

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE
LECHE MATERNA EN MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2019**

Tesis presentada por la Bachiller:
AROSTEGUI CARRERA, FARIDDE
para optar el Título Profesional de:
MÉDICA CIRUJANA

Asesor:
Dr. Gutiérrez Morales, Javier Herbert

Arequipa - Perú
2020



Universidad Católica
de Santa María

9

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 011 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDANEOS DE LECHE MATERNA EN MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2019”

Presentado por el (la) Sr(ta):

AROSTEGUI CARRERA, FARIDDE

Nuestro dictamen es:


Favorable

OBSERVACIONES:


Arequipa, 16-3-2020


Dante Fuentes Fuentes
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 28532 - R.N.E. 11707
Hospital III Yanahuara

DR. DANTE FUENTES FUENTES


Dra. Yoice Elia Can Hurtado
MÉDICO REUMATÓLOGO
C.M.P. 15690 - R.N.E. 8532
Hospital III Yanahuara

DRA. JOICE ELIA CAN HURTADO DE
MIRANDA


DRA. NANCY FUENTES CHICATA
MÉDICA - PEDIATRA
C.M.P. 15690 - R.N.E. 775

DRA. NANCY FUENTES CHICATA

AGRADECIMIENTO

A mi familia, mi apoyo incondicional, porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Mi total gratitud a mi alma mater y a todos mis maestros de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, porque me enseñaron que la perseverancia y los sacrificios se ven reflejados en el agradecimiento que recibes cuando lo diste todo por ayudar al necesitado.

Quiero agradecer también a todo el personal del Hospital Goyeneche, que se convirtió en mi familia por 1 año, por dejarme enseñanzas que no sólo ayudan a culminar mi formación académica, sino a ser una mejor persona para poder servir a quienes lo necesiten.

Finalmente agradecer a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por guiarme y cuidarme en cada paso que doy, porque gracias a él tuve el apoyo de todos los que estuvieron en este camino conmigo.

DEDICATORIA

A Nelly y Vladimir, mis padres, por su amor y paciencia infinita, por enseñarme a no rendirme nunca y por levantarme cada vez que caí, porque sin ustedes no lo hubiese podido lograr.

A mi mamá Empe, que desde el cielo sé que guía mis pasos.

A Ernesto, Luisa y Otto, por darme un segundo hogar en una ciudad a la que llegué sola y busque emprender el camino que ahora sigo recorriendo.

A mi hermano y mejor amigo Dussan, por ser mi gran ejemplo a seguir y porque me enseñaste que sin sacrificios no hay recompensas.

A Gabriela Miranda, mi mejor amiga, porque la amistad no se trata de estar cerca, se trata de que pese a la distancia sientas que siempre tienes su apoyo y cariño.

A mis amigas de vida, Gabriela, Carolina, Fernanda, Denisse y Annie, por compartir desde hace más de 10 años tantos sueños, buenos y malos momentos que perdurarán en la memoria.

A mi grupo de gordos, seis personas tan diferentes y parecidas al mismo tiempo, gracias por recorrer el camino juntos, que la vida se encargue de reunirnos siempre.

Con mucho cariño, esto es por y para ustedes...



Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad.

PLATÓN

RESUMEN

Establecer los factores que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019.

Se encuestó una muestra representativa de 100 madres lactantes y gestantes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se comparan grupos con prueba chi cuadrado.

El 55% de madres optó por la lactancia materna exclusiva (LME), 41% por la alimentación mixta y 4% por la alimentación exclusiva con sucedáneos de leche materna; las que optaron por la LME lo hicieron por sus propiedades nutritivas (87.27%), y sus propiedades de protección (80%), además del mayor contacto con el bebé (67.27%), mientras que las que eligieron la alimentación mixta lo hicieron por la insuficiente cantidad de leche producida por la madre (80.49%), y la poca disponibilidad de tiempo (31.71%); esta última razón fue referida por 50% de las madres que solo eligieron la alimentación artificial, el 100% también lo hizo por la cantidad de leche y por su fácil disponibilidad ($p < 0.05$). La edad materna, nivel de educación, ocupación, estado civil o paridad previa, no influyeron en la elección de la forma de lactancia ($p > 0.05$), pero en relación a la experiencia previa, el 47.27% de madres que eligieron la LME ya habían practicado esta forma de alimentación, y ninguna lo hizo en forma mixta, mientras que 34.15% de madres con lactancia mixta había tenido experiencia previa similar y 19.51% con LME; el 25% de madres con lactancia artificial exclusiva previamente empleó la LME y 75% no tenía experiencia previa ($p < 0.05$). El control prenatal o la consejería en lactancia no influyeron en la elección.

Se llegó a determinar que las madres lactantes que optan por el uso de sucedáneos de leche materna se ven obligadas en su mayoría a elegir este tipo de alimentación debido a una insuficiente cantidad de leche producida por las mismas, falta de disponibilidad de tiempo, y experiencias de lactancia previas.

PALABRAS CLAVE: sucedáneos de leche materna, lactancia materna exclusiva, preferencia de lactancia, factores asociados.

ABSTRACT

To establish the factors that influence the preference of breastfeeding with formula in pregnant and nursing women treated at the Hospital Goyeneche in Arequipa, 2019.

A representative sample of 100 nursing women that met selection criteria was surveyed, applying a data sheet. Results are shown by descriptive statistics, and groups with chi-square test are compared.

55% of mothers opted for exclusive breastfeeding (EBF), 41% for mixed feeding and 4% for exclusive formula feeding; those who opted for the EBF did so for their nutritional properties (87.27%), and their protective properties (80%), in addition to the greater contact with the baby (67.27%), while those who chose mixed feeding did so for the control of the quantity of milk (80.49%) or other reasons (43.90%), and the limited availability of time (31.71%); This last reason was referred by 50% of the mothers who only chose artificial feeding, 100% also did so because of the amount of milk and its easy availability and other reasons in 25% ($p < 0.05$). Maternal age, education level, occupation, marital status or previous parity did not influence the choice of breastfeeding form ($p > 0.05$), but in relation to previous experience, 47.27% of mothers who chose EBF already they had practiced this form of feeding, and none did so in mixed form, while 34.15% of mothers with mixed breastfeeding had similar previous experience and 19.51% with EBF; 25% of mothers with exclusive artificial lactation previously used the EBF and 75% had no previous experience ($p < 0.05$). Prenatal control or breastfeeding counseling did not influence the choice.

The choice of EBF prevails over breastfeeding with formula, influenced by previous experience.

KEY WORDS: breastmilk substitutes, breastfeeding, breastfeeding choice, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, y recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Sin embargo, en algunos estudios el porcentaje de madres que dan lactancia materna (72,4%) disminuye a menos de la mitad cuando se habla de niños de más de seis meses (46,8%). Estos datos indican que existe todavía una gran parte de la población infantil que es alimentada durante el primer año con preparados para lactantes o preparados de continuación (1).

Nuestros resultados contribuirán a identificar puntos específicos para la consejería adecuada a las madres que están en situación de dar de lactar para mejorar la alimentación de los neonatos con lactancia materna exclusiva.

Los resultados del presente estudio permitirán establecer si la preparación de las mamás es realmente una estrategia en la que se debe incidir en las madres primigestas para favorecer la lactancia materna exitosa.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que si bien aún hay preferencia por una LME, ésta se ve en disminución por el uso de sucedáneos de leche materna que, por motivos prácticos y funcionales, vemos que su consumo va en aumento por efecto de los cambios acelerados que se dan en la forma de vida, los horarios de trabajo, menor disponibilidad de tiempo para un control prenatal adecuado, y otros; los que van influyendo en formas rápidas y fáciles de alimentación que no siempre resultan las más adecuadas para el desarrollo del niño. Los resultados de la investigación servirán para corregir y mejorar la preferencia en el tiempo por una lactancia materna exclusiva, con todas las ventajas adicionales que conlleva este uso.

Es necesario mencionar que en el desarrollo del estudio se presentaron dificultades durante la recolección de datos, debido a la renuencia de algunas madres usuarias del servicio hospitalario a brindar la información solicitada en la ficha respectiva.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II. RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	46
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	47
Anexo 2: Consentimiento informado	49
Anexo 3: Matriz de sistematización de información.....	50
Anexo 4: Proyecto de investigación	52

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1 Preferencias para la lactancia entre las madres evaluadas	7
Tabla 2 Motivos para la elección de la forma de lactancia	9
Tabla 3 Tipo de leche artificial en la lactancia mixta o artificial exclusiva y prescripción médica	11
Tabla 4 Influencia de la edad materna en la preferencia de lactancia.....	13
Tabla 5 Influencia de la instrucción materna en la preferencia de lactancia.....	15
Tabla 6 Influencia de la ocupación materna en la preferencia de lactancia	17
Tabla 7 Influencia del estado civil de la madre en la preferencia de lactancia .	19
Tabla 8 Influencia de la paridad en la preferencia de lactancia.....	21
Tabla 9 Influencia de la experiencia previa con la lactancia en la preferencia de lactancia	23
Tabla 10 Influencia de los controles prenatales en el embarazo en la preferencia de lactancia	25
Tabla 11 Influencia de la consejería en lactancia en la preferencia de lactancia	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Preferencias para la lactancia entre las madres evaluadas	8
Gráfico 2 Motivos para la elección de la forma de lactancia.....	10
Gráfico 3 Tipo de leche artificial en la lactancia mixta o artificial exclusiva y prescripción médica	12
Gráfico 4 Influencia de la edad materna en la preferencia de lactancia	14
Gráfico 5 Influencia de la instrucción materna en la preferencia de lactancia ..	16
Gráfico 6 Influencia de la ocupación materna en la preferencia de lactancia...	18
Gráfico 7 Influencia del estado civil de la madre en la preferencia de lactancia	20
Gráfico 8 Influencia de la paridad en la preferencia de lactancia	22
Gráfico 9 Influencia de la experiencia previa con la lactancia en la preferencia de lactancia	24
Gráfico 10 Influencia de los controles prenatales en el embarazo en la preferencia de lactancia	26
Gráfico 11 Influencia de la consejería en lactancia en la preferencia de lactancia	28



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, y el Servicio de Neonatología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el último semestre del 2019.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres con embarazo y/o parto atendido en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.4. Universo: Todas las mujeres con embarazo y/o parto atendido en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo de estudio.

2.5. Muestra: Se estudió una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

Z β = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p_1 = proporción estimada de mujeres que prefieren lactancia materna exclusiva = 0.60

p_2 = proporción estimada de mujeres que prefieren lactancia con fórmula = 0.40

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: $n = 96.82 \approx 97$ integrantes por grupo como mínimo. Por razones prácticas se tomaron 100 casos.

Además, los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

2.6. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Gestantes en tercer trimestre o puérperas
 - Participación voluntaria en el estudio
- **Criterios de Exclusión**
 - Contraindicaciones absolutas para la lactancia materna
 - Neonatos con malformaciones congénitas
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, prospectivo y transversal según Douglas Altman.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se hicieron coordinaciones con la dirección del Hospital Goyeneche y la jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y el Servicio de Neonatología para la realización del estudio. Se contactó a las gestantes y

madres que cumplan los criterios de inclusión para informar acerca del estudio y solicitar su participación voluntaria, firmando un consentimiento escrito (Anexo 2). Se aplicó una ficha de datos para obtener datos de la madre y sus preferencias de lactancia. Se dividió a las gestantes en grupos: aquellas que prefieren la lactancia materna exclusiva y aquellas que prefieren la alimentación mixta o con fórmula exclusiva.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de datos (Anexo 1).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 22.0 para Windows.





**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

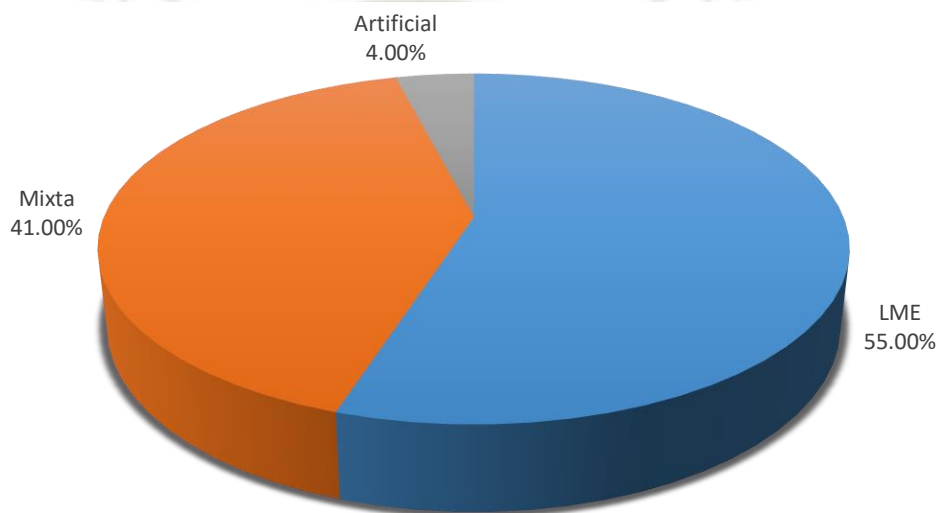
Tabla 1
Preferencias para la lactancia entre las madres evaluadas

	N°	%
LME	55	55.00%
Mixta	41	41.00%
Artificial	4	4.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 1
Preferencias para la lactancia entre las madres evaluadas



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En cuanto a las preferencias para la lactancia se ha encontrado un 55% de encuestadas que optan por una lactancia materna exclusiva, 41% por una lactancia mixta y un 4% por una lactancia artificial exclusiva.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 2
Motivos para la elección de la forma de lactancia

	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Prop. Nutritivas	48	87.27%	2	4.88%	0	0.00%	50	50.00%
Prop. Protección	44	80.00%	1	2.44%	0	0.00%	45	45.00%
						100.00		
Cantidad de leche	5	9.09%	33	80.49%	4	%	42	42.00%
Mayor contacto	37	67.27%	1	2.44%	0	0.00%	38	38.00%
Disp. Tiempo	0	0.00%	13	31.71%	2	50.00%	15	15.00%
Disponibilidad	0	0.00%	5	12.20%	1	25.00%	6	6.00%
Neces. Preparación	2	3.64%	2	4.88%	0	0.00%	4	4.00%
Calidad de leche	3	5.45%	0	0.00%	0	0.00%	3	3.00%
Otra	1	1.82%	18	43.90%	1	25.00%	20	20.00%
		100.00		100.00		100.00		100.00
Total	55	%	41	%	4	%	100	%

Chi² = 182.31

G. libertad = 16

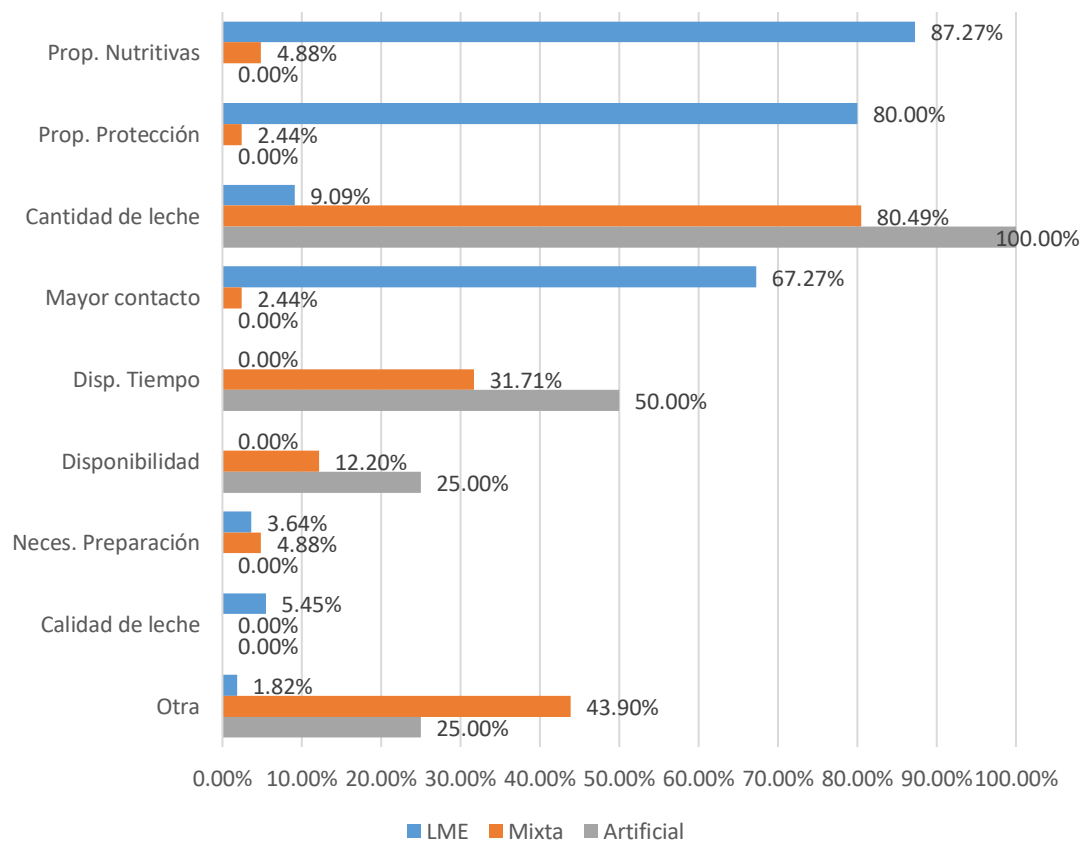
p < 0.0001

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 2

Motivos para la elección de la forma de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se observa que las encuestadas que brindan una lactancia materna exclusiva orientan sus motivos a las propiedades nutritivas y de protección que brinda la leche materna, también por el mayor contacto con el bebé que esta práctica implica. Mientras que los motivos que obligan a las encuestadas a usar sucedáneos de leche materna es principalmente la insuficiente cantidad de leche producida, junto a una falta de disponibilidad de tiempo.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

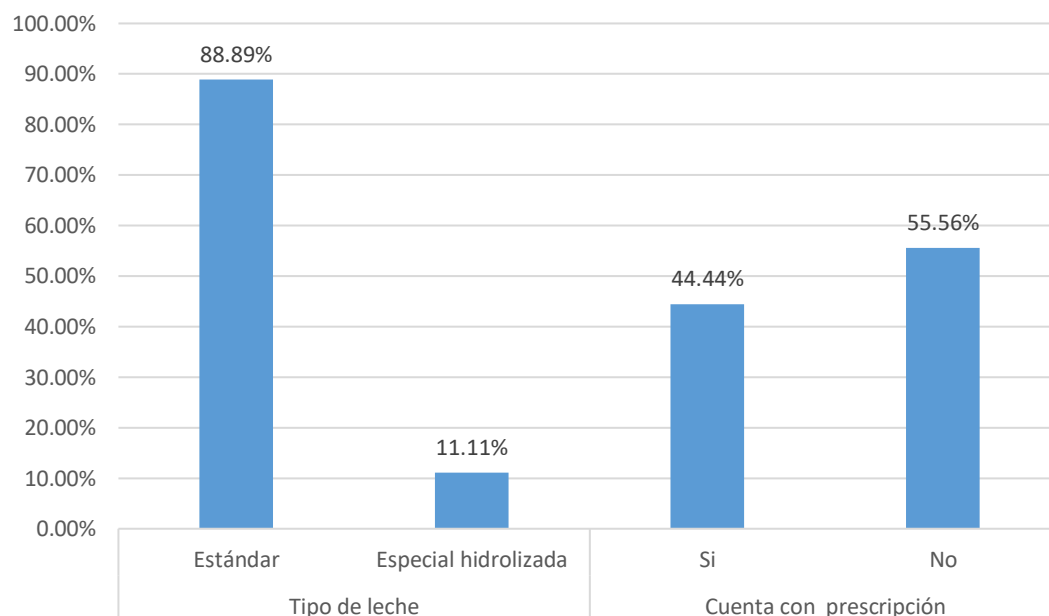
Tabla 3
**Tipo de leche artificial en la lactancia mixta o artificial exclusiva y
prescripción médica**

		N°	%
Tipo de leche	Estándar	40	88.89%
	Especial hidrolizada	5	11.11%
Cuenta con prescripción	Si	20	44.44%
	No	25	55.56%
Total		45	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 3
**Tipo de leche artificial en la lactancia mixta o artificial exclusiva y
prescripción médica**



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El gráfico nos muestra que hay un mayor uso de sucedáneos de leche materna de tipo estándar que se relaciona con la falta de una prescripción médica para su obtención y posterior uso.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 4
Influencia de la edad materna en la preferencia de lactancia

Edad	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 años	6	10.91%	3	7.32%	0	0.00%	9	9.00%
20-34 años	42	76.36%	32	78.05%	4	100.00%	78	78.00%
≥ 35 años	7	12.73%	6	14.63%	0	0.00%	13	13.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 1.59

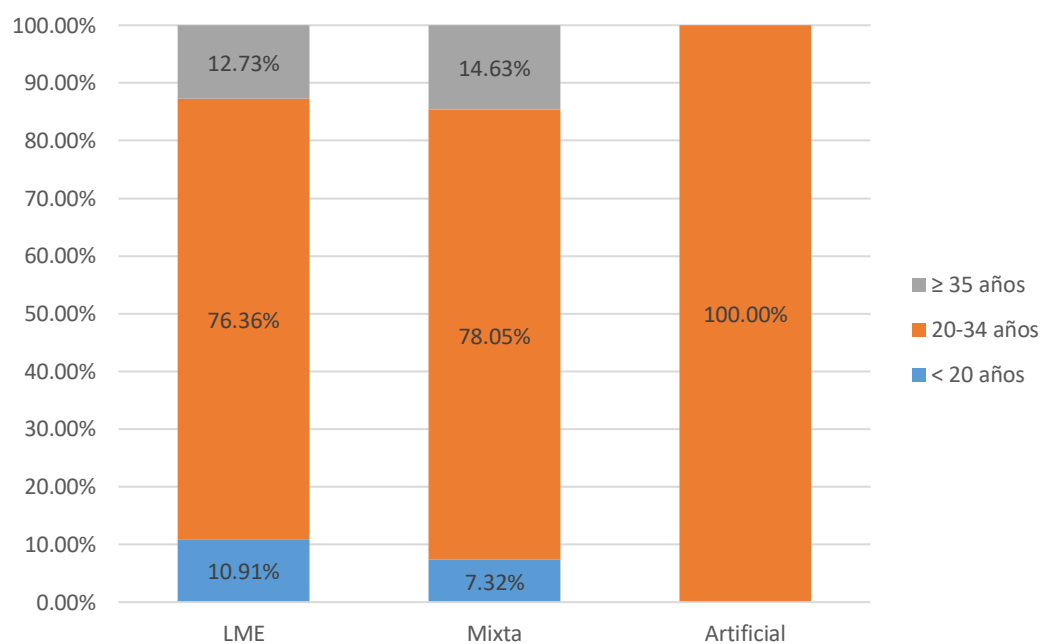
G. libertad = 4

p = 0.81

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 4
Influencia de la edad materna en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la edad materna no se ha encontrado asociación entre los grupos etarios y el tipo de lactancia, pero se debe mencionar que el grupo etario comprendido entre 20 – 34 años abarca mayor porcentaje en los tres grupos de lactancia, siendo un 76,36% aquellas que proporcionan lactancia materna exclusiva, 78,05% las que usan una lactancia mixta y un 100% en las encuestadas que eligieron una lactancia artificial exclusiva.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 5
Influencia de la instrucción materna en la preferencia de lactancia

Instrucción	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Prim completa	1	1.82%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.00%
Sec incompleta	4	7.27%	6	14.63%	0	0.00%	10	10.00%
Sec completa	22	40.00%	12	29.27%	1	25.00%	35	35.00%
Sup incompleta	8	14.55%	5	12.20%	0	0.00%	13	13.00%
Sup completa	20	36.36%	18	43.90%	3	75.00%	41	41.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 5.54

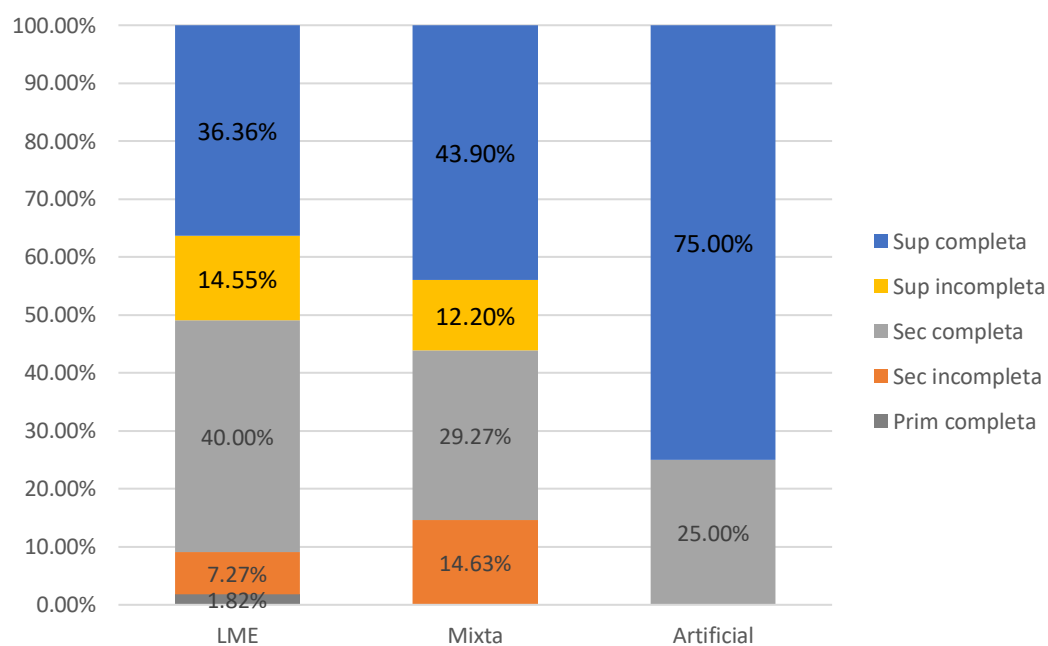
G. libertad = 8

p = 0.70

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 5
Influencia de la instrucción materna en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El nivel de instrucción materna se ha presentado de manera similar en los diferentes tipos de lactancia, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 6
Influencia de la ocupación materna en la preferencia de lactancia

Ocupación	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	31	56.36%	23	56.10%	2	50.00%	56	56.00%
Empleada	13	23.64%	9	21.95%	2	50.00%	24	24.00%
Estudiante	6	10.91%	5	12.20%	0	0.00%	11	11.00%
Artesana	1	1.82%	1	2.44%	0	0.00%	2	2.00%
Servicios	2	3.64%	0	0.00%	0	0.00%	2	2.00%
Otro	2	3.64%	3	7.32%	0	0.00%	5	5.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 4.33

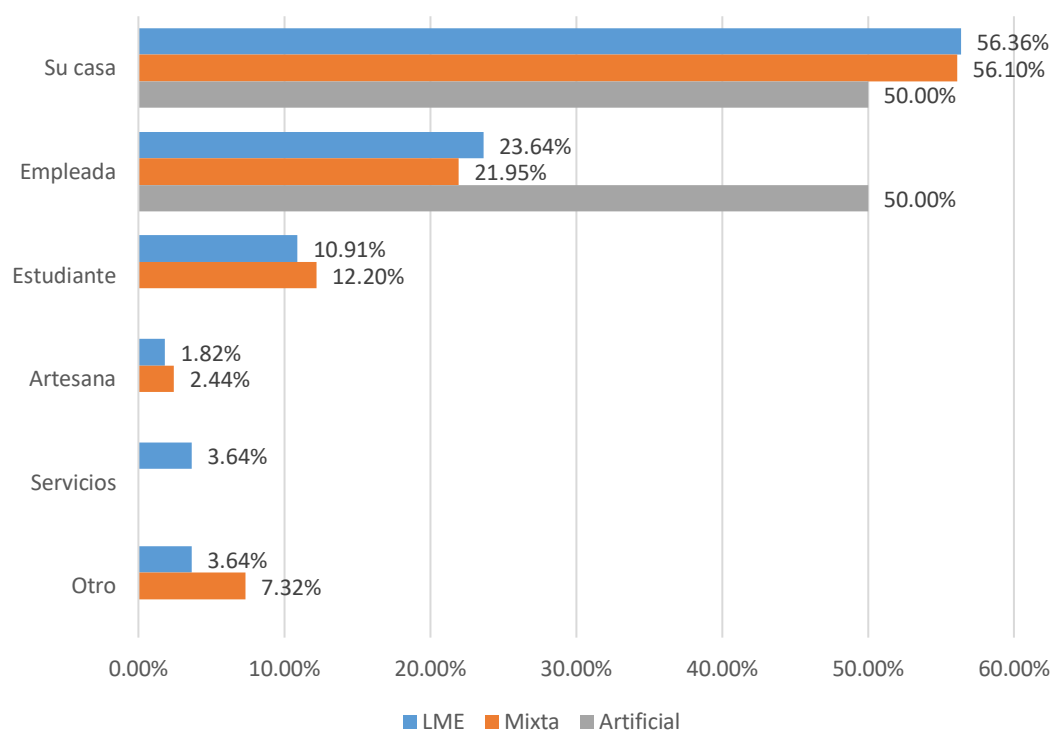
G. libertad = 10

p = 0.93

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 6
Influencia de la ocupación materna en la preferencia de lactancia



Interpretación:

La ocupación materna no se ha visto relacionada con la preferencia de lactancia, la distribución de las diferentes ocupaciones es similar en cada una de las categorías.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 7
Influencia del estado civil de la madre en la preferencia de lactancia

E. civil	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	10	18.18%	5	12.20%	1	25.00%	16	16.00%
Conviviente	38	69.09%	25	60.98%	1	25.00%	64	64.00%
Soltera	7	12.73%	11	26.83%	2	50.00%	20	20.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 6.18

G. libertad = 4

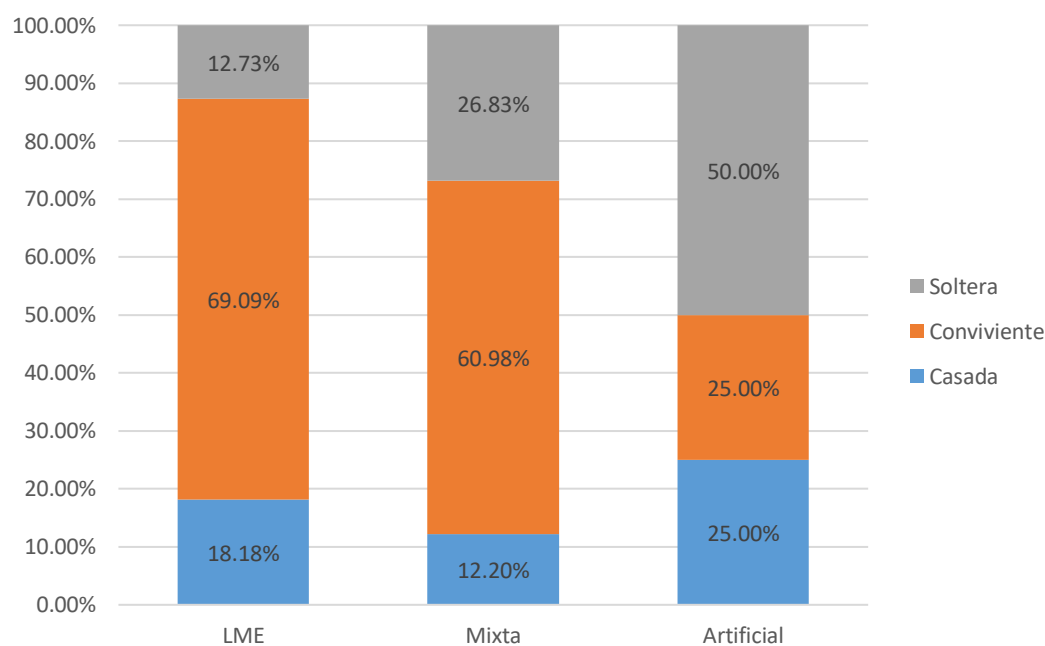
p = 0.19

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 7

Influencia del estado civil de la madre en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

No existe influencia del estado civil en relación a la preferencia del tipo de lactancia, la distribución de las frecuencias es similar en los tres grupos, siendo mayoritariamente convivientes.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 8
Influencia de la paridad en la preferencia de lactancia

Paridad	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	9	16.36%	1	2.44%	1	25.00%	11	11.00%
Primípara	20	36.36%	18	43.90%	2	50.00%	40	40.00%
Múltipara	22	40.00%	21	51.22%	1	25.00%	44	44.00%
Gran múltipara	4	7.27%	1	2.44%	0	0.00%	5	5.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 7.64

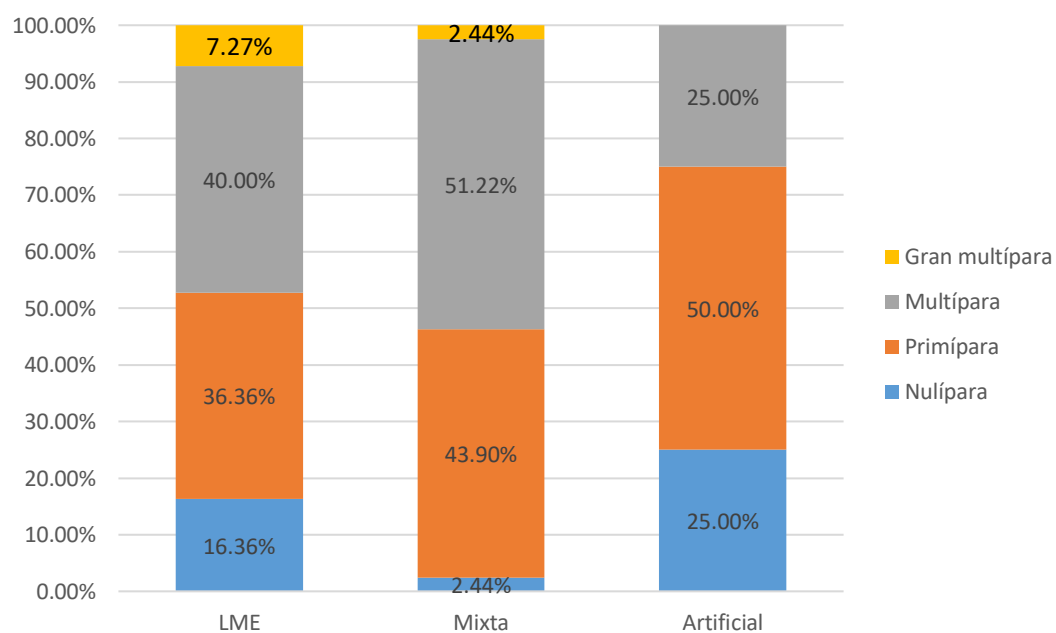
G. libertad = 6

p = 0.27

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 8
Influencia de la paridad en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La paridad no se ve asociada a la elección del tipo de lactancia, por lo que no se evidencia diferencias significativas.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 9
**Influencia de la experiencia previa con la lactancia en la preferencia de
lactancia**

Experiencia	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	29	52.73%	19	46.34%	3	75.00%	51	51.00%
LME	26	47.27%	8	19.51%	1	25.00%	35	35.00%
Mixta	0	0.00%	14	34.15%	0	0.00%	14	14.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 26.10

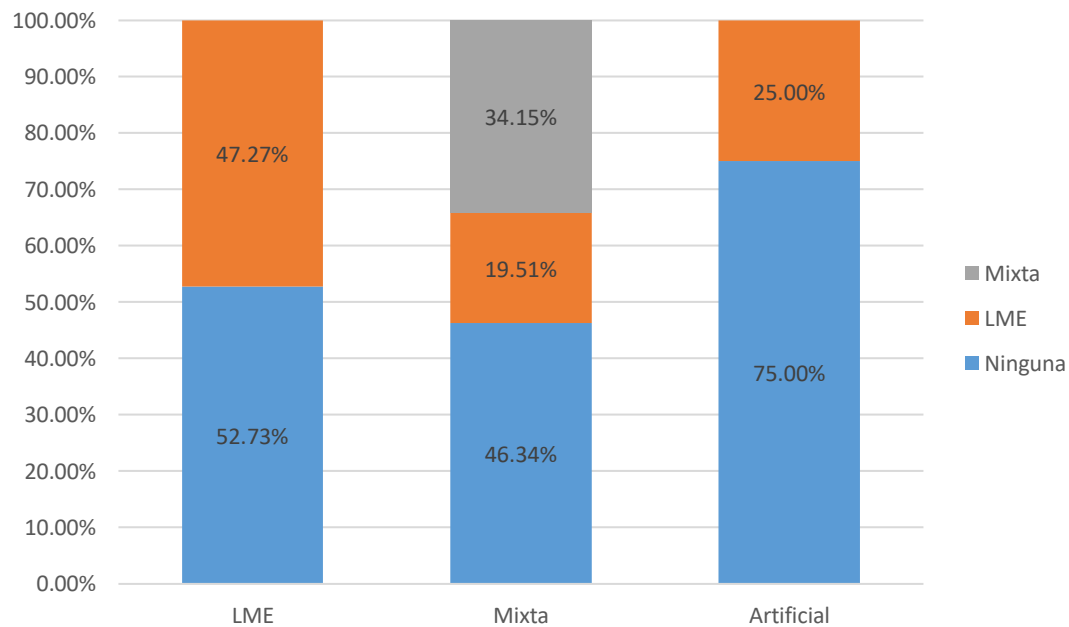
G. libertad = 4

p < 0.01

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 9
Influencia de la experiencia previa con la lactancia en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la experiencia previa y la preferencia de lactancia. Se observa que el grupo que prefiere una lactancia con sucedáneos de leche materna hay un 34, 15% que tuvieron una experiencia previa similar, mientras que un 19, 51% con LME.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 10
**Influencia de los controles prenatales en el embarazo en la preferencia de
lactancia**

CPN	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuado	1	1.82%	4	9.76%	0	0.00%	5	5.00%
Adecuado	54	98.18%	37	90.24%	4	100.00%	95	95.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 3.34

G. libertad = 2

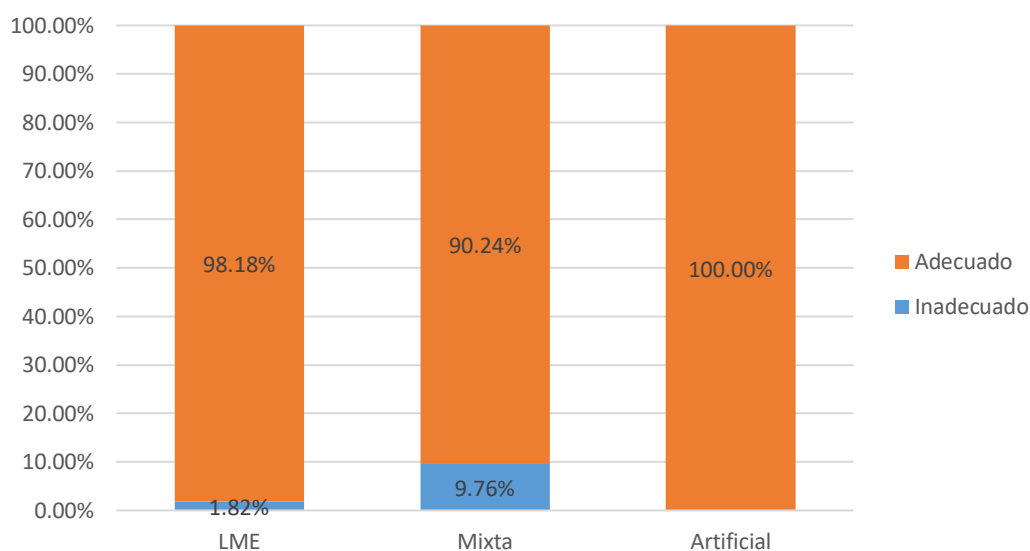
p = 0.19

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 10

**Influencia de los controles prenatales en el embarazo en la preferencia de
lactancia**



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Los controles prenatales no guardan relación estadísticamente significativa, siendo la distribución de frecuencias similar en los tres grupos.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Tabla 11
Influencia de la consejería en lactancia en la preferencia de lactancia

Consejería	LME		Mixta		Artificial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin consejería	21	38.18%	17	41.46%	1	25.00%	39	39.00%
Consejería	34	61.82%	24	58.54%	3	75.00%	61	61.00%
Total	55	100.00%	41	100.00%	4	100.00%	100	100.00%

Chi² = 0.45

G. libertad = 2

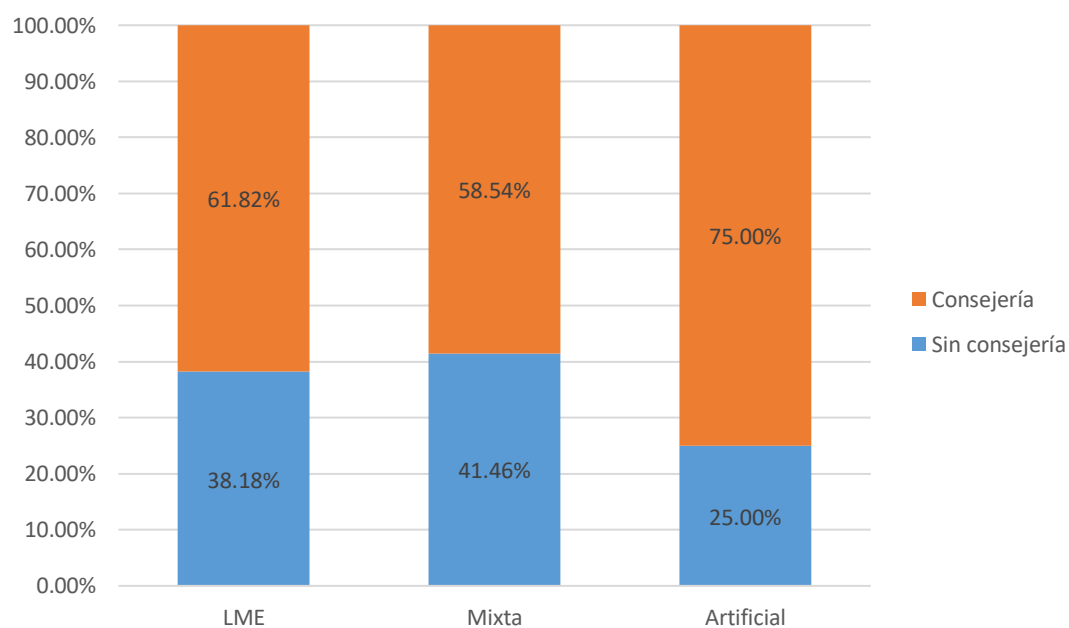
p = 0.80

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA EN
MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA, 2019**

Gráfico 11

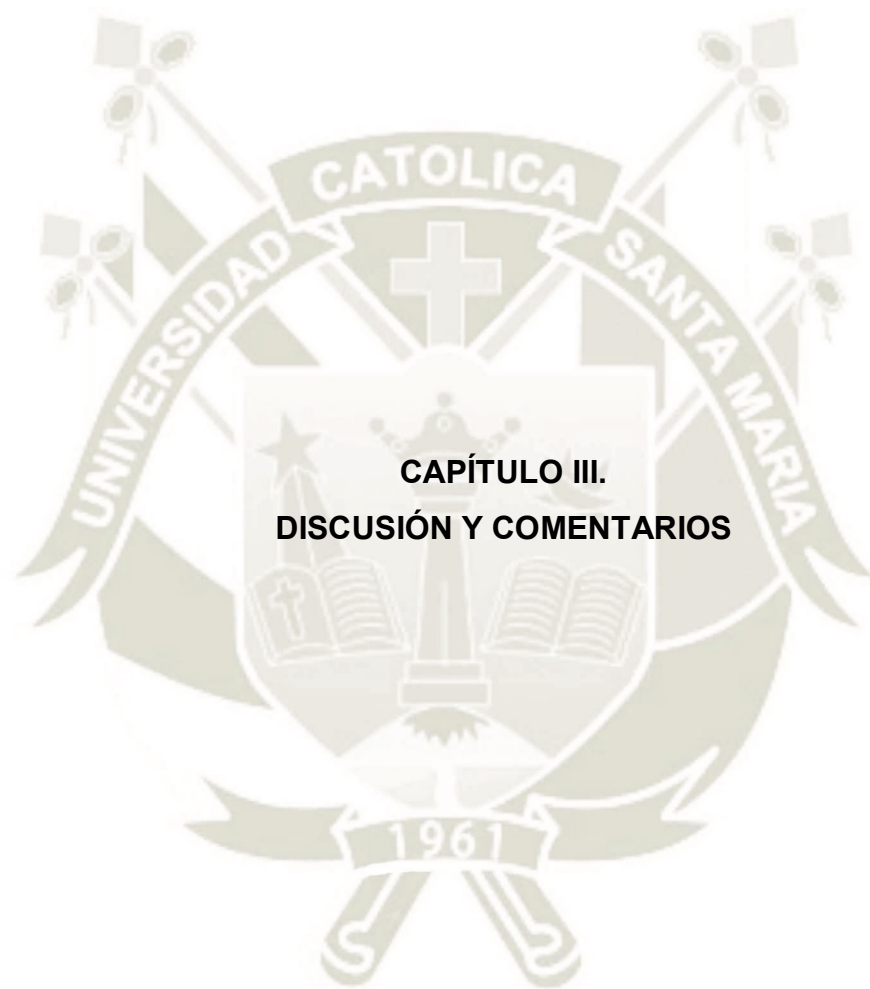
Influencia de la consejería en lactancia en la preferencia de lactancia



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

No existe influencia en la consejería en lactancia en relación a la preferencia de ésta, ya que en los 3 grupos la distribución es similar.



El presente estudio se realizó con el objeto de establecer los factores que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019. Se realizó la presente investigación debido a las constantes interrogantes y consultas que efectuaban las mujeres gestantes y puérperas en sus respectivos controles sobre los beneficios del uso de sucedáneos de leche materna para un mayor beneficio nutricional de sus hijos.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 100 madres gestantes y lactantes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se comparan grupos con prueba chi cuadrado.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se muestra la preferencia de lactancia de las madres; donde el 55% optó por la lactancia materna exclusiva (LME), 41% por la alimentación mixta y 4% por la alimentación exclusiva con fórmula.

Estos resultados guardan relación con los encontrados en una Investigación realizada en Arequipa – 2016 donde se reporta que en el análisis el 75% de los lactantes usan o usaron fórmulas lácteas y que es más predominante al nacimiento y durante el primer mes de vida llegando a un 43.3%, cifras que nos indican que mientras menos edad tiene el niño mayor es el uso de fórmulas lácteas (27).

Así mismo, es relevante mencionar que en dicha investigación predominó el uso de fórmulas lácteas (75%) en los primeros seis meses de vida, con más relevancia al nacimiento, dejando la lactancia materna exclusiva para incorporar la lactancia artificial. Los factores fisiológicos maternos y del recién nacido, así como los factores sanitarios fueron los que más influyeron en el uso de fórmulas lácteas (27).

De acuerdo también a lo hallado en un estudio realizado en España porcentaje restante (56,7%) se atribuye a madres que eligieron una LME y que en relación a lo obtenido en este estudio (55%) guardan asociación, ya que en ambos casos aún predomina la preferencia por una lactancia materna exclusiva, aunque con una brecha corta respecto al uso de sucedáneos de leche materna.

En cuanto a lo mencionado anteriormente y aplicado al estudio actual, se observa que aún se opta por una lactancia materna exclusiva, pero que ésta, resulta menor a lo obtenido años pasados, evidenciándose un incremento cada vez mayor del uso

de sucedáneos de leche materna y éste se está haciendo cada vez de manera más temprana en el lactante, de acuerdo a lo demostrado, el porcentaje obtenido es preocupante ya que al ser una institución del Estado, Hospital Goyeneche, que desarrolla políticas de auspicio a la lactancia materna exclusiva se está viendo una mayor tendencia al uso de sucedáneos de leche materna (27).

Los motivos de dicha preferencia se muestran en la **Tabla y Gráfico 2**; las que optaron por la LME lo hicieron por sus propiedades nutritivas (87.27%), y sus propiedades de protección (80%), además del mayor contacto con el bebé (67.27%), mientras que las que eligieron la alimentación mixta lo hicieron por insuficiente cantidad de leche producida por la madre (80.49%) u otras razones (43.90%, como que satisface mejor el apetito del bebé), y la poca disponibilidad de tiempo (31.71%); esta última razón fue referida por 50% de las madres que solo eligieron la alimentación artificial, el 100% también lo hizo por la cantidad de leche y por su fácil disponibilidad y otras razones en 25%; las diferencias fueron significativas entre los grupos ($p < 0.05$).

El estudio realizado por la Licenciada en Enfermería Callata Valladares en el Centro de Salud La Flor – Lima se encuentra que en el 71,4% de la población encuestada muestra como factor predominante para que se inicie tempranamente la lactancia mixta en <6 meses la producción inadecuada de leche según la madre y que dentro de los factores laborales que el autor considera, el de mayor prioridad con un 100% de la población encuestada no disponen de tiempo suficiente para brindar una lactancia materna exclusiva. Al comparar con este estudio podemos mencionar la asociación de los motivos de la población encuestada que prefiere una lactancia mixta, llegando a un 80.49% la cantidad de leche producida por la madre y un 31.71% que no dispone de tiempo suficiente para brindar únicamente lactancia materna exclusiva en su hijo, a pesar de esto no hubo una asociación significativa (28).

En cuanto a los motivos de elección para una lactancia materna exclusiva predominan en un 87,27% las propiedades nutritivas que ofrece para con el lactante, un 80% propiedades de protección en las que las madres mencionaban beneficios a nivel inmunológico y como protector gastrointestinal, este último porcentaje se asocia con un estudio realizado por Paulina Brahm y Verónica Valdés

en Chile el año 2017 donde mencionan que cualquier volumen de LM es protectora, asociándose a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia (10). Según Alvins y Briceño, en un estudio realizado a nivel de Venezuela en el año 2011 demuestra que el 66,25% de las madres conocen la importancia de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre y para niño (29); otro estudio realizado en Bolivia en el año 2013 revela que a pesar de que existe un alto porcentaje de madres (93%) que aparentemente conocen algo de lactancia materna (30). Asimismo, en nuestro país se han realizado investigaciones; en Chiclayo en el año 2012 un estudio concluye que las madres tienen un nivel de conocimientos bajo referente a las prácticas adecuadas de lactancia materna (22).

Es importante señalar que un 67,27% de las encuestadas que dan una lactancia materna exclusiva refieren que este tipo de alimentación ayuda a fortalecer el vínculo madre – hijo.

En cuanto al tipo de leche artificial empleada por las madres con lactancia mixta o artificial exclusiva muestra que el 88.89% usó leches estándar, y 11.11% leches especiales hidrolizadas. Solo 44.44% cuenta con prescripción del pediatra para la obtención de sucedáneos de leche materna. Si bien no existe diferencia significativa en el estudio, se evidencia el elevado porcentaje de uso de leches estándar y el fácil acceso que tiene la población a estas ya que en la mayoría de casos se adquieren sin receta médica, este porcentaje fue expresado por las madres como una falta de confianza al momento de manifestar sus dudas y problemas durante la consulta médica; mencionar también que el 11,11% usó leches especiales hidrolizadas bajo receta médica por ser indicación en situaciones especiales, de las 4 encuestadas que refirieron el uso de esta leche especial hidrolizada, una encuestada refirió su uso porque el neonato presentó bajo peso al nacer, mientras que 3 de las encuestadas refirieron que la indicación médica fue por prematuridad del neonato, la edad gestacional osciló entre 29 – 32 semanas.

Respecto a la edad materna; en los tres grupos predominaron las edades entre 20 y 34 años (76.36% en las que eligieron la LME, 78.05% con lactancia mixta y 100% con lactancia artificial); 10.91% de madres con LME eran adolescentes,

comparadas con 7.32% con lactancia mixta y ninguna con lactancia artificial, diferencias que no resultaron significativas ($p > 0.05$).

De acuerdo a otro estudio realizado en la localidad el año 2016 señala que la mayoría de madres se encuentran en un rango de edad de 18 a 35 años (76.3%) (27). En comparación a este estudio se observa que en los 3 grupos de lactancia este rango etario es alto.

Se examinaron tres variables intervinientes: la instrucción materna donde el 40% de madres con LME tenían educación secundaria completa y 36.36% educación superior completa, similar a 29.27% de madres que eligieron la lactancia mixta con educación secundaria completa y 43.90% con superior completa, y 25% y 75% respectivamente entre aquellas en el grupo de lactancia artificial, con la prueba de χ^2 encontró que no hay relación significativa con el tipo de preferencia de lactancia ($p > 0.05$).

En relación al estudio sobre Factores Asociados a la Lactancia Materna – Chile, las características socio demográficas que se consideraron en cuanto al grado de instrucción revela que la mayor proporción tenía enseñanza media (secundaria completa), con un mejor nivel de escolaridad en el sector privado (51,3 %) y una educación universitaria en 35,8% ($p < 0,001$); esta variable en dicho estudio no tuvo una asociación significativa (6). Al comparar con este estudio comprobamos que la instrucción materna no influye en la preferencia con el tipo de lactancia a utilizar ya que en ambos casos no se encontró diferencias estadísticamente significativas a pesar que los porcentajes obtenidos fueron predominantes a nivel de Secundaria Completa y Superior Completa e Incompleta.

La segunda variable interviniente es la influencia de la ocupación materna en la elección de lactancia; en los tres grupos predominaron las amas de casa (56.36% en la LME, 56.10% en la lactancia mixta y 50% en la lactancia artificial), seguido de las madres empleadas (23.64% en el primer grupo, 21.95% en el segundo, 50% en el tercero), diferencias que no resultaron significativas ($p > 0,05$), con lo que no coincide con otros estudios como el que se realizó en Chile, donde se comprobó mediante la aplicación de encuestas que la mayor parte de las madres encuestadas trabajaba fuera del hogar, con mayor proporción en el grupo del sistema privado ($p < 0,01$) que se explicaría por la necesidad de la mujer de retornar al trabajo para

poder solventar gastos futuros(6), lo que en comparación a este estudio varía ya que el mayor porcentaje de encuestadas se dedicaría a desarrollar labores del hogar.

La tercera variable interviniente es el estado civil de las madres; entre las madres con LME, 69.09% eran convivientes, 12.73% solteras y 18.18% casadas; entre aquellas con lactancia mixta, predominaron también las convivientes 60.98%, con 26.83% de madres solteras y 12.20% de casadas; el 50% de madres con lactancia artificial eran solteras, y el otro 50% casadas o convivientes, diferencias que no resultaron significativas ($p > 0.05$), en el estudio se evidencia un mayor porcentaje al grupo de convivientes sobre aquellas personas casadas y solteras, con porcentajes similares en los grupos que deciden por la lactancia materna exclusiva y una lactancia mixta.

Los resultados mencionados anteriormente no guardan una relación significativa con un estudio realizado en España – 2012, dónde se hizo un análisis centrado en las características socio – demográficas de las madres determinando la relación de las tasas de lactancia con aspectos relativamente lejanos al proceso de amamantamiento; donde una mayor edad, estar casada y un mayor nivel educativo son variables asociadas a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna exclusiva (31), que por el contrario en el estudio realizado no se observa la misma concordancia ya que aquella madres que optan por una LME son convivientes (69,09%), demostrando que en la muestra tomada en este estudio el estado civil no presenta una relación significativa en cuanto a preferencia de lactancia se refiere.

Respecto al grupo que elige una lactancia mixta se observa que el estado civil predominante son convivientes (60,98%), guardando relación significativa con el estudio realizado por Callata Valladares en el 2017 que de acuerdo a la muestra tomada (70 encuestadas) obtiene un 62,9% de convivientes (28); datos que muestran coherencia a la realidad de nuestro país.

Cabe mencionar también, que en el grupo de encuestadas que eligieron una lactancia artificial exclusiva el porcentaje mayor en cuanto a estado civil se refiere lo ocupan solteras en un 50%, estos resultados se respaldan en factores familiares y laborales que son palpables en nuestra realidad. Si mencionamos factores

familiares debemos hacer hincapié que las encuestadas no contaban con el apoyo de su familia muchas veces por motivos de distancia; y los factores laborales que influyeron en esta preferencia fue básicamente la necesidad de obtener ingresos debido a que no cuentan con apoyo por parte del padre; también que al tratarse de trabajos esporádicos que no promueven una estabilidad laboral estas no cumplen con la normativa para una práctica adecuada de lactancia materna y en muchos casos se incurre en desacato al cumplimiento de la Jornada Laboral, obligando a las encuestadas a decidir por este tipo de lactancia.

En cuanto a paridad previa en la elección de lactancia materna; el 40% de madres con LME eran multíparas, comparado con 51.22% en las madres con alimentación mixta y 25% con lactancia artificial, diferencias que no resultaron significativas ($p > 0.05$), mientras que el porcentaje de primíparas fueron el 36.36% de madres con LME, 43.9% en las madres con alimentación mixta y 50% en aquellas con lactancia artificial; según los resultados estos no coinciden con un estudio realizado en Chile, donde en el caso de las madres que optan por una LME si se encuentra diferencias en el número de hijos, con mayor proporción de primíparas en el sector privado ($p < 0,001$), a diferencia de este estudio el porcentaje en aquella que usaron LME fue mayor para multíparas, esto influenciado por diversos factores, ya sea por resultados anteriormente palpados en embarazos previos o finalmente por un factor económico. Así mismo, en cuanto aquellas que eligieron una lactancia mixta también reporta un 51.22% que dentro de la población encuestada para este grupo presenta mayoría en multíparas, esta elección es sostenida por las madres debido a que en situaciones anteriores requirieron el uso de sucedáneos de leche materna, en su mayoría condicionado a factores individuales y laborales (6).

Si mencionamos la experiencia previa como influencia con la preferencia de lactancia; el 47.27% de madres que eligieron la LME ya habían practicado esta forma de alimentación, y ninguna lo hizo en forma mixta, mientras que 34.15% de madres con lactancia mixta había tenido experiencia previa similar y 19.51% con LME; el 25% de madres con lactancia artificial exclusiva previamente empleó la LME y 75% no tenía experiencia previa, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), por lo que la experiencia previa influye en la elección actual de la preferencia de lactancia. De acuerdo a lo mencionado por Rosa Niño, reporta que las variables asociadas a una lactancia exitosa fueron una experiencia previa

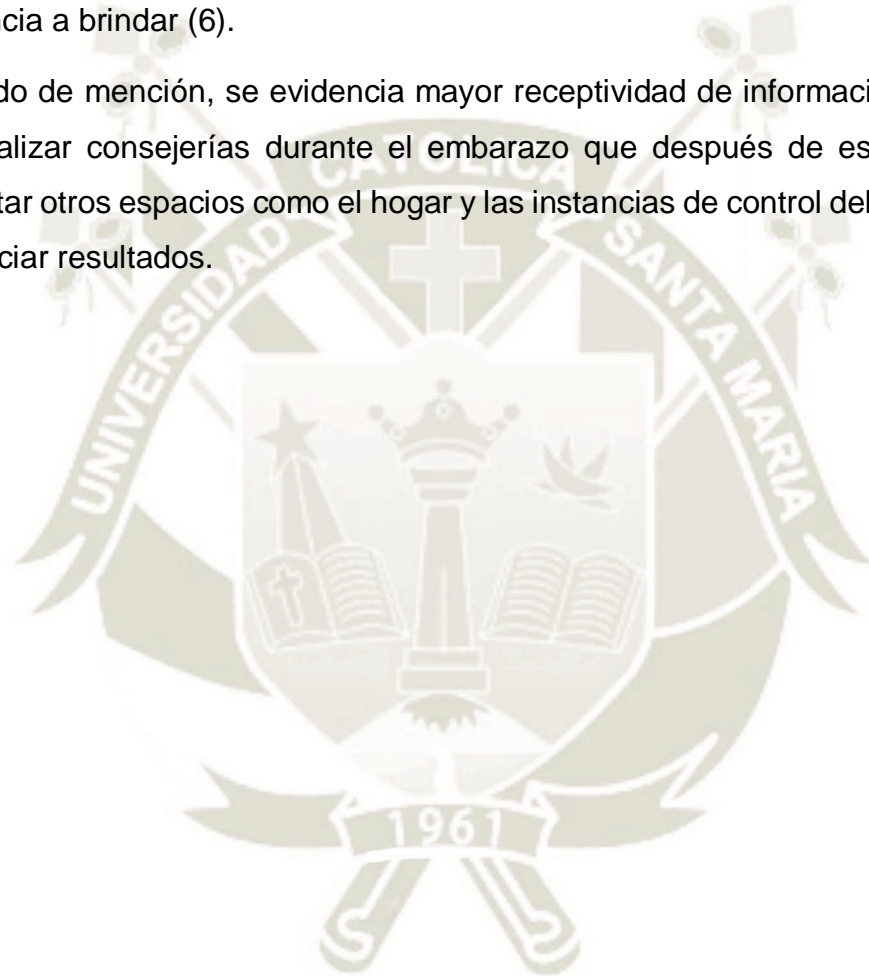
positiva (OR 3,0 95% IC 1,5-62), una menor escolaridad materna (OR 4,7 95% IC 2,4-9,2), ser dueña de casa (OR 1,8 95% IC 1,0-2,9), que en comparación a este estudio coinciden y presentan asociación significativa ya que de acuerdo al gráfico en los tres grupos que se establecieron muestra un $p < 0.01$ reforzando lo obtenido en otros estudios. Esta asociación significativa se plasma gracias a que en embarazos anteriores el tipo de alimentación que eligieron las encuestadas dieron beneficios para el desarrollo adecuado de sus hijos, en el caso del estudio prevalece una LME que viene a ser lo ideal en cuanto a nutrición del niño, pero que va mermando y tomando mayor campo la alimentación mixta que implica sucedáneos de leche materna, según lo referido por las madres los principales motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva fueron “decisión propia” y percepción materna que el niño “quedaba con hambre” (6).

En cuanto a la influencia del control prenatal en la elección de forma de lactancia; la gran mayoría tuvo controles prenatales adecuados, tomándose como mínimo 6 controles prenatales, de acuerdo a lo normado por el estado; los resultados del estudio demostraron 98.18% en madres con LME, 90.24% en aquellas con alimentación mixta, y 100% con alimentación artificial; $p > 0.05$), no existiendo asociación significativa. De acuerdo a lo aplicado en este estudio vemos que hay una mayor responsabilidad en las madres por el cuidado y crecimiento de su futuro hijo, esto plasmado en el porcentaje de adecuados controles prenatales y que van de la mano con la consejería que se brinda a lo largo de la gestación. En cuanto a lo obtenido en esta variable, los resultados no guardan relación con el estudio realizado por Callata - 2017, donde concluye que los momentos que deberían ser más utilizados por el equipo de salud y de mayor impacto para brindar información a las madres sobre alimentación natural son el control prenatal y la internación para el parto; siendo un 98,18% en el presente estudio aquellas madres que tuvieron controles adecuados y que optaron por una LME, lo cual diferencia en el grupo que eligió una lactancia mixta (90,24%) que pese a este porcentaje y adecuados controles prenatales prefirieron este tipo de alimentación (28).

Por otra parte, según Martínez y Delgado, concluyeron que en los motivos por los cuales se abandona la LM no hay diferencia significativa entre las mujeres que recibieron educación prenatal comparadas con las que no la recibieron, consolidando lo hallado en el presente estudio (32).

De modo similar, 61.82% de madres con LME recibió consejería de lactancia, así como 58.54% de madres con lactancia mixta y 75% con lactancia artificial ($p > 0.05$). En comparación al estudio de Rosa Niño, el 90,5% de las encuestadas reconoció haber recibido información de LME, esta consejería se dio en diferentes períodos, destacando en segundo lugar el rol de los controles prenatales, en ambos casos el porcentaje en las encuestadas es elevado, pero no establece una asociación estadísticamente significativa al momento de decidir por el tipo de lactancia a brindar (6).

A modo de mención, se evidencia mayor receptividad de información al momento de realizar consejerías durante el embarazo que después de este, debiéndose rescatar otros espacios como el hogar y las instancias de control del niño sano para potenciar resultados.

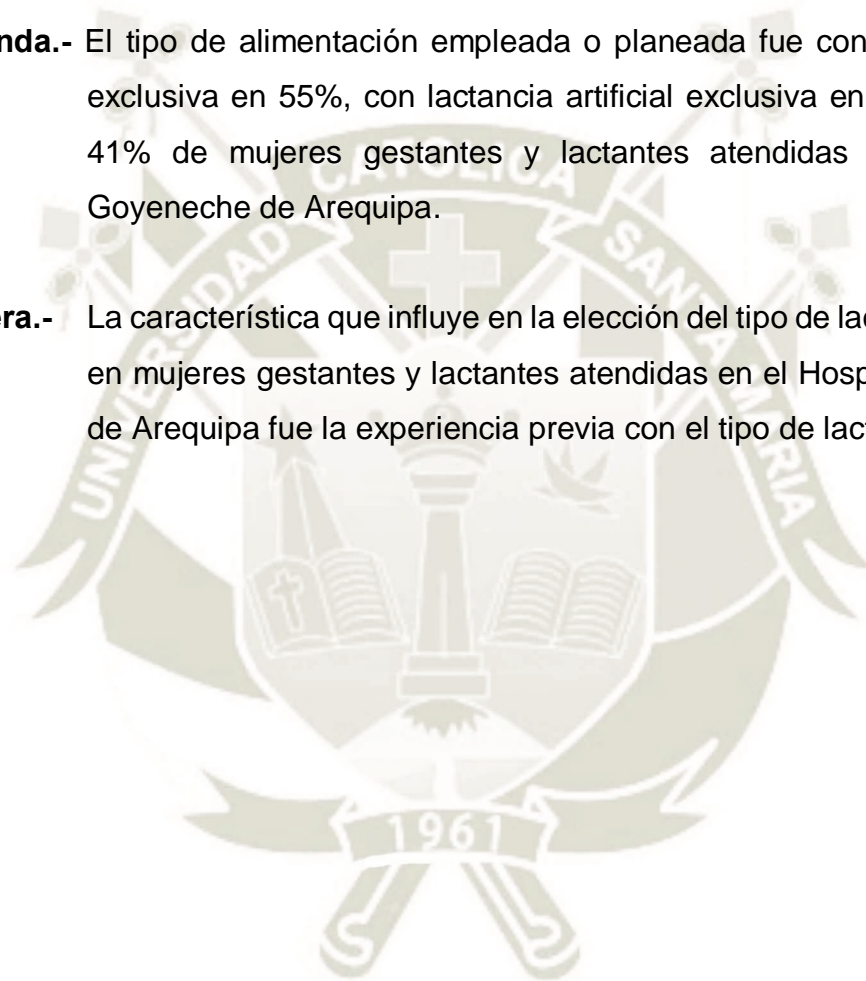




CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

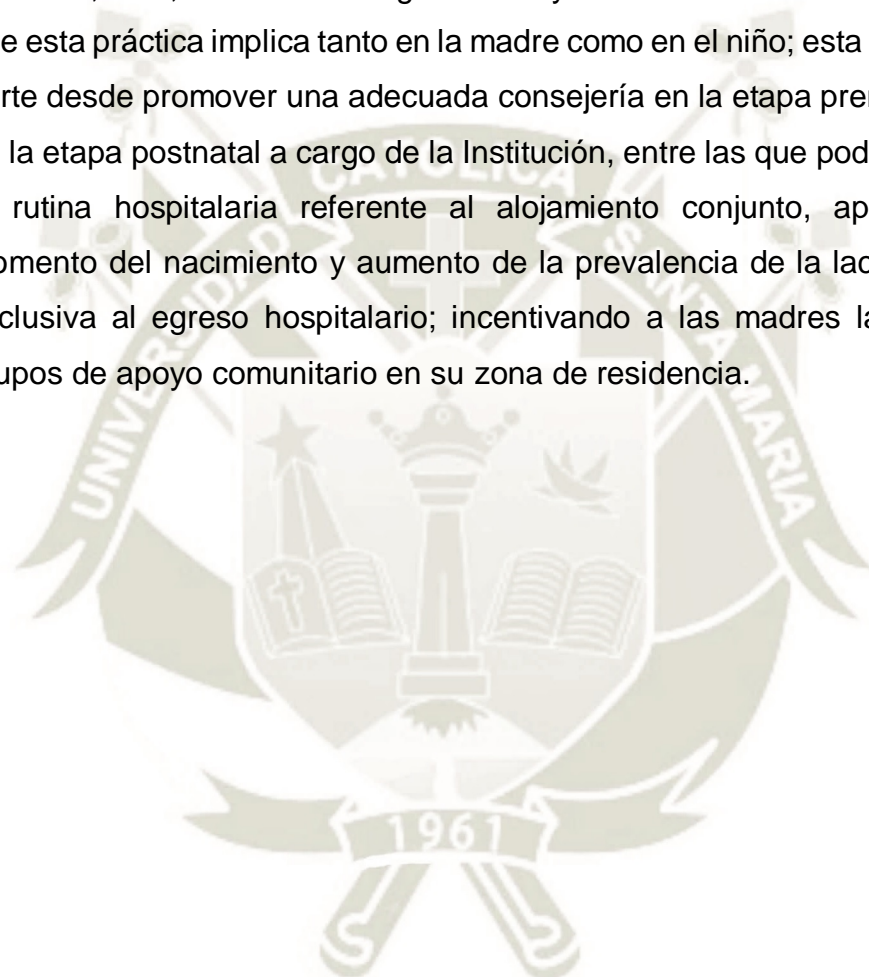
CONCLUSIONES

- Primera.-** Se encontró una preferencia de lactancia materna exclusiva sobre el uso de sucedáneos de leche materna (lactancia mixta o artificial exclusiva) en las mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Segunda.-** El tipo de alimentación empleada o planeada fue con leche materna exclusiva en 55%, con lactancia artificial exclusiva en 4% y mixta en 41% de mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Tercera.-** La característica que influye en la elección del tipo de lactancia materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa fue la experiencia previa con el tipo de lactancia elegido.



RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda a las jefaturas de los Servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital Goyeneche, mejorar la estrategia de promoción de la lactancia materna exclusiva, en base a los diez pasos para una lactancia materna exitosa definidos por el programa de Establecimiento de Salud como amigos de la Madre, la Niña y el Niño, esto, con el fin de lograr un mayor conocimiento sobre los beneficios que esta práctica implica tanto en la madre como en el niño; esta recomendación parte desde promover una adecuada consejería en la etapa prenatal y cambios en la etapa postnatal a cargo de la Institución, entre las que podemos destacar: la rutina hospitalaria referente al alojamiento conjunto, apego precoz al momento del nacimiento y aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario; incentivando a las madres la formación de grupos de apoyo comunitario en su zona de residencia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Dalmau Serra J, Ferrer Lorente B, Vitoria Miñana I. Lactancia artificial. *Pediatría Integral* [Internet]. 2015; (XIX (4)):251-259. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/07/Pediatria-Integral-XIX-4_WEB.pdf
- 2) Aguayo J, Gómez A, Hernández MT. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. *Manual de LM. De la teoría a la práctica*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2008.
- 3) Rocha A, Oliveira R, Leal I. The influence of breastfeeding on children's health, well-being and development: A theoretical and empirical review [Internet]. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(2):103-14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000200013
- 4) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Lactancia Materna. Cartillas informativas*. 2020. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf
- 5) Ministerio de Salud (Perú). *Lactancia Materna*. 2020 Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>.
- 6) Niño M. R, Silva E. G, Atalah S. E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva [Internet]. *Rev. chil. pediatr*. 2012; 83(2):161-169. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v83n2/art07.pdf>
- 7) Ministerio de Salud. Documento técnico. curso taller “promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño” 2009. 1st ed. Lima; 2009. Disponible en: http://www.saludarequipa.gob.pe/promocion/archivos/lactancia_materna/documentos%20normativos/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf

- 8) Aguilar S, Ayerbe R. Lactancia materna basada en la evidencia. GARNATA 91, 2012; N° 22: 41-45.
- 9) Hedberg K, Häggkvist AP, Ness M, Kylberg E et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. JJ Hum Lact, 2012;28(3):289–296. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0890334412441862>
- 10) Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista chilena de pediatría, 2017; 88(1): 07-14.
- 11) Rodríguez CR, Prieto ME, Payan M, Quesada MM. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC. 2010; 14(3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf>. DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001
- 12) Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., & Hermoso Rodríguez, E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria, 2015; 31(2), 606-620.
- 13) Félix JA, Martínez E, Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Pediatría de México, 2011;13(2):47-56. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>
- 14) García-Onieva M. Lactancia artificial: técnica, indicaciones, fórmulas especiales. Pediatr Integral 2007; XI (4):318-326. Disponible en: https://rafael.delrosal.com/sites/default/files/field/files/lactancia_artificial.pdf
- 15) Moreno JM. Actualización en fórmulas infantiles, An Pediatr Contin 2011; 9:31-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S169628181170004X>
- 16) Martínez Suárez V, Moreno Villares JM. Lactancia artificial. Cruz. Tratado de Pediatría. 11.ª ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2014.

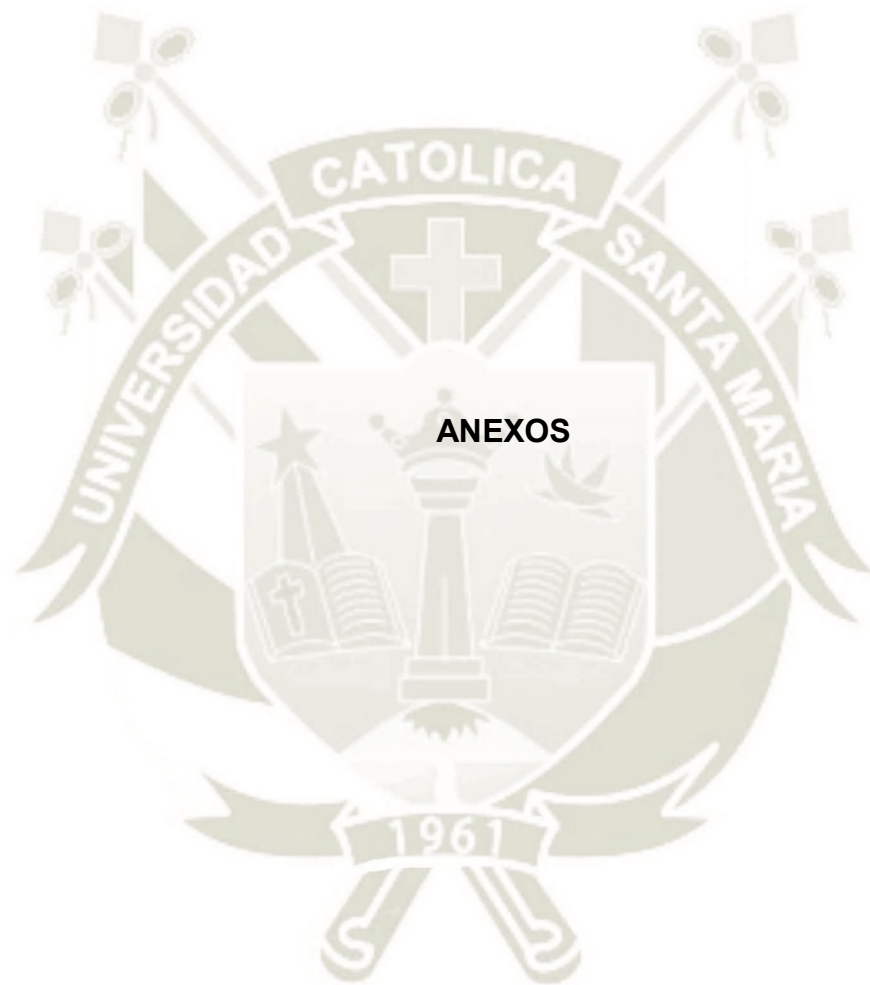
- 17) Usnayo LI. Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna y la Actitud en Puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Junio del 2017. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia y Puericultura], Universidad Católica de Santa María, 2017
- 18) Álvarez RH. Nivel de Conocimiento y Eficacia sobre Lactancia Materna en Madres de Recién Nacidos que Acuden al Primer Control en el Consultorio de Neonatología del Hospital III-1 Goyeneche – 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano], Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017
- 19) Ramirez MI, Sotelo YC. Evaluación de la técnica de lactancia materna durante el puerperio mediato en madres de recién nacidos de partos eutócicos en el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Hospital III Goyeneche Arequipa 2011. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura]. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2011.
- 20) Pereyra-Elías R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú. Archivos de Medicina, 2015; 11(3): 11. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-al-abandono-de-lalactancia-materna-exclusiva-en-unamuestra-de-madres-de-lima-per2013.pdf>
- 21) Salinas Rosas FM. Prácticas hospitalarias de promoción y fomento de lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013. [Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano]. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013
- 22) Delgado L, Nombra F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería], Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2013.
- 23) Ludeña LN, Ocampo SG. Conocimiento y aplicación de las técnicas de lactancia materna en las madres lactantes que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Regional Isidro Ayora y del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja durante el año 2009. Con estrategia de intervención. [Tesis previa a la

- obtención del título de Médico General]. Universidad Nacional de Loja, Ecuador, 2010.
- 24) Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau-Chile. Revista Chilena de Pediatría, 2000; 71(2):98-106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000200004>.
- 25) Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. 2020. MIMP - Lactarios Institucionales. [online] Available at: <<https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/estadisticas.html>> [Accessed 11 March 2020].
- 26) Instituto nacional de estadística e informática. 2020. [online] Available at: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap010.pdf> [Accessed 13 March 2020].
- 27) Flores Calderón, F., 2016. Factores Que Influyen En El Uso De Fórmulas Lácteas En Madres Atendidas En El Centro De Salud Ampliación Paucarpata. Enero A Febrero. Arequipa 2016. Titulación. Universidad Católica de Santa María.
- 28) Callata Valladares, H., 2017. Factores Asociados A Inicio Temprano De La Lactancia Materna Mixta En Niños Y Niñas Menores De 6 Meses En El C.S. La Flor De La Red De Salud Túpac Amaru. Título de Especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 29) Alvins C., Briceño A. Conocimientos de las Madres Adolescentes sobre los beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva, Chile, 2011. [Internet] 2011 [acceso 20 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/-TIEWS125A582011.pdf>
- 30) Flores Pacheco M. Conocimiento y práctica en lactancia materna exclusiva en las etnias del municipio de Rurrenabaque 2011 [tesis doctoral]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2014
- 31) Oliver Roig, A., 2012. En El Análisis Se Da Que El 75% De Los Lactantes Usan O Usaron Fórmulas Lácteas Y Que Es Más Predominante Al Nacimiento

(43.3%), Mientras Menos Edad Tiene El Niño Mayor Es El Uso De Fórmulas Lácteas. Doctorado. Universidad de Alicante.

- 32) Martínez Galiano, J. and Delgado Rodríguez, M., 2012. Early Initiation Of Breastfeeding Is Benefited By Maternal Education Program. 3rd ed. [ebook] Spain: Elsevier. Available at: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S225548231370465X?token=22691430D5DF939CD89A4ADA4303AE9EB7177766E513CB0B3EF5D37B9CBF0A24EED9FD5687EA01466278CEA505F2273C>> [Accessed 15 March 2020].





Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Preferencia de lactancia:

Leche materna exclusiva Alimentación artificial Mixta

Cantidad aprox.: _____ Cantidad aprox.: _____ Cantidad aprox.: _____

Características maternas:

Edad: _____ años

Instrucción: Ilustrada Primaria completa Secundaria completa Superior completa

Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior incompleta

Ocupación: Su casa Estudiante Empleado Trabajadores de servicios

Agricultores Artesanos Otros (limpiadores, ambulantes, etc.)

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda

Paridad: Nulípara Primípara Multípara Gran multípara

Experiencia previa con lactancia: Ninguna L. Materna exclusiva

Alimentación artificial Mixta

Controles prenatales: _____ controles

Recibió consejería en Lactancia materna: No Sí

Si usted marcó si, en que momento recibió la consejería:

Durante controles prenatales

Antes de parto

Después de parto

¿Qué motivos la llevaron a decidir sobre el tipo de alimentación que da / dará a su niño?

Precio

Disponibilidad

Necesidad de preparación

Mejores propiedades nutritivas

Mejores propiedades de protección

Sabor

Mayor contacto con el bebé

Cantidad de producción de leche

Calidad de leche

Disponibilidad de tiempo

Otra _____

La leche artificial que usted utiliza en la alimentación artificial de su niño es:

Fórmula estándar

Fórmula especial hidrolizada

Fórmula especial altamente hidrolizada

La leche artificial que utiliza fue PRESCRITA por un médico pediatra: SI NO

¿Es UD. Consciente de que la alimentación artificial debe ser prescrita y no auto medicada?

SI NO

Gracias por su participación.

Anexo 2.

Consentimiento informado

Título del proyecto “Factores que influyen en la preferencia de lactancia materna con fórmula en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019”

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación con el objetivo de identificar mis preferencias de lactancia para mi bebé.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en contestar las preguntas y proporcionar la información solicitada.

Yo entiendo y se me ha explicado lo siguiente:

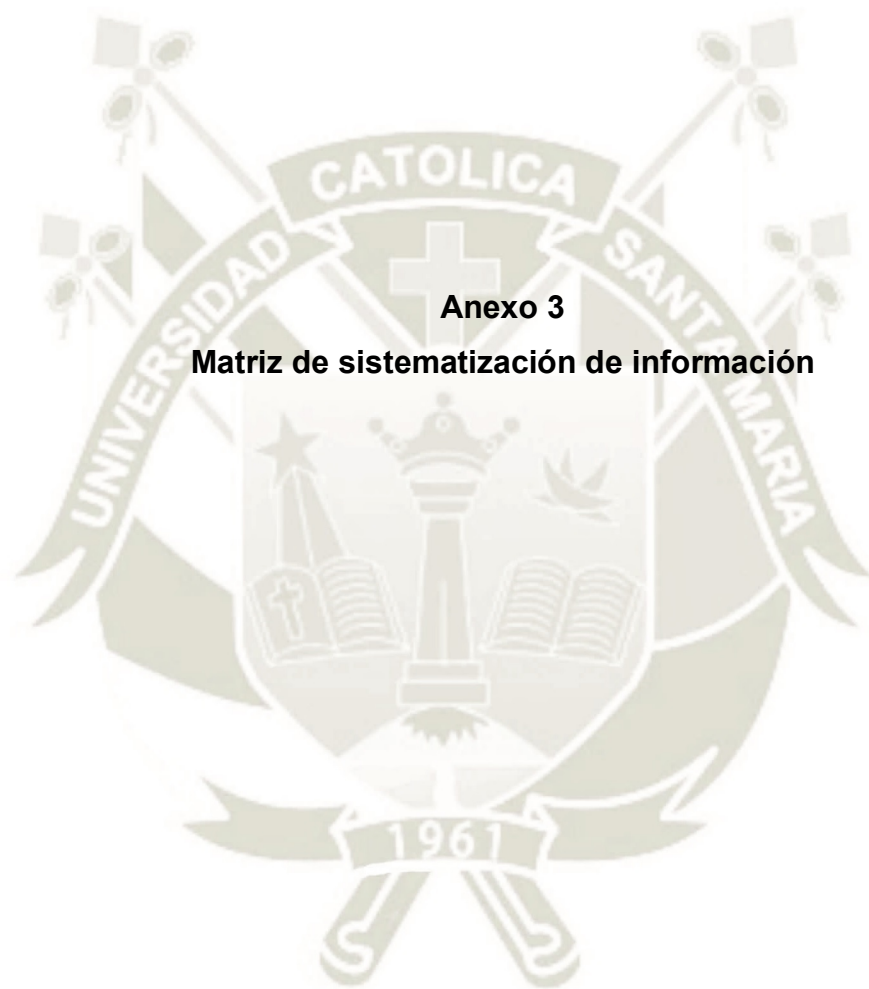
1. No se aplicará ningún procedimiento ni intervención que ocasione un riesgo a la salud
2. Podré retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee
3. Los resultados de este estudio podrán ser publicados pero mi nombre o mi identidad no serán reveladas.
4. Si rechazo participar de este proyecto no existirá ningún cambio en la atención brindada hacia mí.
5. Este consentimiento será dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

Firma y/o huella digital del participante
que da su autorización
DNI

Nombre del Investigador principal: Faride Aróstegui Carrera

Fecha



Anexo 3

Matriz de sistematización de información



Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREFERENCIA DE SUCEDÁNEOS DE
LECHE MATERNA EN MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2019**

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

Aróstegui Carrera, Faridde

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Gutiérrez Morales, Javier Herbert

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, y recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Sin embargo, en algunos estudios el porcentaje de madres que dan lactancia materna (72,4%) disminuye a menos de la mitad cuando se habla de niños de más de seis meses (46,8%). Estos datos indican que existe todavía una gran parte de la población infantil que es alimentada durante el primer año con preparados para lactantes o preparados de continuación (1).

Como estudiante de medicina y sobre todo en el periodo del internado, e incluso en situaciones cotidianas, se observa que muchas mujeres, inclusive las que ya han tenido la experiencia de ser madres, prefieren la lactancia con fórmula por sobre la lactancia materna exclusiva, aduciendo múltiples razones, desde la falta de tiempo, la practicidad y la calidad “superior” de las leches reforzadas. A pesar de ser el Hospital Goyeneche un hospital amigo de la lactancia materna, se ha observado que muchas madres manifiestan la decisión de alimentar a sus hijos recién nacidos con lactancia artificial o mixta, por lo que surge el interés para realizar la presente investigación.

Nuestros resultados contribuirán a identificar puntos específicos para la consejería adecuada a las madres que están en situación de dar de lactar para mejorar la alimentación de los neonatos con lactancia materna exclusiva.

Los resultados del presente estudio permitirán establecer si la preparación de las mamás es realmente una estrategia en la que se debe incidir para favorecer la lactancia materna exitosa.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general : Ciencias de la Salud
- Área específica : Medicina Humana
- Especialidad : Medicina
- Línea : Lactancia materna

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
V. dependiente			
Preferencia de lactancia	de Manifestado por la madre	Lactancia materna exclusiva / Sucedáneos de leche materna	Nominal
V. independientes			
Edad de madre	de la Fecha de nacimiento	de Adolescente (< 20 a) Adulta (20-34 a) Añosa (35 a más)	Ordinal / De razón
Instrucción	Último año aprobado	Illetrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal

Ocupación	Grupo ocupacional	Estudiante, su casa, independiente, empleada, obrera	Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltera, separada, conviviente, casada.	Nominal
Paridad	Partos previos	Primípara, múltipara	Nominal
Experiencia previa lactancia	Forma de lactancia hijos anteriores	de Ninguna, en materna lactancia fórmula exclusiva, lactancia mixta,	Nominal
Controles prenatales	Carné CPN en Manifestado por la madre	de Mínimo aceptado por MINSA Recibió / No recibió	< de 4 4 a más Nominal

Variables intervinientes

Motivos de preferencia	Razones de la madre	Fácil disponibilidad Practicidad Costo Mejores propiedades nutritivas Mejores propiedades protectoras Mejor contacto con el neonato Sabor Otras	Nominal
------------------------	---------------------	--	---------

c) Interrogantes básicas

1. ¿Con qué frecuencia se prefieren sucedáneos de leche materna sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa?

2. ¿Cuál es el tipo de alimentación empleada o planeada para el neonato (leche materna exclusiva, sucedáneos de leche materna exclusiva o mixta) en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019?
3. ¿Cuáles son las características de la madre o de la atención del embarazo que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019?

- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- e) **Nivel de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo y transversal según Douglas Altman.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** Aunque existen diversos estudios sobre lactancia materna en el Hospital Goyeneche, ninguno ha abordado las razones de la preferencia de sucedáneos de leche materna a pesar de la promoción de la lactancia materna exclusiva.
- **Relevancia científica:** Se pone en manifiesto la existencia de factores sociales y educativos que influyen en la preferencia por la forma de alimentación de lactantes en un grupo particular de madres.
- **Relevancia práctica:** Permitirá identificar los factores y motivos que requieren de reforzamiento para una mejor promoción de la lactancia materna exclusiva en un grupo de madres.
- **Relevancia social:** Se beneficiará a las mujeres que planean dar de lactar o que están dando de lactar a sus neonatos, para mejorar la calidad de alimentación y lograr cambios significativos para futuros embarazos o que sirva como catalizador para la promoción de la lactancia materna exclusiva en el entorno social de la madre.
- **Contemporaneidad:** La promoción de la lactancia materna exclusiva es una preocupación de la estrategia de salud del MINSA para mejorar la salud de las mujeres y de la población infantil.
- **Factibilidad:** Por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población permanente de atención en un hospital amigo de la

lactancia materna exclusiva.

- **Motivación personal:** Por el interés de realizar una investigación en el área de la lactancia materna.
- **Contribución académica:** En el campo de la medicina, por la generación de conocimientos que se aplicarán a la solución de problemas frecuentes en la población y generarán nuevos conocimientos a partir de futuras investigaciones.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el alimento ideal durante los primeros meses de vida de los infantes, debido a sus beneficios nutricionales e inmunológicos ampliamente comprobados; asimismo, la lactancia retrasa la reanudación de la ovulación y del ciclo menstrual, disminuyendo la fertilidad natural y aumentando los intervalos entre partos, lo que a su vez repercute sobre la salud del niño, puesto que se ha demostrado que, con un intervalo de dos años, la mortalidad neonatal (muerte antes de los 28 días de edad) y la infantil pueden disminuir en 10 y 16% respectivamente (2).

En las últimas décadas, después del auge de los productos lácteos industrializados para bebés, ha habido un profundo interés en el estudio de la composición química de la leche materna y sus beneficios, y se ha llegado a la conclusión de que el seno materno es insustituible, y debe darse al bebé por lo menos en los primeros meses de vida. La leche materna varía en su contenido de nutrimentos de una mujer a otra, dependiendo, sobre todo, de la alimentación de la madre. También varía según la hora del día o su etapa de lactancia. Durante los primeros cinco días, la secreción láctea se llama "calostro", y es muy rica en proteínas, anticuerpos y vitaminas, con bajo contenido en grasa y azúcar. La leche secretada a partir del primer mes es la leche "madura", y la que se secreta entre el sexto día y el primer mes se denomina leche de transición. En términos generales, la leche contiene todos los nutrientes que el bebe necesita; ayuda a fortalecer su sistema inmunológico y lo protege de diversas enfermedades, ya que contiene anticuerpos y células defensoras; es fácil de digerir y favorece una buena relación madre-hijo (3).

Según la OMS y el MINSA la lactancia materna es una práctica saludable por ser: **Segura**, ya que contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias, especialmente el asma; **sensata, porque** contiene los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas y de calidad sin igual; **sostenible, al** contribuir a la seguridad alimentaria de la familia y **satisfactoria, porque al**

dar de lactar se crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño (4,5).

2.2. FACTORES QUE FAVORECEN LA LACTANCIA MATERNA

Existen 2 tipos de factores que influyen en la lactancia materna:

- **Factores Favorecedores:** Cuando la madre presenta una edad madura, un mayor nivel de estudios, decisión y confianza de dar de lactar a su niño, contar con el apoyo familiar, múltipara, que haya recibido educación maternal, que haya realizado sus controles prenatales en forma eficiente y completa en su centro de salud, sin factores de riesgo social, que viva favorablemente su embarazo, practicas hospitalarias adecuadas (si el parto es eutócico realizar un buen contacto precoz) y tener un buen alojamiento conjunto madre – niño.
- **Factores Desfavorecedores:** Cuando la madre es adolescente, con factor de riesgo social, mala relación familiar, que tenga sus propias culturas y por ende diversas creencias, que trabaje, que le regalen leche maternizada, una atención en hospitales y/o centros de salud con prácticas erróneas, con hijos previos, recién nacido sea varón, parto atendido en hospital grande, uso en el hospital de biberones o chupetes, niño prematuro o de bajo peso al nacimiento (6).

Según los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú dado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del MINSA, “el niño debe continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o más años de edad” asociado desde el 7 mes a la alimentación complementaria (7).

El Perú ha firmado con la OMS, OPS y UNICEF el acuerdo de cumplir con los 10 pasos para lograr la “Lactancia Materna Exitosa” que deben ser implementados en todo establecimiento de salud que tenga un servicio de maternidad y de cuidados de recién nacidos, incluye:

1. Disponer de una norma escrita referida a la lactancia materna y darla a conocer a todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud para poner en práctica la norma.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo deben dar de lactar a los niños y cómo deben de seguir manteniendo la lactancia materna si ellas tienen que separarse de sus hijos.
6. Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Dar facilidad para que la madre y su niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. Evitar dar biberón o chupón a los niños alimentados a pecho.
10. Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del establecimiento de salud (8,9).

Es importante verificar cuando el niño recibe la primera toma de leche materna, llamada “calostro”, la cual se da dentro de la primera hora de vida después del nacimiento; de tal manera que el reflejo de succión estimule la producción de leche en la madre y a su vez fortalezca la relación madre – hijo, con lo cual se favorece a su desarrollo psicológico y ayuda a garantizar su supervivencia (10).

2.3. Barreras para la lactancia materna

Toda mujer puede dar de mamar. Sin embargo, existen algunas barreras que pueden dificultar una lactancia exitosa tales como: la ansiedad asociada a temores mal infundados acerca de producir suficiente leche para cubrir las necesidades y la demanda de su hijo, los mitos y creencias de su cultura, el ambiente que la rodea, la falta de información consistente y correcta acerca del amamantamiento, prácticas hospitalarias inadecuadas, disponibilidad y exhibición de fórmulas infantiles, falta de confianza de la madre en sí misma,

deseos de rápida pérdida de peso post-parto, falta de flexibilidad en el lugar de trabajo y falta de apoyo familiar, entre otras (11).

La mayoría de mujeres reconocen los beneficios de la lactancia materna y el valor de protección contra enfermedades, la unión entre madre e hijo y una multitud de otros beneficios de la lactancia materna. A pesar de que las mujeres valoran estos beneficios, estudios han demostrado que muchas perciben que existen barreras, absteniéndolas de dar de amamantar por el tiempo recomendado o el deseado. Estas barreras incluyen preocupación por lastimaduras al amamantar, teniendo que alimentar al bebé en público cuando tenga hambre, lo cual puede resultar embarazoso; falta de apoyo por parte de la familia, amigos, o proveedores del cuidado de la salud; falta de confianza acerca de tener suficiente leche, y tener que regresar al trabajo o escuela (11).

2.4. Ventajas de la lactancia materna

a) Ventajas nutricionales

- Las necesidades nutricionales son distintas en un recién nacido que a la edad de 5 o 6 meses.
- Son diferentes tanto en cantidad como en la calidad de la leche que se ha de aportar.
- La leche materna, a diferencia de las leches adaptadas que se mantienen constantes, varía su composición adaptándose en todo momento a las necesidades del niño.
- Resaltamos que no solo cambia su composición a lo largo de los meses, sino que incluso en la misma toma.
- Cuando el niño se acerca al pecho para mamar, aparte de hambre también tiene sed por lo que la leche que recibe al principio es muy líquida y dulce, con lo que sacia su hambre y calma su sed.
- Según avanza la toma, se va haciendo más cremosa y espesa por su alto contenido en grasas.

- Cuando cambia de pecho, se vuelve a iniciar el ciclo y viene a ser como un vaso de agua en medio de la comida (11,12).

b) Ventajas biológicas

- El niño alimentado a pecho presenta un número menor de enfermedades que el alimentado con leches maternizadas.
- Existen, en la leche materna, gran cantidad de factores biológicos que lo protegen contra distintos tipos de patología.
- Contiene una cantidad importante de inmunoglobulinas, sustancias activas frente a gérmenes agresores, que logran disminuir la incidencia de diversas enfermedades.
- Destacaremos entre ellas algunas como son la difteria, tétanos, estreptococias, estafilococias, otitis, enteritis, etc. ...
- Contiene, asimismo, unos azúcares que favorecen el crecimiento del *Lactobacilo Bífido* que además de ayudar a hacer la digestión disminuye la proliferación excesiva de otros gérmenes y hongos.
- También aporta enzimas específicas para digerir otros nutrientes (10).

c) Ventajas psicológicas

- La alimentación "al pecho" posibilita un contacto íntimo entre madre e hijo. Se ve prolongada, en el exterior, la relación establecida durante la gestación.
- Con ello, se le facilita al niño el reconocimiento de la madre y la posibilidad de establecer un "diálogo" de miradas y caricias.
- Esta forma de actuar consigue la comunicación y la seguridad afectiva. Son los dos motores fundamentales del desarrollo psicológico y físico de su hijo (10).

d) Ventajas físicas

- La ausencia de manipulación evita la posibilidad de contaminación y que un error adultere la composición de la leche.
- No necesita ser hervida y está disponible en todo momento.
- Su temperatura es la ideal.
- Evita el trasiego de cacharros que comporta la preparación del biberón.
- Decir, por último, que, desde el punto de vista de la economía familiar, la alimentación materna presenta obvias ventajas (12).

2.5. SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERÚ

Existen avances significativos en los indicadores de la lactancia materna que utiliza la Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna sigue siendo la forma preferida de alimentar a los recién nacidos en el Perú en un 97.9%. En la actualidad, aproximadamente uno de cada dos niños inicia la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, a diferencia del año 1992 que eran uno de cada cinco niños, quienes la iniciaban. La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 4 meses se ha incrementado de 40.3% en 1992 a 72.5% en el ENDES 2000 y en menores de seis meses se incrementó de 52.7% en 1996 a 67.2% en el año 2000, según ENDES (5).

Los patrones de alimentación en el niño influyen en su estado nutricional condicionando su potencial de desarrollo y crecimiento; por esta razón es importante crear conciencia sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva; sin embargo, el inicio temprano de la leche en biberón sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita los beneficios de la lactancia materna, al exponer al niño a sustancias contaminantes del medio ambiente. Por esta razón es importante tener conocimiento sobre las técnicas de lactancia materna.

En el 2004 el ENDES-Continua, encontró un descenso con respecto al año 2000, solo el 64% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad, y con respecto al uso del

biberón en niños menores de 6 meses, el ENDES 2000 reporta un 24% y el ENDES-Continua 2004 un 34% (incrementándose en 10 puntos). Relacionándose con diversos factores, entre ellos, el incremento en los últimos años de la necesidad de la mujer por aumentar su carga laboral (7).

2.6. La lactancia artificial

Cuando la lactancia materna no es posible, deben utilizarse fórmulas adaptadas cuya composición está regulada según directrices de diversos organismos internacionales. La industria alimenticia intenta desarrollar fórmulas infantiles que consigan un mejor crecimiento y desarrollo del niño, la prevención de deficiencias nutricionales subclínicas y un mejor desarrollo de las funciones inmunológicas. Es importante que las fórmulas reúnan criterios de seguridad; por lo que, los límites de tolerancia serán amplios, sin adicionar suplementos cuyo beneficio no esté avalado con total seguridad (14).

Las fórmulas adaptadas, diseñadas para alimentar al lactante con biberón, sustituyendo total o parcialmente la leche materna, se fabrican a partir de la leche de vaca y están concebidas para el lactante sano a término o para pretérminos grandes (peso al nacer > 2.500 g) (14).

2.6.1. Tipos de leche artificial

Se recomiendan dos tipos de fórmulas:

- **Fórmula de inicio:** satisface las necesidades del lactante hasta los 6 meses y puede utilizarse después de esta edad junto a otro tipo de alimentos.
- **Fórmula de continuación:** forma parte de un régimen de alimentación mixto y se utiliza después de los 4-6 meses de edad. Puede utilizarse hasta los 3 años con ventajas nutricionales sobre la leche de vaca (1).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda un único tipo de fórmula para todo el primer año de vida con una composición similar a la de inicio y enriquecida con hierro.

La adición de diferentes sustancias a las fórmulas adaptadas con el propósito de imitar al máximo la composición de la leche materna sigue siendo motivo de investigación. Se precisan, sin embargo, estudios a largo plazo para aceptar en su totalidad las recomendaciones actuales (14).

a) Fórmulas anti-estreñimiento

Existe una relación entre la consistencia de las heces y la eliminación de jabones cálcicos. En los alimentados al pecho, las heces son más blandas y ello se debe a que presentan menos jabones cálcicos en las mismas. En la leche materna, el 70% de los ácidos grasos están en posición beta y son hidrolizados adecuadamente por la lipasa. En las Fórmulas Adaptadas, los ácidos grasos están mayoritariamente en posición alfa y, al no ser hidrolizados, quedan ácidos grasos libres que se absorben mal y se unen al calcio formando jabones cálcicos insolubles. La modificación de los triglicéridos en estas fórmulas conlleva un mayor número de ácidos grasos en posición beta. Existe la posibilidad de que estas leches, además de ablandar las heces, permitan una mejor absorción del calcio de la leche y un enriquecimiento del contenido mineral óseo (14).

b) Fórmulas anti-cólico

Las fórmulas anti-cólico están modificadas; ya que, se han hidrolizado parcialmente las proteínas, se añade dextrinomaltosa, se suprime el almidón y se incorporan triglicéridos de cadena media como principal grasa. En algunas fórmulas se añade fibra(14).

c) Fórmulas suplementadas con nucleótidos

La importancia de los nucleótidos ha ido en aumento por el papel que juegan en la protección contra las enfermedades infecciosas a través de la maduración de los linfocitos T, activación de macrófagos y de células NK. Los lactantes alimentados con estas leches presentan mayor respuesta inmune a la vacuna de Haemophilus b y difteria, así como menor incidencia de diarrea infecciosa(14).

d) Fórmulas con efecto bifidógeno

En la leche materna, existen oligosacáridos que tienen una acción antiinfecciosa, ya que actúan como prebióticos, favoreciendo el desarrollo de la flora bifidógena protectora. Asimismo, se unen a enterotoxinas y enteropatógenos, evitando su acción contra el enterocito. La adición de oligofruktosa e inulina a las leches infantiles va a producir una mayor eliminación de bifidobacterias y lactobacilos en heces, así como que éstas sean más blandas. La adición de prebióticos (bifidobacterias o lactobacilos) también favorece la aparición de bifidobacterias en las heces de los lactantes alimentados con estas fórmulas, aunque en cantidades variables(14).

e) Fórmulas adaptadas y desarrollo cognitivo

Desde hace unos años se están desarrollando FA que adicionan ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL), araquidónico y docosahexaenoico (DHA) para asemejarse a la leche materna; ya que, en los niños alimentados con fórmulas adaptadas, las concentraciones de DHA y araquidónico, en plasma y en la membrana eritrocitaria, son menores que en los lactados al pecho. Asimismo, se ha encontrado menor cantidad de DHA en corteza cerebral en los alimentados con fórmula. La adición de estos ácidos grasos y su relación con el desarrollo psicomotor, agudeza visual y crecimiento, ha sido ampliamente estudiada. La recomendación actual es que, en niños a término, el 0,2% de los ácidos grasos debe ser DHA y el 0,35%, araquidónico. En niños pretérmino, las cifras deben ser 0,35 y 0,4%, respectivamente. Algunas fórmulas adicionan taurina por su beneficio potencial, en pretérminos, en la neurotransmisión inhibitoria del cerebro y conjugación de sales biliares, así como carnitina, que interviene en la utilización mitocondrial de los ácidos grasos libres (14).

f) Fórmulas especiales para lactantes

En la actualidad, existe un gran número de fórmulas lácteas destinadas a alimentar a aquellos lactantes que, por distintas patologías, no pueden serlo con una fórmula adaptada o con leche de vaca (15).

- **Fórmulas anti-regurgitación.** Las regurgitaciones son frecuentes en los primeros meses de vida del lactante, con tendencia a desaparecer espontáneamente hacia los 12-18 meses. Tradicionalmente, se utilizaban los cereales para espesar los biberones y, más recientemente, se han desarrollado las fórmulas anti-regurgitación (FAR), que tienen incorporado un espesante (harina de algarrobo, almidón de maíz o almidón de arroz), que aumenta su viscosidad. La harina de algarrobo, al no ser digerida, es fermentada, aumentando el tránsito y ablandando las heces; suelen producir dolor abdominal y diarreas leves. Los almidones no tienen estos efectos y son bien digeridos. La relación caseína/lacto proteína está invertida, con un claro predominio de la primera por el efecto tampón de la caseína sobre la acidez gástrica. El contenido de lípidos es menor, para así aumentar el vaciamiento gástrico. En general, estas fórmulas tienen una menor concentración de lactosa y un aporte aumentado de fosfato inorgánico; por lo que, puede verse comprometida la absorción del calcio. Las FAR disminuyen el número de regurgitaciones, pero no los episodios de reflujo gastroesofágico (RGE); por lo que, pueden ser perjudiciales en casos de RGE importante que podría quedar enmascarado. Asimismo, se ha descrito un incremento de la tos con el uso de estas fórmulas. Estos aspectos, junto a las repercusiones nutricionales (disminución de biodisponibilidad del calcio, cinc, hierro, etc.), hacen que su indicación deba ser siempre realizada por el pediatra, que hará un adecuado seguimiento del desarrollo del lactante (15).

- **Fórmulas sin lactosa.** La lactosa es el principal carbohidrato de la leche que precisa de la enzima lactasa para ser desdoblada en glucosa y galactosa. La galactosa es fundamental para la formación de galacto-cerebrósidos del sistema nervioso central y la glucosa para inducir la formación del glucógeno hepático. La lactosa juega un importante papel en la absorción del calcio y obtención de masa ósea e induce la formación de flora acidófila en el colon. Su retirada, por tanto, de la alimentación del lactante es un hecho nutricionalmente muy importante que debe ser bien meditado y valorado. En las fórmulas sin lactosa (FSL) ésta ha sido sustituida por otro hidrato de carbono (en general, dextrinomaltosa) de forma total o parcial. Las indicaciones para el uso de una fórmula sin lactosa son raras actualmente. Las diarreas agudas y sus complicaciones, que fueron la principal indicación, son cada vez menos frecuentes y menos graves. El uso de una FSL se limitaría a lactantes pequeños, con malnutrición o deshidratación grave. En niños mayores con déficit de lactasa de comienzo tardío (forma del adulto) suele ser suficiente disminuir los volúmenes de leche y utilizar yogures o quesos o bien añadir lactasa a la leche de consumo (15).
- **Fórmulas hidrolizadas.** Las fórmulas hidrolizadas, llamadas también “semielementales”, se desarrollaron para el tratamiento de problemas de mal digestión - malabsorción. Con el paso del tiempo, sus indicaciones se han ido ampliando, siendo la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV), ya sea mediada por IgE, IgG o inmunidad celular y, en especial, la enteropatía inducida por leche de vaca, las principales indicaciones. En lactantes de alto riesgo de atopia, están indicadas para la prevención de la APLV. Las proteínas se aportan como péptidos de pesos moleculares inferiores a 1.500 dalton, los hidratos de carbono en forma de dextrinomaltosa y los lípidos como triglicéridos de cadena corta (MCT) y un aceite que contenga ácidos grasos esenciales. La disminución de las indicaciones de FH en cuadros de malnutrición

y su aumento en los de APLV ha estimulado la investigación de fórmulas con proteínas parcialmente hidrolizadas (F-PH) conteniendo péptidos superiores a 5.000 dalton, siendo los hidratos de carbono, lípidos y vitaminas, similares a las fórmulas de inicio. Estas fórmulas, llamadas “hipoantigénicas o hipoalergénicas”, no han demostrado, de forma convincente, su eficacia para la prevención de la sensibilización a proteínas de leche de vaca. Su uso está absolutamente contraindicado en el tratamiento de la APLV. Desde mediados de la década de los 90, se fabrican fórmulas altamente hidrolizadas con el resto de componentes similares a las fórmulas adaptadas. Estas fórmulas, llamadas extensivamente hidrolizadas (FEH), tienen las mismas indicaciones que las hidrolizadas, pudiendo ser de elección en los casos de APLV sin afectación del estado nutricional, que requeriría la utilización de dextrinomaltoza y MCT. También, se consideran adecuadas para la prevención de APLV. Se han detectado restos de proteínas lácteas asociados a la lactosa en las FEH; por lo que, estarían contraindicadas en pacientes altamente sensibilizados. La utilización de FH debe ser adecuadamente vigilada, ya que se han descrito repercusiones nutricionales en los lactantes tratados: deficiencia de vitaminas, baja absorción de calcio y desequilibrio en la composición de aminoácidos (15).

- **Fórmulas de soja.** Su utilización se ha visto recortada en la actualidad por la aparición de otras alternativas más eficaces. La ausencia de lactosa de estas fórmulas disminuye la absorción del calcio y mineralización ósea, que puede verse aún más comprometida por la presencia de fitatos, que disminuyen también la absorción de cinc, magnesio, hierro y cobre. En cualquier caso, no se han descrito efectos indeseables con las fórmulas comercializadas. Contienen una alta concentración de manganeso, aluminio y fitoestrógenos, cuya posible repercusión a largo plazo se desconoce, pero que hacen recomendable la utilización de estas fórmulas en las siguientes situaciones:

- Necesidad de dietas exentas de lactosa y/o galactosa.
- Lactantes de familias vegetarianas cuyos padres no desean utilizar proteínas de origen animal.
- APLV mediada por IgE en lactantes mayores de 6-12 meses que no presentan alteraciones digestivas o malnutrición (15).
- **Dietas elementales.** Están compuestas de L aminoácidos, dextrinomaltosa, aceite de maíz y triglicéridos de cadena media. Su capacidad antigénica se considera nula, pero su mal sabor, alta osmolaridad y falta de estudios a largo plazo que evalúen la absorción de aminoácidos, vitaminas y minerales, limitan su utilización a aquellos pacientes en los que otras fórmulas han fracasado y en los casos de malnutrición grave (15).
- **Leches para prematuros.** La alimentación del lactante prematuro tiene como objetivo conseguir un crecimiento y composición corporal similares al de un feto sano de la misma edad gestacional. La leche materna será siempre de elección; ya que, las leches de madres de prematuros son más ricas en nutrientes que las de los nacidos a término. Sin embargo, estas leches son deficitarias en proteínas, calcio, fósforo, sodio y vitaminas A y D y riboflavina. Cuando la lactancia materna no es posible, se pueden utilizar fórmulas para prematuros que, en general, tienen mayor densidad calórica con ingestas más pequeñas y mayor aporte proteico, añadiendo taurina, carnitina y nucleótidos. Los hidratos de carbono serán, fundamentalmente, lactosa, aunque ésta debe sustituirse, en parte, por polímeros de glucosa debido a la deficiencia relativa de lactasa. La cantidad de grasas es, asimismo, más elevada, añadiéndose triglicéridos de cadena media, que se absorben mejor, y se recomienda incorporar DHA y ácido araquidónico. Se precisa aumentar el contenido en Ca y P para una mejor mineralización ósea, siendo el cociente Ca/P de 1,7. Estas fórmulas deben mantenerse hasta el momento del alta y prolongar su uso en niños con displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita o percentil de peso por debajo del Percentil 3 (16).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local

Autor: Usnayo LI

Título: Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna y la Actitud en Puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Junio del 2017.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2017

Resumen: Se realizó una investigación prospectiva y transversal que involucró un total de 98 puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, el estudio se realizó en el mes de junio. Se aplicaron dos encuestas estructuradas y validadas; la primera compuesta por la variable independiente donde se empleó un cuestionario con 11 ítems, el cual está constituido en dos partes: uno sobre la información de datos generales y la otra parte para obtener información sobre conocimientos de la madre sobre Lactancia Materna. La segunda compuesta por la variable dependiente en la cual se empleó un cuestionario con 18 ítems que está constituido con información de actitudes hacia la Lactancia Materna. De las 98 puérperas encuestadas, el 45.9% de las puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 18-24 años, el 44.9% tienen 2 hijos, el 95.9% son convivientes, el 87.8% tienen instrucción secundaria completa y el 63.3% proceden de Arequipa. Se observó que el 59.2 % de las puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz con nivel de conocimiento alto tienen actitudes favorables sobre la lactancia materna (17).

Autor: Álvarez RH

Título: Nivel de Conocimiento y Eficacia sobre Lactancia Materna en Madres de Recién Nacidos que Acuden al Primer Control en el Consultorio de Neonatología del Hospital III-1 Goyeneche – 2017.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017

Resumen: El estudio se realizó en forma prospectiva mediante el uso de formulario de encuesta, observación directa y muestreo por conveniencia de 100 diadas madres que cumplían los criterios de inclusión. En el periodo de estudio se observó madres con edad promedio 26.3 años (mínima de 14 años y máximo de 40 año) y un promedio de número de hijos de 1.78 (mínimo 1 y máximo 5). Un 36% tuvieron una edad entre 21 a 25 años, un 70% tuvieron partos eutócicos, además un 22% obtuvo un nivel de conocimiento alto y respecto a la eficacia de lactancia un 75% fue adecuado. En relación al nivel de conocimiento de lactancia materna se vio que las madres en edades entre 26 a 30 con el grupo de madres con edades mayores a 35 años obtuvieron un conocimiento alto respecto a las demás (44.83% y 50% respectivamente) ($p > 0.01$), según el estado civil se observó mayor conocimiento en madres casadas (46.88%) ($p < 0.01$) y según su grado de instrucción se vio que las madres con grado de instrucción superior universitario tiene nivel de conocimiento alto (83.33%) ($p < 0.001$), existió diferencia estadística en el tipo de parto ($p = 0.21$) y el número de hijos respecto en relación al nivel de conocimiento ($p = 0.11$). En relación a nivel de eficacia de lactancia materna se vio que las madres mayores de 26 años obtuvieron una eficacia adecuada de 98.03% ($p < 0.001$) según el número de hijos madres con un solo hijo tienen un porcentaje 54.90% ($p = 0.01$) de eficacia de lactancia materna. Según el estado civil las madres solteras obtuvieron un porcentaje de 22.23% de lactancia eficaz ($p = 0.03$), existió diferencia estadística en el tipo de parto ($p = 0.80$) y el grado de instrucción ($p = 0.17$) en relación al nivel de eficacia. En relación del nivel de conocimiento y nivel de eficacia no hubo relevancia estadística ($p = 0.1$) (18).

Autor: Ramirez MI, Sotelo YC

Título: Evaluación de la técnica de lactancia materna durante el puerperio mediato en madres de recién nacidos de partos eutócicos en el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Hospital III Goyeneche Arequipa 2011.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2011.

Resumen: Se entrevistó a una muestra de 100 puérperas para evaluar la técnica de lactancia materna durante el puerperio mediato. El 16% de puérperas fueron adolescentes, 62% tuvieron edad reproductiva ideal, y 22% fueron puérperas añosas. El 15% eran analfabetas o de instrucción primaria. El 66% tenían instrucción secundaria, y 19% educación superior. El 45% de puérperas eran primíparas, 34% segundíparas, y 21% tenían de 3 a más hijos. El 16% de puérperas no recibió educación básica sobre lactancia materna, 40% recibió durante el puerperio, 31% durante la gestación, y en 13% durante el parto. Un 7,1% recibió la educación por el ginecólogo, 91,7% por parte del obstetra, y en 1,2% por una enfermera. Al momento de la lactancia, 70% de madres estuvieron relajadas y cómodas; en 74% de casos el bebé buscaba el pecho, la succión del bebé fue adecuada en 66%; luego de la lactancia se mostró pechos blandos en 94%, pezones protráctiles en 93% y la piel de buena apariencia en 91%. Al evaluar todos los aspectos de la práctica, el 79% de madres demostró una técnica adecuada y sólo 21% una técnica inadecuada. La técnica inadecuada se asoció con la edad adolescente y menor paridad (19).

3.2. A nivel nacional

Autor: Pereyra-Elías R

Título: Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú.

Fuente: Archivos de Medicina, 2015; 11(3): 11.

Resumen: Estudio transversal analítico que evaluó, a través de una encuesta, a madres de lactantes entre 6-24 meses de un distrito periférico de Lima, Perú, 2013. Se preguntó por la edad en la que se suspendió la LME y se definió como abandono si esta fue previa a cumplir los seis meses de edad. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores relacionados a la

gestación y parto, así como factores propiamente relacionados a la lactancia. Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), a través de regresión de Poisson simple y múltiple, respectivamente. De 109 madres incluidas en el análisis, 85,3% eran mayores de 18 años y todas presentaban un ingreso económico familiar menor a 250 dólares americanos. Aproximadamente, 70% abandonó la LME. Se encontró asociación con ser primípara (RP: 1,54; IC95%: 1,20-1,98), presentar problemas con el pezón (RP: 1,58; IC95%: 1,07-2,33) y que perciban que su hijo se encuentra insatisfecho con la LME (RP: 1,35; IC95%: 1,01-1,79) (20).

Autor: Salinas Rosas FM

Título: Prácticas hospitalarias de promoción y fomento de lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013

Resumen: Se evaluó las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se aplicó una encuesta estructurada durante el mes de febrero del 2013 a una muestra de 172 pacientes en el puerperio inmediato. Las oportunidades perdidas en lactancia se producen cuando una puerpera es dada de alta, y no recibe las acciones de promoción y fomento de la lactancia natural que aseguren una continuación de ésta, no contando con el apoyo para afrontar las dificultades que puedan sobrevenir posteriormente. A todas las madres se les explicó algunos de los beneficios de la Lactancia Materna y se les instruyó en la técnica de la lactancia. Sin embargo, a ninguna de estas se les realizó el contacto piel a piel inmediatamente después del parto al menos durante una hora. Solo el 5,8 % no tuvo lactancia materna exclusiva considerando este porcentaje de oportunidades perdidas "aceptable". Alojamiento conjunto estuvo en el porcentaje de "preocupante". El 69,2 % manifestó que no se le indicó a donde recurrir en caso de tener problemas con la lactancia; lo que sería una oportunidad perdida "extrema". Todas las madres obtuvieron cita

para el bebé. Solo el 11 % de estas manifestó no haber recibido cita para su control posterior al alta hospitalaria, estando como oportunidad perdida "aceptable". El 87.8% y 99.4% de madres no se les enseñó cómo extraerse la leche y cómo almacenarla, respectivamente, siendo estos porcentajes oportunidades perdidas "extremas". Por otro lado, hubo mayor Lactancia Materna Exclusiva en el parto vaginal ($p > 0.05$) A si mismo se encontró que a mayor número de días de internación existe menor práctica de Lactancia Materna Exclusiva y Alojamiento Conjunto 5 ($p < 0.05$). Por último, a mayores días de internación, hubo mayor enseñanza de la extracción de leche materna ($p < 0.05$) (21).

Autor: Delgado L, Nombera F

Título: Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciado en enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2013.

Resumen: La población estuvo conformada por 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a los servicios de neonatología, ginecología, y crecimiento y desarrollo. En la recolección de datos se emplearon instrumentos elaborados por las investigadoras, como la encuesta y lista de chequeo, esta última sirvió para verificar la práctica de lactancia materna exclusiva. La encuesta fue validada con el 15% de la población muestral. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos (22).

3.3. A nivel internacional

Autor: Ludeña LN, Ocampo S

Título: Conocimiento y aplicación de las técnicas de lactancia materna en las madres lactantes que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Regional Isidro Ayora y del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja durante el año 2009. Con estrategia de intervención.

Fuente: Tesis previa a la obtención del título de Médico General. Universidad Nacional de Loja, Ecuador, 2010.

Resumen: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal que incluyó la realización de entrevistas y encuestas a 200 madres que acudieron a estas casas de salud durante el año 2009. Entre los datos recolectados tenemos que la mitad de las madres lactantes refieren conocer las técnicas de lactancia, mientras que la otra mitad las desconocen; la mayoría de ellas conocen y utilizan la posición acostada y sentada clásica, cerca de la mitad de ellas conocen y utilizan la posición semisentada y muy pocas de ellas saben y utilizan la posición sentada a la inversa; en cuanto a los factores de riesgo encontrados fueron: primogénito, madres jóvenes 10-19 años, instrucción primaria. Casi todas las madres lactantes no han recibido información sobre las técnicas de lactancia materna, quienes si la recibieron la consideraron adecuada. Con todos estos datos recolectados, se pudo concluir que un gran número de madres lactantes no poseen el conocimiento adecuado y completo de las técnicas de lactancia materna, por lo tanto, es importante llegar a todas ellas educándolas sobre la importancia que tienen las mismas (23).

Autor: Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L

Título: Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau-Chile.

Fuente: Revista Chilena de Pediatría, 2000; 71(2):98-106

Resumen: Se buscó evaluar el Programa de UNICEF "IHANM" (Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre) en un hospital de la zona sur de la

Región Metropolitana, se implementaron los siguientes mecanismos de intervención: a) diagnóstico de las prácticas de lactancia en los tres niveles de atención, b) capacitación del personal (20 horas teórico-prácticas), por equipo previamente adiestrado, c) cambios administrativos y técnicos en atención del parto y RN, que contempla redistribución de recursos humanos, atención de parto con contacto precoz madre hijo y la incorporación del progenitor a la sala de partos. Se define como indicadores de seguimiento el registro del número de atenciones con contacto precoz (Apego), número de fórmulas lácteas distribuidas en la maternidad, hospitalizaciones de RN por ictericia, cálculo de gastos en atención neonatal por preparación de fórmulas lácteas y hospitalización por fototerapia y prevalencia de lactancia exclusiva en los menores de seis meses en los consultorios de atención primaria. Se concluyó que el programa de fomento de lactancia, que facilita el encuentro madre-hijo precoz, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención del RN y facilita una mejor prevalencia de lactancia exclusiva al sexto mes de vida (24).



4. Objetivos.

4.1. General

Establecer los factores que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019.

4.2. Específicos

- 1) Identificar la preferencia del uso de sucedáneos de leche materna sobre la lactancia materna exclusiva en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 2) Identificar el tipo de alimentación empleada o planeada para el neonato (leche materna exclusiva, fórmula exclusiva o mixta) en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 3) Describir las características de la madre o de la atención del embarazo que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

5. Hipótesis

Es probable que ciertas características de la madre (edad, estado civil, nivel educativo, experiencia de lactancia) o de la atención del embarazo (consejería previa) influyan en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, y el Servicio de Neonatología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el último semestre del 2019.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres con embarazo y/o parto atendido en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.4. Población: Todas las mujeres con embarazo y/o parto atendido en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra representativa cuyo tamaño se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$ = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p_1 = proporción estimada de mujeres que prefieren lactancia materna exclusiva = 0.60

p_2 = proporción estimada de mujeres que prefieren lactancia con fórmula = 0.40

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: $n = 96.82 \approx 97$ integrantes como mínimo. Por razones prácticas se tomarán 100 casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Gestantes en tercer trimestre o puérperas
- Participación voluntaria en el estudio

• **Criterios de Exclusión**

- Contraindicaciones absolutas para la lactancia materna
- Neonatos con malformaciones congénitas
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la dirección del Hospital Goyeneche y las jefaturas de los Servicios de Ginecología y Obstetricia, y Neonatología para la realización del estudio. Se contactará a las gestantes y madres que cumplan los criterios de inclusión para informar acerca del estudio y solicitar su participación voluntaria, firmando un consentimiento escrito (Anexo 2). Se aplicará una ficha de datos para obtener datos de la madre y sus preferencias de lactancia. Se dividirán a las gestantes en dos grupos: aquellas que 'refieren la lactancia materna exclusiva y aquellas que prefieren la alimentación mixta o con fórmula exclusiva.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de datos (Anexo 1).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

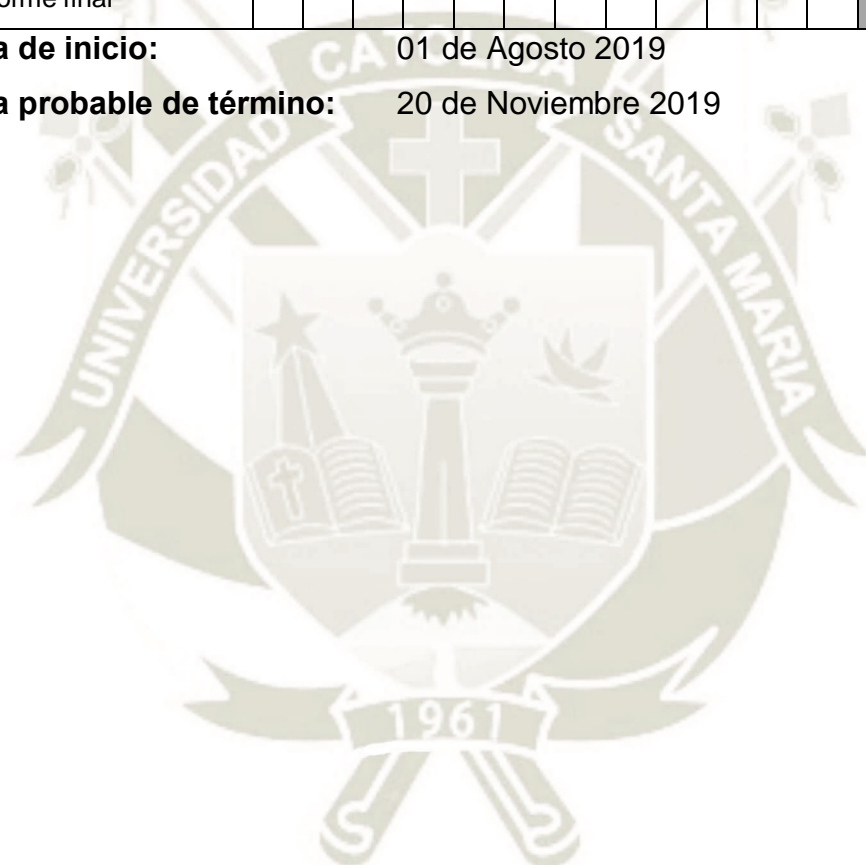
Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado de Pearson. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS v. 22 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Agosto 19				Setiembre 19				Octubre 19				Noviembre 19			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■														
2. Revisión bibliográfica			■	■												
3. Aprobación del proyecto					■	■										
4. Ejecución							■	■	■	■						
5. Análisis e interpretación											■	■				
6. Informe final													■	■		

Fecha de inicio: 01 de Agosto 2019

Fecha probable de término: 20 de Noviembre 2019



V. Referencias bibliográficas

- 1) Dalmau J, Ferrer B, Vitoria I. Lactancia artificial. *Pediatr Integral* 2015; XIX (4): 251-259
- 2) Aguayo J, Gómez A, Hernández MT. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. *Manual de LM. De la teoría a la práctica*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2008.
- 3) Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(2):103-14.
- 4) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Lactancia Materna. Cartillas informativas*. 2020. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf
- 5) Ministerio de Salud (Perú). *Lactancia Materna*. 2020 Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/nino-lactancia.asp>.
- 6) Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. chil. pediatr*. 2012; 83(2):161-169.
- 7) Ministerio de Salud. Documento técnico. curso taller “promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño” 2009.
- 8) Aguilar S, Ayerbe R. Lactancia materna basada en la evidencia. *GARNATA* 91, 2012; N° 22: 41-45.
- 9) Hedberg K, Häggkvist AP, Ness M, Kylberg E et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. *JJ Hum Lact*, 2012;28(3):289–296
- 10) Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 2017; 88(1): 07-14.

- 11) Rodríguez CR, Prieto ME, Payan M, Quesada MM. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC. 2010; 14(3).
- 12) Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., & Hermoso Rodríguez, E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria, 2015; 31(2), 606-620.
- 13) Félix JA, Martínez E, Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Pediatría de México, 2011;13(2):47-56
- 14) García-Onieva M. Lactancia artificial: técnica, indicaciones, fórmulas especiales. Pediatr Integral 2007;XI(4):318-326.
- 15) Moreno JM. Actualización en fórmulas infantiles, An Pediatr Contin 2011; 9:31-40
- 16) Martínez Suárez V, Moreno Villares JM. Lactancia artificial. Cruz. Tratado de Pediatría. 11.^a ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2014.
- 17) Usnayo LI. Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna y la Actitud en Puérperas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Junio del 2017. [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia y Puericultura], Universidad Católica de Santa María, 2017
- 18) Álvarez RH. Nivel de Conocimiento y Eficacia sobre Lactancia Materna en Madres de Recién Nacidos que Acuden al Primer Control en el Consultorio de Neonatología del Hospital III-1 Goyeneche – 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano], Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2017
- 19) Ramirez MI, Sotelo YC. Evaluación de la técnica de lactancia materna durante el puerperio mediato en madres de recién nacidos de partos eutócicos en el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Hospital III Goyeneche Arequipa 2011. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia y Puericultura]. Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, 2011.

- 20) Pereyra-Elías R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú. Archivos de Medicina, 2015; 11(3): 11.
- 21) Salinas Rosas FM. Prácticas hospitalarias de promoción y fomento de lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013. [Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano]. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013
- 22) Delgado L, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería], Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2013.
- 23) Ludeña LN, Ocampo SG. Conocimiento y aplicación de las técnicas de lactancia materna en las madres lactantes que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Regional Isidro Ayora y del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja durante el año 2009. Con estrategia de intervención. [Tesis previa a la obtención del título de Médico General]. Universidad Nacional de Loja, Ecuador, 2010.
- 24) Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau-Chile. Revista Chilena de Pediatría, 2000; 71(2):98-106.

Anexos

Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Preferencia de lactancia:

Leche materna exclusiva Alimentación artificial Mixta

Cantidad aprox.: _____ Cantidad aprox.: _____

Cantidad aprox.: _____

Características maternas:

Edad: _____ años

Instrucción: Illetrada Primaria completa Secundaria completa Superior completa

Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior incompleta

Ocupación: Su casa Estudiante Empleado Trabajadores de servicios

Agricultores Artesanos Otros (limpiadores, ambulantes, etc.)

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda

Paridad: Nulípara Primípara Multípara Gran multípara

Experiencia previa con lactancia: Ninguna L. Materna exclusiva

Alimentación artificial Mixta

Controles prenatales: _____ controles

Recibió consejería en Lactancia materna: No Sí

Si usted marcó sí, en que momento recibió la consejería:

Durante controles prenatales

Antes de parto

Después de parto

¿Qué motivos la llevaron a decidir sobre el tipo de alimentación que da / dará a su niño?

Precio

Disponibilidad

Necesidad de preparación

Mejores propiedades nutritivas

Mejores propiedades de protección

Sabor

Mayor contacto con el bebé

Cantidad de producción de leche

Calidad de leche

Disponibilidad de tiempo

Otra _____

La leche artificial que usted utiliza en la alimentación artificial de su niño es:

Fórmula estándar

Fórmula especial hidrolizada

Fórmula especial altamente hidrolizada

La leche artificial que utiliza fue PRESCRITA por un médico pediatra: SI NO

¿Es UD. Consciente de que la alimentación artificial debe ser prescrita y no auto medicada?

SI NO

Gracias por su participación.

Anexo 2: Consentimiento informado

Título del proyecto “Factores que influyen en la preferencia de sucedáneos de leche materna en mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019”

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación con el objetivo de identificar mis preferencias de lactancia para mi bebé.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en contestar las preguntas y proporcionar la información solicitada.

Yo entiendo y se me ha explicado lo siguiente:

6. No se aplicará ningún procedimiento ni intervención que ocasione un riesgo a la salud
7. Podré retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee
8. Los resultados de este estudio podrán ser publicados pero mi nombre o mi identidad no serán reveladas.
9. Si rechazo participar de este proyecto no existirá ningún cambio en la atención brindada hacia mí.
10. Este consentimiento será dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

Firma y/o huella digital del participante
que da su autorización
DNI

Nombre del Investigador principal: Faridde Aróstegui Carrera

Fecha