



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO

“IMPACTO EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EN MUJERES QUE
CONOCEN LOS BENEFICIOS DE LA MISMA”

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. MARIANA ELISA PÉREZ DE LA TORRE

ASESOR: DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ

México D.F. Julio 2015



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.



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA: MARIANA ELISA PÉREZ DE LA TORRE

TITULO: "IMPACTO EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EN MUJERES QUE CONOCEN LOS BENEFICIOS DE LA MISMA".

ASESOR: DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ

DR. PINEDA FERNÁNDEZ JOSÉ TORIBIO
Jefe de División de Educación Médica

DR. SERVIERE ZARAGOZA CLAUDIO FRANCISCO
Profesor Titular del Curso

DR. FRANCISCO JAVIER BORRAJO CARBAJAL
Coordinador de Educación Médica Formativa

DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ
Asesor de Tesis

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mi madre Martha, gracias por haberme apoyado en todo momento, por tus consejos, tus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por no dejarme caer nunca, pero más que nada, por tu amor y por ser mi mejor amiga, eres lo mejor de mi vida mamita.

A mi padre Mario por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me has infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por tu apoyo incondicional, por estar conmigo en cada paso de ésta carrera y sobre todo por tu amor, te amo papi.

A mis hermanos Marcela y Mario porque sin su apoyo, sin sus consejos, sin sus pláticas y sin sus enojos, no estaría aquí en este momento tan importante de mi vida. Estoy realmente agradecida con la vida porque no me pudo dar mejores compañeros que ustedes dos, que a pesar de nuestras diferencias estamos y estaremos juntos siempre.

Al amor de mi vida, Jorge, que desde hace tres años has estado conmigo en todo momento, que has aguantado mis arranques y mi forma difícil de sobrellevar la vida. Que me has amado tal como soy con mis virtudes y defectos, que me has acompañado en los momentos buenos y malos y pues eres la persona con la que deseo pasar el resto de mis días.

A mis maestros. Dr. Francisco Borrajo Carbajal, Dr. Claudio Serviere Zaragoza y Dr. José Pineda Fernández, por su gran apoyo y motivación para la culminación de la especialidad médica, por permitirme pertenecer a ésta gran institución, por hacerme aprender de mis errores día con día, por obligarme a razonar antes de actuar y por su voto de confianza.

A mi tutora, Dra. María del Pilar Velázquez Sánchez, por su confianza, por su apoyo, por sus enseñanzas, por salir en defensa de nosotros cuando las cosas no salen bien, por creer en mi y dejarme desarrollar la tesis. Doctora no tengo palabras, para expresarle toda mi gratitud y espero algún día poder devolverle las atenciones que me ha brindado hasta el día de hoy y desde mi primer año de residencia.

A mis amigos, mis compañeros de la residencia, mi familia en estos años: Ramón, Ishell, Jorge Alemán, Jorge Vega, Fernando, Sergio, José Luis, Olquita, Oscar, Armando, Ana, Julieta y Miguel. Por el apoyo mutuo en nuestra formación, por los momentos que pasamos juntos, porque hasta ahora somos una generación que no se dio la espalda y que a pesar de las diferencias, seguimos aquí, juntos para continuar este camino. Gracias por todo lo aprendido, porque a pesar de ser de diferentes grados, siempre había algo que aprender.

ÍNDICE

DATOS GENERALES.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
• SÍNTESIS DEL PROYECTO	10
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
• ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	12
➤ Definición y tipos de lactancia.....	12
➤ Epidemiología.....	13
➤ Anatomía y fisiología de la mama lactante.....	14
➤ Fisiología de la lactancia.....	16
➤ Mantenimiento de la lactancia.....	18
➤ Composición de la leche	18
➤ Síntesis y secreción de los componentes de la leche	19
• MARCO REFERENCIAL.....	25
• INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	29
• INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y LA NIÑA	30
• ALOJAMIENTO CONJUNTO.....	31
• LEGISLACIÓN Y LACTANCIA	32
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
• JUSTIFICACIÓN	33
• OBJETIVOS E HIPÓTESIS	34

DISEÑO DEL ESTUDIO	35
• TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
• DISEÑO	35
• CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	35
METODOLOGÍA	36
• GRUPOS DE ESTUDIO	36
• LUGAR Y DURACIÓN	36
• UNIVERSO.....	36
• CRITERIOS DE SELECCIÓN	37
• VARIABLES EN ESTUDIO	38
• RECOLECCIÓN DE DATOS	39
• CONTROL DE CALIDAD DE DATOS	41
• ASPECTOS ÉTICOS	41
ORGANIZACIÓN	42
• RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	42
• CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	42
• FINANCIAMIENTO.....	42
• CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	42
RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	43
DISCUSIÓN	53

CONCLUSIONES	54
ANEXO 1.	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

1. **DATOS GENERALES.**

1.1 **TÍTULO DE LA TESIS DE POSTGRADO**

Impacto en la duración de la lactancia materna, en mujeres que conocen los beneficios de la misma.

1.2 **ÁREA DE INVESTIGACIÓN.**

Ciencias de la salud

1.3 **SUBÁREA DE INVESTIGACIÓN.**

Lactancia materna

1.4 **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.**

1.5 **DURACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA TESIS.**

Fecha de inicio: Noviembre 2014

Fecha de término: Junio 2015

1.6 **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dra. Mariana Elisa Pérez de la Torre

Departamento de Educación Médica

Médico Residente de 4º año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Hospital Ángeles México

1.7 **DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES**

1.7.1 Departamento de Educación Médica del Hospital Ángeles México

1.8 **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

Hospital Ángeles México

Grupo Lactancia México. Afiliado a La liga de la leche

1.9 **INTENCIÓN DIDÁCTICA**

INTENCIÓN APLICATIVA: Académica

TIPO DE TESIS: Postgrado

CENTRO EDUCATIVO: UNAM

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SÍNTESIS DEL PROYECTO.

Este trabajo de investigación evalúa el impacto que existe en la duración de la lactancia materna, en aquellas pacientes a las que se les proporcionó información acerca de los beneficios de la misma, de forma educativa.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, de las pacientes las cuales tuvieron su resolución obstétrica en el Hospital Ángeles México, mismas a las que se les proporcionó información acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, en el periodo comprendido entre Noviembre del año 2014 y Junio del año 2015.

Para dar curso al estudio, se evalúa la relación entre los las pacientes a las que se le proporcionó información acerca de la lactancia materna de forma educativa, aquellas a las que no se les proporcionó tal información y el impacto logrado en vías de prologar la duración de la alimentación a través del seno materno de forma exclusiva.

Se estudiaron a tres grupos de pacientes:

- ✚ **Grupo A:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio inmediato-medio, las cuales reciben asesoría en lactancia materna por parte del personal de salud del Hospital Ángeles México.
- ✚ **Grupo B:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio inmediato-medio, las cuales recibieron asesoría en lactancia materna, de forma personalizada y con apoyo de material audiovisual.
- ✚ **Grupo C:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio mediano y tardío, las cuales reciben asesoría en lactancia materna por parte del grupo de apoyo Lactancia México, perteneciente al Hospital Ángeles México.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel mundial se cuenta con múltiples guías de apoyo, capacitación y evidencia de los beneficios que ofrece la alimentación a través del seno materno. En la década de los ochentas y noventas se reporta en nuestro país un incremento en la lactancia materna en un 6 % con una media de 9 meses, sin embargo la Organización Mundial de la Salud para el 2006 habla de un incremento mayor a nivel mundial con respecto a la lactancia, exceptuando nuestro país (2).

A la mujer que lacta se le confieren grandes ventajas en cuanto a su salud, desde la disminución en el riesgo de padecer cáncer, hasta mejor y pronta recuperación en el puerperio, le ofrece un método anticonceptivo natural y estrecha el vínculo madre-hijo. Así mismo representa una forma accesible, de bajo costo y efectiva de alimentación (13).

La Secretaría de Salud, en su norma oficial de “Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios” en su sección protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, nos habla de los lineamientos y requisitos que se deben cumplir en la promoción de la lactancia en cada institución y establecimiento donde se presten servicios materno-infantiles; los cuales deben ofrecerse en base a las condiciones sociales, culturales y laborales de cada mujer, teniendo especial atención en aquellas mujeres que requieran de medicación durante este periodo, recibiendo supervisión y orientación por personal capacitado; sin embargo a pesar de todos estos esfuerzos, se desconoce si es debido a las condiciones y el ritmo de vida que llevan las mujeres en edad reproductiva en la actualidad, que el porcentaje de lactancia materna hay disminuido en los últimos 10 años, así mismo no existe evidencia del grado de aceptación de esta etapa por parte de las mujeres (14).

El porcentaje de lactancia en México es del 30%, las principales causas son la falta de información sobre los beneficios de la misma para la madre y el hijo, la necesidad de reintegrarse a la vida laboral y del círculo social, médico o familiar en los que se desenvuelve la madre. Por lo cual, es necesario conocer e identificar si las mujeres mejoran la incidencia de lactancia y la prolongación de la misma si conocen sus beneficios y observar otras limitantes para la misma (3).

2.3 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.3.1 Marco Teórico

La lactancia es la etapa que inicia al concluir la gestación, haciendo referencia a la alimentación del recién nacido con leche materna.

Es conocido que esta etapa es crucial en el desarrollo y crecimiento del neonato, no solo durante los primeros días de vida, incluso se ha observado que existe repercusión durante la infancia y la vida adulta, ofreciendo menor índice de alergias y enfermedades metabólicas en aquellos niños que fueron amamantados con leche materna durante los primeros seis meses de vida (2).

DEFINICIÓN Y TIPOS DE LACTANCIA

La lactancia materna es el término que se utiliza para referirse al proceso de alimentar con seno materno a un recién nacido, bajo las influencias socioculturales de la madre y su entorno.

Existen múltiples factores asociados a la alimentación de un recién nacido, principalmente los usos y costumbres de cada población que en conjunto con la información a la cual tiene acceso, la madre brindará un apoyo para la nutrición del neonato.

La organización mundial de la salud en conjunto con UNICEF establece diferentes formas de lactancia materna (2):

✚ **Lactancia materna:** Alimentación del recién nacido con leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza, permitiendo que el lactante reciba cualquier otro alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes.

✚ **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del recién nacido con leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza, permitiendo que el lactante además de la leche, reciba sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y demás fármacos).

✚ **Alimentación con biberón:** El lactante es alimentado con cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante biberón con tetina.

Esta división se adapta de acuerdo a las necesidades de los lactantes y niños pequeños que viven circunstancias excepcionalmente difíciles, prematuros o lactantes con bajo peso al nacer; niños con desnutrición grave; y en situaciones de emergencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Situación de la lactancia a nivel mundial

A nivel mundial 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 ha apreciado un incremento significativo en la lactancia materna, principalmente en África Subsahariana, donde la tasa de lactancia, se ha incrementado del 22 al 30%, en Europa se ha observado un incremento del 10% al 19% (3.6).

Lactancia en México

La Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 reporta que las prácticas de lactancia se encuentran por debajo de la recomendación de la Organización mundial de la salud. Informa que tan solo el 38.2% de los niños son alimentados al seno materno en la primera hora de vida y que el 14.4% de los niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, porcentaje menor al reportado en 1996 (20%) y 2006 (22.3%) (3).

La mitad de los menores de dos años son alimentados con biberón a pesar de que lo recomendado es no utilizarlo, y tan solo el 14% reciben lactancia materna continua hasta los dos años de edad. La mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses.

En general se observan diferencias en las prácticas de la lactancia materna por el medio (urbano/rural), con prácticas generalmente mejores en el medio rural que en el medio urbano, observándose en mayor porcentaje la práctica de lactancia materna predominante, continua al año y a los dos años de edad. En contraposición con los indicadores de lactancia, los de alimentación complementaria suelen ser mejores en el medio urbano, presentando mayor y mejor consumo de alimentos ricos en hierro (59.3%) y una mayor diversidad alimentaria mínima de hasta 79.4% en el medio urbano que en el medio rural (3).

Si comparamos las prácticas de alimentación infantil de las últimas tres encuestas (1999,2006,2012) observamos que existen grandes diferencias en los últimos seis años, con deterioro en la lactancia materna exclusiva presentando una disminución de ocho puntos porcentuales al pasar de 22.3% a 14.4% en el medio urbano.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA LACTANTE

La mama es una glándula par y simétrica localizada en la cara anterior del tórax de forma paraesternal, limitada en su borde superior por la segunda y tercera costilla, se extiende desde la sexta a la séptima costilla; se encuentra por delante de los músculos pectorales mayor y menor, proyectándose en forma de semiesfera, cono truncado o péndula. En la porción mas profunda, cerca de dos tercios de su base circular, descansan sobre la aponeurosis, que cubre al músculo pectoral mayor, oblicuo externo y parte superior de la vaina del recto abdominal. La glándula mamaria presenta prolongaciones de tejido mamario en todo su radio, pero es el extremo superior externo, donde hasta el 95% de las mujeres, presentan una prolongación que penetra en la axila a través de un defecto de la aponeurosis profunda axilar (hiato de Langer), a esta prolongación se le conoce como cola de Spence. En la porción mas superficial, protruyendo, lo que correspondería al ápice del cono truncado, se encuentra el pezón, cuya localización es variable dependiendo de la edad, la masa corporal magra, raza y estado fisiológico, aunque sin duda la obesidad es el factor más importante para determinar las variaciones en forma, tamaño y densidad (1, 6).

La composición de la mama se comprende mejor si se considera a esta como la superposición ordenada de varias capas de tejidos que van de la porción superficial a la profunda (1, 6).

Piel

Con excepción de la areola y el pezón, la región mamaria, presenta las mismas características que la de la piel que recubre la cara anterior del tórax.

La areola es una región irregularmente circular, de cerca de 15 a 25 milímetros de diámetro, que rodea la base del pezón, esta piel de pigmentación mas oscura que la del resto del individuo, se encuentra estrechamente adherida al plano subyacente y durante el embarazo, se torna con mayor pigmentación.

Ésta región encierra glándulas sebáceas voluminosas diseminadas de modo irregular, que se proyectan en la superficie exterior en forma de pequeños gránulos (Tubérculos de Morgagni), que durante la gestación, incrementarán su tamaño, y se encargarán de mantener lubricada ésta región, además de permitir a través de su secreción oleosa, un estímulo olfatorio ara facilitar y direccionar al neonato en la lactancia, es entonces cuando se denominan tubérculos de Montgomery (1, 6).

En el centro de la areola, se observa una eminencia en forma de cilindro irregular y rugoso, correspondiente al pezón, con una coloración similar a la de la areola. Esta estructura se encuentra compuesta por 15 a 20 conductos galactóforos que desembocan en su vértice. En la profundidad presenta fibras musculares lisas, unas circulares y otras longitudinales, que constituyen el músculo mamilar, que tras la estimulación secundaria a la oxitocina, tendrá como función, la erección y consiguiente expulsión de leche, durante la lactancia (1, 6).

Más profundo, surgen una serie de bandas de tejido conjuntivo, alguna de ellas insertadas en eminencias, localizadas en la cara anterior del tejido mamario, las crestas mamarias o crestas de Duret; otras penetrarán en el tejido glandular y se insinuarán entre sus conductos rodeándolos y formando el estroma de los lóbulos y lobulillos mamarios (ligamentos de Ashley Cooper), esta red estromal conforma una estructura reticulada bastante resistente, que sirve de sostén a todo el tejido mamario y una base donde se distribuirá el paquete neurovascular de la mama.

Tejido celular subcutáneo

También conocido como fascia superficial de la mama, constituido por dos hojas, anterior y posterior, en relación al tejido glandular. La hoja anterior recubre la convexidad de la glándula, a excepción del área del areola-pezones; esta hoja se muestra en forma trabecular e irregular ya que se adapta y rellena los espacios entre los ligamentos de Cooper y los lóbulos mamarios. La hoja posterior dará recubrimiento a la base circular de la glándula, creando el espacio denominado, espacio retromamario.

Las dos hojas en su unión posterior al recubrimiento de la glándula, se continúan hacia abajo con la aponeurosis superficial abdominal (fascia de Camper), en su extremo superior, se incorpora a la aponeurosis cervical superficial (1, 6).

Tejido Glandular

La glándula mamaria está compuesta por 15 a 20 lóbulos mamarios, que constituyen las unidades estructurales básicas de la glándula. Cada lóbulo en forma independiente cuenta con su propio conducto excretor (conducto galactóforo), todos los conductos excretores convergen en la base del pezón, en donde desembocan también de forma independiente, dándole el aspecto característico cribiforme. Un poco antes de su desembocadura, cada uno de los conductos presenta una dilatación fusiforme llamada seno galactóforo, posterior a este, el conducto vuelve a disminuir su luz, adelgazándose, desembocando en el pezón nuevamente.

La arquitectura del lóbulo mamario estará determinada por la división de sus conductos galactóforos, los cuales al penetrar al tejido del lóbulo, a través de sus conductos interlobulillares, continuarán dividiéndose, hasta formar los conductos terminales interlobulillares, en cuyo extremo ciego se reúne una colección de cien o más acinos alveolares, para constituir la unidad ducto-lobular terminal, que corresponde a la verdadera unidad secretora y funcional de la mama. Entonces, cada lobulillo no es más que una agrupación de conductos ramificados rodeados de células secretoras de tipo merócrino (1, 6).

El tejido conjuntivo que rodea a los conductos galactóforos (tabiques interlobulares), es de tipo denso y contribuye para darle firmeza y forma al tejido mamario. La pared de los conductos interlobulillares, las porciones secretoras y los alveolos, están constituidos por una membrana basal, una capa de células mioepiteliales y una capa de células glandulares cúbicas, rodeadas de tejido conjuntivo fibroso laxo (tabiques interlobulillares), cuya flexibilidad es la que permite la distensión de la paredes glandulares durante la hipertrofia del embarazo y la lactancia.

Las incisiones quirúrgicas en paralelo a las líneas que circundan a la areola, especialmente sobre la propia línea areolar, tienen una mejor cicatrización y suelen ser las preferidas por los cirujanos. No obstante, si la incisión profundiza en el parénquima, se pueden comprometer los senos galactóforos. En una mujer con intención de lactar, se tiene que evitar la incisión en la línea areolar, ya que ésta compromete la lactancia de tres formas oclusión de los senos galactóforos, restricción de la erección del pezón durante el amamantamiento y lesiones sobre las ramas cutáneas laterales del cuarto nervio intercostal, ya que este nervio es crítico para la producción y eyección láctea, además es el encargado del control órgano específico del aporte sanguíneo regional (autonómico) produciéndose un importante aumento en el flujo hacia la mama durante un episodio de amamantamiento. La interrupción de este nervio compromete severamente la lactancia, siendo la tasa de fracaso dos a tres veces superior cuando se ha realizado una incisión en la línea areolar (1, 6).

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Durante la gestación, la mama se prepara para la producción láctea al término del embarazo. El desarrollo mamario, se realiza en dos fases, la primera durante el primer trimestre, con mayor maduración ductal sobre la formación lobulillar, lo cual se revierte durante el segundo trimestre, sin embargo se sabe que aproximadamente desde la semana 16 de gestación, se encuentra lista para la producción láctea. Posterior al alumbramiento, el ambiente hormonal se modifica, propiciando la producción y expulsión de leche materna, ayudado a través de la succión del neonato. Para poder llevar a cabo su función, se requiere de un adecuado estímulo hormonal y por supuesto de la integridad y buen funcionalidad de las estructuras que conforman la glándula mamaria (10).

En base al estímulo hormonal, se ha dividido a la Lactogénesis en dos grandes etapas, la Mamogénesis y la Lactogénesis. La Mamogénesis o primera etapa, se inicia desde el primer trimestre, con el estímulo en el tejido glandular mamario, a cargo de la hormona gonadotrofina coriónica humana y el lactógeno placentario para la conformación de los lobulillos.

Durante el segundo trimestre con la elevación en la producción de estriol y el 17 beta estradiol, como acto reflejo la prolactina incrementa su síntesis, estimulando el desarrollo de los acinos alveolares a células secretoras altamente diferenciadas y capaces de la producción de calostro.

En el segundo y tercer trimestre, el factor de crecimiento sérico y la insulina, provoca una mayor proliferación de células progenitoras en la glándula mamarias, las cuales si se someten a un adecuado estímulo a cargo de los esteroides placentarios, desarrollan la capacidad de diferenciación a células alveolares, incrementando así el número de unidades funcionales, para una mayor producción láctea. En este momento, la prolactina influye en la constitución de la leche. Al final del tercer trimestre, los receptores lactogénicos (con afinidad similar para la prolactina y lactógeno placentario humano), se encuentran ocupados predominantemente por el lactógeno placentario; a su vez, las elevadas concentraciones de estradiol, se interponen a la incorporación de la prolactina a las células productoras de leche (10).

Una vez que sobreviene el parto, la disminución súbita de estrógenos y progesterona ocasionan la producción láctea, estabilizándose los niveles de prolactina y permitiendo que ésta a su vez estabilice y estimule la transcripción de caseína y síntesis de lactoalbúmina, a través de la unión con sus receptores que son liberados del lactógeno placentario.

Se inicia entonces la lactogénesis en el periodo postparto inmediato, con la producción y secreción de leche, sin embargo, esta etapa se traslapa con la mamogénesis ya que se divide a su vez en tres estadios, según la composición de la leche.

Estadio uno: Inicia alrededor de las 16 semanas de gestación, con la capacidad de producir leche (calostro), aunque la función completa no se alcanza, hasta que los tejidos son liberados de la inhibición que efectúan los altos niveles de progesterona circulante (10).

Estadio dos: Inicia al disminuir los niveles de progesterona inmediatamente después del alumbramiento y culmina en el segundo o cuarto día de la resolución obstétrica. Está caracterizado por un incremento del flujo sanguíneo de la mama, aumentando la captación de oxígeno y glucosa e incremento en la concentración de citrato, con evidente aumento de la secreción de leche (“subida de leche”). Hasta este estadio, la mama continúa secretando calostro. Las concentraciones de alfa-lactoalbúmina alcanzan su máxima concentración (10).

Estadio tres: Inicia del cuarto a sexto día posterior a la resolución obstétrica, con la producción indefinida de leche. La duración de este estadio, depende de la producción continua de leche, así como la adecuada transferencia de la madre al producto (10).

MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA

La galactopoyesis es el proceso de secreción continua de leche. Esto requiere extracción de la leche y estimulación del pezón, lo cual produce la liberación de prolactina de la glándula pituitaria anterior y oxitocina de la glándula pituitaria posterior. En ausencia de la extracción láctea, la presión intramamaria se eleva y se acumula el factor inhibidor de la lactancia, por lo que se reduce la producción de leche (5).

COMPOSICIÓN DE LA LECHE

La leche es un fluido complejo que se integra de componentes químicos y celulares. Los mayores macronutrientes de la leche son (8):

- ✚ Lactosa y oligosacáridos
 - ✚ Grasas. Incluyendo triglicéridos, colesterol, fosfolípidos y hormonas esteroides
 - ✚ Proteínas incluyendo caseína, alfa lactoalbúmina, lactoferrina, Inmunoglobulina A y lisosimas.
 - ✚ Minerales que incluyen Sodio, Potasio, Cloro, Calcio, Magnesio y Fósforo
- La mayoría de los componentes nutricionales de la leche humana son multifuncionales. Se incluyen las siguientes propiedades:

- ✚ Propiedades bacteriostáticas e inmunomoduladoras, que son activadas antes o durante el proceso de digestión.
- ✚ Antiinflamatoria
- ✚ Ayudan a la digestión
- ✚ Crecimiento de criptas celulares en el intestino del producto u otras células del cuerpo.

Los componentes celulares de la leche humana varían en tipo y número celular a través del tiempo. Los conteos celulares en el calostro son aproximadamente de 10 00000, disminuyendo a 10 0000 a los 6 meses. Los diferentes tipos de células incluyen macrófagos, linfocitos, neutrófilos y células epiteliales (8).

Los leucocitos están presentes en la leche humana en la misma concentración en los que se ven en sangre periférica, pero el leucocito predominante es el macrófago en vez del neutrófilo. El número de leucocitos disminuye después del segundo o tercer mes.

Los macrófagos de la leche humana tienen la capacidad de quimiotaxis, fagocitosis así como secreción del complemento, lisosimas y lactoferrina. Los linfocitos B y T se encuentran en la leche humana y ayudan a proteger el tracto gastrointestinal de organismos invasores (8).

SÍNTESIS Y SECRECIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA LECHE

Los componentes de la leche se secretan en la luz alveolar por la combinación de cinco diferentes mecanismos. Estas vías trabajan en paralelo para formar y/o transportar los constituyentes de la leche desde la sangre, líquido intersticial o el tejido epitelial mamario ⁽⁸⁾.

Regulación de la producción de la leche

La producción de la leche está regulada por la interacción de mecanismos físicos y bioquímicos. En la mayoría de las circunstancias, el factor más importante es el vaciado de la leche materna, secundaria a la succión del producto.

Vaciamiento de la glándula mamaria

Después de la activación secretora, el mantenimiento y la producción de leche depende de la extracción de la leche de manera regular. La falla en este mecanismo, da como resultado la acumulación prolongada y excesiva de leche en el lumen alveolar, lo cual lleva a la distensión alveolar y elevación de la presión intramamaria. Esto impide el flujo sanguíneo hasta los capilares mamaris, reduciendo la aportación de nutrientes y las hormonas estimuladoras para la disminución de la producción de leche. La presión mamaria incrementada interrumpe la síntesis y secreción de los componentes de la leche ⁽⁸⁾.

Los cambios por la demanda del producto, afectan el vaciamiento de la glándula mamaria así como la producción de leche. La frecuencia de la estimulación y el grado de vaciamiento requerido para la adecuada producción de leche varían de acuerdo a las características propias de la madre y el producto. Los productos prematuros y los productos con alteraciones en el desarrollo oral-motor, son menos capaces para modular el vaciamiento de la mama y el volumen de la leche.

Eyección láctea

Los alveolos están rodeados de una red de vasos sanguíneos y células mioepiteliales. El lumen alveolar sirve como un reservorio temporal de leche, estos lúmenes son vaciados a través de una serie de ductos largos que se encuentran en cada lóbulo ⁽⁸⁾.

Oxitocina

La estimulación táctil del complejo areola-pezones, por la succión del producto, conducen a señales aferentes que van hacia el hipotálamo, lo cual activará la activación de oxitocina, la oxitocina liberada vía torrente sanguíneo hacia la glándula mamaria, interacciona con su receptor encontrando las células mioepiteliales. Esto resulta en la contracción de las células mioepiteliales forzando el paso de la leche a los ductos alveolares y hacia fuera a través del pezón. Al mismo tiempo, los ductos se expanden rápidamente para facilitar el flujo de la leche. Si la mama está suficientemente ingurgitada para restringir el flujo sanguíneo hacia el alveolo, la eyección de la leche materna, se verá inhibida.

Si la leche no es removida a través de los poros del pezón, puede ocurrir flujo retrógrado de la misma ⁽⁸⁾.

En los primeros días postparto, la oxitocina también ocasiona contracciones uterinas. Esto ocasionará la disminución de la pérdida sanguínea y promoverá la involución uterina, aunque esta última puede ser dolorosa. La oxitocina se une a receptores que se encuentran en el cerebro funcionando como neurotransmisor (8).

Beneficios de la lactancia materna en los niños

La leche humana se recomienda como la fuente exclusiva de nutrientes para alimentar a los recién nacidos hasta los seis meses de vida y debe ser complementada con alimentos sólidos a partir de los seis meses. La lactancia materna, tiene apoyo de organizaciones medicas y gubernamentales por sus beneficios conocidos, hacia el producto y hacia la madre, tales como función gastrointestinal, mecanismo de defensa y bienestar psicológico (4, 12).

La lactancia tiene beneficios clínicos directos para el producto así como beneficios potenciales a largo plazo, que ocurren después del periodo de lactancia.

Función Gastrointestinal:

Varios componentes de la leche humana, estimulan la función gastrointestinal así como su motilidad, lo que conduce a una adecuada maduración de éste sistema. Otros factores conocidos son protectores, ya que reducen el riesgo de padecer enterocolitis necrotizante y otras patologías infecciosas (4, 12).

Los componentes estimulantes y protectores incluyen:

- ✚ Hormonas (Cortisol, Somatomedina C, Factores similares a la insulina, Insulina y hormona Tiroidea), pueden afectar el crecimiento y la función de la mucosa.
- ✚ Factores de Crecimiento (Factor de crecimiento epidérmico y Factor de crecimiento nervioso), afectan el desarrollo del tracto gastrointestinal y puede ser protectores en contra de enfermedades invasivas.
- ✚ Mediadores gastrointestinales: Neurotensina y Motilina
- ✚ Agentes antiinflamatorios tales como Interleucina 10, reducen el riesgo de Enterocolitis necrotizante.
- ✚ Enzimas tales como Factor activador de plaquetas y Acetil hidrolasa, los cuales tienen una función protectora y mediadora en el daño que produce la Enterocolitis necrotizante.
- ✚ Inmunoglobulinas tales como IgA e IgG, juegan un papel importante, permitiendo la inmunidad de la mucosa, protegiendo así el tracto gastrointestinal de agentes extraños y microorganismos, de igual manera previene la Enterocolitis necrotizante.
- ✚ La leche humana, se asocia con una colonización intestinal por microorganismos como Bífidobacterias y Lactobacilos, en lugar de potenciales agentes enteropatogénicos tales como Estreptococos y Escherechia Coli.

Cuando se compara la leche humana con la fórmula, se observan los siguientes beneficios:

- ✚ Incrementa la tasa de vaciamiento gástrico
- ✚ Incrementa la actividad de la lactasa en niños prematuros
- ✚ Disminución de la permeabilidad intestinal de forma temprana en niños prematuros
- ✚ Disminución del riesgo de Enterocolitis necrotizante en niños prematuros. Los niños prematuros que reciben leche materna, tienen menor incidencia de padecer enterocolitis necrotizante, en comparación de aquellos que reciben fórmula. El mecanismo por el que provee protección, aún es incierto. Sin embargo la leche humana contiene componentes, ya antes mencionados, los cuales pueden tener efectos protectores (IgA, IgG, Interleucina 10 y Factor activador plaquetario).

Componentes Antimicrobianos:

La leche humana contiene una variedad heterogénea de agentes con actividad antimicrobiana (4,12). Muchos de esos factores, tienen las siguientes características:

- Persisten durante la lactancia
- Son resistentes a las enzimas digestivas del tracto gastrointestinal
- Actúa en la superficie de la mucosa (Gastrointestinal, respiratoria y del tracto urinario)

Proteínas:

Proteínas específicas tales como lactoferrina, lisosima e IgA sérica (sIgA), se encuentra en la fracción sérica de la proteína de la leche humana. Son resistentes a la degradación proteolítica, se encuentran en las superficies mucosas previniendo la adhesión microbiana, así mismo inhibe la actividad microbiana. La lactoferrina tiene actividad microbiana cuando no se conjuga con el hierro. Puede funcionar como otro mecanismo de defensa, junto con otras proteínas, lo cual da como resultado la eliminación microbiana (4, 12).

Carbohidratos:

Los oligosacáridos encontrados en los polímeros de carbohidratos y glicoproteínas, pueden cambiar la flora intestinal, mediante el crecimiento de bifidobacterias y lactobacilos. Estos oligosacáridos, actúan como receptores análogos para múltiples agentes antimicrobianos, ya que su estructura es parecida a los receptores de antígenos bacterianos (4, 12).

Leucocitos:

La leche humana contiene leucocitos de los cuales 90% son neutrófilos y macrófagos. Estas células contribuyen a la actividad antimicrobiana a través de la fagocitosis y la apoptosis. Los linfocitos de la leche humana contribuyen a la producción de células T y células B (4).

Prevención de enfermedades durante la lactancia:

En países desarrollados y en vías de desarrollo, la leche humana en comparación con la fórmula, disminuye el riesgo de padecer enfermedades agudas durante el tiempo en el que el niño es alimentado. En países en vías de desarrollo, la morbimortalidad total es menor en niños a quienes se les proporcionó lactancia materna en comparación de aquellos alimentados a base de fórmula, así mismo la incidencia de gastroenteritis y enfermedades respiratorias es menor en aquellos que reciben lactancia materna (4, 12).

En países desarrollados, la tasa de enfermedades agudas también es menor en aquellos niños a los que se les proporcionó lactancia materna, la tasa de hospitalizaciones también fue menor entre ellos. Estos hallazgos sugieren que la severidad de éstas enfermedades es menor en aquellos niños a los que se les brinda lactancia materna (4, 12).

La lactancia materna en comparación con la fórmula, proporciona menores tasas de diarrea, enfermedades del tracto respiratorio y otitis media aguda y recurrente, así como infecciones del tracto urinario (4, 12).

Beneficios de la lactancia a largo plazo:

La lactancia materna, puede tener beneficios a largo plazo, aunque la evidencia no es concluyente aún, la lactancia materna en comparación con la alimentación a base de fórmula, puede estar asociada a menor riesgo de padecer enfermedades agudas o crónicas (4, 12).

Enfermedades Crónicas:

Se han reportado asociaciones entre la duración de la lactancia y una reducción en la incidencia de obesidad, cáncer, enfermedad coronaria y algunas condiciones alérgicas, así como diabetes tipo 1 y enfermedad inflamatoria intestinal (4, 12).

Obesidad:

Puede haber una relación entre la lactancia materna y la prevención de la obesidad. Sin embargo, éste hecho puede estar en duda, ya que no existe suficiente evidencia que muestre este efecto protector (4, 12).

Cáncer:

La lactancia materna ha sido asociada a una reducción del riesgo de cáncer en la infancia, específicamente linfoma y leucemia (4, 12).

Enfermedad cardiovascular en el adulto:

Información limitada, ha asociado la lactancia materna con la disminución de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, tales como dislipidemia, obesidad y proteína C reactiva elevada (4, 12).

Condiciones alérgicas:

La lactancia materna puede resultar benéfica en la reducción del riesgo para presentar enfermedad alérgica, sin embargo la información ha sido inconclusa (4, 12).

Diabetes Mellitus:

La lactancia materna en comparación con la fórmula, disminuye aparentemente el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo I. Esto parece ser debido a una respuesta mediada por las células, en respuesta a la proteína de la leche de vaca, Beta caseína, la cual se cree, está relacionada con la patogénesis de la Diabetes Tipo I. De forma adicional, hay información que sugiere que la incidencia de Diabetes tipo 2, se reduce en los niños que reciben lactancia materna (4, 12).

Desarrollo Neurológico:

Aunque algunos estudios han mostrado un beneficio mínimo en el neurodesarrollo en aquellos niños que se alimentan al seno materno en comparación con aquellos que se alimentan con fórmula, permanecen poco claros los beneficios que puede brindar a largo plazo (4, 12, 16).

Desarrollo Cognitivo:

Existe un gran número de reportes que indican que la lactancia materna, mejora el desarrollo cognitivo, incluso hasta la adolescencia (4, 12).

Desarrollo visual:

Varios estudios indican que los niños prematuros o de término, que reciben lactancia materna, mejoran su función visual en comparación a los que reciben fórmula. Este beneficio se ha atribuido al ácido docosahexanoico (DHA), que es un componente de los fosfolípidos encontrado en el cerebro, retina y membranas celulares. Ésta sustancia está presente en la leche humana pero no en la leche de vaca. La severidad de la incidencia de la retinopatía por prematuridad, disminuye en los niños alimentados al seno materno (4, 12).

Disminución del estrés:

Aparentemente existe un efecto analgésico para los niños alimentados a base de leche humana, que es secundario al nexo materno infantil. Las hormonas de la lactancia, prolactina y oxitocina, son componentes importantes del eje del estrés y tienen un impacto positivo en el comportamiento social, incluyendo al nexo materno infantil (4, 12).

2.3.2 Marco Referencial

MARCO REFERENCIAL

Educación a los padres acerca de la lactancia materna

La leche materna esta reconocida como el alimento óptimo para los infantes debido a sus beneficios para la salud. Tanto la Organización mundial de la salud, la Academia Americana de pediatría y el Colegio Americano de Ginecoobstetricia, recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida (9).

Algunos datos obtenidos en el año 2005 por el Centro de control de enfermedades (CDC), demostraron tasas bajas de lactancia en mujeres jóvenes, solteras y de raza negra, así como un nivel de educación bajo y viviendas en áreas rurales.

- Las tasas de lactancia en mujeres menores de 20 años fue menor que en las mujeres de entre 20 y 29 años de edad y mayores de 30 años de edad.
- La tasa de lactancia materna fue menor en mujeres de raza negra en comparación con la raza caucásica y mujeres latinas.
- Las tasas de lactancia fueron menores en aquellas mujeres que residen en comunidades rurales, que en aquellas que viven en comunidades urbanas (9).

Mantenimiento de la lactancia

La terminación temprana de la lactancia materna, se asocia con dificultades en la misma y la percepción materna de que esta práctica no cumple con las necesidades de su hijo (7). Algunos motivos del cese de la lactancia dentro del primer mes son:

- Grietas en los pezones
- Percepción de aporte inadecuado de leche
- Dificultad en la técnica de lactancia

Las mujeres que escogieron la alimentación por fórmula láctea, a menudo perdían la confianza en la habilidad para la lactancia, debido a prejuicios acerca de que sus hijos preferían la fórmula o tenían un aporte inadecuado de leche.

En un estudio prospectivo de Crete de 1049 mujeres, se observó que del 90% de las mujeres que planeaban la lactancia, únicamente el 61% tenía ésta práctica durante un mes. La falla en el mantenimiento de la lactancia, se asoció fuertemente con el tabaquismo materno, el nacimiento de un producto pre término y su ingreso a la terapia neonatal, un bajo nivel educativo y reinicio de la actividad laboral de forma temprana (7).

El éxito de la lactancia depende de proveer a los padres de educación y ayuda, en vías de conducir a un ambiente que promueva el inicio de la lactancia.

Basado en una buena evidencia de que las intervenciones enfocadas al soporte y la educación de la lactancia materna, mejoran las tasas de la misma. Las guías Canadienses y Norteamericanas en salud recomiendan las siguientes intervenciones para mejorar el inicio y la duración de la lactancia:

- Combinación de programas educacionales antenatales y postnatales
- Programas anteparto acerca de la lactancia materna
- Programas que incluyan entrenamiento de habilidades y resolución de problemas con instrucciones didácticas.
- Material escrito acerca de los programas de lactancia prenatales y postnatales
- Suspensión de programas comerciales que promuevan el uso de fórmula artificial, ya que impactan de manera negativa a la lactancia.

Se debe designar un educador para proveer información y orientación acerca de la lactancia. Se debe proveer de recursos adicionales tales como videos, posters, libros y trípticos acerca del tema. A pesar de que los materiales impresos son inefectivos, cuando se usan de manera aislada deben ser incorporados a los programas activos de educación (9).

Rol del médico

Los médicos deben guiar a los padres para optar por la lactancia materna por sus beneficios tanto para la madre como para el producto. Los médicos juegan un rol importante en la educación prenatal asegurándose de que exista un ambiente adecuado para el inicio de la lactancia durante la estancia hospitalaria.

Durante las visitas prenatales se debe dar la información correcta hacia los padres y resolver las dudas correspondientes a los mismos (9).

Contraindicaciones

Existen pocas contraindicaciones verdaderas para la lactancia. Las siguientes son contraindicaciones incluidas en las guías de la Academia Americana de Pediatría acerca de la lactancia y la leche humana:

- Infección materna:
 - Las mujeres que viven en países desarrollados, deben evitar esta práctica si se encuentran infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La Organización mundial de la salud, recomienda la suspensión de ésta práctica, si el reemplazo de la misma es sustentable y aceptable. Si la alimentación de reemplazo no es posible, entonces la lactancia esta recomendada de cualquier forma.
 - Las mujeres positivas para el Virus de células T linfotróficas tipo 1 o 2, o que padecen brucelosis sin tratamiento, deben evitar la lactancia.
 - Las mujeres con lesiones por Herpes , deben evitar la lactancia de la mama afectada, hasta que se resuelvan las lesiones, ya que el contacto directo, transmitiría este virus hacia el producto.
 - Las mujeres que desarrollan varicela cinco días antes o dos días después de a resolución obstétrica, deben ser aisladas de sus hijos, sin embargo la leche extraída, puede ser usada para alimentar a sus hijos.
 - Las mujeres con tuberculosis activa, deben evitar esta práctica hasta dos semanas después de comenzar el tratamiento antifímico. Sin embargo, la extracción de la leche es viable y puede administrarse al producto.
 - La hepatitis materna no contraindica ésta práctica previa adecuada inmunoprofilaxis.
 - Las mujeres con Influenza H1N1, deben ser aisladas de sus hijos, hasta que se encuentren afebriles.
 - El riesgo de transmisión de Citomegalovirus a través de la leche materna, parece ser poco común, a excepción de los productos con muy bajo peso al nacer el quienes se incrementa este riesgo.

- Abuso de sustancias
 - Las madres con dependencia a los opioides que se encuentran en un programa supervisado, de mantenimiento y tienen estudios negativos para drogas ilícitas y HIV, pueden lactar.
 - La lactancia está contraindicada en mujeres con ingesta de drogas ilícitas tales como Fenciclidina, Cocaína y Marihuana, esto debido a los efectos a largo plazo que se ocasionan a los productos.
 - A pesar de que el tabaquismo materno, no es una contraindicación absoluta para la lactancia, sin embargo debe suspenderse, ya que se encuentra asociado al síndrome de muerte súbita infantil y alergia respiratoria.
 - El alcohol puede inhibir la prolactina y su respuesta a la succión, además de afectar el desarrollo motor del producto.

- Tratamientos médicos: La mayoría, pero no todos los medicamentos, son compatibles con la lactancia. Los medicamentos deben ser supervisados por potenciales contraindicaciones. Como fue reiterado en un reporte del año 2013 de la Academia Americana, los beneficios de la lactancia tanto para la madre como para el producto, tienen que ser valorados en contra de los riesgos que significan la exposición del medicamento hacia el producto.

- Galactosemia: La galactosemia es un error innato del metabolismo, en el cual existe una contraindicación absoluta para la lactancia, los productos con esta enfermedad, no pueden utilizar la galactosa (componente de la lactosa en la leche humana). La acumulación de la galactosa conlleva a consecuencias adversas que incluye daño hepático, cataratas y retraso mental.

- Dieta materna: En la ausencia de una adecuada nutrición materna, está contraindicada la lactancia humana. Se recomienda que las mujeres que lacten, obtengan aporte necesario de vitaminas, minerales y de una dieta balanceada en lugar de suplementos vitamínicos. Una excepción importante es la concentración baja de Vitamina B 12 en la leche, en pacientes vegetarianas estrictas. Las dietas de éstas pacientes se deben revisar y se deben proveer suplementos de vitamina B 12 en la ingesta dietética.

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

En los Estados Unidos, las metas de Gente Sana 2020, incluyen el inicio de la lactancia materna en el 82% de los recién nacidos, y la continuación de la lactancia en el 61% de éstos ⁽¹¹⁾.

El éxito está en manos de los profesionales de la salud, los cuales deben proporcionar educación ante y postnatal acerca de la lactancia materna. Se debe hacer énfasis durante el parto en la promoción para iniciar la lactancia y mejorar las posibilidades de éxito ⁽¹¹⁾.

Ambiente hospitalario

Durante el puerperio inmediato, existen mayores tasas de lactancia materna en instalaciones con políticas que promueven la práctica de la lactancia ⁽¹¹⁾.

Estas políticas se resumen en “Los 10 pasos para una lactancia exitosa”, los cuales están desarrollados por la Organización Mundial de la Salud y la Fundación para la niñez de las Naciones Unidas (UNICEF) ^(2, 11). Esto incluye lo siguiente:

- Tener una política escrita acerca de la lactancia materna, la cual se encuentra al alcance de todo el personal.
- Adiestramiento a todo el personal de salud para implementar esta política.
- Informar a todas las mujeres embarazadas de todos los beneficios que proporciona la lactancia materna.
- Ayudar a las madres a dar inicio a la lactancia después de la primera hora del nacimiento.
- Enseñar a las madres acerca de las técnicas de lactancia y el mantenimiento de las mismas.
- Dar a los recién nacidos leche humana únicamente, a menos que otro tipo de alimentación esté médicamente indicada.
- Permitir a todas las madres y a los recién nacidos permanecer en alojamiento conjunto.
- Promover la lactancia materna a demanda.
- Evitar el uso de chupones o biberones.
- Promover el establecimiento de Grupos de ayuda para la lactancia materna y referir a las pacientes a los mismos.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y LA NIÑA

Desde 1990, como respuesta al llamado de acción para la protección, promoción y apoyo a la Lactancia materna de la declaración de Innocenti de 1990, se crea la iniciativa Hospital Amigo del niño y de la niña (IHAN) con la finalidad de implementar las buenas prácticas para la promoción y mantenimiento de la lactancia materna a nivel mundial. Se ha puesto como meta, capacitar a todo personal de salud y allegados a las mujeres que se encuentren por iniciar la lactancia o que se encuentren durante la misma, quedando proscrito el uso de biberones y el inicio temprano de sucedáneos de la leche (17).

A través de sus 10 pasos para esta iniciativa propone brindar atención de calidad y calidez a la madre y al recién nacido, preservando la lactancia materna temprana y su duración el mayor tiempo posible (17).

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA
Todo establecimiento que brinde servicios de atención al parto y cuidados del recién nacido deben:
1. Tener una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento al personal de la maternidad de forma rutinaria
2. Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política de lactancia
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia
4. Ayudar a las madres a dar inicio a la lactancia durante inmediatamente después del parto
5. Mostrar a las madres las técnicas de lactancia y como mantener la misma en caso de separación de sus bebés
6. No proporcionar alimentos o líquidos al recién nacido que no sean leche materna a no ser que estén médicamente indicados
7. Practicar el alojamiento conjunto, permitiendo a las madre y al recién nacido permanecer juntos las 24 horas del día
8. Alentar la lactancia materna a demanda
9. No dar biberones ó chupones a los bebés que se alimentan al seno materno
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos al momento de su alta hospitalaria

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Se debe permitir a los lactantes permanecer con su madre en la misma habitación, aunque sea en una cuna, colocada al lado de la cama de la madre, las 24 horas del día. La cuna debe permitir a la madre, alcanzar al bebe con facilidad, sin colocar la misma a los pies de la cama de la madre, donde es mas difícil el acceso al lactante (17).

Los estudios han demostrado que el lactante tiene menores molestias y la madre puede dormir más cuando ambos están juntos, que estando en habitaciones separadas.

PUNTOS DE CONTACTO CLAVE PARA APOYAR LAS ÓPTIMAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN
Durante la atención prenatal
En el periodo posterior al nacimiento y en el puerperio inmediato
En el periodo postnatal: Para lactantes saludables <ul style="list-style-type: none">• Días 2-3• Días 5-7• Semanas 3-4 Para lactantes con bajo peso al nacer <ul style="list-style-type: none">• Días 2-3• Días 5-7• Día 14• Día 28
A las 6 semanas del postparto, para todas las madres y sus lactantes
Durante los periodos de vacunación
Durante los controles de niño sano o de crecimiento
Durante las visitas de niño enfermo o su seguimiento

LEGISLACIÓN Y LACTANCIA

La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123, establece los derechos de los trabajadores, en relación a la mujer en periodo de lactancia y dice lo siguiente:

“Tendrá dos descansos extraordinarios por día de trabajo, con una duración de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos (14, 15, 18)”

En cuanto a la Ley Federal del trabajo en su artículo 170, establece las condiciones de las madres trabajadoras, en el apartado (IV), menciona que en el periodo de lactancia tendrá dos reposos extraordinarios por día, con una duración de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos en un lugar adecuado e higiénico, que designe la empresa (14, 15, 18).

Éstas dos actas especifican el tiempo que debe otorgarse para la lactancia materna, a una madre trabajadora en una jornada laboral, así como las características del sitio donde debe realizarlo, sin embargo no especifica durante cuanto tiempo debe otorgarse este beneficio; en relación a esto, podemos hacer referencia la Ley del Seguro Social (LSS) que a través del artículo 94, sección II, durante seis meses, se otorgará ayuda en especie para la lactancia. Por lo tanto podemos resumir que en nuestro país, por derecho, la mujer en periodo de lactancia debe contar con dos periodos de media hora durante una jornada laboral para alimentar a su hijo, además de realizarse en un lugar con las condiciones propicias, designado por la empresa, de tal modo que si la empresa designa que sea en el hogar de la trabajadora, ésta puede terminar sus labores una hora antes, ejerciendo su derecho. En cuanto a la duración, basados en las recomendaciones de la Organización mundial de la salud y la LSS, es recomendable un mínimo de 6 meses, recordando que no existe un tiempo establecido en actas, por lo que el patrón, pudiera acordar un periodo inferior a 6 meses (14, 15, 18).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe un mayor impacto en cuanto a la duración de la lactancia materna, en mujeres que conocen los beneficios de la misma?

3.1 JUSTIFICACION

En los últimos años, la lactancia ha disminuido a nivel mundial, presentando incremento de la misma en países donde se cuenta con programas de atención y grupos dedicados a la promoción de la alimentación al seno materno, sin embargo en nuestro país, no se ha logrado establecer dicho beneficio, de forma adecuada. Se cree que esta situación, puede estar propiciada por una mayor promoción de la lactancia a base de fórmulas lácteas, apoyada por los medios masivos de comunicación, relacionada con la utilización del biberón y leches industrializadas, o bien, la integración de las mujeres al mercado laboral. Lo que les impide amamantar a sus bebés poco tiempo después de la resolución obstétrica. Sin embargo también hay que cuestionarnos:

- ¿Cuál es la aceptación de la lactancia materna, para los recién nacidos en las mujeres actualmente?
- ¿Se conocen los beneficios de la lactancia materna?
- ¿Cuáles son las verdaderas causas por las cuales no se lleva a cabo la lactancia materna?

Si bien el objetivo del obstetra no solo se considera el brindar apoyo y cuidado óptimo durante el embarazo; su tarea va más allá de la resolución obstétrica. Dentro de la vigilancia durante el puerperio, la lactancia materna representa una de las etapas más importantes para la madre. El adecuado crecimiento del producto y el vínculo madre-hijo, dependen del éxito de la lactancia materna.

Generalmente el obstetra representa al trabajador de salud, con el que la madre tiene contacto estrechamente durante las primeras semanas posteriores a la resolución obstétrica, es por eso que la obligación del obstetra es conocer, promover e impulsar el incremento de la lactancia materna, con una adecuada orientación.

Se estima que a nivel mundial, el 35% de las niñas y los niños menores de cuatro meses de edad, son alimentados al seno materno de forma exclusiva, con una duración promedio de 18 meses. Sin embargo las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), refieren que las niñas y los niños deben ser amamantados con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y se debe continuar la misma hasta los dos años de edad o más.

En México, particularmente en los hospitales privados, se estima que solo el 30% de las mujeres, alimentan a sus bebés con seno materno por lo menos durante los primeros seis meses, sin embargo en múltiples ocasiones, la lactancia materna no se prolonga más tiempo secundario a (18,19,20):

- Información insuficiente sobre los beneficios de la lactancia para la madre y su hijo.
- Ámbito laboral con poco acceso y facilidades para el almacenamiento de leche en vías de continuar la lactancia materna.
- Falta de apoyo por parte de la familia para implementar una adecuada lactancia materna.
- Fácil acceso a fórmulas lácteas comerciales
- Falta de interés y comunicación de los médicos obstetras y pediatras con las mujeres, respecto al beneficio de la lactancia materna exclusiva.

Por ello, la Secretaría de Salud Federal, emite recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, en el artículo seis, inciso H, del Reglamento interior de la comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención médica, con referencia a establecer programas tendientes a la promoción e incremento de la lactancia en las diferentes instituciones de salud (18).

3.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.2.1 OBJETIVOS

Observar el impacto en la duración de la lactancia materna, en aquellas mujeres que conocen los beneficios de la misma.

3.2.2 HIPÓTESIS

Demostrar que las mujeres que reciben una orientación y educación acerca de los beneficios de la lactancia materna, prolongan la duración de la misma, en vías de obtener un beneficio para ellas y sus bebés.

4. DISEÑO DEL ESTUDIO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación observacional.

4.2 DISEÑO

El trabajo presentado es de tipo transversal.

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio analítico, descriptivo, transversal y prospectivo.

5. METODOLOGÍA

5.1 GRUPOS DE ESTUDIO

Se estudiaron a tres grupos de pacientes:

- ✚ **Grupo A:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio inmediato-medio, las cuales reciben asesoría en lactancia materna por parte del personal de salud del Hospital Ángeles México.
- ✚ **Grupo B:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio inmediato-medio, las cuales recibieron asesoría en lactancia materna, de forma personalizada y con apoyo de material audiovisual.
- ✚ **Grupo C:** Pacientes que se encuentran dentro de su puerperio medio y tardío, las cuales reciben asesoría en lactancia materna por parte del grupo de apoyo Lactancia México, perteneciente al Hospital Ángeles México.

5.2 LUGAR Y DURACIÓN

La recolección de datos se realizó en las instalaciones del Hospital Ángeles México, en el área de hospitalización, a pacientes con resolución obstétrica dentro de las instalaciones hospitalarias, en el periodo de Noviembre del año 2014 a Junio del año 2015.

5.3 UNIVERSO

Pacientes con resolución obstétrica dentro de la instalaciones del Hospital Ángeles México en el periodo de Noviembre del año 2014 a Abril del año 2015.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 *Criterios de Inclusión*

- ✚ Pacientes cuya resolución obstétrica haya tenido lugar en el Hospital Ángeles México, en el periodo de Noviembre del año 2014 a Abril del año 2015.
- ✚ Pacientes que cursen su puerperio quirúrgico o fisiológico inmediato.

5.4.2 *Criterios de exclusión*

- ✚ Pacientes que presenten el diagnóstico de Depresión Postparto
- ✚ Pacientes sin disposición para la lactancia materna
- ✚ Patología del lactante detectada al nacimiento
- ✚ Enfermedad materna o neonatal que impida concluir la lactancia (cáncer de mama, tromboembolia pulmonar, diagnóstico de infección por Virus de inmunodeficiencia Humana)
- ✚ Malformaciones / Problemas cromosómicos (Patología del producto, que durante su crecimiento le impida la alimentación al seno materno)
- ✚ Madres que estén recibiendo Quimioterapia o Radioterapia
- ✚ Puerperio patológico

5.4.3 *Criterios de descarte: (que por alguna razón diferente a la falta de educación o información, se dificulte la lactancia)*

- ✚ Mujeres con prótesis mamarias
- ✚ Cirugía reductiva de mamas
- ✚ Que no cuenten con teléfono
- ✚ Dificultad para el idioma

5.5 VARIABLES EN ESTUDIO

5.5.1 Variables dependientes

- ✚ Alimentación al neonato:
 - Lactancia materna exclusiva
 - Combinada (fórmula y lactancia)
 - Fórmula exclusiva

5.5.2 Variables independientes

- ✚ Embarazo de término
- ✚ Embarazo no complicado
- ✚ Edad Materna (años cumplidos al ingreso):
 - Madre adolescente
 - Etapa reproductiva idónea
 - Edad materna avanzada
- ✚ Estado laboral:
 - Empleada
 - Dedicada a su hogar
- ✚ Educación para la lactancia materna:
 - Curso específico (psicoprofiláctico)
 - Asesoría sobre lactancia en hospital
 - Orientación recibida en casa, medios masivos de difusión, Familiar
 - Asesoría personalizada
 - Ginecoobstetra o Pediatra
- ✚ Nivel socioeconómico:
 - Alto
 - Medio
 - Bajo
- ✚ Nivel educativo:
 - Educación básica
 - Educación media superior
 - Educación superior

5.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se contacta a las pacientes puérperas cuya resolución obstétrica se dio en el Hospital Ángeles México, de Noviembre del año 2014 a Junio del año 2015, susceptibles de lactar al producto, dentro de las primeras 24 horas posterior a la resolución obstétrica.

Se aplicaron herramientas de educación para la lactancia materna, se explicarán los beneficios de la misma, se orientará en cuanto a las técnicas de lactancia materna y se resolvieron dudas o preguntas que pudieran surgir en ese momento.

Se complementó la orientación con material audiovisual.

Se pidió autorización para dar un seguimiento posterior al egreso hospitalario, en vías de obtener un mayor éxito en cuanto a la duración de la lactancia materna, explicando que se pudieran resolver dudas u orientar a la paciente de forma mas personalizada si es que así lo requiere.

Se obtuvieron datos de contacto personal, para realización de encuestas telefónicas posteriores, otorgándose carta de confidencialidad al momento de su egreso hospitalario.

El momento idóneo de comunicación con las pacientes posterior a su egreso hospitalario, fue:

-  7 días
-  42 días
-  90 días
-  180 días

Primera semana (7 días)

Se realizó encuesta telefónica, se evaluó el éxito de la lactancia hasta ese momento (cien porciento, combinada, biberón y lactancia, biberón exclusivo). En caso de que el éxito de lactancia no fuera el esperado, se profundizó en saber las causas de ésta situación, se orientó en esos casos específicos.

Se resolvieron dudas o preguntas.

Se cuestionó la necesidad de una orientación mas personalizada en caso de que así lo requiera la paciente.

Primeros 42 días

Se realizó encuesta telefónica, se evaluó el éxito de la lactancia hasta ese momento (cien porciento, combinada, biberón y lactancia, biberón exclusivo). En caso de que el éxito de lactancia no fuera el esperado, se profundizó en saber las causas de ésta situación, se orientó en esos casos específicos.

Se resolvieron dudas o preguntas.

Se cuestionó la necesidad de una orientación mas personalizada en caso de que así lo requiera la paciente.

Primeros 90 días

Se realizó encuesta telefónica, se evaluó el éxito de la lactancia hasta ese momento (cien porciento, combinada, biberón y lactancia, biberón exclusivo). En caso de que el éxito de lactancia no fuera el esperado, se profundizó en saber las causas de ésta situación, se orientó en esos casos específicos.

Se resolvieron dudas o preguntas.

Se cuestionó la necesidad de una orientación mas personalizada en caso de que así lo requiera la paciente.

Primeros 180 días

Se realizó encuesta telefónica, se evaluó el éxito de la lactancia hasta ese momento (cien porciento, combinada, biberón y lactancia, biberón exclusivo). En caso de que el éxito de lactancia no fuera el esperado, se profundizó en saber las causas de ésta situación, se orientó en esos casos específicos.

Se resolvieron dudas o preguntas.

Se cuestionó la necesidad de una orientación mas personalizada en caso de que así lo requiera la paciente.

5.6 CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

Se realizó el respectivo control de sesgos y errores descritos a continuación:

5.8.1 *Sesgos de la información:*

Las asesorías en lactancia materna se llevaron en las instalaciones del Hospital Ángeles México por parte del personal de salud. Así mismo de forma personalizada, se realizaron por la doctora Mariana Elisa Pérez de la Torre, residente del cuarto año del curso de especialización en Ginecología y Obstetricia del hospital.

El análisis y la recolección de la información se realizó dentro del Hospital Ángeles México, en el área de hospitalización, así como de forma externa por vía telefónica.

De observado: Reporte inadecuado de información, las pacientes con datos incompletos se excluirán del análisis.

5.8.2 *Sesgos de selección:*

Control de sesgo: toma de información completa de pacientes que participen en el estudio, dentro de las instalaciones hospitalarias.

5.8.3 *Limitaciones*

Limitaciones de estudio prospectivo: No podemos garantizar el control absoluto del sesgo de información.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Investigación sin riesgo.

Debido a que la presente investigación contempla únicamente el uso de los datos obtenidos a través del contacto telefónico, sin otro tipo de intervención para las pacientes del estudio, es considerada sin riesgo. Sin embargo, fue necesaria la firma de consentimiento informado por parte de las pacientes incluidas en el estudio, en vías de permitir la comunicación vía telefónica con todas y cada una de ellas. No se revelarán los nombres de las pacientes.

El protocolo de investigación será presentado por el investigador como tesis para la obtención del grado de especialista en Ginecología y Obstetricia.

6. ORGANIZACIÓN

6.1 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Asesorías en lactancia materna y apoyo educativo mediante material audiovisual:

- Personal de salud encargado del área de cunas del Hospital Ángeles México
- Grupo de apoyo a la lactancia materna del Hospital Ángeles México
- Residente de cuarto año curso de especialización en Ginecología y obstetricia.

Recolección de los datos: Residente de cuarto año curso de especialización en Ginecología y obstetricia.

Análisis de la información: Residente de cuarto año curso de especialización en Ginecología y obstetricia.

Redacción del documento: Residente de cuarto año curso de especialización en Ginecología y obstetricia.

6.2 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

6.2.1 CAPACITACIÓN

El personal de salud encargado del área de cunas, cuenta con capacitación en lactancia materna.

La asesora de lactancia materna en el grupo Lactancia México dentro de las instalaciones del Hospital Ángeles México, forma parte del grupo de la Liga de la leche en México.

6.2.2 ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

Curso de lactancia materna en el Instituto Nacional de Perinatología

6.3 FINANCIAMIENTO

Interno

6.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TÍTULO: IMPACTO EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, EN MUJERES QUE CONOCEN LOS BENEFICIOS DE LA MISMA.

FECHAS DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

- INICIO: Noviembre 2014
- TERMINO: Julio 2015

7.- RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se obtuvo un total de 321 pacientes en el periodo de Noviembre 2014 a Julio 2015.

De las cuales 308 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, las restantes 13 no fueron incluidas por contar con los siguientes criterios de no inclusión:

- ✚ Pacientes sin disposición para la lactancia materna
- ✚ Patología del producto, que durante su crecimiento le impida la alimentación al seno materno
- ✚ Puerperio patológico

De las 308 pacientes incluidas, se eliminaron 8, 6 de ellas por no poder contactarlas vía telefónica y 2 de ellas debido a que cambiaron su domicilio y no fue posible localizarlas nuevamente.

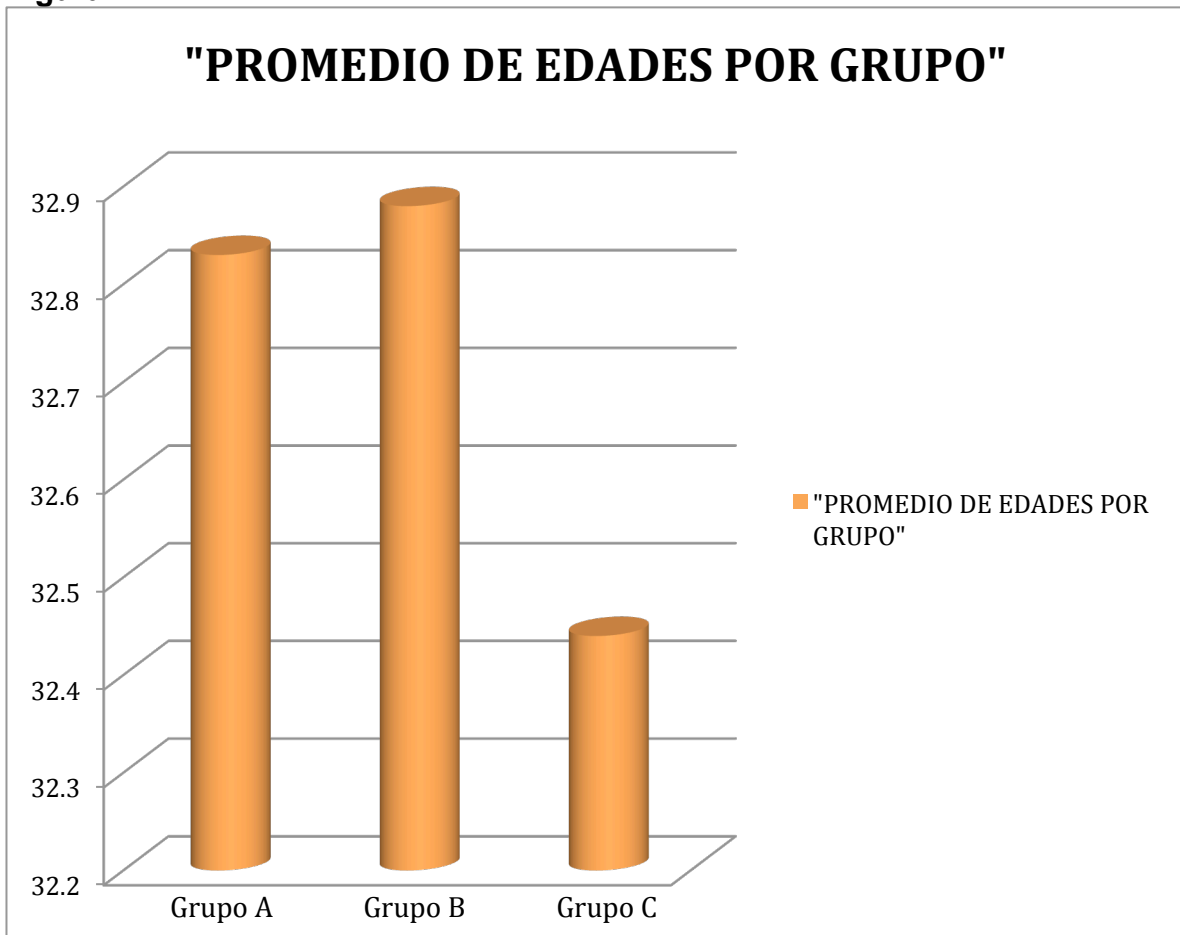
Para el análisis estadístico de las pacientes se utilizaron los programas estadísticos: Excel de Office.

EDAD

En los diferentes grupos de pacientes, se encontró que la edad promedio fue de 32.7 años, la edad mínima 24 años, la edad máxima de 44 años y la mediana para las edades fue de 32 años.

Ver figura 1.

Figura1.



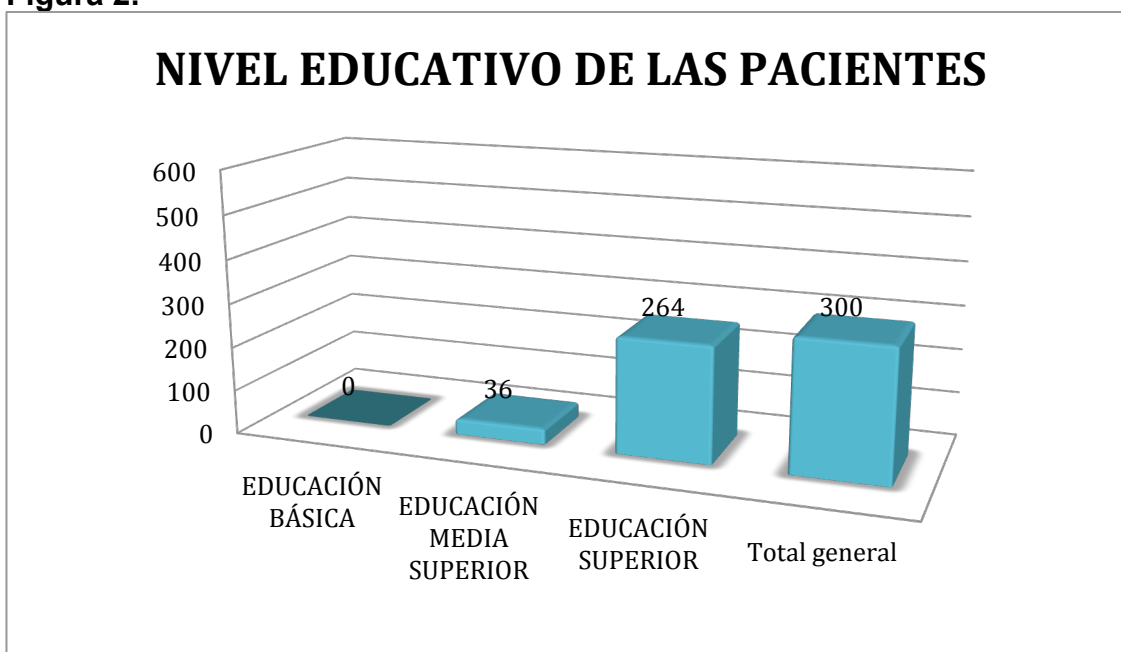
NIVEL EDUCATIVO

Al realizar una comparación de los distintos grupos en estudio, encontramos la siguiente distribución, las pacientes con una educación media superior representan el 12% de nuestra población en estudio, así mismo las pacientes con una educación superior, representan el 88% de las pacientes, se presentan de la siguiente manera:

Tabla 1. TABLA DE FRECUENCIAS Y PROPORCIONES PARA EL NIVEL EDUCATIVO DE LAS PACIENTES

NIVEL EDUCATIVO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
EDUCACIÓN BÁSICA	0	0%
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	36	12%
EDUCACIÓN SUPERIOR	264	88%
TOTAL	300	100%

Figura 2.



EDUCACIÓN PARA LA LACTANCIA

A las pacientes en estudio, se les clasificó en tres grupos diferentes.

El grupo A en donde se les asesoró en cuanto a la lactancia materna, por parte del personal de lactancia del Hospital Ángeles México.

El grupo B en donde se les brindó asesoría en lactancia materna de forma personalizada y con apoyo audiovisual.

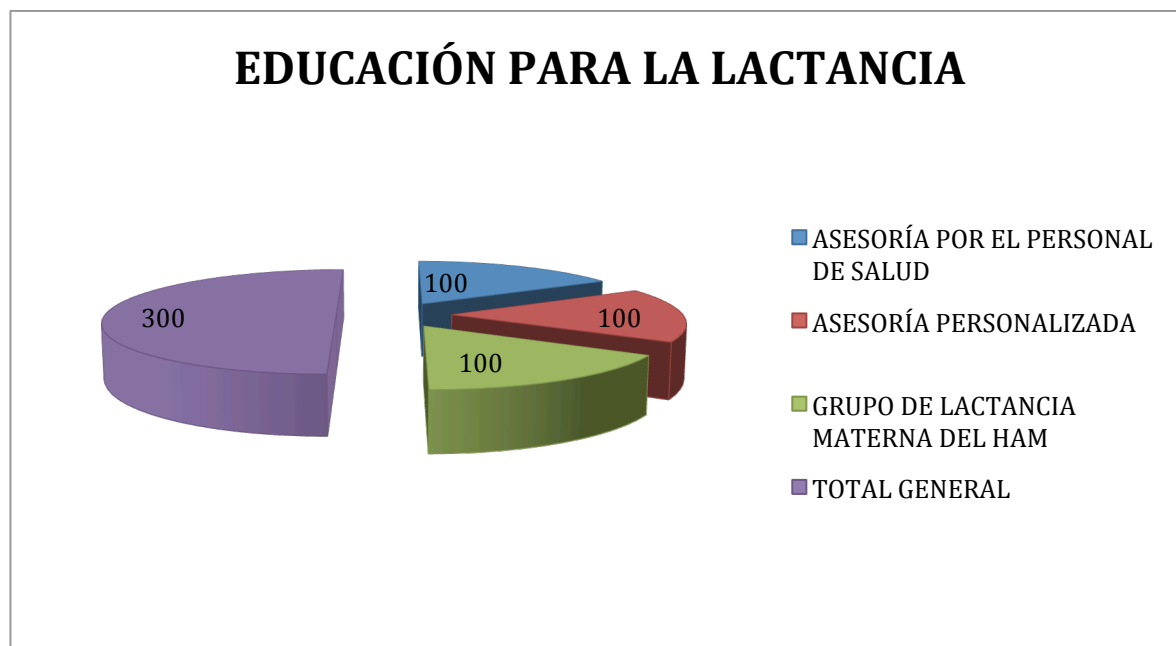
El grupo C a las cuales se les refirió al grupo de lactancia materna del Hospital Ángeles México.

En cada grupo se estudiaron a 100 pacientes, las cuales representaron el 33.3% de la población en estudio por grupo:

Tabla 2. TABLA DE FRECUENCIAS Y PROPORCIONES PARA EL EDUCACIÓN DE LA LACTANCIA POR GRUPOS

EDUCACIÓN	NUMERO DE PACIENTES	DE	PORCENTAJE
ASESORIA POR PERSONAL DE SALUD	100		33.3%
ASESORÍA PERSONALIZADA	100		33.3%
GRUPO DE LACTANCIA MATERNA DEL HAM	100		33.3%
TOTAL	300		100%

Figura 3.



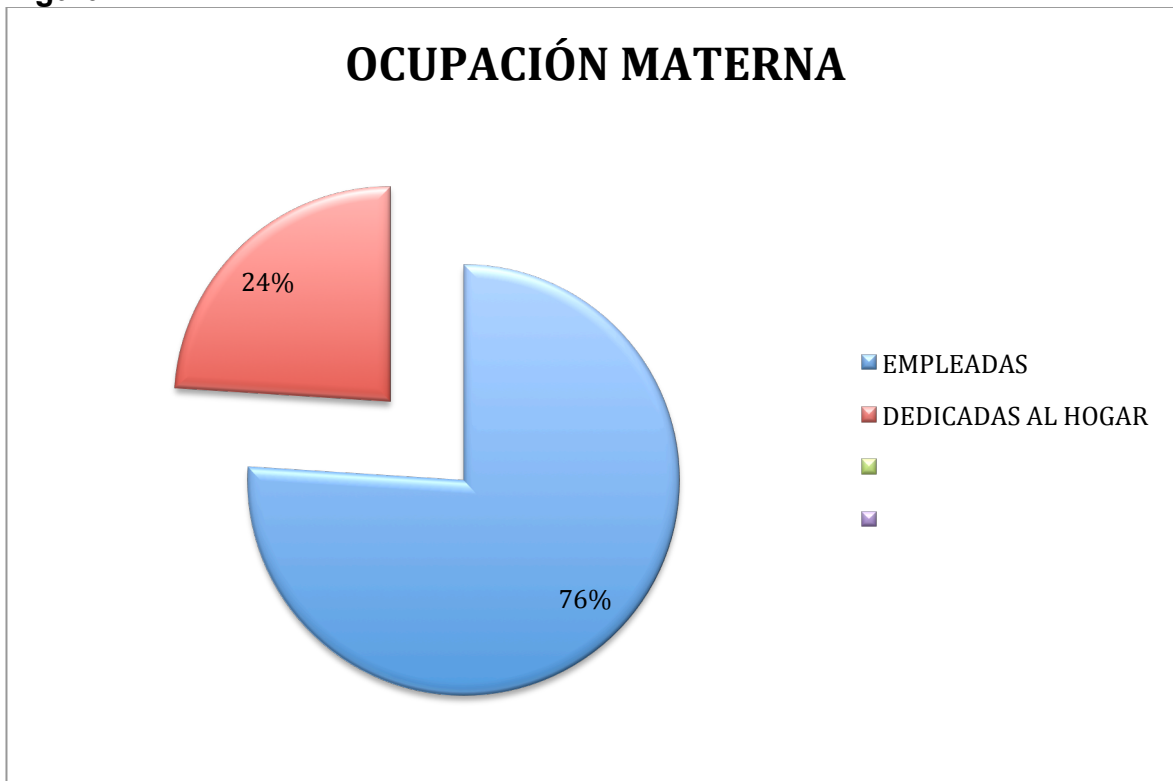
OCUPACIÓN MATERNA

Se encontró que de las pacientes en estudio, 228 se encuentran actualmente empleadas, lo que representa un 76%, por otro lado, se observó que 72 pacientes se encuentran dedicadas a su hogar, lo que representa 24% de la población estudiada. Se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 4. TABLA DE OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES

OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
EMPLEADAS	228	76%
DEDICADAS AL HOGAR	72	24%
Total	300	100%

Figura 4.



ALOJAMIENTO CONJUNTO

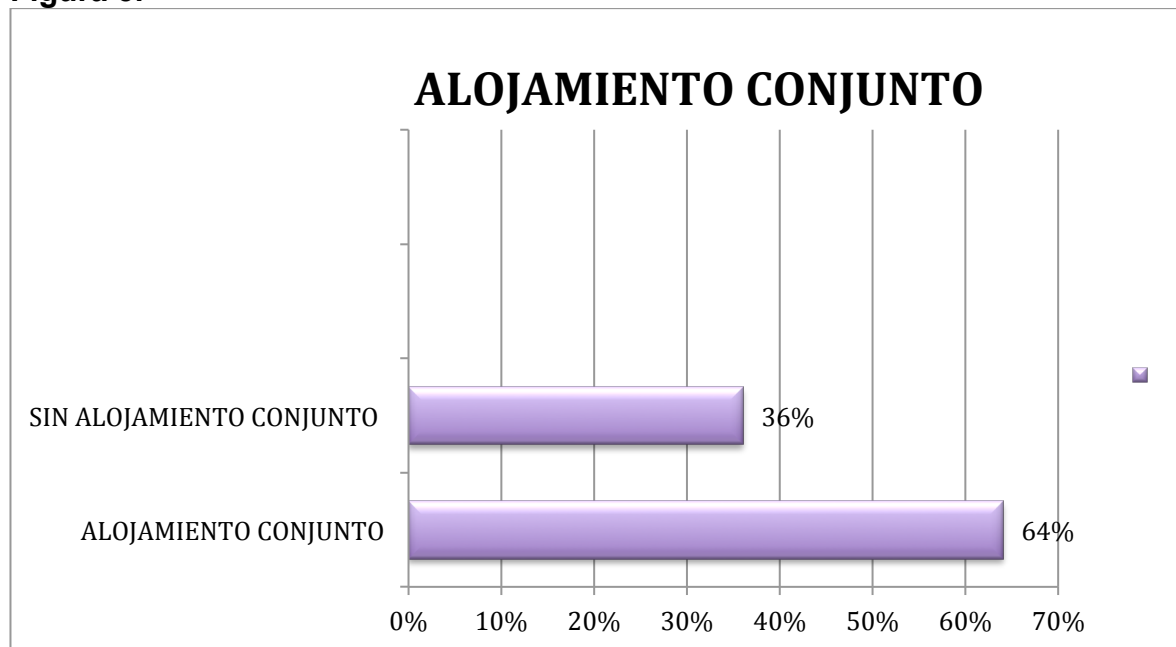
Se sabe que el alojamiento conjunto genera mayores posibilidades de éxito con la lactancia materna y menor riesgo de infecciones nosocomiales.

Se observó que posterior a la resolución obstétrica, las pacientes que contaron con el servicio de alojamiento conjunto fueron 192, lo que representó el 64% de ellas, así mismo las que no contaron con el servicio, sumaron un total de 108 pacientes, lo cual representó el 36% de la población estudiada.

Tabla 5. TABLA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
CON ALOJAMIENTO CONJUNTO	192	64%
SIN ALOJAMIENTO CONJUNTO	108	36%
Total	300	100%

Figura 5.



PROMEDIO DEL TIEMPO DE LACTANCIA

Se encontró una diferencia significativa en cuanto al tiempo de lactancia, entre los grupos de pacientes en estudio. La expectativa era que entre los diferentes tipos de educación que reciben las pacientes, aquellas que fueran conociendo los beneficios de la lactancia materna, prolongaran su tiempo de lactancia. Sin embargo se encontró que sólo las pacientes dentro del Grupo C, aquellas a las que se les brindó asesoría en el Grupo de apoyo Lactancia México, fueron las que presentaron una mayor duración en la misma, representando el 64% a los 180 días de iniciada la lactancia materna, es decir a los 6 meses, lo cual cumple con el tiempo mínimo establecido por los organismos internacionales, en comparación con las pacientes en estudio del Grupo A y Grupo B las cuales solo tuvieron un 23% y 28% de persistencia a los 6 meses respectivamente. Estos resultados se presentan la tabla 5 y figuras 5, 5.1 y 5.2.

Tabla 6.

TIEMPO DE LACTANCIA	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
7 DÍAS	100	100	100
42 DÍAS	68	72	83
90 DÍAS	51	54	71
180 DÍAS	23	28	64

Figura 6.

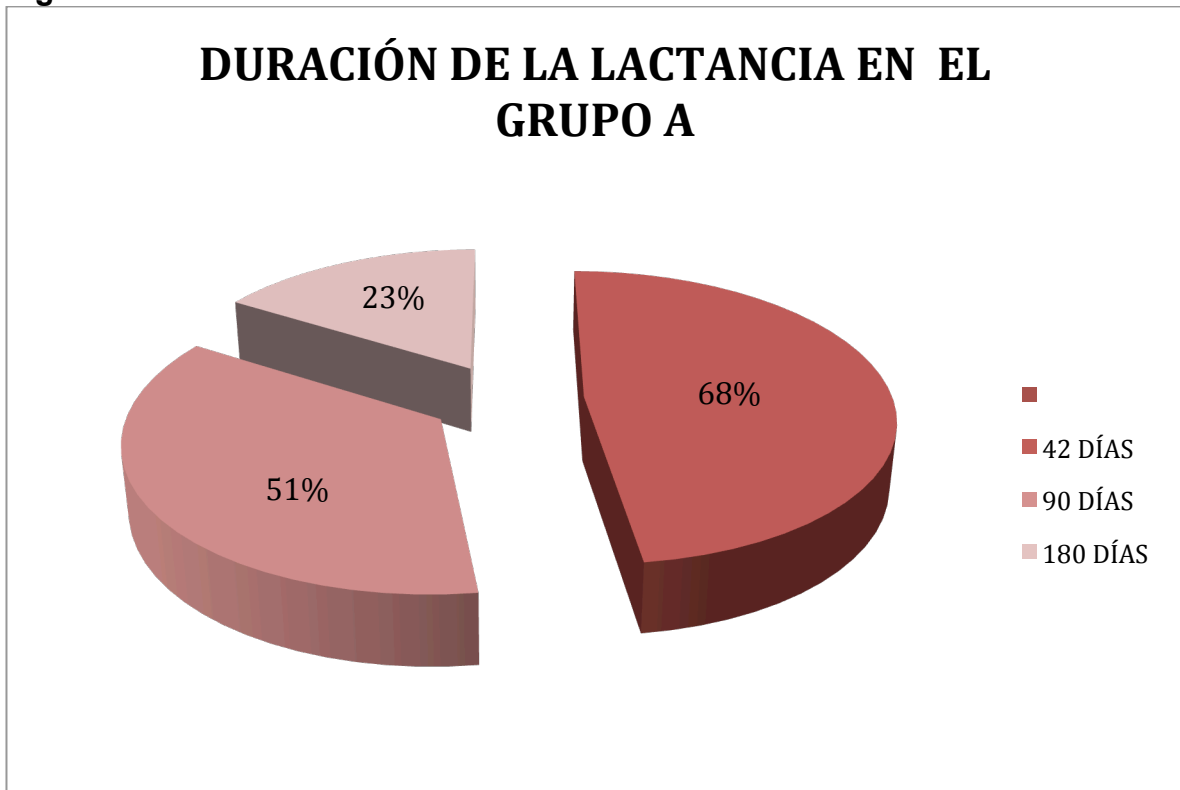


Figura 6.1

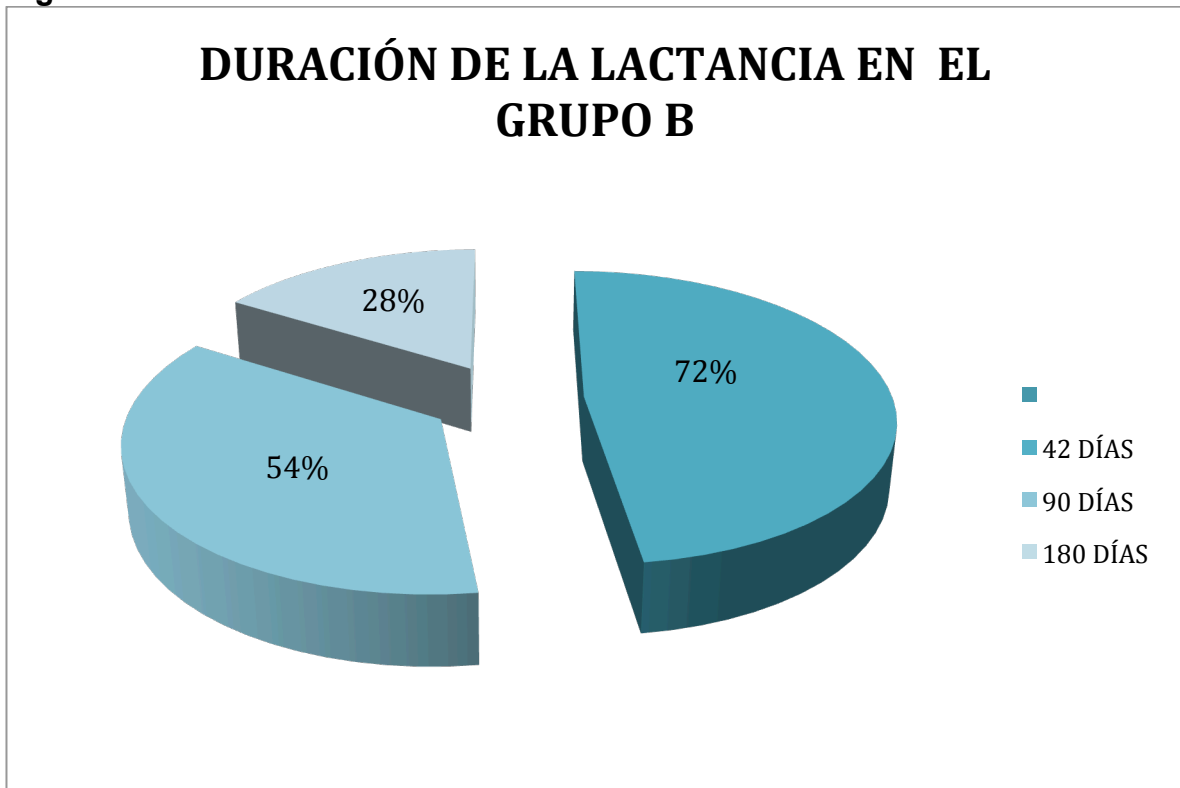
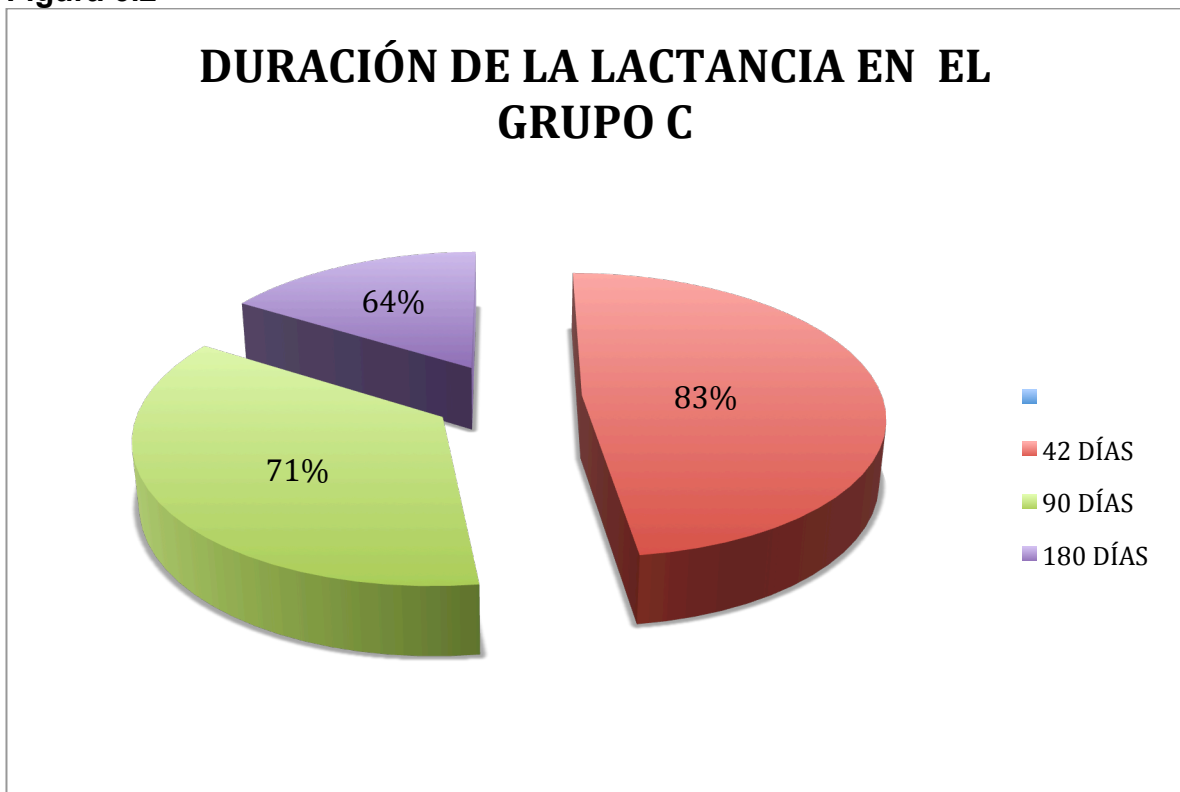


Figura 6.2



CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES NO CONTINUARON LA LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES

De las 300 pacientes que iniciaron lactancia materna posterior a su resolución obstétrica, se encontró que a los 6 meses continuaron la lactancia sólo 115 de ellas, lo que representa en 38.33% de la población.

El total de las pacientes que no continuaron la lactancia fue de 185, lo cual representó el 61.6% de la población en estudio.

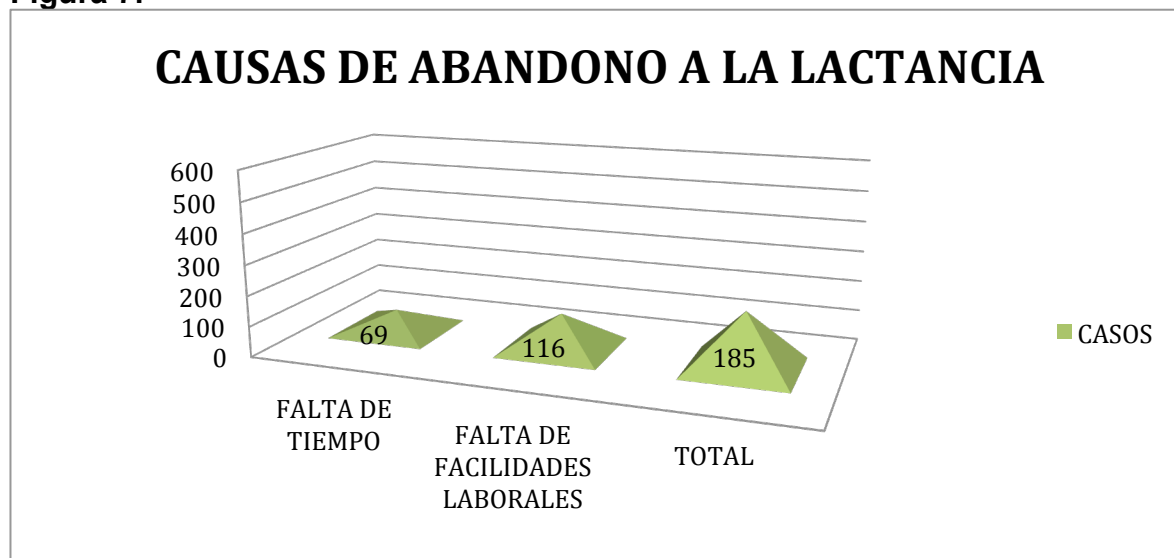
Dentro de las causas que llevaron a las pacientes a suspender la lactancia materna, se encuentra la falta de tiempo para la misma, así como la falta de facilidades dentro del entorno laboral para la extracción láctea y la conservación de la leche materna.

Se establecen estos resultados en las siguientes gráficas:

Tabla 7. CAUSAS QUE FAVORECEN LA SUSPENSION DE LA LACTANCIA

CAUSAS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
FALTA DE TIEMPO	69	37.5%
FALTA DE FACILIDADES EN EL ENTORNO LABORAL	116	62.5%
Total	185	100%

Figura 7.



8. DISCUSIÓN

Dentro de este estudio, se pudo observar que las pacientes, estaban dispuestas a iniciar y mantener la lactancia de forma adecuada, al inicio del mismo.

De las pacientes en nuestro estudio, se sabe que mas de la mitad, contaron con el servicio de alojamiento conjunto, lo cual propicia y favorece la decisión materna de iniciar la lactancia. El programa de alojamiento conjunto y la iniciativa de desaparecer la atención de rutina de los cuneros fisiológicos, propicia una lactancia materna temprana y mas duradera, sin embargo el llevar acabo estas acciones, es determinada por el tipo de atención hospitalaria. Se conoce que las instituciones privadas, presentan una mayor tasa de interrupciones del embarazo vía abdominal, lo que ocasiona que el menor permanezca alejado de su madre por mas tiempo y se retarde el inicio de la lactancia materna, incrementando así el uso de sucedáneos de leche materna. Por lo tanto, mientras no se realicen acciones y cambios en la atención postnatal y se promueva el alojamiento conjunto, se verá truncado el éxito de la lactancia materna.

Nuestro objetivo fue mejorar los tiempos de duración de la lactancia, otorgando a las pacientes educación en la misma, explicando los beneficios tanto para ellas como para sus bebes, con apoyo del personal de lactancia materna, el grupo de apoyo Lactancia México y de forma personalizada.

Se demostró que la mayor parte de las mujeres actualmente cuentan con actividades laborales remuneradas fuera del domicilio, las cuales tienen que reiniciar después de 40 días posteriores a la resolución obstétrica. Secundario a esto, no es posible mantener al recién nacido cerca de ellas y así alimentarlo a libre demanda, provocando estrés, angustia y ansiedad, lo que propicia mayor riesgo de abandono de la lactancia materna.

Las pacientes en el periodo del estudio tuvieron los conocimientos necesarios para prolongar la lactancia materna como lo dictan los organismos internacionales. Sin embargo, se descartó que la suspensión de la lactancia fuera por falta de conocimiento de sus beneficios o técnicas para la misma. Se observó, que las principales causas para el cese de la lactancia materna, fueron las condiciones laborales con las que cuentan las pacientes dentro de las instituciones, específicamente la falta de lactarios acondicionados de forma adecuada para esta labor, la siguiente causa la refieren como la falta de tiempo para realizar este tipo de actividades.

Aunque existen opciones para mejorar las condiciones de la lactancia materna en diferentes instituciones, se observó que pocas mujeres trabajadoras, conocen sus derechos laborales, esto significa una limitante importante para continuar con la lactancia materna.

9. CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta de investigación formulada:

¿Existe un mayor impacto en cuanto a la duración de la lactancia materna, en mujeres que conocen los beneficios de la misma?

Se obtiene un resultado negativo, ya que se corrobora que el cese de la lactancia materna, no es secundario a la falta de conocimientos en cuanto a los beneficios de la misma para las pacientes y para el recién nacido. Se demuestra que es debido a la falta de condiciones laborales adecuadas para la lactancia materna, la falta específicamente de lactarios con las condiciones necesarias para el mantenimiento de la leche, así como la falta de tiempo para la realización de esta actividad que va de la mano con lo ya mencionado.

En este tiempo, se conoce que las condiciones de las mujeres en México, han cambiado, tenemos en cuenta que el acceso al empleo remunerado ha supuesto para la mujer el reconocimiento de un derecho identificado en la Constitución y la posibilidad de independencia económica con el consiguiente refuerzo de su desarrollo personal. Por lo tanto para que las mujeres, estudiantes o trabajadoras, puedan cumplir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de amamantar por dos años o más y de manera exclusiva con leche materna los primeros 6 meses, es fundamental que las instituciones y empresas brinden el apoyo requerido al momento es que se reintegra a sus actividades estudiantiles o laborales.

Una forma concreta de apoyo para la mujer que estudia y trabaja fuera del hogar y que se ve obligada a suspender temporalmente la lactancia materna es la implementación de lactarios en los lugares de estudio y trabajo, para que las madres puedan recolectar su leche, almacenarla y transportarla a su hogar, lo que permitirá que posteriormente se administre la leche materna al producto.

Tuvimos evidencia significativa de que el apoyo que se les brindó a las madres en el grupo de apoyo de lactancia materna, fue muy importante, ya que en éste, la prolongación de la lactancia materna fue mejor en comparación con los otros dos grupos de estudio. Esto se debe a que el apoyo entre las mismas madres, las experiencias que se pueden transmitir una a la otra, el poder externar sus problemas y dudas, las ha llevado a dejar sus miedos de lado y a tener la confianza en ellas mismas para lograr esta hermosa labor.

Mi pensamiento acerca de éste trabajo, es que para lograr un cambio, es necesario contar con conocimientos y poder transmitirlos a cada una de nuestras pacientes. De forma personal, desconocía lo importante que es el establecer el vínculo materno-infantil temprano en vías de favorecer el desarrollo de la madre y su bebé.

Me parece muy importante que el médico ginecólogo oriente a la paciente en cuanto a la lactancia materna, debido a que somos los médicos de primer contacto cuando se presenta una paciente embarazada o con deseos de embarazo.

Sería importante que este trabajo trascendiera más allá de el Hospital Ángeles México, comenzar con la realización de lactarios dentro de nuestras instituciones para nuestro personal de salud, haciéndolo extensivo a más instituciones de salud. Comenzar nosotros con el ejemplo para tener un éxito mayor.

Finalmente recordar que es tarea de todos, Pediatra, Ginecólogo, Psicólogo, personal de salud. Es nuestro deber integrar un equipo multidisciplinario encargado de la atención integral al binomio y así poder ofrecer un trato y atención digna a cada uno de nuestros pacientes.

10. ANEXO 1.

CONDICIONES CON LAS QUE DEBE CONTAR UN LACTARIO

CONDICIONES CON LAS QUE DEBE CONTAR UN LACTARIO
Del ambiente especialmente acondicionado
1. Área no menor a diez metros cuadrados con disponibilidad de tomacorriente.
2. Ambiente tranquilo y privado, que permita a las madres, la posibilidad de extraer su leche en forma relajada, sin interferencias externas
3. Espacio equipaso con una mesa y un sillón que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche cómodamente sentada
4. El área física del lactario debe ser independiente del baño.
5. Espacio equipado con una refrigerador donde la madre pueda almacenar la leche extraída durante su jornada. El refrigerador, debe tener un termómetro para el monitoreo diario de temperatura.
6. Un lavabo en el área, para facilitar el lavado de manos y de senos.
7. Jabón líquido para el lavado de manos y toallas desechables para el secado.
8. Ubicación accesible, en el primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.
9. Ventilación e iluminación, preferentemente natural
10. Disponibilidad, por parte de la institución o de las propias trabajadoras, de envases aptos para la recolección y almacenamiento de la leche materna y recipientes térmicos para su transporte.
11. Los utensilios que entran en contacto directo con la leche (frascos, bombas de succión o extractor manual), deben ser sometidos a un proceso de esterilización, que debe durar 5 minutos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez C., Sánchez E., Gerson R. "Tratado de enfermedades de la glándula mamaria". Ed. ALFIL. 2ª Edición.
2. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. Washington D.C.2010.
3. Senties Y., Norma Oficial Mexicana. "Atención del parto y puerperio"
4. Méndes I. Cariño C. Díaz L. "La prolactina en el sistema inmunológico: aspectos de síntesis y efectos biológicos. Revista de Investigación Clínica. Vol. 57. Número 3, Junio 2005. Pp. 447-456
5. Gabbe S., Neybil J., Simpson J. Obstetrics normal and problem pregnancies. 6ª edición, ELSEVIER. 2012
6. Karchmer K. Fernández D., Obstetricia y Medicina perinatal. COMEGO. 2006. Pp. 521-528
7. Spencer J., Common problems of breastfeeding and weaning, Up to date. Junio 2015. Estados Unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=1~150
8. Schanler RJ, Abrams SA. Nutritional composition of human milk for fullterm infants. Up to Date. 2013. Estados unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-nutritional-composition-of-human-milk-for-fullterm-infants?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=6~150
9. Schanler RJ, Abrams SA. Parental education and support. Up to Date. Julio 2015. Estados unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=2~150
10. Schanler RJ, Abrams SA. Physiology of lactation. Up to Date. Abril 2014. Estados unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/physiology-of-lactation?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=3~150
11. Schanler RJ, Abrams SA. Initiation of breastfeeding. Up to Date. junio 2015. Estados unidos. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/initiation-of->

[breastfeeding?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=4~150](http://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=4~150)

12. Schanler RJ, Abrams SA. Infant benefits of breastfeeding. Up to Date. Julio 2015. Estados Unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=5~150
13. Schanler RJ, Abrams SA. Maternal and economic benefits of breastfeeding. Up to Date. Julio 2015. Estados Unidos. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/maternal-and-economic-benefits-of-breastfeeding?source=search_result&search=breast+feeding&selectedTitle=6~150
14. Clínicas de lactancia en hospitales infantiles y generales. Lineamiento técnico. Secretaría de salud. México D,F . 2006.
15. Secretaría del trabajo y previsión social, Ley Federal del trabajo. México D.F. (Consulta: 7 Noviembre 2014). Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/123/173.htm>
16. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: A Metaanalysis. American Journal of Clinical Nutrition, 1999, 70:525-535.
17. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la atención integral. Modulo 1. OMS, UNICEF. 2008.
18. Ramos GE. Periodos de lactancia de las madres trabajadoras. Aspectos laborales y de seguridad social. www.consultoriaimss.com
19. Félix VJ, Martínez CE, Sotelo HE. Prevalencia de factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Ped Mex Vol. 13 Num. 2-2011.
20. Navarro EM, Duque LM, Trejo PJ. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Publica de Mex Vol. 45, Num. 4 Jul./Ago. 2003.