**Facultad de Medicina**

**HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE**

# PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGUIMIENTO AL MES Y 6 MESES POSTERIOR A LA RESOLUCIÓN OBSTETRICA EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Presenta:**

**Dr. Yamil Ernesto Ojeda Morales**

**Director**

**Dra. Carla Cosio Moran**

**H. Puebla de Z. Noviembre de 2017**

**AUTORIZACION DE TESIS**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia" bajo la dirección la Dra. Carla Cosio Moran con el título "PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. SEGUIMIENTO AL MES Y 6 MESES POSTERIOR A LA RESOLUCION OBSTETRICA EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE " por el Dr. Yamil Ernesto Ojeda Morales, hago constar que he revisado el contenido científico y la estructura metodológica por lo que autorizamos su impresión.

ATENTAMENTE

_____

Dra. Carla Cosio Moran
Ginecología y Obstetricia en HGZN
Asesor experto

_____

Dr. Vicente Paul Torres Pérez
Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital General Zona Norte de Puebla

_____

Dra. Araceli Martínez
Coord. de Posgrado Hospital General Zona Norte de Puebla

“El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no sólo con la enfermedad que desea curar, sino también con lo hábitos y la constitución del enfermo”. Cicerón

**AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por haberme bendecido dándome las herramientas necesarias para terminar esta especialidad tan maravillosa y bella, permitiéndome ser para aquellos que lo necesitan una ayuda para curar sus pesar.

Quiero agradecer a mis padres que aún a pesar de la distancia, siempre estuvieron apoyándome en todo momento.

Agradezco la colaboración de la Dra. Carla Cosio Moran en esta investigación, quien fue mi guía durante esta travesía donde ella es experta.

No olvido a mis compañeros, amigos residentes, internos y personal de esta unidad hospitalaria del estado de Puebla "Bicentenario de la Independencia" quienes fueron parte importante de este proyecto y que participaron sin esperar retribución alguna, aportando ideas, comentarios, críticas las cuales siempre fueron bienvenidas a fin de mejorar la calidad de este trabajo.

Por último a todas aquellas pacientes que sin tener que hacerlo, aceptaron participar en esta investigación. A ellas y a todos. Gracias!

**DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi madre María Antonieta Morales Shaadi y a mi padre Ernesto Ojeda Muñoz, quienes son los autores finales de la persona en quien me he llegado a convertir hasta el día de hoy.

También dedico este trabajo a mi segunda casa, el Hospital General de Zona Norte "Bicentenario de la Independencia" quien me vio crecer y forjarme como profesionista, permitiéndome desarrollar mis habilidades tanto médicas como quirúrgicas en sus quirófanos.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por permitirme ser parte de esta gran casa de estudios, dándome el prestigio correspondiente.

**ÍNDICE**


**1. RESUMEN** ..... 7

**2. INTRODUCCIÓN** ..... 8

**3. ANTECEDENTES** ..... 9

**3.1 ANTECEDENTES GENERALES** ..... 9
**3.1 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS** ..... 23
**4. JUSTIFICACIÓN** ..... 28

**5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** ..... 30

**6. OBJETIVOS** ..... 31

**6.1 OBJETIVO GENERAL** ..... 31
**6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS** ..... 31
**7. MATERIAL Y MÉTODOS** ..... 32

**8. RESULTADOS** ..... 34

**9. DISCUSIÓN** ..... 48

**10. CONCLUSIONES** ..... 51

**11. RECOMENDACIONES** ..... 52

**12. IDENTIFICACION DE LOS AUTORES** ..... 53

**13. BIBLIOGRAFIA** ..... 54

**14. ANEXO** ..... 56

## 1. RESUMEN

**PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. SEGUIMIENTO AL MES Y 6 MESES POSTERIOR A LA RESOLUCION OBSTETRICA EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE**

**Autor:** Dr. Yamil Ernesto Ojeda Morales.
**Autores:** Dra. Carla Cosio Moran,

**Introducción:** La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los recién nacidos, el cual se denomina calostro que está compuesto en su mayor proporción de agua, grasa, lactosa y proteínas, que permiten la transmisión de inmunidad materna.

**Objetivo:** Determinar las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva, con seguimiento al mes y a los 6 meses posteriores a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia"

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, unicéntrico y heterodémico, realizado en todas las pacientes en el puerperio, en el Hospital General de Zona Norte Bicentenario de la Independencia del Estado de Puebla, durante el periodo del 1 de noviembre de 2016 al 1 de noviembre de 2017.

**Resultados:** se analizaron un total de 522 pacientes, con edad promedio de 22.24$\pm$5.20 años, el 82.6% estaba en unión libre, casada en el 13% y soltera en el 4.4%, el 53.3% tuvo hasta grado de estudios secundaria, en el 85.6% vivió en la zona urbana, el 80.8% era ama de casa, el 44.8% tenía en promedio 2 hijos, el 70.7% nació vía parto vaginal, el 10.9% habían dejado la lactancia al mes, en el 37.2% a los 6 meses. El grupo de edad de 18 a 25 años tuvo mayor frecuencia de abandono de forma estadísticamente significativa (p=0.001), así como el estar en unión libre (p=0.012), tener hasta secundaria (p=0.001), vivir en zona urbana (p=0.025), y ser ama de casa (p=0.0001).

**Conclusión:** La prevalencia de lactancia materna exclusiva en el primer es alta con una cifra de 89.1%, la cual tiende a decrecer hacia los 6 meses donde se encuentra en un 62.8%; a pesar de ello, son cifras altas en comparación a estudios previamente realizados, dentro y fuera del país. Encontrando como factores relacionados a la falta de apego a la lactancia, edad de la madre, nivel de escolaridad bajo, estado civil unión libre, zona de vivienda urbana y ser ama de casa.

## 2. INTRODUCCIÓN

La lactancia se refiere a la alimentación del recién nacido con leche materna constituyendo por sí sola toda la dieta, ya que brinda al recién nacido todos los requerimientos nutricionales, a la vez que proporciona defensas inmunológicas y fomenta la relación y vínculo entre la madre y el hijo.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Si cada niño puede amamantar tras su primera hora de nacimiento dándole sólo leche materna, durante los primeros seis meses de vida y continuar dándole pecho hasta los dos años, combinada con alimentación complementaria, y continuar hasta que madre e hijo así lo decidan, cada año se salvarían 220.000 vidas infantiles. Cuando se mantiene lactancia materna en niños mayores de seis meses acompañada de una dieta óptima, se previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños.

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento. La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños. En estas cifras y datos se examinan los muchos beneficios asociados a esa práctica, y se muestra que apoyando enérgicamente a las madres es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo.

A pesar de los múltiples beneficios que representa la lactancia materna para la salud de la niña o niño y de la madre, actualmente un gran número de mujeres en el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan al seno materno por períodos cortos. Esta situación se observa especialmente en las niñas y los niños que nacen con problemas de salud a los cuales no se les ofrece el apego inmediato y es separado de la madre para ser atendidos en áreas de terapia intensiva, intermedia o en hospitales infantiles, donde no se permite el alojamiento conjunto o las condiciones del niño impiden su alimentación con leche materna en forma temprana.

## 3. ANTECEDENTES

### 3.1 ANTECEDENTES GENERALES

Datos recientes estiman que a nivel mundial el 35% de las niñas y niños menores de cuatro meses de edad son alimentados al seno materno en forma exclusiva y la duración promedio de amamantamiento es de 18 meses, información que difiere de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el sentido que las niñas y niños sean exclusivamente amamantados durante sus primeros seis meses y que se continúe el amamantamiento hasta los dos años de vida o más.

Rigard y Alade reportan que cuando se realiza un seguimiento a niñas y niños con una técnica adecuada de amamantamiento y apoyo al binomio durante los primeros cinco días de vida, tiene 10 veces menos la probabilidad de abandonar o cambiar la lactancia materna por la artificial. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud brinde atención durante los primeros días de vida a los binomios que presenten problemas con el amamantamiento.

En México se ha realizado un gran esfuerzo para lograr que las niñas y niños que nacen dentro de las instituciones públicas y privadas tengan alojamiento conjunto y reciban el beneficio de la lactancia materna exclusiva, esto se ha logrado después de un proceso de capacitación nacional muy importante que logró la eliminación de cuneros fisiológicos, la utilización indiscriminada de fórmulas infantiles y de algunas rutinas hospitalarias que obstruían la práctica de lactancia materna.

Se debe de fortalecer la capacitación sobre lactancia materna, dirigida al personal de salud que atiende a los binomios madre-hijo, para la creación y funcionamiento de clínicas de lactancia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente en los hospitales infantiles, donde se encuentran niños enfermos, que permanecen separados de su madre y a los cuales es necesario el beneficio que brinda la leche materna para ayudarlos a superar el problema o problemas que tienen al nacer.

Existe evidencia científica de que las niñas y los niños que se encuentran hospitalizados, superan más rápidamente sus patologías si tienen contacto físico con su madre y son

amamantados; además su calidad de vida es mejor, ya que esto les disminuye la sensación de abandono y stress que lleva implícita la hospitalización, por tal motivo es importante que se propicie esta práctica y que los hospitales pediátricos cuenten con un área que apoye la lactancia materna, así como sensibilizar a su personal para promover y facilitar esta práctica.

Sin embargo este esfuerzo no se ha realizado en todos los hospitales infantiles; existen algunos que todavía no brindan los beneficios de la alimentación con leche materna a todas las niñas y niños que nacen con enfermedades, y que precisamente por estar enfermos, requieren más la leche materna, que les brinda el soporte inmunológico para ayudarlos a superar su problema.

## CARACTERISTICAS Y VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

### *Composición de la Leche Humana.*

Los ingredientes de la leche humana influyen en el crecimiento y desarrollo de niñas y niños debido a que se adapta a las necesidades de desarrollo lento, en comparación con otros mamíferos. La leche humana, es un fluido biológico muy completo y específico para las necesidades de la niña o niño, que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, incluidas inmunoglobulinas, calcio, fósforo, vitaminas, elementos traza, factores de crecimiento y otras sustancias que hacen de la leche humana el alimento completo para niñas y niños.

Las variaciones normales de la composición de la leche humana dependen de diversos factores como son: etapa de la lactancia, hora del día, momento de la tetada (inicio, intermedio y fin), estado nutricional de la madre y variaciones individuales.

Al analizar la composición de la leche humana se deben distinguir las características del precalostro, calostro, la leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino.

### *Precalostro*

Se produce durante el embarazo a partir del tercer mes de gestación, la glándula mamaria produce una substancia denominada precalostro, formada por un exudado del plasma,

células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

***Calostro***

Se produce los primeros 4 días después del parto, es un líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad específica alta (1040-1060) que lo hace espeso y amarillento. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml. al día, en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión, y es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene el 87% de agua (similar a la madura); 58 Kcal/100ml; 2.9 g/100 ml. de grasa; 5.3 g/100ml. de lactosa, y 2.3 g/100ml. de proteínas (casi tres veces más que la leche madura). En el calostro destaca la concentración de lgA y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio cae rápidamente de 60 nm en el primer día del nacimiento a 20 nm al cuarto día, presenta también un aumento progresivo de las concentraciones de lactosa. El pH del calostro es aproximadamente 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico.

Resumiendo, el calostro tiene alta densidad en poco volumen, menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, comparada con la leche madura y más proteínas, vitaminas liposolubles, sodio, zinc e inmunoglobulinas.

***Leche de transición***

Se produce entre el cuarto y el décimo día de posparto, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles, una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente, y se estabilizan alrededor de los 14 días, en esta etapa se produce un volumen de 600 a 750 ml/día.

***Leche madura***

A partir del 10° día el volumen promedio de 700 a 800 ml.por 24 horas y sus principales componentes son:

- Agua: Representa aproximadamente el 90% y depende de la ingesta de líquidos. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.
- Carbohidratos: Representa el 7.3% del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, con un valor osmótico fundamental en la secreción de agua. Además existen más de 50 carbohidratos que constituyen el 1.2% de leche, en diferentes formas sacáridos, oligosacáridos. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un factor que favorece el desarrollo de lactobacilos bífidus además de la fructosa.
- Lípidos: Varían del 2.1 a 3.3% de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia. Estas se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche y según la dieta de la madre. El mayor componente son los triglicéridos también contiene fosfolípidos y colesterol. Se ha demostrado la presencia de dos ácidos grasos polinsaturados, el ácido linoleíco y el decaexanoico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.
- Proteínas: Constituye el 0.9% de la leche. El mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y proteínas del suero (60%); lactoalbúmina, lactoferrina y lisozima. Como parte del nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos la taurina, que el recién nacido no es capaz de sintetizar, es necesaria para conjugar los ácidos biliares y funcionar como neurotransmisor.

  También se encuentran presentes inmunoglobulinas lgA, 1gG, lgM. La principal es la lgA; su función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo entero-mamario. Una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que se originan en el tejido linfático adyacente al tubo digestivo migran a la glándula mamaria, aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan lgA e lgA secretoria. La lactoalbúmina tiene alto valor biológico para el niño. La lactoferrina contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño, además de

tener una acción bacteriostática.Existen asimismo, otras proteínas en concentraciones bajas, tales como enzimas moduladores del crecimiento y hormonas.

- Lisozimas: Son factores antimicrobianos no específicos, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias gram positivas.
- Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Existe variaciones en las hidrosolubles, dependiendo de la dieta de la madre.
- Minerales y elementos traza: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante.

***Leche de "Pretérmino".-***

Las madres de prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio y proteínas, menor de lactosa e igual de calorías que la leche madura, de esta forma, a las necesidades especiales del prematuro. Hay controversia sobre la concentración de grasas. La lactoferrina y la lgA son más abundantes; no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo de un recién nacido menor de 1.5 kg. y ocasionalmente de proteína, por lo que estas sustancias deben ser suplementadas.

Las diferencias más importantes entre los componentes de la leche humana y la leche de fórmula, se encuentran en: carbohidratos, osmolaridad, proteínas, grasas, electrolitos, minerales, elementos traza y relación calcio/fósforo.

**a. Hierro.-** A pesar de que se presenta en baja cantidad, los lactantes alimentados al seno materno no desarrollan anemia, debido a la mayor absorción (48% en comparación al 10% de la leche de vaca y al 4% de las fórmulas maternizadas).

**b. Zinc.-** En la leche materna tiene un índice de absorción de más del 42%, las fórmulas tienen 3.1% y de la leche de vaca 28%.

**c. Selenio**.- En la leche materna tiene concentraciones mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

**d. Flúor.-** Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental, su absorción es mejor con la leche humana. La administración de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles, pero hay estudios que demuestran que el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.

**e. Calcio/fósforo.-** La relación es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero, por lo que rara vez se observa raquitismo en los niños amamantados.

**f. Hormonas.-** La mayoría se encuentran presentes en la leche materna y su concentración varía durante la lactancia. Entre las más importantes, se encuentran: las hormonas tiroideas, que se piensa tienen un efecto profiláctico en los niños hipotiroideos, las prostaglandinas cuyo papel consiste en aumentar la motilidad gastrointestinal, ocasionando las evacuaciones típicas en el niño alimentado al seno materno y el factor de crecimiento epidérmico es un péptido que estimula la maduración y el tubo digestivo.

***Digestibilidad.***- La leche humana es más digerible para el niño que la leche de fórmula. La caseína de la leche fórmula es muy abundante y forma en el intestino del niño un coágulo de difícil digestión. En cambio, la caseína de la leche humana tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas, fáciles de digerir.

***Excreción renal***.- La osmolaridad de la fórmula (350 mOsm) es significativamente mayor que la leche humana (286) generando en el niño una mayor carga renal de solutos.

***Inmunología***.- La leche de fórmula no contiene substancias protectoras contra infecciones en el niño y contiene Beta-lactoglobulina, que se ha relacionado con mayor incidencia de problemas alérgicos en la infancia.

## VENTAJAS NUTRICIONALES DE LA LECHE HUMANA

### Digestibilidad.

La leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa, así 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 la absorción de los nutrientes los niños amamantados durante los 6 primeros meses de vida no presentan deficiencias nutricionales. En la leche humana el 10% de los carbohidratos son oligosacáridos de fácil absorción, característica que la hace especialmente adecuada para los prematuros. La absorción del hierro es muy eficiente. La absorción de zinc es esencial en el humano como activador enzimático y como parte de la estructura enzimática, está presente en la leche humana, encontrándose además que los niveles séricos de zinc no disminuyen con la edad. Las concentraciones plasmáticas de otros elementos, son adecuados debido a su biodisponibilidad en la leche materna.

## Bioquímica

Se han descubierto los siguientes nutrientes vitales para el hombre:

### *Ácido linoléico*

Es un ácido graso esencial para el ser humano. Los ácidos grasos de cadena larga, son necesarios para la estructura del sistema nervioso central y la membrana eritrocitaria.

### *Taurina*

Es un aminoácido importante para la conjugación de ácidos biliares y en el desarrollo del sistema nervioso central, aparentemente neurotransmisor o neuromodulador en el cerebro y la retina y que en el caso del recién nacido, especialmente en el prematuro, es considerado como esencial. Contiene compuestos nitrogenados de origen no proteico importantes en la síntesis proteica. La carnitina presente en la leche humana y ausente en la leche de vaca y en cantidades insuficientes en preparados comerciales, es esencial en la síntesis de ácidos grasos necesarios para cubrir las altas demandas, principalmente del cerebro y corazón. Contiene diferentes hormonas que pasan directamente de la madre, con efecto positivo en la fisiología

del recién nacido, así como enzimas importantes para el desarrollo neonatal, que facilitan la absorción intestinal de nutrientes y con función inmunológica.

***Líquidos y electrolitos***

El recién nacido tiene una carga renal de solutos menor y por lo tanto, una densidad específica de la orina baja gracias a la concentración de electrolitos, la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades hidroelectrolíticas, aún en climas calurosos y húmedos. Aunque el bebé amamantado no evacue en algunos días, sus evacuaciones siempre serán blandas y no presentan síntomas de constipación.

**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. Esta protección también se observa, en menor medida, en los que son amamantados parcialmente.

La prevención de la diarrea, conferida por los componentes de la leche, se refuerza por la disminución a la exposición de los gérmenes presentes en utensilios, líquidos o alimentos contaminados.

Cuando las niñas y niños amamantados llegan a enfermar, tienen cuadros más leves. De hecho, aquellos que continúan amamantando durante el tratamiento con soluciones de hidratación oral, tienen menos número de evacuaciones y se recuperan más rápidamente.

La leche materna estimula el desarrollo de flora bacteriana adecuada en el intestino, la cual causa evacuaciones ligeramente ácidas. Esta acidez junto con los factores arriba mencionados, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y protozoarios.

| Infecciones en las que ejerce efecto protector | Protección en enfermedades no infecciosas | Protección a la madre |
|---|---|---|
| ▶Enterales<br>▶Respiratorias<br>▶Otitis media<br>▶Meningitis<br>▶Enterocolitis necrosante<br>▶Caries | ▶Diabetes juvenil<br>▶Linfoma<br>Malaoclusión<br>▶Alergias, eczemas | ▶Anticonceptivo<br>▶Hemorragia<br>▶Cánce de mama<br>▶Osteoporosis<br>▶Efectos secundarios de DIU |

**Fertilidad**

El efecto anticonceptivo de la lactancia materna no se valoraba, debido a que algunas madres se embarazaban estando aún amamantando. Sin embargo, se ha demostrado que el efecto de espaciamiento es "dosis dependiente"; esto es a mayor succión, mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio y amenorrea de la lactancia.

Para inhibir la ovulación por completo, el estímulo de la succión debe repetirse con intensidad día y noche. Si esto no ocurre debido a interrupciones de cualquier tipo se reduce la eficacia anticonceptiva del amamantamiento. Cuando se prefiera reforzar con un anticonceptivo, debe usarse un método compatible con la lactancia, como el condón, el dispositivo intrauterino o la píldora que contiene solo progesterona, ya que la que contiene estrógeno puede disminuir la producción de leche. Los métodos naturales también son compatibles pero requieren educación adicional.

**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 doméstico, suprime la necesidad de comprar leche en fórmula, biberones, aparatos esterilizadores, etc. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa el 15 al 40% de los ingresos per cápita de una familia. Esto no incluye el costo de la atención médica debido a la mayor

morbilidad y mortalidad que acompañan a la alimentación artificial, así como el consumo de combustible utilizado para la preparación de fórmulas. Resulta mucho más barato suplementar la dieta de la madre y mejorar su estado nutricional y con ello garantizar la producción de leche de buena calidad.

## Impacto de la Lactancia en el Medio Ambiente

Las personas preocupadas por cuidar nuestro planeta saben que la deforestación, la destrucción de la capa de ozono y la contaminación del suelo, el aire y el agua, pueden causar daños irreversibles, la industrialización contribuye a ello. Por lo anterior, las políticas internacionales de conservación deberán valorar todos los recursos que pueden detener las actuales prácticas destructivas. Dentro de estos recursos se encuentra la leche materna, que contribuye a la conservación del medio ambiente en muchos niveles.

| Medio | Lactancia Materna | Lactancia Artificial |
|---|---|---|
| Aire | No afecta | Por cada 3,000 bebés alimentados con fórmula se desechan 70,000 toneladas de aluminio que no se reciclan. Al consumir gas para esterilizar biberones y hervir agua se gasta un recurso no renovable. |
| Plantas | No afecta | Deforestación de montes y selvas para el pastoreo del ganado vacuno. Consumo de energéticos para la preparación de biberones. |
| Animales | No afecta | Extinción de especies por deforestación. Y contaminación de su hábitat. |

## POLITICA LACTANCIA MATERNA

## MARCO INTERNACIONAL

La lactancia materna como proceso único va a proporcionar la alimentación ideal al lactante, asi como beneficios económicos a la familia, promoviendo la sociabilidad, bienestar y mejor economía del país.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales ha definido y fortalecido las estipulaciones del Código. (2)

La Conferencia Internacional de Nutrición del 1992 en Roma, (3) definió que una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición es a través de fomentar la lactancia materna, concluyendo que una de las acciones para aumentar los índices de la lactancia materna en el mundo es la implementación del monitoreo del Código Internacional. Dicho Código, 25 años después, sigue siendo “la piedra angular” para las autoridades de salud pública en regular algunas normas básicas como

- No anunciar sucedáneos de leche materna, biberones, ni tetinas
- No obsequiar muestras gratuitas a las madres
- No realizar promociones en los sistemas de salud, que incluye no ofrecer suministros de fórmula gratis o a bajo costo
- No permitir que se entreguen donaciones o muestras gratuitas a las/los trabajadoras/os de la salud
- No utilizar fotografías de bebés, ni palabras que dealicen la alimentación artificial en las etiquetas de los productos; la información provista a las / los trabajadoras/es de la salud debe ser científica y objetiva.
- La información sobre alimentación artificial, incluyendo la que aparece en las

etiquetas, deberá explicar los beneficios y superioridad de la lactancia materna y alertar sobre los peligros relacionados con la alimentación artificial.

Todos los gobiernos deberían incorporar el Código en sus normas jurídicas. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Basándose en la experiencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los ODS serán los objetivos más completos, más específicos y con mayor respaldo que el mundo haya trazado jamás. Los nuevos objetivos impulsarán las inversiones y la adopción de medidas, influyendo en las vidas de millones de niños y niñas. Salud Mundial.

La Declaracion de Innoceti e Innoceti + 15 en 1990 se firma esta declaración en Italia sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna representantes de 40 gobiernos y organismos internacionales como: UNICEF, USAID, UNFPA, PNUD y BM, con los siguientes compromiso " los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicadores tales como la proporción de niños amamantados exclusivamente al egresar de los servicios de maternidad y la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los cuatro meses de edad" (4)
La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia celebrada el 29 y 30 de septiembre de 1990, en la ONU, se reunió al más grande grupo de dirigentes mundiales a fin de adaptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción donde se hizo el compromiso: "lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adicción de alimentos hasta bien entrado el segundo año de vida" (5)

La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales Amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las unidades hospitalarias en apoyo de la lactancia materna. La base de esta iniciativa son los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica. (6)

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque las mejoras de los servicios de las unidades hospitalarias ayudan a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva para que las madres no la abandonen, es necesario un apoyo de todo el sistema de salud.

## OBJETIVOS PARA DESARROLLO SUSTENTABLE 2030

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados Miembros que la suscribieron y será la guía de referencia para el trabajo de la institución en pro de esta visión durante los próximos 15 años. (7)

Esta nueva hoja de ruta presenta una oportunidad histórica para América Latina y el Caribe, ya que incluye los temas altamente prioritarios para la región, como la reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones, un crecimiento económico inclusivo con trabajo decente para todos, ciudades sostenibles y cambio climático, entre otros. El conocimiento de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados a esta agenda ayuda a evaluar el punto de partida de los países de la región y a analizar y formular los medios para alcanzar esta nueva visión del desarrollo sostenible, que se expresó de manera colectiva y quedó plasmada en la Agenda 2030. (7)

La Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebra cada año durante la primera semana de agosto, lleva el lema "Lactancia Materna: clave para el desarrollo sostenible". Está dedicada a demostrar de qué manera la lactancia materna, entre otras acciones, puede apoyar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y a proponer acciones para mejorar las políticas y programas dirigidas a su protección, promoción y apoyo. Muchos de los líderes, tanto del sector público como del privado, están empezando a reconocer que la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna son una inversión relacionada

con la salud que mejora el desarrollo económico y social. Ya sea que se mantengan las tasas robustas de lactancia materna o se busquen soluciones para mejorar las prácticas óptimas de lactancia materna, lo que beneficiará en no solo a las madres y a los lactantes, sino a toda la población y a nuestro planeta. (7)

## 3.1 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

**"LACTANCIA MATERNA. CLAVE PARA UN DESARROLLO SOSTENIBLE"**

ENFRENTAR LA POBREZA: La lactancia materna es una forma natural y de bajo costo de alimentar a los bebés, niños y niñas. Es asequible para todo el mundo y no es una carga para el presupuesto familiar a diferencia de la alimentación artificial. La lactancia materna contribuye a la reducción de la pobreza. (8)

1. CERO HAMBRE: La lactancia materna exclusiva y continuada por dos años o más, proporciona nutrientes de alta calidad y una adecuada energía, y puede ayudar a prevenir el hambre, la desnutrición y la obesidad. La lactancia materna también significa seguridad alimentaria para la niñez. (8)
2. BUENA SALUD Y BIENESTAR: La lactancia materna mejora significativamente la salud, el desarrollo y la supervivencia de lactantes, niños y niñas. También contribuye a mejorar la salud y el bienestar de las madres, tanto a corto como a largo plazo. (8)
3. EDUCACION DE CALIDAD: La lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada son fundamentales para el aprendizaje. La lactancia materna y la alimentación complementaria de buena calidad contribuyen de manera significativa al desarrollo mental y cognitivo, ayudando al aprendizaje. (8)
4. EQUIDAD DE GENERO: La lactancia materna ayuda a la equidad al ofrecer a cada niña y niño el mejor comienzo justo en la vida. La lactancia materna es un derecho único de las mujeres que debe ser apoyado por la sociedad para que puedan amamantar en forma óptima. La experiencia de la lactancia materna puede ser satisfactoria y enriquecedora para la madre ya que ella asume el control sobre como alimentar a su bebé. (8)
5. AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO: La lactancia a demanda proporciona toda el agua que necesita un bebe, incluso en verano. A diferencia de la alimentación con fórmula que requiere del acceso a agua potable, higiene y saneamiento. (8)
6. ASEQUIBLE ENERGIA LIMPIA: La lactancia materna consume poca energía a comparación de la industria de producción de fórmulas. También reduce el consumo

de agua, leña y otros combustibles en el hogar. (8)

7. TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONOMICO: Las mujeres lactantes que recibe apoyo de sus empleadores desarollan mayor productividad y lealtad. La protección de la maternidad y otras políticas en el trabajo permiten a las mujeres combinar la lactancia materna con su otro trabajo o empleo. Los empleos dignos atienden las necesidades de las mujeres que amamantan, especialmente aquellas que viven en situaciones precarias. (8)
8. INDUSTRIA, INOVACIÓN E INFRESTRUCTURA: Con la industrialización y la urbanización, los desafíos de tiempo y espacio se vuelven más apremiantes. Las madres lactantes que trabajan fuera del hogar enfrentan estos desafíos y necesitan el apoyo de sus empleadores, sus propias familias y comunidades. Centros de cuidado infantil cerca de los lugares de trabajo, salas de lactancia y períodos para amamantar pueden hacer una gran diferencia. (8)
9. REDUCCION DE DESIGUALDADES: Las prácticas de la lactancia materna difieren en todo el mundo. La lactancia materna debe ser protegida, promovida y apoyada para todas las mujeres, en particular aquellas que viven en situaciones de pobreza y vulnerabilidad. Esto ayuda a reducir desigualdades. (8)
10. CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES: En el bullicio de las grandes ciudades, las madres lactantes y sus bebes necesitan sentir seguridad y ser bienvenidas en todos los espacios públicos. Cuando los desastres y crisis humanitarias golpean, las mujeres niños y niñas se ven afectados de manera desproporcionada. Las mujeres embarazadas y lactantes necesitan un apoyo especial en estas circunstancias. (8)
11. CONSUMO Y PRODUCCION RESPONSABLE: La lactancia materna es una fuente de nutrición y sustento sostenible saludable, viable, no contaminantes y no depredadora de recursos. (8)
12. ACCION CONTRA EL CAMBIO CLIMATICO: La lactancia materna salvaguardia la salud y nutrición infantil en tiempos de adversidad y desastres relacionados con el cambio climático debido al calentamiento global. (8)
13. VIDA SUBMARINA: LA lactancia materna implica menos residuos en comparación con la alimentación con fórmula. La producción industrial y la distribución de las fórmulas infantiles conlleva desecho que contaminan los mares y afectan la vida

marina. (8)

14. VIDA EN LA TIERRA: La lactancia materna es ecológica a diferencia de la alimentación con fórmula. La producción de fórmulas implica producción lechera que ejerce presión sobre los recursos naturales y contribuye a emisiones de carbono y cambio climático. (8)
15. PAZ Y JUSTICIA, FUERTE INSTITUCIONALIDAD: La lactancia materna está consagrada en muchos marcos y convenciones de derechos humanos. Se necesita leyes y políticas nacionales para proteger y apoyar a las madres lactantes y sus bebes y para garantizar el respeto de sus derechos. (8)
16. ALIANZA PARA LOGRAR OBJETIVOS: La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (ALNP) fomenta la colaboración multifactorial y una diversidad de alianzas para apoyar el desarrollo, a través de programas e iniciativas de lactancia materna. (8)

**MARCO NACIONAL**

En Mayo de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo No. 121 en el cual se creó de forma definitiva el Comité Nacional de Lactancia Materna, con la participación del Sistema Nacional de Salud, Instituto Nacionales, Direcciones Generales de la Secretaría de Salud y la participación de organismos no gubernamentales.

El 30 de octubre de 2001 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que deja sin efectos a los diversos números 121 y 127, publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 8 de mayo y 2 de agosto de 1995, razón por la cual no es posible actualizar el Comité Nacional de Lactancia Materna, misma condición que se mantiene hasta la actualidad.

El Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2006 en el componente sustantivo de parto y puerperio seguros establece la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; en el componente estratégico de Fortalecimiento de la estructura de los servicios se incluyó acreditar las unidades de salud como Hospitales Amigos

del Niño y de la Madre y como hospitales sí mujer que implementaban evaluar la práctica y fomento de la lactancia materna. En 2006 la lactancia materna se mantiene con acciones discretas de promoción de la lactancia materna exclusiva.

El 30 de julio de 2014 se llevó a cabo la Reunión Extraordinaria del Comité Nacional de Arranque Parejo en la Vida en la Sala del Consejo Nacional de Salud "Guillermo Soberón Acevedo", el Dr. Pablo Antonio Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud presidió la reunión, que tuvo como propósito dar a conocer las acciones para promover, proteger y fomentar la práctica de la lactancia que han sido integradas en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.

En 2015 se suma a la vigilancia de Lactancia, el trabajo conjunto del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (CONACRO), cuyo Comité de Promoción de la Salud Reproductiva y Materno-Infantil, dirige el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en donde se incorpora la visión de trabajo en Línea de vida para la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, en donde se vigila estrechamente el fomento, promoción e indicadores de lactancia materna.

El Programa Nacional de Desarrollo incluye estas acciones en el Eje México Incluyente, el fomento a la práctica de la lactancia está considerado en el programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, del que se deriva la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que se presentó en breve en el Comité de Arranque Parejo en la Vida. (9)

| Objetivo | Estrategia | Línea de Acción | Objetivo |
|---|---|---|---|
| 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. | 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables. | 1.5.10. Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego. | Posicionar el tema en la agenda de las personas tomadoras de decisión de los diferentes órdenes de gobierno y unificar acciones. |
| 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. | 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables. | 1.5.10. Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego. | Fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. |
| 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. | 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios. | 3.1.5. Promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos. | Vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. |
| 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. | 4.1 Asegurar el enfoque integral para reducir morbilidad infantil en menores de 5 años especialmente en comunidades indígenas. | 4.1.6. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. | Fomentar la práctica del amamantamiento natural en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre. |
| 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. | 1.1 Promover actitudes, conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario. | 1.1.1 Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud. | Impulsar la participación de la iniciativa privada en la promoción y apoyo a la lactancia materna. |
| 5. Asegurar la generación y el uso de los recursos en salud. | 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud. | 5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud. | Eje transversal: Capacitación al personal de salud, estudiantes universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general. |

## 4. JUSTIFICACIÓN

En México, según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 mostró el deterioro de la práctica de la lactancia materna en el país. Al año sólo una tercera parte de las niñas y niños recibe lactancia materna exclusiva, y a los dos años tan sólo una séptima parte.

La reducción de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional fue de 7.9 puntos porcentuales de 2006 a 2012, mientras que en el medio rural la diferencia fue de 18.4 puntos.

Las madres que nunca dieron pecho a sus hijas e hijos exponen razones que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto para iniciar y establecer la lactancia, tales como: no tuve leche 37.4% madre enferma 13.7% el bebé no quiso 11.4% bebé enfermo 5.3% prematuro 3.1%.

Existen condiciones sociales y culturales que determinan la práctica de la lactancia materna, una de ellas, es la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, formado en su mayoría por mujeres en edad reproductiva. En la actualidad, 42.2% de las mujeres mayores de 12 años de edad están en la fuerza de trabajo, disminuyendo las horas para realizar dicha práctica.

Hasta el momento no contamos con una campaña de medios que influya en la percepción de la lactancia natural en la población en general. Las nuevas generaciones y el desarrollo tecnológico y científico incorporan nuevos retos a la forma de comunicar y transmitir mensajes de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

En nuestro medio, Hospital General Zona Norte Bicentenario de la Independencia en el Estado de Puebla, gracias a la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN) realizada por la OMS durante el 2005, además de la nominación de la institución en la misma en 2014 y recertificación en 2017, fortalece las prácticas en apoyo a la lactancia materna y establecer políticas para continuarla durante al menos dos años.

El grupo de Apoyo de Lactancia Materna en el Hospital General Zona Norte Bicentenario de la Independencia en el Estado de Puebla, es el encargado de captar a las pacientes referidas de los distintos centros de salud y comunitarios adscritos a esta institución y brindarles la asesoría necesaria para llevar a cabo una lactancia materna exclusiva exitosa. En base a

consejería prenatal, así como postparto y una vez egresadas, seguimiento vía telefónica por 7 días y en caso necesario, reintervención en los puntos deficientes.

Sin embargo, debido a la sobrepoblación de pacientes, así como a la falta de recursos humanos para llevar a cabo esta importante tarea, sería prudente tener un seguimiento de las pacientes durante un periodo de tiempo mayor, para lograr identificar los puntos débiles en las prácticas de apoyo a lactancia materna en nuestra población, mismos que servirán de base para establecer nuevas estrategias para lograr alcanzar los objetivos establecidos por la política interna del hospital, metas estatales, nacionales e internacionales.

En el 2015, varios países de distintas regiones del mundo se comprometieron a cumplir con las 17 metas encaminadas a erradicar la pobreza, proteger al medioambiente y velar por la prosperidad para todos en el 2030. En conjunto, estas metas forman los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODS influirán en las inversiones y los programas políticos prácticamente en todos los países del planeta, con lo cual mejorará la vida de millones de personas a lo largo de los próximos quince años.

En el 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño que abarca seis metas mundiales basadas en su pertinencia para la salud pública. Una de estas metas es aumentar, de aquí a 2025, las tasas de lactancia materna exclusiva hasta un 50% como mínimo (10) . Esto supone un aumento relativo anual de 2,3%, lo que significa que aproximadamente 10 millones de niños más se alimentarán exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad. En la Región de las Américas, es muy amplia la variación en las tasas y las tendencias en materia de lactancia materna. En algunos países, menos de 15% de los lactantes menores de seis meses son amamantados exclusivamente, mientras que en otros esta cifra es superior al 50%. Sin embargo, es posible lograr un progreso sostenido y rápido; por ejemplo, en Perú, gracias a un fuerte compromiso político y a la adopción de las medidas adecuadas, aumentaron las tasas de lactancia materna exclusiva, al pasar de 33% a 72% entre 1992 y el 2013. (10)

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General de Zona Norte Bicentenario de la Independencia del Estado de Puebla, no existe un seguimiento mayor a una semana de las pacientes que acuden al grupo de apoyo para la práctica de lactancia materna.

Las pacientes egresadas de la unidad médica que tienen un recién nacido, deben asesorarse en torno a la lactancia materna, debido a que se tienen pacientes que no realizan la lactancia materna exclusiva durante el tiempo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, además que se desconocen los principales motivos por el abandono de la misma.

Por ello surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva, con seguimiento al mes y a los 6 meses posteriores a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”?

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva, con seguimiento al mes y a los 6 meses posteriores a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia"

### 6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el porcentaje de pacientes de nuestra población que continúan practicando Lactancia Materna Exclusiva
- Determinar la causa de abandono según el grupo de edad.
- Identificar el estado civil que tuvo mayor abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Determinar la causa de abandono de la lactancia materna según el grado de escolaridad.
- Identificar las causas de abandono de la lactancia materna según las características de la vivienda.
- Determinar la causa de abandono de la lactancia materna por la ocupación.
- Determinar la causa de abandono de la lactancia materna según el número de hijos.
- Determinar la causa de abandono de la lactancia materna según la vía de resolución del parto.
- Determinar la causa de abandono de la lactancia materna según el método de planificación familiar.
- Conocer la prevalencia de la lactancia materna al mes y al sexto mes de nacido.
- Determinar el mes posterior al parto que se tuvo mayor frecuencia de abandono.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, unicéntrico y heterodémico, realizado en todas las pacientes en el puerperio, posterior a que se haya resuelto su embarazo en el Hospital General de Zona Norte Bicentenario de la Independencia del Estado de Puebla, que hayan recibido asesoría y apoyo para la práctica de la lactancia materna exclusiva, durante el periodo del 1 de noviembre de 2016 al 1 de noviembre de 2017.

Las pacientes fueron seleccionados por conveniencia. Se incluyeron aquellas pacientes que cursaban con puerperio, realizando la lactancia materna exclusiva, que se hayan resuelto en esta unidad médica, con la respectiva consejería y apoyo para la práctica de lactancia. Se excluyeron a las pacientes referidas de otras unidades médicas., que no deseen participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado. Se eliminaron las pacientes que no se les dio seguimiento, sin tener número telefónico para contacto y que no deseen que se les proporcione seguimiento.

Se sometió el estudio a la autorización del comité local de investigación y autoridades correspondientes, así como jefes inmediatos, del Hospital General de Zona Norte Bicentenario de la Independencia del Estado de Puebla. Se realizó seguimiento vía telefónica al mes y a los 6 meses posteriores a la resolución obstétrica de las pacientes que aceptaron participar.

Los recursos económicos para la investigación fueron proporcionados por los médicos responsables del estudio.

La información se fue escribiendo en hoja de recolección de datos, posteriormente se vaciaron a una hoja de Excel, para ser tabuladas y copiar los datos al programa estadística SPSS versión 23, en el que se aplicaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión. Se crearon tablas de contingencia para hacer la comparación de variables independientes y dependientes. Las pruebas estadísticas que se aplicará la prueba estadística chi-cuadrada para el análisis de todas las variables de estudio.

Los resultados serán estadísticamente significativos si tienen valor de $p < 0.05$.

El muestreo fue no probabilístico, al realizar el muestreo de forma conveniente y limitada por el periodo de estudio.

## 8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio "Lactancia materna exclusiva. seguimiento al mes y 6 meses posterior a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia", se obtuvo un total de 522 pacientes, durante el periodo del 1 de noviembre de 2016 al 1 de noviembre de 2017, las cuales cumplieron estrictamente los criterios de selección, además todas las pacientes recibieron asesoría en torno a la lactancia materna. Se realizó el análisis descriptivo y correlacional.

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES CON LACTANCIA MATERNA

Las características sociodemográficas consideradas en este trabajo fueron: edad, estado civil, escolaridad, vivienda y ocupación.

### EDAD DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

De las variables demográficas de todas las pacientes se tuvo en promedio 22.24±5.20 años de edad, se tuvo en el 20.3%(106) edad menor a 18 años, en el 55.7%(291) de 18 a 25 años, en el 22.8%(119) de 25 a 40 años y en el 1.1%(6) más de 40 años. (Gráfico 1)

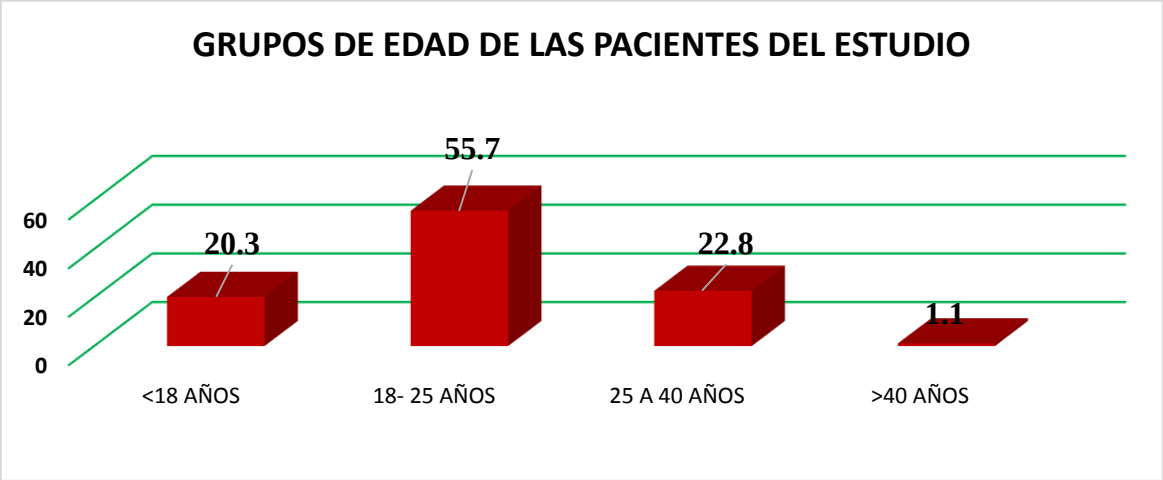


Gráfico 1. Se muestra la edad de las pacientes.

Con respecto al análisis de las variables de estudio, se hizo el análisis de las causas de abandono de la lactancia por grupos de edad, excepto las que tuvieron lactancia materna exclusiva, debido a que los pacientes con hipogalactia fue la causa más frecuente de abandono entre los 18 a 25 años, seguido de las pacientes con edad inferior a 18 años, en el que se tuvo diferencia estadísticamente significativa, con un valor de p=0.001. (Tabla 1)

| | | GRUPOS DE EDAD | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | <18 AÑOS | 18 A 25 AÑOS | 25 A 40 AÑOS | >40 AÑOS | |
| **CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA** **Valor de P=0.001** | HIPOGALACTIA | 8 | 17 | 7 | 0 | 32 |
| | | 25.0% | 53.1% | 21.9% | 0.0% | 100.0% |
| | TRABAJO | 2 | 10 | 18 | 1 | 31 |
| | | 6.5% | 32.3% | 58.1% | 3.2% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 4 | 28 | 7 | 0 | 39 |
| | | 10.3% | 71.8% | 17.9% | 0.0% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 2 | 12 | 4 | 1 | 19 |
| | | 10.5% | 63.2% | 21.1% | 5.3% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 5 | 18 | 8 | 1 | 32 |
| | | 15.6% | 56.2% | 25.0% | 3.1% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 8 | 4 | 2 | 0 | 14 |
| | | 57.1% | 28.6% | 14.3% | 0.0% | 100.0% |
| | ESTETICA | 7 | 11 | 7 | 0 | 25 |
| | | 28.0% | 44.0% | 28.0% | 0.0% | 100.0% |
| **Total** | | 36 | 100 | 53 | 3 | 192 |
| | | 18.8% | 52.1% | 27.6% | 1.6% | 100.0% |

Tabla 1. Causas de abandono de la lactancia según el grupo de edad.

## ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

Se hizo el análisis descriptivo de todas las pacientes, observando que el 4.4%(23) estaba soltera, en unión libre el 82.6%(431) y casada en el 13%(68). (Gráfico 2)

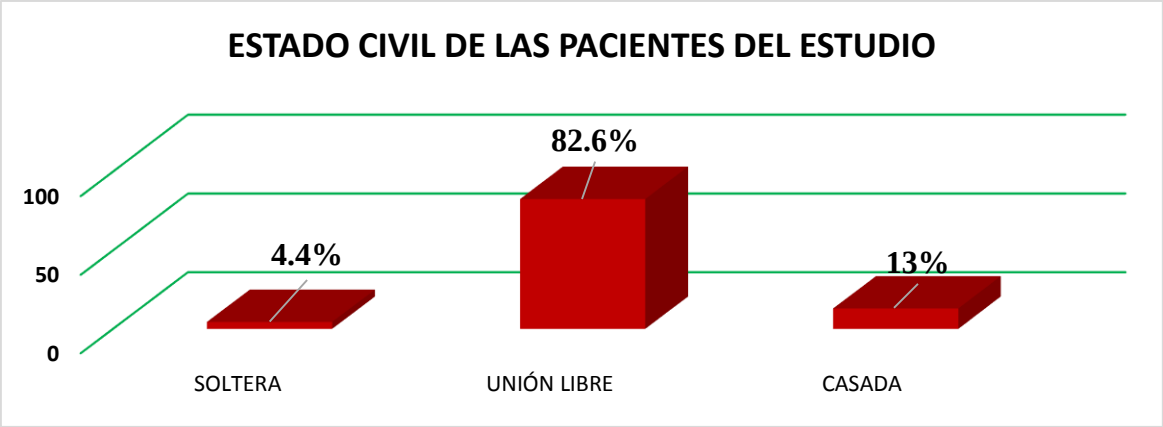


Gráfico 2. Estado civil de las pacientes del estudio.

Al realizar la comparación entre, en el que se identificó que las madres que están en unión libre tienen mayor abandono de la lactancia materna, debido al aspecto sociocultural. Al hacer el análisis correlacional se tuvo diferencia estadísticamente significativa p=0.012. (Tabla 2).

| | | ESTADO CIVIL | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SOLTERA | UNIÓN LIBRE | CASADA | |
| **CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA** | HIPOGALACTIA | 3 | 25 | 4 | 32 |
| | | 9.4% | 78.1% | 12.5% | 100.0% |
| | TRABAJO | 6 | 18 | 7 | 31 |
| | | 19.4% | 58.1% | 22.6% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 0 | 37 | 2 | 39 |
| | | 0.0% | 94.9% | 5.1% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 2 | 17 | 0 | 19 |
| | | 10.5% | 89.5% | 0.0% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 1 | 27 | 4 | 32 |
| | | 3.1% | 84.4% | 12.5% | 100.0% |
| **Valor de p=0.012** | ESTUDIO | 0 | 14 | 0 | 14 |
| | | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ESTETICA | 1 | 20 | 4 | 25 |
| | | 4.0% | 80.0% | 16.0% | 100.0% |
| **Total** | | 13 | 158 | 21 | 192 |
| | | 6.8% | 82.3% | 10.9% | 100.0% |

Tabla 2. Causas de abandono de la lactancia según el estado civil.

## ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

La escolaridad de todas las pacientes fue hasta primaria en el 24.5%(128), secundaria hasta el 53.3%(278), bachillerato en el 18.2%(95) y licenciatura en el 4%(21). (Gráfico 3)

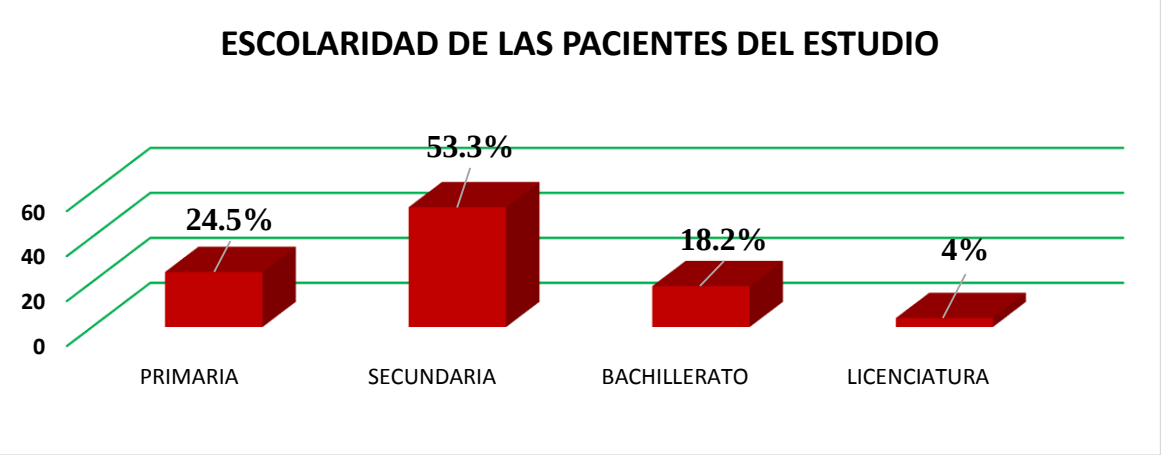


Gráfico 3. Escolaridad de las pacientes del estudio.

| | | ESCOLARIDAD | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PRIMARIA | SECUNDARIA | BACHILLERATO | LICENCIATURA | |
| **CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA** | HIPOGALACTIA | 10 | 14 | 6 | 2 | 32 |
| | | 31.2% | 43.8% | 18.8% | 6.2% | 100.0% |
| | TRABAJO | 3 | 8 | 12 | 8 | 31 |
| | | 9.7% | 25.8% | 38.7% | 25.8% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 6 | 26 | 7 | 0 | 39 |
| | | 15.4% | 66.7% | 17.9% | 0.0% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 5 | 10 | 3 | 1 | 19 |
| | | 26.3% | 52.6% | 15.8% | 5.3% | 100.0% |
| **Valor de p=0.001** | PATOLOGIA MATERNA | 9 | 16 | 6 | 1 | 32 |
| | | 28.1% | 50.0% | 18.8% | 3.1% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 7 | 5 | 2 | 0 | 14 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 50.0% | 35.7% | 14.3% | 0.0% | 100.0% |
| | ESTETICA | 6 | 14 | 4 | 1 | 25 |
| | | 24.0% | 56.0% | 16.0% | 4.0% | 100.0% |
| **Total** | | 46 | 93 | 40 | 13 | 192 |
| | | 24.0% | 48.4% | 20.8% | 6.8% | 100.0% |

Tabla 3. Causa de abandono de la lactancia materna por la escolaridad.

En la comparación entre variables, se identificó que las madres tuvieron como grado máximo la secundaria en el 48.4%, abandonando la lactancia materna por el aspecto sociocultural, seguido de la patología de la madre, pero al analizarlo por la prueba estadística chi-cuadrada se tuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.001). (Tabla 3)

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

Las características de la vivienda de todas las pacientes del estudio fueron rurales en el 14.4%(75) y urbana en el 85.6%(447) urbana. (Gráfico 4)

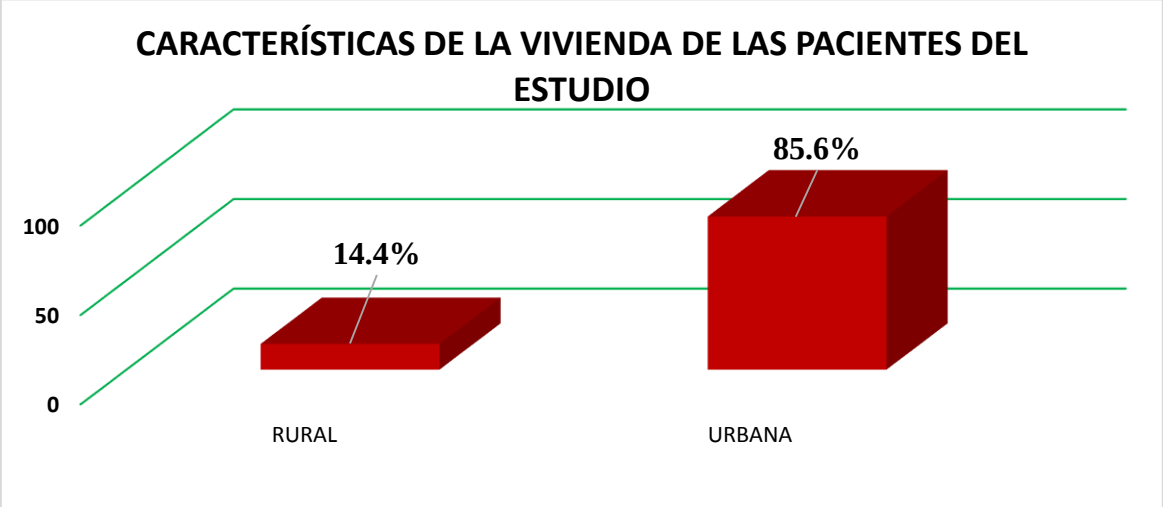


Gráfico 4. Características de la zona de vivienda de las pacientes del estudio.

Al realizar la comparación entre variables, se identificó que las madres que viven en una zona urbana tuvieron mayor abandono, principalmente por el trabajo, seguido de la hipogalactia, el aspecto sociocultural y la patología de la madre, al compararlo se obtuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.025). (Tabla 4)

| | | ZONA DE VIVIENDA | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | RURAL | URBANA | |
| CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA<br><br>Valor de<br>P= 0.025 | HIPOGALACTIA | 2 | 30 | 32 |
| | | 6.2% | 93.8% | 100.0% |
| | TRABAJO | 0 | 31 | 31 |
| | | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 10 | 29 | 39 |
| | | 25.6% | 74.4% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 3 | 16 | 19 |
| | | 15.8% | 84.2% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 4 | 28 | 32 |
| | | 12.5% | 87.5% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 2 | 12 | 14 |
| | | 14.3% | 85.7% | 100.0% |
| | ESTETICA | 1 | 24 | 25 |
| | | 4.0% | 96.0% | 100.0% |
| Total | | 22 | 170 | 192 |
| | | 11.5% | 88.5% | 100.0% |

Tabla 4. Causa de abandono de la lactancia según el tipo de zona de vivienda.

## OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

La ocupación de todas las pacientes fue ama de casa en el 80.8%(422), estudiante en el 9.2%(48) y trabajadora en el 10%(52). (Gráfico 5)

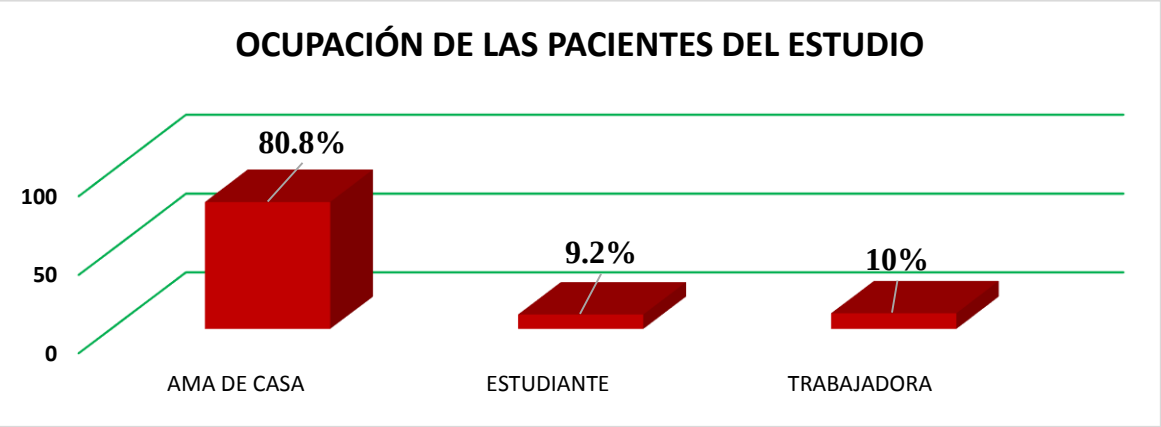


Gráfico 5. Ocupación de las pacientes del estudio.

Al realizar la comparación entre variables, se identificó que el ser ama de casa es mayor la frecuencia de abandono de la lactancia materna por el trabajo, seguido de la hipogalactia y enfermedades de la madre, que al compararlas si se tuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.0001).(Tabla 5)

| | | OCUPACION | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | AMA DE CASA | ESTUDIANTE | TRABAJADORA | |
| CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA<br><br>Valor de P=0.0001 | HIPOGALACTIA | 27 | 3 | 2 | 32 |
| | | 84.4% | 9.4% | 6.2% | 100.0% |
| | TRABAJO | 1 | 6 | 24 | 31 |
| | | 3.2% | 19.4% | 77.4% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 37 | 0 | 2 | 39 |
| | | 94.9% | 0.0% | 5.1% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 14 | 1 | 4 | 19 |
| | | 73.7% | 5.3% | 21.1% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 27 | 0 | 5 | 32 |
| | | 84.4% | 0.0% | 15.6% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 2 | 12 | 0 | 14 |
| | | 14.3% | 85.7% | 0.0% | 100.0% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ESTETICA | 19 | 4 | 2 | 25 |
| | | 76.0% | 16.0% | 8.0% | 100.0% |
| Total | | 127 | 26 | 39 | 192 |
| | | 66.1% | 13.5% | 20.3% | 100.0% |

Tabla 5. Causas de abandono de la lactancia materna según la ocupación.

## NÚMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

El número de hijos de todas las pacientes fue de uno en el 36.4%(190), dos en el 44.8%(234), tres en el 13.2%(69), cuatro en el 3.8%(20) y cinco hijos en el 1.7%(9). (Gráfico 6)

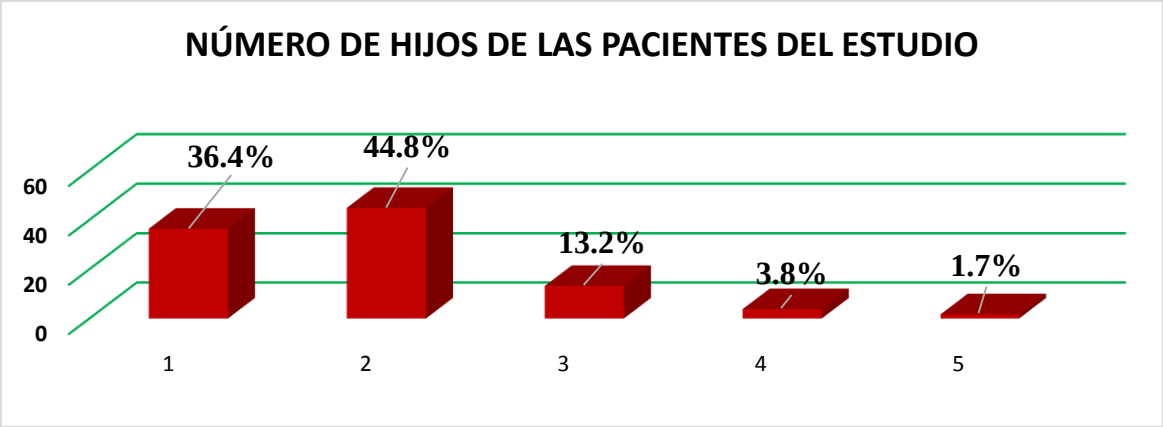


Gráfico 6. Número de hijos de las pacientes del estudio.

Al realizar la comparación entre variables, se identificó que el tener más de dos hijos se tiene mayor frecuencia de abandono de la lactancia materna por el trabajo, seguido de la hipogalactia y enfermedades de la madre, al aplicar la prueba chi-cuadrada no se tuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.449). (Tabla 6)

| | | No DE HIJOS | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| **CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA**<br><br>**Valor de p=0.449** | HIPOGALACTIA | 14 | 12 | 6 | 0 | 0 | 32 |
| | | 43.8% | 37.5% | 18.8% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | TRABAJO | 8 | 14 | 7 | 2 | 0 | 31 |
| | | 25.8% | 45.2% | 22.6% | 6.5% | 0.0% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 14 | 21 | 2 | 2 | 0 | 39 |
| | | 35.9% | 53.8% | 5.1% | 5.1% | 0.0% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 6 | 9 | 4 | 0 | 0 | 19 |
| | | 31.6% | 47.4% | 21.1% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 11 | 15 | 5 | 0 | 1 | 32 |
| | | 34.4% | 46.9% | 15.6% | 0.0% | 3.1% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 9 | 4 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| | | 64.3% | 28.6% | 0.0% | 7.1% | 0.0% | 100.0% |
| | ESTETICA | 9 | 12 | 2 | 1 | 1 | 25 |
| | | 36.0% | 48.0% | 8.0% | 4.0% | 4.0% | 100.0% |
| Total | | 71 | 87 | 26 | 6 | 2 | 192 |
| | | 37.0% | 45.3% | 13.5% | 3.1% | 1.0% | 100.0% |

Tabla 6. Causas de abandono de lactancia materna por el número de hijos.

## VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

Se investigó sobre la vía de resolución del embarazo, en el 70.7%(369) fue por vía parto y en el 29.3%(153) fue por cesárea. (Gráfico 7)

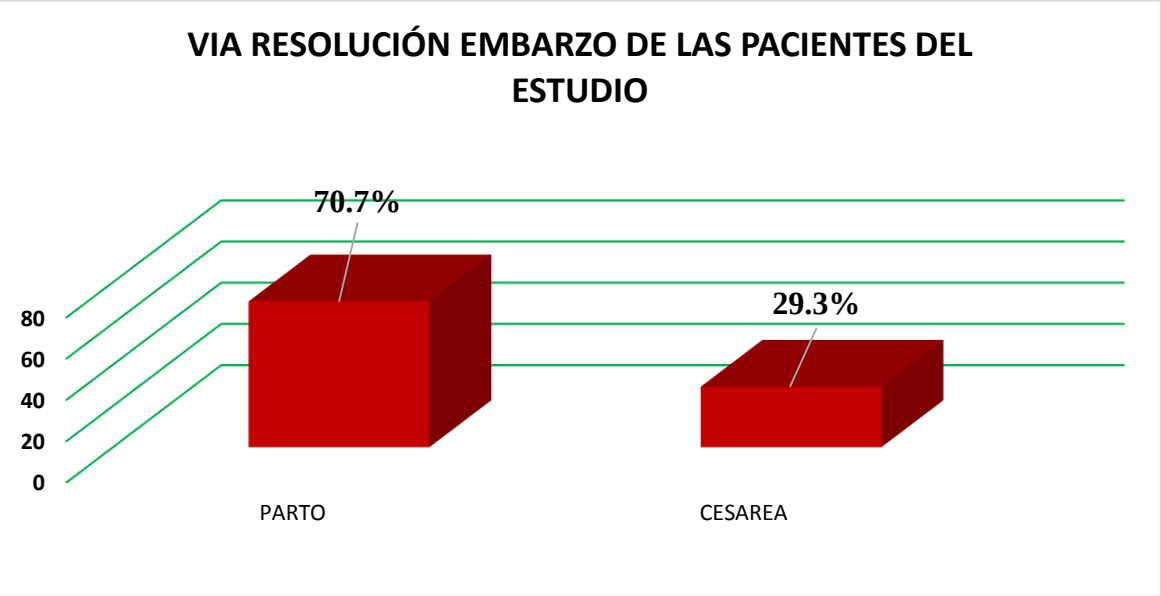


Gráfico 7. Vía de resolución del embarazo en las pacientes del estudio.

Al realizar la comparación entre variables, se identificó que la vía de resolución más frecuente fue el parto en el 68.8% y de cesárea en el 30.7%, las pacientes que tuvieron parto dejaron la lactancia debido al aspecto sociocultural, así como por la hipogalactia, seguido del trabajo, al aplicar la prueba chi-cuadrada no se tuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.597). (Tabla 7)

| | | VIA RESOLUCION | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | PARTO | CESAREA | |
| CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA | HIPOGALACTIA | 27 | 5 | 32 |
| | | 84.4% | 15.6% | 100.0% |
| | TRABAJO | 21 | 10 | 31 |
| | | 67.7% | 32.3% | 100.0% |
| Valor de P=.597 | SOCIOCULTURAL | 27 | 11 | 39 |
| | | 69.2% | 28.2% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 13 | 6 | 19 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 68.4% | 31.6% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 18 | 14 | 32 |
| | | 56.2% | 43.8% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 9 | 6 | 14 |
| | | 64.3% | 35.7% | 100.0% |
| | ESTETICA | 17 | 9 | 25 |
| | | 68.0% | 32.0% | 100.0% |
| Total | | 132 | 60 | 192 |
| | | 68.8% | 30.7% | 100.0% |

Tabla 7. Causa de abandono de la lactancia materna por la vía de resolución del embarazo.

## MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

El método de planificación en todas las mujeres del estudio, fue la oclusión tubárica bilateral (OTB) en el 11.3%(59), seguido del dispositivo intrauterino (DIU) en el 30.5%(159) y aquellas sin método de planificación fue el 58.2%(304). (Gráfico 8)

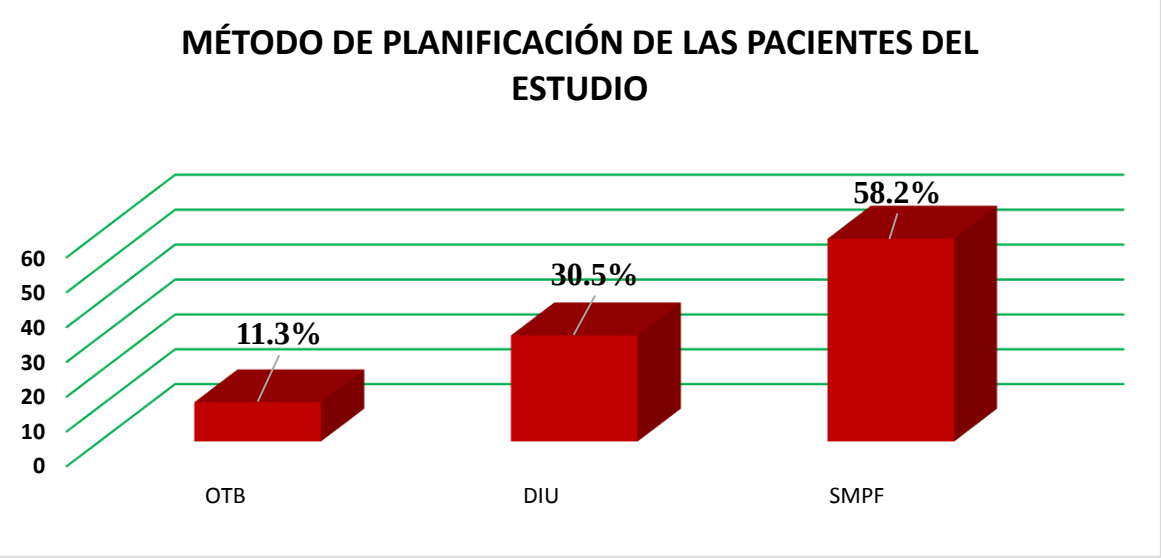


Gráfico 8. Método de planificación en las pacientes del estudio.

En la comparación entre variables, se identificó que el emplear el método de planificación familiar como el DIU, tuvo mayor abandono por el aspecto cultural, seguido de la hipogalactia, el trabajo y la patología materna. Al aplicar la prueba estadística chi-cuadrada no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa. (p=0.541). (Tabla 8)

| | | METODO PLATINIFICACION FAMILIAR | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | OTB | DIU | SMPF | |
| CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA CATEGORIZADA | HIPOGALACTIA | 1 | 9 | 22 | 32 |
| | | 3.1% | 28.1% | 68.8% | 100.0% |
| | TRABAJO | 6 | 8 | 17 | 31 |
| | | 19.4% | 25.8% | 54.8% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 5 | 13 | 21 | 39 |
| | | 12.8% | 33.3% | 53.8% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 2 | 7 | 10 | 19 |
| | | 10.5% | 36.8% | 52.6% | 100.0% |
| | PATOLOGIA MATERNA | 4 | 8 | 20 | 32 |
| | | 12.5% | 25.0% | 62.5% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 1 | 8 | 5 | 14 |
| | | 7.1% | 57.1% | 35.7% | 100.0% |
| | ESTETICA | 3 | 6 | 16 | 25 |
| | | 12.0% | 24.0% | 64.0% | 100.0% |
| Total | | 22 | 59 | 111 | 192 |
| | | 11.5% | 30.7% | 57.8% | 100.0% |

Tabla 8. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva por el método de planificación familiar.

**LACTANCIA MATERNA AL MES EN LAS PACIENTES DEL ESTUDIO**

La prevalencia de la lactancia materna de todas las pacientes, al primer mes del estudio fue de 89.1% y a los seis meses del 62.8%. (Gráfico 9)

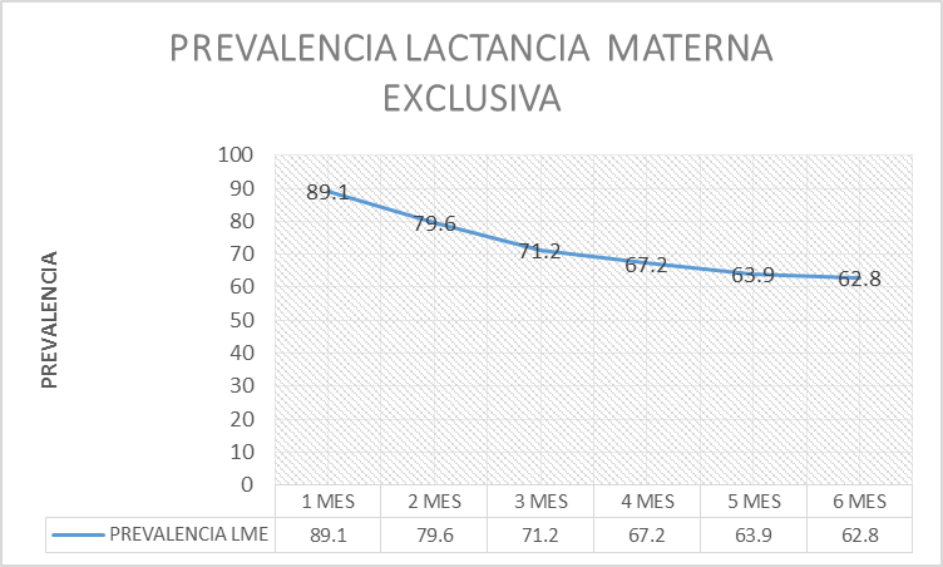


Gráfico 9. Lactancia materna al mes de las pacientes del estudio.

El abandono de la lactancia materna posterior al embarazo fue en el 11.3%(59) menos de 1 mes de nacido, en el 9%(47) a los dos meses, en el 8.4%(44) a los 3 meses, en el 4%(21) a los 4 meses, en el 3.3%(17) a los 5 meses y en el 0.8%(4) a los seis meses. (Gráfico 10)

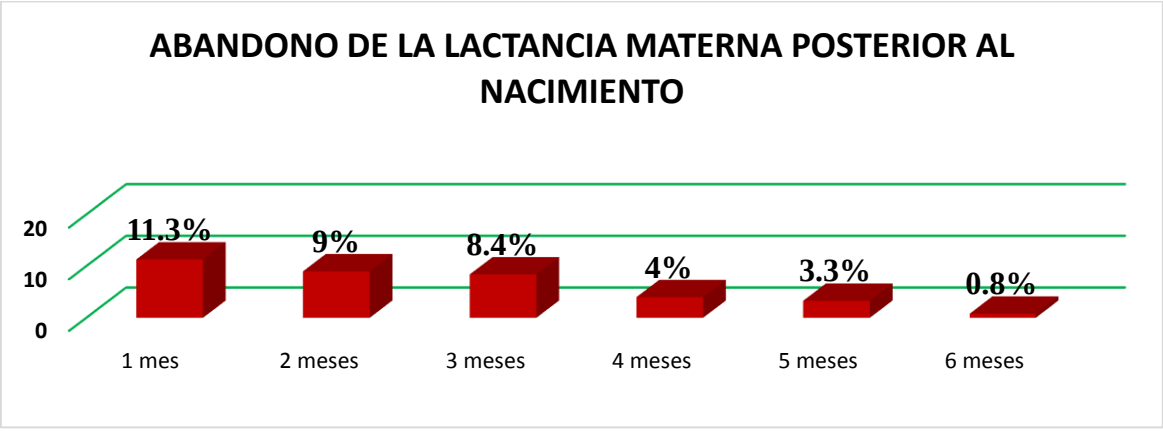


Gráfico 10. Mes en el que las pacientes del estudio abandonaron la lactancia materna.

Al realizar la comparación entre variables, se identificó que el segundo mes del parto se inicia el declive en la lactancia materna, principalmente por el aspecto sociocultural, la hipogalactia y por el trabajo, al aplicar la prueba chi-cuadrada se tuvo diferencia estadísticamente significativa (p=0.0001). (Tabla 9)

| | | MES DE ABANDONO | | | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | <30 días | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| **CAUSA DE ABANDONO LACTANCIA** | HIPOGALACTIA | 0 | 7 | 14 | 3 | 3 | 4 | 1 | 32 |
| | | 0.0% | 21.9% | 43.8% | 9.4% | 9.4% | 12.5% | 3.1% | 100.0% |
| | TRABAJO | 0 | 6 | 11 | 12 | 1 | 1 | 0 | 31 |
| | | 0.0% | 19.4% | 35.5% | 38.7% | 3.2% | 3.2% | 0.0% | 100.0% |
| | SOCIOCULTURAL | 0 | 0 | 1 | 12 | 12 | 11 | 3 | 39 |
| | | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 30.8% | 30.8% | 28.2% | 7.7% | 100.0% |
| | BEBÉ ENFERMO | 0 | 13 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | 0.0% | 68.4% | 21.1% | 10.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| **Valor de p=0.0001** | PATOLOGIA MATERNA | 0 | 28 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 32 |
| | | 0.0% | 87.5% | 3.1% | 3.1% | 6.2% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | ESTUDIO | 1 | 4 | 3 | 5 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| | | 7.1% | 28.6% | 21.4% | 35.7% | 0.0% | 7.1% | 0.0% | 100.0% |
| | ESTETICA | 0 | 1 | 12 | 9 | 3 | 0 | 0 | 25 |
| | | 0.0% | 4.0% | 48.0% | 36.0% | 12.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | 1 | 59 | 46 | 44 | 21 | 17 | 4 | 192 |
| | | 0.5% | 30.7% | 24.0% | 22.9% | 10.9% | 8.9% | 2.1% | 100.0% |

Tabla 11. Causa de abandono según el mes de abandono.

## 9. DISCUSIÓN

En el estudio denominado “Lactancia materna exclusiva. seguimiento al mes y 6 meses posterior a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia” se tuvo como edad promedio 22.2 años, con una frecuencia del 80.8% de ser amas de casa, resultado similar a los reportado por Niño R y cols., en el que describen que su población de estudio, tuvo una edad promedio de 28.2 años, pero contrario en el aspecto laboral, en el que solo el 47% se debido a las labores del hogar y solo en el 45.8% realizó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses .[11] Esto debido al tipo de población estudiada, ya que la mayoría de nuestras pacientes son amas de casa.

La mayor proporción de las pacientes se encontraba en unión libre, estado civil similar a lo reportado en el estudio de Thulier D y cols., en el que refieren el incremento de la unión libre y ser madre soltera. [12]

Más del 50% tenía como grado máximo de estudios la secundaria, contrario a lo publicado por Ibañez G y cols., en el que refieren que solo las madres con nivel de escolaridad bajo, grupo socioeconómico bajo y ser soltera, son factores de abandono de la lactancia materna de forma temprana.[13]

Se ha reportado que el lugar en el que se vive influye para dar lactancia materna, en este estudio el 85.6% de la población fue de origen urbano, mientras en la investigación de Wilby T y cols., publicaron que la lactancia materna es casi inalcanzable a 6 meses en zonas rurales a comparación de las zonas urbanas, por intervención de terceros.[14]

En el 44.8% de las pacientes del estudio tenían en promedio 2 hijos, pero gran frecuencia de abandono de la lactancia, como lo reportado por Lopez B y cols., en el que el hecho de que una mujer con más de dos hijos presenta comúnmente agalactia, rechazo del bebé, incremento en las ocupaciones de la madre y afectación del estado de salud. [15]

Con respecto a la vía de nacimiento, las madres con parto vaginal tuvieron mayor apego a la lactancia materna, como lo refiere Tarrant y cols., sin embargo en esta investigación, esta vía de nacimiento fue la más frecuente de abandono de la lactancia.[16] Esto debido a nuestro tipo

de población ya que en nuestro hospital prioriza la vía de nacimiento vaginal a fin de evitar futuras complicaciones obstétricas.

Se identificó en el estudio de Van Wouwe y cols., el uso precipitado de antiiconceptivos,, al analizar a 2,710 mujeres, que emplearon en el 30% condón y en el 22% anticonceptivos orales combinados, similar a la población de este estudio, pero ocasiona el abandono de la lactancia de forma repentina.[17]

Es por ello, que se debe dar asesoría en lactancia materna, como en el 100% de las pacientes de este estudio, como lo refiere el Instituto Joana Briggs, que postula que la presencia de una pobre consejería está directamente relacionada con el abandono temprano de la lactancia.[18]

Se ha reportado por Al-Sahab B y cols., que la reducción del abandono en la lactancia, se disminuye por tener educación avanzada, vivir con una pareja, tener embarazos previos, IMC bajo antes del embarazo y paridad a una edad más avanzada, pero el tabaquismo durante el embarazo, cesárea, admisión del niño a la unidad de cuidados intensivos y el ingreso al empleo de la madre antes de los 6 meses, se asociaron negativamente con la lactancia materna exclusiva.[19]

La lactancia materna exclusiva en el primer mes, se tuvo del 89.1%, cifra que redujo a los 6 meses, donde se encontró en un 62.8%, resultado similar a lo reportado por Blanco P y cols., en el que a través de un estudio sobre la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el servicio de neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, determinó que era de 3.4% de una muestra de 177 lactantes, con alimentación mixta del 71.8%, índice que está por debajo de las recomendaciones de la OMS.[20]

Morales E y cols., reportó beneficios significativos al tener lactancia materna exclusiva a los 6 meses de nacido, disminuyendo las patologías respiratorias, dérmicas e infecciosas.[21]

A pesar de brindar información a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, se tuvo en este estudio una frecuencia de abandono del 63.2%, resultados similares a los publicados por Delgado A y cols., en el que el 69.6% de la población abandonó la lactancia al primer mes, el 59.3% al 2° mes, solo el 50% desertó al cuarto mes y en el 38.7% a los 6 meses.[22]

Las características socioculturales de las mujeres estudiadas constituyeron la primera causa de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, aunado a la hipogalactia o patología materna, pero en la investigación de Oribe M., se redujo la lactancia hasta 53.7% a los cuatro meses, por razones laborales y por hipogalactia.[23]

## 10. CONCLUSIONES

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en el primer es alta con una cifra de 89.1%, la cual tiende a decrecer hacia los 6 meses donde se encuentra en un 62.8%; a pesar de ello, son cifras altas en comparación a estudios previamente realizados, dentro y fuera del país. Se observa que todo recién nacido que es dado de alta junto a su madre, tiende a ser alimentado con lactancia materna exclusivamente, al menos en sus primeros días de vida, lo cual le confiere inmunidad y protección contra infecciones del tracto respiratorio y reacciones alérgicas. Desafortunadamente existe un alto grado de deserción, casi de forma inmediata.

Entre los factores relacionados a la falta de apego a la lactancia, se encuentran la ocupación de la madre, bajo nivel educativo, como es nivel secundaria; así como residencia en zonas urbanas y vivir en unión libre. Entre los factores que influyen para la continuidad de la lactancia son: vivir en pareja, contar con al menos 2 hijos, parto por vía vaginal, poca frecuencia en uso de métodos anticonceptivos y asesoría sobre lactancia materna.

Se concluye que las principales causas de abandono de la lactancia hacia los 6 meses, son los aspectos socioculturales de las pacientes, así como hipogalactia, presencia de alguna patología materna, trabajo de la madre y razones estéticas. Estas son similares a las reportadas en la bibliografía internacional, en el que se argumenta que la deserción se debe principalmente a una escasa ganancia de peso y/o escasa producción de leche.

Las limitaciones en este estudio son el tiempo de seguimiento de las pacientes, así como el tipo de muestra y tamaño de la misma.

## 11. RECOMENDACIONES

Después de haber analizado los resultados de esta investigación y haber sacado las conclusiones de los mismos en base a la literatura consultada. Se recomienda.

a) Seguimiento por mayor tiempo de las pacientes que se encuentran en puerperio, a fin de identificar y captar a esas pacientes que tienen deficiencias tanto en la información sobre lactancia materna, así como en la técnica de amantamiento y otras posibles complicaciones que pudiera tener la paciente para abandonar esta práctica.
b) Identificación de las pacientes con los principales factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.
c) Mantener constante comunicación con los centros de salud comunitarios para llevar a cabo acciones que fortalezcan la continuidad de la lactancia materna exclusiva, principalmente en aquellas pacientes en quienes se identificaron factores de riesgo.
d) Creación de una patrulla o brigada supervisora, encargada de monitorizar los centros de salud comunitarios a fin de que se tenga la constancia de se estén llevando acciones para que se cumplan las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud sobre lactancia materna exclusiva.
e) Implementación de nuevas estrategias para fortalecimiento de la información recibida por parte de las madres en relación a la lactancia materna, a fin de que no sea motivo de abandono de la misma.

## 12. IDENTIFICACION DE LOS AUTORES

**Autor:**

Dr. Yamil Ernesto Ojeda Morales

Residente de 4 años de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en Hospital General Zona Norte de Puebla

**Correo:** dr.yeom87@gmail.com

**Director:**

Dra. Carla Cosio Moran

Asesor experto en el tema "Lactancia Materna Exclusiva"

Médico Adscrito Ginecología y Obstetricia Turno Matutino en Hospital General Zona Norte de Puebla

**Correo:** carlacm77@hotmail.com

## 13. BIBLIOGRAFIA


1. Clinica de Lactancia Materna en Hospitales Infantiles y Generales. Lineamiento Técnico Junio 2006. Secretaria Salud
2. OMS "Código Internacional para la Comercialización de Sucedaneos de la Leche Materna" Francia 1981
3. FAO/OMS. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe final de la Conferencia. Roma 1992.
4. UNICEF "Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding" Florencia, Italia 1990.
5. UNICEF "Cumbre Mundial a Favor de la Infancia" Nueva York 1990
6. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección. 2008;3(1):1-29.
7. OMS "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" Publicación de las Naciones Unidas. Santiago, Chile. Mayo 2016;1(3):1-17.
8. Alianza Mundial pro Lactancia Materna "Semana Mundial Lactancia Materna" SMLM Archivos. Malasia. 2016;1:1-5..
9. Secretaria de Salud "Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 – 2018" Gobierno de la República Mexicana. 2016;1:1-15.
10. OMS. "Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño" WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2014;1:1-5.
11. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr 2012; 83 (2): 161-169.
12. Thulier D, Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. JOGNN. 2009;38:259-268.
13. Ibañez G, Martin N, Denantes M, Saurel M, Ringa V, Magnier A. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Revue d'E´ pide´miologie et de Sante´ Publique.2012;6:305–320.
14. Wllby T, Hjem A. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. Act Ped. 2009; 98: 1799-1804.

15. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.
16. Tarrant R, Younger K, Sheridan M, White M, Kearney M. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. Public Health Nutrition: 2010;13(6):760–770.
17. Van Wouwe J, Lanting C, Dommelen P, Treffers P, van Buuren S. Breastfeeding duration related to practised contraception in the Netherlands. Act Ped. 2009; 98: 86-90.
18. Joanna Brigss Institute. Best Practice Information Sheet:Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. Nursing and Health Sciences (2012), 14, 133–135.
19. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. BMC Pediatrics 2010, 10(20): 1-9.
20. Blanco P, Hoyos E, Álvarez G, Ramírez C. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2015; 32(1): 3-9.
21. Morales E, Garcia R, Guxens M, Guerra S, Mendez M, Moltó C. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. Clinical & Experimental Allergy, 42, 918–928.
22. Delgado A, Arroyo L, Díaz M, Quezada C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. INPer. 2006; 63(0): 31-39.
23. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa L, Villar M. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015;29(1):4–9.

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1

### CONSENTIMEINTO INFORMADO

**HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE**
**SECRETARIA DE SALUD PUEBLA**
**SERIVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**El servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Zona Norte Bicentenario de la Independencia del Estado de Puebla, le invita a participar en un estudio gratuito donde se evaluará y dará seguimiento a las pacientes en periodo de Lactancia Materna Exclusiva que se hayan atendido en esta unidad.**

- **OBJETIVO:** Determinar los factores asociados a lactancia materna exclusiva, con seguimiento al mes y a los 6 meses posteriores a la resolución obstétrica en el Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia"
- Procedimiento: seguimiento mensual y semestral vía telefónica por parte personal médico previamente identificado al número que usted o su familiar proporcione, contestando una encuesta acerca de la práctica de Lactancia Materna que haya tenido.
- Molestias y riesgos esperados: ninguno
- Compromiso: obtener información actualizada en cualquier momento del estudio y al finalizar el estudio los resultados estarán disponibles para mi consulta
- Gastos adicionales: ninguno al momento del estudio

**Se asegura**

- **Su información:** se asevera que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.
- **Libertad** de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que por ello se creen perjuicios en mi contra. En caso de no querer participar en la investigación no existirá ninguna penalidad, ni se verán afectados los derechos de atención médica presente o futura.
- **Garantía** de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficiosos y otros asuntos relacionados con la investigación

Por lo anterior SI ( ) NO ( ) estoy de acuerdo en participar en el estudio arriba señalado firmando la declaración e consentimiento informado

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Nombre Completo | Nombre Completo |
| Firma del Sujeto de Investigación | Firma del Sujeto de Investigación |

Dr. Yamil Ernesto Ojeda Morales (Médico Residente de Ginecología y Obstetricia del HGZN Puebla). En caso de emergencia, duda, pregunta, aclaración o deseos de abandonar el estudio favor de comunicarse al teléfono: 4491090353.

## ANEXO 2. CUADRO OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION TEORICA | DEFINICION OPERACIONAL | NIVEL DE MEDICION | INDICADOR | ITEM |
|---|---|---|---|---|---|
| **EDAD** | Años de vida transcurridos desde el nacimiento a la fecha | Años cumplidos de la paciente | Cuantitativa continua | Todas | A |
| **ESTADO CIVIL** | Condición legal que caracteriza sus vínculos con otros individuos | Vínculo personal que tienen las pacientes | Cualitativa | Soltera<br>Casada<br>Unión libre<br>Divorciada | B |
| **ESCOLARIDAD** | Grado de estudios que posee una persona | Grado de estudio de las participantes | Cualitativa | Primaria<br>Secundaria<br>Preparatoria<br>Licenciatura | C |
| **VIVIENDA** | Lugar donde habita uno o varios individuos | Zona donde habita la paciente | Cualitativa | Urbana<br>Rural | D |
| **OCUPACION** | Trabajo o acción en el que emplea su tiempo una persona | Actividades realizadas por las participantes | Cualitativa | Ama Casa<br>Trabajadora<br>Estudiante | E |
| **HIJOS VIVOS** | Producto de la resolución del embarazo con datos de vitalidad | Número de hijos vivo actualmente | Cuantitativa continua | Todas | F |
| **VIA RESOLUCION EMBARAZO** | Forma de resolución del embarazo | Resolución obstétrica del embarazo de la paciente | Culitativa | Parto<br>Cesarea | G |
| **METODO PLANIFICACION FAMILIAR** | Instrumento para prevenir embarazo | Método de planificación familiar con el que egresa la paciente | Cualitativa | Ninguno<br>DIU<br>OTB | H |
| **ASESORIA LACTANCIA MATERNA** | Conjunto de acciones destinadas a orientación sobre Lactancia Materna | Asesoría recibida por la paciente | Cualitativa | Si<br>No | I |

## ANEXO 3. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| ACTIVIDADES | NOVIEMBRE 2016 | DICIEMBRE 2016 | ENRO 2017 | FEBRERO 2017 | MARZO 2017 | ABRIL 2017 | MAYO 2017 | JUNIO 2017 | JULIO 2017 | AGOSTO 2017 | SETIEMBRE 2017 | OCTUBRE 2017 | NOVIEMBRE 2017 | DICIEMBRE 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RECOLECCIÓN DATOS | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS MENSUAL DATOS | | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS SEMESTRAL DATOS | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEPRETACIÓN RESULTADOS | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESENTACIÓN CARTEL | | | | | | | | | | | | | | |
| DIFUSIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| PUBLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO 4. INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS. INICIAL**

**HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE**
**SECRETARIA DE SALUD PUEBLA**
**SERIVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN PERIODO DE LACTACIA MATERNA EXCLUSIVA**

- Nombre completo:_____
- Fecha de Nacimiento:_____
- Expediente:_____
- Teléfono de contacto: _____
- Dirección de contacto: _____
- Edad: _____
- Estado Civil:_____
- Escolaridad: _____
- Vivienda (urbana /rural) : _____
- Ocupación: _____
- Número de Hijos: _____
- Alta con la madre último hijo _____
- Vía de resolución del embarazo: _____
- Enfermedades previas, durante y posterior al embarazo: _____
- Método de Planificación familiar: _____
- Asesoría Lactancia Materna: _____

**SEGUIMIENTO**

1. Continua practicando la lactancia Materna Exclusiva

Marcar con una X en caso de continuar la práctica.

- MENSUAL ( )
- SEMESTRAL ( )

2. **Complicaciones, eventos adversos, que haya presentado hasta el momento**

3. **En caso de que NO continúe practicando la Lactancia Materna Exclusiva ¿Cuánto tiempo lo hizo?**

4. **En caso de que NO continúe practicando la Lactancia Materna Exclusiva ¿Qué factor influyó para el abandono**