

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA
NATURAL POR LACTANCIA ARTIFICIAL CON FÓRMULA TIPO I EN
LACTANTES DE 0 A 3 MESES DE LA UNIDAD METROPOLITANA DE
SALUD SUR EN EL PERIODO AGOSTO-NOVIEMBRE DEL 2016”

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

AUTORES: Dra. Verónica Guzmán Pesantez

Dra. Karina Narváez Álvarez

Director de Tesis: Dr. Roberto Núñez Carrera

Director Metodológico: Dr. Rommel Espinoza de los Monteros

Quito, Enero del 2017

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, por acompañar y bendecir nuestro camino desde el día que decidimos seguir esta hermosa profesión, por ser la luz, el camino, la fortaleza en los momentos difíciles y por permitir que logremos nuestro mayor sueño.

A la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador” y a sus docentes, por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de ser parte de este establecimiento y formarnos como especialistas.

A la “Unidad Metropolitana de Salud Sur” que se convirtió en nuestro segundo hogar, por permitir que parte de nuestro aprendizaje sea en esta institución y por la facilidad que nos brindó para la realización de este trabajo.

Al Dr. Roberto Núñez, por las enseñanzas impartidas, por la paciencia, esfuerzo y dedicación brindados durante nuestra formación y en el desarrollo de esta investigación.

A nuestras familias, por el apoyo absoluto a lo largo de nuestra vida y ser el soporte en los momentos duros de nuestra profesión.

Verónica Luisana Guzmán

Karina Paola Narváez

DEDICATORIA

A mi familia, que siempre ha estado ahí apoyándome en esta carrera, a mi padre por inculcarme tan noble profesión, a mi amada Samanta porque gracias a ella entendí el amor que un niño puede generar en la vida de las personas.

Verónica Luisana Guzmán Pesantez

A mis padres, por su infinito amor, por el apoyo y comprensión en todo momento de mi vida; son mis ángeles en la tierra. A mi hermano Vinny, sin duda estás conmigo siempre y muchos de mis logros te los debo a ti. A toda mi familia, por ser incondicionales y darme palabras de aliento para seguir adelante cumpliendo mis metas.

Karina Paola Narváez Álvarez

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN 10

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN 12

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO 16

2.1 DEFINICIONES 16

2.1.1 ABANDONO 16

2.1.2 ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA 16

2.1.3 LECHE HUMANA 16

2.1.4 LECHE ARTIFICIAL 16

2.1.5. LACTANCIA ARTIFICIAL 16

2.1.6 LACTANCIA POR BIBERÓN 16

2.1.7 LACTANCIA MATERN EXCLUSIVA 17

2.1.8 LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE 17

2.1.9 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 17

2.1.10 COMERCIALIZACIÓN	17
2.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	17
2.3. TIPOS DE LECHE MATERNA	18
2.4 COMPOSICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	20
VERSUS LECHE ARTIFICIAL	
2.4.1 AGUA	21
2.4.2 PROTEÍNAS	22
2.4.3 HIDRATOS DE CARBONO	22
2.4.4 LÍPIDOS	23
2.4.5 VITAMINAS	24
2.4.6 MINERALES	24
2.4.7 ELEMENTOS TRAZA	24
2.4.8 HORMONAS Y ENZIMAS	24
2.4.9 COMPONENTES HUMORALES	25
2.5 FACTORES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA MATERNA	25
2.6 FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	26
2.6.1 MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	27

2.6.2 NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DE LA MADRE	27
2.6.3 FUERZA LABORAL DE LA MADRE	28
2.6.4 INFLUENCIA SOCIAL	29
CAPITULO III: METODOLOGÍA	31
3.1 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	31
3.1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.2 OBJETIVO GENERAL	32
3.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3.2 HIPÓTESIS	32
3.3 METODOLOGÍA DE LA MUESTRA	32
3.3.1 TIPO DE ESTUDIO	32
3.3.2 TAMAÑO MUESTRAL	33
3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS	36
CAPÍTULO V: RESULTADOS	41
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	52

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXO 1	61
ANEXO 2	62

LISTA DE TABLAS

TABLA I. TIPOS DE LECHE MATERNA	20
TABLA II COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA Y ARTIFICIAL	21
TABLA III INDICADORES DE LA ENSANUT-ECU DE LECHE MATERNA	30
TABLA IV. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO	41
TABLA V. MOTIVOS PARA NO DAR DE LACTAR	47
TABLA VI ABANDONO DE LACTANCIA Y PERCENTIL DE PESO 1 MES	49
TABLA VII ABANDONO DE LACTANCIA Y PERCENTIL DE PESO 2 MES	49
TABLA VIII ABANDONO DE LACTANCIA Y PERCENTIL DE PESO 3 MES	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN SEXO	41
GRÁFICO 2. MADRES POR GRUPO DE EDAD	42
GRÁFICO 3. DISTRUBUCION DE MADRES POR GESTACIONES	43
GRÁFICO 4 NIVEL SOCIOECONOMICO	43
GRÁFICO 5. INFORMACION SOBRE LACTANCIA	44
GRÁFICO 6. ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA	44
GRÁFICO 7. ABANDONO DE LACTANCIA SEGÚN EL TIEMPO	45
GRÁFICO 8. CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA	46
GRÁFICO 9. QUIEN RECOMENDO LA FÒRMULA	48

RESUMEN

OBJETIVO:

El presente trabajo de investigación, tiene como fin determinar cuáles son los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia natural exclusiva por lactancia artificial en los lactantes de 0-3 meses de la Unidad Metropolitana de Salud Sur nacidos en el mes de agosto del 2016.

METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo de cohorte transversal. El estudio busco factores de abandono precoz de la lactancia natural exclusiva por artificial, en los neonatos de 0-3 meses nacidos en el mes de agosto en la Unidad Metropolitana de Salud Sur. La población es de 250 recién nacidos durante el mes de agosto, de los cuales mediante un muestreo aleatorizado simple, se obtuvo un total 46 pacientes. Al grupo seleccionado se le realizó un seguimiento desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad. La valoración consistía en antropometría y control del niño sano mensual por consulta externa y en algunos casos control domiciliario.

RESULTADOS

El estudio realizado en 46 pacientes con su respectivo seguimiento durante 3 meses posteriores al nacimiento, se encontró un abandono de la lactancia materna exclusiva en el 52.1%.

Es importante recalcar que la principal causa de abandono en el primer mes fue falta de producción de leche materna (54%) y en el segundo mes el regreso al trabajo (70%). La recomendación del inicio de leche artificial fue por el personal de salud en un 61%.

CONCLUSIONES

El abandono de lactancia materna es del 52%, a pesar de que el 96% de madres recibieron información acerca de lactancia materna y fue el personal de salud quien recomendó la fórmula artificial en un 61%.

Palabras clave. Lactancia natural exclusiva, lactancia artificial, abandono de la lactancia, factores causales.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La alimentación con leche materna por succión directa, es el proceso natural mediante el cual la madre proporciona a su hijo los nutrientes óptimos, desde el nacimiento hasta el inicio de la ablactación, asegurando un crecimiento y desarrollo sanos.

La lactancia natural, es la respuesta evolutiva del humano como mamífero para mantener la especie; sin embargo, esta forma de alimentación es amenazada por múltiples factores que incluyen: el ingreso de la mujer en la fuerza laboral (revolución industrial), la parte estética (mantener la figura), mitos culturales, embarazos adolescentes, inestabilidad conyugal y económica entre otros.

Esta amenaza no es reciente, desde el siglo XIII en Francia, se crean las conocidas nodrizas, encargadas de la alimentación de los hijos de madres de clase media y alta, porque para este nivel social, el amamantamiento era un acto indigno y vergonzoso, propio de clases inferiores y animales. Esta tendencia fue acrecentándose hasta llegar a la aristocracia en el siglo XVI y convirtiéndose en una práctica exclusiva de esta élite; pero así como crece la demanda de nodrizas también se incrementa la mortalidad neonatal (SINA, 2009), lo que provocó que en el siglo XVIII se incorpore el uso de leches provenientes de cereales y animales, siendo la de vaca y cabra las más utilizadas y la mortalidad se elevó a casi el 100%, por las pobres condiciones higiénicas y poco valor nutritivo, lo que acarrió graves problemas sanitarios (Hernández Gamboa, 2008).

En el XIX, debido a la gran problemática originada por uso de leche animal, hizo que investigadores concibieran los primeros preparados lácteos para niños, que contenían

harina de trigo y malta con bicarbonato de potasa y leche de vaca; fórmulas que fueron tema de grandes debates y obligaron a seguir creando nuevos preparados de leches artificiales (AEP, 2004). La búsqueda de sucedáneos de la leche humana no se ha detenido y cada vez se crean nuevas fórmulas con distintas características y adaptadas a la necesidad de cada niño; sin embargo, es de suma importancia recalcar que hasta el momento no existe una fórmula artificial que contenga los nutrientes y beneficios otorgados por la leche humana, que la hacen única e irremplazable.

Nadie discute sobre el valor nutricional de la leche materna y está comprobado y aseverado científicamente, que es el mejor tipo de alimento para el lactante. A pesar de estas aseveraciones y con el ingreso de la madre al proceso de industrialización como fuerza laboral, el amamantamiento ha disminuido de forma considerable y ha sido reemplazado por símiles de leche materna conocidos como leche sintética adaptada, con sus siglas en inglés SMA (Synthetic Milk Adapted), mal llamada leche artificial.

El abandono de la lactancia natural es a nivel mundial y la OMS determinó que, la tasa de abandono es del 3% de las madres que amamantan de manera inicial y se incrementa al 11% a los 6 meses de vida del niño.

La sustitución de la lactancia natural por la artificial, provocó alteraciones nutricionales en el lactante que van desde la desnutrición a la obesidad. El impacto en la salud pública por abandono de la leche materna fue mundial y Organismos Internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), emiten una voz de alerta y elaboran programas sociales que favorezcan la lactancia materna, creando en 1992, en 171

países incluido Ecuador, los “Hospitales amigos del niño”, que tienen por objeto fomentar la lactancia materna o natural.

En el año 2001, en Ginebra, se reúnen expertos para determinar conclusiones y recomendaciones del tiempo óptimo de amamantamiento y llegan a determinar luego del análisis de varios estudios, que la lactancia materna exclusiva es beneficiosa hasta los 6 meses (OMS, 2001).

Dentro de otras estrategias planteadas por la OMS/OPS en el 2012, fue la creación del plan llamado “ventana de los mil días”, que tiene como fin garantizar un desarrollo neurobiológico adecuado. Ésta táctica consiste en la atención a la madre y al niño desde el momento de la concepción hasta los dos años de vida del lactante. (OMS y OPS, 2012).

El Ecuador y el MSP (Ministerio de Salud Pública) al ser parte de los organismos internacionales, pone en marcha en todas las unidades de salud del país las normas nacionales e internacionales de promoción y protección de lactancia materna exclusiva, con lo que estima incrementar la práctica de la misma, del 43.6% registrado en el 2012 al 64 % para el 2017 (ENSANUT-ECU, 2012).

La UMSS (Unidad Metropolitana de Salud Sur), como miembro del Sistema Nacional de Salud, se une a las campañas de fomento de la lactancia materna exclusiva, obteniendo a nivel de Quito la primera acreditación de “hospital amigo del niño”. Aunque en la actualidad el Hospital no ha renovado esta acreditación sigue manteniendo las mismas directrices de protección y promoción de la lactancia materna exclusiva. No obstante durante la rotación en la consulta externa, se observó que existe un abandono de la lactancia natural exclusiva durante los primeros 3 meses de vida del lactante, lo que no se

explica, ya que al ser la UMSS una entidad que promueve constantemente esta práctica; ¿por qué entonces existe tanto abandono?. Ésta interrogante hizo que nuestra investigación vaya dirigida a buscar los factores responsables de la sustitución con símiles de leche materna en la UMMS y poder actuar a nivel del problema y corregirlas falencias encontradas con la finalidad de no incumplir con el derecho que tiene por Ley toda madre y niño, de amamantar y ser amantado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Definiciones

2.1.1. Abandono: Es la acción de dejar, alejarse o descuidar cualquier elemento, persona o situación. En la parte legal se refiere a renunciar o incumplir una obligación legal hacia otra persona (Porto Julián, 2015).

2.1.2. Abandono de la lactancia materna exclusiva: Se define como el acto de incumplir con el derecho que tiene la madre y el niño de amamantar y ser amantado con leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses.

2.1.3. Leche humana: Es un alimento biológico, secretado por la glándula mamaria, que aporta los nutrientes que el niño requiere para su crecimiento y desarrollo.

2.1.4. Leche artificial o SMA: Son símiles totales o parciales de la leche humana, que proporcionan un aporte adecuado de nutrientes para la necesidad del lactante (UNICEF, 2012).

2.1.5. Lactancia Natural o Materna: Es la forma natural de amamantar al niño con leche producida por la madre (OMS, 1991).

2.1.6. Lactancia por biberón: Es cualquier alimento semisólido o líquido ingerido a través del biberón, incluye la leche materna y/o artificial (OMS, 1991).

2.1.7. Lactancia Materna Exclusiva: Es la alimentación brindada por succión directa o extraída de leche materna producida por la madre o una nodriza y permite que el niño reciba únicamente gotas o jarabes como vitaminas o minerales (OMS, 1991).

2.1.8. Lactancia Materna Predominante: La fuente principal de alimentación es la leche materna, pero este tipo de lactancia incluye la ingesta de agua azucarada o de sabores e infusiones que recibe el lactante, además de medicinas que pueden ser gotas o jarabes (OMS, 1991).

2.1.9. Alimentación complementaria: Se inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para el lactante y su organismo requiere de la incorporación de alimento sólido o líquido y generalmente se da a partir del sexto mes de vida. (OMS, 1991).

2.1.10. Comercialización: Se refiere a las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, servicio de divulgación de datos de cualquier medio (Ley de Fomento de la lactancia materna, 2006).

2.2. Beneficios de la lactancia materna

Existen revisiones científicas por parte de la OMS y OPS, que aportan datos sobre los beneficios que ofrece la leche y lactancia materna tanto a la madre como al niño y por ende al estado (OPS, 2002).

- **Beneficios a nivel madre-hijo:** mejora el vínculo único y especial entre madre e hijo, fomenta el desarrollo de amor mutuo, los niños lloran menos y por ende las madres responden de mejor forma a sus necesidades (OPS, 2002).

- **Beneficios para el niño:** aporte de macro y micro nutrientes adecuados para el crecimiento y desarrollo cognitivo y psicomotor del lactante sano, otorga protección inmunológica, previene enfermedades infecciosas sobre todo gastrointestinales, lo que conlleva a una disminución de la morbimortalidad neonatal e infantil (OPS, 2010).
- **Beneficios para la madre:** reduce el peso adquirido en la madre antes de quedarse embarazada y el peso ganado durante el embarazo; acelera la involución uterina disminuyendo las hemorragias postparto; retrasa en reinicio de la fertilidad actuando con anticonceptivo natural (OPS, 2010).; reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario (American Cancer Society, 2016).
- **Beneficios Económicos:** la leche materna es producida por la madre, por lo tanto es de fácil acceso y no genera costos de alimentación adicional para el niño. El consumo de sucedáneos de leche materna implica gasto y lógicamente afecta al presupuesto familiar; además eleva la morbimortalidad y genera a la vez gasto en salud pública (UNICEF, 2012).

2.3. Tipos de leche materna

La leche materna por su poder nutritivo e inmunológico presenta cambios en su composición y ha sido dividida cronológicamente en 4 grupos (Tabla I).

1. Leche de Pre-término

Es la leche que se produce ante el nacimiento de un niño prematuro.

Contiene mayor cantidad de lactoferrina e IgA y también un mayor aporte calórico para cubrir las necesidades del niño pre-término (UNICEF, 1995).

2. Calostro

El calostro es un líquido amarillento, espeso, que se produce en los últimos meses del embarazo a término hasta los primeros 3 a 4 días posparto. Es altamente concentrado en proteínas, vitaminas liposolubles y minerales.

Su producción varía desde 2 a 20 mililitros en cada lactada, considerando que de esta manera cubre el metabolismo basal del recién nacido sano. El aporte calórico del calostro es de 67 kilocalorías por cada 100 mililitros.

Dentro de los beneficios más destacados del calostro tenemos: efecto de laxante que ayuda a expulsar el meconio y por tanto previene la ictericia, acelera la maduración intestinal, previene alergias e intolerancias, protege de infecciones y proporciona anticuerpos. (UNICEF, 1995).

3. Leche de Transición

La leche de transición se produce entre los 4 a 15 días posparto. Contiene mayor cantidad de grasa y vitaminas hidrosolubles. Su producción pasado los 7 días es alrededor 600 y 800 mililitros por día de leche materna (UNICEF, 1995).

4. Leche madura

Es la secreción láctea producida a partir de los 15 días hasta los 2 años de edad. Su producción es de alrededor de 700-900 mililitros al día hasta los 6 primeros meses postparto y luego disminuye a 500 mililitros en los 6 meses siguientes, con un aporte calórico de 70 a 76 kilocalorías (UNICEF, 1995).

Componentes	CALOSTRO	TRANSICIONAL	MADURA	LECHE DE VACA
Agua (g)	87	86.4	87.5	87.5
Carbohidratos	5.5	6.6	7.2	4.3
Ácidos grasos esenciales	0.3	--	0.4	0.1
Proteínas	4.1	1.6	1.0	3.5
Caseína	1.6	0.5	0.25	2.7
Hierro (ug)	70	40	80	46
Vitamina A	151	88	54	30
Acido Fólico	0.05	0.02	0.19	--

Tabla I. Tomado del manual de lactancia materna Unicef, (Unicef, 2010)

2.4. Composición de la leche materna versus leche artificial

El ser humano, crece con menor lentitud que los otros mamíferos y la leche materna está diseñada para este tipo de crecimiento.

La *leche natural*, es un fluido vivo, cambiante. Constituido por más de 200 componentes que incluyen macronutrientes (agua, proteínas, hidratos de carbono, lípidos) y micronutrientes (minerales, vitaminas, elementos traza). Además contiene hormonas, células, enzimas y factor de crecimiento. (Tabla I)

La leche materna, presenta cambios en su composición de acuerdo a los requerimientos del niño, variando entre: la edad cronológica, lactada y lactada, inicio y final de la lactada, hora del día, el pasar de los días y el tipo de alimentación de la madre.

La *leche artificial*, son preparados artificiales que pueden ser de origen animal o aislados de proteína vegetal, los cuales sufren modificaciones para poder ser ingeridos, intentando cubrir con las necesidades nutricionales del niño que no puede ser amamantado con leche materna. (Tabla I).

La industrialización, continuamente está produciendo sucedáneos que se asemejen cada vez más a la leche materna; sin embargo no lo han logrado debido a que, la leche humana sigue siendo superior porque cambia constantemente su composición de acuerdo a los requerimientos del lactante, brinda un aporte nutritivo óptimo y además proporciona propiedades celulares, inmunológicas, hormonales y enzimáticas que no puede ser otorgadas por ningún otro tipo de alimento lo que la hace única, especial e irremplazable.

En la tabla II, se indica los diferentes componentes de la leche humana, leche de inicio, continuación y de vaca.

	<i>Leche materna</i>	<i>Leche para lactantes</i>	<i>Leche de continuación</i>	<i>Leche de vaca</i>
	<i>(por 100 ml)</i>			
Energía (kcal)	62-70	60-70	60-70	68
Proteínas (g)	0,9-1,0	1,8-3	1,8-3,5	3,5
Caseína/seroproteínas	40/60	40/60	80/20	82/18
Grasas (g)	3,8	4,4-6	4-6	3,7
Ácido linoleico (g)	0,38	0,3-1,2	0,3-1,2	0,06
Hidratos de carbono (g)	7,1	9-14	9-14	6,1
Lactosa (g)	6,5	>4,5	>4,5	5,0
Sodio (mg)	16	20-60	20-60	95
Potasio (mg)	53	60-160	60-160	89
Calcio (mg)	29-34	50-140	50-140	120
Fósforo (mg)	14	25-90	25-90	92
Hierro (mg)	0,05-0,1	0,3-1,3	0,6-2	0,05

Tabla II. Tomada del Manual de Lactancia Materna, (Dalmau et al, 2015)

2.4.1. Agua

El agua, es el principal componente de la leche materna y representa el 88%. Permite mantener un equilibrio hidroelectrolítico, regulando las pérdidas sensibles, insensibles y el

crecimiento; además mantiene la osmolaridad y regula la temperatura corporal del niño. La leche artificial necesita agua adicional para cumplir con esos requerimientos (UNICEF, 1995).

2.4.2. Proteínas

La proteína de la leche materna tiene un alto contenido biológico, siendo aprovechada en su totalidad por el organismo. La cantidad de proteínas en la leche materna es de alrededor de 0.9 a 1 gramo por 100 ml, con predominio de las proteínas del suero en un 60-70 %, mientras que la caseína representa el 30-40%.

Entre las proteínas del suero encontramos: alfa-lactoalbúmina que es exclusiva del ser humano e interviene en la síntesis de la lactosa, laseroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas (UNICEF, 1995).

La leche artificial, contiene de 1.9-3 gramos por 100 ml de proteínas y su valor biológico es menor al de la leche materna, lo que implica que para alcanzar un crecimiento óptimo en el niño, debe contener mayor cantidad de proteína, esto a su vez modifica la epigenética y provoca una sobrecarga renal de solutos e hidrogeniones con alteraciones en el peso.

2.4.3. Hidratos de carbono

La lactosa es el principal representante en la leche materna y artificial.

Los hidratos de carbono en la leche materna, proporcionan el 40% de energía, es decir 5.3-7 gramos por 100 ml, mientras que en la leche artificial 4.8 gramos por 100 ml. Dentro de sus propiedades están la absorción de calcio y hierro, promoverla colonización intestinal

con bifidobacterias e intervenir en el desarrollo del sistema nervioso central (UNICEF, 1995).

El incremento de hidratos de carbono en cualquiera de los tipos de alimentación materna, artificial o mixta conlleva a que estos azúcares no sean bien tolerados y causen en muchos casos intolerancia.

2.4.4. Lípidos

Las grasas constituyen la principal fuente de energía y brindan un aporte calórico entre el 40 y 50%. Su composición está asociada a la dieta de la madre y la fase de lactación.

Los lípidos están representados en un 98% por triglicéridos y el resto está dado por fosfolípidos, ácidos grasos esenciales y esteroides. El 42% corresponde a los ácidos grasos saturados (palmítico) y el 57 % los monoinsaturados (ácido oléico) y poliinsaturados (linoléico, alfa-linolénico, gamma-linolénico).

Los ácidos grasos esenciales (poliinsaturados), se han agrupado bajo el nombre de omega 3 (linoléico, ácidodecohexanóico, eicosapentanóico) y omega 6 (linoléico, ácido araquidónico, prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos). Su función está en el desarrollo del sistema nervioso central y agudeza visual (UNICEF, 1995).

Las fórmulas artificiales, contienen ácidos grasos saturados de cadena larga que ofrecen 2.9-4.1 gramos por 100 ml de grasa. Su absorción es menor al de la leche humana y por esta razón, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPEGHAN) sugirió, que las fórmulas contengan menos cantidad de ácidos grasos saturados debido a que a mayor saturación menor absorción de las grasas.

2.4.5. Vitaminas

Las vitaminas se dividen en: hidrosolubles (vitamina B12, niacina, vitamina B6 y ácido ascórbico y liposolubles (A, K, E y D). Su concentración depende de la ingesta materna, pero independientemente de ello aportan con los requerimientos básicos que el niño necesita.

2.4.6. Minerales

Los principales minerales encontrados en la leche humana son: calcio, hierro, magnesio, fósforo, zinc, potasio y flúor; no son afectados por la dieta materna y su concentración es más bajo que cualquiera de los preparados artificiales, pero eso no significa que no estén adaptados a las necesidades del lactante. La leche artificial, por el contrario tiene más cantidad de minerales por lo que debe ser modificada para no ocasionar daños renales en el niño por la inmadurez de su sistema renal (UNICEF, 1995).

2.4.7. Elementos traza

Están conformados por: cobre, cobalto, selenio, cromo, manganeso, aluminio y yodo. Estos elementos se encuentran en cantidades que no han podido ser medidas y según los estudios realizados no existe un indicador que sea lo suficientemente sensible como para determinar que el déficit o exceso provoque daños en el niño.

2.4.8. Hormonas y Enzimas

Dentro de las hormonas que contiene la leche materna tenemos: oxitocina, prostaglandinas, prolactina, esteroides ováricos o suprarrenales, hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), factor de liberación de hormona de crecimiento (GRF), somastostatina, insulina,

relaxina, calcitonina, hormona liberación de la tirotropina (TRH), hormona tiroide estimulante (TSH) y otras.

Entre las enzimas más importantes tenemos: enzimas proteolíticas, lisozimas, xantino-oxidasa, alfa-amilasa y lipasa. Cumplen funciones fisiológicas indispensables para el desarrollo del neonato; además otorgan funciones inmunológicas directas.

La leche artificial no contiene estos elementos.

2.4.9. Componentes Humorales

Están dados por las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozimas, factor bífido, interferón, entre otros. De estos la más importante es la IgA, producida por un mecanismo bronco-entero-mamario y su función es aglutinar las toxinas, bacterias o antígenos impidiendo su ingreso al epitelio. Estas propiedades son únicas de la leche humana, por tanto la leche artificial no tiene estos beneficios.

2.5. Factores que favorecen a la lactancia materna

Organismos internacionales OMS y UNICEF (1989), crean un decálogo, para fomentar la lactancia materna y que sea aplicado en todas las Unidades de Salud a nivel mundial. Los pasos de una lactancia feliz se describen a continuación:

Diez pasos para una lactancia materna eficaz

1. “Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.”

2. “Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.”
3. “Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.”
4. “Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.”
5. “Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.”
6. “No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.”
7. “Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.”
8. “Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.”
9. “No dar a los niños alimentados al pecho, chupadores o chupetes artificiales.”
10. “Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.”

2.6. Factores de Abandono de lactancia Materna

El abandono de la leche natural, es el incumplimiento del derecho que tiene el niño de recibir una lactancia materna exclusiva, que garantice su desarrollo y crecimiento saludables.

En Latinoamérica en el 2011 la UNICEF, encontró que el abandono de la lactancia materna estaba asociado a múltiples factores, siendo los más comunes: mitos o creencias ancestrales, nivel socio-económico, ingreso de la madre en la fuerza laboral, embarazos

adolescentes, indicaciones erróneas en hospitales, uso de biberones, estado conyugal, tabaquismo, enfermedad materna o neonatal.

2.6.1. Mitos sobre la lactancia materna

La lactancia materna está sujeta a la influencia del medio en el que se desarrolla la madre y el hijo. Según Aguayo (2004), narra como en los pueblos primitivos no les permitían tomar el calostro a los niños por ser dañino pero les ofrecían a cambio infusiones como purgantes, líquidos, etc.

En la India, se recomendaba a los niños la miel y mantequilla en su primera semana de vida y el calostro era desechado por ser considerado venenoso, mientras que en Japón eran infusiones herbales las administradas en la primera semana de vida.

Ecuador, no fue la excepción, ya que también se realizaban prácticas ancestrales como la administración de miel rosada para purgar y la administración de aguas aromáticas a los recién nacidos.

La UNICEF (2011), determinó que los mitos a nivel de Latinoamérica estaban enfocados en problemas con la madre y determinó que las mamas pequeñas con pezones aplanados o invertidos, no son un impedimento para dar de lactar y también aclaró que el amamantamiento no deforma las mamas.

2.6.2. Nivel Socio-Económico de la Madre

El nivel socio económico, es un condicionante de la lactancia materna; es decir si la madre tiene recursos económicos bajos tendrá probablemente que salir a trabajar precozmente y esto implica que se interrumpa el amamantamiento, pese a que, está comprobado que el dar

lactancia materna exclusiva, reduce los gastos adicionales para la familia y a la vez para el Estado.

2.6.3. Fuerza laboral de la mujer

Uno de los factores de abandono de lactancia natural es el ingreso de la mujer como mano de obra a la industrialización. Las obligaciones adquiridas en este aspecto llevaron a muchas madres a sustituir el amamantamiento por un alimento artificial.

Es importante diferenciar entre madres que tienen trabajos dependientes e independientes, ya que las madres independientes al no tener un sueldo fijo se ven obligadas a salir a trabajar poco tiempo después del nacimiento de su hijo, lo que conlleva a un abandono precoz de la lactancia materna; mientras que las madres dependientes laborales, se acogen por ley al Código de trabajo.

En nuestro país, según el art. 152 del Código de Trabajo “la mujer tiene derecho a una licencia de 12 semanas remuneradas por motivo del nacimiento de su primogénito, estas doce semanas pueden ser tomadas incluso desde días o semanas antes de que se produzca el nacimiento, sin embargo al cumplirse las 12 semanas tendrá que reincorporarse a sus labores normales”. El art. 155 inciso tercero menciona que debe existir una reducción de la jornada laboral a 6 horas hasta que el niño cumpla 1 año de edad (Código de trabajo, 2005).

El 17 de marzo del 2016, se aprueba los cambios a nivel del código de trabajo y uno de los ítems menciona, la extensión en el permiso de maternidad y paternidad por 9 meses más en cada caso, pero sin remuneración. Las personas que se acojan a este derecho podrán solicitar su cesantía durante este periodo (Código de trabajo, 2016).

2.6.4. Influencia social

La moda en los grupos sociales medios y altos, han influenciado el abandono de la lactancia natural, por creencias erróneas de que la fórmula es mejor a la leche materna, porque aparentemente mejora el peso del niño y según la madre “mientras más gordito, más sano”.

Esta desinformación y la comercialización agresiva de los sucedáneos de la leche materna contribuyen al reemplazo de la lactancia natural exclusiva, por lo que es vital que las madres reciban una información adecuada sobre los beneficios que brinda la lactancia materna e instruir las en la forma correcta de amamantamiento para evitar experiencias dolorosas y frustrantes.

2.6.5. Acciones que evitan el abandono

Las acciones a favor de fomentar la lactancia materna han sido a nivel mundial, creando varias estrategias para evitar el abandono.

El ENSANUT-ECU, en el año 2012, realizó un estudio para determinar el número de recién nacidos que se benefician de la lactancia natural y se observó que durante el primer mes de vida el 52,4 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva, que disminuye a un 48% en el segundo y tercer mes, para descender aún más al 5to mes hasta un 34,7% (Tabla III).

INDICADOR	Grupo de edad (meses)	Sí			No			n total
		n	%	IC _{95%}	n	%	IC _{95%}	
Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses*	0 a 1	185	52.4	44.4 - 60.3	98	47.0	39.1 - 55.1	283
	2 a 3	162	48.0	39.7 - 56.3	134	52.4	44.1 - 60.6	296
	4 a 5	148	34.7	27.3 - 42.1	249	65.0	57.3 - 72.0	397
	0 a 3	347	50.3	44.4 - 56.1	232	49.7	43.9 - 55.6	579
	Total de 0 a 5	495	43.8	39.0 - 48.5	481	56.0	51.2 - 60.8	976

*Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.

Elaboración: Freire WB, et al.

Tabla III. Indicadores de leche materna exclusiva en lactante de 0 a 5 meses de edad (ENSANUT-EC 2012).

Estos datos son realmente alarmantes, porque determinan que de cada 2 niños, uno de ellos recibe lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y el segundo otro tipo de alimentación. Después de analizar los datos obtenidos por el ENSANUT-EC en el 2012, el MSP del Ecuador mediante el Plan Nacional del Buen Vivir pone en prácticas que ayuden al mejoramiento, protección y promoción de la lactancia materna para incrementar la tasa de amamantamiento exclusivo del 43.8 % al 64% en el 2017.

La información sobre la lactancia materna no debe ser solo administrada a la madre, sino al grupo familiar y en especial a la padre, ya que su participación influirá de manera positiva en la lactancia materna. Para lograr este propósito es importante evaluar la calidad de charlas ofrecidas por el personal de Salud y de no ser apropiadas volver a capacitar al personal para evitar errores en la transmisión de la información. Poniendo en práctica la estrategia de informar, medir y corregir.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La UMSS conocida antes como Patronato Sur, fue creada en 1966 con el fin de dar atención gineco-obstétrica y pediátrica a uno de los sectores vulnerables de la ciudad de Quito. Dentro de los servicios que ofrece la Unidad es la atención del parto y recepción del recién nacido.

Esta institución, debido a su larga trayectoria y alto nivel de atención al contar con un área de Cuidados Intensivos Neonatales, se convirtió en el lugar idóneo para la formación médica. La PUCE (Pontificia Universidad Católica del Ecuador) y la UMSS firman un convenio que permite la rotación de estudiantes de medicina de pregrado y postgrado en Pediatría en las distintas áreas que se encuentra subdividida la unidad.

Este convenio hace que parte de la rotación sea la pasantía por la consulta externa de la UMSS. La observación directa de la realidad de la lactancia materna indica que existe un abandono, por lo que, se propone realizar una investigación buscando las principales causas que llevan a las madres al abandono precoz de la lactancia natural; aunque la UMSS no tiene actualmente la acreditación de “hospital amigo del niño”, forma parte de del Sistema Nacional de Salud y por ende está sometido a cumplir las políticas de protección y promoción de la lactancia materna evitando la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Por ello, es fundamental determinar de dónde proviene la recomendación de leches artificiales y actuar de manera oportuna para disminuir la tasa de abandono.

3.1.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen al abandono de la lactancia natural y su reemplazo con símiles de leche materna, en lactantes de 0-3 meses en la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

3.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las causas del abandono precoz de la lactancia materna
- b) Evaluar la relación del crecimiento entre el grupo de lactantes alimentados mediante lactancia natural con los lactantes complementados con fórmulas artificiales.
- c) Conocer de donde proviene la recomendación de lactancia artificial en la UMSS

3.2. HIPÓTESIS

El abandono de la lactancia natural por artificial en los niños de 0 a 3 meses que nacieron en el mes de agosto de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, tiene relación con la sugerencia dada por los familiares.

3.3. METODOLOGÍA DE LA MUESTRA

3.3.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo descriptivo, de cohorte transversal, en donde se elige una población, en un tiempo definido, analizando la frecuencia con que ocurre un fenómeno determinado. En el caso de este estudio, se escogió una población total 250 pacientes nacidos entre en 1 al 31 de agosto del 2016 que cumplieran los criterios de inclusión; de este

total se tomó una muestra representativa y a este grupo de pacientes se les valoró con controles mensuales durante 3 meses.

3.3.2 .TAMAÑO MUESTRAL

La UMSS actualmente, recibe alrededor de 3000 recién nacidos por año ya sean por parto o cesárea, lo que significa que nacen aproximadamente 250 niños al mes, siendo esta la población a partir de la cual, se estima el número muestra para el estudio. Los pacientes fueron escogidos de manera aleatoria simple, cumpliendo los criterios de inclusión.

El estudio se realizó utilizando la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n= El tamaño de la muestra que queremos calcular

N= Tamaño de la población

Z_{α}^2 = Nivel de confianza (Distribución Gauss)

Nivel de confianza 95% $Z=1.96$

d= Es el margen de error máximo que admitimos 5%

p= es la proporción esperada (en este caso 5 % ó 0,05)

Reemplazo

$$n = \frac{250 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2 \times (250 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{45.62}{0.62 + 0.18} = 46$$

La muestra necesaria para el estudio es de 46 pacientes

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Pacientes menores de 3 meses.
- Recién Nacidos a término sanos.
- Pacientes nacidos en el mes de agosto de 2016 en la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes mayores de 3 meses.
- Pacientes prematuros.
- Pacientes con patologías o que hayan requerido hospitalización.
- Pacientes alimentados solo con fórmula.
- Pacientes con retraso de crecimiento intrauterino

3.3.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los pacientes pediátricos elegidos, nacieron en el mes de agosto en la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

A las madres del grupo de pacientes seleccionados, se explicó detalladamente en que consiste el estudio y se solicitó luego de proporcionada la información firmen la hoja de consentimiento informado elaborada por las autoras para la realización del estudio.

Este grupo de pacientes escogidos, fue sometido a un control mensual durante el tiempo de 3 meses. El control consistía en la toma de medidas antropométricas realizadas por el personal de enfermería de la unidad; posterior a ello el control normal del niño sano, fue realizado por el médico designado a la consulta y en otras ocasiones cuando las madres no podían acudir a la unidad, las investigadoras tuvieron que movilizarse al domicilio para realizar el control. Durante la atención médica, se solicitó a las madres que llenen dos encuestas; la primera una hoja del INEC (instituto Nacional de estadísticas y Censos), para valorar el nivel socioeconómico, y la otra una cartilla que contiene una encuesta cerrada según las variables de interés, buscando determinar los factores causales de abandono (Anexo 1).

CAPTULO IV

ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos en el estudio, fueron anotados en una hoja electrónica (Excel), donde, se codificó las principales variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cuantitativas se evaluaron con medidas de tendencia central y gráficos correspondientes. Las variables cualitativas mediante porcentajes y en el caso de cruce de variables, se realizó en una tabla de dos por dos. La base de datos fue analizada y se procesada mediante el programa SPSS Versión 22.0.

4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	MEDIDA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento.	Lactante menor	Lactante menor 0-3 meses	Medidas de tendencia central
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en	Femenino Masculino	Femenino Masculino	Porcentaje

	posibilidades: mujer u hombre.			
Peso	Indicador global de la masa corporal.	Peso en Kg Percentiles	Peso adecuado al nacimiento entre: 2.500 g-3.500g	Medidas de tendencia central
Talla	Designa la altura de un individuo.	Talla en Cm Percentiles	Talla: 47-54 cm	Medidas de tendencia central
Perímetro cefálico	Medida de la circunferencia cefálica	Perímetro cefálico en cm Percentiles	Perímetro cefálico: 32-37 cm	Medidas de tendencia central
Lactancia natural	Leche producida por la madre.	Lactancia Natural	Si No	Porcentaje
Lactancia natural + fórmula	Alimento natural más sustituto artificial de la leche materna (SMA)	Alimentación complementada con fórmula tipo 1	Si No	Porcentaje
Edad materna	Tiempo transcurrido a		- 10-15 - -16-21	

	partir de nacimiento de un individuo	Cartilla de evaluación	- 22-27 - 28-33 - 34-39 - 40-45	Porcentaje
Número de gestaciones	Número de embarazos	Cartilla de evaluación	- Primigesta - Multigesta	Porcentaje
Nivel de instrucción	Nivel académico	Cartilla de evaluación	- Primaria - Secundaria - Superior - Incompleta - Sin instrucción	Porcentaje
Nivel socioeconómico	Jerarquía de un grupo social medida por encuesta de estratificación del nivel socioeconómica (INEC)	Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico	A(alto) de 845.1 a 1000 B(medio alto) de 696.1 a 845 C+(medio típico) de 696.1 a 845 C-(medio bajo) de 535.1 a 696 D (bajo) de 0 a 316	Porcentaje

Motivos de Abandono de Lactancia Natural	Causales para dejar la lactancia natural	Cartilla de evaluación	Falta de leche materna Trabajo	Porcentaje
Recomendación de fórmula	Consejo que se da a una persona por considerarse beneficioso	Cartilla de Evaluación	Personal de Salud Familiares Otros	Porcentaje

4.2 MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	INTERVINIENTES
Recomendación de fórmula	Alimentación : - Seno materno - Seno matero más fórmula	Falta de leche materna Peso Talla Recién Nacidos a Término sanos Nivel socioeconómico

4.3. ASPECTOS BIOÉTICOS

La investigación fue realizada, bajo el consentimiento de los padres, apegándose a los lineamientos éticos y legales de nuestra Constitución. Antes de llevar a cabo la investigación fue necesaria su aprobación por parte del comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y para ser ejecutada se solicitó la aprobación por parte de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

CAPITULO V

RESULTADOS

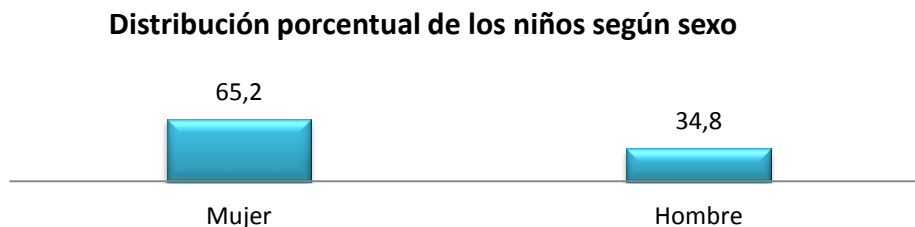
5.1 Características demográficas

5.1.1. Distribución por sexo

En el periodo comprendido entre agosto a noviembre del 2016, se realizó la recolección de la muestra al azar de los 46 lactantes nacidos en la UMSS menores, alimentados todos inicialmente con leche materna. De este número el 65.2 por ciento corresponde al sexo femenino, mientras que el 34.8 por ciento al sexo masculino. Con una relación 2:1 (Tabla IV)

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	30	65,2
Hombre	16	34,8
Total	46	100,0

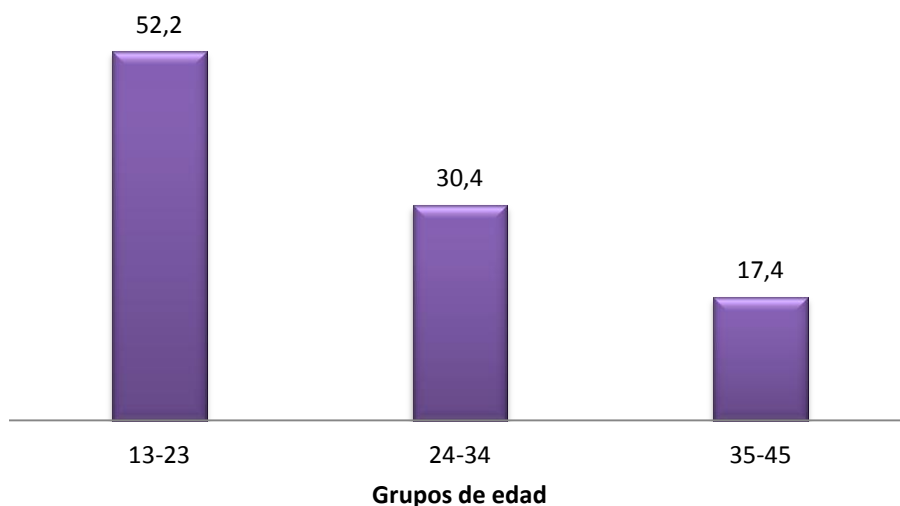


Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.1.2. Distribución porcentual por edad de la madre

Dentro de las variables a ser estudiadas, fue edad materna, al ser un factor de riesgo para nuestro estudio el embarazo adolescente por la inmadurez física, psicológica a esta edad que impide un amamantamiento óptimo. Se encontró que la mayor parte de las madres se encuentran en el grupo I; es decir corresponde a edades comprendidas entre 13-23, que representa el 52.2%, donde se incluyen a las madres adolescentes. Gráfico 2

Gráfico 2. Distribución porcentual de las madres por grupos de edad

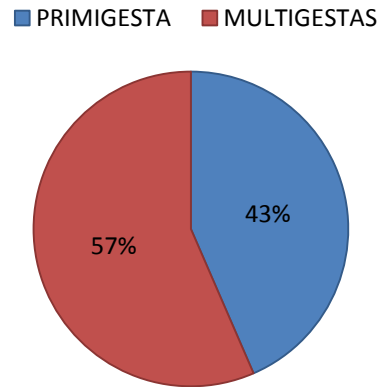


Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.1.3. Distribución porcentual por número de gestaciones

En el siguiente gráfico se valoró el número de gestas de las madres con porcentajes de 57% de multíparas frente a las primigestas con un 43%; más del 50% de las madres, ya habían tenido experiencia previa en cuanto a lactancia natural. Gráfico 3

Gráfico 3. Distribución porcentual de las madres según el número de gestaciones

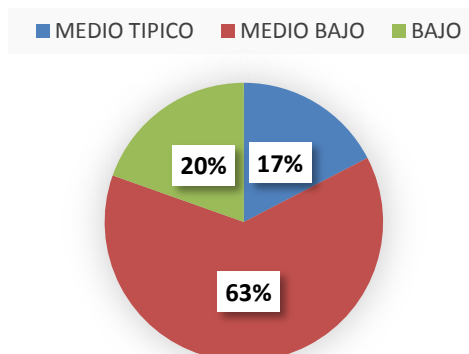


Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.1.4. Distribución porcentual por nivel socioeconómico

Los datos recolectados fueron a través de la hoja del INEC. Según el estudio se arrojaron los siguientes datos: nivel medio bajo en un 63%, medio típico en un 17% y bajo en un 20%. En el grupo de estudio no se encontró madres que pertenezcan al nivel alto. Gráfico 4

Gráfico 4. Nivel socioeconómico de madres

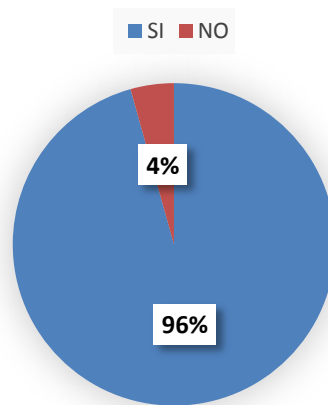


Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.2. Información sobre lactancia materna

Otra de las variables estudiada es la información brindada sobre lactancia materna y se observó que las madres recibieron en un 96% información sobre la misma por el personal de salud en la Unidad Metropolitana de Salud Sur. Gráfico 5

Gráfico 5. Información de lactancia materna a madres



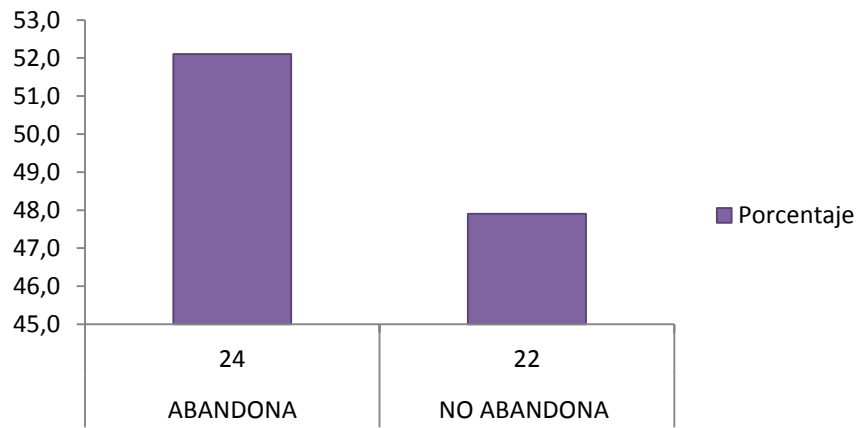
Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.3. Porcentaje de Abandono de la lactancia materna

Se encontró un abandono 52.1% de la población total en los 3 meses de duración del estudio y el 47.9 % se mantuvo con lactancia materna exclusiva hasta el final. Gráfico 6.

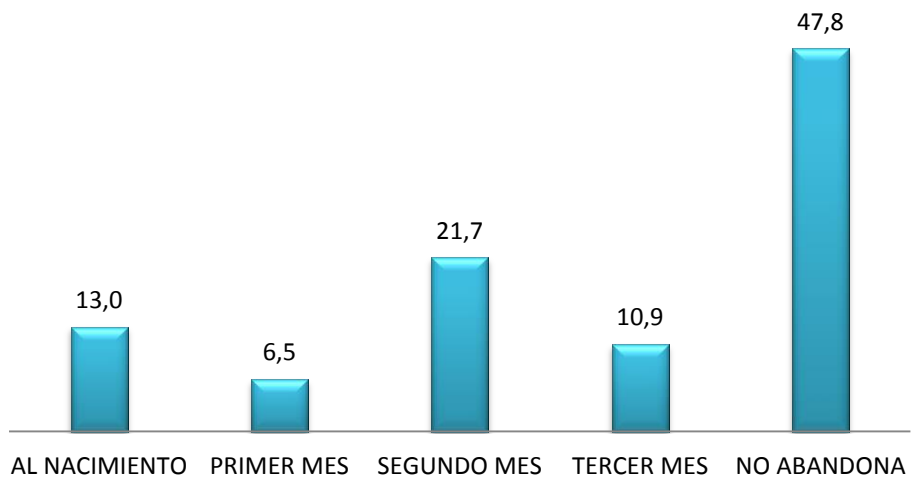
Del porcentaje de abandono se evidenciaron 2 picos el primero al nacimiento en un 13% y el segundo pico en el segundo mes con un 21.7%. Gráfico 7

Gráfico 6. Distribución porcentual de abandono de la lactancia materna



Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

Gráfico 7. Distribución de abandono de lactancia materna según tiempo

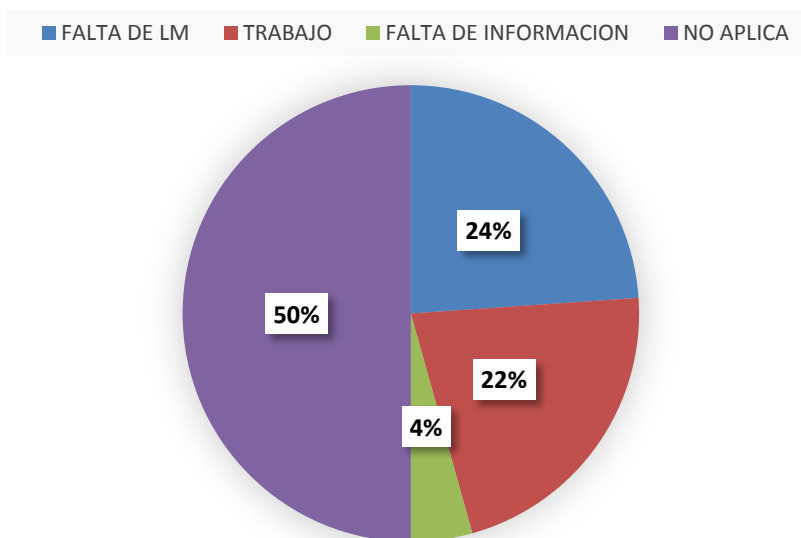


Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.4. Causas de abandono de la lactancia natural

Las causas de abandono son: la falta de leche materna en un 24%, el inicio de trabajo materno el 22% y la falta de información el 4%. Gráfico 8

Gráfico 8. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva



Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

Analizando el porcentaje de abandono de lactancia materna, se encontró que la falta de leche materna fue la causa en un 54,5% al nacimiento, el 18,2% dejó la lactancia por el mismo motivo en el primer y segundo y el 9,1 % lo hizo en el tercer mes.

El 70% dejó la lactancia materna por motivo de trabajo y esto sucede en el segundo mes y el 30% en el tercer mes después del nacimiento. Tabla V

Tabla V. Asociación entre no lactancia natural exclusiva y motivos

Tabla cruzada Abandono de lactancia exclusiva*

MOTIVO PARA NO DAR DE LACTAR

Abandono de lactancia exclusiva	MOTIVO PARA NO DAR DE LACTAR			Total
	FALTA DE LM	TRABAJO	FALTA DE INFORMACION	
AL NACIMIENTO	54,5%	0,0%	0,0%	26,1%
PRIMER MES	18,2%	0,0%	50,0%	13,0%
SEGUNDO MES	18,2%	70,0%	50,0%	43,5%
TERCER MES	9,1%	30,0%	0,0%	17,4%
Total	11	10	3	24
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Valor Df Significación
asintótica
(bilateral)

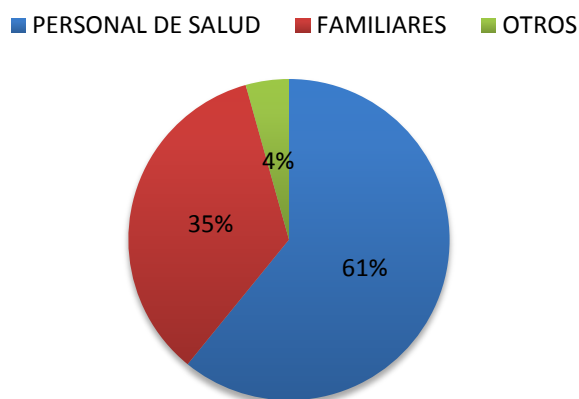
Chi-cuadrado de Pearson	15,121 ^a	6	0,019
--------------------------------	---------------------	---	-------

Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.5. Recomendación de la alimentación artificial

La recomendación de iniciar alimentación artificial de manera complementaria se dio en un 61% por el personal de salud, 35% por familiares y el 4% por otras personas. Gráfico 9.

Gráfico 9. Personas que recomendaron lactancia artificial



Fuente: Cartilla de Evaluación UMSS
Elaborado por: Autoras, Diciembre 2016

5.6. Relación del abandono de la lactancia materna exclusiva y el peso del niño

El análisis realizado entre las variables de abandono de lactancia materna y peso, demostró que el 67.9% alimentados con fórmula se encontraban en el percentil 25 mientras que el 70% de los niños alimentados con lactancia natural exclusiva se encontraron en el percentil 50 en el primer mes. Tabla VI. En el segundo y tercer mes no se encontró alteraciones significativas. Tablas VII y VIII.

Tabla VI. Asociación entre abandono de lactancia materna y percentil de peso en el primer mes

Abandono de lactancia exclusiva	PERCENTIL PESO 1 MES					
	25		50		85	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	19	67,9%	5	29,4%	0	0,0%
No	9	32,1%	12	70,6%	1	100,0%
Total	28	100,0%	17	100,0%	1	100,0%

Tabla VII .Asociación entre abandono de lactancia materna y percentil de peso en el segundo mes

Abandono de lactancia exclusiva	PERCENTIL PESO 2 MES					
	15		50		85	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	10	71,4%	13	43,3%	1	50,0%
No	4	28,6%	17	56,7%	1	50,0%
Total	14	100,0%	30	100,0%	2	100,0%

Tabla VIII. Asociación entre abandono de lactancia materna y percentil de peso en el tercer mes

Abandono de lactancia exclusiva	PERCENTIL PESO 3 MES					
	15		50		85	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	3	60,0%	15	50,0%	6	54,5%
No	2	40,0%	15	50,0%	5	45,5%
Total	5	100,0%	30	100,0%	11	100,0%

CAPITULO VI

DISCUSION

El abandono de la lactancia natural es preocupante a nivel mundial y regional pese a todas las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales. La Unidad Metropolitana de Salud Sur, es una maternidad de tercer nivel con políticas de protección y fomento continuo de lactancia materna y se ha visto también afectada en este ámbito, registrándose según el estudio realizado un abandono de la lactancia natural exclusiva del 52.1% durante los 3 primeros meses; estos datos son más evidente en el segundo mes con un porcentaje de abandono del 21.7%. Estos valores son similares a los encontrados en la ENSANU-ECU (2012), en la cual se evidenció que el abandono de la lactancia materna exclusiva en el Ecuador representa el 43.8 %.

Sonia María Joutteaux del Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil, en su estudio indica que el abandono es del 65% a los 6 meses.

La principal excusa para iniciar una alimentación complementaria fue la falta de leche materna en el 47,8%. Una variable a relacionar en este aspecto está el peso que no sufrió alteración significativa; es decir si las madres refieren haber tenido falta de leche materna, el peso debió alterarse, lo cual no se evidenció en la investigación. NAVARRO--GIL C. realizó un estudio en el 2013, en donde el 66,7% de las madres iniciaron lactancia mixta porque el bebé se quedaba aparentemente con hambre; mientras que en el estudio de Jácome (2016), la falta de producción de leche materna fue el 25%. Estos criterios de falta de producción de leche materna son muy subjetivos, ya que no se cuenta con un instrumento para medir la cantidad de leche materna;

Otra causa para el abandono precoz registrado en el segundo mes, fue el regreso de la madre a la fuerza laboral en un 70%, debido a que según la encuesta económica realizada la mayoría de las madres pertenecían al grupo de trabajadoras autónomas lo que provoca que tengan que salir de forma temprana a buscar el sustento de su familia y al no tener acceso a la seguridad social no pueden contar con esos beneficios.

.En enero del 2016, en la ciudad de Ambato, Juan Carlos Jácome, demostró que el 65% de las causas de abandono también fueron el ingreso a trabajos o escolaridad en algunos casos.

Con respecto a la información brindada sobre lactancia materna el 96% de las madres asegura haber recibido las charlas informativas impartidas al alta en la UMSS, sin embargo se desconoce si la misma fue la adecuada. Esta interrogante surge a raíz de que la recomendación de fórmula en un 61% proviene del personal de salud.

En el estudio de Navarro (2013), menciona que el 66,7% de los casos también fue el personal sanitario el que recomendó lactancia mixta.

El análisis de los datos obtenidos en la investigación, revela la gran problemática existente en la UMSS, lo que conlleva a tomar acciones a nivel de las falencias encontradas aplicando la política de observación medición y corrección.

CAPITULO VII

7.1. CONCLUSIONES

1. La tasa de abandono de lactancia natural en la UMSS es del 13% al nacimiento y se incrementa hacia el segundo mes en un 21.7% con un total de abandono de 52.1% a los tres meses, lo cual está relacionado con las otras investigaciones.
2. La causa referida por las madres para el abandono de la leche materna es la falta de leche materna, medida subjetiva ya que, no tiene relación con el peso encontrado en los controles posteriores.
3. Al nacimiento existe un abandono del 54,5% por falta de leche materna, que se incrementa al 45,5% a los tres meses de edad.
4. En relación al peso, al realizar el primer control al mes de edad se, encontró que el 67% de los pacientes que abandonaron la lactancia materna estaban dentro del percentil 25, mientras que el 33% de los pacientes alimentados con lactancia exclusiva se encontraba dentro del percentil 50 y 85; es decir no se evidenció afectación significativa en los dos grupos.
5. Otra causa de abandono de lactancia materna, es el regreso temprano de las madres al campo laboral.
6. La información sobre fomento y protección de la lactancia materna es dada en un 96% por el personal de salud.
7. La recomendación de fórmula artificial como complemento, proviene del personal de salud en una proporción de 2:1 en relación al resto de la población, esto es alarmante porque contrasta con la información sobre lactancia materna dada al alta

que es el 96; lo que significa que a pesar de que el personal conoce sobre todos los beneficios de la lactancia materna, promueve también la lactancia artificial, generando un problema a ser investigado.

CAPITULO VIII

8.1 RECOMENDACIONES

1. Evaluar la política de la información sobre lactancia materna al alta y valorar si la calidad de la misma es óptima.
2. Evaluar al personal de salud sobre las políticas de lactancia materna.
3. Elaborar un instrumento de observación, medición y corrección para fortalecer las políticas de lactancia materna.
4. Mantener una capacitación permanente al personal médico, paramédico y administrativo con la finalidad de formar un grupo de apoyo que fortalezca la política de protección y fomento de la lactancia materna.
5. Involucrar a los familiares (padre, hermanos, abuelos), sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna.
6. Elaborar programas de fomento y protección de la lactancia materna para la comunidad, que debe ser continuo en las salas de consulta externa.
7. Brindar un seguimiento a grupos de riesgo como son las madres adolescentes y trabajadoras autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo, J. (2004): *Lactancia materna en situaciones especiales*. La lactancia materna. España, Universidad de Sevilla: Editorial Panamericana.
- Al Ghwass, MM., y Ahmed, D. (2011). *Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding in a rural area in Egypt*. *BreastfeedMed*; 6: 191-6.
- American Cancer Society. (2016). *Cáncer de mama*. Recuperado de www.cancer.org/acs-cid-00284-pdf
- Arango, Correa J., Gómez, J., y Posada, R. (2007). *Lactancia materna*. Colombia, Medellín: Fondo Editorial.
- Basain, J., y Pacheco, L. (2015). *Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n2/ped03215.pdf>
- Becerra, F., y Rocha, L. (2015). *El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf>
- Constitución del Ecuador. (2006). *Ley de Fomento a la Lactancia Materna*. Recuperado de [Ley-de-fomento-apoyo-y-proteccion-a-la-lactancia-materna-2.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf)
- CEPAR. (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Recuperado de http://www.cepar.org.ec/endemain_04/ENDE1.htm

- Chavez, A., Sanchez, R., Ortiz, H., y Ortega, B. (2009). *Causas de abandono de la Lactancia Materna*. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-2/RFM45202.pdf>
- ENSANUT-ECU. (2012). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Recuperado de <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut>
- García, R. (2011). *Composición e inmunología de la leche humana*. Acta Pediátrica de México; 32 (4): 223-230
- Gonzales, I., y Huespe, M. (2008) *Lactancia Materna Exclusiva Factores De Éxito y/o Fracaso*. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf
- Gorrita, R., y Terrazas, A., (2015). *Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped04315.pdf>
- Hernández, T., y Lazarte, J. (2011). *Tratado de Pediatría*. España, Madrid: Panamericana.
- Hernández, M. y Aguayo J. (2005). *Cómo Promover y Apoyar La Lactancia Materna En La Práctica Pediátrica*. Recuperado de <http://www.aeped.es/comite-lactanciamaterna/documentos/lactancia-materna-como-promover-y-apoyarlactancia-materna>
- Ibáñez, M., y Sorlí, J. (2015). *Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/03_original2.pdf

- Jara, M., y Cornejo, G. (2015). *Prevalencia y factores determinantes de la lactancia materna exclusiva entre las madres adolescentes de Quito*. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1186/s13006-015-0058->
- León, N. (2012). *Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna*. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/C
- Mongo, M., Mosha, MV., Uriyo, JG., Msuya, SE., y Stray-Pedersen, B. (2013). *Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kilimanjaro region, Northern Tanzania: a population based crosssectional study*. *IntBreastfeed J*; 8: 12.
- Noughabi, ZS.,Tehrani, SG., Foroushani, AR., Nayeri, F., y Baheiraei, A. (2014). *Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding at 6 months of life in Tehran: a population-based study*.*East MediterrHealth J*; 20: 24-32.
- OMS. (2006). *Patrones de crecimiento infantil*. Recuperado de http://www.who.int/childgrowth/1_que.pdf
- OMS Y UNICEF. (2003) *Estrategia mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Recuperado de www.who.int-gs_infant_feeding_test_spa
- OMS.(1991). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices.Conclusions of a consensus meeting*.Recuperado de http://www.who.int/child-adolescent-health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
- OMS y UNICEF. (1989). *Iniciativa Hospital del Niño y Niña*. Recuperado de

http://www.who.int/elena/bbc/implementatio_bfhi/es/

OPS. (2010). Lactancia Materna. Recuperado de

www.incap.int-documents-temas-1.lactanciamaterna-4.pdf

OPS y OMS. (2012). Ventana de los mil días, una oportunidad para reducir la mortalidad materno-infantil. Recuperado de

http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=632:lanzamiento-ventana-de-los-mil-dias&catid=710&Itemid=101

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., et al.

Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *GacSanit* 2015; 29: 4-9.

Porto, J. (2015), *Definición de abandono*. Recuperado de

<http://definicion.de/abandono/>

Quispe, M., y Oyola, A. (2015). *Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva*. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu02415.pdf>

Rodríguez, J, Acosta, N. (2008). *Factores asociados a la lactancia materna en población pobre de áreas urbanas de Colombia*. *Revista de salud pública*.

10 (1):71-84, Recuperado de

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a07>

Rudolph, A., Kamei, R., yOverby, K. (2004). *Principios de Nutrición Pediátrica*. España, Madrid: Elsevier.

Stettler, N., Bhatia, J.,y Anjali, P. (2013)*La alimentación de los lactantes*. España, Barcelona: Elsevier

SINA. (2009). Las nodrizas: “*Lactancia materna mercenaria. Las nodrizas en la historia*”. Recuperado de <http://www.asociacionsina.org/2009/12/10/lactancia-mercenaria-las-nodrizas-en-la-historia/>

UNICEF. (1995). *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Recuperado de [www.unicef.cl-lactancia-doc-mod01](http://www.unicef.cl/lactancia-doc-mod01)

UNICEF (2001). *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Recuperado de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

UNICEF. (2012). *Lactancia Materna*. Recuperado de <https://www.unicef.org-ecuador-lactancia-materna>

UNIVERSIA. (2005). *Aspectos históricos de la lactancia materna*. Recuperado de <http://noticias.universia.es/vida-universitaria/noticia/2005/08/17/667103/apectos-historicos-lactancia-materna.html>

WHO. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de http://www.who.int/maternal_chid_adolescent/documents/9789241597494/es/

Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., y Wang, P. (2014). *The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis*. BMC Public Health; 14: 1267.