



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES
EN EL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
DRA CITLALLI CEDILLO ESTEVEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES
JEFE DE RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA

MEXICO, CIUDAD DE MEXICO; 12 DE OCTUBRE DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

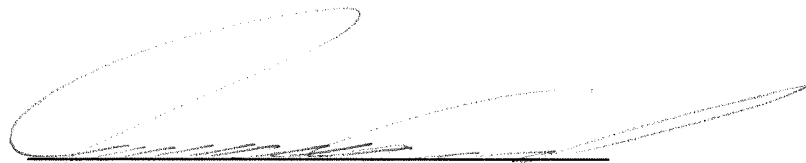
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DR.
ENRIQUE CABRERA”**

AUTOR. DRA CITLALLI CEDILLO ESTEVEZ

Vo Bo

DR JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

Vo Bo

DR FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMIREZ



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

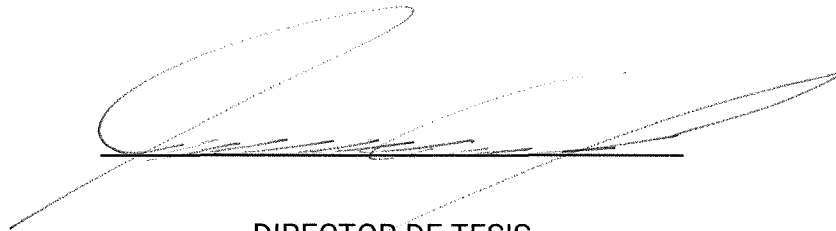
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

**"PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA
LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DR.
ENRIQUE CABRERA"**

AUTORA DRA CITLALLI CEDILLO ESTEVEZ

Vo Bo

DR JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by several horizontal strokes, all written over a solid horizontal line.

DIRECTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de tesis Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles profesor titular del curso de especialización de Ginecología y obstetricia y Dr. Cesar Daniel Alonso Bello Médico especialista en medicina interna, así como personal de enfermería de clínica de lactancia y trabajo social por los tiempos asignados, correcciones y exigencias en este proyecto.

A mis padres por sus consejos y sabiduría que me enseñaron los valores que hoy definen mi vida y que son fuente de inspiración para seguir adelante, por su apoyo incondicional y permitirme realizarme profesionalmente.

A mis hermanos que me apoyaron y estuvieron presentes en mi evolución durante mi carrera y como médico especialista motivándome y creciendo juntos.

INDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCION.....	2
III.	MATERIALES Y METODOS.....	53
IV.	RESULTADOS.....	57
V.	DISCUSION.....	71
VI.	CONCLUSIONES.....	73
VII.	RECOMENDACIONES.....	74
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75

I. RESUMEN

Objetivo. Conocer los principales factores asociados al inicio y abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes admitidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”.

Material y Métodos. Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y ambispectivo a 104 adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido durante 01 de Agosto y 31 de Octubre del 2017. Se aplicó un cuestionario sobre lactancia materna vía telefónica y recolección de datos de expedientes clínicos y se determinaron los motivos de inicio o abandono de la lactancia materna.

Resultados. Los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva 4.5% (n=5) fueron secundarios a problemas de salud del niño, 1% (n=1) problemas con la mama, 1% (n=1) incorporación al trabajo, 27.9% (n=29) por deseo propio, 10.6% (n=11) por producción insuficiente de leche, 12.5% (n=11) por escasa ganancia de peso del niño, 2.9% (n=3) rechazo por el niño, 2.9% (n=3) rechazo por el niño y 39.4% (n=41) actualmente continúan lactando.

Conclusión. Existen patologías del embarazo complicado que repercuten en el inicio de la lactancia durante la primera hora posterior al parto o cesárea sin embargo es el bajo nivel de orientación sobre lactancia materna, que repercute importantemente en su decisión de mantener o abandonar la lactancia materna.

Palabras clave. Lactancia materna exclusiva, factores asociados, inicio, abandono.

II. INTRODUCCION

La leche materna aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. ¹

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño» realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo. Lactancia materna predominante es la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas. Lactancia materna complementaria es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.²

La exposición del lactante a alimentos ricos en contenido energético pobres en valor nutritivo en edades tempranas pueden propiciar obesidad, asimismo modificar el gusto y/o preferencia por ciertos sabores de comidas y bebidas.³

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan: que la lactancia se inicie en

la primera hora de vida; que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche; que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.²

La lactancia materna exclusiva disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo. A pesar de los múltiples beneficios que ofrece este tipo de alimentación para el lactante, no parecen ser suficientes para que las madres prolonguen su duración, observándose en México que su prevalencia se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina.²

La lactancia es importante para los beneficios a corto y largo plazo para las mujeres y los niños. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche humana son importante. Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014.⁴

En la actualidad, la duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de Lactancia Materna indican un franco deterioro de la Lactancia Materna. El porcentaje de Lactancia Materna exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural,

donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia. En contraste, la alimentación complementaria (AC) en México ha mejorado en calidad y frecuencia.

MARCO INTERNACIONAL

Diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo⁶

Tabla 1. Documentos esenciales para la promoción, asistencia y apoyo a la lactancia materna			
Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna de la OMS	1 9 8 1	OMS- UNICEF	Tiene como objetivo asegurar el uso correcto de los sucedáneos de leche materna y controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles, prohíbe la publicidad directa y la entrega de muestras gratuitas de cualquier sucedáneo.
Declaración de Innocenti	1 9 8 9	OMS- UNICEF	“La lactancia materna es el mejor modo de alimentación para el lactante. Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus lactantes a ser alimentados con leche materna, en exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años”. , establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo.

<p>“10 pasos hacia una feliz lactancia natural”</p>	<p>1 9 9 1</p>	<p>OMS- UNICEF: “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”</p>	<p>Lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, y el Plan de Acción Regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención del recién nacido y del niño, aprobada por los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud 2008, con el propósito de promover una lactancia materna exitosa¹</p> <p>La OMS y UNICEF han presentado una nueva edición de su “Guía de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna exitosa publicadas en 1989. En la guía práctica que acaba de actualizar la OMS anima a las madres primerizas a amamantar a sus bebés y se dan pautas a los profesionales sanitarios para poder apoyar la lactancia materna y que las mujeres no abandonen precozmente la lactancia porque piensan que no tienen suficiente leche o que su bebé no engorda lo suficiente.</p> <p>Los nuevos 10 pasos para una lactancia materna exitosa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir el código Internacional de Sucedáneos de la leche materna 2. Asegurarse de que toda la plantilla del centro sanitario tiene el conocimiento y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna 3. Informar sobre los beneficios de la lactancia materna a la mujer y sus familiares 4. Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el bebé nada más nacer y animar a las madres a iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible después del parto 5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia y hacer frente a las dificultades 6. No dar al recién nacido ningún otro alimento diferente a la leche materna, salvo que se requiera por prescripción médica 7. Posibilitar que la madre y el bebé estén juntos las 24hrs del día 8. Enseñar a las madres a detectar las señales que indican que su pequeño quiere mamar. 9. Aconsejar a las madres sobre el uso y riesgos que tiene para el establecimiento de la lactancia materna usar biberones, tetinas y chupetes. 10. Ofrecer asistencia y atención continua sobre la lactancia a los padres y sus bebés después del alta hospitalaria.
---	----------------------------	---	--

“Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”	2 0 0 2	Asamblea Mundial de la salud	Subraya la necesidad de que todos los servicios de salud protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva y una alimentación complementaria oportuna y adecuada sin interrupción de la lactancia natural
Amamantamiento y uso de leche humana	2 0 0 4	American Academy of Pediatrics	Resume los beneficios de la lactancia para el lactante, su madre y la sociedad. Recomendaciones-guía de la Academia para pediatras y trabajadores de la salud respecto a la asistencia a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Además modos de promoción y apoyo a la lactancia que los pediatras pueden poner en marcha.
Guías Clínicas Basadas en la Evidencia para el manejo de la lactancia materna 1997-2004	1 9 9 7 - 2 0 0 4	Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA) Asociación de matronas y enfermeras pediátricas (AWHONN)	Guías de actuación clínica basadas en la evidencia para el manejo, la promoción y el apoyo de la lactancia materna

La lactancia materna es el proceso único que proporciona la alimentación ideal al lactante, así como beneficios económicos a la familia; abona a la sociabilidad y por ende al bienestar y economía del país. De esta manera, se contribuye a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, con lo que se abona al cumplimiento del Objetivo 4 para el Desarrollo del Milenio (ODM); asimismo la lactancia materna es trascendental en el cumplimiento del primer Objetivo, relacionado con la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. Además de

ser el momento idóneo para establecer el vínculo afectivo entre la madre y el hijo(a).⁷

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), menciona que la lactancia materna previene algunas enfermedades en niños y madres, y mejora el desarrollo del cerebro infantil. Sin embargo, en las Américas las prácticas de lactancia están lejos de ser óptimas; por lo que insta a renovar los esfuerzos para promover la lactancia materna con el fin de que los niños de las Américas tengan el mejor comienzo en la vida.⁸

CODIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACION DE SUCESANEOS DE LA LECHE MATERNA, OMS/UNICEF, 1981 (México forma parte); menciona:

Artículo 4. Información y educación:

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.⁸

4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes extremos

a) Ventajas y superioridad de la lactancia natural; b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; c) Efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; d) Dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño y; e) Uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa.⁸

Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

En el numeral 6.1 del Código, se establece que las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios de dicho Código.⁸

LA DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, en su precepto 25, segundo párrafo establece, que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Articulo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la

rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso

necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

MARCO NACIONAL

La promoción de la lactancia materna está prevista en el marco jurídico mexicano, teniendo como máximo ordenamiento jurídico la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El artículo 1º

Contiene una serie de mandatos específicos que, dirigidos a todas las autoridades, han de entenderse en vinculación con todas las normas nacionales e internacionales que constituyen nuestro ordenamiento jurídico.

Artículo 4, párrafo cuarto

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, señalando asimismo que la Ley General de Salud definirá las bases y modalidades para el acceso a los

servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución. En el mismo artículo 4, a su vez establece que la población infantil, a la luz del principio del interés superior del niño, requiere de atención prioritaria e inmediata para salvaguardar todos sus derechos, particularmente, sus derechos a la salud y a la alimentación, el mismo artículo también ordena al legislador proteger la organización y el desarrollo de la familia.

En este sentido, la lactancia materna proporciona a los lactantes una nutrición segura y suficiente, por ello, es necesario promoverla y, sólo por razones médicas justificadas o por separación del lactante de su madre, usar sucedáneos de la leche materna asegurando el uso correcto de los mismos.

LEY GENERAL DE SALUD

Además del marco constitucional, dicho derecho se encuentra protegido por la legislación, como es el caso del artículo 5, de la Ley General de Salud, que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.⁹

LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Artículo 50

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar la salud. Establece en las reformas de 2014.¹⁰

Artículo 20

Las madres tienen derecho, mientras están embarazadas o lactando, a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer.¹⁰

Artículo 28, apartado C

Expresa que Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de Capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad entre otros.¹⁰

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Indica en su numeral 170, fracción IV, que las madres trabajadoras tendrán derecho, en el período de lactancia hasta por el término máximo de seis meses,

tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el período señalado¹¹

CRUZADA NACIONAL CONTRA EL HAMBRE

Es una estrategia de política social, integral y participativa. Pretende una solución estructural y permanente a un grave problema que existe en México: el hambre; y contempla entre sus objetivos eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez, siendo la lactancia materna lo que contribuye al logro de este objetivo, así mismo, abona al objetivo de Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación¹²

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018

Menciona que entre las principales propuestas de la mesa sectorial el promover la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y prolongarla hasta los 2 años, motivo por el cual quedo expresamente indicado en la Estrategia 1.5, línea de acción 1.5.10 el fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego, así como en la Estrategia 4.1, línea de acción 4.1.6 el promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

NORMAS OFICIALES

1) NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud alimentaria. Criterios para brindar orientación. Que además de definir la lactancia materna exclusiva y la leche materna o leche humana, establece que se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a partir del sexto mes de vida la alimentación complementaria y que el estado de nutrición de los y las recién nacidas está íntimamente ligado con el estado de nutrición de la madre, antes, durante y después del embarazo¹³

2) NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio y, en particular, en lo que se refiere a la prevención de la anemia (Apéndice Informativo E) y la promoción de las ventajas de la lactancia materna exclusiva.¹⁴

3) NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de noviembre de 2014, define en el apartado 4.10. Grupos de riesgo.¹⁵

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades.¹⁶

La leche materna es el mejor alimento para el niño o niña porque tiene las cantidades necesarias de: Vitaminas, como la A, B, C para que crezca saludable y esté bien protegido; Fósforo y Calcio, para que tenga huesos sanos y fuertes; Hierro, para mantener la energía; Proteínas, para protegerlo contra las enfermedades y para que crezca grande e inteligente; Grasas. Las grasas de la leche materna los protegerán, cuando sean mayores, de padecer enfermedades del corazón y de la circulación. Las grasas de la leche materna también favorecen la inteligencia de los niños y niñas; Azúcares, para que tenga energía y para alimentar al cerebro.¹⁶

El sistema inmune del bebé, no está desarrollado completamente en el momento del nacimiento y le toma tres años o más para desarrollarlo completamente. La leche materna provee de protección para el bebé de diferentes maneras:

- 1) Cuando la madre se expone a una infección su madre produce anticuerpos (substancias que combaten la infección) para esa infección. Estos anticuerpos pasan al bebé a través de la leche materna;
- 2) La leche de la madre estimula el sistema inmune del bebé;
- 3) Los factores en la leche materna ayudarán al crecimiento de la pared celular del intestino del bebé ayudando a desarrollar una barrera para los microorganismos y alergenios, así como ayudando a reparar el daño de las infecciones:
- 4) Los glóbulos blancos presentes en la leche pueden destruir bacterias;
- 5) Los componentes de la leche materna pueden evitar que los microorganismos se adhieran a la pared celular. Si no se adhieren se expulsan del sistema del bebé;
- 6) El crecimiento de bacterias beneficiosas, en el sistema del bebé (lactobacillus bifidus) deja muy poco espacio para el crecimiento de bacterias dañinas;
- 7) Los nutrientes para que crezcan las bacterias dañinas no existen, por ejemplo la lactoferrina que capta el hierro, de esta manera previene la enfermedad causada por las bacterias que utilizan el hierro para multiplicarse¹

La leche de la madre es la mejor protección para el niño o niña contra: las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, tales como la bronquitis y la neumonía, el estreñimiento, los cólicos, las alergias, las enfermedades de la piel, como los granos y el salpullido o sarpullido, el sarampión, el cólera, desnutrición, diabetes tipo 1, deficiencia de micronutrientes¹⁶

VENTAJAS PARA LA MADRE

- El útero recupera rápidamente su tamaño normal
- La madre tendrá pechos menos congestionados
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde la primera hora posterior al parto
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija¹⁵

VENTAJAS PARA LA FAMILIA

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos;

Al no comprar otras leches, biberones, mamaderas y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor; Protege la inteligencia y el crecimiento normal de su hijo o hija¹⁶

VENTAJAS PARA EL PAIS

Las madres que amamantan contribuyen:

A que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios; A que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros

de sí mismos; A formar la inteligencia, productividad y el futuro del país; A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna¹⁶

¿QUE ES LA LECHA MATERNA?

Calostro: La primera leche

El calostro se produce en los pechos a partir del séptimo mes de embarazo y continúa durante los primeros días después del nacimiento. El calostro es denso, pegajoso, y de un color claro a un color amarillento. El calostro es la primera inmunización en contra de las bacterias y virus. Actúa como protección para el intestino del bebé. Ayuda a establecer el crecimiento de las bacterias favorables en el intestino del bebé; El calostro es el primer alimento perfecto para los bebés, tiene más proteína y vitamina A que la leche madura. Es un laxante, y ayuda al bebé a eliminar el meconio (la primera deposición negruzca y pegajosa). Esto ayuda a prevenir la ictericia; El calostro viene en pequeñas cantidades. Lo cual se adapta al estómago muy pequeño del bebé, y el riñón inmaduro que no puede manejar grandes volúmenes de líquidos. Los recién nacidos amamantados no deben recibir agua ni glucosa a no ser que estén medicamente indicados.¹

Leche materna pretermino

La leche de una madre que da a luz antes de las 37 semanas de gestación, leche prematura, tiene más proteína, niveles mayores de algunos minerales como

hierro, y más propiedades inmunes que la leche madura, haciéndola más conveniente para las necesidades de un bebé prematuro.

La leche de la madre puede ser utilizada antes que el bebé se pueda alimentar. La madre puede extraerse su leche y se puede administrar al bebé con taza, cucharilla, o sonda.

Leche madura

La leche madura contiene todos los nutrientes mayores, proteína, carbohidratos, grasas, vitaminas, y agua en las cantidades que el bebé necesita. La leche materna cambia en relación al momento del día, la duración de la lactancia, las necesidades del bebé y las enfermedades con las que la madre tiene contacto.

Los componentes de la leche materna proveen nutrientes así como sustancias que ayudan a la digestión, crecimiento y desarrollo y proveen protección en contra de infección. La lactancia materna continúa otorgando estos, protección y otros beneficios a medida que crece el bebé, estos componentes no desaparecen a cierta edad.

NUTRIENTES EN LA LECHE MATERNA

Proteína

La cantidad de proteína en la leche materna es perfecta para el crecimiento del bebé y el desarrollo de su cerebro. Es fácil de digerir y puede de esta manera otorgar los nutrientes al bebé. Las fórmulas artificiales tienen proteínas diferentes a las proteínas de la leche humana que pueden ser de digestión difícil y lenta, lo

que provoca una tensión en el sistema del bebé. Algunos bebés pueden desarrollar intolerancia a la proteína en la fórmula que da como resultado erupción dérmica, diarrea, y otros síntomas.¹

Grasa

La grasa es la fuente principal de energía (calorías) para el lactante. Las enzimas en la leche materna (lipasa) empiezan la digestión de la grasa, para que esté disponible rápidamente para el bebé como energía. La grasa en la leche materna contiene los ácidos grasos de cadena muy larga para el crecimiento del cerebro del bebé y el desarrollo de la vista, así como el colesterol y vitaminas. El nivel elevado de colesterol puede ayudar a desarrollar los sistemas del cuerpo del bebé que manejen el colesterol durante la vida. El nivel de la grasa es bajo en la leche al comienzo de la succión — es la leche del inicio y satisface la sed del bebé. El nivel de grasa es más alto después, al final de la mamada — se llama la leche del final, y otorga la saciedad. Las fórmulas artificiales tienen poco o ningún colesterol. Algunas marcas tienen ácidos grasos añadidos, sin embargo proviene de aceites de pescado, huevos o de fuentes vegetales. Si una madre tiene un nivel elevado de grasas poliinsaturadas en su dieta, su leche tendrá un alto contenido de grasas poli insaturadas. Sin embargo la cantidad total de grasa en la leche no está afectada por la dieta de la madre a no ser que la madre este severamente desnutrida sin ninguna reserva de grasa en el cuerpos.¹

Carbohidratos

La lactosa es el principal carbohidrato de la leche materna. Se produce en la mama, y es constante a través del día. La lactosa ayuda a la absorción de calcio, provee de energía para el crecimiento del cerebro y retarda el crecimiento de organismos peligrosos en el intestino. La lactosa se digiere lentamente, La lactosa presente en las deposiciones del bebé no es un signo de intolerancia.¹

Hierro

La cantidad de hierro en la leche materna es baja. Sin embargo se absorbe bien del intestino del bebé si amamanta exclusivamente, en parte porque la leche materna provee la transferencia especial de los factores para ayudar en el proceso. Existe un nivel alto de hierro añadido a la fórmula porque no se absorbe bien. El exceso de hierro añadido puede alimentar el crecimiento de las bacterias dañinas. La anemia por deficiencia de hierro es rara en los primeros seis a ocho meses en los bebés alimentados exclusivamente que nacieron a término y sanos sin la ligadura prematura del cordón.¹

Agua

La leche materna es muy rica en agua. Un bebé, a quien se le permite amamantar cuando quiere, no necesita agua suplementaria en climas secos y calientes. Dar el agua u otros fluidos como té, puede alterar la producción de leche, provocar la disminución de la ingesta de nutrientes del bebé, y el incremento del riesgo de infecciones.¹

Sabor

El sabor de la leche materna se modifica con la ingesta de la madre. La variación en el sabor puede ayudar al bebé a acostumbrarse a los sabores de los alimentos de familia y facilitar la transición a estos alimentos después de los seis meses. La leche artificial tiene el mismo sabor en cada alimentación y durante toda la alimentación.¹

ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

La mama adulta se encuentra en la parte anterior del tórax entre la 2ª y 6ª costillas en el plano vertical, y entre el borde esternal (medialmente) y la línea axilar media (lateralmente). La mama promedio mide 10-12 cm de diámetro y 5-7cm de espesor. Es concéntrica, con una proyección lateral en la axila llamada cola de Spence. Situada entre la capa subdérmica de tejido adiposo y la fascia pectoral superficial envuelve la mama que se continua con la fascia superficial abdominal de camper; entre las dos fascias se localizan los ligamentos de camper. La mama consta de tres estructuras principales: Piel (folículos pilosos, g. sebáceas y sudoríparas ecrinas), Tejido graso subcutáneo, Tejido mamario (Parénquima y Estroma).^{17, 18}

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. En el centro se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel híper pigmentada, de 2.5 cm.

denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón.^{17, 18}

AREOLA

Posee glándulas sudoríparas apócrinas y glándulas aureolares accesoria (glándulas de Montgomery) las cuales desembocan en la superficie de la areola como pequeñas elevaciones (tubérculos de Morgagni), y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche^{17,18}

LIGAMENTOS SUSPENSORIOS DE COWPER

Bandas fibrosas, Aportan soporte estructural, Se insertan perpendicularmente en la dermis^{17, 18}

ESPACIO RETROMAMARIO

Capa delgada de tejido areolar laxo. Contiene vasos linfáticos. El sistema de conductos tiene forma de árbol invertido, con los conductos grandes inmediatamente debajo del pezón.^{17, 18}

MUSCULO PECTORAL MENOR

Situado profundamente al pectoral mayor. Rodeado por la fascia clavipectoral, que se extiende lateralmente hasta fusionarse con la fascia axilar. ^{17, 18}

IRRIGACION

El suministro de sangre a la mama, es en su mayoría por vasos superficiales. El suministro de sangre principal deriva de la arteria torácica interna (mamaria), torácica lateral y sus tributarias, llamadas las ramas mamarias. Aproximadamente el 60% de la mama, principalmente las partes medial y central de la mama es irrigada por las ramas anteriores perforantes de la arteria mamaria interna. Alrededor del 30% de la mama, sobre todo el cuadrante superior externo, esta irrigado por la Arteria torácica lateral.^{17, 18}

DRENAJE LINFATICO

Los nódulos linfáticos axilares se pueden dividir en tres niveles definidos anatómicamente, en referencia al musculo pectoral menor. Los nódulos del nivel 1 son los nódulos linfáticos situados lateralmente al borde lateral del musculo pectoral menor Se encuentran a lo largo de la vena axilar. Los nódulos del Nivel II están localizados posteriormente al musculo pectoral menor. Y los nódulos del Nivel III comprenden los ganglios subclaviculares situados medialmente al musculo pectoral menor. Las venas superficiales siguen a las arterias y drenan a través de ramas perforantes de la vena torácica interna, afluentes de la vena axilar y ramas perforantes de las venas intercostales posteriores ¹⁸

ANATOMIA MICROSCOPICA

La mama sufre cambios dramáticos en tamaño, forma y función en asociación con la pubertad, el embarazo y la lactancia. Estos cambios son críticos para la

lactancia exitosa. La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: Tejido Conectivo, Tejido Adiposo, Parénquima Tubuloalveolar¹⁹

PARENQUIMA

Constituido por 15-20 lóbulos mamarios (segmentos) conforman la G. mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Constituidos por lobulillos (20-40) que se encuentran unidos entre sí por T. conectivo, vasos sanguíneos y los conductos lactíferos y a su vez por 10-100 alveolos (unidades secretoras tubuloalveolares) El tejido mamario normal de las mujeres adultas contiene tres tipos de lóbulos, conocidos como los tipos 1, 2 y 3.

DESARROLLO DE LA GLANDULA MAMARIA

El tejido mamario normal de las mujeres adultas contiene tres tipos de lóbulos, conocidos como tipos 1, 2 y 3. La formación de lobulillos tipo 1 (Lob 1) comienza con la pubertad. Los niveles cambiantes de estrógeno y progesterona durante los ciclos menstruales estimulan a Lob 1 a brotar nuevos brotes alveolares y evolucionan a estructuras más maduras llamadas lobulillos tipo 2 y tipo 3 (Lob 2 y 3). Una vez completada la pubertad, no se produce una maduración adicional de la mama, excepto durante el embarazo.

CAMBIOS ANATOMICOS DE LA GLANDULA MAMARIA

EMBARAZO

El desarrollo alveolar y la maduración del epitelio que ocurre en respuesta a los cambios hormonales del embarazo se conocen como la etapa II de la mamogénesis. La progesterona juega un papel importante en la estimulación del desarrollo alveolar durante esta fase. La capacidad de ramificación máxima de la mama se expresa durante este período. El acino secretor que se forma representa un crecimiento terminal que marca la extensión completa de la diferenciación glandular. El mayor volumen de tejido mamario durante el embarazo resulta del desarrollo y la proliferación de tejido secretor. Por lo tanto, la función mamaria posparto normal está asociada con algún aumento en el tamaño de la mama durante el embarazo.¹⁹

El desarrollo de la mama durante el embarazo ocurre en dos fases distintas, con etapas tempranas y tardías características. La germinación ductular predomina en el primer trimestre, mientras que la formación lobular excede la brotación ductal en el segundo trimestre.¹⁹

El desarrollo de la mama durante el embarazo se produce en dos fases distintas, con etapas tempranas y tardías características.

Durante el 1er Trimestre: Brotación ductal. LOB 3 a LOB 4 (HGC), bajo la influencia de la gonadotropina coriónica, se desarrollan muchas glándulas secretoras de cada brote, formando el lóbulo tipo 3 (Lob 3). La proliferación

adicional de los elementos distales del árbol ductal marca la progresión de Lob 3 a un lóbulo tipo 4 (Lob 4). En estos lóbulos recién formados, las células epiteliales que componen cada acino no solo aumentan en gran número debido a la división celular activa, sino que también aumentan el tamaño celular. Los lóbulos continúan aumentando y aumentando en número. Rodean los conductos con tanta fuerza que ya no se puede reconocer el conducto principal, el terminal o el conducto terminal intralobular. La transición entre los conductos terminales y los acinos en ciernes es gradual, lo que dificulta la distinción histológica entre los dos. Ambos también muestran evidencia de actividad secretora temprana.¹⁹

2do trimestre: Formación lobular supera brotación ductal los lóbulos continúan creciendo y aumentando en número. La formación de unidades secretoras completamente diferenciadas o acinos se vuelve cada vez más evidente. Proliferación de nuevos acinos se reduce, y el lumen de las unidades ya formados se dilata por la acumulación de material secretor o calostro. Los cambios mamarios que caracterizan la segunda mitad del embarazo son principalmente la continuación y la acentuación de la actividad secretora. La ramificación progresiva continúa con una formación de brotes menos prominente. La formación de unidades secretoras totalmente diferenciadas o acinos se hace cada vez más evidente. La proliferación de nuevos acinos se reduce, y la luz de las unidades ya formadas se distiende por la acumulación de material secretor o calostro.¹⁹

PARTO Y LACTANCIA

Justo antes y durante el trabajo de parto, hay una nueva ola de actividad mitótica dentro de la glándula mamaria. Durante el trabajo de parto y la lactancia, se puede observar un mayor crecimiento y diferenciación en el lóbulo junto con la secreción de leche. En este momento, el componente glandular de la mama ha aumentado hasta el punto en que la mama está compuesta principalmente de elementos epiteliales, con muy poco estroma. Estos cambios persisten durante la lactancia.¹⁹

INVOLUCION

Después de la lactancia, la glándula mamaria experimenta involución. El proceso requiere una combinación de privación de hormona lactogénica y señales autocrinas locales, y se caracteriza por muerte celular apoptótica y remodelación tisular. Los factores que desencadenan la vía de la muerte celular no se han definido claramente. El potencial de las glándulas para producir leche en respuesta a la estimulación regular se mejora permanentemente después de una gestación única.¹⁹

LACTOGENESIS

La lactogénesis se refiere al desarrollo de la capacidad de secretar leche e implica la activación de las células alveolares maduras.

Lactogénesis: la lactogénesis tiene lugar en dos etapas: iniciación secretora y activación secretora.¹⁹

Iniciación secretora: la lactogénesis en estadio I ocurre durante la segunda mitad del embarazo. Los altos niveles de progesterona circulante suministrada por la placenta inhiben la diferenciación adicional. Pequeñas cantidades de leche que contienen lactosa y caseína pueden secretarse después de aproximadamente 16 semanas de gestación, y la lactosa derivada de la mama comienza a aparecer en la orina materna.¹⁹

Activación secretora: la lactogénesis en estadio II o la activación secretora se caracterizan por la aparición de una copiosa producción de leche después del parto. Esta etapa se desencadena por la disminución rápida de la progesterona que sigue al parto de la placenta y requiere la presencia de niveles elevados de prolactina y cortisol, así como de insulina.

El inicio de la copiosa producción de leche se acompaña de hinchazón de los senos. Para la mayoría de las mujeres, esto ocurre de dos a tres días después del parto, pero puede ser más temprano o hasta siete días o más después del parto. En las mujeres primíparas en comparación con las multíparas, la activación secretora se retrasa un poco, y el volumen de leche temprano es menor.

Mantenimiento de la lactancia: la lactancia o galactopoiesis es el proceso de secreción continua de leche copiosa. Requiere la eliminación regular de leche y la estimulación del pezón, lo que desencadena la liberación de prolactina de la glándula pituitaria anterior y la oxitocina de la glándula pituitaria posterior. En ausencia de eliminación de la leche, la presión intramamaria elevada y la

acumulación de un inhibidor de retroalimentación de la lactancia (FIL) reducen la producción de leche y desencadenan la involución mamaria.

PATOLOGIAS BENIGNAS DE MAMA QUE PUEDEN SER CAUSA DE UN DESTETE PRECOZ

1. PEZON

Pezón invertido

El manejo posnatal consiste en: estimular el pezón antes de amamantar, dar pecho con el niño sentado y utilizar copas protectoras. También se emplea el «sacapezón» que se elabora con una jeringa de 10 ml a la cual se le corta el extremo del pivote donde se coloca la aguja; el émbolo se introduce por el área recortada y de esta manera la base se coloca en el pezón haciendo vacío con el fin de extraerlo. Se retira colocando un dedo entre la jeringa y la piel de la mama para no lastimar ésta. Se usa minutos antes de amamantar con el fin de que el pezón esté debidamente formado en el momento en que se le ofrece al bebé. En cuanto al «sacapezón» doble, se elabora con dos jeringas de 10 ml, las cuales se unen con un pedazo de equipo de venoclisis; una de ellas se deja sin émbolo y se coloca en el pezón de la madre. Extrayendo el émbolo de la otra jeringa, se saca el pezón por presión; al retirar el «sacapezón», se regresa el émbolo y se coloca un dedo entre la jeringa y la piel de la mama para no lastimar esta última.²⁰

Pezón umbilicado

Este caso es raro y no se modifica con el «sacapezón». Si se coloca al bebé desde su nacimiento a succionar en este tipo de pezones se logra buena lactancia.²⁰

Dolor al inicio de la succión

La causa más común es que el bebé succiona en posición inadecuada (no se coloca suficiente superficie de areola dentro de la boca y el bebé sólo succiona la punta del pezón); generalmente la piel no sufre daño. Otras causas son congestión mamaria, candidiasis, dermatitis de contacto, disfunción motora-oral (rara) y frenillo corto (raro). El bebé no obtiene suficiente leche si sólo succiona la punta del pezón, y si la leche no es removida de los senos, la producción láctea disminuye. El dolor puede causar bloqueo del reflejo de oxitocina.²⁰

El manejo consiste en iniciar la alimentación en el lado menos doloroso. Pueden indicarse analgésicos. Desaparece en pocos días.^{7, 6}

Grietas en el pezón

Las grietas pueden presentarse alrededor de la base y a través de la punta, en forma recta o de estrella. Es producto de mala posición del bebé o por alteraciones de la función motora oral. Al succionar se daña la piel y aparece fisura por la que, si se deja evolucionar, las bacterias pueden entrar al tejido mamario y causar mastitis y abscesos. El riesgo es mayor si la leche no se extrae. Se debe corregir la posición del bebé, verificar que su boca abarque la mayor

parte de la areola y continuar la lactancia. Entre las comidas deben exponerse los senos al aire y al Sol, así como dejar al final de las tetadas una gota de leche (esto ayuda a sanar la piel), colocar al bebé en distintas posiciones, aumentar la frecuencia de las tetadas y evitar el uso de jabones o cremas en los pezones. Si el dolor es intenso, la madre puede extraerse la leche y darla con vaso o cuchara hasta que mejoren las grietas.²⁰

Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera; No se debe limitar el tiempo de succión. La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche^{7, 6}

2. GLANDULA MAMARIA

Agenesia

Es la ausencia congénita —sumamente rara— de una o ambas glándulas mamarias. No tiene tratamiento posible y la madre puede lactar cuando la agenesia sea unilateral.²⁰

Ausencia quirúrgica

Es la falta de una o ambas glándulas mamarias por intervención quirúrgica, casi siempre relacionada al cáncer. Si se extirpó una glándula, y la paciente está sana, puede lactar con la otra.

Alteraciones provocadas por otros procesos quirúrgicos

Se puede lactar cuando la cirugía fue de extirpación de tumores benignos y dejó como secuela retracciones o sectores de la mama sin capacidad funcional, así como en procedimientos para aumentar el volumen de los pechos mediante implantes submamarios. Si se practicó una mastopexia de reducción y el tejido mamario fue lesionado junto con el sistema de conductos, la lactancia será muy difícil y pueden encontrarse secuestros de leche en tejido que no cuentan con sistema ductal para drenarla; a menudo estas mujeres tienen reducida la capacidad de producción de leche.²⁰

Conducto ocluido

Se presenta cuando se tapa el conducto de un segmento de la glándula, ésta no drena y se forma una masa dolorosa. Generalmente cede con masaje y compresas húmedo-calientes. Se debe aumentar la frecuencia de tetadas e iniciar en el lado afectado.²⁰

Ingurgitación mamaria

La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros. La clínica varía: Dolor de, Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho. El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos.^{21, 16}

Congestión mamaria, plétora o sobrecarga

Se define así al seno demasiado lleno por vaciamiento inadecuado o reflejo de eyección inhibido. Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “subida de la leche”. El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor.^{21, 16}

Mastitis puerperal

Infección de la glándula mamaria. La más frecuente de las infecciones es la que se produce durante la lactancia. Incidencia del 2 y 10% de las mujeres que están realizando lactancia materna. Los factores de riesgo: episodio de mastitis previo, la ingurgitación mamaria unilateral, el drenaje insuficiente de la leche y la presencia de grietas del pezón.

Los microorganismos alcanzarán los canalículos (mastitis parenquimatosa o alveolar) o se extenderán al estroma que los circunda por los conductos linfáticos (mastitis intersticial), aunque todas las mastitis acaban siendo mixtas en su

evolución. Los agentes infecciosos más frecuentes son *Staphylococcus aureus*, aunque también existen mastitis producidas por *Streptococcus pyogenes* (grupo A o B), *Escherichia coli*, *Bacteroides*, *Corynebacterium* y otros.

El cuadro clínico está caracterizado por eritema con un patrón en forma de veta o cuña que se extiende desde el pezón, fiebre, malestar, y mialgias. Dolor localizado en la mama, acompañado de eritema de la piel suprayacente y febrícula o fiebre de hasta 38,5 °C (fase congestiva). Dolor muy severo generalizado a toda la mama, acompañado de eritema franco en toda la superficie mamaria y fiebre que fácilmente llega a los 40 °C (mastitis flemonosa aguda). Si el cuadro no se trata adecuadamente, se llegará a la fase de absceso (mastitis abscesificada).

El diagnóstico está basado en anamnesis y exploración física. Se puede solicitar una ecografía mamaria si por exploración existe alguna duda sobre la existencia de un absceso cultivo de la secreción mamaria o del absceso, si se desbrida. El tratamiento empírico inicial se realizará de forma ambulatoria con antibióticos activos frente a *S. aureus*: Dicloxacilina (500 mg cada 6 h), Cefalexina (500 mg cada 6 h), Clindamicina (300 mg cada 6 h). La terapia debería extenderse por 10 a 14 días; y continuar la lactancia materna y la extracción manual para reducir el riesgo de formación de un absceso. Deben darse tetadas frecuentes o extraer manualmente la leche varias veces al día; aplicar compresas calientes por 3 a 5 minutos ^{16,21,22}

Absceso

En los casos anteriores, si no se actúa con celeridad puede formarse absceso, que se presenta como hinchazón dolorosa en el pecho con aumento de la temperatura local y general, en tanto que a la palpación se encuentra fluctuante.⁷

Debe drenarse y seguir con las medidas utilizadas en el caso de mastitis.²⁰

Tabla 2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR MAMARIO Y DEL PEZON				
	INGURGITACION MAMARIA	CONDUCTO OBSTRUIDO (GALACTOCELE)	MASTITIS	GRIETAS, TRAUMATISMO DEL PEZON
COMIENZO	Gradual. A los 3-6 días del parto	Gradual. Después de mamar, por un vaciado incompleto.	Tras varios días de lactancia (7-14 días) aparece de manera súbita.	En los primeros días de lactancia.
LOCALIZACION DEL DOLOR	Bilateral y generalizado. Empeora justo antes de la toma y se alivia con ella.	Unilateral, localizado y cambiante de lugar. Si no se resuelve se puede transformar en un galactocele (diagnóstico ecográfico).	Continuo, unilateral, localizado	Dolor al contacto con el pezón y en la manipulación del mismo.
EXPLORACION FISICA	Dureza, aumento de la sensibilidad, con enrojecimiento y calor bilateral. Distensión de la areola, pezón borrado y dificultad en el agarre.	Dureza y dolor localizado.	Puede haber signos externos inflamatorios.	Fisura o erosión sangrante.
SINTOMAS	<38,5°C sin afectación general.	<38,5°C sin afectación general.	>38,5°C incluso con afectación general.	<37,5°C sin afectación general.
MEDIDAS PREVENTIVAS	Lactancia precoz, frecuente y correcta posición.	Lactancia precoz, frecuente y correcta posición. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama. La zona que mejor se vacía es la que queda en contacto con la barbilla del lactante.	Evitar grietas en el pezón. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama.	Correcto agarre al pezón y areola. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama.
TRATAMIENTO	Antes de lactar: calor seco, masaje suave y circular. Aplicación de frío entre tomas. AINE y/o analgésicos para el dolor. Uso de sujetador adecuado las 24horas.	Durante el amamantamiento realizar un suave masaje de la zona afectada hacia el pezón. Cambiar de posturas para el correcto vaciado de la mama (mentón del bebé dirigido hacia el conducto obstruido). Un galactocele no resuelto requiere punción e incluso extirpación quirúrgica.	Tratamiento antibiótico precoz 10-14 días, con antitérmicos y/o AINEs. Es muy importante NO INTERRUMPIR LA LACTANCIA MATERNA y estimular el vaciado frecuente, ya que no se transmite al bebé y mejora la evolución.	Corregir la causa. Hacer toma frecuente para disminuir la ingurgitación y la dificultad de agarre. Conviene empezar con el pezón no afectado y realizar extracción manual.

DERMATITIS DE LA MAMA

Impétigo

Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por estreptococo del grupo A betahemolítico y el estafilococo aureus. Generalmente existen lesiones previas como eczema, dermatitis de contacto, etc que se sobreinfectan. Se extiende con el rascado de las lesiones y es contagiosa. El tratamiento es tópico con mupirocina o ácido fusídico. La madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelto.²¹

Dermatitis víricas por herpes o varicela

Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta.²¹

Dermatitis de contacto

Causada por contacto directo con irritante o alérgeno. El tratamiento consiste en evitar la sustancia irritante y aplicar corticoides tópicos. No contraindica la lactancia.²¹

Candidiasis

Causada por diversas variedades de cándida, parásitos de 'hongos', especialmente cándida albicans. Puede manifestarse en el pezón, areola, pliegue intermamario y submamario. Pueden aparecer en lactantes cuya madre tenga

una mastitis estafilocócica. La piel está eritematosa, ligeramente edematosa y puede que en la superficie haya elementos vesiculo-pústulosos. Es muy típico observar cómo estas áreas están delimitadas por un fino reborde escamoso, apareciendo lesiones satélites, provoca prurito intenso y quemazón, sin fiebre. Tópicamente se puede emplear miconazol, ketoconazol o terbinafina. Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta.²¹

PATOLOGIAS MATERNAS QUE PUEDEN SER CAUSA DE UN DESTETE PRECOZ

SEPTISEMIA

Se debe al estado de la madre, al uso de algunos medicamentos y a la posibilidad de contagio.²⁰

PREECLAMPSIA

El recién nacido puede ser pequeño para la edad gestacional o requerir cuidado neonatal intensivo. Si se encuentra bien se podrá comenzar la lactancia cuando la toxemia se esté superando y la madre se encuentre recibiendo dosis bajas de sedantes. Si fue tratada con sulfato de magnesio puede lactar. Si el bebé se encuentra en terapia intensiva, es importante la extracción de leche para su alimentación.²⁰

TROMBOEMBOLIA.

Dependerá del estado de la madre y grado de afectación. Si se encuentra recibiendo tratamiento con anticoagulantes no se contraindica la lactancia, excepto con la fenindiona.²⁰

HIPERTENSION ARTERIAL

Algunos medicamentos están contraindicados durante la lactancia. Se deberá lactar bajo vigilancia.²⁰

ANEMIA

Una madre anémica que recibe tratamiento puede dar pecho sin ningún inconveniente. Ni la anemia ni el tratamiento la contraindican, más bien al contrario, el inicio inmediato de la lactancia aumenta la oxitocina que produce la contracción uterina disminuyendo la hemorragia y el retraso de menstruaciones, ahorra hierro y aumentan los niveles de ferritina.^{21, 20}

DIARREA

La diarrea materna no contraindica la lactancia y menos cuando es de origen infeccioso, ya que los gérmenes NO se transmiten por la leche y sí los anticuerpos que crea la madre pueden proteger al bebé. Es muy importante el lavado de manos riguroso, así como aumentar el aporte de líquidos de la madre, para ello se puede utilizar una solución de rehidratación oral.²¹

INFECCIONES

La mayoría de las enfermedades infecciosas permiten continuar con la lactancia. Los anticuerpos específicos presentes en la leche materna protegen al lactante, por lo que continuar con la lactancia no sólo es aconsejable sino muy recomendable. Las infecciones más comunes son infecciones de vías respiratorias que en ningún caso hay que interrumpir la lactancia, sino tomar medidas higiénicas.²⁰

HEPATITIS

No es necesario suspender la lactancia. Se puede proteger al lactante con gammaglobulina, y acentuar las medidas higiénicas. Si hay enfermedad clínica con virus B, lo más probable es que el recién nacido ya haya sido expuesto al virus, y el manejo debe ser en las primeras 12 horas con gammaglobulina hiperinmune HB y con la aplicación de vacuna HB, que se repetirá al mes y a los seis meses.²⁰

HERPES

Sólo se suspende la lactancia si existen lesiones herpéticas sobre el pezón. Lepra. No se contraindica la lactancia si la madre está en tratamiento.²⁰

SIFILIS.

La madre puede amamantar siempre y cuando esté en tratamiento y no se presenten en los pezones lesiones primarias y secundarias que puedan contener treponema.²⁰

TOXOPLASMOSIS.

No hay evidencia para suspender la lactancia.²⁰

TRICOMONIASIS.

El metronidazol está contraindicado en los primeros seis meses de vida. Si es necesario administrarlo, se suspenderá la lactancia por 24 horas y se dará una sola dosis de 2 g.²⁰

TUBERCULOSIS

En el caso de enfermedad tuberculosa Si es activa y lleva menos de 30 días de tratamiento la madre puede extraerse la leche, desecharla. Una vez que pase este periodo puede dar de lactar. Mientras la madre sea bacilífera se debe separar a la madre de su hijo o hija por el riesgo de contagio. De la misma manera, si tiene una mastitis con eliminación de bacilos no se debe dar leche hasta que se asegure de que no los elimina por esa vía, mientras, puede hacer extracción para mantener la lactancia y desecharla. Si lleva más de 2 meses de tratamiento en el momento del parto, comprobar la negatividad en dos esputos y continuar el tratamiento si fuera necesario.^{6, 20, 21}

VIH/SIDA

Los tratamientos antiretrovíricos actuales permiten que estos niños tengan una lactancia exclusivamente materna hasta los 6 meses y sigan recibiendo lactancia materna al menos hasta los 12 meses con un riesgo significativamente menor de transmisión del VIH.^{23, 4, 6}

DIABETES

La lactancia materna es muy recomendable para la madre diabética, mejora su tolerancia a la glucosa y además se evitan las hipoglucemias del bebé ya que la leche contiene más glucosa. Las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre realice un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, alimentación y ejercicio y dar el pecho a demanda, respetando el horario de comidas materno.^{21, 24}

TRASTORNOS DE LA FUNCION TIROIDEA

El tratamiento sustitutivo del hipotiroidismo materno mediante hormona tiroidea no interfiere con la lactancia. Tampoco el hipertiroidismo contraindica la lactancia, aunque el tratamiento con antitiroideos requiere mayor control.²¹

CARDIOPATIA

La lactancia depende de la gravedad de la lesión y de la incapacidad que origine a la madre. Si está compensada, no hay problema en que dé lactancia materna. Se ha demostrado que no afecta a la frecuencia cardiaca, ni aumenta el gasto cardiaco ni la presión arterial. Si la madre está en situación de insuficiencia cardiaca moderada o severa, el esfuerzo al dar de mamar puede dificultar su propia recuperación.²¹

PROLACTINOMA

Las mujeres que tienen este tumor hipofisario productor de prolactina pueden dar pecho, ello no afecta al bebé ni ocasiona crecimiento del tumor.²¹

FLEBITIS, TROMBOSIS

La lactancia puede continuar, la heparina no la contraindica²¹

CIRUGIA MAMARIA

Con la cirugía radical de la mama o grandes extirpaciones se pierde la posibilidad de lactar por esa mama. Se aconseja dar lactancia siempre que la glándula conserve el sistema excretor íntegro (con ambos o con uno). No se ha encontrado evidencia para retirar la lactancia materna a las madres que llevan implantes, pero sí debe saber qué tipo de implante se ha utilizado, por si se ha dañado la glándula. Los “piercing” no contraindican la lactancia materna, pero hay que retirarlos para evitar atragantamiento del bebé.²¹

PROCESOS ONCOLOGICOS

La lactancia está contraindicada en estos casos, salvo en situaciones de remisión. Si se pudiera anteceder a la práctica de alguna prueba o tratamiento, la madre puede extraerse y almacenar la leche. Los fármacos antineoplásicos y los compuestos radioactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo. No deben retrasarse los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la madre. Si fuera preciso practicar pruebas con isótopos, se puede interrumpir la lactancia en función de la vida media del isótopo (unas 72 horas si se emplea tecnecio 99). Si la madre conoce la fecha de la prueba puede extraerse leche los días anteriores. Teóricamente, después de cuatro semanas de suspendido el tratamiento de quimioterapia, es posible relactar.²¹

DEPRESION

No hay que suspender la lactancia ni por la depresión ni por su tratamiento, la suspensión puede empeorar el estado anímico de la madre. Se recomienda que esté acompañada y valorar cada caso. Los fármacos que se suelen utilizar son seguros (paroxetina, sertralina y nortriptilina).²¹

EPILEPSIA

La mayoría de los fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia. En el caso de tomar fenobarbital hacer un destete progresivo. Valorar la situación de cada madre, con respecto a la frecuencia y el tipo de crisis.²¹

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de tránsito desde la niñez a la edad adulta en el que se dan cambios físicos que llevan a la posibilidad de reproducirse, cambios cognoscitivos con los que se pasa de los patrones psicológicos de la niñez a los patrones del adulto y cambios psicosociales que deben llevar a la consolidación de la independencia socioeconómica. En ese periodo de rápido crecimiento y desarrollo, los/as jóvenes adquieren capacidades y se enfrentan a retos nuevos; se les abre un abanico de oportunidades, pero también de vulnerabilidad para conductas de riesgo, quizás con consecuencias de por vida como por ejemplo el embarazo adolescente (EA)¹. Que sea posible el embarazo en la adolescencia no significa que el proceso madurativo haya culminado.²⁵

PANORAMA MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera población adolescente a la que se encuentra entre 10 y 19 años de edad. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad.²⁰ De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años.²⁶

Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.²⁶

Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos madres menores de 15 años aumentaron.²³ El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrega a esto que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años²⁶

CONSECUENCIAS DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas

disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años. Aunque existen pocos estudios sobre el tema en México, se ha observado que los hijos e hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer.²⁶

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes son: bajo peso al nacer, apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, que es dos veces mayor que el caso de hijos de mujeres mayores. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación porque se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.²⁷

PANORAMA EN MEXICO

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. Según reporta la ENSANUT a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta

demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012.²⁶

CAMBIOS EN EL DESARROLLO CORPORAL

El crecimiento de un individuo puede distinguirse dos periodos importantes: la pubertad y la adolescencia. La pubertad hace referencia al aspecto fisiológico (físico-químico), caracterizado por la transformación físico sexual del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad, y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en el niño con las primeras eyaculaciones. La adolescencia constituye una época que abarca varios años. Adolescencia y de su raíz *adolescere*, falta, carencia. Los adolescentes adolecen de una parte importante del conocimiento, viven una etapa de transición en la que empiezan a adquirir experiencia y a aprender de sus errores. Constituye la transición hacia la vida adulta.²⁷

El EA se entiende como un embarazo de riesgo, lo que desde luego admite matices, que parece tener que ver ya sea con la falta de un adecuado seguimiento antenatal o con la datación tardía del embarazo. Cuando la adolescente tiene menos de 15 años se considera un riesgo medico directamente ligado a la edad, por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil de

los hijos. En esa franja de edad hay más anemia y la cesárea es muy frecuente. Como consecuencias del EA se observan, en madres < 16 años, soldadura precoz de cartílagos y desmineralización ósea en caso de lactancia materna, mientras por encima de los 15 años los criterios pronósticos son sobre todo los socioeconómicos.²⁵

El bajo nivel de estudios está íntimamente asociado a la maternidad temprana.²⁵

El embarazo en adolescentes resulta caro y gravoso, personal y socialmente a corto, medio y largo plazo. La OMS propone: 1) desarrollar intervenciones y políticas que fortalezcan la capacidad de las familias y de las comunidades para proteger a los adolescentes y sostener su desarrollo saludable; 2) aumentar la capacidad de los responsables políticos y de los profesionales para llevar a cabo actividades que mejoren los factores de protección; 3) apoyar los esfuerzos para medir la ejecución y la eficacia de las intervenciones; y 4) apoyar intervenciones y políticas de apoyo que proporcionen los servicios sociales básicos, como el acceso a la educación de calidad, servicios de salud y asesoramiento para todos los adolescentes. Solo la constitución de una sólida red socio sanitaria, con una potente base educativa, puede mejorar la atención y el futuro de las madres y padres adolescentes y la prevención de este tipo de embarazos. Las sociedades científicas deben colaborar en la elaboración de programas sociales novedosos que integren aspectos educativos y sanitarios.²⁵

La lactancia materna exclusiva disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo. A pesar de los múltiples beneficios que ofrece este tipo de alimentación para el lactante, no parecen ser suficientes para que las madres prolonguen su duración, observándose en México que su prevalencia se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina. Por lo que es necesario conocer ¿Cuáles con los factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en adolescentes admitidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” en la Ciudad de México en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016?.

La leche materna es el alimento natural y óptimo para el recién nacido en los primeros 6 meses, ya que aporta todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. La lactancia materna (LM), adicionalmente, favorece el establecimiento del vínculo materno-filial, se asocia a una reducción del riesgo de infecciones en la infancia (asma, dermatitis, obesidad o diabetes) e incrementa las puntuaciones del coeficiente intelectual; en la madre se asocia a menor riesgo de cáncer de mama y ovario, y de diabetes tipo 2

La leche materna es la norma fisiológica para la nutrición infantil. A pesar de las recomendaciones de las principales organizaciones de salud, como los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la Academia Estadounidense de Práctica Familiar (AAFP), UNICEF, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Servicio Nacional de Salud Pública (NPHS), todos los cuales declaran que el infante, sin ninguna contraindicación médica, deben amamantar exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, seguido de la combinación de leche materna y alimentos sólidos hasta que el bebé tenga al menos 12 meses de edad, hay mujeres que no lo hacen.

En México, durante la década de los setenta el porcentaje de madres que inició la LM fue de 78%, con una duración media de 8.7 meses, en el que se observó que los lactantes de 3 meses eran alimentados en forma exclusiva en un 15.3% y que 22% nunca fueron alimentados al seno materno. Durante la década de los ochenta el 83% de las madres inició la LM, con una duración media de 8.6 meses, 14% de los lactantes menores de cuatro meses nunca recibieron leche materna y sólo 11.5% fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Se han descrito numerosos factores asociados a no iniciar LME o abandonarla antes de los 6 meses: menor edad de la madre, bajos niveles socioeconómico y de estudios, condiciones laborales sin apoyo de la empresa, inadecuada atención al parto y postparto, bajo peso al nacer, percepción de no tener suficiente leche, experiencias negativas anteriores de lactancia y posicionamiento prenatal sobre la LME, etc.

Sin embargo, a menos que un médico busque capacitación y aprendizaje adicional, muchos médicos carecen del conocimiento para aconsejar adecuadamente a las madres que amamantan en estos días, que, es esencial

para establecer el suministro de leche y así permitir que las madres no solo inicien la lactancia sino alimentar exclusivamente con leche materna durante el tiempo que ellos y sus bebés deseen.

Las adolescentes constituyen un grupo heterogéneo, según se considere su edad, sus momentos de desarrollo, sus experiencias, su madurez afectiva y psicológica o sus condiciones de vida. Que sea posible el embarazo en la adolescencia no significa que el proceso madurativo haya culminado. El embarazo en adolescentes resulta caro y gravoso, personal y socialmente a corto, medio y largo plazo. A lo largo del embarazo y en el posparto debe apoyarse la lactancia materna (grado de recomendación B) no solo por los beneficios para el desarrollo físico del neonato, sino también para favorecer y estimular la relación positiva madre-hijo/a.

La presente investigación se justifica argumentando que es necesario conocer los factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en adolescentes en nuestra población; ya que se ha descrito que las tasas bajas y el abandono precoz del amamantamiento acarrearán considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos asimismo hay pruebas extensas de los beneficios de salud a corto y a largo plazo de la LM para los recién nacidos y para las madres, la reducción de las tasas de morbilidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia. A pesar de los riesgos asociados a la lactancia artificial o al abandono de la LME, y los esfuerzos que los países realizan desde hace décadas para la protección,

promoción y apoyo de la LME, su prevalencia es baja en todo el mundo. Con esta información se podrán tener elementos consistentes para implementar medidas que permitan hacer más efectiva la lactancia materna logrando beneficios para las madres y para más niños. Así mismo se espera que como impacto, esta información aporte al conocimiento de los factores que afectan la duración de la lactancia materna, convirtiéndose en herramienta de consulta y de fundamentación para la elaboración de acciones encaminadas a la protección apoyo y promoción de la lactancia.

III. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y ambispectivo a 104 adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de Agosto y 31 de Octubre del 2017.

Se realizó un censo por lo que no se requirió de una estrategia de muestreo, y mediante la aplicación de cuestionarios de 24 ítems sobre lactancia materna vía telefónica la cual se complementó con la búsqueda de información por medio de los expedientes clínicos y se llevó a cabo recopilación de datos, donde se obtuvieron las siguientes variables:

1. Datos sociodemográficos: Edad, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Estado socioeconómico.
2. Antecedentes Ginecológicos: Número de embarazos, Calidad del control prenatal, Vía de resolución del embarazo, Patología asociada a la madre
3. Características de la alimentación del lactante. Si se inició o no lactancia materna exclusiva, motivos de no inicio, tiempo de lactancia materna, inicio de alimentación complementaria, inicio de alimentación con fórmulas lácteas, si hubo o no participación en algún taller de lactancia, si conocen los beneficios de la lactancia materna para el bebe y la madre, así como motivos de abandono a la lactancia materna.

Dichas variables se analizaron con estadística descriptiva, las frecuencias y los porcentajes se utilizaron para variables cualitativas y su análisis por medio de la prueba de chi cuadrada. Medias y desviaciones estándar se calcularon para variables cuantitativas y su análisis por medio de prueba de t de student. Se realizó un análisis de regresión logística univariado para identificar los principales factores asociados al inicio y abandono de la lactancia materna exclusiva por índice de posibilidades (OR). Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

Se registraron los datos obtenidos en un formato de captura de datos en cada paciente y se vaciaron en una hoja de Excel (Microsoft Office 2010), una vez logrado el levantamiento de datos, se realizó una base en el paquete estadístico SPSS versión 20.0 con la información recabada, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico descriptivo.

Este estudio se apega a los principios científicos y éticos de la declaración de Helsinki de 1964 enmendada en Tokio 1975 por la asociación médica mundial. Se trata de un estudio sin riesgo de acuerdo al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud.



HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA

FIGURA 1 FORMATO DE CAPTURA DE DATOS DE LACTANCIA MATERNA

PROTOCOLO DE ESTUDIO: PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA.

Ficha de identificación				
Nombre				
Edad				
Estado civil	1. Soltera	2. Casada	3. Divorciada	4. Unión libre
Escolaridad terminada	1. PRIMARIA	2. SECUNDARIA	3. BACHILLERATO	4. CARRERA TÉCNICA
Ocupación	1. Hogar	2.	3.	4.
Estado socioeconómico	1. Nivel	2. Nivel	3. Nivel	4. Nivel
Número de embarazos incluyendo este	PRIMIGESTA ()		MULTIGESTA ()	
Resolución del embarazo	() VIA VAGINAL		() VIA ABDOMINAL MOTIVO DE LA CESÁREA:	
Edad actual de su hijo				
LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA ENCUESTA ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL PARA FINES ESTADISTICOS, GRACIAS				
1. ¿Ha recibido el niño (a) lactancia materna durante los primeros meses de vida? 0.- No 1.- Sí				
2. ¿Inicio la lactancia materna posterior al parto o cesarea? 0.- No 1.- Sí				
3. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido lactancia materna como único alimento y bebida (lactancia materna exclusivamente)? Meses ()				
4. ¿A qué edad comenzó el niño (a) alimentación complementaria? Meses ()				
5. ¿A qué edad comenzó su hijo a utilizar formulas lácteas? Meses ()				
6. ¿Le habría gustado continuar brindando a su hijo la lactancia por mas tiempo? 0.- Sí ¿Por qué? _____ 1.- No				
7. Tras el parto ¿participo en algún taller de lactancia o apoyo a la lactancia? 0.- Sí ¿Dónde? Especificar _____ 1.- No				
8. ¿Cuánto tiempo debe durar la alimentación con leche materna de los bebes?				
9. ¿Desde cuándo una mujer empieza a producir leche?				
10. ¿Cómo debe ser mi alimentación si estoy lactando?				
11. ¿Cuándo debe comenzar la alimentación con leche materna al bebe?				
12. ¿Cuál es la mejor leche para mi bebe?				
13. ¿Cuales son los beneficios de la lactancia materna para el bebe?				
14. Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la madre?				
15. Mencione ¿cuál crees la razón o razones principales por las que no inicio la lactancia materna? Puede elegir más de una opción				

- Incorporación al trabajo
- Por deseo propio / sentí que era el momento para interrumpirla
- Dar pecho no me agradaba / dar el biberón me resulta más fácil/cómodo
- Producción insuficiente de leche /
- Escasa ganancia de peso del niño
- El niño dejó de mamar rechazo del pecho perdió el interés por mamar de desteto el/ella espontáneamente)
- Consejo de pareja. Especificar motivo: _____
- Consejo familiar
- Consejo indicación de un profesional sanitario
- Problemas de salud del niño
- Otra razón: especificar ¿cuáles? _____
- Problemas con el pezón
 - Pezón invertido, Pezón umbilicado, Dolor a al inicio de la succión, Grietas en el pezón
- Problemas con la mama
 - Agenesia, Ausencia quirúrgica, Conducto ocluido, Ingurgitación mamaria
 - Congestión mamaria, Mastitis puerperal, Absceso
- Patología materna y obstétrica
 - Septicemia, Preeclampsia, Hemorragia obstétrica, Tromboembolia, Hipertensión, Anemia, Diarrea Hepatitis, Herpes, Sífilis, Toxoplasmosis, Tricomoniiasis, Tuberculosis, VIH/SIDA, Diabetes Trastornos de la función tiroidea, Cardiopatía, Prolactinoma, Flebitis, Trombosis, Cirugía mamaria, Madre transplantada, Proceso oncológico, Depresión, Epilepsia

16. Mencione ¿Cuál es la razón o razones principales por las que no se finalizó la lactancia materna? Puede elegir más de una opción

- Incorporación al trabajo
- Por deseo propio / sentí que era el momento para interrumpirla
- Dar pecho no me agradaba / dar el biberón me resulta más fácil/cómodo
- Producción insuficiente de leche /
- no tenía leche / me quede sin leche
- Escasa ganancia de peso del niño
- El niño dejó de mamar rechazo del pecho perdió el interés por mamar de desteto el/ella espontáneamente)
- Consejo de pareja. Especificar motivo: _____
- Consejo familiar
- Consejo indicación de un profesional sanitario
- Problemas de salud del niño
- Otra razón: especificar ¿cuáles? _____
- Problemas con el pezón
 - Pezón invertido, Pezón umbilicado, Dolor a al inicio de la succión, Grietas en el pezón
- Problemas con la mama
 - Agenesia, Ausencia quirúrgica, Conducto ocluido, Ingurgitación mamaria, Congestión mamaria
 - Mastitis puerperal, Absceso
- Patología materna y obstétrica
 - Septicemia, Preeclampsia, Hemorragia obstétrica, Tromboembolia, Hipertensión, Anemia, Diarrea Hepatitis, Herpes, Sífilis, Toxoplasmosis, Tricomoniiasis, Tuberculosis, VIH/SIDA, Diabetes Trastornos de la función tiroidea, Cardiopatía, Prolactinoma, Flebitis, Trombosis, Cirugía mamaria, Madre transplantada, Proceso oncológico, Depresión, Epilepsia

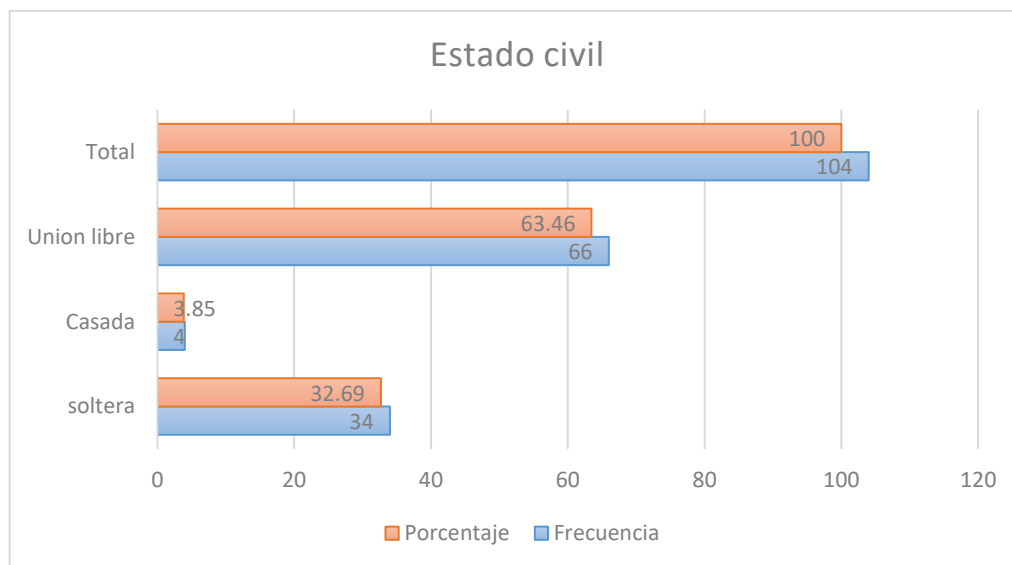
IV. RESULTADOS Y ANALISIS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Entre las características sociodemográficas en la población de estudio la media de edad fue de Edad 17.3+-1.23 años.

De las 104 pacientes 63.43% su estado civil fue unión libre, 3.85% fueron casadas y 32.69% fueron solteras.

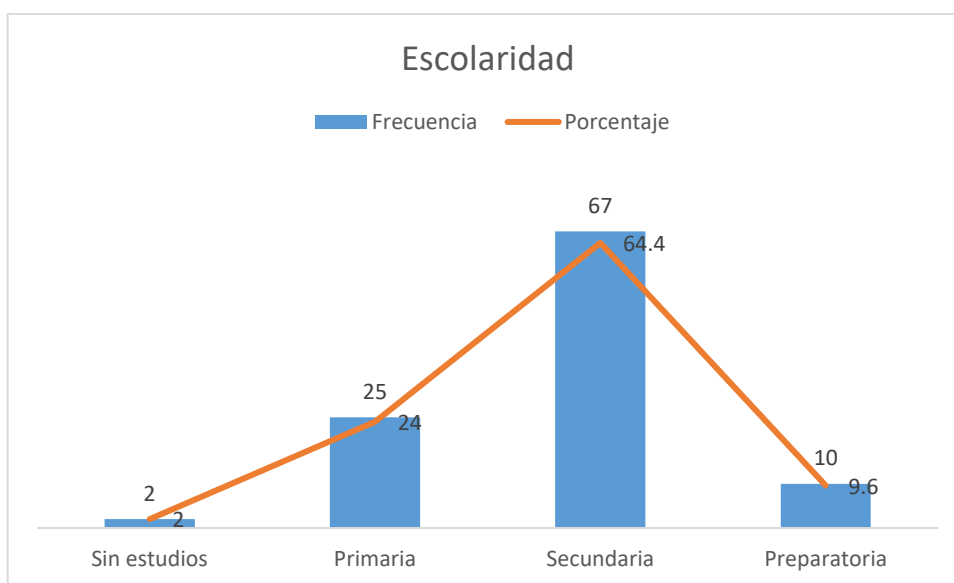
Figura 2. Estado civil de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

En cuanto a la escolaridad, la mayor grado de estudio de la mayor parte de la población fue secundaria 64.4% (n=67), seguido de primaria en 24% (n=25), preparatoria en 9.6% (n=19) y 2% (n=2) sin grado de estudios

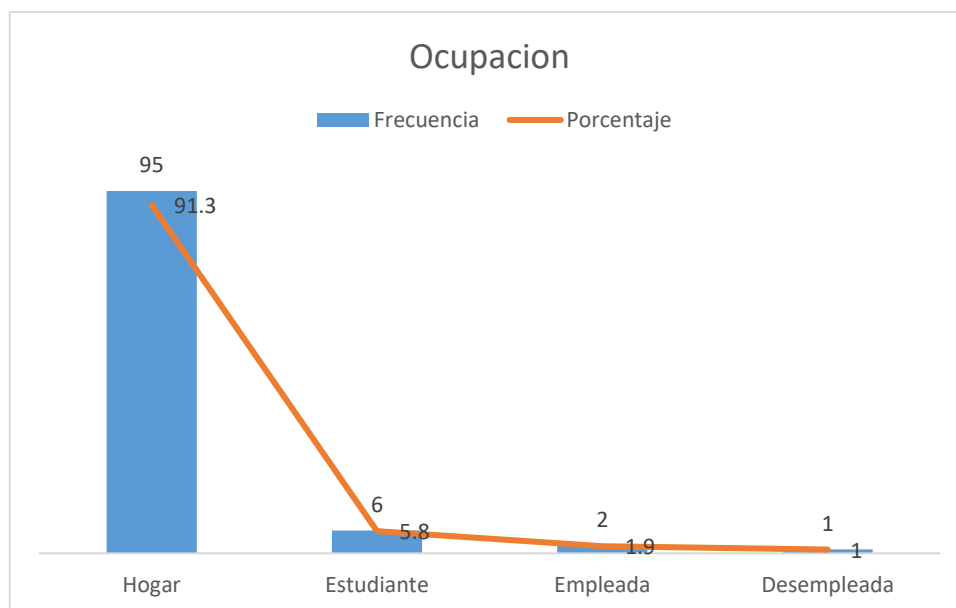
Figura 3. Escolaridad de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

En cuanto a la ocupación de las 104 pacientes en estudio el 91.3% (n=95) se dedicaban al hogar, el 5.8% (n=6) eran estudiantes, el 1.9% (n=2) empleadas y 1%(n=1) desesempleadas.

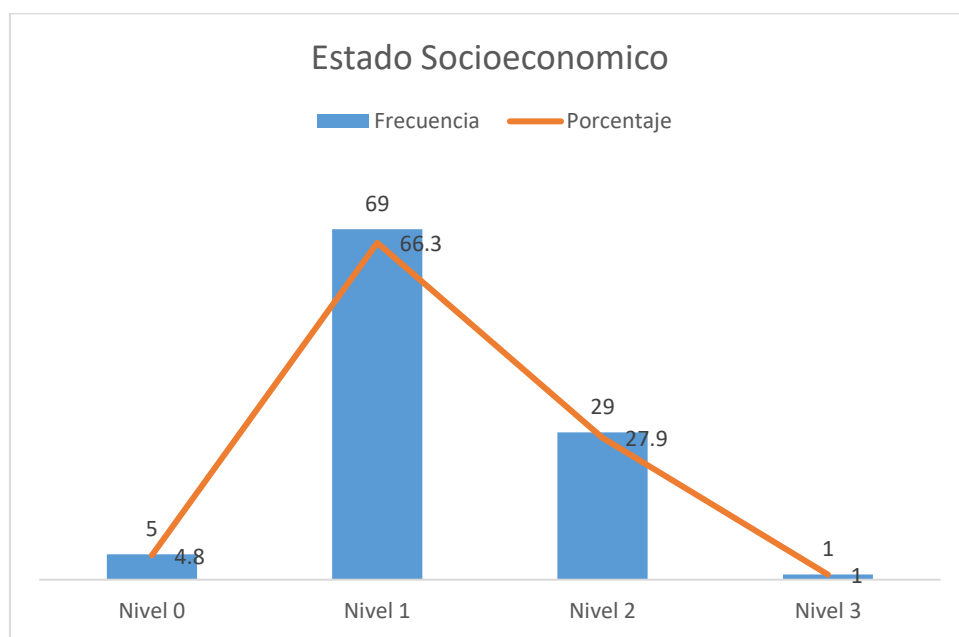
Figura 4. Ocupación de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

En el nivel socioeconómico, 66.3% (n=69) fue nivel 1, 27.9% (n=27.9) fue nivel 2, 4.8% (n=5) fue nivel 0 y 1% (n=1) fue nivel 3.

Figura 5. Estado Socioeconomico de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

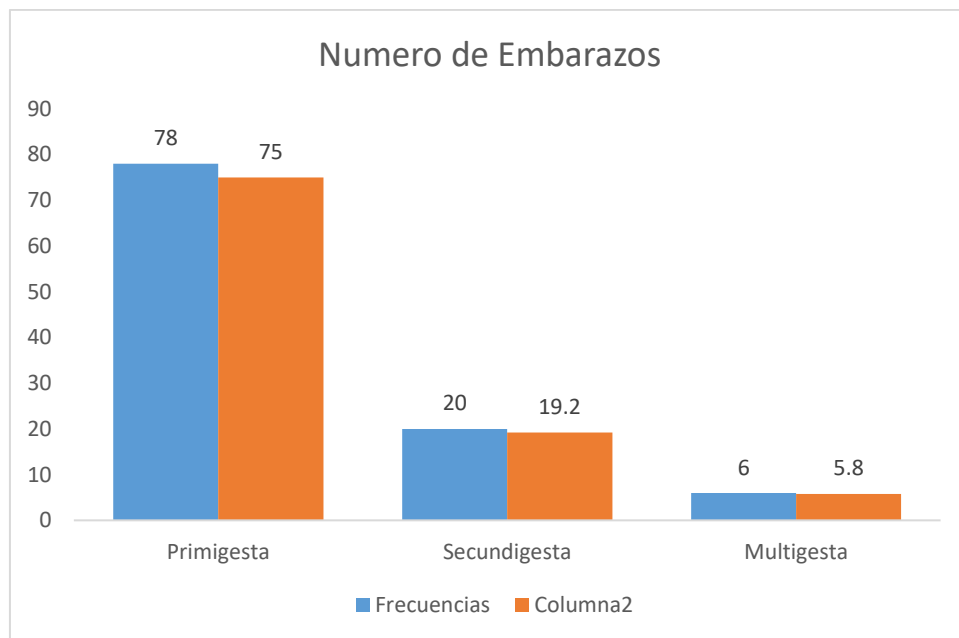


*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

CARACTERISTICAS GINECOOBSTETRICAS

Entre las características Obstétricas de nuestra población encontramos que el 75 % (n=78) de los casos eran primigestas, el 19.2% (n=20) fueron secundigestas y el 5.8% (n=6) fueron multigestas.

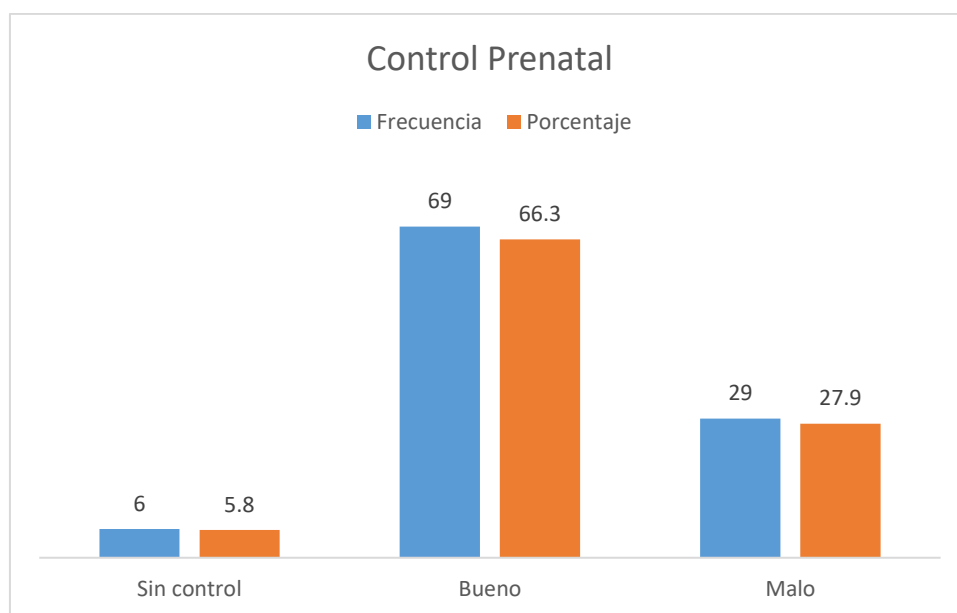
Figura 6. Numero de embarazos de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

Con respecto a los factores relacionados con la atención a la paciente, en el 63.3 % (n=69) de los casos se llevó un control prenatal adecuado, 27.9% (n=29) llevo un mal control prenatal, y el 5.8% (n=6) no llevo control prenatal.

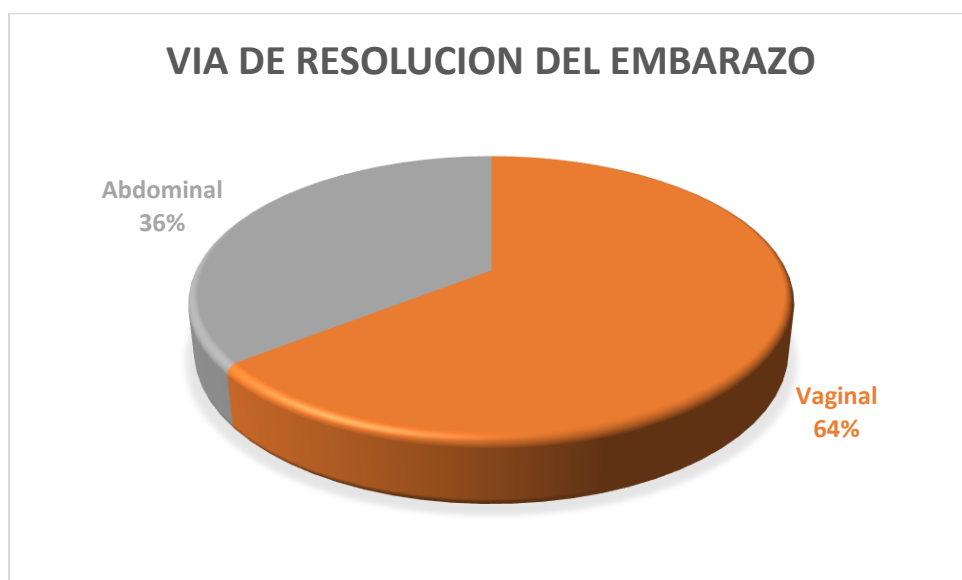
Figura 7. Control prenatal de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

El 64 % (n=67) de estos finalizaron mediante vía vaginal y el 36% (n=37) se resolvió por vía abdominal.

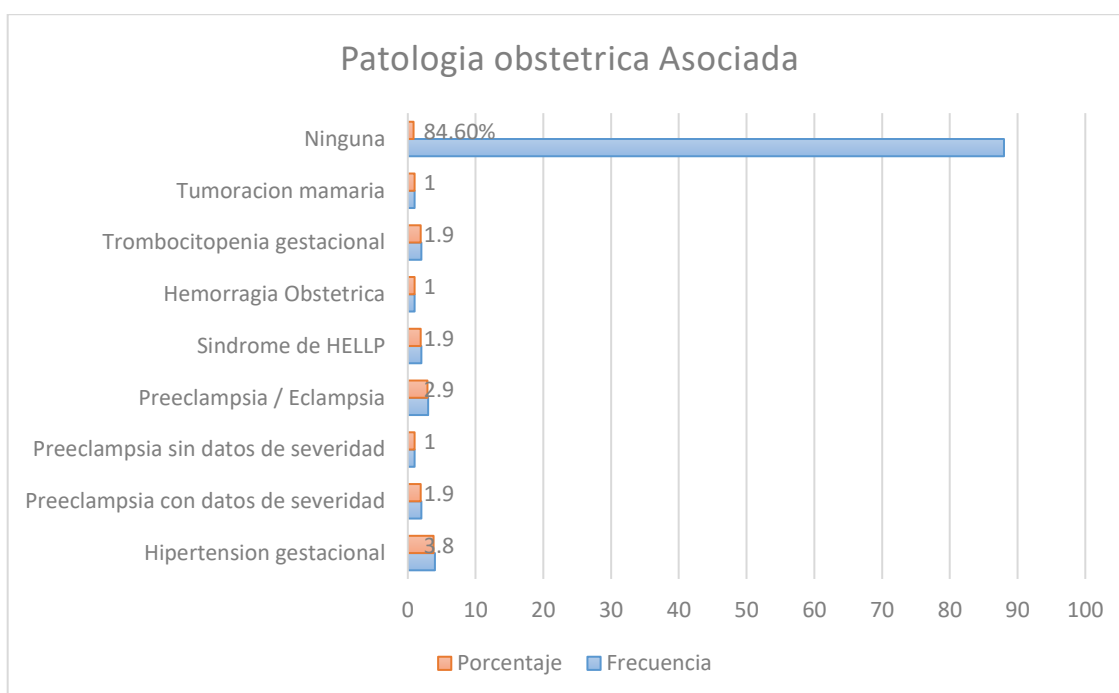
Figura 8. Vía de resolución del embarazo de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

Dentro de las patologías maternas que se presentaron durante el embarazo 84.6% fueron ausentes, 3.8% presentaron Hipertensión Gestacional (n=4), 1.9% preeclampsia con datos de severidad (n=2), 1% preeclampsia sin datos de severidad (n=1), 1.9% síndrome de HELLP (n=2), 1% Hemorragia obstétrica (n=1), 1.9% Trombocitopenia gestacional (n=2), 1% tumoración mamaria (n=1).

Figura 9. Patología obstétrica asociada de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

La gran mayoría de las pacientes (88.2%) iniciaron la lactancia materna durante la primera hora posterior al parto o cesárea excepto 6.4% (n=7).

Dentro de los motivos de no inicio de la lactancia materna posterior la hora del nacimiento el 1% asociado a problemas con la mama (n=1), el 5.5 % no la inicio por ser pacientes delicadas en UCIA (n=6).

El 61.8% con mantenimiento de la misma durante 3 meses (n=68) y el resto 31.8% con mantenimiento de la misma durante 6 meses (n=35).

Solo el 24 % (25) de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo o puerperio y 76% (n=79) no participaron en ningún taller.

Sin embargo el 76 % de las madres tuvo un grado de información adecuado sobre la lactancia.

El inicio de alimentación con formula láctea 5.8% (n=6) la inicio a partir de los 3 meses, 65.4% (n=68) a partir de los 6 meses y 32.7% (n=34) no inicio formula láctea.

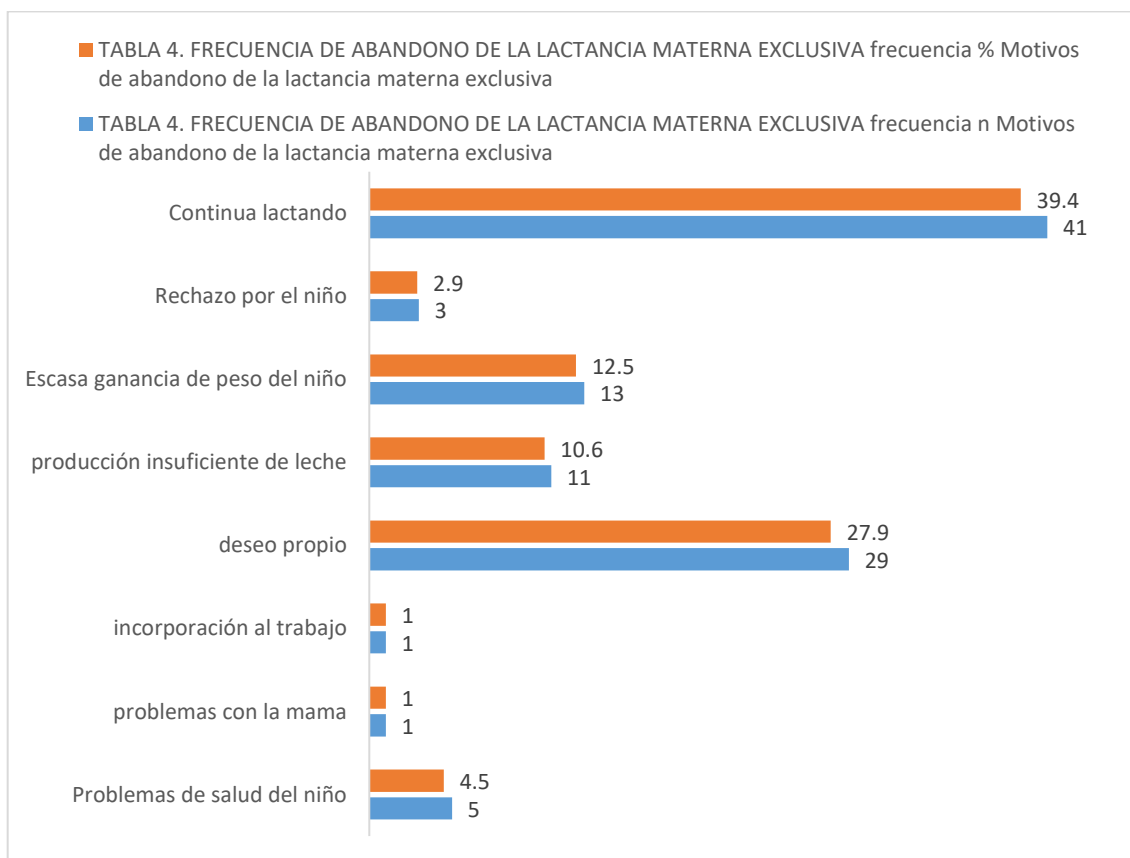
La edad de inicio de alimentación complementaria fue a los 3 meses en un 41.3% (n=43) y 58.7% (61) a los 6 meses. Tabla III.

Tabla III. CARCATERISTICAS DE LA LACTANCIA DE LA POBLACION EN ESTUDIO		
	N	%
Inicio de lactancia materna la primera hora posterior al parto o cesárea		
Si	97	88.2
No	7	6.4
Motivos de no inicio a la lactancia materna la primera hora posterior al parto o cesárea		
Problemas con la mama	1	1
Pacientes en UCIA	6	5.5
Si se inició lactancia materna	97	88.2
Lactancia materna Exclusiva		
no inicio	1	0.9
3 meses	68	61.8
6 meses	35	31.8
Edad de inicio de alimentación complementaria		
3 meses	43	41.3
6 meses	61	58.7
Leche de Formula		
no inicio	34	32.7
3 meses	6	5.8
6 meses	68	65.4
Participación en taller sobre lactancia materna durante el embarazo o puerperio		
NO	79	76
SI	25	24
Conocimientos sobre lactancia		
Si	79	76
No	25	24

*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

Los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva 4.5% (n=5) fueron secundarios a problemas de salud del niño, 1% (n=1) problemas con la mama, 1% (n=1) incorporación al trabajo, 27.9% (n=29) por deseo propio, 10.6% (n=11) por producción insuficiente de leche, 12.5% (n=11) por escasa ganancia de peso del niño, 2.9% (n=3) Rechazo por el niño y 39.4% (n=41) actualmente continua lactando. Tabla IV.

Figura 9. Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva de las pacientes adolescentes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.



Tabal IV. Variables socioeconómicas en relación al tiempo de lactancia materna.				
ESTADO CIVIL	TIEMPO LACTANCIA MATERNA			p
	no inicio	3 meses	6 meses	
Soltera	1	21	12	0.598
Casada	0	2	2	
Union libre	0	45	21	
ESCOLARIDAD	TIEMPOLACTANCIAMATERNA			
	no inicio	3 meses	6 meses	
Sin estudios	0	1	1	0.311
Primaria	1	12	12	
Secundaria	0	48	19	
Preparatoria	0	7	3	
OCUPACION	TIEMPOLACTANCIAMATERNA			
	no inicio	3 meses	6 meses	
Hogar	1	59	35	0.516
Estudiante	0	6	0	
Empleada	0	2	0	
Desempleada	0	1	0	
ESTADO SOCIOECONOMICO	TIEMPOLACTANCIAMATERNA			
	no inicio	3 meses	6 meses	
Nivel 0	0	4	1	0.351
Nivel 1	1	49	19	
Nivel 2	0	14	15	
Nivel 3	0	1	0	

*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

Los factores sociodemográficos enlistados en la tabla 5, demostraron tener poca significancia estadística encontrando sus p mayor de 0.598. Por lo tanto no hay una relevancia con la presencia de dicho factor y sin la presencia del mismo por lo cual para objetivo de este estudio no son factores de relevancia para el abandono de la lactancia materna.

Tabla V. Variables clínicas de la madre en relación al tiempo de la lactancia				
	Tiempo de lactancia materna			
NUMERO DE EMBARAZOS				
	no inicio	3 meses	6 meses	p
Primigesta	0	51	27	0.274
Secundigesta	1	12	7	
Multigesta	0	5	1	
CONTROL PRENATAL				
	no inicio	3 meses	6 meses	
Sin control	0	6	0	0.168
Bueno	1	40	28	
Malo	0	22	7	
VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO				
	no inicio	3 meses	6 meses	
Vaginal	1	42	24	0.599
Abdominal	0	26	11	
PATOLOGIA OBSTETRICA ASOCIADA				
	no inicio	3 meses	6 meses	
Hipertensión gestacional	0	2	2	0.0001
Preeclampsia con datos de severidad	0	2	0	
Preeclampsia sin datos de severidad	0	0	1	
Preeclampsia / Eclampsia	0	3	0	
Síndrome de HELLP	0	2	0	
Hemorragia Obstétrica	0	2	0	
Trombocitopenia gestacional	0	2	0	
Tumoración mamaria	0	0	1	
Ninguna	0	56	32	

Tabla VI. CARCATERISTICAS DE LA LACTANCIA DE LA POBLACION EN ESTUDIO				
	TIEMPOLACTANCIAMATERNA			p
Inicio de lactancia materna la primera hora posterior al parto o cesarea				
	no inicio	3 meses	6 meses	
si	0	68	35	0
no	1	0	0	
Motivos de no inicio a la lactancia materna la primera hora posterior al parto o cesárea				
Problemas con la mama	1	0	0	0
Si se inicio lactancia materna	0	68	35	
Edad de inicio de alimentación complementaria				
3 meses	0	43	0	0
6 meses	1	25	35	
Participación en taller sobre lactancia materna durante el embarazo o puerperio				
si	1	5	23	0
no	0	63	12	
Conocimientos sobre lactancia				
si	1	43	35	0
no	0	25	0	
Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva				
Problemas de salud del niño	0	5	0	0
problemas con la mama	1	0	0	
incorporación al trabajo	0	1	0	
deseo propio	0	29	0	
producción insuficiente de leche	0	10	1	
Escasa ganancia de peso del niño	0	13	0	
Rechazo por el niño	0	3	0	
Continua lactando	0	7	34	

*Fuente tomada de formato de captura de datos de lactancia materna pacientes cuyo parto vaginal o abdominal fue atendido en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, durante el mes estadístico de 01 de agosto y 31 de octubre del 2017.

V. DISCUSION

En nuestro estudio se muestra que la baja capacitación de las mujeres embarazadas o puérperas, repercute importantemente en su decisión de abandonar la lactancia una vez que tienen a sus productos. Sin embargo los resultados muestran nivel de conocimientos aumenta la posibilidad de que las mujeres de nuestro estudio abandonen la lactancia a partir de los 3 meses.

De acuerdo a lo que se comenta por Flores⁷, en su artículo publicado en el 2006, su resultado coincide con el nuestro. Contrastando la gran importancia que tiene la capacitación en las madres que inician la lactancia y su repercusión positiva a corto plazo, así como, la pobre capacitación en las madres es el principal factor que contribuye a una mala evolución de la lactancia, en su estudio, el autor lo enlista en una serie de factores como diversos al igual que en nuestro estudio, el nivel de significancia entre las otras variables no resulto estadísticamente significativo.

Además del antes citado; nuestros resultados son análogos a lo reportado por Jiménez en 2009⁶, quien establece la importancia fundamental que ejerce el personal de salud en el desarrollo de una lactancia materna satisfactoria y con una buena duración y evolución tanto para la madre como para el producto.

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio el no recibir una orientación adecuada sobre la lactancia materna impacta de manera importante en las pacientes, favoreciendo que desconozcan técnicas y conocimientos básicos de

la lactancia, contribuyendo así una mala práctica y a un abandono temprano de la misma, este es un punto en donde el personal de primer y segundo nivel de atención de salud puede intervenir para modificar de manera significativa la evolución de este periodo en las pacientes.

Nuestros resultados arrojan como factores de gran relevancia la necesidad de las mujeres de ser capacitadas de manera adecuada y fácil por parte del personal de salud para que desarrollen el conocimiento y técnicas necesarias para una buena lactancia de manera homologa a lo publicado por Flores A, Bustos M V, González R, en su artículo publicado en el 2006 la no accesibilidad de las pacientes a platicas de capacitación para educarlas sobre la lactancia tiene un profundo impacto en la duración y calidad de la misma, mismos resultados se han documentado en el presente estudio^{2,4}. Otro de los resultados relevantes de nuestro estudio es que existen otros factores no reportados en estudios previos asociados a patología obstétrica durante el embarazo o puerperio que ameritan uso de terapia intensiva en adultos lo cual limita una lactancia exitosa durante la primera hora posterior al parto o cesárea, complicando su evolución hasta el abandono precoz como son Preeclampsia con datos de severidad, preeclampsia eclampsia y síndrome de HELLP.

VI. CONCLUSIONES

Podemos concluir en este estudio que hay factores que se asocian al abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres adolescentes derechohabientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera, en otras fuentes se encontraron algunos resultados útiles sin embargo entre los que no hubo asociación de: La edad materna, vía de nacimiento, control prenatal, tipo de familia, escolaridad y nivel socioeconómico.

El principal factor que contribuye a un abandono precoz de la lactancia que encontramos en el estudio, se asoció con patologías propias del embarazo complicado así mismo dentro de los motivos de mantenimiento y abandono se encontró una bajo participación en talleres sobre lactancia materna a pesar de que las pacientes tuvieron un alto conocimiento sobre los beneficios que esta tiene, que repercute importantemente en su decisión de abandonar la lactancia una vez que nacen sus productos. Esto es un área de oportunidad para aplicar estrategias en primer y segundo nivel de atención en salud es donde se debe hacer énfasis en la educación de la paciente, mismo factor que se ha citado en diversos artículos^{1, 2, 4} siendo este el que se relaciona estrechamente con la calidad y duración de la lactancia; al respecto se considera la implementación de técnicas didácticas diferentes para mejorar la capacitación de las pacientes con talleres asistenciales principalmente en las áreas de primer contacto con el paciente.

VII. RECOMENDACIONES

Fortalecer la educación en salud, con visión de empoderamiento del grupo de mujeres adolescentes.

Delimitar equipos altamente capacitados y conscientes de la importancia de lograr sus objetivos formativos

Integrar metas claras orientadas en la cobertura de real de la población blanco.

Establecer redes de apoyo con seguimiento hacia las madres en lactancia.

Ofrecer talleres de apoyo a la lactancia materna para hacer conciencia de los beneficios de la lactancia de lunes a domingo por parte de Clínica de la lactancia así como extensión de horario de servicio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS U. INCIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral LACTANCIA PROMOCIÓN Y APOYO. 2008.
2. Aguilar-Palafox, M.I, Fernandez-Ortega MA. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM. 2007; 50 (monografía):1-6. file:///C:/Users/Fernando/Documents/INVESTIGACION 2016/lactancia/lactancia materna, articulo.pdf.
3. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, de la Cruz Olvera T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. Aten Primaria. 2016; 48(9):572-578. doi:10.1016/j.aprim.2015.10.004.
4. Alimentación del lactante y del niño pequeño. www.who.int. 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
5. Paola K, Miranda L, Tinoco EP. El Valor De La Procreación Y El Embarazo Desde La Cosmovisión Mesoamericana. 2012;2(2):42-58.
6. Aguilar MTH, Aguayo J. La lactancia materna . Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica . Recomendaciones del Comité. An Pediatr. 2005;63(4):340-356.
7. Unidas N, York N. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. 2015.

8. Asunción. La OPS/OMS urge a renovar los esfuerzos para promover la lactancia materna y que los niños tengan el mejor comienzo en la vida. D Of la Fed. 2007.
http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1166:lactancia-materna-y-que-los-ninos-tengan-el-mejor-comienzo-en-la-vida&Itemid=255
9. Primero T. Ley general de salud. 2006.
10. Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
11. Ordaz GD. Ley Federal del Trabajo. 2015:1-257.
12. Nacional P, Prevención D. Cruzada Nacional contra el hambre.
13. Salud SDE, Agricultura SDE, Rural D, et al. NOM-043-2012 Secretaria de salud. 2013;24.
14. Administrativo FDP. NOM 007-2016-Secretaria de salud. 2016:57-88.
15. Prevencion PLA, Epidemiologica CYV, Cancer DEL, Uterino C. NOM 014-2007-Secretaria de salud. 2007; 52:52-70.
16. Unicef. Lactancia Materna. Unicef. 2012; 1:55.
<http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>.
17. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. Curr Probl Pediatr Adolesc Heal Care. 2017;47(12):305-310. doi:10.1016/j.cppeds.2017.10.001.

18. Creasman WT. Clinical Gynecologic Oncology: Eighth Edition. Vol I.; 2012. doi:10.1016/B978-0-323-07419-3.00001-1.
19. Kim E-K, Reidinger C, Robertson A, et al. Physiology of Lactation. Hanyang Med Rev. 2016; 30(1):1. doi:10.7599/hmr.2010.30.1.1.
20. De V. CAALMA. Curso Avanzado de Apoyo a La Lactancia Materna.; 2008.
21. Nieto García JI, González C. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Rioja Salud. 2010:1-72. doi:10.1016/j.anpedi.2011.01.036.
22. Pearlman MD, Griffin JL. Series de Especialidad Clínica. Patología Benigna de mama. Gynecol (Obstet GynecolObstet Gynecol. 2010; 116116:747-58747. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ee9fc7.
23. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Transmisión del VIH a través de la lactancia Transmisión del VIH Revisión de los conocimientos actuales. Organ Panam la Salud, Gob Chile Minist Salud, Partnersh Matern Newborn Child Heal. 2004:1-40. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9275326029_spa.pdf.
24. Achong N, Duncan EL, David McIntyre H, Callaway L. The Physiological and Glycaemic Changes in Breastfeeding Women with Type 1 Diabetes Mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2017;0(0):93-101. doi:10.1016/j.diabres.2017.11.005.
25. Ginecologi D. Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). Progresos Obstet y Ginecol. 2014;57(8):380-392. doi:10.1016/j.pog.2014.07.006.

26. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2015.
27. M M-CA y H-V. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obs Mex. 2015:294-301.
28. Ramiro González MD, Ortiz Marro´n H, Arana Cañedo-Arguñelles C, et al. Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. An Pediatr. 2017;(xx). doi:10.1016/j.anpedi.2017.09.002.