



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21

“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”



**“PREVALENCIA DE AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1- 2AÑOS DELA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21”**

NUM DE REGISTRO: R- 20123703-13

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA MONROY LEÓN

ASESORES:

**DR. RAFAEL PEREZ VILLEGAS M.C; MF.
DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON M.C, MSP, M en C**

MEXIO. D.F. 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”



“PREVALENCIA DE AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1- 2AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21”

NUM DE REGISTRO: R- 20123703-13

DRA. CLAUDIA MONROY LEON



ASESORES

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, IMSS.

RAFAEL PÉREZ VILLEGAS. MC MF ADSCRITO A LA UMF 21
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Unidad de Medicina Familiar No. 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza D.F. Código Postal 15900



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”



**“PREVALENCIA DE AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1- 2AÑOS DELA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21”**

NUM DE REGISTRO: R- 20123703-13

DRA. CLAUDIA MONROY LEON

AUTORIZACIONES

Dr. José Luis Ortiz Frías
Director Médico
Unidad de Medicina Familiar No.21.
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Dra. Leonor Campos Aragón
Coordinadora de Educación e
Investigación en Salud
Unidad De Medicina Familiar No. 21
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Dr. Jorge Meneses Garduño
Profesor Titular de la Especialidad
en Medicina Familiar
Unidad De Medicina Familiar No. 21
Instituto Mexicano Del Seguro Social

Dra. Patricia Alcántara Hernández
Profesor Adjunto del Curso de
Especialización
en Medicina Familiar
Unidad De Medicina Familiar No. 21
Instituto Mexicano Del Seguro Social

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Mario e Irma, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron en todas mis decisiones. Los quiero mucho.

A mis hermanas Rocío y Adriana, gracias por preocuparse por su hermana mayor, gracias por compartir sus vidas, pero sobre todo gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida.

A mi sobrino Santiago: Gracias por existir y llenar mi vida de alegría.

INDICE

Resumen.....	6
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	11
Marco teórico.....	12
Objetivos.....	24
Hipótesis.....	25
Material y Método.....	26
Resultados.....	31
Discusión.....	44
Conclusiones.....	47
Sugerencias.....	48
Anexos.....	49
Bibliografía.....	53

RESUMEN

PREVALENCIA DE AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1-2 AÑOS, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21

Dra. Rafael Pérez Villegas* Dra. Leonor Campos Aragón. **Dra. Claudia Monroy León***

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. En nuestro país existe disminución de LME y una introducción cada día más temprana de los sucedáneos de la leche materna. Es importante identificar la prevalencia de la ausencia de LME y los factores asociados, con la finalidad de buscar estrategias que nos permitan realizar una intervención y así evitar en lo posible las complicaciones por la ausencia de esta.

Objetivos: Determinar prevalencia de ausencia de LME y factores asociados en niños de 1- 2 años de UMF N° 21.

Materiales y Métodos: Estudio, transversal durante Agosto a Diciembre de 2012. Se realizó encuesta a 290 madres con niños de 1 a 2 años de edad. Se aplicó instrumento de características de lactancia se obtuvo análisis estadístico Bivariado mediante la prueba de X^2 en SPSS 20 con $p < 0.005$

Resultados: Se incluyeron 290 binomios las madres con edad de menos de 20 a 35 años; el 44.8% escolaridad de preparatoria, 48.3 % trabajadoras. La prevalencia de ausencia de lactancia materna fue de 58.9%, los motivos de abandono de lactancia materna dependiente del niño fue: no satisface 60%, dependiente de madre, actividades laborales 37.6% falta de leche 32.8%.

Conclusiones: La prevalencia de ausencia de LME fue de 58%, los factores asociados son escolaridad, ocupación, insatisfacción del niño, e inicio de actividades laborales o escolares.

Palabras clave: ausencia lactancia materna exclusiva, prevalencia.

*Especialista en Epidemiología, Maestra en Ciencias, Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 21, Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Rafael Pérez Villegas. MC.MF. Adscrito A La UMF 21 Especialidad En Medicina Familiar

***Médico residente de la especialidad de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar no. 21, Instituto Mexicano del Seguro Social.

SUMMARY

Best practices of infant and young child are among the most effective interventions to improve child health. In our country there is exclusive LM decline and increasingly early introduction of breast milk substitutes. It is important to identify the prevalence of exclusive breastfeeding absence and associated factors, in order to find strategies that allow us to perform an intervention and thus avoid possible complications that could arise in the absence of this.

Objectives: To determine prevalence of lack of exclusive breastfeeding and associated factors in children of 1-2 years of UMF No. 21.

Materials and Methods: A transversal during August to December 2012 in FMU 21. Survey was conducted to 290 mothers with children aged 1-2 years old. Instrument was applied nursing characteristics was obtained by Bivariate X2 test in SPSS 20 with p 0005

Results: We included 290 pairs of mothers aged under 20 years to over 35, 44.8% completed high school education, 48.3% workers. The prevalence of no breastfeeding was 58.9%, reasons for abandonment of dependent child breastfeeding was: not filled 60%, dependent mother by initiating work activities 37.6% 32.8% lack of milk.

Conclusions: The prevalence of absence of exclusive breastfeeding was 58%, associated factors are education, occupation, dissatisfaction of the child, and initial work or school and lack of milk.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países. La lactancia en nuestro país ha presentado un incremento del 0.75% por año a partir de 1985 a 2000, en comparación con otros países de América Latina que reportaron un incremento de 7.75% por año.

Varios estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Este efecto puede ser menos claro en poblaciones donde algunos niños son desnutridos. Una creciente cantidad de pruebas vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta.

El abandono de la lactancia materna exclusiva es un factor de riesgo para presentar obesidad infantil aunada a otros factores. Con este estudio se espera obtener datos del peso presentando en los niños de 1 a 2 años para describir el impacto de la ausencia de la lactancia materna en ellos, así como la aplicación de cuestionario para obtener información de las características de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida con la finalidad saber la prevalencia, los factores asociados y al saberlo hacer tener una idea de donde podemos actuar para disminuir esa prevalencia.

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en una preocupación mundial. La rapidez actual se incrementó y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, aumenta de manera considerable el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la alimentación.

El sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de la ausencia de lactancia materna exclusiva y factores asociados, en niños de 1-2 años?

JUSTIFICACIÓN

El abandono de la lactancia materna en la actualidad es un problema cada vez más frecuente. Actualmente con las formulas artificiales, las mujeres de hoy, medios de comunicación o a sus necesidades, recurren a estas fórmulas, sin embargo, estudios recientes refieren que el contenido de estas fórmulas pueden producir obesidad infantil. La lactancia materna exclusiva es un factor protector que ayudaría además de otros efectos, a disminuir la incidencia de la obesidad infantil en México así como de disminuir los costos en las UMF al disminuir el consumo de fórmulas lácteas artificiales. Al realizar este estudio se beneficiaría a la población a largo plazo ya que al comprobar que la presencia de la lactancia materna exclusiva es un factor protectora para evitar la obesidad, ayudaría a eliminar o a retrasar la presencia de enfermedades crónicas degenerativas así como las complicaciones que implican ya que Existen diferentes y múltiples factores de riesgo que aumentan la obesidad infantil, entre ellas tenemos el medio ambiente en el que viven los niños, el estilo de vida, el medio socioeconómico, antecedente familiares, y como factor protector la lactancia materna. Debido a que actualmente las mujeres se han integrado al medio económico, además de otros factores como la escolaridad, la falta de información por parte de los médicos, etc. . Teniendo así a una población más sana y logrando el objetivo principal de la Medicina Familiar que es el prevenir.

MARCO TEORICO

GENERALIDADES

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un hecho biológico, sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales. Existe una tendencia a delegar esta función: ya desde la antigüedad, las clases más privilegiadas delegaban la alimentación de sus hijos en mujeres de clase baja, llamadas madres de alquiler o nodrizas.

Aunque es un acto natural, la lactancia natural también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria¹⁴.

Los primeros dos años de vida brindan una oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima.

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las 9.5 millones de muertes que se ha estimado, ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años de edad. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países ¹³.

LAS RECOMENDACIONES DE UNA ALIMENTACIÓN INFANTIL ÓPTIMA SON:

- * Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días).
- * Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. ^{13,14, 15}

DEFINICIONES:

Lactancia materna exclusiva:

El lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

Alimentación complementaria

Es el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etario para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.

EL EFECTO POSITIVO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA SALUD DE LA MADRE

Se ha visto que la lactancia materna beneficia a la madre en muchos aspectos, entre algunos se puede mencionar la prevención del cáncer de mama, cáncer de ovario, útero; espaciamiento de embarazos, reducción de enfermedades crónicas como la diabetes, osteoporosis, menor riesgo de artritis reumatoide. Recientemente se asocia leche materna con la producción de una sustancia denominada HAMLET (alfa lactatoalbúmina humana letal contra tumores) para la prevención de 40 diferentes tipos de células cancerosas. Otros estudios reportan en forma significativa mayor pérdida de peso materno durante la

lactancia materna exclusiva que previene la obesidad y las consecuencias ya mencionadas en edades posteriores ¹⁵

EFFECTO POSITIVO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS

Hace que la unión existente durante el embarazo se mantenga, contribuyendo en el equilibrio emocional de la madre y el niño (desarrollo psicomotor).

A través de la lactancia materna el niño recibe células vivas y activas que ayudan a combatir las enfermedades, permite la maduración de todos los órganos, tejidos y prepara la alimentación natural posterior. El uso de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento reduce el número de infecciones y se relacionan el incremento de las mismas con la demora de la lactancia materna.

Con la lactancia materna exclusiva la población de linfocitos permanece elevada con capacidad para defender al niño o niña pero no así con el uso de fórmulas artificiales ¹⁵.

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA

A nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros.

Entre los años 1996 y 2006, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se ha incrementado del 33% al 37%. Se han apreciado incrementos significativos en el África Subsahariana, donde la tasa se ha incrementado del 22% al 30%; en Europa, la tasa se ha incrementado del 10% al 19%.

En Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con lactancia materna exclusiva se ha incrementado del 30%, alrededor del 1996, al 45% alrededor del 2006.

La lactancia en nuestro país ha presentado un incremento del 0.75% por año a partir de 1985 a 2000, en comparación con otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75% por año o Brasil con un 3.8% por año.

En Estados Unidos se han reportado tasas de inicio del 69.5% y prevalencia a los seis meses del 32.5% en 2001; mientras que en México, en la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año 2003 se reportó una prevalencia de LME al cuarto mes de 30.5%.²⁵

En 2011 se encontró que la prevalencia del abandono de la lactancia materna es del 61% en relación a la Encuesta Nacional, 2003 (30.5%). Los principales motivos fueron por causas del lactante (requerimientos no satisfechos del lactante) y maternos (término de la incapacidad por maternidad).

En la actualidad y a pesar de que existe un mayor conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y de los numerosos esfuerzos por recuperar esta práctica saludable, nos encontramos con múltiples dificultades. Ha desaparecido la cultura del amamantamiento, pues la técnica o arte femenino transmitido de madres a hijas, se ha perdido²⁶. En este retroceso en la práctica de la lactancia natural, intervienen varios factores; por una parte, las modificaciones químicas de leche de vaca para asimilarla a la humana, que disminuye enormemente la muerte de los lactantes que provocaba la administración de la leche sin modificar²⁶ por otra parte, la incorporación de la mujer al trabajo y el pensamiento feminista que considera la lactancia artificial como una liberación y los enormes intereses económicos e industriales de los fabricantes de sucedáneos²⁷ y por último, la gran tecnificación del parto, los profesionales sanitarios participan activamente en el proceso del parto y crianza, incluyendo una serie de rutinas erróneas que contribuyen enormemente a dificultar el proceso de lactancia

A pesar de los esfuerzos de la OMS / UNICEF y del apoyo a la lactancia en todas las cumbres, la malnutrición y las enfermedades derivadas del abandono de la lactancia continúan causando el 60% de los 11 millones de defunciones anuales de niños menores de 5 años. Dos tercios de estas muertes ocurren en el primer año de vida y son atribuibles a los bajos índices de lactancia materna exclusiva (menos del 35% de los lactantes de todo el mundo reciben lactancia

materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida) y a la introducción demasiado precoz o demasiado tardía de alimentos insalubres e inadecuados²⁸

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA

MATERNA EXCLUSIVA

Las características personales de las mujeres que afectan la lactancia materna son múltiples, una mayor escolaridad, o menor escolaridad, una edad menos a 20 años, la falta de conocimientos sobre este tema, el haber presentado complicaciones relacionadas con las mamas como hipogalactia, mastitis, grietas o pezones invertidos, miedo de que se afecte su figura y la forma del seno, estrés, falta de deseo de dar el pecho, enfermedad materna, fracaso para lactar con hijos previos por factores en el lactante como llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos, problemas del sueño.

Actualmente un gran porcentaje de mujeres, carece de habilidad o experiencia para amamantar, práctica que se enseñaba de madre a hija y que ha ido desapareciendo, ya que los patrones familiares son cada vez más nucleares, perdiendo en gran medida las redes de apoyo. También la actitud del padre del niño, otros miembros de la familia y personas significativas cercanas al gestante, influyen en la decisión de la madre.

En los últimos años las mujeres en edad fértil se han incorporado al mercado laboral, considerándose actualmente el factor en contra más importante para la lactancia materna, al mantenerse alejadas de sus pequeños por tiempos prolongados y carecer de facilidades laborales que les permitan compaginar la lactancia con el empleo.

La falta de consejería en el periodo prenatal y posnatal por los profesionales de la salud reduce la lactancia materna, pues ha perdido el interés por la lactancia y la manera de ayudar a las mujeres a llevarlo a cabo, además si la mujer recibe información contradictoria de diferentes profesionales su decisión de lactar se verá afectada.

OBESIDAD INFANTIL

La obesidad constituye una pandemia que afecta a los diferentes grupos etarios, sin límites en relación con la raza o el sexo, La obesidad se ha

incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el principal problema de malnutrición y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil.¹ la cual se considera un problema de salud pública que sigue en aumento en todo el mundo y que lleva una tendencia alarmante en Europa y España^{2, 8}

Algunos opinan que alrededor de 1/3 de todos los niños son obesos; esta misma incidencia se describe en la edad adulta, lo que hace pensar que los niños obesos serán adultos obesos^{1,3}

La población de niños menores de 5 años con sobrepeso en el mundo alcanzaban los 20 millones. Para el año 2002 se estimó que en 5 países de Latinoamérica los índices de obesidad en menores de 72 meses aumentaron hasta 70% corroborando la indicación para considerar la obesidad infantil como un problema de salud en Latinoamérica⁶.

En México la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niñas y niños del mismo rango de edad, aumentó de tal manera que en 1999, 1 de cada 5 escolares estaba afectado, y en 2006 fueron 1 de cada 4¹⁰

En el 2008 la prevalencia de sobrepeso se presentó en 19.8% de los hombres y 21.0% de las mujeres estudiantes de primaria y en 22.3 y 23.2%, respectivamente, de secundaria. La obesidad se observó en 10.8% de los varones y 9.0% de las mujeres de primaria y en 10.5 y 7.5%, respectivamente, de secundaria. Estas cifras representan más de 3 millones de estudiantes de primaria, de ambos sexos, y cerca de 1 500 000 estudiantes de secundaria, también de ambos sexos, con exceso de peso en nuestro país.¹¹

En un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social reportan que 9 de cada 10 niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad y su origen es una mala alimentación rica en carbohidratos y grasas.¹¹

La prevalencia de síndrome metabólico va unida al grado de obesidad. Según el estudio NHANES III, realizado entre 1988 y 1994, la prevalencia de síndrome metabólico en adolescentes con sobrepeso era del 6,8 y el 28,7% en pacientes obesos¹⁰, cifras variables según la población estudiada la prevalencia fue del 12,2%, cifra ligeramente inferior a la encontrada en nuestra población, donde la

prevalencia de síndrome metabólico completo alcanza el 19,8%. Esta prevalencia tan elevada, similar a la encontrada en población estadounidense, puede estar relacionada con el gran número de pacientes con obesidad mórbida.

El 64% de los niños y adolescentes que presentaban síndrome metabólico no habían recibido LM, hecho que podría avalar su efecto protector no sólo en el desarrollo de obesidad, sino también en otros factores de riesgo cardiovascular que conforman el síndrome metabólico.

DIFERENCIAS ENTRE LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL

La leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño. El ADH y el AA son añadidos en algunas variedades de leches artificiales comerciales, pero esto no les confiere ninguna ventaja sobre la leche materna y no son tan eficaces como los que se encuentran en la leche materna.

COMPOSICION DE LECHE MATERNA Y ARTIFICIAL

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía.

También contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal, contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches.

La lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa.

El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del lactante, de manera que tienen una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y son más resistentes a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas.

Generalmente la leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de leche de vaca o productos de soja industrialmente modificados. Durante el proceso de manufactura, las cantidades de nutrientes son ajustados para hacerlos más comparables a la leche materna. Sin embargo, las diferencias cualitativas en relación a la grasa y proteínas no pueden ser modificadas.

El efecto protector de la LM es independiente de los hábitos dietéticos y de los patrones de actividad física que se adquieren posteriormente.³⁰ sin embargo las formulas durante las primeras etapas de la vida se considera como uno de los factores importantes en la génesis de la obesidad.

Es razonable recomendar preparados cuyo contenido proteico se encuentre entre el 7-10 % del valor calórico total de la fórmula. Por otra parte, las grasas de la leche materna proporcionan el 45-55% de la energía total mientras que en los adultos su contribución debe ser de alrededor del 30-35 %, por lo que en el transcurso de los primeros 2 años de vida se deberá adecuar el aporte de grasas hasta llegar a los niveles recomendados para el adulto

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La introducción de la alimentación complementariase realizará entre el cuarto y sexto mes de vida, evitando su precocidad. Se hará de forma gradual, potenciando el consumo de alimentos variados y saludables (cereales, frutas, tubérculos, verduras, carne, pescado y huevo), según las normas habituales. Se mantendrá un aporte lácteoequivalente al menos al 50 % del aporte calórico. Se evitaráel exceso de adición de cereales, el consumo grandes raciones de proteínas (> 30-40 g/ración) y el consumo de zumos comercializados, priorizándose el consumo de fruta entera frente al de zumos

naturales. A partir del 8-10.^o mes de vida pueden introducirse alimentos no triturados para potenciar la masticación ²

Algunos factores sociales influyen en la decisión de lactar, como la promoción por los medios de comunicación de la alimentación artificial basada en la utilización del biberón y leches industrializadas o la poca aceptación de que una mujer lacte en la vía pública en zonas urbanas.

La ausencia de lactancia materna exclusiva así como la duración de la lactancia materna se ha relacionado con el sobrepeso y obesidad infantil. Además de otros factores la ausencia de lactancia materna también es un factor a considerar para tener sobrepeso y obesidad infantil¹⁷

OBESIDAD Y LACTANCIA MATERNA

La obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Este efecto puede ser menos claro en poblaciones donde algunos niños son desnutridos. Una creciente cantidad de pruebas vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta. El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad.

Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños. No son necesarios otros alimentos ni líquidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los téis son ministrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida

La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más

Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria.

LACTANTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.⁹

Los lactantes alimentados con fórmulas artificiales presentan concentraciones más altas de insulina, factor que se asocia a mayor depósito de tejido adiposo que contribuye a la ganancia de peso. Estas concentraciones altas de insulina se deben a la mayor cantidad de proteínas en las fórmulas artificiales.

Entre las hormonas presentes en la leche materna que influyen en el metabolismo y desarrollo corporal destacan la leptina, la ghrelina, la adiponectina, la resistina y la obestatina. La leptina es una hormona sintetizada en el tejido adiposo y en las glándulas mamarias, cuya función consiste en regular la ingesta y el gasto de energía. Posee un efecto anorexígeno, ya que activa señales de saciedad y disminuye la sensación de hambre. Hay datos experimentales que indican que la función de la leptina comienza ya durante la vida fetal, y el crecimiento y el desarrollo fetal van unidos a cambios en las concentraciones de leptina. Pacientes pequeños para la edad gestacional tienen concentraciones bajas de leptina, mientras que los nacidos a término o después presentan concentraciones más elevadas de esta hormona. Los niños alimentados con LM presentan concentraciones más elevadas de leptina que

los alimentados con LA, y esto se debe al paso de esta hormona a través de la leche materna. La ghrelina es una hormona producida en la mucosa gástrica cuya función principal consiste en estimular la ingesta de alimentos, es decir, tiene un efecto orexigenico. También se encuentra en la leche materna, y puede influir en el comportamiento de la alimentación infantil y en la composición corporal. En estudios recientes se observan concentraciones séricas de ghrelina mayores en los lactantes alimentados con LA que en los que reciben lactancia materna. La adiponectina es una hormona producida en el tejido adiposo cuya función consiste en aumentar la sensibilidad a la insulina e incrementar el metabolismo de los ácidos grasos, y parece que también está implicada en el crecimiento y el desarrollo infantil. Se han encontrado concentraciones plasmáticas más elevadas en alimentados con Lactancia Materna que en los que reciben Lactancia Artificial.

Existen otras dos hormonas, la resistina y la obestatina, también presentes en la leche materna, aunque todavía no hay datos de su relación con el desarrollo metabólico infantil. Aunque todavía falta mucha información en relación con este tema, parece que la Lactancia Materna tendrá un papel muy importante en la autorregulación de todos estos factores.

La Lactancia Materna tiene un papel primordial y muy precoz en el desarrollo del peso corporal y el metabolismo. Entendemos, por lo tanto, que su promoción puede ser un elemento clave en la prevención de la obesidad y de las enfermedades metabólicas concomitantes.

Aunque todavía faltan estudios prospectivos a largo plazo, hoy debemos incluir entre los beneficios ya conocidos de la Lactancia Materna (prevención de enfermedades y mejores crecimiento y desarrollo neurológico) los efectos beneficiosos en el peso y en otros factores de riesgo cardiovascular en la infancia y la adolescencia.⁹.

Se menciona además que la prevalencia de sobrepeso en los jóvenes disminuyó a medida que la exclusividad y la duración de la lactancia materna aumentaron. Estos resultados se mantuvieron para los jóvenes cuyas madres

tenían diabetes y sobrepeso, así como para los jóvenes cuyas madres fueron de tolerancia a la glucosa normal y peso normal. La importancia de este resultado se encuentra en el potencial de la lactancia materna para reducir el riesgo de la obesidad y la diabetes, que puede ocurrir entre los descendientes de la diabetes o madres con sobrepeso. ²⁰

PAPEL DE LOS MEDICOS

El papel de los profesionales de la salud resulta decisivo, ya que la educación materna aumenta la tasa de la lactancia materna exclusiva, al informar desde el primer contacto a todas las embarazadas sobre este tema. El apoyo a la lactancia materna debe continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta incapacitada para lactar, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas o alteraciones en el producto.

Es fundamental que el equipo de salud que tiene contacto con las embarazadas, promueva la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para sus lactantes, informándoles sobre los múltiples beneficios y las alternativas para aquellas mujeres que trabajan, de esta manera trataran de continuarla a pesar de las dificultades que pudieran presentar.

Es conveniente que se involucre a la familia, motivando a la pareja a participar activamente en los cuidados del embarazo, preparación del parto y una vez que ha nacido el lactante colabore con la madre en sus cuidados, ya que se incrementa la duración de la lactancia materna exclusiva si la actitud del padre es positiva. ⁷.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de ausencia de lactancia materna exclusiva en niños de 1-2en la UMF N° 21.

OBJETIVO ESPECIFICOS.

- Identificar factores asociados a la ausencia de lactancia materna exclusiva.
- Plantear acciones de mejora.

HIPOTESIS

La prevalencia de la ausencia de lactancia materna exclusiva en niños de 1-2 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 es mayor al 50% de la población asignada

MATERIALES Y METODOS

TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

El tipo de estudio que se plantea estudio transversal, observacional, descriptivo en niños y niñas de 1-2años de edad, derechohabientes de la UMF 21.

UNIVERSO DE TRABAJO.

El presente estudio se realizó de Marzo a Diciembre de 2012, en la Unidad de Medicina Familiar no. 21 delegación sur del Distrito Federal en madres de niños de 1-2 años derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 21.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION:

1. Infantes de 1-2 años
2. Femenino y masculino.
3. Adscritos a la UMF 21.
4. Que acepten participar en el estudio.

EXCLUSION:

1. Niños que acudan con acompañante que no sepa la información.

ELIMINACION:

1. Que no contesten cuestionario completo.

1. ESTRATEGIA DE MUESTREO

- a) Tamaño de la muestra: total
- b) Tipo de muestreo: probabilístico.

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió al servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de los niños de 1-2 años adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población infinita de la siguiente manera:

$$n = \frac{N (Z_{\alpha}^2) p q}{d^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

$$d^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p q$$

Dónde:

N= Población niños obesos adscritos a la UMF 21 2011. (2942)

Z α =Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% 1.96

d= Precisión del estudio (0.05)

p= Proporción esperada. (0.70)

q= 1- p (0.3)

$$1) \frac{2942 (1.96^2) (0.70 \times 0.3) \dots \dots \dots}{(0.05)^2 (2942 - 1) + (1.96)^2 (0.70 \times 0.3)}$$

$$2) \frac{2942 (3.84) (0.21) \dots \dots \dots}{(0.0025) (2941) + (3.84) (0.21)}$$

$$3) \frac{2372.42}{8.1589}$$

n= 290

VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</p>	<p>Es la alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones. Exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes.</p>	<p>Cuestionario a madre de niño en estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de lactancia materna exclusiva Lactancia exclusiva menos de 6 meses. Lactancia materna exclusiva por 6 meses 	<p>Cualitativa - Ordinal</p>	<p>1.Menos de 6 meses</p> <p>2.Más de 6 meses:</p> <p>3.No recibió</p>

VARIABLE INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad en años cumplidos que refiere el expediente.	Cuantitativa discreta	Número absoluto en años
ESCOLARIDAD	Grado máximo obtenido de estudio	Grado de estudio referido por la madre del paciente en estudio en el cuestionario	Cualitativa Ordinal	<p>1.Primaria incompleta</p> <p>2.Primaria terminada:</p> <p>2.Secundaria terminada:</p> <p>3.Bachillerato</p> <p>4.Universitaria:</p>
	Es la actividad que se	Es la actividad que desempeña de	Cualitativo nominal.	<p>1.Ama de casa</p> <p>2.Tabajador</p>

OCUPACION	desempeña de manera cotidiana percibiendo, o no, una remuneración.	manera cotidiana referido por la madre del paciente en el cuestionario		3. Estudiante
FACTORES ASOCIADOS: FACTORES DE LA MADRE	Son aquellas circunstancias que impide a la madre proporcionar lactancia materna exclusiva			1. Falta de leche 2. Enfermedad 3. Voluntariedad 4. Inicio de las actividades laborales o estudiantiles 5. Estética 6. Alteraciones anatómicas del pezón 7. Ambiente familiar inadecuado
FACTORES DEL NIÑO	Son aquellas situaciones que impiden la lactancia al seno materno.	Es aquella circunstancia referida en el cuestionario por la madre.	Cualitativo nominal.	1. Enfermedades: 2. Rechazo del niño: 3. No se llena: 4. Ingreso a guardería.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Una vez que se aprobó el protocolo de estudio, se realizó una encuesta (tomado de la revista Cubana Med. Gen Integr 1999; 15 (3):278-84 con el título: *Factores asociados al destete precoz*, Georgina Peraza Roque) a 290 madres de niños que cumplieron los criterios para su inclusión, se determinó la prevalencia de la ausencia de lactancia materna exclusiva y los factores asociados. Una vez que se obtuvieron los resultados, ingresamos los datos al sistema estadístico SPSS para su análisis

ANALISIS ESTADISTICO

Análisis Bivariado

Se utilizó la prueba de X^2 y tablas de contingencia para el análisis entre variables cualitativas nominales, estos datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 20

ASPECTOS ETICOS

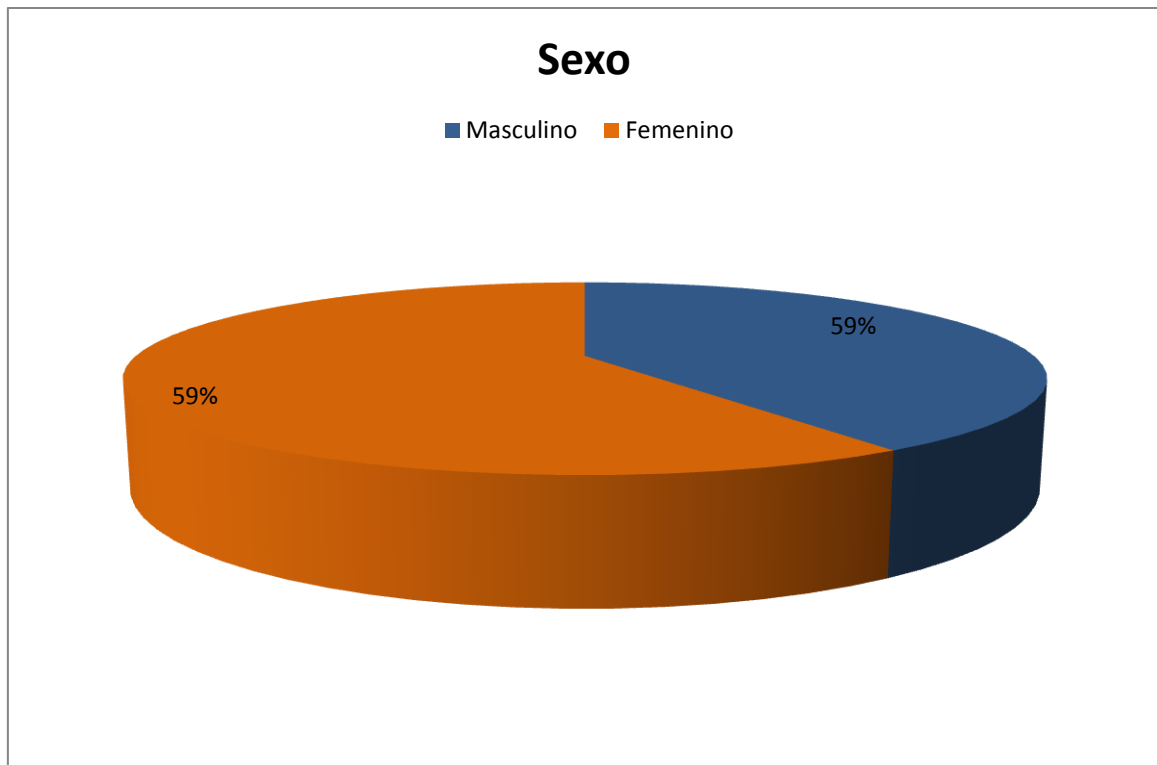
En esta investigación no se pone en peligro la vida, ya que se realizó encuesta a madres de niños de 1-2 años, adscritos a la UMF No. 21 del IMSS Delegación 4 Sur del Distrito federal, en donde se analizó la ausencia de la lactancia materna exclusiva y sus factores asociados; por lo anterior solo se solicitara el consentimiento informado anexo. La información recolectada se mantuvo estrictamente anónima, ya que solamente fue conocida por los investigadores. Respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se apega, a las normas y reglamentos institucionales. Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamentos federales de estados unidos mexicanos (regla común).

RESULTADOS.

PREVALENCIA 58.9%

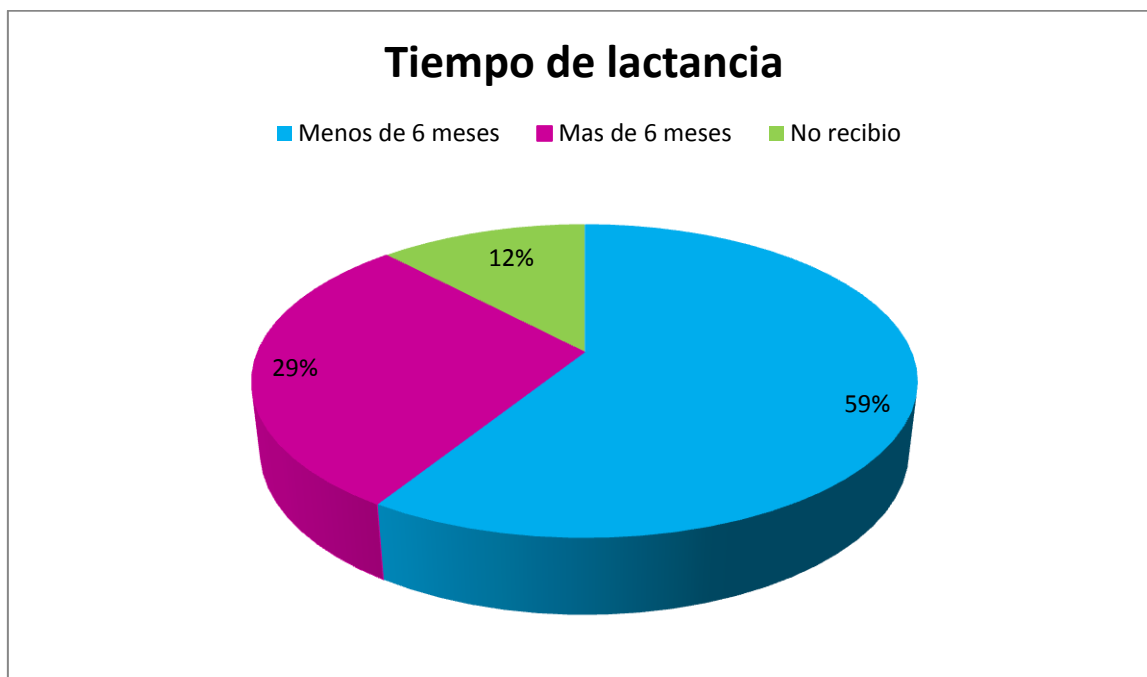
GRAFICA 1



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En el presente estudio se incluyeron 290 niños de 1 a 2 años de edad, de los cuales los niños de sexo masculino fueron 118, equivalente al 40.7 %, y fueron 172 de sexo femenino representado con un con 59.3%.

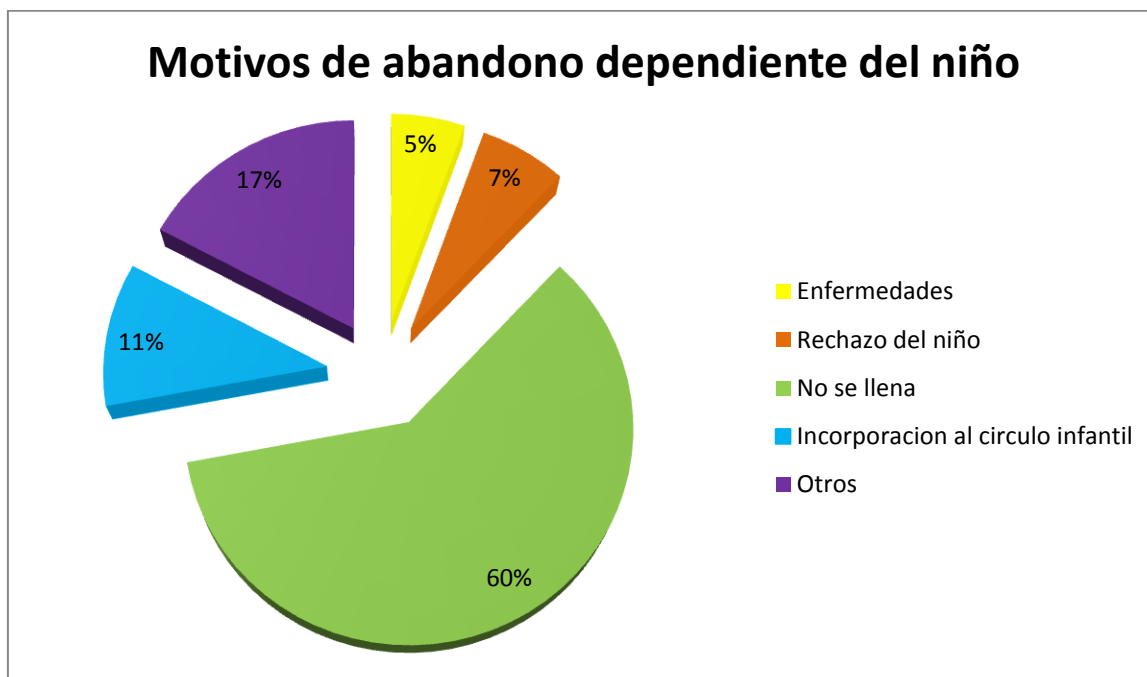
GRAFICA 2



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

Se observó, que 171 de las madres encuestadas que corresponde al 59% dieron lactancia materna exclusiva menos de 6 meses, mientras que un porcentaje menor representado por 29% que son 89 madres encuestadas dieron lactancia más de 6 meses y solo un 12 % no dieron lactancia materna, como se puede observar, más de la mitad de la población en estudio no da lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más.

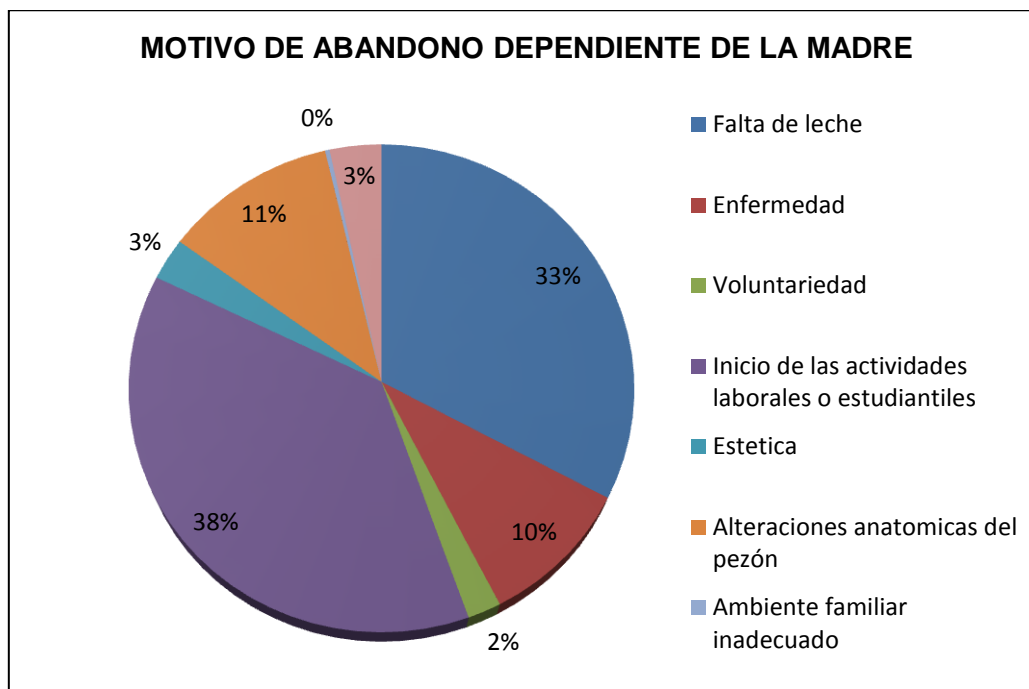
GRAFICA 3



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En donde se pudo observar que los motivos de abandono de lactancia materna exclusiva dependiente de los niños, predomina el factor de que no se llenan que corresponde a un 60% (174), lo que se corrobora con la bibliografía, ya que esto es indicativo de una mala técnica de lactancia materna, seguido de otros motivos con un 17.2% (50 niños) los cuales corresponden a factores maternos, y con un 10.7 % (31 niños) que se incorporan a círculo infantil, es decir a asistencia de guarderías.

GRAFICA 4

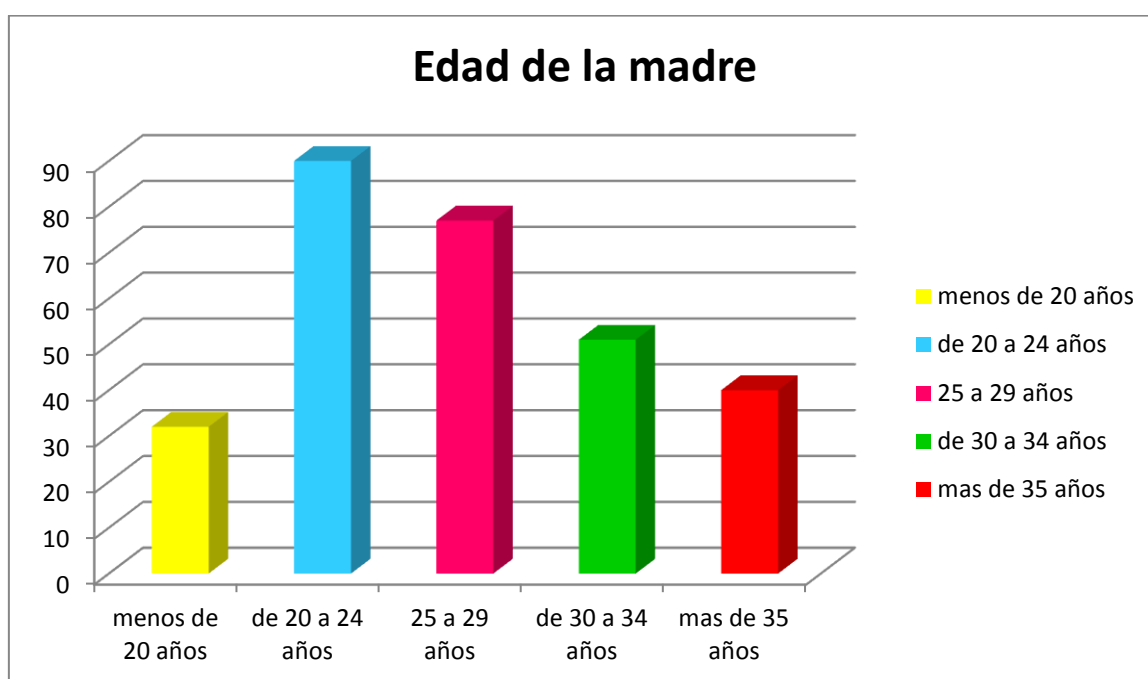


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

Como se puede observar en esta grafica el mayor número de casos de los motivos de abandono de lactancia materna exclusiva dependiente de la madre corresponde a inicio de actividades laborales o estudiantiles que corresponde a 109 casos (37.6%), seguido de 95 casos (32.8) que corresponde a falta de leche, y 33 casos (11.4) con alteraciones anatómicas, estos motivos se corroboran con la bibliografía que refieren que la mala técnica de lactancia materna así como la incorporación de las mujeres a la actividad laboral aumentan los casos de abandono de lactancia materna exclusiva.

GRAFICA 5

EDAD DE LA MADRE				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 20 años	32	11.0	11.0	11.0
de 20 a 24 años	90	31.0	31.0	42.1
25 a 29 años	77	26.6	26.6	68.6
de 30 a 34 años	51	17.6	17.6	86.2
Más de 35 años	40	13.8	13.8	100.0
Total	290	100.0	100.0	

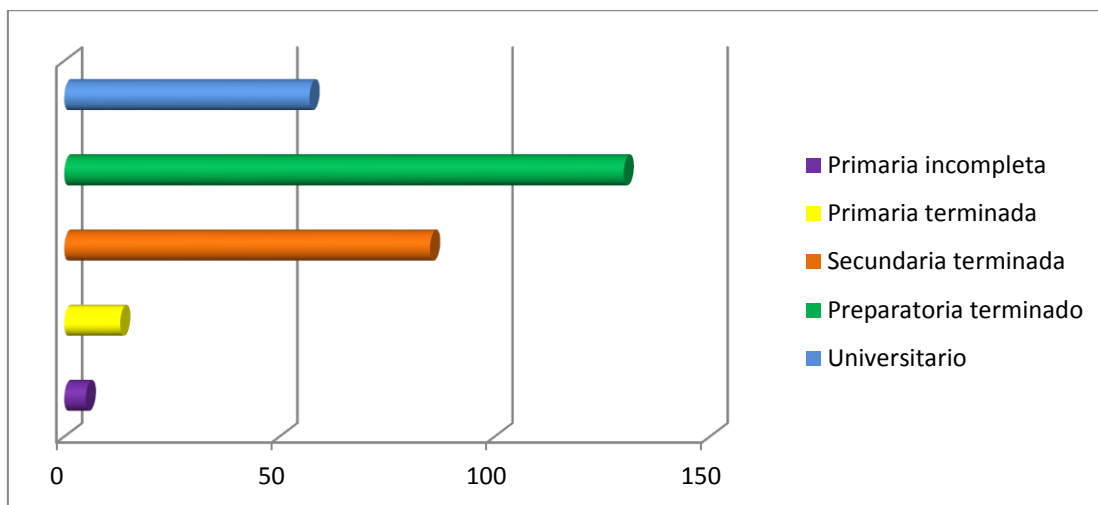


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En esta grafica podemos observar que 90 mamás se encontraron dentro del grupo de edad entre los 20 a 24 años que corresponde a 31%, seguida de 77 mamás que se encuentran en un grupo de edad de 25 a 29 años que corresponde a 26.6%, mientras de dentro del grupo de edad de entre 30 a 34 años se encontraron 51, mamás, que corresponde a 17.6%. Como observamos las edades que predominaron en esta grafica corresponden a madres jóvenes.

GRAFICA 6

ESCOLARIDAD

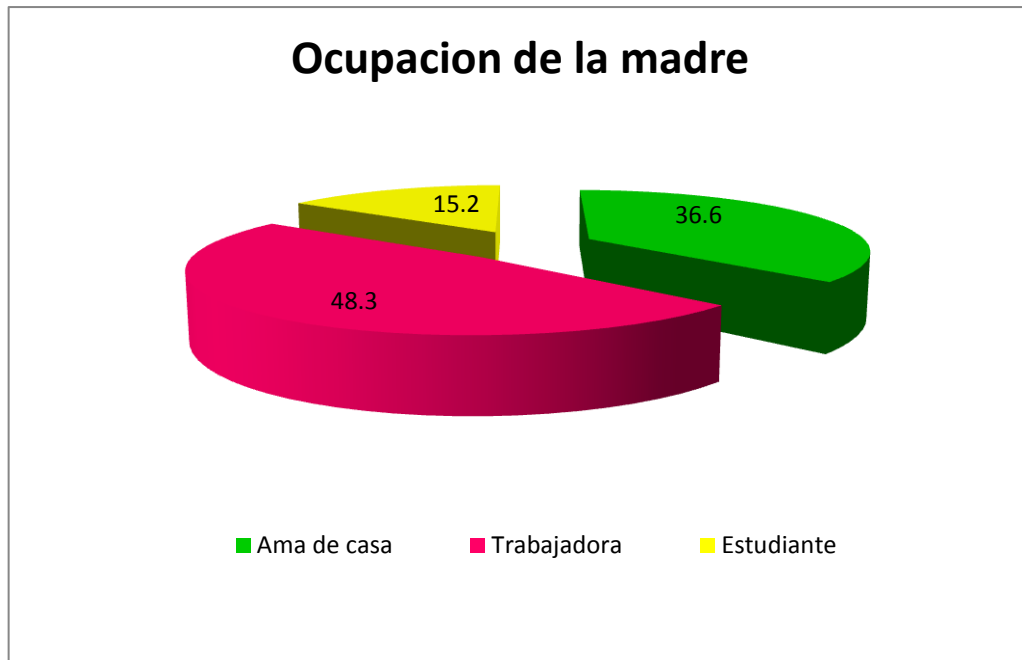


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En relación a la escolaridad se puede observar que predomina la que corresponde a preparatoria terminada con 130 casos que corresponde a 44.8%, seguido de 85 casos con secundaria terminada (29.3%) y solo 57 casos (19.7%) con estudios universitarios.

En donde podemos observar que la escolaridad actual de las madres entrevistadas de la UMF 21 corresponde a preparatoria terminada seguida de secundaria terminada y en menor porcentaje pero no menos importante son madres universitarias, lo cual indica que nos encontramos con una población de madres con cada vez más grado de estudios

GRAFICA 7

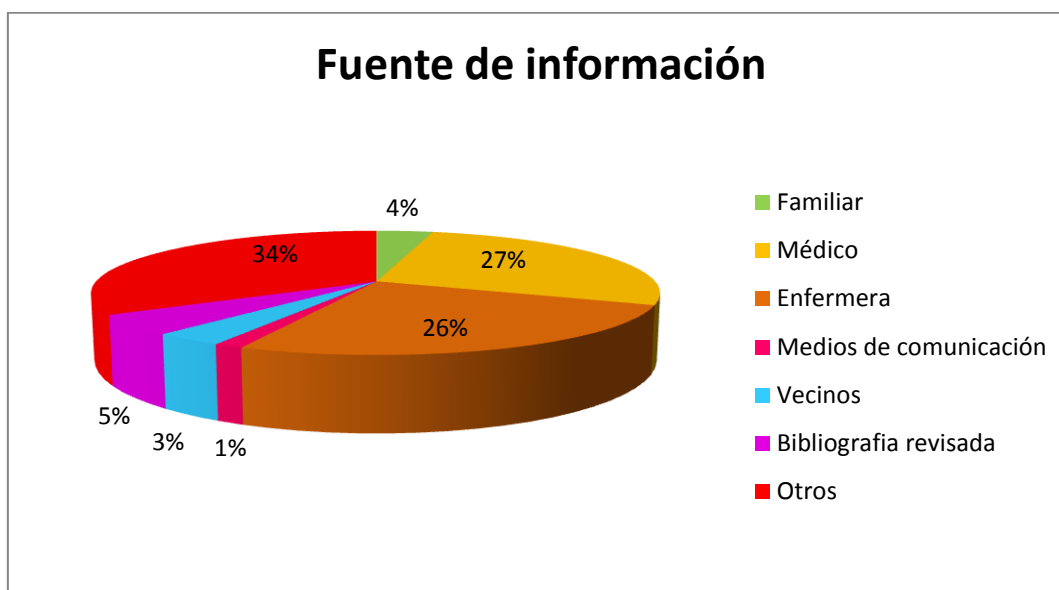


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En esta grafica se puede observar que el rubro de ocupación con madres trabajadoras ocupa un mayor porcentaje que corresponde a 48.3% (140 casos), seguido de 106 mamás (36.6%) amas de casa y 44 estudiantes que corresponde a un 15.2%, seguido de 106 mujeres que se dedican a las labores del hogar que corresponde a 36.6% y 44 estudiantes (15.2%) En donde se observa que los resultados son compatibles con la literatura revisada ya que podemos comprobar que las mujeres cada vez más se están integrando a la vida laboral, y que este es un motivo por el cual aumenta el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Este protocolo es de prevalencia sin embargo se realiza un análisis multivariado para la asociación de tiempo lactancia materna con factores como edad, ocupación, escolaridad, así como motivos dependiente de la madre y del niño, obteniendo los siguiente resultados.

GRAFICA 8

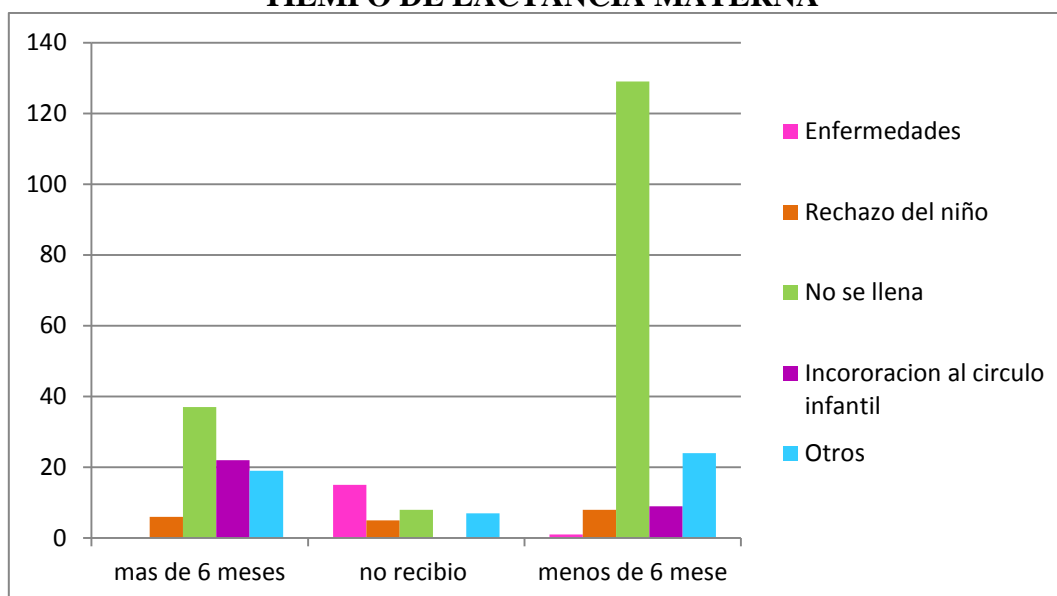


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

Por medio de esta grafica se pudo observar que 97 de las mujeres entrevistadas que corresponde a (33.4%) recibieron información sobre la importancia y ventajas de lactancia materna por Otros, los cuales fueron trabajadoras sociales, seguido de información otorgada por médicos con 25.5% (79 casos) y 74 casos (25.5%) que la información fue otorgada por una enfermera.

GRAFICA 9

MOTIVO DE ABANDONO DEPENDIENTE DEL NIÑO ASOCIADO A TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

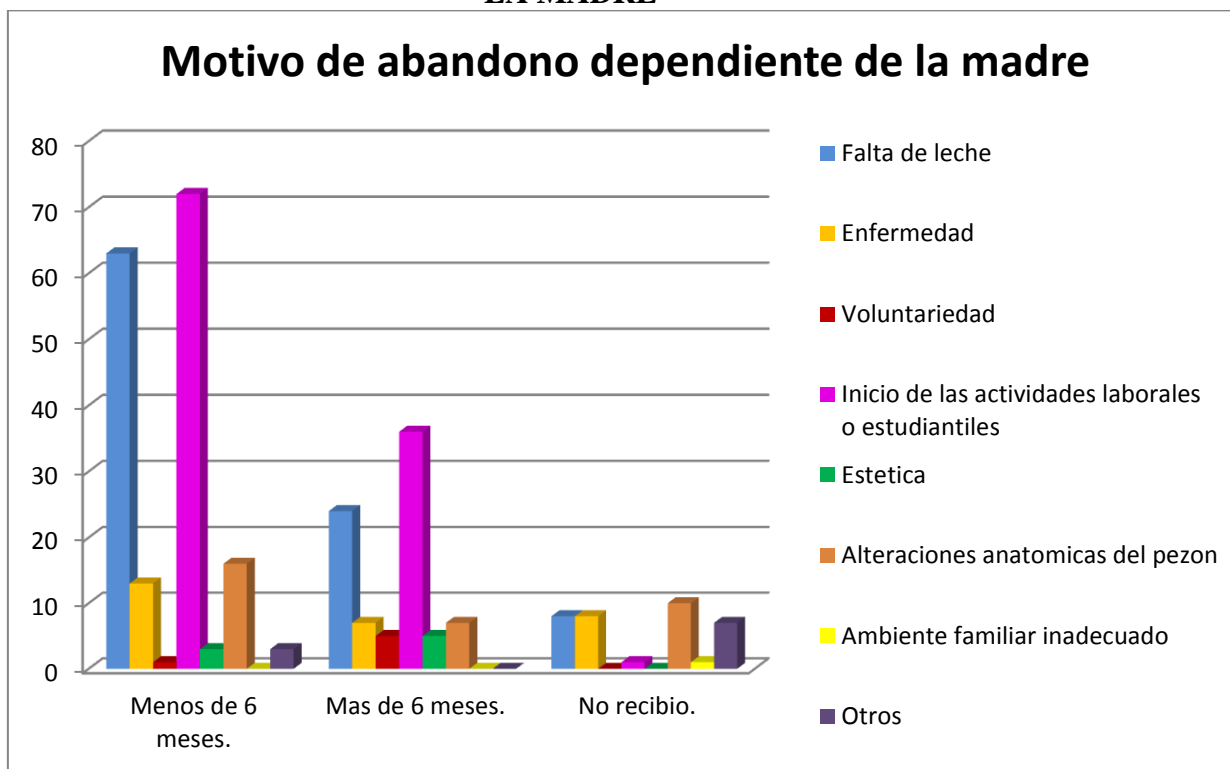


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En la relación entre tiempo de lactancia materna y motivos de abandono de lactancia dependiente del niño encontramos 37 encuestados con lactancia de menos de 6 meses con *no se llena*, y 22 que se incorporaron al círculo infantil. Encontrando un grado de asociación importante ya que el valor de X^2 es de 153 con un grado de libertad de 8 que llevado a grafica ya establecida de valores de X^2 con P de 0.05 el valor esperado es de 15.50 por lo que se corrobora la significancia de asociación entre el tiempo de lactancia materna con mala técnica de alimentación, ya que el rubro más frecuente es que los niños no se llenan lo que se asocia a una probable mala técnica de alimentación.

GRAFICA 10

TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA Y SU ASOCIACIÓN A MOTIVOS DE LA MADRE

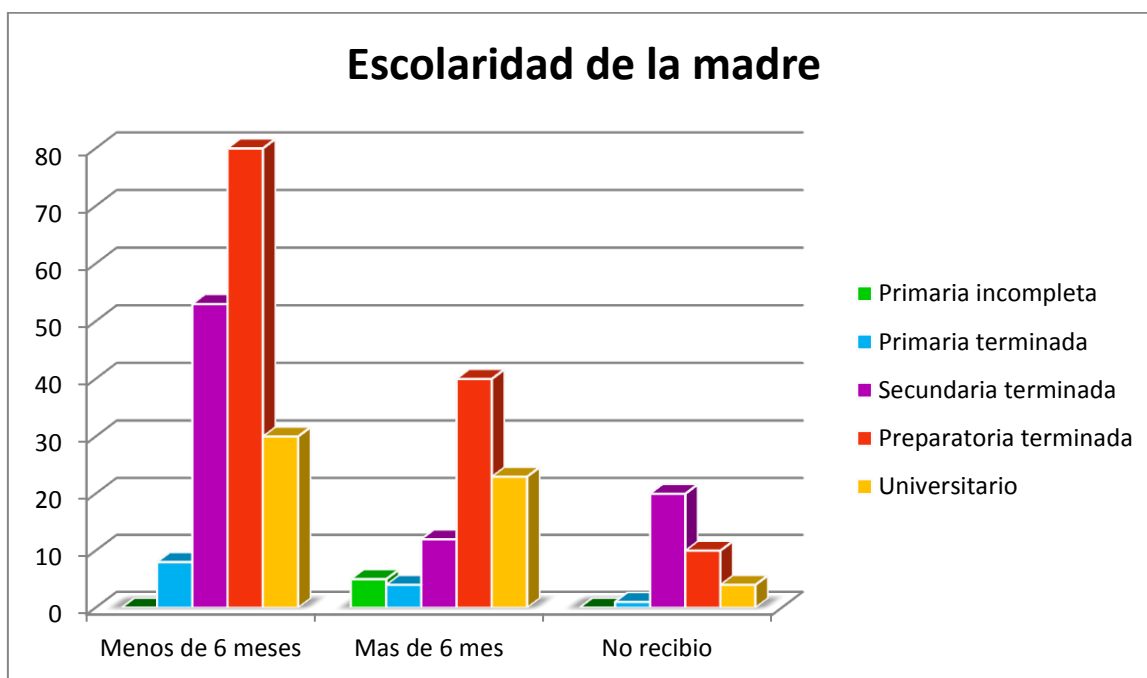


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a Diciembre de 2012

En esta grafica el valor de X^2 es de 85.5, con p significativa de 0.05 que llevado a la tabla de distribución con un grado de libertad de 14 el valor esperado de X^2 es de 23.6 por lo que la asociación que tiene la lactancia materna de menos de 6 meses con el inicio de las actividades laborales o estudiantiles, es significativa y concuerda con la literatura que nos indica que probablemente al regresar actividades laborales disminuye la lactancia materna por artificial debido a que pueda existir falta de información sobre la conservación de leche materna en refrigeración.

GRAFICA 11

ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y ASOCIACION CON EL TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA

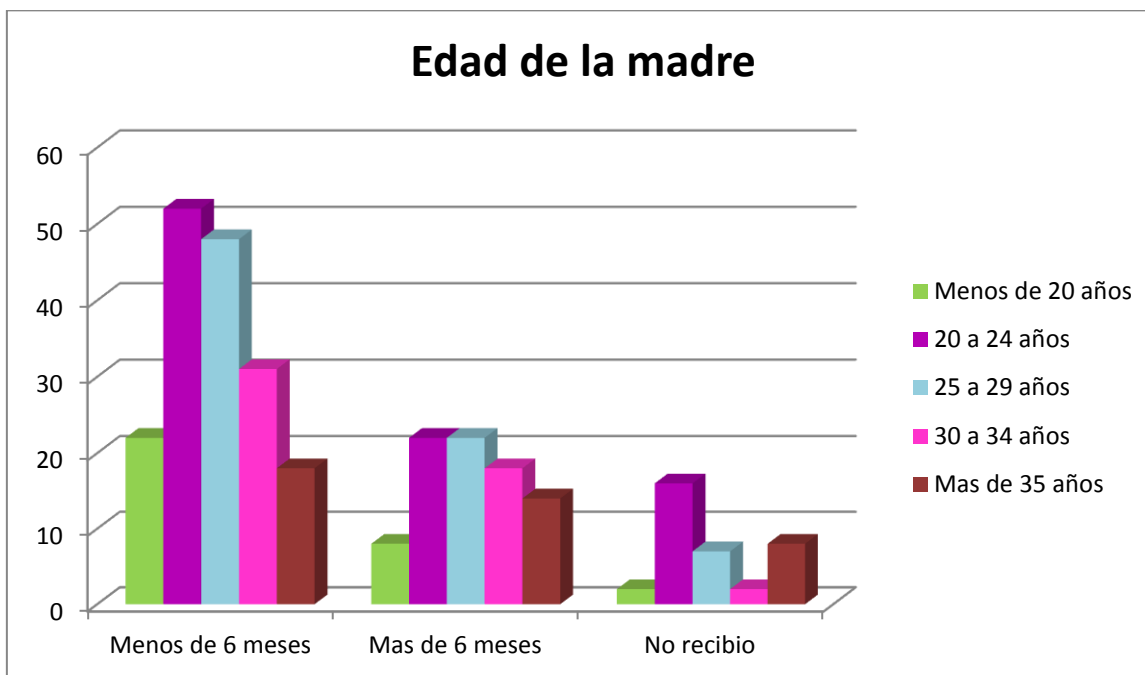


Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a Diciembre de 2012

Como podemos observar el grado de escolaridad también tiene significancia estadística ya que se encuentra con un grado de libertad de 8 con una P de 0.05 esperando una X^2 de 15.5, y se obtuvo en esta grafica una X^2 de 34.8.

GRAFICA 12

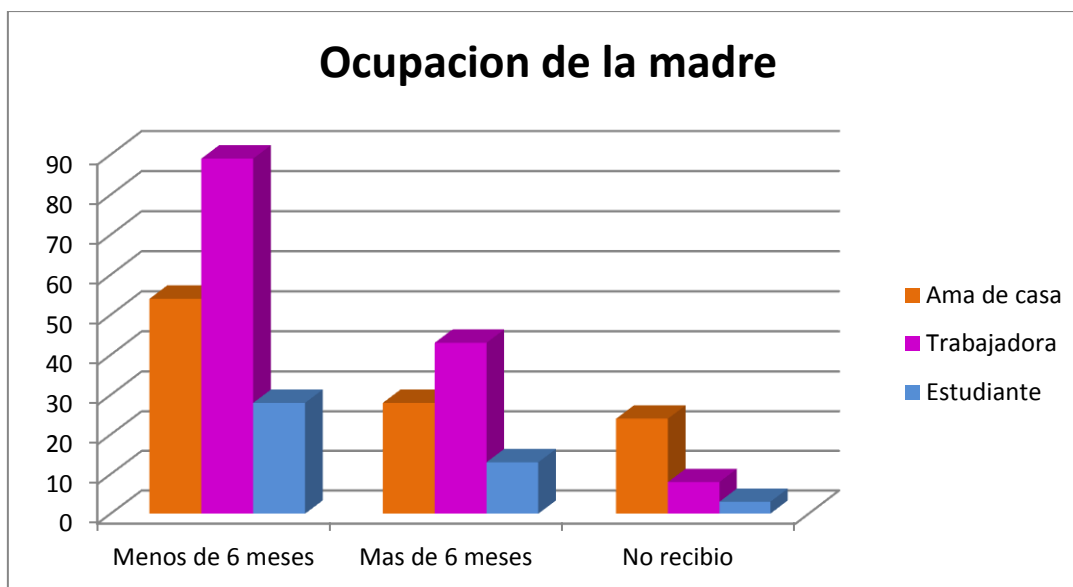
EDAD E LA MADRE Y SU ASOCIACIÓN CON TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

En esta grafica no hubo asociación entre el tiempo de lactancia materna en ninguno de sus rubros, con la edad de la madre encuestada. Ya que se obtuvo una X^2 de 12.8 cuando se esperaba una de 15.5 con una P de 0.1 por lo que no tiene significancia.

ASOCIACION DE TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA Y OCUPACION DE LA MADRE



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta realizada de ausencia de lactancia materna exclusiva de UMF 21 de Agosto a diciembre de 2012

Como podemos observar en esta gráfica y se pudo comprobar con literatura revisada, existe una asociación importante entre la lactancia de menos de 6 meses con la integración de la mujer a la vida laboral, ya que se obtuvo una χ^2 de 17.7, esperando con un grado de libertad de 4 con una P de 0.05 una $\chi^2_{9.3}$, por lo que tiene significancia estadística.

VARIABLE	
Motivo de abandono dependiente del niño : No se llena	X ² = 153 gl =8 P =.000
Motivo de abandono dependiente de la madre	X ² = 85,5 gl= 14 P= .000
Escolaridad	X ² = 34.8 gl= 8 P = .000
Ocupación	X ² = 17.7 gl = 8 P = .001

DISCUSION

En este estudio se pudo obtener la prevalencia de la ausencia de lactancia materna exclusiva el cual fue de 58.9% que como podemos ver es un prevalencia alta, que fue ligeramente menor a lo reportado por Martínez Caldera y colaboradores, con 61%, pero que está por arriba de 50% considerada como meta de la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la lactancia materna, a nivel mundial la prevalencia de lactancia materna exclusiva es de 34.8% y en México la lactancia ha incrementado un 0.07% es decir, que en los últimos años ha incrementado muy lentamente a comparación de países de Latinoamérica.

A pesar de los beneficios de lactancia materna, de la relación afectiva entre el binomio madre-hijo de la promoción que se lleva a cabo en México para que aumente el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como lo dice Kramer y colaboradores, en este estudio, pudimos observar que la decisión materna de alimentar al pecho y su duración tiene una influencia multifactorial y otros autores como Sepúlveda y colaboradores coinciden, ya que encuentran un porcentaje bajo, en este caso, que solo el 29% de las madres encuestadas que alimentan al seno materno más de 6 meses.

En nuestro estudio, los reportes coinciden con Manuel Navarro y colaboradores en donde se observa que los factores que se asocian a la ausencia de lactancia materna exclusiva a pesar de que las madres encuestadas tienen características sociodemográficas adecuadas para llevarla a cabo, continúan con un abandono precoz de lactancia materna exclusiva.

Así tenemos que el 59% de las madres encuestadas dieron lactancia materna exclusiva menos de 6 meses y un 12.1% no dio lactancia materna desde un inicio.

La edad de las madres encuestadas a diferencia de Raisa Duran y colaboradores así como Valenzuela y colaboradores, no tiene significancia estadística como factor que se asocie al abandono de lactancia, teniendo una edad más frecuente de 20 a 24 años

El grado académico de las madres encuestadas más frecuente en nuestro estudio fue a nivel de preparatoria terminada, que a diferencia de Raisa y colaboradores quien dice que a mayor escolaridad menor abandono de lactancia materna, podemos observar en este estudio que no cumple con eso, ya que mientras más grado escolar tiene la madre, observamos un abandono de lactancia materna precoz, probablemente debido a ese grado académico y que cada vez en nuestra sociedad va en aumento.

De los factores que influyen en el abandono de lactancia materna dependiente de la madre y del niño, pudimos observar que un gran porcentaje al igual que Valenzuela y colaboradores, es debido a una probable mala técnica de amamantamiento a pesar de que un gran porcentaje de ellas recibieron información tanto de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, antes y durante el embarazo, las razones principales por las que abandonaron la lactancia materna fueron la falta de leche, la sensación de que el lactante no se llena, alteraciones del pezón y el ingreso a las actividades laborales y estudiantiles, por lo que se debe enfatizar en las ventajas y beneficios que aporta la lactancia materna, mejorando la calidad del asesoramiento a las madres respecto a las técnicas de amamantamiento, así como las opciones

que tienen para el mantenimiento de congelación y refrigeración de leche materna.

En nuestro estudio al igual que en el de Manuel Navarro y colaboradores así como de Valenzuela y colaboradores, se observa que la ocupación es uno de los factores más importantes y trascendentes para el abandono de la lactancia materna , debido a que las mujeres actualmente se han incorporado cada vez más al mercado laboral, se observó que las madres que actualmente trabajan tiene un porcentaje alto del 48.3% que abandona la lactancia materna, y aunque existan leyes en México que la protejan como la Ley Federal de Trabajo en su artículo 170, probablemente por desconocimiento de este, todavía se está lejos de alcanzar una cifra óptima para el amamantamiento.

El 36.6% que tuvieron lactancia materna menos de 6 meses, son amas de casa, lo que nos indica que el que las madres trabajen no es un factor exclusivo de destete precoz, por lo que se tiene que insistir en la técnica de lactancia así como de la importancia y ventajas de la misma ya que la reducción de la morbilidad asociada con la lactancia materna posee la magnitud suficiente para tener significación en salud pública. Las diarreas ocurren con menor frecuencia y el riesgo de hospitalización por gastroenteritis en los alimentados con leche materna es significativamente más bajo. Los que reciben lactancia materna exclusiva tienen menos infecciones respiratorias y en últimos estudios se ha relacionado que la lactancia materna exclusiva es un factor protector en contra de la obesidad infantil y síndrome metabólico ya que se ha demostrado que los lactantes alimentados con fórmulas artificiales presentan concentraciones más altas de insulina factor que se asocia a mayor depósito de tejido adiposo que contribuye a la ganancia de peso.

CONCLUSIONES

- El uso de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento reduce el número de infecciones y se relacionan el incremento de las mismas con la demora de la lactancia materna.
- Se realizó encuesta a 290 madres con rangos de edad desde menos de 20 años a más de 35 años con mayor incidencia en el rango de 20 a 24 años.
- La prevalencia de abandono de lactancia materna fue del 58.9%. Los principales motivos de abandono de lactancia materna exclusiva dependiente de los lactantes fueron requerimientos no satisfechos, mientras que los asociados a la madre fueron: inicio de actividad laboral o estudiantil, seguida de falta de leche y en menor proporción alteraciones de pezón.
- Las madres entrevistadas refieren haber tenido información sobre la importancia y ventajas de lactancia materna durante el embarazo, dada por trabajadoras sociales, médico y enfermeras.
- La escolaridad principal de las madres encuestadas es de preparatoria terminada seguido de secundaria terminada asociándose a mayor escolaridad menor tiempo de lactancia materna exclusiva.
- Existe una alta incidencia de madres trabajadoras encuestadas que abandonaron la lactancia materna en menos de 6 meses.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Debido a la alta prevalencia de ausencia de lactancia materna exclusiva en la UMF 21, de las características de las madres encuestadas y de que a pesar de que recibieron información sobre lactancia materna durante su embarazo es importante hacer hincapié en la orientación que se le da a las madres, sobre todo a la población de madres trabajadoras que como pudimos ver tienen una alta incidencia,

La orientación debe ser más dirigida a madres jóvenes trabajadoras, estudiantes y amas de casa sobre la técnica correcta de amamantamiento, así como los de talles de la técnica de extracción con o sin saca leche, conservación de leche materna en refrigeración, congelación, transporte, calentamiento y descongelación de la lecha que actualmente es una técnica que cada vez es más utilizada en países tanto Europeos como en Cuba y América latina y que en México aunque ya se ha introducido la información, aun no se encuentra del todo difundida a las madres trabajadoras.

Sería importante hacerles de su conocimiento el derecho que tienen las madres trabajadoras que se encuentra en periodo de amamantamiento; la Ley Federal de Trabajo en su capítulo Artículo 170fracción IV el cual dice que tienen derecho de una hora para dar lactancia materna y si eso no es posible por las jornadas laborales largas, la distancia, etc.; se propondrían opciones a esa técnica como las ya mencionadas anteriormente.

Sugiero la realización de talleres que se realicen con madres que acuden con sus hijos en las primeras semanas de nacido ya que es ahí en donde en verdad se puede comprobar si entendieron o no la técnica correcta de amamantamiento, así como las dudas que surjan durante la primera semana. Esto debido a que aún existe una alta prevalencia de abandono a pesar de la información otorgada por los trabajadores de salud llámese médico, enfermera o trabajadora social.

Es conveniente actualizar a los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales que son el principal medio de fuente de información de las madres, sobre las nuevas técnicas de conservación de la leche materna.

Propongo que se haga un estudio de investigación en madres trabajadoras para conocer su grado de conocimiento sobre la técnica de lactancia materna así como las opciones de almacenamiento transporte y conservación de la misma así como del grado de conocimiento del artículo 170 de la Ley Federal de Trabajo.

ANEXOS



ASPECTOS ETICOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. A _____ de _____ del 2012.

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de Investigación 21 del IMSS, **“PREVALENCIA DE AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS DE 1-2 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21**

El objetivo del estudio es: “determinar en niños de 1-2 años la las causas por la cuales los niños de 1 a 2 años de edad, abandonan la lactancia materna eSe me ha explicado que mi participación consistirá en responder a algunas preguntas para obtener datos que ayuden a determinar la relación que hay entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y obesidad infantil El investigador responsable se ha comprometido a que toda información será confidencial. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio. Números telefónico en los que puede comunicarse en caso de dudas y preguntas relacionadas al estudio: unidad de Medicina Familiar 21 tel. 57686000 ext. 21428 o 5531216847 Dra. Claudia Monroy León. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B ” de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma de la madre

Dr. Rafael Pérez Villegas
galdoc79@yahoo.com.mx

Nombre Testigo.

Dra. Claudia Monroy León
clausi_m.com.mx

INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

CUESTIONARIO

1.- Datos generales

Consultorio No: _____ Fecha de nacimiento de Niño _____

Sexo: _____ Edad _____

Peso al nacer: _____

Peso 6 meses _____ . Peso 1 año _____

Peso 1.5 años _____ . Peso 2 años _____

2.- Tiempo de duración de la lactancia materna

- Menos de 6 meses: ()
- Más de 6 meses: ()
- No recibió: ()

3.- Mientras el niño tuvo lactancia materna recibió además otro tipo de alimentación

Sí:

No:

4.- Enfermedad Diarreica Aguda durante el primer año

Sí:

No:

5.- Enfermedad Respiratoria Aguda durante el primer año

Sí

No:

Ingresó por alguna de las razones anteriores al hospital:

Sí No:

6.- Motivo por el cual abandonó la lactancia materna o la sustituyó por la leche artificial

Dependiente del niño:

a) Enfermedades:

b) Rechazo del niño:

- c) No se llena:
- d) Ingreso a guardería.
- e) Otros

Dependiente de la madre

- a) Falta de leche
- b) Enfermedad
- c) Voluntariedad
- d) Inicio de las actividades laborales o estudiantiles:
- e) Estética:
- f) Alteraciones anatómicas del pezón
- g) Ambiente familiar inadecuado:
- h) Otros:

7.- Datos de la madre: Edad:

- Menos de 20 años
- De 20 a 24 años
- De 25 a 29 año
- De 30 a 34 años
- Más de 35 años

Escolaridad

- Primaria incompleta:
- Primaria terminada:
- Secundaria terminada:
- Preuniversitario terminado
- Universitaria:

Ocupación

- Ama de casa:
- Trabajadora:
- Estudiante:

8.- Historia de lactancia materna anterior: Sí No:

9.- Orientaciones previas

Ventajas e importancia

Sí No:

¿Cuándo las recibió?

- Antes del embarazo:
- Durante el embarazo:
- Después del parto:

10.- Fuentes de información

- Familiar:
- Médico:
- Enfermera:
- Medios masivos de comunicación:
- Vecinos:
- Bibliografía revisada:
- Otros:_____

BIBLIOGRAFIA

1. Lama More R.A et al Asociación española de pediatría (barc). 2006;65(6):607-15obesidad infantil. recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría parte 1. prevención. detección precoz. papel del pediatra.
2. ZayasTorriente GM, et al Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Pediatría [en línea] julio-septiembre 2002 [15 de enero del 2007]; 74:(1-15).: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312002000300007&script=sci_arttext
3. Barría, M amigo H. Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano ALAN 2006 56 (1: 3-11.).
4. VargasVergachaNelson de pediatría Ed 17 p.p 176 Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes y preescolares, marzo –abril 2010.
5. Mazza C, Kovalskys L. Epidemiología de la obesidad infantil en países de Latinoamérica. Medicina Infantil 2009 diciembre (4): 299-5.
6. www. OMS .org.mx Datos sobre el sobrepeso y la obesidad OMS Obesidad y sobrepesoNota descriptiva N°311 Marzo de 2011.
7. OlaizG.EstadonutricioJuan Rivera DemarcoEncuesta Nacional de Salud y Nutrición2006
8. CuevasNasuL.*Estado de nutrición* Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008.
9. Comunicado coordinación de comunicación social: exceso de peso infantil, un problema epidemiológico que atiende IMSS en su clínica de obesidad
10. Organización Panamericana de la Salud “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” organización mundial de la salud 2010

11. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño Organización Mundial de la Salud Ginebra
12. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Padre/Niño GacMed. Bol 2011; 34 (1): 6-10 enero- junio 2011.
13. Aguilar Palafox Lactancia materna exclusiva departamento de medicina familiar, facultad de medicina UNAM.
14. Estado mundial de la infancia 2012 niños y niñas en un mundo urbano UNICEFpág. pp 18.
15. Sargen G. M. t, L. S. Pilotto¹ and L. A. Bau Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect
16. Guijarro De Armas M.G et al. Endocrinol. Nutra. 2009; 56 (8): 400-3 Importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España
17. Morán Rodríguez M. et al. Nutrición Hosp. 2009; 24(2):213-217 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318 Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad.
18. Procter S. et al. Breastfeeding Duration and Childhood Overweight Among Low-Income Children in Kansas, 1998–2002 American Journal of Public Health | January 2008, Vol. 98, No. 1
19. Diabetes care, volume 29, number 10, October 2006. Breast-Feeding and Risk for Childhood Obesity. Does maternal diabetes or obesity status matter.
20. <http://www.cdc.gov/growthcharts/2000growthchart-us.pdf>
21. Peraza Roque G Rev. cubana med gen integr 1999; 15(3):278-84 Factores asociados al destete precoz.
22. Delgado Becerra A. Prevalencia y causa de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución del tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp Infant. Mex: 2006: 63.31-39.
23. Stuart Macadam P. Dettwyle. K A Breastfeeding biocultural, preteatives. New York: Aldine. DE Gruyter 1995.

24. Laurence R.A. lactancia materna. Una guía para profesionales 4° ed. Madrid. Mosby 1966.
25. Hernández Aguilar. MT, Manual de lactancia materna, de la Teoría a la práctica. Madrid. Panamericana 2008; 3-25, 32
26. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: A quantitative review of published evidence. Pediatrics. 2005; 115:1367-77.
27. Ley Federal Del Trabajo Nueva Ley Publicada En El Diario Oficial De La Federación El 1º De Abril De 1970 Texto Vigente Última Reforma Publicada Dof 30-11-2012
28. Maury Eduard Variaciones En La Composición Proteica De La Leche Materna Madura Durante El Almacenamiento Por Congelación. Pediatr. (Asunción), Vol. 37; N° 3; 2010
29. Mamare Castello Extracción y almacenamiento de la leche materna , La vuelta al trabajo, Asociación de Suport a la lactancia materna 2008.
30. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. Segunda edición 1988. Editorial McGraw-Hill. México.
31. Enrique Villareal Ríos. El protocolo de investigación en las ciencias de la salud. Editorial Tillas 2011 México