felices y satisfechos por lo tanto lloran menos. La actitud de la madre es importante en su lactancia ya que las madres que desean amamantar tienen mas éxito y su estado emocional puede influir fisiológicamente en la lactancia. Los niños amamantados tienen una mejor adaptación social, un mejor desarrollo psicomotor y menor frecuencia de problemas de atención.

Fertilidad

El efecto anticonceptivo es mas confiable a mayor succión, ya que hay una mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio y amenorrea de la lactancia.

Factores económicos

La lactancia materna hace importante el ahorro económico por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche. En el plano domestico suprime la necesidad de comprar leche en formula, biberones, aparatos esterilizadores.

Ventajas para la familia

Unión familiar, ya que el padre debe brindar apoyo a la madre, compañía y estímulo, los hermanos brindan compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y protección y también proporciona ventajas económicas.

POLITICAS INTERNACIONALES PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF han señalado que cada año fallecen en el mundo cuatro millones de recién nacidos en su primera semana de vida. En algunos estudios se encontró que cerca de 14% de toda la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe se podría evitar con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y combinada con otros alimentos, durante el resto del primer año.

Como respuesta a ello, la UNICEF define a la lactancia materna exclusiva como la base más firme para la salud infantil y como el mejor alimento para los recién nacidos a fin de disminuir esta mortalidad en el primer mes de vida, tiene todos los nutrientes necesarios para su buen desarrollo, es bacteriológicamente pura y tiene anticuerpos preformados contra *S. Pneumoniae*, *Rotavirus*, *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella* y *Shigella*, entre otros. Existe un movimiento mundial a favor de la lactancia materna y específicamente acciones emprendidas por México, como son: el Programa Nacional de Lactancia Materna y Hospital Amigo del Niño y de la Madre, entre otros.^{VI}

Desde 1972 se realizaron diversas acciones para la aceptación de un código sobre prácticas de comercialización y distribución de los sucedáneos de la leche materna:

En 1972, la 27ª Asamblea Mundial advierte el descenso de la lactancia materna, entre otros factores por la fácil adquisición de alimentos infantiles.

En 1978, en la Asamblea 31ª de la OMS se insiste en regular la promoción de alimentos infantiles.

En 1979, OMS/UNICEF se reúnen para revisar la alimentación de los niños

En 1980, durante la 33ª Asamblea Mundial, se adopta la recomendación de establecer un Código Internacional de Comercialización.

En 1981, la OMS/UNICEF presentan en la 67ª Reunion del Consejo Consultivo de la OMS una propuesta de Código y en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo se acepta y se recomienda a los países su adopción.

Declaración conjunta OMS/UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la lactancia natural: Con esta Declaración se inicia, en 1989, un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. En esta se persiguen los siguientes puntos:

- Dar a conocer el papel fundamental que pueden desempeñar los servicios de salud en la promoción de la lactancia materna
- Describir lo que se debe hacer para dar información y apoyo a las madres
- Adaptar las circunstancias locales para que sea utilizada por cualquier persona que trabaje en el área de la salud
- Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural
- Destacar las medidas prácticas para establecer la lactancia natural en los servicios de salud.

El Programa Nacional de Lactancia Materna se creó en 1989 con el objetivo general de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud que atienden partos.

En 1991 fue puesta en marcha en México, junto con otros 12 países, la estrategia Hospital Amigo del Niño; la UNICEF apoyo esta iniciativa, con una intervención de capacitación en uno de sus hospitales.

Hospital Amigo del Niño y de la Madre: La Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre surge de la Declaración conjunta OMS-UNICEF para la protección, promoción y apoyo a la Lactancia materna, donde se hace especial énfasis para que los servicios de maternidad adopten Diez pasos hacia una lactancia exitosa con un doble objetivo: promover el conocimiento de la importancia crítica que tienen los servicios de salud en la protección, la promoción de la lactancia materna y describir las medidas que pueden adoptarse para facilitar a las madres la información y apoyo oportunos.^{VII}

Los expertos en nutrición, salud y desarrollo infantil coinciden en que la leche materna es el método más eficaz para otorgar al bebé una alimentación completa,

que lo proteja de infecciones y otras enfermedades. No obstante, la mayoría de los hospitales y unidades donde se atienden partos tienen establecidas prácticas rutinarias que obstaculizan y dificultan que las madres puedan amamantar a sus hijos. En muchos casos, dependen de los sucedáneos de la leche materna, que reciben en forma gratuita o a precios reducidos y separan a la madre del bebé inmediatamente, aun antes de que la madre tenga la oportunidad de realizar el contacto piel a piel, para iniciar la administración oral de líquidos o alimentos mediante biberón.

De esta manera, a pesar de los conocimientos científicos acerca de la lactancia materna, la mayoría de las instituciones han quedado rezagadas en materia de amamantamiento.

El concepto de hospitales amigos de los niños se basa en dar prioridad a las necesidades de la madre y su recién nacido y ofrece durante la atención del embarazo, parto y puerperio, oportunidades para el ejercicio del amamantamiento, brindando una atención con calidad con mayor énfasis en la calidez.^{VIII}

Para ser llamado Hospital Amigo del Niño y de la Madre, el hospital debe poner en práctica todos y cada uno de los siguientes diez pasos hacia una lactancia exitosa:

- 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la instalación del Programa
- 2.- Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica el programa
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como prepararse
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto
- 5.- Mostrar a las madres como se debe de dar seno materno al niño
- 6.- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo cuando sea por indicación médica
- 7.- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día
- 8.- Fomentar la lactancia materna a libre demanda
- 9.- No dar a los niños alimentados al pecho, chupones o biberones
- 10.- Fomentar los grupos de apoyo a la lactancia natural fuera del hospital y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.^{IX}

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 "Para la atención a la salud del niño", se hace promoción a la alimentación exclusiva al seno materno, y se hace referencia a la lactancia materna, como un factor importante para reducir la incidencia de diarreas en los niños menores de seis meses.

El 7 de noviembre de 2005 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 "Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria" en la cual se incluyen recomendaciones puntuales para proporcionar orientación a la mujer en periodo de lactancia, se señala que la alimentación al pecho materno es insustituible por todas las ventajas que ofrece tanto para la salud de la madre como para el crecimiento sano de los niños y las niñas, desde el nacimiento hasta el año o más de edad.

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas de la leche materna para los bebés. La Organización Mundial de la Salud puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios para la salud que se extienden más allá de la niñez y llegan hasta la edad adulta.

Es de hacer notar la importancia de la participación del personal de salud para que en su actuar diario difundan entre las mujeres embarazadas y sus familias, los beneficios que tiene para la madre y el bebé la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida y complementada con otros alimentos hasta los dos años de edad. Además de que brinden orientación y apoyo cuando se presente algún problema con la mujer en periodo de lactancia, ya que nuestros niños merecen mejores oportunidades, y con la alimentación al seno materno les brindaremos la opción de tener un mejor comienzo y una inmejorable calidad de vida.

A pesar de las estrategias que se han realizado para favorecer la lactancia materna y de los beneficios demostrados de la misma no ha sido posible lograr una adecuada prevalencia de la lactancia materna.

INDICADORES DE PRACTICAS DE ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE

El estado nutricional de un Niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de la práctica de alimentación. Para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación.

Se ha desarrollado un grupo de indicadores entre los participantes de la Reunión Mundial de Consenso de la Organización Mundial de la Salud sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño realizada en noviembre de 2007 en la sede de la Organización Mundial de la Salud. A continuación se mencionan las prácticas sobre la alimentación de lactantes a nivel poblacional.

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.

Duración de la lactancia materna: La duración mediana de la lactancia materna entre los niños de menos de 36 meses de edad

Niños que fueron amamantados alguna vez: Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez ^X

Práctica Alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria ^a	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica

PANORAMA MUNDIAL DE LACTANCIA MATERNA

La prevalencia de lactancia materna exclusiva reportada en diferentes estudios es variada, en España se reporta una prevalencia a los seis meses de lactancia materna exclusiva en el año de 1998 de 3.9%^{XI}, en Brasil de 32.5% de LME^{XII}. En el año 2005, Venezuela reporto la prevalencia de abandono de lactancia materna a los seis meses del 69%. En Estados Unidos se han reportado tasas de inicio del 69% y prevalencia a los seis meses del 32% en el año 2001; mientras que en México, en la Encuesta nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año 2003 se reporto una prevalencia de LME al cuarto mes de 30.5%.^{XIII} En Estados Unidos se propuso que para el año 2010 al menos el 75% de las mujeres, al cumplirse el alta hospitalaria, estén lactando a sus hijos, el 50% continúen lactando a los 6 meses y el 25.5% cuando el niño llegue al año de edad.^{XIV}

PAIS	INICIACION TEMPRANA (%)	LME 6 MESES (%)
Argentina, 2010	NA	55
Bolivia, 2008	63.8	60.4
Brasil, 2006	42.9	38.6
Chile, 2010	NA	43.5
Colombia, 2010	56.6	42.8
Costa Rica 2008	NA	53.1
Cuba, 2006	70.2	26.4
Republica Dominicana, 2007	65.2	7.7
Ecuador, 2004	26.4	39.6
El Salvador, 2008	32.8	31.4
Guatemala, 2009	55.5	49.6
Guyana, 2009	63.9	33.2
Haití, 2006	44.3	40.7
Honduras, 2006	78.6	29.7
México, 2012	NA	14.4
Nicaragua, 2007	54	30.6
Panamá, 2009	NA	27.5
Paraguay, 2008	47.1	24.4
Perú, 2010	51.3	68.3
Uruguay, 2007	60	57.1
Venezuela, 2008	NA	27.9

Aunque la iniciación temprana de la lactancia materna podría evitar cerca de una quinta parte de las defunciones de los recién nacidos, en solo ocho de los 14 países que disponen de datos el 50% o más de los recién nacidos son amamantados durante la hora posterior a su nacimiento y aunque la OMS recomienda 6 meses de lactancia materna exclusiva, solo en cinco de 19 países esto se aplica a la mitad de los lactantes.

PANORAMA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la salud considera entre las intervenciones clave para mejorar la supervivencia infantil, la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida de los niños y las niñas, la introducción de alimentación complementaria posterior a los seis meses y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o mas.

La lactancia materna es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis. Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual, menos riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia. Por su parte, en las mujeres que amamantan de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, se observa una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con las mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovarios, y de diabetes en la mujer. Además, la LM se asocia con ahorros familiares sustanciales asociados a la compra de lácteos de fórmula, por consultas medicas y medicamentos.^{xv}

En México, solo 18% de los niños recién nacidos reciben leche humana en su primera hora de vida; por otra parte, la UNICEF estima que ocho de cada diez madres mexicanas alimentan a sus hijos con formulas lácteas.

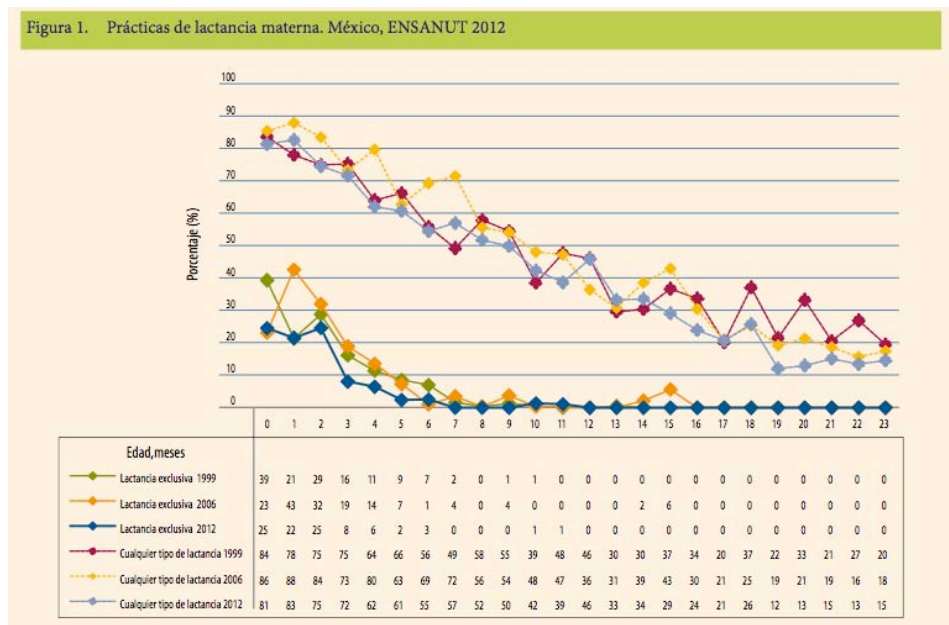
La UNICEF menciona que México es la segunda nación del mundo donde cada vez menos numero de mujeres alimentan al seno materno a sus hijos, y solo dos de cada diez menores de seis meses son alimentados únicamente con leche

materna, por lo que en México la lactancia al seno esta por debajo de la escala mundial.^{XVI}

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Publica, la lactancia en México ha tenido cambios drásticos y desfavorables. Entre 2006 y 2012 bajo casi 8 puntos porcentuales al pasar de 22.3 a 14.4% en el promedio nacional, mientras que en el medio rural disminuyo a la mitad (de 36.9 a 18.5%)

La ultima Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) registra que las practicas de lactancia en México están muy por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Poco mas de un tercio de los niños son puestos al seno materno en la primera hora de vida y se observa un porcentaje sumamente bajo de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva (14.4%).^{XVII}

Figura 1. Prácticas de lactancia materna. México, ENSANUT 2012

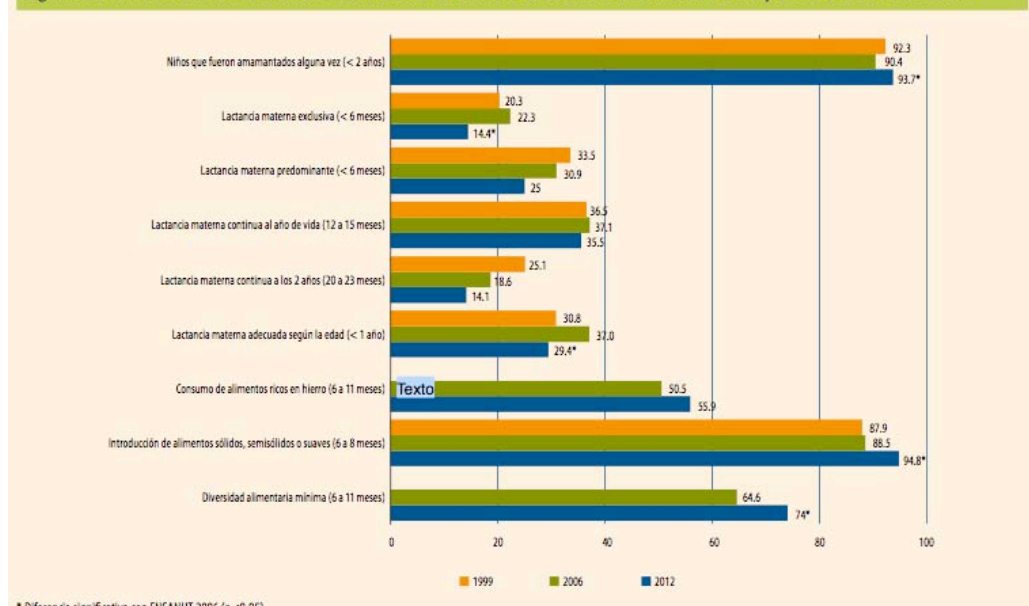


La mitad de los niños menores de dos años en México usan biberón, cuando la recomendación es que no sea usado en su alimentación, y solo la tercera y séptima parte de los niños reciben lactancia materna al año y a los dos años respectivamente. Solo en tres entidades federativas del país (Jalisco, Oaxaca y Guerrero) alcanzaron 90% de bebés con lactancia al menos hasta los 4 meses, mientras que en seis estados mas de 10% de los bebés nunca recibió lactancia materna.

Las Normas Oficiales Mexicanas establecen disposiciones relativas a la lactancia materna. La NOM-043-SSA2-2012, afirma que se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad.^{XVIII}

La duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses, cifra estable en las tres encuestas de nutrición y de salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de lactancia materna indican un franco deterioro de la LM: El porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses bajo entre 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumento el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia. En contraste, la alimentación complementaria en México ha mejorado en calidad y frecuencia. El porcentaje de niños que consumen alimentos ricos en hierro oportunamente, la introducción de otros alimentos y la diversidad de la dieta de los niños en su segundo semestre de la vida, registra cambios positivos entre encuestas.

Figura 3. Indicadores de alimentación infantil. México, ENN 1999, ENN 2006 y ENSANUT 2012. México



En contraste con las ventajas de la lactancia materna, es notable la disminución creciente de su práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en rurales.^{XIX} Los factores que se han asociado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características socioeconómicas y culturales. En América Latina es notorio que un mejor nivel socioeconómico, una mayor escolaridad materna y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de esta práctica.^{XX}

Al respecto, nuestro país en los últimos 30 años ha sufrido un deterioro importante, caracterizado por una disminución progresiva de la LME, la reducción a menos de 50% de la lactancia parcial a los tres meses de edad, y una introducción cada día más temprana de los sucedáneos de la leche materna. En la región norte de México estas características se dan con mayor frecuencia que en el sur y el centro del país.^{XXI}

Entre las causas que se han reportado como protectores para la continuación de la LME están: talleres educativos que la promueven y la baja escolaridad. Los motivos que las madres manifestaron para abandonar la lactancia antes de los 6 meses se resumieron en tres grandes grupos: causas maternas, del lactante y factores laborales. Es decir, por hipogalactia, por decisión maternal, por considerar la madre que requería de otra leche, intolerancia a la lactosa, indicación medica extrahospitalaria, reflujo gastroesofágico, deshidratación, hospitalización del bebe, patología mamaria local benigna e incorporación maternal a la vida laboral fuera del hogar, entre otras.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Encuestas de Salud, creado en 1986, ha permitido poner a disposición de los tomadores de decisiones, investigadores y académicos, así como del publico interesado, la información pertinente y precisa sobre las condiciones de salud de la población, así como el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

El diseño de la ENSANUT 2012 permite cuantificar la evolución de las condiciones de salud y nutrición de la población y sus determinantes, así como analizar la respuesta social organizada ante los problemas en estos rubros.

La ENSANUT 2012 permite contar con información de base poblacional y probabilística sobre la cobertura de programas de salud en áreas básicas como las inmunizaciones, la atención a los niños, la salud reproductiva, la atención a padecimientos crónicos, entre otros.

El objetivo general de la ENSANUT 2012 es cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes y examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, significa la existencia de información sobre el estado de nutrición y sus determinantes durante casi un cuarto de siglo.

La información de lactancia materna exclusiva se recolecto con el método del día anterior (status quo), inicio temprano de la lactancia materna: % de niños de 0 a 23 meses amamantados dentro de la primera hora después de nacer, % de niños alguna vez amamantados, y lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: % de niños entre 0 y 6 meses quienes el día anterior solo recibieron leche materna.^{xxii}

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado con datos socio demográficos, así como datos maternos, del bebe, y datos asociados con practicas de alimentación infantil. (Anexo 1)

De acuerdo a la ENSANUT 2012, los resultados sobre las practicas de lactancia materna en México muestran que están muy alejadas de lo que recomienda la OMS, y que serian las compatibles con una optima salud y supervivencia del niño. La lactancia materna exclusiva bajo casi 8 puntos porcentuales en México entre 2006 y 2012, y el descenso en el medio rural fue mayor. Este hallazgo es preocupante para la salud publica porque la lactancia ofrece protección contra las enfermedades mas comunes de la infancia que son las principales causas de mortalidad. El pobre desempeño de los indicadores de lactancia se debe a una temprana introducción de formulas lácteas y de la alimentación complementaria.

Es necesario hacer hincapié en que en la consulta prenatal se prepare a la mujer para la lactancia.

El apoyo, protección y promoción de la lactancia materna en México es una de las acciones más costo-efectivas para mejorar la salud y supervivencia del niño menor de dos años. Su inclusión y mantenimiento en la agenda pública de salud será uno de los aciertos más eficaces en términos de salud pública.^{xxiii}

Se evaluó además cuales fueron las principales causas de abandono de la lactancia materna en la encuesta realizada, con lo cual se podría planear estrategias para combatir las mismas.

Las madres que suspendieron la lactancia materna mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto,

para iniciar y establecer la lactancia, refirieron como principal causa poca producción de leche materna, enfermedad materna y el rechazo a la alimentación al seno materno.

A pesar de los esfuerzos con estrategias para mejorar la lactancia materna, así como de los conocimientos de la amplia variedad de beneficios al continuar la lactancia hasta los 2 años de edad, se reporta una disminución importante de la lactancia materna en México y el mundo.

Por todo lo antes mencionado se decidió evaluar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, así como las causas de abandono de la lactancia dentro de la población lactante del Hospital Central Norte de PEMEX.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los datos mas recientes emitidos por el Instituto Nacional de Salud Publica acerca de la lactancia materna exclusiva reportan que la lactancia en México ha tenido cambios drásticos y desfavorables, entre el año 2006 y 2012 disminuyo casi 8 puntos porcentuales al pasar de 22.3 a 14.4% en el promedio nacional, muy por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud.

A pesar de los esfuerzos con estrategias para mejorar la lactancia materna, así como de los conocimientos de la amplia variedad de beneficios al continuar la lactancia hasta los 2 años de edad, se reporta una disminución importante de la lactancia materna en México y el mundo.

Nuestro Hospital cuenta con población materna trabajadora, con jornadas de trabajo de 8 horas y mas, así como con madres que se dedican al hogar, sin embargo a pesar de esto hemos observado en la Consulta de Control de Niño sano una disminución importante en el numero de madres que ofrecen lactancia materna exclusiva por al menos 6 meses.

No contamos con una prevalencia estimada sobre lactancia materna exclusiva en lactantes en los primeros 6 meses de vida y se desconocen además las principales causas de abandono de la lactancia materna, por lo que se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y cuales son las principales causas de abandono de la lactancia materna en los niños menores de 24 meses de edad en el Hospital Central Norte de Pemex?

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por infecciones respiratorias bajas, gastroenteritis, otitis media. Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual, menos riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia. Por su parte, en las mujeres que amamantan de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se observa una supresión de la ovulación y una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto comparadas con mujeres que no amamantan o lo hacen con menor intensidad. Asimismo, la lactancia materna se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovario, y de diabetes en la mujer.

Además, la lactancia materna se asocia con ahorros familiares e institucionales asociados a la compra de lácteos de fórmula, por consultas médicas y medicamentos. Las empresas se benefician económicamente por un menor ausentismo laboral materno y una mayor productividad de madres lactantes.

La duración de la lactancia materna en México es cerca de 10 meses. El porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses bajo entre el 2006 y el 2012, de 22.3% a 12.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad de 36.9% a 18.5%.

Ante este panorama y la situación actual y los beneficios que proporciona la lactancia materna, es necesario desarrollar estrategias para implementar y fomentar la lactancia materna.

Una vez conocidas las causas de abandono de la lactancia materna se podrá diseñar estrategias para estimular la lactancia materna, así como para beneficiar el binomio madre-hijo.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y las principales causas de abandono de lactancia materna en los niños menores de 24 meses de edad en el Hospital Central Norte de Pemex y compararla con la prevalencia reportada en la literatura mundial y nacional.

ESPECIFICOS:

- Conocer la edad promedio de las madres de los lactantes menores de 2 años de edad de la población atendida en el Hospital Central Norte de PEMEX
- Determinar el tiempo transcurrido hasta el inicio de la lactancia materna
- Determinar la duración de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.
- Conocer cuáles son las principales causas de abandono de la lactancia materna
- Aportar información que sirva de base para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

HIPOTESIS

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida en la población lactante en el Hospital Central Norte de Pemex es aun menor que la población nacional.

MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Se realizara un estudio Observacional, Prospectivo, de corte transversal, descriptivo, en donde se pretende conocer la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, la población lactante en el Hospital Central Norte de PEMEX.

UNIVERSO DEL ESTUDIO: Derechohabientes del Hospital Central Norte de PEMEX, mujeres con hijos lactantes hasta los 24 meses de edad.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Madres con hijos hasta los 24 meses de edad, que acuden a la consulta externa del Servicio de pediatría del Hospital Central Norte de Pemex
- Lactantes hasta los 24 meses de edad los cuales hayan recibido atención medica en consulta de control de niño sano en Hospital Central Norte de Pemex

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Madres con lactantes que hayan sido ingresados a la Unidad de Cuidados intensivos neonatales

METODO

Este trabajo se llevara a cabo realizando una encuesta basada en el cuestionario que fue elaborado y realizado por el Instituto Nacional de Salud Publica durante la Encuesta Nacional de Salud del año 2012. Se realizo en la consulta externa de pediatría en control de Niño sano de nuestro Hospital a madres con hijo menores de 24 meses de edad. (Anexo 1)

El cuestionario consta de preguntas con antecedentes sociodemográficos, antecedentes obstétricos de la madre, antecedentes de lactancia, así como rutinas hospitalarias y apoyo profesional durante el embarazo y su estancia en hospitalización, así como condiciones y apoyo familiar, finalmente con preguntas relacionadas con decisión de inicio de alimentación con formula infantil y causas de abandono de lactancia materna.

Se realizara un análisis de los resultados de los mismos para valorar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, así como determinando las principales causas de abandono de lactancia materna.

Se utilizaron los siguientes indicadores de practicas de alimentación:

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche maternal

Lactancia materna predominante: leche materna como la fuente predominante de alimentación.

CALCULO DE LA MUESTRA:

De los 495 niños nacidos en el periodo de 2 años, que pasaron a alojamiento conjunto, derechohabientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos; se incluyó en el estudio una muestra de 83 binomios madre-hijo(a) mediante muestreo aleatorizado simple, con un intervalo de confianza del 92% y un margen de error de 8%, a las madres sanas con productos únicos vivos, sanos, de 24 meses o menos que mediante carta de consentimiento informado aceptaron participar. La aplicación de los cuestionarios se realizó en la sala de espera de la consulta externa de pediatría de control de niño sano.

ASPECTOS ETICOS:

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17:

La presente investigación cumple con los requerimientos éticos de las investigaciones, ya que fue evaluado el Valor social y científico, la validez científica, la justa selección de los sujetos, la positiva relación riesgos / beneficios, la evaluación independiente, el respeto por la autonomía y bienestar de los sujetos, sin hacer ningún tipo de daño a la persona.

Además de que se realizó el consentimiento informado el cual se encuentra en el Anexo 2.

MATERIAL:

A) RECURSOS HUMANOS

- Médico residente el cual realizara cuestionarios a madres con hijos lactantes menores de 24 meses de edad.

-Asesor de tesis

B) RECURSOS MATERIALES

- Cuestionario estandarizado que se realizaran a madres con hijos lactantes hasta 24 meses de edad. (ANEXO 1)
- Información obtenida artículos de investigación

VARIABLES:

-Dependientes: Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

-Independientes: Lactantes de 0 a 24 meses de edad

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 83 binomios de madres derechohabientes con hijos lactantes hasta los 24 meses de edad en el grupo de estudio, encontrando la edad promedio de las madres de 31.1 años (min.18, máx.43), de las cuales 7 (8.4%) fueron solteras, 60 (72.3%) casadas y 16 (19.3%) en unión libre [Tabla 1]. La ocupación reportada fue ama de casa en 52 (62.6%), trabajadoras de PEMEX 14 (16.8%), trabajadoras en otro rubro 7 (8.4%) y 4 (4.8%) estudiantes. [Tabla 2.]

La escolaridad en el grupo de estudio fue maestría en 4(4.8%), licenciatura 43(51.8%), preparatoria 27(32.5%), carrera técnica 4(4.8%) y secundaria 5(6%), encontrando que 47(56.6%) contaban con estudios de nivel superior y 31(37.3%) con estudios de nivel medio superior.[Tabla 3.]

Soltera	7 (8.4%)
Casada	60 (72.3%)
Unión Libre	16 (19.3%)

Ama de casa	52(62.6%)
Trabajadora PEMEX	14(16.8%)
Trabajadora (otros)	7(8.4%)
Estudiante	4(4.8%)

Licenciatura	43(51.8%)
Preparatoria	27(32.5%)
Secundaria	5(6%)
Carrera técnica	4(4.8%)
Maestría	4(4.8%)

Del total de binomios incluidos el numero de primigestas fue 35 (42.1%), segunda gesta 33(39.7%), tercera gesta 14(16.8%) y sexta gesta en un caso (1.6%). La totalidad de las madres las madres recibió control prenatal. [Tabla 4.]

1	35 (42.1%)
2	33(39.7%)
3	14(16.8%)
6	1(1.6%)

Respecto a la lactancia, 82 (98.7%) de las madres del estudio intentaron la lactancia y solamente en un caso no se inició la lactancia debido a enfermedad materna. [Tabla 5.]

Tabla 5. Inicio de lactancia al momento del nacimiento	
Si	82 (98.7%)
No	1 (1.3%)

Se encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue de 19 (22.9%), las madres que lactaron entre 1 y 5 meses 22(26.5%), 1 mes o menos 19(22.9%) y no realizaron lactancia materna exclusiva 23(27.7%); la lactancia materna a un año del nacimiento continuada se reporto solo en 9 (10%) y fue suspendida antes de dicho periodo por 74(89%). [Tabla 6 y 7.]

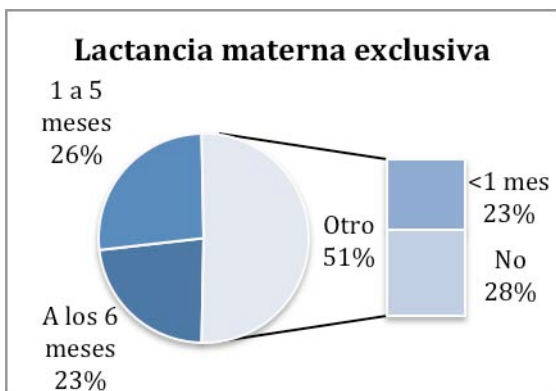


Tabla 6. Prevalencia de lactancia materna exclusiva

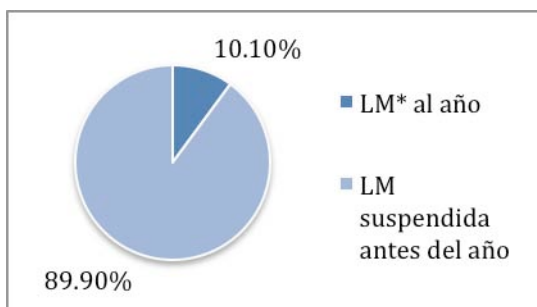


Tabla 7. Prevalencia de lactancia materna continua al año de edad.

La alimentación con fórmulas lácteas en los primeros 3 días de vida fue en 37 (44.5%) y no se administró en 46 (55.4%). Del total de los casos solamente 19 (22.9%) no administraron fórmulas lácteas antes de los 6 meses y 64 (77.1%) las administraron en algún momento antes de los 6 meses. [Tabla 8.]

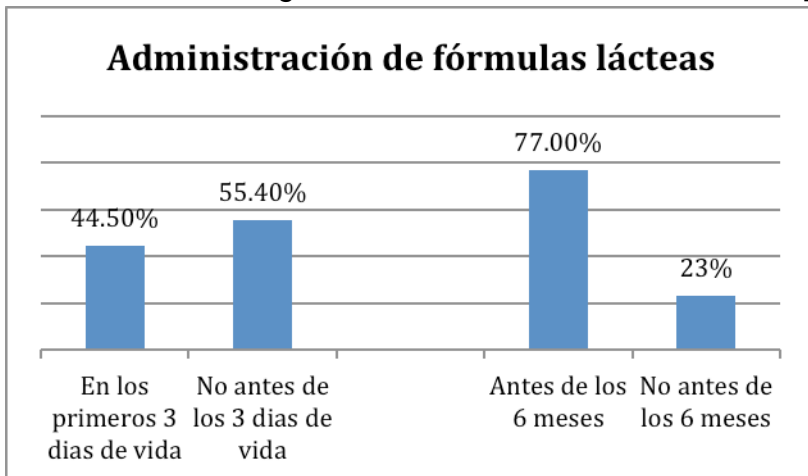


Tabla 8. Administración de fórmulas lácteas en recién nacidos y menores de 6 meses de edad

A pesar de que el 100% de las madres encuestadas estaban decididas a lactar al producto antes del nacimiento fue baja la proporción que continuó.

Las causas de suspensión más comunes de la lactancia en cualquier momento del tiempo de lactancia fue debido a la percepción de la madre de que su bebé se quedaba con hambre en 27 (32.5%), disminución de la producción en 11 (13.2%), debido a reinicio de actividades laborales 10 (12%) y causas diversas el resto de los casos. [Tabla 9.]

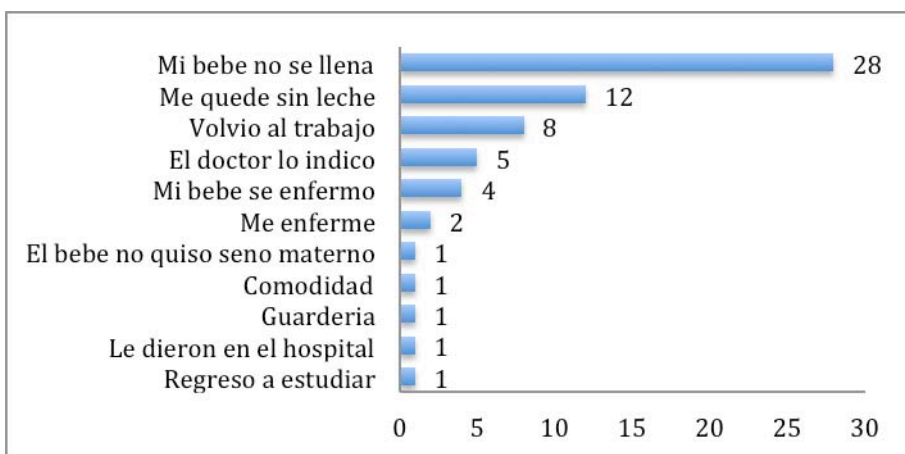


Tabla 9. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva

Dentro del total de la población de madres estudiadas 14 (16.8%) fueron trabajadoras de PEMEX, de las cuales refirieron como causa de abandono de la lactancia el retorno al trabajo en 7 (50%), debido a la percepción de la madre de que su bebe “no se llena” en 6 (42.8%) y debido a que iniciaron la alimentación con formula al nacimiento en alojamiento conjunto en 1 (7.1%).

Se encontró que 79 (95.1%) de las madres conocen los beneficios de la lactancia materna y solamente 4 (4.8%) los desconocen, encontrando que ninguna de las madres que desconocen los beneficios de la lactancia materna la continuaron por mas de mes y ninguna recibió orientación educativa. Dentro de las madres conocedoras de los beneficios de la lactancia materna 42 (53.1%) no recibieron orientación formal por personal de salud y solamente 37 (46.8%) la recibieron por enfermeras, médicos tratantes y trabajadores sociales de la Institución.

DISCUSION:

La decisión materna de alimentar al seno materno y su duración tiene una influencia multifactorial; entre estos factores se destacan los socioeconómicos (estructura familiar, ingresos, red de apoyo familiar y de los servicios de salud), culturales y laborales, donde se incluyen los planes de retorno a su trabajo, la duración de las jornadas de trabajo y las facilidades laborales para la lactancia materna.

En nuestro estudio se encontró una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida de 22.9%, que significa menos de la mitad del porcentaje mínimo ideal (50%) recomendado por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. En la población derechohabiente de nuestra institución la prevalencia de lactancia exclusiva a los 6 meses de vida fue mayor respecto al 14.4% reportado en la última Encuesta Nacional de Salud del 2012.

Aunque el entusiasmo inicial de la lactancia materna fue patente en el 98.7%, encontramos que hasta el 48.1% de las madres abandonaron la lactancia materna en el primer mes de vida de su bebe, y la duración promedio de la lactancia materna exclusiva en nuestro estudio fue de 3.2 meses con un promedio de lactancia materna de 6.1 meses. Estos resultados se encuentran muy por debajo del promedio de duración de la lactancia de 10 meses reportado en la última Encuesta Nacional de Salud.

La población derechohabiente de PEMEX puede preciarse de ser más instruida, ya que el grado escolar en el 56.6% de las madres participantes fue de estudios de nivel superior, sin embargo de este grupo de madres solo el 25.5% continuaron con la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, dejando en manifiesto el hecho que a pesar de un mayor nivel académico y de una mejor formación educativa las madres no completan las prácticas de lactancia materna recomendadas para sus bebés.

El estado civil influyó notoriamente, ya que solo el 12.5% de las madres solteras continuaron la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, evidenciando una realidad social cada vez más común a nuestro sistema de salud. Debemos tener en cuenta el papel del cónyuge, la familia y los grupos de apoyo para la lactancia materna a los cuales se les debe brindar información, asesoramiento y adiestramiento en habilidades sociales.

La necesidad imperiosa de aportar sustento económico al hogar como consecuencia de la realidad económica actual obliga a muchas madres a trabajar muchas de las veces en situaciones dispares. En los resultados de este estudio se encontró que el 62.6% son amas de casa, y 16.8% son trabajadoras de PEMEX; hasta el 50% de las madres petroleras reportan como causa de suspensión de la lactancia materna en el primer mes de vida de sus bebés la necesidad de volver a su trabajo, debido a que no cuentan con lugares adecuados para extracción de la leche materna y su refrigeración, sin embargo contrastantemente el 42.3% de las participantes en el grupo de trabajadoras, e incluso las amas de casa, refieren como causa más frecuente de abandono la percepción de la madre de que su bebé se quedaba con hambre.

Las madres primíparas abandonan la lactancia materna exclusiva en el primer mes con mayor frecuencia, encontramos un abandono en el primer mes de 71.4%, un mayor porcentaje que el reportado en las madres multíparas (17%), esto puede deberse a la poca experiencia y al poco conocimiento de las técnicas de amamantamiento, favoreciendo aparición de grietas en el pezón y esto puede llevar al abandono temprano de la lactancia materna.

Los resultados nos permiten concluir que la mayoría de las madres abandonan la lactancia materna exclusiva entre 1 y 4 meses, y que los factores que se asocian con frecuencia al abandono son un nivel de escolaridad alto, un estado civil en unión libre y primiparidad.

A pesar de la labor de promoción llevada a cabo en nuestro país para fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, nuestros resultados ponen de manifiesto que aun nos queda mucho por hacer en este sentido, pues la mayoría de los niños en nuestro estudio abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida.

Debemos enfatizar en las ventajas y beneficios que aporta la lactancia materna, mejorando la calidad del asesoramiento a las madres respecto a las técnicas de amamantamiento, así también se debe estrechar el vínculo de las madres con el equipo de salud y las redes de apoyo para la lactancia materna, lo que aumentara la probabilidad del éxito de la misma. A pesar de los beneficios de la lactancia materna para la madre y sus hijos son muchos, difundidos y reforzados principalmente durante la atención del parto en los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, condición a la que estuvieron expuestas todas las mujeres que

participaron en nuestro estudio, encontramos que la proporción de madres que la abandonaron temprano sigue siendo muy alta y que esta conserva la tendencia a la baja en su duración global.

Por todos los resultados mencionados, parece que las actividades de promoción de la lactancia materna que se realizan actualmente no son condición suficiente para influir en la decisión materna de amamantar por tiempo prolongado.

Parece necesario plantear intervenciones que aseguren a las madres saber más sobre lactancia materna durante la etapa prenatal y que sirvan para apoyar la permanencia de la LM en la etapa postnatal. Estas intervenciones pueden ser la implantación de programas específicos de promoción de la LM durante el control prenatal, la integración de grupos de apoyo en el interior de los centros de trabajo, la adecuación de áreas específicas para la LM que permitan la extracción y almacenamiento de la leche materna, el cumplimiento, por parte del empleador, de las facilidades legales que debe brindar a las madres después del parto. Todo lo anterior, para promover el conocimiento por parte de las madres de sus derechos al respecto.

CONCLUSIONES

La prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad fue del 22.9%. Los principales motivos de suspensión de lactancia materna exclusiva fueron de causa del lactante (requerimientos no satisfechos del lactante) y maternos (falta de producción láctea y término de la incapacidad por maternidad). Se realizaron cuestionarios a 83 madres con un rango de edad de 18 a 43 años. Las causas de suspensión más comunes de la lactancia en cualquier momento del tiempo de lactancia fue debido a la percepción de la madre de que su bebé se quedaba con hambre en 32.5%, disminución de la producción láctea 13.2%, y debido a reinicio de actividades laborales en 12%.

RECOMENDACIONES

Es urgente iniciar un taller práctico de riesgos y beneficios de la lactancia materna, iniciando en el embarazo y continuando postparto su orientación de lactancia con el apoyo del médico y una buena coordinación con todo el equipo de salud para llevar un buen programa.

BIBLIOGRAFIA

- ^I OMS, Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Informe de la Secretaría Geneve: 55a Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002: A 55/15.
- ^{II} www.paho.org/alimentacioninfantil. [Internet]. Washington D.C.; Organización Panamericana de la Salud; 2012. *Semana Mundial de la Lactancia Materna, 2012 Comprendiendo el Pasado - Planificando el Futuro Celebración del 10o aniversario de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF* 2012 Nov. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18330&Itemid=.
- ^{III} Calixto-Gonzalez, R. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunitarias al neonato. *Perinatología y Reproducción Humana* 2011; 25 (2):109-114
- ^{IV} Macias, S. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(5):423-430
- ^V Garcia-Lopez, R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(4):223-230
- ^{VI} Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de atención. Mecanismos para la promoción de la lactancia natural. Secretaría de salud. Dirección general de salud reproductiva. México, D.F; 2000
- ^{VII} Perrine, C. Baby-Friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention. *Pediatrics* 2012;130;54
- ^{VIII} Brodribb, W. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In-Hospital Care Practices, and Breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131;685
- ^{IX} Alam Lora, L. Importancia del conocimiento médico en el éxito de la lactancia materna. *Lactancia Humana. Bases para lograr su éxito*. 1ra Edición. México, D.F: Editorial Medica Panamericana; 2011. P 22-26.
- ^X Arabi, M. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud 2009. NLM: WS 120
- ^{XI} Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *Anales Sis San Navarra* 1989; 21 (3): 13-19.
- ^{XII} Albarenque S, Mas I, Ferreyra M, Marchisio M, Gomila A, Armelini P. Lactancia

materna complementaria. *Arc Argent Pediatr* 2005; 103 (3): 257-258.

^{XIII} Delgado-Becerra, A. Prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna en el alojamiento conjunto de una Institucion del tercer nivel de atención. *Bol. Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 31-39

^{XIV} Cattaneo A, Yngue A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project, Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46.

^{XV} Vega-Franco, L. La lactancia materna en el México de 2014. *Revista Mexicana de pediatría* 2014;81(2):47

^{XVI} Vega-Franco, L. La lactancia materna en el México de 2014. *Revista Mexicana de pediatría* 2014;81(2):47

^{XVII} <http://ensanut.inspp.mx>. [Internet]. Cuernavaca, Morelos; Centro de Investigacion en Nutricion y Salud, Instituto Nacional de Salud Publica, Mexico. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. 2012. Disponible en:<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>

^{XVIII} www.dof.gob.mx [Internet]. Mexico, D.F. NORMA Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2012. 2013.01.22. Disponible en:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

^{XIX} Martínez-González A. Lactancia materna. *Boletín de Práctica Médica Efectiva, Secretaría de Salud*, Octubre de 2007.

^{XX} Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. *Salud Pública Méx* 1997; 39 (2): 110-116.

^{XXI} Long-Dunlap K, Rivera-Dommarco J, Rivera-Pasquel M, Hernández-Avila M, Lezana MA. Feeding patterns of Mexican infants recorded in the 1988 National Nutrition Survey. *Salud Pública. Méx* 1995; 37: 120-129.

^{XXII} González-de Cosío, T. Practicas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Publica de México*. México, 2013: 55; 2

^{XXIII} Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Publica. Cuernavaca, Morelos. Primera Edicion. 2012

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA

INSTRUCCIONES: Por favor responda las siguientes preguntas relacionadas con la alimentación de su bebé.

Las preguntas hacen referencia al tipo de alimentación que recibe su bebé. Si no esta seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros.

DATOS MATERNOS.

EDAD:			
ESTADO CIVIL:			
ESCOLARIDAD:			
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	MEDIO	ALTO

DATOS DEL BEBE.

NUMERO DE HIJO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD ACTUAL DEL BEBE:	
SEXO:	

1. ¿Alguna vez le dio pecho a su bebé? SI NO

2. ¿Por qué razón decidió no amamantar a su bebé?

- Creo que amamantar es inconveniente
- No me gusto
- No tuve leche
- Quise ponerme a dieta o quise perder peso
- Quise regresar a mi dieta habitual
- Quise fumar igual o mas de lo que debería
- Tenia muchas cosas que hacer
- Tenia planeado regresar a la escuela
- Alguien mas lo amamanto
- Quise conservar mi figura
- Porque el papa de mi hijo no quiso
- Porque la abuela de mi hijo no quiso
- No conozco los beneficios de la lactancia materna

- Quise usar anticonceptivos
 - Otros: _____
3. ¿Cuánto tiempo después de que nació su bebe empezó a darle pecho?
- Inmediatamente o menos de una hora
 - Horas
 - Días
 - No sabe o no recuerda
4. En los primeros tres días después del nacimiento de su bebe, ¿le dio algo de beber que no fuera leche materna?
- Si
 - No
 - No sabe o no recuerda
5. ¿Qué le dio? _____
6. ¿Aún le da pecho a su bebé? SI NO
7. ¿Ayer le dió pecho a su bebé durante el día o la noche? SI NO
8. ¿Cuántas veces le dió pecho ayer en el día? (Desde que usted se levantó hasta que se fue a dormir)

9. ¿Cuántas veces le dio pecho anoche? (Desde que usted se fue a dormir hasta que se levantó)

10. ¿Le da pecho a su bebé cada vez que lo pide? SI NO
11. ¿Le da la leche de su pecho en biberón?
- Si, siempre
 - Si, muchas veces
 - Si, le he dado alguna vez pero casi nunca le doy
 - Intenté pero no seguí
 - No, nunca
12. ¿Por cuánto tiempo amamanto a su bebé de manera exclusiva? (solo leche materna)

13. ¿Alguna vez alimento a su bebé con fórmula infantil? SI NO
14. ¿Por qué decidió alimentar a su bebé con fórmula infantil?
- Me quedé sin leche
 - Me enfermé
 - El bebé ya no quiso
 - Mi bebé se enfermó
 - Mi bebé es intolerante a la leche materna
 - Volví a mi trabajo
 - Tenía muchas cosas que hacer

- Le dieron fórmula a mi bebé en el hospital y ya no quiso leche materna
 - Mi bebé no se llena
 - La leche materna no sirve
 - Escuché que la fórmula es mejor
 - Vi anunciada la fórmula en la tele
 - El doctor me lo indicó
 - Porque me la recomendaron
 - Otros _____
15. ¿Sabe usted cuales son los beneficios de la lactancia materna? SI NO
16. ¿Decidió usted lactar antes del nacimiento de su hijo? SI NO
17. ¿Recibió durante este embarazo orientación educativa sobre la lactancia materna? SI NO
18. ¿Por quien fue impartida dicha orientación?
- Personal de enfermería
 - Trabajadora social
 - Medico general
 - Ginecólogo
 - Pediatra
 -
19. ¿Conoce las técnicas de lactancia materna? SI NO
20. ¿Recibe apoyo por parte de su pareja y familiares para continuar con la lactancia materna? SI NO

ANEXO 2



INFORMACION PARA MADRES

Estimadas madres:

Le solicitamos su participación en un proyecto de investigación cuyo objetivo principal es conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 24 meses de edad.

Beneficios

Con este estudio se conocerá la prevalencia de la lactancia materna, en caso de requerirlo se proporcionará información complementaria sobre los beneficios de la lactancia materna. A nivel general, esto servirá para mejorar la orientación y la información acerca de la lactancia materna.

Participación voluntaria

La participación de usted y su bebé en el estudio es completamente voluntaria. La cual consiste en responder un cuestionario de 20 preguntas, en caso de encontrarse alguna deficiencia de información nos acercaremos a usted para proporcionarle más información acerca de los beneficios de la lactancia materna. En ningún caso esto afecta a su atención médica.

Protección de datos personales

Los datos que se obtengan serán únicamente los necesarios para cubrir los fines del estudio y se guardarán de manera telemática cumpliendo todas las garantías de seguridad según la normativa vigente. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Si precisa más información puede contactar con:

Dra. Alejandra Ivonne Ramirez Gallegos en el área de Pediatría del Hospital Central Norte de Pemex, Campo Matillas # 52, Col San Antonio. Tel 55611433 Ext. 52150, 52161.

Así pues yo _____ como madre de _____ doy mi consentimiento para que sus datos sean realizados en este estudio con el objetivo de mejorar la calidad de atención a los futuros pacientes.

México, DF, a ____ de _____ de 2015