



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

---

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**  
**“ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 3 MESES EN  
LACTANTES SANOS NACIDOS A TÉRMINO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, Y SU ASOCIACIÓN CON  
ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LACTANCIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA

PRESENTA:

MÓNICA LORENA GALINDO CASSANI

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MARÍA GRACIELA HERNÁNDEZ PELÁEZ

MÉXICO, D.F.

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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**TÍTULO: Lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término en el Instituto Nacional de Perinatología, y su asociación con orientación y acompañamiento en lactancia.**



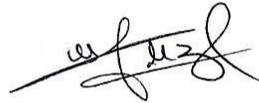
---

Dr. Enrique Alfonso Gómez Sánchez.  
Dirección de Educación en Ciencias de la Salud



---

Dra. Silvia Romero Maldonado.  
Profesor Titular.



---

Dra. María Graciela Hernández Pelaéz  
Director de Tesis.

**Lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término en el Instituto Nacional de Perinatología, y su asociación con orientación y acompañamiento en lactancia.**

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Abstract .....	2
I. Introducción.....	3
II. Planteamiento del problema. ....	13
Pregunta de investigación. ....	14
III. Objetivos. ....	15
IV. Justificación. ....	16
V. Diseño metodológico. ....	17
Tipo de investigación. ....	17
Tipo de diseño. ....	17
Características del estudio. ....	17
Universo, método de muestre, tamaño de la muestra. ....	17
Criterios de entrada. ....	18
Criterios de salida. ....	18
Definición de variables. ....	19
Metodología. ....	20
VI. Resultados y análisis. ....	21
VII. Discusión. ....	24
VIII. Conclusiones. ....	26
IX. Bibliografía. ....	27
X. Anexos. ....	30

**Lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término  
en el Instituto Nacional de Perinatología, y su asociación con orientación y  
acompañamiento en lactancia.**

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional sobre la frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término y su asociación con la orientación y el acompañamiento en lactancia.

**OBJETIVO.** Determinar la frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes nacidos a término y sanos en el Instituto Nacional de Perinatología, y si su mantenimiento tiene asociación con la orientación y apoyo posterior al parto.

**MATERIAL Y METODOS.** Se realizó un estudio prospectivo, pidiéndole a las madres cuyos recién nacidos sanos a término nacieron en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que contestarán una encuesta sobre si recibieron orientación sobre lactancia prenatal, postnatal o ambos, posterior se les llamo a los 3 meses de postparto para saber si continuaban con lactancia exclusiva.

**RESULTADOS:** A los 3 meses se logro contactar a 191 madres, de las cuales 131 (68.6%) refirieron continuar con lactancia exclusiva, 49.2% recibió orientación sobre lactancia durante el control prenatal, 63.9% (122 madres) recibieron orientación posterior al nacimiento de sus hijos durante la hospitalización. En su domicilio recibieron apoyo sobre la lactancia 113 mujeres (59.2%). No se encontró asociación entre la orientación prenatal y la continuidad de la lactancia a los 3 meses postparto, por el contrario se encontró un efecto beneficioso de dar orientación sobre lactancia posterior al parto ( $p = 0.040$  OR 1.9 95%, 1.02 – 3.5) al igual que el recibir apoyo posterior al egreso hospitalario por no profesionales ( $p = 0.017$  OR 2.1 95%, 1.1 – 3.9)

**CONCLUSIONES.** El factor de mayor importancia para el mantenimiento de la lactancia fue el apoyo dado por los no profesionales, el incluir a esposo, familiares y/o amigas más cercanos a la madre en la orientación sobre la lactancia (beneficios, técnica, mitos, dudas) probablemente ayudaría a aumentar el tiempo de duración de lactancia exclusiva.

## **Exclusively breastfeeding at 3 months in healthy term infants in the National Institute of Perinatology, and their association with guidance and support breastfeeding.**

### **ABSTRACT**

An observational study on the frequency of exclusively breastfeeding was performed at 3 months in healthy term infants and their association with the guidance and support breastfeeding.

**OBJECTIVE.** To determine the frequency of exclusive breastfeeding at 3 months in term infants and healthy at the National Institute of Perinatology, and maintaining them has association with the guidance and postpartum support.

**MATERIAL AND METHODS.** A prospective, asking mothers whose infants were born healthy at term at the National Institute of Perinatology (INPer) that answered a survey on whether they received guidance on prenatal, postnatal or both, subsequent lactation were called were performed at 3 months postpartum to know if they continued exclusive breastfeeding.

**RESULTS:** At 3 months was achieved contact 191 mothers, of which 131 (68.6%) reported continued exclusive breastfeeding, 49.2% received guidance on breastfeeding during antenatal care, 63.9% (122 mothers) received further guidance to the birth of their children during hospitalization. At home received support on breastfeeding 113 women (59.2%). No association between prenatal exposure and continued breastfeeding at 3months postpartum, however a beneficial effect of giving guidance on subsequent breastfeeding at birth (p 0.040 OR 1.9 95% 1.02 - 3.5) was found as receiving subsequent support at hospital discharge by amateur (p 0.017 OR 2.1 95% 1.1 - 3.9)

**CONCLUSIONS.** The most important factor for maintaining breastfeeding was the support given by non-professionals, including spouse, family and / or closest to the mother in the guidance on breastfeeding (benefits, technical, myths, doubts) friends probably help to increase the duration of exclusive breastfeeding.

## **Lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término en el Instituto Nacional de Perinatología, y su asociación con orientación y acompañamiento en lactancia.**

### **I. INTRODUCCIÓN.**

La lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, salva vidas <sup>1</sup>. Se ha estimado que una quinta parte de todas las muertes neonatales podrían prevenirse a través del inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento <sup>2</sup>. Ya que durante este período, un lactante que no recibe lactancia materna tiene 14 veces más probabilidades de morir por cualquier causa que un bebé que recibe lactancia materna exclusiva <sup>1,2</sup>. Los recién nacidos que son amamantados exclusivamente tienen menos probabilidades de morir a causa de diarrea y neumonía, que son las dos principales causas de muerte en niños menores de 5 años <sup>1,3</sup>. El calostro, proporciona los nutrientes esenciales, así como anticuerpos para estimular el sistema inmunológico del recién nacido, reduciendo así la probabilidad de muerte en el período neonatal <sup>1</sup>. Además de los beneficios sobre la morbilidad y mortalidad neonatal, se ha informado que el inicio temprano de la lactancia materna tiene otros beneficios para las madres e hijos, incluyendo el apego madre – hijo y la reducción del riesgo de hemorragia posparto e infección, ya que ayuda en la liberación de oxitócina, lo que aumenta la contracción uterina. <sup>1,2</sup>

La evidencia disponible sugiere que la lactancia materna puede tener beneficios a largo plazo. Se demostró que los sujetos que habían sido amamantados presentaron menor presión arterial media y niveles menores de colesterol total; así como un mayor rendimiento en las pruebas de inteligencia. Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso / obesidad y diabetes tipo 2 fue menor en los sujetos alimentados con leche materna<sup>20</sup>.

Los beneficios de la lactancia son únicamente con lactancia exclusiva, ya que se ha demostrado que los recién nacidos que son parcialmente amamantados corren un

mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa y de morbilidad relacionada a infección (respiratoria aguda o gastrointestinal) en el primer mes de vida en comparación con aquellos que reciben lactancia materna exclusiva <sup>2</sup>.

Por ello tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup> como la Academia Americana de Pediatría (AAP)<sup>6</sup> recomiendan la lactancia materna de manera exclusiva en los primeros 6 meses de vida y continuarla hasta los dos años de edad o más<sup>1,4,5,6</sup>. A nivel nacional en la Norma Oficial Mexicana, para la atención a la salud del niño, en su capítulo 9, recomienda: “Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida”<sup>7</sup>; siendo protegida esta recomendación por la ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en el capítulo noveno: “Promover en todos los grupos de la sociedad y, en particular, en quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia, de niños, niñas y adolescentes, los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes”<sup>8</sup>.

Aunque es un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido<sup>9</sup>. A nivel mundial el 39 por ciento de los lactantes menores de 6 meses de edad fueron amamantados en forma exclusiva en el año 2011; alrededor de un 76% de estos lactantes continuaron siendo amamantados al año de edad, mientras que sólo el 58 por ciento continuó a través de la duración recomendada de hasta dos años <sup>1</sup>. En Estados Unidos de América la iniciativa Healthy People en 2010 reportó que un 75% de todas las madres de los Estados Unidos tenían intención de dar seno materno, el 50% continuaron con la lactancia durante los primeros seis meses después del nacimiento (25 por ciento exclusivamente), y 25 por ciento continuaron la lactancia materna durante el primer año de vida de su infante <sup>4</sup>. En cuanto a Latinoamérica se reporta que 32% de los recién nacidos están alimentados a seno materno hasta los 6 meses. De los países reportados Cuba es el de mayor porcentaje de lactancia iniciada antes de la hora con 77% y México el de menor porcentaje con un 39%, en cuanto a lactantes alimentados con seno materno exclusivo a los 6 meses, Perú tiene el mayor porcentaje con 72% y trinidad y Tobago el menor con 13%<sup>10</sup>.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) se aprecia que las prácticas de lactancia en México están muy por debajo de la recomendación de la OMS. Más de un tercio de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida, y se observa un porcentaje bajo de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva < 6 meses (14.4%). 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. Siendo la mediana de la duración de lactancia materna de 10.2 meses<sup>11</sup>.

El veinticinco por ciento de las mujeres interrumpen la lactancia materna durante la primera semana después del parto y 10% discontinúan la lactancia en las siguientes 1 – 2 semanas; un adicional 40% detienen la lactancia entre la 2ª semana y 2 meses. La falta de confianza de la madre provoca la interrupción temprana de la lactancia materna con más frecuencia que problemas en la lactancia o la falta de conocimiento<sup>4</sup>. Además se ha encontrado que el inicio y la duración de la lactancia exclusiva son pobres entre las madres sin educación secundaria y entre las que no tuvieron control prenatal y nacieron sus hijos en casa<sup>12</sup>. En ENSANUT 2012 se reportaron las razones por las cuales las madres de niños menores de 24 meses nunca amamantaron a sus hijos, la principal razón que dieron las madres fue la sensación de no tener leche (37.4%), enfermedad materna (13.7%) o que el hijo no quiso el pecho (11.4%)<sup>11</sup>. Barreras personales y sociales de las mujeres a la lactancia materna exclusiva son la falta de educación prenatal, las prácticas de maternidad inadecuadas, estar a gusto con la alimentación con fórmula, la percepción de la leche insuficiente, mala interpretación de llanto normal del bebé, la introducción temprana de alimentos complementarios, el empleo materno, apoyo inadecuado y la falta de acceso a los grupos de intervención de educación social en lactancia materna<sup>13</sup>.

Se ha reportado que, el inicio tardío de lactancia (OR = 1.6; 95% CI 1.1, 2.3) y dar suplementos (OR = 2.3; 95% CI = 1.5, 3.3) son estadísticamente significativos para terminación temprana de lactancia<sup>14</sup>.

Se han estimado los costos asociados a las prácticas inadecuadas de lactancia materna en, menores de un año de edad nacidos en México en 2012. Los costos se calcularon en base a: 1) Costos de atención médica directa de las enfermedades asociadas con la lactancia materna subóptima, 2) pérdidas futuras por muerte prematura, y 3) costos de compra de fórmula infantil. Reportándose los costos desde \$ 745, 500,000 a \$ 2,4 mil millones, donde los costos de la fórmula infantil representaron del 11 - 38% de los costes totales. Estimándose que el país perdió entre \$ 3,7 mil millones y \$ 11,6 mil millones entre 2006 y 2012 con la disminución de la prevalencia de la lactancia<sup>15</sup>.

Los "Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural" son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), los cuales resumen las acciones necesarias para apoyar a la lactancia materna en las maternidades<sup>16</sup>.

## 1. NORMAS

Es más probable alcanzar el éxito cuando las intervenciones tienen el respaldo de las normas de la institución, y cuando se abandonan las prácticas nocivas<sup>16</sup>. Como por ejemplo, para el caso de uso de sucedáneos se reportó: que después de la implementación de una política para restringir el uso de los preparados para lactantes, las tasas de la suplementación con fórmula en el hospital se redujeron e incrementaron las tasas de lactancia materna exclusiva y su duración<sup>17</sup>.

## 2. CAPACITACIÓN

Sin embargo, los profesionales necesitan educación sobre lactancia materna para poder actuar como defensores de la lactancia materna<sup>3</sup>. Un estudio en la ciudad de Porto Alegre (RS), Brasil (2014). En el que el grupo de intervención recibieron

capacitación sobre las prácticas de alimentación saludables, reportando a los 3 meses 44,0 % frente a 34,6% del control; RR = 1,27; IC 95% 1,04 a 1,56<sup>18</sup>.

### 3. ATENCIÓN PRENATAL.

Se abordará junto con el punto 5 (orientación).

### 4. CONTACTO PRECOZ

El contacto precoz aumenta la prevalencia de lactancia<sup>4,16</sup>, después del parto como a los 2 a 3 meses<sup>16,18</sup>. Incluso 15 - 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficioso, mientras que una interrupción del contacto en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis - respuesta. Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto<sup>16</sup>, incluso si se retrasan procedimientos como pesar al recién nacido, el baño o la administración de medicamentos (profilaxis de los ojos, vitamina K)<sup>4</sup>. Las madres y sus hijos no se deberían de separarse después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable<sup>16</sup>.

El contacto precoz también reduce el riesgo de hipotermia, mejora la unión entre la madre y el niño y promueve la producción de leche antes de tiempo<sup>1</sup>, aunque no hay justificación para forzarlo a tomar el pecho, el hacerlo puede tener un efecto adverso en la conducta de lactancia posterior<sup>16</sup>.

### 5. ORIENTACIÓN.

La mayoría de las mujeres deciden al comienzo del tercer trimestre de gestación si van a amamantar, por lo que la educación en lactancia materna debe comenzar tan pronto como comienzan las visitas prenatales<sup>4,12,16</sup>. Se debe alentar a todos los pacientes y sus parejas para asistir a un programa de educación sobre lactancia materna que demuestra los beneficios de la leche materna y su superioridad sobre las alternativas<sup>4</sup>. La orientación prenatal suele ser más efectiva para las primíparas que para las multíparas.

Aunque los mensajes educativos cuidadosamente diseñados pueden ser beneficiosos, ésta no es la forma más eficaz de ayuda. La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre son más eficaces para aumentar la duración de la lactancia materna<sup>16,18</sup>, la ayuda apropiada, incluso durante el corto periodo de hospitalización por el parto, puede tener un efecto que perdura hasta cuatro meses después<sup>16</sup>. Ya que la sensación de insuficiencia de leche es la razón principal por la que las madres lactantes comienzan a complementar con fórmula o realizan destete temprano, ayudar a las mujeres a establecer y mantener un suministro de leche abundante, es una estrategia fundamental en la promoción de la lactancia materna exclusiva y prolongada<sup>13</sup>. Un estudio demostró que la educación de la pareja resultó en un aumento del inicio de la lactancia<sup>4, 21</sup>: 41 - 74 %<sup>4</sup> y de la lactancia a las 12 semanas después del parto (96,2% vs 87.6%,  $p = 0,02$ )<sup>21</sup>.

Una visita posterior al alta del recién nacido a los 3 a 5 días de vida y una segunda, cita de seguimiento temprano a las 2 semanas son esenciales para controlar el peso infantil y, proporcionar apoyo y aliento a la madre durante el establecimiento de la lactancia materna<sup>13</sup>.

## 6. USO DE SUPLEMENTOS

El uso de suplementos sin indicación médica se asocia con el abandono precoz de la lactancia materna. No está claro en qué medida el uso de suplementos es causal, interfiriendo con la conducta alimentaria del bebé o socavando la confianza de la madre, o es un marcador de aquellas madres que tienen dificultades para dar el pecho o del personal escasamente capacitado para ayudar a la madre que lacta. No hay ninguna justificación para que las madres reciban muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna, ni antes ni después del parto<sup>16</sup>.

## 7. ALOJAMIENTO CONJUNTO

En años recientes se ha acumulado experiencia sobre el alojamiento conjunto, y una vez instituido, el personal y las madres suelen afirmar que lo prefieren a los cuneros.

Los argumentos habituales para no practicarlo, como la posible interferencia con el sueño de la madre, no parecen ser válidos. El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que en el alojamiento conjunto se facilita la lactancia a libre demanda<sup>416</sup>. Además, con frecuencia se le separa inmediatamente de su recién nacido durante varias horas, lapso en el cual se le ofrecen otros líquidos al recién nacido, entre los que está la fórmula láctea<sup>11</sup>. Se ha reportado que los recién nacidos en los cueros lloran más, y sus cuidadores no responden como las madres que están en la misma habitación. Por tanto, los recién nacidos, amamantados o no, deben permanecer en la habitación con sus madres las 24 horas, salvo que exista un motivo médico insuperable para llevarlos a la sala cuna<sup>16</sup>.

#### 8. LACTANCIA A LIBRE DEMANDA

La pauta de la lactancia, es decir, el número de tomas y la duración de cada una en 24 horas, varía ampliamente de un binomio madre - hijo a otro y a lo largo del tiempo. La lactancia a demanda tiene ventajas claras, entre ellas, para el lactante están una menor pérdida de peso en el postparto inmediato y una mayor duración de la lactancia; para las madres, ayuda a prevenir la ingurgitación, y el establecimiento de la lactancia es más fácil<sup>16</sup>.

#### 9. CHUPONES

El uso de chupones y pezoneras se asocia con un abandono precoz de la lactancia, ya que el uso de estos en las maternidades transmite la impresión de que los profesionales sanitarios los consideran seguros, aumentando la probabilidad de que los padres los introduzcan o los sigan usando. Aunque las dificultades para poner al pecho a un lactante que ha tomado biberón pueden superarse con suficiente ayuda de una persona capacitada, aunque dicha ayuda suele ser imposible de encontrar en el hogar<sup>16</sup>.

#### 10. APOYO A LA MADRE

En cuanto al apoyo a la madre: una Revisión Cochrane 2012 sobre la eficacia del apoyo para las madres que amamantan encontró que todas las formas de apoyo

adicional, muestran un aumento de duración de la lactancia y la exclusividad <sup>12</sup>, pareciendo ser eficaces para mantener la lactancia hasta los 3 ó 4 meses, y en un estudio hasta los 6 meses <sup>3,16,3, 22,23</sup>. Las mujeres que recibieron intervenciones de apoyo eran menos propensas a dejar de amamantar antes de seis semanas (media RR 0,88; IC del 95%: 0,81 a 0,96). Las mujeres en los grupos de intervención tienen menos probabilidades de dejar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses (RR promedio 0,86, IC del 95%: 0,82 a 0,91) <sup>3</sup>.

El apoyo puede ser prestado tanto por profesionales o no expertos o una combinación de ambos <sup>3,4,13,23</sup>. Se ha reportado que el efecto beneficioso del apoyo profesional sobre lactancia materna exclusiva no alcanza significación estadística <sup>3,23</sup>, de forma contraria para cese de cualquier tipo de lactancia hasta seis meses parecía que el apoyo de los no profesionales se asoció a un aumento en el efecto del tratamiento (RR 0,85; IC del 95%: 0,77 a 0,93), en comparación con el apoyo de los profesionales o ambos (RR 0,94, 95% CI 0,88-0,99 y RR 0,97; IC del 95%: 0,91 a 1,03, respectivamente) <sup>3</sup>. La mayoría de las madres consideran importante algún tipo de apoyo de su familia o de la red social, y sugieren que podría ser incluso más importante que el apoyo de servicios de salud debido a la naturaleza continua del contacto <sup>24</sup>, ya que muchos de los sistemas de apoyo identificados por las madres no están disponibles después del parto y las madres finalmente dependen de sus parejas y miembros de la familia para llenar el vacío <sup>25</sup>, por lo que conviene involucrar a la familia inmediata de la madre, especialmente a su compañero y a las abuelas del bebé, y a las amigas cercanas, ya que tienen una importante influencia sobre la lactancia <sup>16</sup>. En un estudio se reportó que la enseñanza de los nuevos padres sobre el manejo de problemas de la lactancia comunes, incluyendo el miedo de la leche insuficiente, aumentó significativamente la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y reduce la percepción de insuficiente leche (PIL) <sup>13,21</sup>.

La forma en que se da la información parece tener poco efecto sobre el éxito del programa <sup>26,13,16</sup>. Sin embargo para cese de lactancia materna exclusiva hubo algunas pruebas de que el apoyo cara a cara se asoció con un mayor efecto del tratamiento

positivo en comparación con cualquiera de asistencia telefónica o mixta. Las mujeres que recibieron apoyo cara a cara tenían casi un 20% menos de probabilidades de renunciar a la lactancia materna exclusiva en comparación con los otros grupos<sup>3,27</sup>.

No se sabe cuántas horas de apoyo son necesarias para conseguir un efecto determinado; pero los estudios parecen indicar que los contactos más frecuentes tienen más efecto<sup>16</sup>.

#### COMBINADAS.

Algunas intervenciones tuvieron sólo un efecto ligeramente positivo, mientras que una combinación de intervenciones generalmente se tradujo en un mayor éxito<sup>28</sup>. Un análisis muestra que dentro de los factores de riesgo (No realizar alguno de los 10 pasos hacia a una la feliz lactancia natural) para término temprano de lactancia incluye: inicio tardío de lactancia, dar suplementos y no dar a libre demanda<sup>14</sup>. Pérez-Escamilla y cols. (1992, México), reportaron un aumento de la lactancia materna completa a los 4 meses cuando se combinaban el alojamiento conjunto y la orientación sobre la lactancia<sup>16</sup>. También se encontró que la combinación de orientación sobre la lactancia y alojamiento conjunto producía un aumento de la lactancia materna a la semana y a los 4 meses, pero que la combinación de orientación sobre la lactancia y contacto precoz sólo tenía un efecto significativo a la semana. El apoyo o asesoramiento después de ser dada de alta, combinado con el asesoramiento prenatal o en el hospital, es particularmente eficaz para aumentar la lactancia materna<sup>16</sup>.

También son posibles las interacciones negativas cuando se mantienen prácticas nocivas como el uso de leche artificial como la que reportaron Reiff y Essock-Vitale (1985) donde estudiaron las prácticas alimentarias de 77 madres que dieron a luz en un hospital en que los materiales educativos, el asesoramiento, el apoyo y las normas eran en general favorables a la lactancia materna, pero en el que se seguía usando leche artificial. Reportando que: 59 madres (77%) habían introducido biberones 2 o 3 semanas después del parto, la mayoría (93%) recordaba la marca que se había usado en el hospital, y 52 (88%) estaban usando la misma marca. Ya que los padres pueden

interpretar el uso rutinario de leche artificial en el hospital como un respaldo a la lactancia artificial por parte del personal, a pesar de los claros mensajes verbales en favor de la lactancia materna<sup>16</sup>.

Las mujeres que fueron expuestas a menos practicas (0 – 5 pasos para una lactancia exitosa) terminaron la lactancia antes de las 6 semanas<sup>14</sup>. Los pasos que más claramente favorecen la lactancia exclusiva son tres relativos a la orientación y apoyo a la madre: el Paso 3, educación prenatal; el Paso 5, mostrar a las madres cómo dar pecho, y el Paso 10, apoyo continuo después de ser dada de alta<sup>16</sup>.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) se reportó el deterioro de la lactancia materna en México, ya que el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses ha disminuido entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%<sup>30</sup>, estimándose el costo de este deterioro entre \$ 745, 500,000 a \$ 2,4 mil millones, donde los costos de la fórmula infantil representaron del 11 - 38% de los costes totales<sup>15</sup>.

Las principales razones para el cese de la lactancia de manera exclusiva antes de los 6 meses son: la sensación de no tener leche, enfermedad de la madre o que el hijo no quiso el pecho<sup>11</sup>, causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia de manera adecuada.

Los "Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural" son un resumen de las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades. Los pasos que más claramente ayudan a la lactancia son los tres relativos a la orientación y apoyo a la madre (educación prenatal, mostrar a las madres cómo dar pecho, y apoyo continuo después de ser dada de alta)<sup>16</sup>.

Se estima que 25% de las mujeres interrumpen la lactancia materna durante la 1ª semana posterior al parto, el 10 % entre la 1 – 2ª semanas; y un adicional 40 % detienen la lactancia entre la 2ª semana y 2 meses<sup>4</sup>, lo que significa que aproximadamente para el 2º mes el 75% de las madres que dejaron la lactancia exclusiva, ya lo han hecho. Se desconoce la frecuencia con que se mantiene la lactancia materna en el Instituto Nacional de Perinatología, y ya que la orientación y el apoyo posterior al parto parecen ser los factores más importantes que se asocian al mantenimiento de la misma<sup>16</sup> saber sin influyen en nuestra población.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes nacidos en el Instituto Nacional de Perinatología, y si su mantenimiento tiene asociación con la orientación y apoyo posterior al parto?

### **III. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

- Determinar la frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 3 meses en lactantes sanos nacidos a término en el Instituto Nacional de Perinatología, y si su mantenimiento tiene asociación con la orientación y apoyo posterior al parto.

#### **Objetivos específicos:**

1. Entender si el hecho de que hayan dado seno materno previamente modifica la lactancia exclusiva a los 3 meses.
2. Saber si ser primigesta es un factor de riesgo para detener la lactancia exclusiva antes de los 3 meses.
3. Averiguar si algunos de los otros 10 pasos hacia una lactancia natural feliz (inicio temprano de la lactancia) tienen relación con la lactancia exclusiva a los 3 meses.

#### **IV. JUSTIFICACIÓN.**

La determinación de la frecuencia de los lactantes que aún reciben leche humana de manera exclusiva a los 3 meses de edad, nos dará la realidad de lactancia en nuestra unidad hospitalaria para y además nos dará los factores que influyen en esta con el fin de poder reforzar o modificar las conductas que favorezcan la lactancia exclusiva. Además se espera poder identificar grupos vulnerables que se beneficien con las conductas.

## **V. DISEÑO METODOLÓGICO.**

TIPO DE INVESTIGACIÓN. Observacional.

TIPO DE DISEÑO. Casos y controles.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

- a. Por la participación del investigador: Descriptivo
- b. Por temporalidad del estudio: Longitudinal
- c. Por la lectura de los datos: Descriptivo
- d. Por el análisis de datos: Descriptivo

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

Se llevó a cabo en la Ciudad de México en un hospital de tercer nivel, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en el servicio de alojamiento conjunto, con posterior seguimiento telefónico.

DURACION APROXIMADA (EN MESES): 11 meses.

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, MÉTODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el Instituto Nacional de Perinatología en el 2013 nacieron 3924 recién nacidos de los cuales 2585 fueron egresados del alojamiento conjunto, teniendo en cuenta que se ha reportado en 24.8% de todos los nacimientos son prematuros, nuestro universo fue de 1943, el muestreo fue al azar, siendo el tamaño de la muestra de 253 pacientes para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5.7%

## CRITERIOS DE ENTRADA

### Criterios de Inclusión:

- Recién nacidos de término aparentemente sanos y sus madres
- Recién nacidos con peso adecuado para edad gestacional.
- No hayan requerido reanimación al nacimiento.

### Criterios de no inclusión:

- No acepten participar en estudio.
- Madre rechacé alimentación a seno materno.

## CRITERIOS DE SALIDA

### Criterios de exclusión:"

- Madre con patología o uso medicamentos que contraindiquen la lactancia
- Madre que haya cursado con hemorragia obstétrica.
- Recién nacido con malformaciones mayores
- Recién nacido producto de embarazo múltiple

### Criterios de Eliminación:

- Pacientes de los que no se cuenten con datos completos
- Pacientes que no se puedan localizar para seguimiento.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INTERRECURRENTES:

Variable	Definición	Escala	Tipo de variable	Indicador
Primigesta.	1ª gestación.	Cualitativa	Dicotómica	Primigesta / Multigesta
Lactancia materna previa.	Ha alimentado a seno materno previamente	Cualitativa	Dicotómica	Si / No
Tiempo de inicio de lactancia.	Horas que pasan para dar primera lactancia.	Cuantitativa	Dicotómica	< 1 hora / > 1 hora

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Variable	Definición	Escala	Tipo de variable	Indicador
Lactancia exclusiva a los 3 meses.	Recibe leche humana hasta los 3 meses.	Cualitativa	Dicotómica	Si / No

VARIABLES DEPENDIENTES:

Variable	Definición	Escala	Tipo de variable	Indicador
Orientación prenatal.	Recibió información sobre lactancia antes de interrumpirse el embarazo.	Cualitativa	Dicotómica.	Si / No
Orientación postnatal.	Recibió información sobre lactancia después de interrumpirse el embarazo.	Cualitativa.	Dicotómica.	Si / No

Orientación.	Recibió información sobre lactancia antes o después de interrumpirse el embarazo.	Cualitativa	Dicotómica.	Si / No
Apoyo a la madre.	Recibió soporte sobre lactancia en domicilio (pareja, familiares, amistades).	Cualitativa	Dicotómica.	Si / No

## METODOLOGÍA

Se les solicitó a las madres de los binomios seleccionados que contestará un cuestionario sobre las variables interrecurrentes, además se les solicitó la autorización (aviso de privacidad) para llamarles a los 3 meses de postparto para completar la información (lactancia materna exclusiva a los 3 meses, orientación y apoyo materno) sobre la lactancia. Se ingresaron 253 pacientes, sin embargo tuvieron que eliminarse 62 pacientes de acuerdo con los criterios de eliminación, por lo que el análisis se realizó con 191 binomios.

Se reunió la información en tabla de recolección (Excel) de datos (anexo 2) por el tesista obteniéndose los elementos del los cuestionarios antes mencionados. Una vez colectada la información, se utilizó el programa de estadísticas SPSS.10 para la obtención de frecuencias, y  $\chi^2$  para determinación de relación entre las variables.

## VI. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

De los 191 binomios estudiados, en cuanto a las madres la edad materna promedio fue de 29 años, siendo la mínima de 15 años (6.3%) y la máxima de 45 años en 1%. Con un promedio de gestas del 2.3% siendo primigestas un 35.6%, refirieron haber dado seno materno previamente un 57.6% de las participantes. En cuanto a los recién nacidos el 82.7% fueron obtenidos vía abdominal, recibiendo lactancia en la 1ª hora de vida un 17.3%, el 48.2% refirió haber realizado contacto piel a piel dentro de la hospitalización.

Al comunicarse con las madres a los 3 meses posteriores, 131 (68.6%) refirieron continuar con lactancia exclusiva, también reportaron que el 49.2% recibió orientación sobre lactancia durante el control prenatal, el 63.9% (122 madres) recibieron orientación posterior al nacimiento de sus hijos durante la hospitalización. En su domicilio recibieron apoyo sobre la lactancia por parte de sus parejas, familiares o amistades 113 mujeres, siendo el 59.2% de las pacientes. (Tabla 1)

Entre los 131 binomios que continuaron la lactancia a los 3 meses, no se encontró relación estadística significativa con haber recibido orientación sobre lactancia durante el control prenatal, por el contrario se encontró un efecto beneficioso de dar orientación sobre lactancia posterior al parto ( $p$  0.040 OR 1.9 95%, 1.02 – 3.5) al igual que el recibir apoyo posterior al egreso hospitalario por no profesionales ( $p$  0.017 OR 2.1 95%, 1.1 – 3.9) (Tabla 2)

El haber alimentado previamente a seno materno no tuvo una relación con mantener la lactancia exclusiva a los 3 meses, al igual que ser primigesta y el inicio tardío de la lactancia no incrementa estadísticamente el riesgo de suspender lactancia (tabla 3).

**Tabla 1. Datos demográficos de la población estudiada**

<b>Registro</b>	
<b>Edad Materna</b>	29.3 DS +/- 7.7
<b>Vía de nacimiento</b>	Vaginal: 17.3% (33) Abdominal:82.7% (158)
<b>Número de gestas</b>	2.3 DS +/- 1.3
<b>Primigesta</b>	35.6 % (68)
<b>Antecedente de dar seno materno</b>	42.4 % (81)
<b>Inició antes de la 1ª hora lactancia</b>	17.3 % (33)
<b>Lactancia a los 3 meses</b>	131 (68.6%)
<b>Realizó contacto piel a piel</b>	48.2 % (92)
<b>Recibió orientación prenatal</b>	49.2 % (94)
<b>Recibió orientación postnatal</b>	63.9 % (122)
<b>Recibió orientación pre o post</b>	74.9 % (143)
<b>Tuvo apoyo en domicilio</b>	59.2 % (113)

Fuente: Base de datos

**Tabla 2. Asociación entre orientación y apoyo con lactancia exclusiva a los 3 meses**

	<b>No. de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>P</b>
<b>Orientación prenatal</b>	70/131	53.4%	0.085
<b>Orientación postnatal</b>	90/131	68.7%	0.040
<b>Orientación total</b>	103 /131	78.6%	0.077
<b>Apoyo</b>	85/131	64.9 %	0.017

Fuente: Base de datos

**Tabla 3. Relación entre antecedente de dar seno materno, ser primigesta, inicio de lactancia temprano con lactancia a exclusiva a los 3 meses.**

	<b>No. de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>P</b>
<b>Antecedentes de seno materno</b>	69/131	45.4 %	0.099
<b>Primigesta</b>	50/131	32.9%	0.123
<b>Inicio lactancia antes de la hora de vida.</b>	22/131	16.8%	0.079

Fuente: Base de datos

## VII. DISCUSIÓN.

A nivel nacional el inicio de lactancia antes de la 1ª hora de vida es del 39%<sup>10</sup>, siendo la menor a nivel Latinoamérica y posteriormente a los 6 meses de vida del lactante la frecuencia con que se continua la lactancia materna exclusiva es del 14%<sup>10</sup>. En el instituto la frecuencia con que se inicia la lactancia antes de la primera hora es menor de la media nacional (17%), de acuerdo con DiGirolamo (2001) el inicio tardío de lactancia (OR = 1.6; 95% CI 1.1, 2.3) es estadísticamente significativo para abandono temprano de lactancia<sup>14</sup>, sin embargo en nuestro estudio no tuvo significancia estadística y pese al inicio tardío de la lactancia (83.2%) a los 3 meses se reportó que el 68.6% continuaba lactancia.

De los factores más importantes para el mantenimiento de la lactancia a los 6 meses de vida del lactante se han encontrado la orientación y el apoyo postparto. Renfrew (2012) reportó en su estudio que un pequeño número de mujeres en el grupo que recibieron apoyo, interrumpieron la lactancia materna a los 6 meses (relación de riesgo medio (RR) 0,91; intervalo de confianza del 95% (IC) 0,88-0,96; 95% intervalo de predicción 0,74-1,12)<sup>3</sup>. Lo cual corroboramos en el estudio ya que estadísticamente fueron significativos la orientación postnatal y el apoyo posterior al egreso hospitalario, tal como se ha reportado que, el efecto sobre la lactancia a los 6 meses es igual el apoyo entregado por profesionales al de los no profesionales, aunque para cese de la lactancia antes de los seis meses pareció que el apoyo de los no profesionales tiene un mayor efecto (RR 0,85; IC del 95%: 0,77 a 0,93), en comparación con el apoyo de los profesionales (RR 0.94, 95% CI 0,88-0,99)<sup>3</sup>. En nuestro estudio también fue superior el apoyo de la lactancia por no profesionales sobre el de los profesionales (p 0.040 OR 1.9 95%, 1.02 – 3.5 vs p 0.017 OR 2.1 95%, 1.1 – 3.9)

En cuanto a la asociación entre orientación en lactancia durante el control prenatal y la duración de la lactancia exclusiva, no encontramos una asociación significativa al igual que Wong (2014) en su estudio donde mujeres primíparas fueron asignados al azar para recibir atención prenatal estándar o un apoyo a la lactancia y educación prenatal.

Reportó que la tasa de lactancia materna exclusiva en el grupo de intervención fue del 37,8% a las 6 semanas después del parto en comparación con 36,4% en el grupo de atención estándar ( $P = 0,77$ ; 95% intervalo de confianza [IC] -0,08 a 0,11). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento en las tasas de lactancia materna exclusiva a los 3 y 6 meses o en la duración total de lactancia<sup>29</sup>.

## **VIII. CONCLUSIÓN**

Visto que en el estudio el factor con mayor peso para el mantenimiento de la lactancia fue el apoyo dado por los no profesionales, el incluir a esposo, familiares y/o amigas más cercanos a la madre en la orientación sobre la lactancia (beneficios, técnica, mitos, dudas) probablemente ayudara a aumentar el tiempo de duración de lactancia exclusiva.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF: “Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress”:  
[www.unicef.org/publications/files/Nutrition\\_Report\\_final\\_lo\\_res\\_8\\_April.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Nutrition_Report_final_lo_res_8_April.pdf)
2. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity-A Systematic Review and Meta - analysis. *Matern Child Health J.* 2015 Mar;19(3):468-79. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8.
3. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5:CD001141.
4. Keister D, Roberts KT, Werner SL. Strategies for breastfeeding success. *Am Fam Physician.* 2008 Jul 15;78(2):225-32.
5. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report on An Expert Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
6. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Pediatrics* 1997; 100: 1035–9.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
8. LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. DOF 04-12-2014
9. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241562218/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html)
10. UNICEF global databases, 2014, DHS, MICS, other national household surveys and UNICEF. Infant and young child feeding.
11. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta

- Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012.
12. Ogunlesi TA. Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigerian semi-urban setting. *Matern Child Health J.* 2010 May;14(3):459-65. doi: 10.1007/s10995-008-0440-3. Epub 2009 Jan 21.
  13. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb;60(1):115-45. doi: 10.1016/j.pcl.2012.10.001.
  14. DiGirolamo AM, Grummer - Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth.* 2001 Jun;28(2):94-100.
  15. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T.. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr.* 2015 Mar;101(3):579-86. doi: 10.3945/ajcn.114.092775.
  16. World Health Organization, Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Publication WHO/CHD/ 98.9. Genève: WHO, 1998.
  17. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, Lee IL, Sham A, Lam C, Wu KM, Bai DL, Wong KL, Wong EM, Chan NP, Dodgson JE. Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breastfeeding duration. *Public Health Nutr.* 2015 Feb 27:1-11.
  18. Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F. Positive impact of child feeding training program for primary care health professionals: a cluster randomized field trial. *Rev Bras Epidemiol.* 2014 Dec;17(4):873-86.
  19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
  20. Horta B.L., Bahl R., Martinés J.C., Victoria, C.G. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 1-57.
  21. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis CL. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial.

- Pediatrics. 2015 Jan;135(1):102-10. doi: 10.1542/peds.2014-1416. Epub 2014 Dec 1.
22. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth*. 2011 Mar;38(1):49-60. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x. Epub 2010 Dec 23.
  23. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003 Oct;17(4):407-17.
  24. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2008 May;62(4):407-27. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x.
  25. Feldman-Winter L. Evidence-based interventions to support breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Feb;60(1):169-87. doi: 10.1016/j.pcl.2012.09.007.
  26. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low – income women. *Fam Pract*. 2012 Jun;29(3):245-54.
  27. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. *J Perinat Med*. 2014 Jan;42(1):9-18. doi: 10.1515/jpm-2013-0095.
  28. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008 May;17(9):1132-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x.
  29. Wong KL, Fong DY, Lee IL, Chu S, Tarrant M. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014 Nov;124(5):961-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000000481.
  30. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 2:S170-9.

Anexo 1. Tabla de recolección de datos

No	NOMBRE	TELEFONO	EDAD MATERNA	VÍA DE NACIMIENTO	PRIMIGESTA	SENO MATERNO PREVIO	1a COMIDA <1HR	CONTACTO PIEL A PIEL	LACTANCIA EXCLUSIVA (3 MESES)	ORIENTACIÓN PRENATAL	ORIENTACIÓN POSTNATAL	ORIENTACIÓN TOTAL	APOYO
1													
2													
3													
...													