



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Abandono lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y
relación con factores maternos asociados en lactantes nacidos desde enero
a diciembre del 2016 en el Hospital de Young.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Daniela Furtado

TUTORA: Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

Montevideo, Marzo 2019

1. INDICE

1. Indice	2
2. Resumen	3
2.. Abstract	4
3. Introducción	5
4. Marco teórico	7
4.1 Lactancia materna	7
4.1a Concepto de la lactancia materna	7
4.1b Tipos de lactancia materna	8
4.1c Importancia y recomendaciones de la lactancia materna	10
4.1d Recomendaciones	13
4.2 Beneficios de la lactancia materna	15
4.2a Beneficios de la lactancia materna para el niño	15
4.2b Beneficios de la lactancia para las mujeres que amamantan	18
4.2c Beneficios para las familias y la sociedad	21
4.2d Beneficios para el ambiente	22
4.3 Contraindicaciones de lactancia	23
4.4 Situación de la lactancia materna a nivel Nacional e Internacional	26
4.4a Nacional	26
4.4b Internacional	28
5. Antecedentes de la investigación	31
6. Objetivos	33
7. Metodología	34
8. Análisis e interpretación de los datos	37
9. Resultados	47
10. Conclusiones	49
11. Referencias bibliográficas	51
12. Apéndices y anexos	54

2. RESUMEN

La lactancia materna exclusiva (LME) ha probado ser altamente beneficiosa para la salud infantil. Conocer los factores asociados a su abandono es útil para identificar los grupos a los cuales enfocar las intervenciones. En esta investigación se plantea como objetivo establecer el abandono de la LME antes de los seis meses de edad en lactantes y relacionarlos con factores maternos asociados en el Centro de Salud de la ciudad de Young. Para ello se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo que evaluó, a través de revisión de historias clínicas, el abandono de la LME antes de los 6 meses de edad de lactantes nacidos en el Hospital de Young en el año 2016 y que se controlaron en el Centro de Salud de Young. Los datos de interés recolectados fueron: edad del lactante al momento de abandono de lactancia materna exclusiva, edad materna, paridad materna y vía de finalización del embarazo. Algunos de los resultados que arrojó fueron un 34,55% de abandono de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad, donde la mayor prevalencia de edad de abandono de LME se dio en lactantes con menos de un mes de vida. Se relacionó los factores maternos de edad, paridad y vía de finalización del embarazo y se evidenció mayor prevalencia de casos en madres adultas, de paridad multigesta y con vía de finalización del embarazo por parto vaginal.

Palabras Clave: Lactancia materna exclusiva; Abandono de lactancia materna exclusiva, Lactantes.

2.. ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EBF) has proven to be highly beneficial for the health of infants. Knowing the factors related to its abandonment helps to identify the groups on which focus interventions on. The objective of this research is to establish EBF abandonment before six months of age and relate it to the associated maternal factors in the Health Centre of Young. To meet this goal a descriptive, retrospective and quantitative research was held which evaluated, through the analysis of medical records, the level of EBF abandonment before the 6 months of age in infants who were born in the Hospital of Young city in the year 2016, and monitored in Young Health Centre. The data of interest collected were: age of the infant by the time EBF suspension occurred, mother's age, maternal parity, and delivery type. Results show a 34,55 % of EBF abandonment before the 6 months of age, the highest prevalence of age of abandonment occurred in infants with less than one month old, and it was associated with maternal factors of age, parity and delivery type.

Key words: Exclusive breastfeeding, Exclusive breastfeeding abandonment, Infants.

3. INTRODUCCION

En esta investigación se aborda la lactancia materna exclusiva (LME) como temática de importancia en los primeros meses de vida del lactante y primera infancia, es parte fundamental del proceso de desarrollo del niño, con repercusiones importantes en la salud del binomio madre-hijo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) certifica que la leche materna es un recurso biológico natural de bajo costo, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. También afirma que dar de lactar hace crecer el vínculo entre la madre y el hijo, siendo la lactancia el mejor método de alimentación para los lactantes, tanto por las propiedades nutritivas e inmunológicas como además por razones económicas, higiénicas y afectivas.

La OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP) consideran la LME hasta los 6 meses como el alimento óptimo para el lactante, la cual tiene la composición ideal y los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este período y posteriormente, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida.

Se propone la lactancia materna como la mejor práctica de alimentación saludable al inicio de la vida, insustituible, equitativa y sostenible. Recibir leche materna como primer alimento y como alimento exclusivo hasta los seis meses de vida se relaciona con varios de los resultados esperados al 2020 planteados por el Ministerio de Salud para definir los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), como es la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal, la reducción de la prevalencia de anemia en los primeros dos años de vida, la disminución del sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas y tardías, la reducción de la carga de morbilidad de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes asociadas y la mejora en el desarrollo infantil.(1)

La lactancia materna es un tema vinculado a nuestra profesión y de contacto diario en nuestro ejercicio de la misma; en el cual debemos empoderarnos y en donde es importante conocer los factores asociados al abandono de la misma

para identificar los grupos más vulnerables a los cuales enfocar las intervenciones en el rol de acompañamiento y apoyo como Obstetras Parteras.

La LME es una forma inigualable de nutrición infantil. Sin embargo a pesar de la importancia que tiene, se percibe un aumento del abandono precoz de la misma en lactantes menores a 6 meses de vida. La presente investigación se realizará con la finalidad de describir la prevalencia de abandono de la LME en niños menores a 6 meses que se controlaron en el Centro de Salud de Young y su relación con factores maternos asociados. Este Centro de Salud, es una unidad de referencia donde acuden muchas mujeres que están en periodo de lactancia, y que llevan a consulta a sus niños y niñas por diferentes motivos.

Se deja constancia de los resultados que arroja la presente investigación al Centro de Salud de Young tanto de las estadísticas como de las recomendaciones para aportar un insumo que sirva de referencia al equipo de salud.

Por todos los beneficios comprobados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses del lactante es que se cree importante los resultados obtenidos en el presente trabajo, con el fin de abordar los motivos estudiados y la intervención en promoción y educación para la salud que se quieran realizar con respecto al tema.

En el desarrollo del presente trabajo, se destaca en el marco teórico los beneficios de la lactancia tanto para el niño y la madre así como para la sociedad y el ambiente. Se plantean las recomendaciones de los diferentes organismos nacionales e internacionales así como la situación en la cual se encuentra la lactancia actualmente. Se mencionan las investigaciones afines a ésta nacional e internacional. Se plantean los objetivos tanto generales como específicos para dicha investigación junto con la metodología de análisis. Concluyendo con análisis y discusión de los datos con conclusiones pertinentes.

4. MARCO TEORICO

4.1 LACTANCIA MATERNA

4.1a CONCEPTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Por definición el Ministerio de Salud Pública (MSP) considera Lactancia Materna (LM) cuando el niño recibe leche materna (directamente u ordeñada), independientemente de recibir o no otros alimentos. (1)

La alimentación al pecho es la forma de ofrecer un óptimo inicio de la vida, un adecuado desarrollo psicosocial y una mayor protección de la salud, tanto para el niño como para la madre. (2)

El MSP hace mención a la práctica de amamantar como un comportamiento de los mamíferos y por lo tanto de los seres humanos. Siendo parte de la cultura de la crianza y no sólo de la cultura alimentaria. Se menciona a la leche materna como una sustancia inigualable desde el punto de vista nutricional, neuroendocrino e inmunológico; la cual no puede ser replicada por ningún medio artificial tanto por contener nutrientes de máxima biodisponibilidad como por el aporte de células vivas, enzimas digestivas y factores de crecimiento. Y es por esa composición única de la leche materna que aporta múltiples beneficios tanto a corto como a largo plazo en el lactante y su madre. Pero el amamantamiento es más que eso, y allí es donde comienza su complejidad. (1), (2)

“Si saliera disponible una nueva vacuna, la cual pudiera prevenir por un año un millón o más de muertes infantiles, que además fuera de bajo costo, segura, administrada por vía oral, y que no requiera de cadena de frío, se convertiría en

un imperativo inmediato para la salud pública. La lactancia materna puede hacer esto y más...” (1)

4.1b TIPOS DE LACTANCIA MATERNA

En la Norma Nacional de Lactancia Materna establecidas por el MSP se describe las siguientes definiciones:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna exclusiva (LME) es aquella en la que el niño/a recibe solamente leche materna, directamente del pecho u ordeñada, o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes conteniendo vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.(1)

LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE

La lactancia materna predominante (LMP) es aquella que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. El niño recibe además otros líquidos (agua y bebidas a base de agua, té, infusiones, jugos o caldo de frutas), sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (1)

LACTANCIA MIXTA

La lactancia materna mixta o parcial es cuando la niña/o recibe leche materna y otros tipos de leche (preparados para lactante, leche de vaca u otro animal diluida o no) (1)

LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTADA

La lactancia materna complementada es considerada cuando la niña/o recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semi-sólido con la finalidad de complementarla, y no de sustituirla. En esta categoría los niños pueden recibir, además de leche materna otro tipo de leche, pero esta no es considerada un alimento complementario. (1)

LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Se llaman fórmulas adaptadas porque se adaptan a las características del lactante ya que su organismo no está lo suficientemente desarrollado y tiene algunas funciones incompletas. (1)

LACTANTES

Los lactantes son niños menores de 12 meses de edad. (1), (2)

4.1c IMPORTANCIA Y RECOMENDACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres y los niños. Son varias las organizaciones como la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que proponen la lactancia materna como la mejor práctica de alimentación saludable al inicio de la vida, insustituible, equitativa y sostenible. Considerando la leche materna como un recurso biológico natural de bajo costo, que aumenta tanto los recursos familiares como los nacionales, es una forma de alimentación segura, y además carece de riesgos para el medio ambiente. (3), (4), (5)

“En nuestro país, el Prof. Dr. Morquio, Pediatra de principios del siglo pasado decía: “...el niño alimentado a pecho rara vez se enferma y excepcionalmente se muere...””. (6)

Bove MI y D´Olivera N, manifiestan que tanto la composición de la leche humana como los efectos de ésta sobre la salud del niño, son razones incuestionables para estimular el inicio de la lactancia y mantenerla. Sumado a que además, facilita el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y coopera en la estimulación del niño para un adecuado desarrollo. La leche materna se caracteriza por ser única en su composición y en sus funciones, la cual no puede ser replicada por ningún medio artificial. Asimismo UNICEF agrega que la leche materna es segura: está siempre a la temperatura adecuada, no requiere preparación y está disponible incluso en entornos con desfavorables condiciones de salubridad. Asegurando así el acceso de los lactantes y niños a una cantidad suficiente y segura de alimentos asequibles y nutritivos. (6), (7)

Tanto la OMS como UNICEF aseguran que la lactancia materna exclusiva tiene importancia en los primeros meses de vida del lactante y primera infancia certificando que durante los primeros 6 meses de edad cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños. No siendo necesarios otros alimentos ni líquidos. La OMS ratifica que si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, ya que la leche materna, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. (4), (5)

Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la OMS recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más, ya que sigue siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño, aportando nutrientes y factores protectores de mayor calidad que los contribuidos por los alimentos complementarios. (5)

Así en *La Lactancia Materna en el siglo XXI* se expresa que una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820.000 menores de 5 años todos los años. Siendo el aumento de las tasas de lactancia materna en todo el mundo un factor fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030. La práctica de la lactancia materna desempeña una función muy importante al mejorar la nutrición, la educación, la salud y la supervivencia a largo plazo de: los recién nacidos sanos; los recién nacidos con patologías, los pre términos y la mujer. (6), (8)

UNICEF formula a la lactancia materna como una inversión milagrosa y solución universal, de baja tecnología, de gran impacto y muy rentable para salvar las vidas de los bebés. Siendo la misma lo más cercano que el mundo tiene a una solución mágica para la supervivencia infantil. Asimismo es una organización que a nivel mundial tiene el mandato de promover la protección de los derechos del niño y se ha posicionado respecto a la importancia de la lactancia a través de un comunicado en el que varios especialistas han señalado a la lactancia

materna como una cuestión de derechos humanos tanto para bebés como para madres y debe ser protegido de acciones que buscan impedirlo. En conjunto con la OMS creen necesario y fundamental el apoyo a las madres y a las familias para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. (4), (7), (9)

4.1d RECOMENDACIONES

Son varias las organizaciones como la OMS, la Academia Americana de Pediatría [AAP], el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría y UNICEF, que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen. Considerando la leche materna como el alimento óptimo para el lactante, la cual tiene la composición ideal y los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este período y posteriormente, junto con otros alimentos. Asimismo tanto la OMS como UNICEF agregan en sus recomendaciones la importancia del inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida. (4), (5), (9), (10)

Como recomendación de salud pública mundial, durante los primeros 6 meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. La OMS certifica si se dan éstas condiciones, los niños tienen un crecimiento más rápido durante los primeros 6 meses de vida, en comparación con otros niños. A partir de ese momento, se considera la implementación de la alimentación complementaria, desde los 6 a los 23 meses de edad con el fin de satisfacer los requisitos nutricionales en evolución de los lactantes debiendo recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años de edad, o más tarde inclusive. (4), (5)

A su vez el Ministerio de Salud Pública deja de manifiesto en la *Norma Nacional de Lactancia Materna* que dicha recomendación anteriormente descripta se relaciona con varios de los resultados esperados al 2020 para definir los

Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), como es la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal, la reducción de la prevalencia de anemia en los primeros dos años de vida, la disminución del sobrepeso y la obesidad en etapas tempranas y tardías, la reducción de la carga de morbimortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes asociadas y la mejora en el desarrollo infantil. (1), (11)

La OMS plantea una serie de pasos, a modo de sugerencias, en apoyo hacia una lactancia materna exitosa: (5), (8)

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 leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas 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.

4.2 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

4.2a Beneficios de la Lactancia Materna para el niño:

Son múltiples los beneficios que la lactancia materna genera sobre los niños, la OMS y UNICEF acredita que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida, luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida, siendo la leche materna una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Asimismo Bove MI, D' Olivera N sostienen que los beneficios comienzan desde el primer momento de instalada la lactancia y se prolongan por muchos años después de terminado el período de lactancia. (6), (9), (12)

Los beneficios específicos son muchos siendo una forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño proporcionándole nutrientes como sustancias esenciales, factores de crecimiento e inmunitarios de calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos. (6), (12)

Desde el punto de vista anátomo-funcional del tercio inferior del macizo facial, el amamantamiento con una succión eficiente y correcta representa el factor inicial para el adecuado desarrollo maxilofacial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje. Además es importante considerar que los niños amamantados presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera. (1), (12)

La lactancia materna también promueve el desarrollo saludable del cerebro, con un mejor desarrollo intelectual cognitivo, un rendimiento educativo más elevado

asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta. Además de obtener mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. Así mismo el acto de amamantar favorece las relaciones de apego seguro. (5), (7), (9), (12)

La lactancia materna más allá de los beneficios meramente sobre el desarrollo físico y anatómico que provee, también genera beneficios sensoriales, así se señala que el contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. (12)

De la misma forma en la *Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud* argumenta que durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuyendo así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. Plantea también desde un punto de vista más subjetivo que el niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico. (12) Direccionando a la lactancia materna no sólo como una acción fisiológica sino como un acto emocional, afectivo y vincular entre madre e hijo

Se suma Martín, J. que al igual señala que parte de los efectos beneficiosos que la lactancia materna genera se relaciona directamente con el acto de amamantar que conlleva una proximidad y contacto estrecho y frecuente madre-hijo: el intercambio de miradas, el bebé se siente abrazado, la succión directa del pecho materno que provoca en la madre la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina, todo lo cual establece un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia. (10)

Tanto la OMS como MSP destacan, dentro de los principales beneficios que ofrece la lactancia materna, la reducción de morbilidad y mortalidad por

enfermedades infecciosas, especialmente con el inicio temprano de la lactancia materna y en los dos primeros años de vida del niño. Por otra parte Bove MI, D' Olivera N señalan que los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva son más saludables y cuando se enferman los síntomas son menos intensos (8) En *La lactancia Materna en el Siglo XXI* se subraya el potente efecto protector que genera la LME al disminuir el riesgo de muerte de lactantes en países de ingresos bajos y medianos. (1), (8), (9).

La lactancia materna protege contra las dos principales causas de muerte en menores de 5 años: la neumonía y la diarrea. Disminuyendo significativamente las posibilidades de contraer dichas enfermedades y por ende consiguientes hospitalizaciones. Otras infecciones agudas, como ser la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna. (5), (7)

No cabe duda que los beneficios de la lactancia materna en el inicio de vida del niño son extraordinarios y esenciales, así como también lo son los beneficios a largo plazo que impactan sobre la salud y la prevención de enfermedades en la vida adulta. Tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas. (1), (12)

Son varios los autores como UNICEF y la OMS que señalan que los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. En una revisión sistemática de la OMS 2013, se sugiere una reducción del 10% en la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños expuestos a largos períodos de tiempo de lactancia, mientras que para 2016 la Serie The Lancet concluye que la duración más prolongada de la lactancia materna se asoció con una reducción del 13% de las probabilidades de prevalencia de sobrepeso u obesidad. Asimismo la OMS indica que existe un

efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Mientras que el MSP argumenta en la *Norma Nacional de Lactancia Materna* que los niños amamantados regulan ellos mismos el volumen que requieren, siendo éstas maniobras que determinan de forma temprana la regulación de las señales de apetito y saciedad y su repercusión con la ganancia de peso en la vida adulta. (1), (5), (7), (8), (9)

La Encuesta Nacional de Lactancia año 2000, en Chile destaca no sólo un menor riesgo de obesidad sino también de desnutrición entre los niños con LME en los primeros 6 meses de vida con los que recibieron lactancia mixta o artificial. (12)

La OMS en su Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia OMS/OPS 2014 destaca, en la primer línea de acción estratégica planteada, que la promoción de la lactancia materna puede reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad cerca de un 10%. (1)

Por todos los beneficios anteriormente mencionados y descriptos es que en las *Recomendaciones sobre lactancia materna...* se exhorta en que madre e hijo deben decidir hasta cuando mantener la lactancia. Dar el pecho más allá de los dos años de edad del lactante sigue siendo beneficioso para ambos. Cuando llegue el momento del destete, se realizará de forma progresiva y lenta, para evitar problemas tanto al bebé como a su madre. (10)

4.2b Beneficios de la Lactancia Materna para las mujeres que amamantan:

Desde una perspectiva de binomio madre-hijo, la lactancia materna incide en múltiples beneficios hacia la mujer que amamanta, tanto en aspectos meramente afectivos y emocionales como fisiológicos y preventivos.

Así en la *Norma Nacional de Lactancia Materna* se señala al acto de amamantar como una mejora en la autoestima de las mujeres, favoreciendo un equilibrio

emocional que juega a favor del autocuidado como mujer y del cuidado de su hijo. De la misma forma el Ministerio de Salud certifica que la intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. (1), (12)

Se plantean precisamente beneficios maternos, tanto a corto como a largo plazo.

Favorece la retracción del útero por estímulo de la oxitocina, que además de actuar sobre la eyección de leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo al tamaño previo, reduciendo así el riesgo de hemorragia postparto mediante la lactancia inmediata después del parto. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo. (1), (5), (12)

Igualmente la instalación de la lactancia genera la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitando la congestión de ellos y reduciendo los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras. De esta forma según la *Norma Nacional de Lactancia Materna* dar de amamantar, le permite a la mujer una recuperación del peso previo ya que permite que la mayoría de las madres pierdan progresivamente el excedente de peso producto del período de embarazo. (1), (12)

La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. Un estudio en la ciudad de Granada- España, año 2010 muestran la existencia de una correlación significativa entre el tiempo de lactancia materna y la edad de diagnóstico del cáncer de mama. En otras palabras, períodos prolongados de lactancia al pecho parecen ser la causa de una disminución del riesgo y la incidencia del cáncer de mama entre mujeres con descendencia y en modo especial entre aquellas con antecedentes familiares y personales de riesgo para cáncer. Este estudio también plantea la evidencia de que tanto el embarazo como la

lactancia actúan como procesos influyentes positivamente en la diferenciación del epitelio mamario, y en la reducción de los niveles de ciertas hormonas, como los estrógenos, cuyos efectos se relacionan con el cáncer de mama. También el MSP manifiesta la relación de la prevención de cáncer de mama relacionada con el acto de amamantar, haciendo mención que, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y mortalidad en nuestro país, por lo que no es menor darle esta mirada preventiva a la práctica de la lactancia. (1), (12), (13).

Se menciona también por Bove MI, D´ Olivera N beneficios específicos a largo plazo como disminución del riesgo de osteoporosis, de fractura de cadera postmenopáusica y de Diabetes tipo 2. (6)

Según el MSP las familias también se ven beneficiadas por la práctica de lactancia materna. Se ha comprobado que refuerza los lazos afectivos familiares y previene el maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo tiene un vínculo más sano y equilibrado y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato. (1) Si bien es válido señalar a la lactancia materna como un factor protector y estimulante sobre el vínculo madre-hijo, no necesariamente las madres que no den de amamantar a sus hijos, cualquiera sean los motivos, incurrirán en alguna forma de maltrato infantil, la lactancia como ya se mencionó es un factor influyente más, pero no absolutamente decisivo, ni necesariamente influyente.

La OMS manifiesta que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses ayuda a espaciar los embarazos, ya que tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia. Mientras que el MSP sugiere implementar la lactancia asociada al uso de anticonceptivos, facilitando el acceso a una anticoncepción eficaz en esta etapa de la vida. (1), (9)

4.2c Beneficios para las familias y la sociedad:

Si bien el amamantar, como acto en sí, vincula al binomio madre-hijo, debemos tener en cuenta que ese binomio está rodeado por un entorno familiar donde a la vez esa familia está inserta en una sociedad, y es hasta allí donde las repercusiones de la lactancia materna pueden tener alcance.

El MSP señala que la práctica del amamantamiento implica menor gasto en alimentación en el presupuesto familiar y en todos los gastos que implica la alimentación con preparados para lactantes. La lactancia promueve el desarrollo de niños más sanos y de mejor desarrollo vincular, sumado además en casos de madres que trabajan, que reduce las ausencias laborales por motivo de la enfermedad de los hijos. (1), (6), (12)

A su vez aclara que reduce los ingresos hospitalarios, reduciendo las hospitalizaciones por causas de infecciones más frecuentes ya mencionadas con anterioridad. El MSP sostiene que un aumento de 10 puntos porcentuales en la LME hasta los seis meses de edad o de la lactancia materna continua hasta 1 año o 2 años de edad, se traduciría en ahorros de atención de salud. Se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil, disminuyendo así también los costos en la salud. (1), (12)

El MSP asegura que la lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. (1), (12).

Si bien una adecuada lactancia materna puede aplazar muchos gastos económicos que puede generar un abandono de la misma o la no instalación de ésta, pareciera que tomado literalmente como se plantea, sería la lactancia el principal responsable de ahorrar enormes costos; cuando en realidad son muchos los factores que afectan y generan gastos económicos a las familias como también para la sociedad. La lactancia debe promoverse solo como un aporte protector más, desde muchos puntos de vista, pero no radicalmente decisivo.

4.2d Beneficios para el ambiente:

Desde una mirada ecológica y ambiental, son varios los autores que resaltan la importancia de la lactancia.

El MSP afirma que la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable, siendo sus ventajas más que significativas. (1), (12)

La serie sobre lactancia *The Lancet*, 2016 señala que la leche materna es un recurso inestimable para alcanzar la sostenibilidad mundial y las metas relacionadas con el cambio climático. Además describe y afirma que la leche materna es un “alimento natural y renovable”, ecológicamente racional, producido y entregado al consumidor sin contaminación y sin envase ni desechos innecesarios (8)

4.3 Contraindicaciones de Lactancia

Bove MI, D' Olivera N. en *Buenas prácticas de alimentación...* señalan las siguientes como indicaciones médicas aceptables para que un recién nacido reciba líquidos o alimentos adicionados, o en lugar de la leche materna. (6)

1. Niños con muy bajo peso al nacer: menor de 1.500 gr. o edad gestacional menor de 32 semanas. Aunque estos recién nacidos puedan requerir suplementos, las decisiones acerca de su alimentación se tomarán según el caso, en relación a los requerimientos nutricionales y capacidades funcionales particulares. La leche materna es recomendada en primer lugar pudiéndose si la madre autoriza, administrar leche de banco donde ésta esté disponible.
2. Niños con hipoglucemia potencialmente severa, no apta de tratamiento por incremento de lactancia materna.
3. Niños con deshidratación grave, u otras situaciones que excluyen el uso de la vía oral.
4. Niños con deficiencias metabólicas que contraindican la lactancia. La Galactosemia es de contraindicación absoluta. Fenilcetonuria es posible lactancia asociada a leche industrial sin fenilalanina controlando que los valores en sangre se mantengan entre 2 a 6 mg/dl. Enfermedad de la orina en jarabe de arce aquí también se puede asociar lactancia y leche industrial específica para esta metabolopatía. Deficiencia primaria congénita de lactasa, muy rara pero contraindica la lactancia.
5. Hijos de madre VIH positiva.
6. Niños cuyas madres padecen de enfermedad física o mental severa ej.: psicosis, eclampsia, que la incapacite para atender a su hijo

7. Niños cuyas madres deben recibir medicamentos incompatibles con la lactancia y no pueden ser remplazados por otros fármacos compatibles. Ej.: citostáticos, drogas radioactivas.

8. Niños cuya madre ha fallecido o han sido abandonados.

9. Hijos de madres que han adoptado la decisión de no amamantar.

10. Hijos de madres con consumo problemático de sustancias.

11. Niños con escaso aumento ponderal en el cual se han realizado todas las medidas para aumentar la producción láctea, adecuar la técnica de lactancia y se han descartado otras causas de escaso aumento ponderal.

De las anteriores indicaciones de contraindicación de lactancia materna, se puede poner en discusión los puntos 8 y 9, replanteándolos como situaciones especiales debido a circunstancias excepcionales o meramente por decisión propia. Ya que no estaría del todo correcto contemplarlos bajo la titulación de contraindicación de lactancia.

INFECCIONES MATERNAS DURANTE LA LACTANCIA (6)

- Citomegalovirus no contraindica la lactancia
- Toxoplasmosis no contraindica la lactancia
- Herpes en ausencia de lesiones mamarias no contraindica la lactancia. Generalmente la lesión es unilateral por lo cual se suprime la lactancia del lado afectado (se extrae la leche y se descarta) manteniendo la contralateral.
- Varicela no contraindica lactancia si se manifiesta:
 - 3 semanas hasta 5 días antes del parto porque permite la producción de anticuerpos y la transferencia transplacentaria hacia al feto por lo cual si tiene la enfermedad será leve.

Si se manifiesta 5 días antes del parto o 2 después no hay formación de anticuerpos por lo cual si el recién nacido adquiere la enfermedad es grave. Debe indicarse el aislamiento de la madre si el bebé no tiene vesículas al nacer. En cuanto a la lactancia, si está aislado de su madre puede recibir leche ordeñada si la madre no tiene lesiones en las mamas y realiza la extracción con tapabocas.

- Parotiditis no contraindica la lactancia
- Hepatitis A no contraindica la lactancia (el lactante debe recibir Ig y vacuna simultáneamente)
- Hepatitis B no contraindica la lactancia (el lactante debe recibir Ig y vacuna simultáneamente)
- Hepatitis C no contraindica la lactancia (CDC)
- Sífilis no contraindica la lactancia

4.4 SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

4.4a NACIONAL

Desde una mirada en perspectiva, los avances en relación a la práctica de la lactancia materna en Uruguay son significativos, pero aún resta un desafiante camino por recorrer en los aspectos relacionados con la protección de los derechos del niño a una alimentación y nutrición adecuada, saludable y segura desde su nacimiento y durante los primeros años de vida. (1)

En una mirada retrospectiva, en un período de quince años desde 1996 a 2011, fecha en que se realizó la última encuesta sobre prácticas de lactancia disponible en nuestro país, la evolución de la tasa de lactancia materna exclusiva al primer y sexto mes de vida del niño, muestra un aumento significativo. La tasa de lactancia exclusiva en los menores de seis meses se incrementó en 27,3 puntos porcentuales respecto a 1996 y en ocho puntos porcentuales respecto de 2007. Para el año 2011, el inicio de la lactancia resultó casi universal. (14)

El 85 % de las niñas y los niños recibió leche materna como primer alimento, pero de cualquier manera casi el 15% tomó otras leches diferentes a la de su madre y el 40% no fue amamantado dentro de la primera hora después del parto. (14)

Los lactantes que presentaron más riesgo de no ser alimentados de forma exclusiva con leche materna desde el nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, fueron aquellos nacidos con bajo peso (menor de 2500 gramos), los que fueron colocados al pecho de su madre más allá de la primera hora de nacidos, los hijos de madres adelgazadas, los hijos de madres fumadoras, los hijos de madres que trabajaban habitualmente 7 o más

horas por día y los hijos de madres provenientes de hogares con mayor ingreso económico. (14)

La lactancia materna continúa en un 45% de los casos al finalizar el primer año de vida, y un 27% de niños mantiene la lactancia hasta los 2 años. (14)

El destete en Uruguay ha sido investigado en varias oportunidades y es importante destacar los motivos del mismo, ya que resulta un aspecto fundamental a la hora de trazar acciones para proteger la práctica de la lactancia materna. (1)

En este sentido, se observó que el principal motivo relatado por las madres para abandonar la lactancia antes de los 6 meses de vida del niño, fue la cantidad insuficiente de leche percibida por las madres (53%). En el año 1999 el 7,4% de las madres abandonaban la lactancia antes de los 6 meses por considerar que la calidad de la leche era inadecuada, para el año 2011 esta cifra descendió a 1,7%. (14)

Otros motivos de destete en Uruguay fueron el trabajo materno (11%), que el bebé “no succionaba” (11,4%), enfermedad materna (6,1%), destete natural (3,8%), pezones umbilicados, agrietados y doloridos (3%), enfermedad del niño (2,7%), decisión materna (1,8%), no haber tenido contacto con la madre biológica (1,7%), indicación médica (1,1).

Entre otros motivos se refieren: nuevo embarazo, toma de anticonceptivos y consejo de la familia o vecinos. (14)

Uruguay ha mejorado significativamente desde la primera encuesta sobre lactancia realizada en el año 1996, donde la tasa de lactancia materna exclusiva al 6° mes de vida era del 8,4%, pasando a ser del 28,4% en 2007 y del 35,7% en el 2011.(1)

4.4b INTERNACIONAL

A nivel mundial, la OMS ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros (5)

La serie sobre lactancia materna de *The Lancet*, 2016 muestra que la misma contribuye a un mundo más saludable, más educado y equitativo, y más sostenible desde el punto de vista ambiental; no obstante, en la sociedad se continúa cuestionando la importancia de amamantar. Se incita a las mujeres a usar sustitutos de la leche materna y ellas dudan de su propia capacidad de amamantar. Ellas, sus familias y los profesionales de la salud no están plenamente convencidos de los beneficios de amamantar; la lactancia materna en público puede causar vergüenza, e incluso, ha sido prohibida, mientras que la alimentación con biberón provoca pocas reacciones; el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna no se legisla, vigila y aplica en todos los países, mientras que la industria se esfuerza por eludir el Código para proteger las ventas. (8)

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría asegura que a la hora de evaluar qué medidas de promoción y apoyo a la lactancia materna (LM) son necesarias, resulta fundamental conocer la prevalencia, duración y características de la LM en cada país, emitiendo los siguientes datos. (15)

Inicio lactancia materna en la primera hora de vida: (15)

El análisis de los datos disponibles muestran que, globalmente, menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida. El porcentaje varía desde el 40% en África central, Oeste de África y Sur de Asia, hasta el 60% en el Este y Sur de África. En los países

de mayores ingresos no se disponen de datos oficiales al respecto, por lo que desconocemos cómo de implantada está esta recomendación.

Lactancia materna exclusiva 0-5 meses: (15)

La situación mundial refleja que se produce a lo largo de los primeros meses de vida un descenso progresivo.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF indican que, globalmente, sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30%.

Así, en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LME.

En Estados Unidos, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LME se reducía hasta el 16%.

En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005 los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses).

Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia o Irlanda con niveles del 63 y 44%.

Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LME a los 6 meses.

En aquellos países en los que se dispone de datos evolutivos, se observa que las tasas de LME a los 6 meses, entre los años 1995 y 2015, se incrementaron a nivel global pasando del 24.9% al 43%.

El aumento fue más importante en el África Subsahariana, donde se pasó del 28% al 42%, y en el Sur de Asia donde se aumentó del 36 al 64%.

En las zonas de Europa, con datos disponibles únicamente hasta el 2008, también hubo un aumento, pero sólo del 19% al 27%.

5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Diversos estudios han analizado la práctica de lactancia materna exclusiva (LME), su incidencia y/o abandono y su relación con diferentes factores asociados.

Para citar algunos ejemplos:

En Uruguay:

Dras. Gómez P., Bonino A., Stewart J., Lics. Ricceto C., Tejera V. “Perfil de la lactancia materna en la población del Hospital Británico” Archivos de Pediatría del Uruguay 2008; 79 (1) p.p. 15-20. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron todos los neonatos de término que nacieron en la maternidad y que al mes de junio 2006 cumplieron uno, tres y seis meses de vida. El total de la población analizada fue de 265 recién nacidos. La práctica de lactancia materna exclusiva en función de la edad fue, en el grupo de un mes de 58,2%, en el de tres meses de 49%, y en el de seis meses de 4,7%. Los resultados recabados permiten comunicar una menor prevalencia de lactancia materna exclusiva, con respecto a la 3a. Encuesta Nacional de Lactancia Materna realizada en el año 2003. Las prácticas en el alojamiento madre-hijo no ofician como protectoras de la lactancia materna

En resto de países:

Valenzuela. J, Martínez. E, Sotelo. I. “Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva” Pediatría de México Vol. 13 Núm. 2 – 2011. Dicha investigación realizó encuestas a 322 madres de niños de 6 meses de edad, resultando que la prevalencia de abandono de lactancia materna fue mayor (61%) en relación a la Encuesta Nacional, 2003 (30.5%). Los principales motivos fueron por causas del lactante (requerimientos no satisfechos del lactante) y maternos (término de la incapacidad por maternidad).

Pino. J, López. M, Medel. A, Ortega. A. “Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile” Revista Chile Nutrición Vol. 40, Nº1, Marzo 2013. Dicho estudio pretende determinar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en un centro de salud rural. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y de cohorte retrospectivo; se incluyeron en este estudio a 81 madres de hijos/as en edades entre 6 y 11 meses de edad, y se aplicó un instrumento formado por 11 preguntas cerradas y semi-estructuradas. Resultados: Se encontró un 56,8% de destete precoz, siendo las razones más relevantes: hipogalactia (45,7%), indicación médica y enfermedad de la madre (15,2%), y motivos laborales (13%). La edad de las madres se correlacionó con el destete precoz ($p=0,046$). Conclusiones: Las madres menores de 26 años proporcionaron por menos tiempo lactancia materna exclusiva a sus hijos.

Laghi. R, Yaipen. A, Risco. D, Pereyra. E. “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013” ARCHIVOS DE MEDICINA, Septiembre 2015. Perú. Dicho estudio transversal analítico evaluó mediante encuestas a 109 madres de lactantes de 6 a 24 meses, arrojando los siguientes resultados: la frecuencia de abandono de LME en la muestra evaluada fue de 70%. La primiparidad, los problemas con el pezón y el percibir que su hijo se encuentra insatisfecho con la LME fueron factores asociados.

6. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y su relación con edad materna, paridad y vía de finalización del embarazo en lactantes nacidos desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre del año 2016 en el Hospital de Young.

Objetivos específicos:

- Establecer la edad de abandono de lactancia materna exclusiva en lactantes dentro de los primeros 6 meses de vida.
- Analizar la edad materna en relación con el abandono de lactancia exclusiva en lactantes.
- Relacionar paridad materna con el abandono de lactancia materna exclusiva en lactantes dentro de los primeros 6 meses de vida
- Determinar vía de finalización de parto en mujeres con abandono de lactancia materna exclusiva de lactantes dentro de los primeros 6 meses de vida.

7. METODOLOGIA

DISEÑO:

Lugar de estudio:

Institución: Centro de Salud Young

Ciudad: Young

Departamento: Rio Negro

País: Uruguay

Tipo y enfoque de la investigación: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo

Periodo: desde 1° enero del 2016 al 30 de junio del 2017

Universo: Todos los niños nacidos en el Hospital de Young en el año 2016 con cobertura ASSE que se controlaron en el Centro de Salud de Young hasta el 30 junio del 2017.

Muestra: todos los niños nacidos de término que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad.

Criterios de Exclusión: pre términos, recién nacidos referidos a centros de tercer nivel de atención, hijos de madres HIV positiva.

Variables:

- Edad del lactante al momento de abandono de lactancia materna exclusiva
- Edad materna
- Paridad materna
- Vía de finalización del embarazo

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Concepto variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores variable empírica
Edad del lactante	Edad en meses al momento del destete del niño/a	< 1 mes 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	0 - 29 días 30 - 59 días 60 – 89 días 90 – 119 días 120 – 149 días 150 – 179 días
Edad materna	Edad de la madre al momento del nacimiento.	Adolescente Adulta Añosa	14 – 19 años 20 - 34 años ≥ 35 años
Paridad materna	Numero de gestas de la mujer.	Primigesta Multigesta Multípara	1 gesta 2 - 3 gestas ≥ 4 gestas
Vía de finalización del embarazo	Modalidad por la cual finaliza el embarazo >20 semanas	Vaginal(espontaneo) Operatorio (cesárea) Instrumental(fórceps)	si – no si – no si – no

Método: Los datos se obtuvieron mediante la búsqueda en historias clínicas de niños lactantes nacidos en el transcurso de todo el año 2016 que se controlaron en el Centro de Salud de Young hasta el 30 de junio del 2017.

Fuente secundaria de datos: La Recolección de datos se realizó del libro de partos, de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) registradas en el Sistema Informático Perinatal (SIP) y de las historias clínicas de niños.

Instrumentos: Planilla de recolección de datos. Se adjunta en anexo.

Consideraciones éticas: Se elaboró un protocolo de proyecto de investigación con respectivos consentimientos libre informados y respectivos formularios; los cuales fueron presentados y aprobados por el Comité de Ética de Facultad de Medicina. Se adjunta en anexo.

La técnica a emplear fue de análisis de documentos (historias clínicas) de niños de los cuales se obtuvo consentimiento libre informado (ver anexo) para la participación de dicha investigación, que cumplen con los criterios de inclusión para la muestra anteriormente descritas y los datos recolectados son: edad del lactante al momento de abandono de lactancia materna exclusiva, edad materna, paridad materna y vía de finalización del embarazo.

Como dato extra se extrajo también en caso de abandono de LME antes del mes: edad en días en el cual ocurrió el destete; y tipo de alimentación implementada luego del abandono de LME antes de los 6 meses de edad.

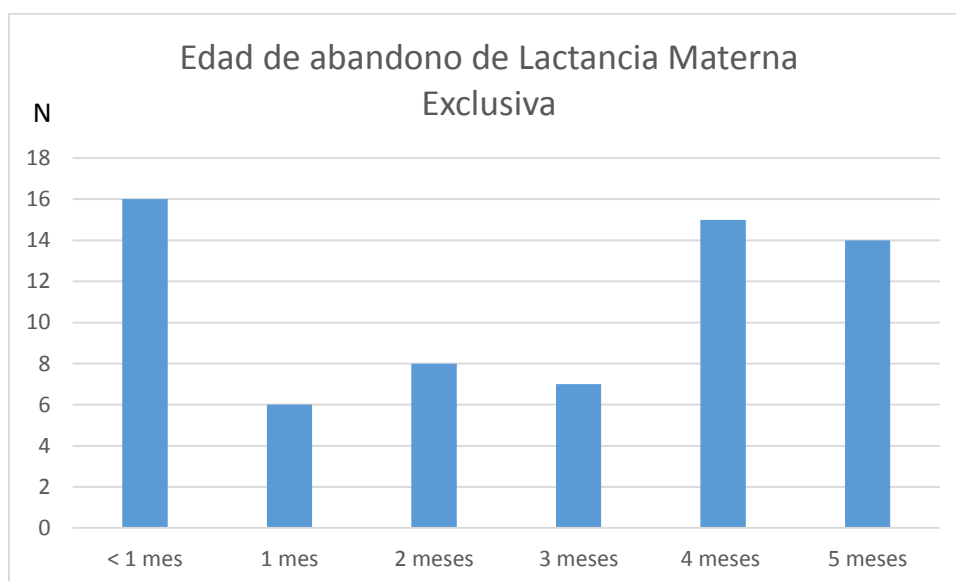
Para la realización del análisis de la investigación se elaboró una matriz para la sistematización y construcción de variables.

8. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Tabla 1: Edad en meses del lactante que abandono la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad.

	EDAD DEL LACTANTE EN MESES AL MOMENTO DE ABANDONO DE LME					
	< 1 MES	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES
N	16	6	8	7	15	14
Porcentaje	24.24%	9,09%	12,12%	10,60%	22,72%	21,21%

Gráfico 1:

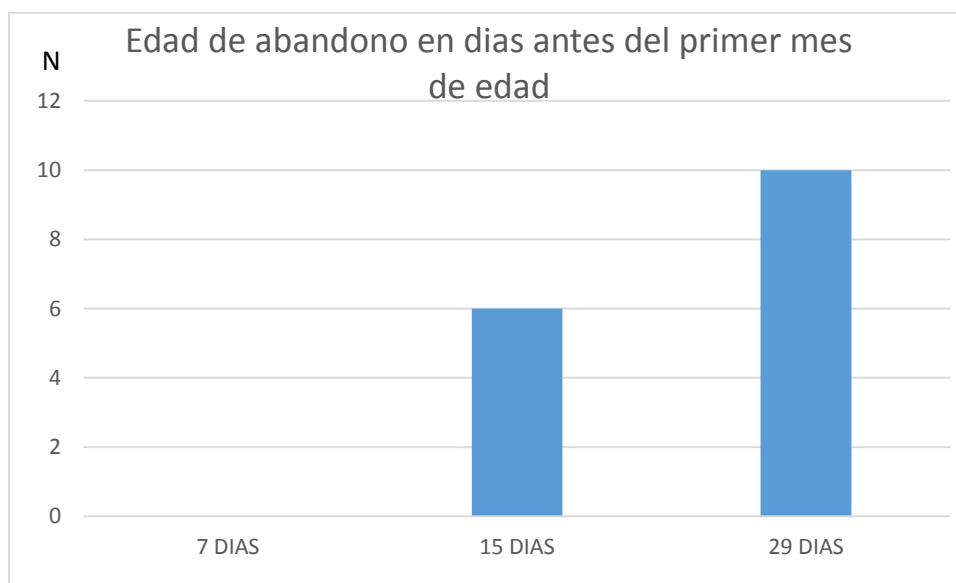


La mayor prevalencia de edad de abandono de lactancia materna exclusiva se dio en lactantes con menos de un mes de edad, representando un 24,24% de la muestra (n=16). Seguido de un 22,72% (n=15) que abandono a los cuatro meses de edad y un 21,21% (n=14) que abandono a los 5 meses de edad. La menor prevalencia de abandono se dio al primer (9,09) (n=6), tercer (10,60%) (n=7) y segundo (12,12 %) (n=8) mes de edad respectivamente.

Tabla 1.1: Edad de abandono en días antes del primer mes de edad

EDAD EN DIAS DE ABANDONO DE LME ANTES DEL PRIMER MES			
	7 DIAS	15 DIAS	29 DIAS
N	0	6	10
Porcentaje	0%	37,50%	62,50%

Gráfico 1.1:

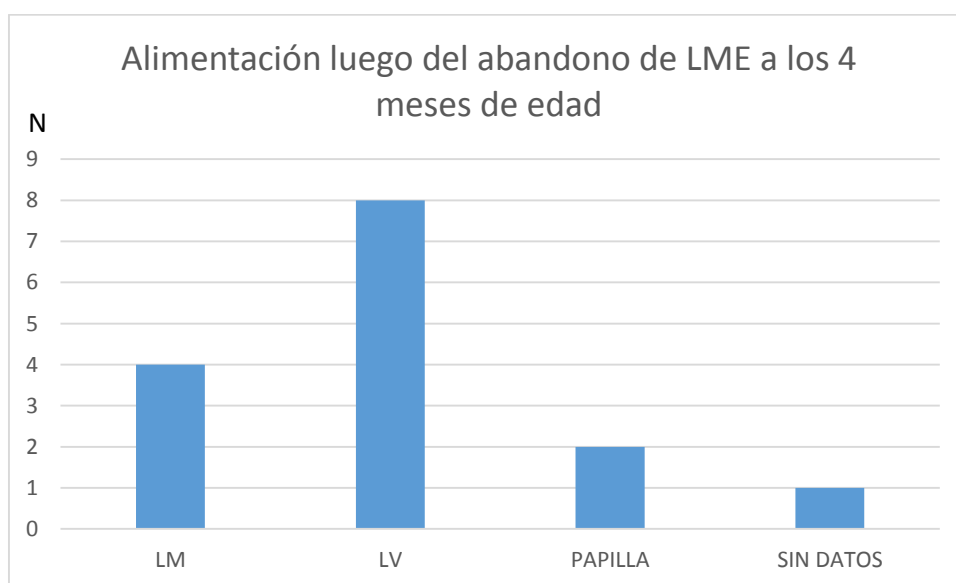


Antes del primer mes de edad la prevalencia de abandono se da a los 29 días, representando el 62,50% (n=10); a los 15 días de vida se registra un 37,50% de abandono (n=6) mientras que a los 7 días de edad no se registra ningún caso para la muestra.

Tabla 1.2: Tipo de alimentación implementada luego del abandono de LME a los 4 meses de edad

ALIMENTACION LUEGO DEL ABANDONO DE LME A LOS 4 MESES DE EDAD				
	LECHE MATERNIZADA (LM)	LECHE VACA	PAPILLA	SIN DATOS
N	4	8	2	1
Porcentaje	26,66%	53,33%	13,33%	6,66%

Gráfico 1.2:

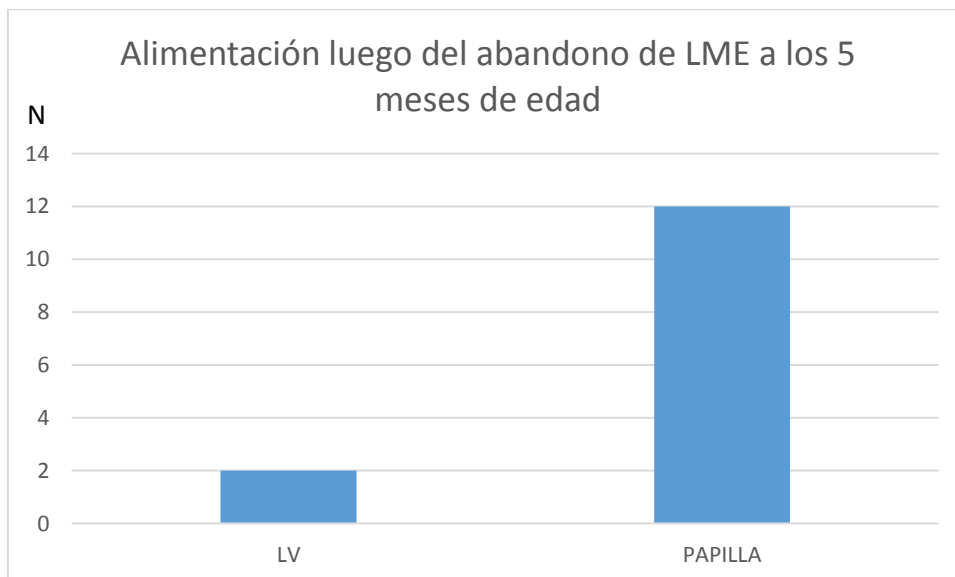


La mayoría de los lactantes luego del abandono de LME a los 4 meses de vida implementaron como alimentación ingesta de leche de vaca, representando el 53,33% (n=8). Mientras que el 26,66% (n=4) implemento ingesta de leche maternizada (complemento para lactantes). Solo el 13,33% (n=2) implemento ingesta de papilla y un 6,66% (n=1) no contamos con datos.

Tabla 1.3: Tipo de alimentación implementada luego del abandono de LME a los 5 meses de edad

ALIMENTACION LUEGO DEL ABANDONO DE LME A LOS 5 MESES DE EDAD		
	LECHE VACA	PAPILLA
N	2	12
Porcentaje	14,28%	85,71%

Gráfico 1.3:

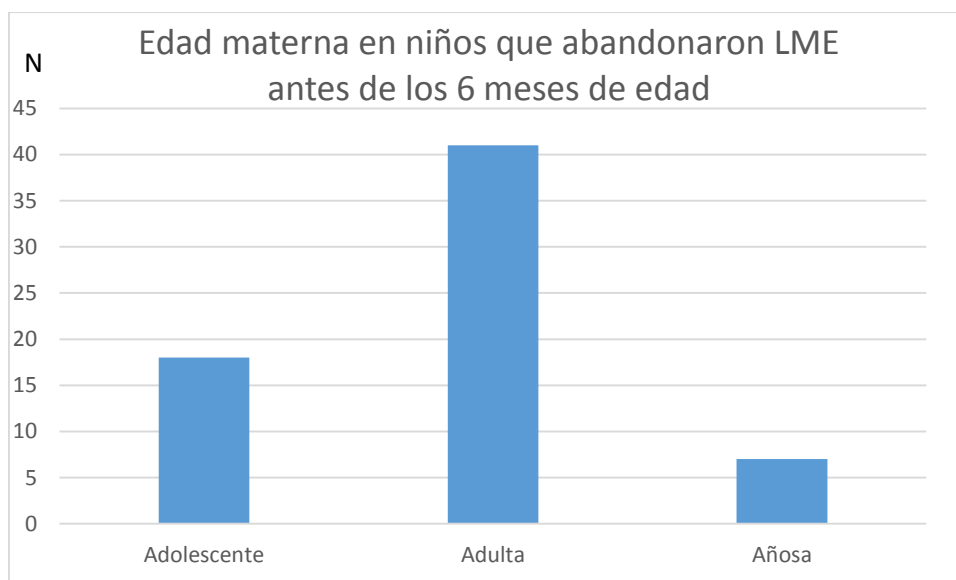


La mayoría de los lactantes que abandonaron la LME a los 5 meses de vida implementaron como alimentación ingesta de papillas, representando el 85,71% (n=12) mientras que el 14,28% (n=2) de los lactantes implemento leche de vaca. Esta correlación de abandono de LME por ingesta de papilla puede interpretarse como una anticipación de alimentación complementaria oportuna que se recomienda a los 6 meses de edad.

Tabla 2: Edad materna en niños que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad.

	EDAD MATERNA		
	ADOLESCENTE	ADULTA	AÑOSA
N	18	41	7
Porcentaje	27,27%	62,12%	10,60%

Gráfico 2:

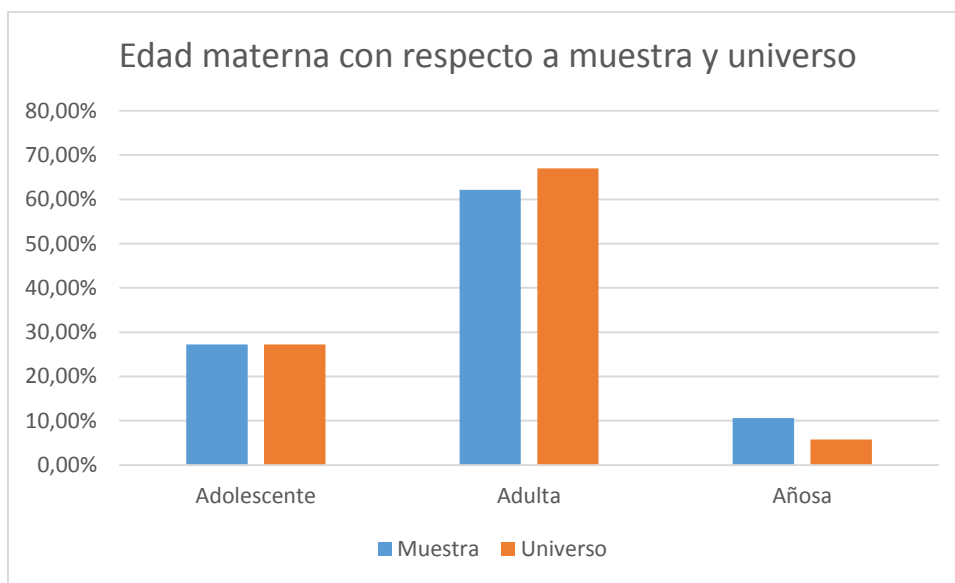


La mayoría de las madres de niños que abandonaron la LME antes de los 6 meses de edad son madres adultas que representan el 62,12% (n=41) de la muestra, mientras que un 27,27% (n=18) son madres adolescentes y un 10,60% (n=7) son madres añosas.

Tabla 2.1: Edad materna en muestra y universo

EDAD MATERNA	MUESTRA (%)	UNIVERSO (%)
ADOLESCENTE	27,27%	27,22%
ADULTA	62,12%	67,01%
AÑOSA	10,60%	5,75%

Gráfico 2.1:

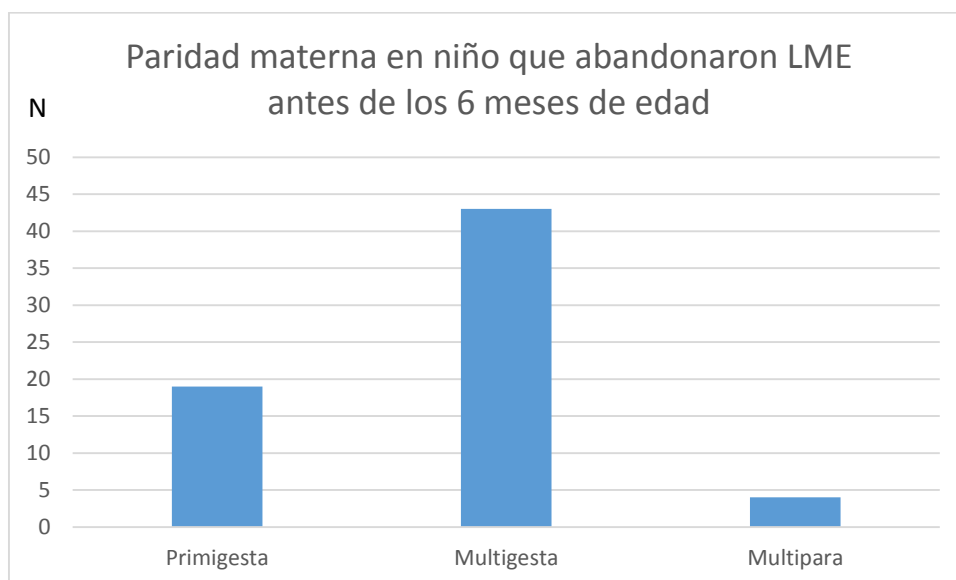


La tendencia que se dio de mayoría de madres adultas en muestra, seguido de madres adolescentes y luego de madres añosas (grafico 2), vuelve a reiterarse en comparación con el universo por lo cual no es significativo de que se da mayor abandono de LME antes de los 6 meses de edad en madres adultas.

Tabla 3: Paridad materna en niños que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad.

	PARIDAD MATERNA		
	PRIMIGESTA	MULTIGESTA	MULTIPARA
N	19	43	4
Porcentaje	28,78%	65,15%	6,06%

Gráfico 3:

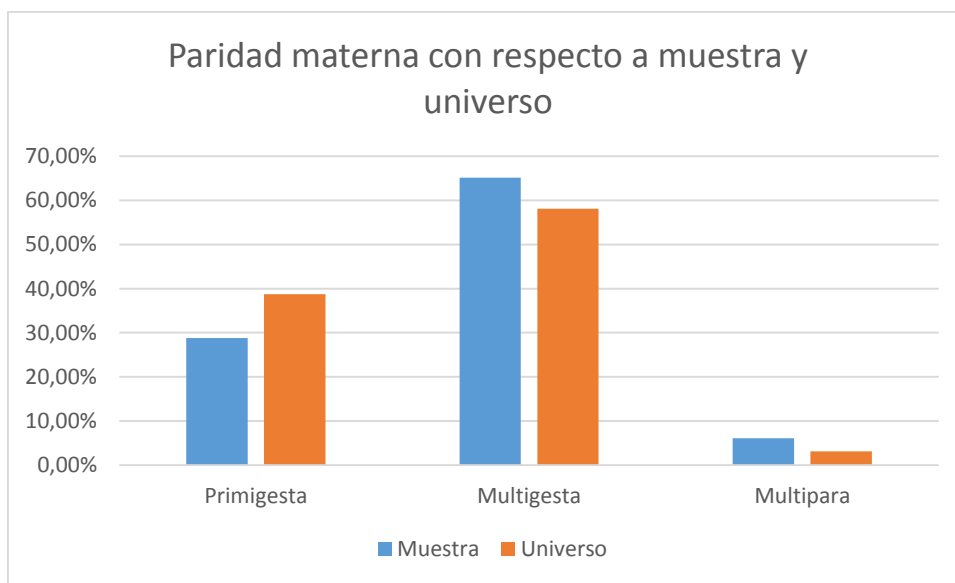


La mayoría de las madres de niños que abandonaron la LME antes de los 6 meses de edad son madres multigestas que representan el 65,15% (n=43) de la muestra, mientras que un 28,78% (n=19) son madres primigestas y un 6,06% (n=4) son madres multiparas.

Tabla 3.1: Paridad materna en muestra y universo

PARIDAD MATERNA	MUESTRA (%)	UNIVERSO (%)
PRIMIGESTA	28,78%	38,74%
MULTIGESTA	65,15%	58,11%
MULTIPARA	6,06%	3,14%

Gráfico 3.1:

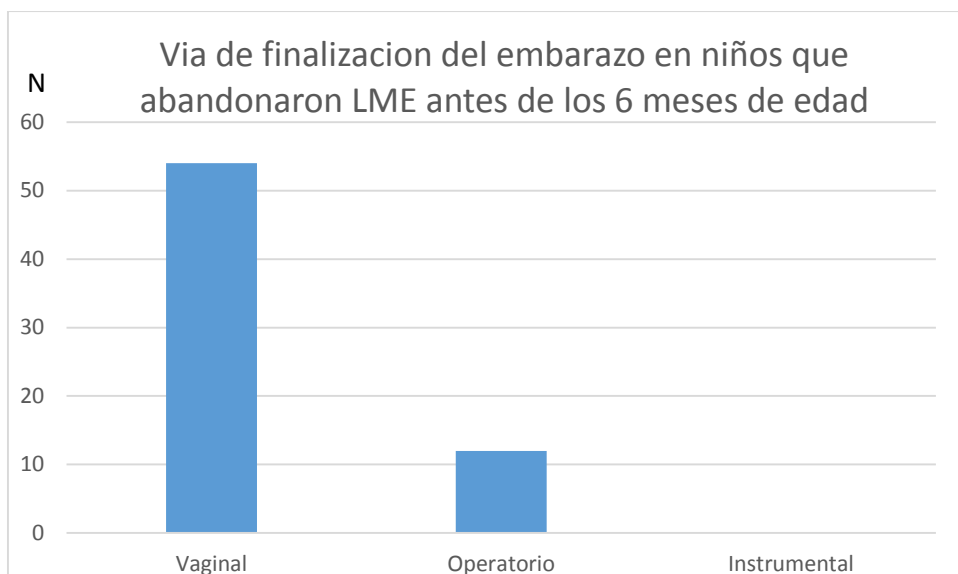


La prevalencia que se dio de mayoría de madres multigestas en muestra, seguido de madres primigestas y luego de madres multiparas (grafico 3), vuelve a reiterarse en comparación con el universo por lo cual no es significativo de que se da mayor abandono de LME antes de los 6 meses de edad en madres multigestas.

Tabla 4: Vía de finalización del embarazo en niños que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad.

	VIA FINALIZACION DEL EMBARAZO		
	PARTO VAGINAL	PARTO OPERATORIO	PARTO INSTRUMENTAL
N	54	12	0
Porcentaje	82%	18%	0%

Gráfico 4:

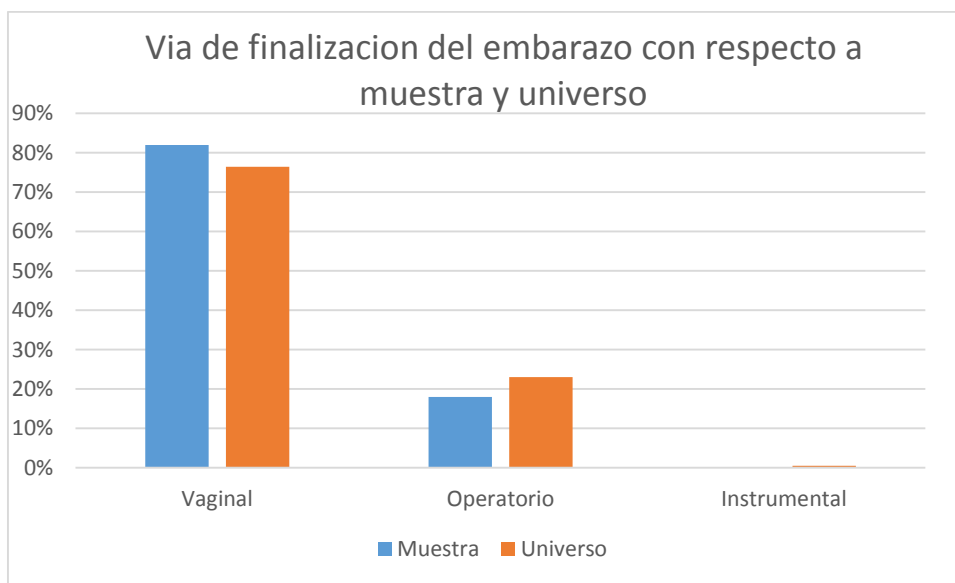


La prevalencia de vía de finalización del embarazo en niños que abandonaron la LME antes de los 6 meses de edad fue de parto vaginal que representa el 82% (n=54) de la muestra, mientras que un 18% (n=12) fueron partos operatorios (cesárea) y no se registraron partos instrumentales (fórceps) para la muestra.

Tabla 4.1: Vía de finalización del embarazo en muestra y universo

VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO	MUESTRA (%)	UNIVERSO (%)
PARTO VAGINAL	82%	76,43%
PARTO OPERATORIO	18%	23,03%
PARTO INSTRUMENTAL	0%	0,52%

Gráfico 4.1:



La prevalencia que se dio de mayoría de parto vaginal en muestra, seguido de partos operatorios y sin registro de parto instrumental (grafico 4), vuelve a reiterarse en comparación con el universo por lo cual no es significativo de que se da mayor abandono de LME antes de los 6 meses de edad en lactantes donde la vía de finalización del embarazo fue parto vaginal.

9. RESULTADOS

La Maternidad del Hospital de Young tiene la característica de ser de asistencia pública-privada, gracias a un convenio existente entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y de la mutualista local Cooperativa de Asistencia Medica de Young (CAMY). En el año 2016 hubo 294 nacimientos de los cuales 229 fueron por cobertura ASSE y 65 por cobertura CAMY.

Se identificó a los 229 nacimientos por cobertura ASSE y se tomó contacto telefónico para la obtención de consentimiento libre e informado para la participación de dicha investigación. Se obtuvo 191 aprobaciones de participación en donde se completó los formularios correspondientes de consentimiento informado, mientras que en 38 casos no se obtuvieron tales consentimientos por diferentes motivos.

Por lo tanto el universo quedo constituido por 191 niños que nacieron en el año 2016 en el Hospital de Young con cobertura ASSE, que se controlaron hasta los 6 meses de edad en el Centro de Salud de Young y de los cuales se obtuvo la aprobación de participación para dicha investigación.

La muestra quedo constituida por 66 lactantes (34,55%) que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el presente trabajo de investigación. Los 125 lactantes restantes del universo quedaron excluidos de la muestra; los motivos fueron continuar con LME hasta los 6 meses de edad (115 lactantes) y falta de registro en la historia clínica de los datos de interés para la participación (10 lactantes).

Al realizar el análisis e interpretación de los datos se evidencio que la mayor prevalencia de edad de abandono de lactancia materna exclusiva se dio en lactantes con menos de un mes de vida, representando un 24,24% de la muestra. Seguido de un 22,72% que abandono a los cuatro meses de edad y un 21,21% que abandono a los 5 meses de edad.

Con respecto a los factores maternos asociados se evidencio en niños que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad mayor prevalencia de madres

adultas, de paridad multigesta y con vía de finalización del embarazo por parto vaginal.

10. CONCLUSIONES

Como ya se mencionó; Uruguay ha mejorado significativamente desde la primera encuesta sobre lactancia realizada en el año 1996, donde la tasa de lactancia materna exclusiva al 6° mes de vida era del 8,4%, pasando a ser del 28,4% en 2007 y del 35,7% en el 2011, según datos extraídos de Norma Nacional de Lactancia Materna, 2015.

En esta investigación se puede concluir que hubo un 60,20% (n=115) de lactancia materna exclusiva al 6° mes de edad lo que implica una diferencia respecto a las últimas cifras registradas a nivel nacional, con la consideración que éstas son cifras que incluyen una sola ciudad del interior del país.

Por lo tanto, un 34,55% (n=66) abandono la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de edad. La mayor prevalencia de edad de abandono se dio en lactantes con menos de un mes de edad, cuya edad de prevalencia de abandono se da a los 29 días.

Se concluye también que la mayoría de los lactantes luego del abandono de LME a los 4 meses de vida implementan como alimentación leche de vaca, representando el 53,33% y los lactantes que abandonaron la LME a los 5 meses de vida implementaron como alimentación papillas, representando el 85,71%. Ambos tipos de alimentación implementadas se pueden interpretar la primera como un punto débil a reforzar; como la importancia y beneficios de la LME y enfatizar en la no sustitución de la misma por otros derivados lácteos provenientes de animales; y la segunda se podría poner en discusión por emergentes nuevas recomendaciones de inicio de alimentación oportuna complementaria a los 5 meses de edad.

Con respecto a los factores maternos asociados se evidencio en niños que abandonaron LME antes de los 6 meses de edad mayor prevalencia de madres adultas (20-34 años), de paridad multigesta y con vía de finalización del embarazo por parto vaginal. Sin embargo ninguno de estos tres factores cuenta con real relevancia al compararlo con el universo ya que se corresponden en número de dimensiones, perdiendo real significado.

No se demostró relevancia de relacionamiento de factores maternos asociados de; edad, paridad y vía de finalización del embarazo al abandono de LME, por lo cual estos no deben ser tomados como parámetros objetivos influyentes en el éxito o no de la lactancia materna.

Por lo tanto podemos concluir que el momento de mayor susceptibilidad al abandono de LME se dio antes del primer mes de edad, y es en ese período donde se deben reforzar las medidas de estimulación y apoyo a la lactancia. Desde nuestro perfil como Obstetras – Parteras y profesionales de la salud debemos reforzar el acompañamiento dentro de este primer mes de vida que es donde se da el inicio de lactancia, durante la internación post nacimiento en salas de puerperio, consulta en policlínica periférica por control puerperal a los 10 días aproximadamente y/o generando instancias de encuentros en situaciones donde ameriten un seguimiento más cercano intentando lograr un apoyo sostenido a las mujeres que amamantan.

Si bien no se demostró la influencia de factores maternos planteados en dicha investigación al abandono de LME podríamos plantearnos; en el contexto del destete dentro del primer mes de vida; otros factores como las técnicas de amamantamiento, el apoyo y su entorno familiar, laboral y social, entre otros. Cualquiera de estas presuntas causas, pueden ser evitadas, con adecuada y oportuna intervención en base al conocimiento del manejo de la información y capacitación por parte del equipo de salud, relacionado con el manejo clínico de la lactancia materna en maternidades y consultorios.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) MSP (2015) *Norma Nacional de Lactancia*. Montevideo, Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 10/07/18 desde: <file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/2%20nacional%20-Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna%20msp%20posta.pdf>

(2) MSP (2014) *Guía de alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses*. Montevideo, Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 10/07/18 desde: <file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/ORIGINAL Interior Gui%C3%8C a%20alimentacio%C3%8C n%20complementari.pdf>

(9) Organización Mundial de la Salud [OMS] (16/02/2018) *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 15/07/18 desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

(3) Organización Mundial de la Salud [OMS] (1/05/2001) *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra. 54ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado el 15/07/2018 desde: <file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/SI%20oms%20estrategia%20del%20alimdel%20lactante.pdf>

(4) OMS, UNICEF (s.f.) *Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEPED, OMS y UNICEF*. Recuperado el 16/07/18 desde: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/lactancia/recomendaciones-del-comite-de-lactancia-de-la-aeped-oms-unicef>

(8) La lactancia materna... (s.f.) *La Lactancia Materna en el Siglo XXI*. Resumen ejecutivo de la Serie Sobre Lactancia The Lancet 2016. Recuperado el 15/07/18 desde:

<file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>

(7) OMS (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington DC; OPS. Recuperado el 16/07/18 desde:

<file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/Modelo%20para%20libros%20de%20texto%20dirigidos%20a%20estudiantes%20de%20medicina%20y%20otras%20ciencias%20de%20la%20salud.%20In%20La%20alimentaci%C3%B3n%20del%20lactante%20y%20del%20ni%C3%B1o%20peque%C3%B1o.%20Washington%20DC%3B%202010..pdf>

(6) Bove MI, D'Oliveira N. (s.f.) *Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño/a en maternidades y consultorios*. Montevideo. Recuperado el 16/07/2018 desde <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Buenas-Pr%C3%A1cticas-Alimenticias-Lactantes.pdf>

(7) Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (s.f.). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. UNICEF Recuperado el 16/07/18 desde:

https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html?p=printme

(11) MSP (2015). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Ministerio de Salud. Recuperado el 16/07/18 desde:

[file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/ObjetivosSanitarios_web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Desktop/Bibliografia%20tesis/ObjetivosSanitarios_web%20(1).pdf)

(12) Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo (2010). *Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. Recuperado el 17/07/2018 desde: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

(10) Martín, J. (2012) *Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Recuperado el 20/07/18 desde: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>

(14) MSP, MIDES, RUANDI, UNICEF (2011) *Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas alimentarias y anemia*. Montevideo. Recuperado el 20/07/18 desde: http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=88

(15) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2016) *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Recuperado el 20/02/2018 desde: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

(13) Aguilar M.^a J., González E., Álvarez J., Padilla C. A., Mur N., García P. A. & Valenza M.^a C. (2010) *Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama*. (Trabajo de grado. Granada, España) Nutr. Hosp. vol.25 no.6 Madrid nov./dic. 2010. Recuperado el 15/02/2019 desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600010

12. APENDICES/ ANEXOS

Planilla de recolección de datos

N°	Nombre madre	Tel contacto	Consentimiento (si - no)	C.I. niño/a	Edad materna	Paridad materna	Vía finalización embarazo	LME (edad lactante)	Edad en días (<1mes)	Tipo alimentación



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA — FACULTAD DE MEDICINA

Montevideo, 27 de setiembre de 2018.-

A: CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA

DE: COMITÉ DE ÉTICA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ASUNTO: Expediente N° 070153-000219-18

El Comité de Ética para proyectos de investigación aprueba el proyecto titulado *"Abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y relación con factores maternos asociados en lactantes nacidos desde enero a diciembre del 2016 en el Hospital de Young"*, versión 3 del protocolo que luce de fojas 40 a 52, y la versión 3 de la fecha 10 de setiembre de 2018 del Consentimiento Informado que luce de fojas 37 a 39. Cuya responsable es la Br. Daniela Furtado.

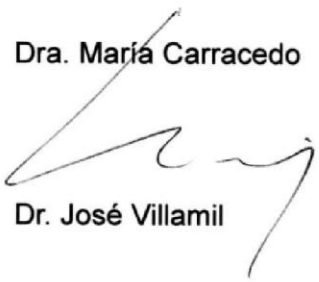
La investigadora responsable deberá presentar un informe de avance anual y uno final al culminar el proyecto.


Dra. Delia Sánchez
Presidente del Comité de Ética

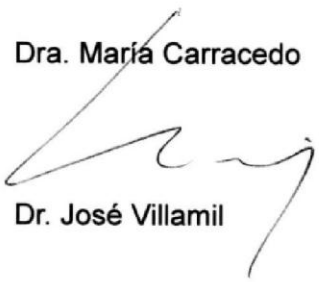

Dr. Eduardo Migliaro


Dra. Laura Castro

Dr. Carlos Zunino


Dra. María Carracedo


Ing. Rafael Alonso


Dr. José Villamil

**Formulario de Consentimiento Informado Proyecto de
“Abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6
meses de vida y relación con factores maternos asociados en
lactantes nacidos desde enero a diciembre del 2016 en el
Hospital de Young”**

Esta investigación correspondiente al trabajo final de grado se encuentra enmarcada en la Universidad de la República-Facultad de Medicina- Escuela de Parteras.

En esta investigación nos planteamos determinar la edad de abandono de lactancia materna exclusiva en niños y relación con factores asociados.

Dicha investigación estará enmarcada dentro del Centro de Salud de Young y se tomará como participantes del estudio todos los niños nacidos en el año 2016 en el Hospital de Young que se controlaron en dicho Centro de Salud los primeros 6 meses de edad y que abandonaron la lactancia materna exclusiva. Los datos de interés serán edad de abandono de lactancia, edad materna, paridad materna y vía de finalización del embarazo y se obtendrán mediante la revisión de historias clínicas de dichos niños previa obtención de consentimiento informado.

Se tomará contacto con madre/padre y/o tutor de todos los niños nacidos en el año 2016 en el Hospital de Young que se controlaron en el Centro de Salud. La comunicación se llevará a cabo en el Centro de Salud de Young, vía telefónica con una duración promedio de 20 min. Se informará a los participantes de los objetivos del estudio y se les invitará a participar voluntariamente en él. Se obtendrá el consentimiento informado verbal de todas las participantes, preservando su anonimato y la confidencialidad de su información.

En dicho contacto telefónico se procederá a comunicar (previa presentación de quien realiza el contacto telefónico e identificación del lugar desde donde se realiza el contacto): “El motivo de este contacto con Ud. se debe a la realización de una investigación con fines académicos acerca del abandono de la lactancia materna exclusiva que estoy realizando en el marco de mi formación profesional como Obstetra-Partera. Este estudio pretende invitar a participar voluntariamente a todos los niños que hayan nacido en el Hospital de Young en

el año 2016. El objetivo es determinar edad del lactante al momento de abandono de la lactancia materna exclusiva y relacionarlos con factores asociados. La participación constaría en la autorización por su parte para acceder a la historia clínica de su hijo/a y de la misma obtener los siguientes datos: edad del lactante al momento de abandono de lactancia, edad materna, paridad materna y vía de finalización del embarazo los cuales serán utilizados para llevar a cabo dicha investigación. Los datos obtenidos de las historias clínicas serán estrictamente protegidos; se mantendrá la debida confidencialidad y anonimato de los mismos; sólo accederán a sus datos las responsables y los profesionales supervisores de esta investigación. Ud. podrá retirarse cuando lo desee de dicha investigación, sin que ello vea afectada la relación con los miembros del Centro de Salud de Young, ni con los responsables de dicha investigación. El colaborar con este proceso formativo no le dará beneficios directos para Ud. Por su participación Ud. no recibirá ninguna remuneración económica, ni de ningún otro tipo´´

En caso de rectificar aprobación de la participación en la investigación se procederá a completar el formulario de solicitud de consentimiento informado.

Autora:

Br. Daniela Furtado Teléfono de contacto: 098 629 261

Tutora:

Prof. Obst. Partera Eliana Martínez Teléfono de contacto: 095 415 064

Autoridades de Institución:

Centro de Salud Young:

Lic. Patricia Robetta.

Formulario de solicitud de consentimiento libre informado

En el presente documento, manifiesto que he sido informado en forma clara sobre los objetivos de la participación en esta etapa de formación universitaria de la Interna de la Escuela de Parteras-Facultad de Medicina, de la forma de realización de la misma, de la protección de los datos obtenidos de la historia clínica de mi hijo/a. Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas. Acepto participar voluntariamente en la misma, dando mi consentimiento oral por vía telefónica.

Nombre.....

Nombre del que recaba el consentimiento informado.....

Firma.....

Aclaración de
firma.....

Fecha.....

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:
