

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA**



**“PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y  
FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013”**

Tesis presentada por la bachiller:  
Fiorella Mercedes Salinas Rosas  
Para optar el título profesional de:  
Médico-cirujano

**Arequipa – Perú**

**2013**

Agradecimiento:

A Dios, a mis padres, a mi hermano, a mi Universidad, al Hospital que me acogió en mi último año de Medicina, y a mis jurados por ayudarme a culminar mi tesis.



## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	9
<b>CAPÍTULO II: RESULTADOS</b> .....	14
<b>CAPÍTULO III: DISCUSIÓN</b> .....	25
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	35
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	38
<b>ANEXOS</b> .....	41
• Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	42
• Anexo 2: Díptico informativo .....	43
• Anexo 3: Proyecto de investigación .....	44

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de la lactancia materna en el hospital Hipólito Unanue de Tacna; estableciendo las prácticas deficientes como oportunidades perdidas.

**MÉTODO:** Se aplicó una encuesta estructurada durante el mes de febrero del 2013 a una muestra de 172 pacientes en el puerperio inmediato (nivel de confianza de 95 %). Los resultados se obtuvieron mediante estadística descriptiva se aplicó Chi-cuadrado; utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Las oportunidades pérdidas en lactancia se producen cuando una puérpera 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

( $p < 0.05$ ). Por último a mayores días de internación, hubo mayor enseñanza de la extracción de leche materna ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** La gran mayoría de las prácticas hospitalarias se encontraron como oportunidades perdidas “aceptables”. Solamente una estuvo en el rango de “preocupante” y el resto de prácticas hospitalarias fueron encontradas como oportunidades perdidas en el rango “extremo”. Hubo un mayor número de prácticas hospitalarias deficientes en las cesáreas. A mayores días de hospitalización materna, se encontró mayor número de oportunidades pérdidas.

**PALABRAS CLAVES:** Lactancia Materna, prácticas hospitalarias, oportunidades perdidas.



## ABSTRACT

**OBJETIVE:** To describe hospital practices to promote and encourage breastfeeding in the hospital Hipólito Unanue of Tacna, establishing deficient practices as missed opportunities.

**METHOD:** A survey was structured during the month of February 2013 to a sample of 172 patients in the immediate postpartum period (confidence level of 95%). The results were obtained using descriptive statistics Chi-square test was applied, using SPSS 19.0. It was considered a statistically significant difference of  $p < 0.05$

**RESULTS:** Missed opportunities in breastfeeding occur when a puerperal woman is discharged, and not receive the promotion and encouragement of breastfeeding to ensure a continuation of it, not having the support to face the difficulties that might arise later.

All mothers will I explain some of the benefits of breastfeeding and were instructed in the technique of breastfeeding. However none of these were performed on skin to skin immediately after birth for at least an hour. Only 5.8% had no exclusive breastfeeding considering the percentage of missed opportunities "adequate." Rooming was in the percentage of "disturbing". 69.2% said they will not be told what to do in case of problems with breastfeeding; it would be a missed opportunity "extreme". 100% of the mothers received appointment to the baby. Only 11% of mothers did not receive appointment states to control post-discharge, missed opportunity considering as "acceptable". The 87.8% and 99.4% of mothers were taught how to express milk and store it as, respectively, the percentages of missed opportunities as "extreme". Furthermore exclusive breastfeeding was higher for vaginal birth ( $p > 0.05$ ). Himself found that the greater the number of days in hospital there is less practice exclusive breastfeeding and rooming ( $p < 0.05$ ). Turn to the greatest number of days in hospital, there was more teaching expressing breast milk ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONS:** The vast majority of hospital practices and missed opportunities were "acceptable". Only one was in the range of "disturbing" and other hospital practices and missed opportunities were found in the range "extreme." A greater number of poor hospital practices in cesareans. At higher maternal hospital days, was found more opportunities losses.

**KEYWORDS:** breastfeeding, hospital practices, missed opportunities.



## INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la Lactancia Materna y su impacto en la madre, el niño y la sociedad han sido ampliamente reconocidos.<sup>(1)</sup> La promoción y fomento de la Lactancia Materna debe ser una prioridad dentro de las políticas sanitarias de cada país, siendo considerada esta como una de las medidas más efectivas para disminuir la morbimortalidad infantil. Se estima que si la Lactancia Materna exclusiva a los 6 meses en los Estados Unidos fuera del 90 %, habría un ahorro de 13 mil millones de dólares por año, sin contar el gasto en patologías crónicas y ausentismo laboral.<sup>(2)</sup>

Los factores que influyen en el inicio y la duración de la Lactancia Materna son numerosos y complejos y actúan de forma distinta en situaciones diferentes. Una de las principales causas que ha contribuido a la caída de las tasas de la lactancia materna son las prácticas inadecuadas en los hospitales durante los primeros días de vida.<sup>(3)</sup>

La madre hospitalizada se encuentra expuesta a la política que cada institución haya asumido acerca de la Lactancia Materna como también a las opiniones y mensajes del personal de salud.<sup>(4)</sup> Además quiero resaltar el desconocimiento de los médicos, internos de Medicina y demás profesionales de la salud sobre Lactancia Materna, observada en el lugar de estudio.

Es por estos motivos que decido desarrollar este tema, y realizar el presente trabajo de investigación en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, lugar donde realicé mi internado médico.



**CAPITULO I**  
**MATERIALES Y MÉTODOS**

## MATERIALES Y MÉTODOS

### 1. Técnicas e instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos: encuesta supervisada (anexo1), dirigida a las puérperas, aplicado al momento del alta hospitalaria.

Para estratificar los valores porcentuales de oportunidades perdidas se consideró la clasificación propuesta por la Organización Panamericana de la Salud: <sup>(5)</sup>

- Aceptable: 0 – 20 % de oportunidades perdidas
- Preocupante: 21 – 39 % de oportunidades perdidas
- Extremo: 40 – 100 % de oportunidades perdidas

### 2. Campo de verificación

#### 2.1 Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

#### 2.2 Ubicación temporal

Se realizó durante el mes de febrero del año 2013.

#### 2.3 Unidad de estudio

**Población:** Constituida por puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**Muestra:** Una muestra constituida por 172 pacientes, con un nivel de confianza de 95 % y error muestral de 5 %.

**Criterios de Inclusión:**

- Puérperas del área de Alojamiento Conjunto del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**Criterios de Exclusión:**

- Madres con patología que impidan una adecuada lactancia
- Madres con algún grado de retraso mental
- Madres que no deseen colaborar con la encuesta.
- Madres con recién nacidos con patología que impidan la lactancia materna exclusiva.

**2.1. Cálculo del tamaño de muestra**

Se encuestó a un total de 172 pacientes, muestra obtenida utilizando la fórmula estadística:

$$n = \frac{(k^2 * N * p * q)}{e^2 * (N - 1) + (k^2 * p * q)}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

k = constante = 2 (nivel de confianza de 95 %)

N = tamaño de población = 300 pacientes

p = proporción de mediciones que poseen característica de estudio  
= 0,5

$q$  = proporción de mediciones que no poseen característica de estudio =  $1 - p$

$e$  = error muestral = 5 % (0,05)

### 3. Estrategia de recolección de datos

#### 3.1. Organización

Se realizó los trámites solicitados por la oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la realización del estudio. Se procedió previa autorización a encuestar a las pacientes objeto de la investigación, al momento del alta hospitalaria. Además a cada participante del estudio se le obsequió un díptico informativo de Lactancia Materna (anexo 2).

Una vez concluida la recolección de datos se procedió a la organización de la información para su posterior análisis.

#### 3.2. Características del instrumento

El instrumento (anexo 1) consta de una ficha de recolección de datos, dirigida a las púerperas aplicado al momento del alta hospitalaria, la cual recoge datos sociodemográficos de las pacientes por referencia de ellas mismas, además de respuestas a preguntas con relación a las variables de estudio.

Dicha ficha consta de la encuesta de oportunidades perdidas en el puerperio inmediato para lactancia materna del programa LACMAT 3.3 desarrollado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires – Argentina.<sup>(6)</sup>

Además de las variables consentidas en la encuesta del programa LACMAT 3.3 se consideró el grado de instrucción y la paridad; así como también el enseñar a las madres la extracción manual de leche materna y su almacenamiento, como oportunidades perdidas consideradas por la realizadora de este trabajo de investigación.

### **3.3. Validación del instrumento**

La ficha de recolección se desarrolló y validó por el programa para el procesamiento de encuestas de Lactancia Materna LACMAT 3.3 desarrollado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires – Argentina<sup>(6)</sup>.

La encuesta permite obtener una rápida y sencilla evaluación de las acciones a favor de la lactancia materna dentro de una maternidad. Las oportunidades perdidas en lactancia se producen cuando una mujer es dada de alta después de un parto hospitalario y no recibe las acciones de promoción y fomento de la lactancia natural que aseguren una continuación de ésta, contando con el apoyo necesario para afrontar las dificultades que puedan sobrevenir posteriormente.

### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados**

Una vez obtenida la información se preparó la matriz de tabulación de los datos y se procedió a aplicar frecuencias y porcentajes.

Se utilizó el programa SPSS 19 para el manejo de los resultados. Para determinar el grado de asociación estadística se aplicó el Chi-cuadrado considerando una diferencia estadísticamente significativa los valores  $p < 0,05$  utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0, dicho proceso estuvo a cargo del bachiller realizador de este trabajo.



**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013**

**TABLA 1**

**DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PUERPERAS DE  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**

<b>CARACTERISTICA</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD (AÑOS)</b>	16 – 20	57	33,1
	21 – 25	38	22,1
	26 – 30	33	19,2
	31 – 35	26	15,1
	36 – 40	18	10,5
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Primaria completa	5	2,9
	Secundaria incompleta	69	40,1
	Secundaria completa	83	48,3
	Superior técnica	9	5,2
	Universitaria completa	6	3,5
<b>TIPO DE PARTO</b>	Vaginal	99	57,6
	Cesárea	73	42,4
<b>DIAS INTERNACION POST PARTO</b>	1	66	38,4
	2	36	20,9
	3	55	32
	> 3	15	8,7
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	< 8	33	19,1
	8 – 11	115	66,9
	> 11	24	14
<b>PARIDAD</b>	Primípara	81	47,1
	Múltipara	73	42,4
	Gran múltipara	18	10,5
<b>TOTAL</b>		<b>172</b>	<b>100</b>

El promedio de edad materna fue de 23 años, con un valor mínimo de 16 años y un valor máximo de 39 años. No hubieron pacientes analfabetas o con primaria incompleta, casi el 50 % (48, 3 %) tuvieron secundaria completa, y solo el 8,7 % tuvieron algún tipo de educación superior (técnica o universitaria). El 57,6 % tuvieron parto vaginal, mientras que el 42,4 % por cesárea. El promedio de días de internación fue de 2 días, con un valor mínimo de 1 día y un valor máximo de 6 días. El promedio de controles prenatales fue de 9 controles, con un valor mínimo de 5 controles y un valor máximo de 14 controles. El 47,1 % fueron primíparas, el 42,4 % multíparas (2 a 4 partos) y 10,5 % gran multípara (5 a más partos).



**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LA  
LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
EN EL AÑO 2013**

**TABLA 2**

**ENSEÑANZA DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

	N <sup>a</sup>	%
<b>SI</b>	172	100
<b>NO</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	172	100

El 100 % de las encuestadas manifestaron que se les explicó algunos de los beneficios de la Lactancia Materna, por lo que existe 0 % de oportunidades perdidas para esta variable.

**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013**

**TABLA 3**

**DISTRIBUCION DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA  
PERCIBIDOS POR LAS MADRES**

<b>BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA</b>		<b>N<sup>a</sup></b>	<b>%</b>
<b>NUTRICION Y DESARROLLO DEL BEBÉ</b>	<b>SI</b>	163	94,8
	<b>NO</b>	9	5,2
<b>VÍNCULO AFECTIVO MADRE- HIJO</b>	<b>SI</b>	134	77,9
	<b>NO</b>	38	22,1
<b>PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES EN EL BEBÉ</b>	<b>SI</b>	58	33,7
	<b>NO</b>	114	66,3
<b>DISMINUCION DEL SANGRADO POST PARTO DE LA MADRE</b>	<b>SI</b>	34	19,8
	<b>NO</b>	138	80,2
<b>PROTECCION CANCER DE MAMA Y OVARIO EN LA MADRE</b>	<b>SI</b>	1	0,6
	<b>NO</b>	171	99,4
<b>DISMINUCION DEL EXCEDENTE DE PESO EN LA MADRE</b>	<b>SI</b>	104	60,5
	<b>NO</b>	68	39,5
<b>TOTAL</b>		<b>172</b>	<b>100</b>

El 94,8 % de las encuestadas manifestaron que la Lactancia Materna es beneficiosa para la nutrición y desarrollo del bebé; el 77,9 % dijeron ser beneficiosa como vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El 33,7 % de las encuestadas que protege contra las infecciones en el bebé. El 19,8 % que disminuye el sangrado postparto en la madre. Solo el 0,6 % de las encuestadas manifestaron que la Lactancia Materna protege contra el cáncer de mamá y ovario en la madre, por lo que el 99,4 % de las puérperas desconoció este beneficio. El 60,5 % de las encuestadas señalaron que la Lactancia Materna ayuda en la disminución del excedente de peso en la madre.



**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013**

**TABLA 4**

**DISTRIBUCION DE LAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCION Y  
FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA**

PRÁCTICA HOSPITALARIA	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
CONTACTO PIEL A PIEL	0	0	172	100
ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA	172	100	0	0
LACTANCIA EXCLUSIVA	162	94,2	10	5,8
ALOJAMIENTO CONJUNTO	126	73,3	46	26,7
INDICACIÓN DE LUGAR DE AYUDA	53	30,8	119	69,2
CITA PARA EL BEBÉ	172	100	0	0
CITA PARA LA MADRE	153	89	19	11
ENSEÑANZA DE EXTRACCIÓN DE LECHE	21	12,2	151	87,8
ENSEÑANZA DE ALMACENAMIENTO DE LECHE	1	0,6	171	99,4

0 % de las puérperas encuestadas consideran que tuvieron contacto piel a piel inmediatamente después del parto por lo menos durante una hora, existiendo el 100 % de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria.

El 100 % de las madres del estudio consideró que se les instruyó en la técnica de la lactancia, por lo que hay 0 % de oportunidades perdidas para esta variable.

El 94,2 % de las puérperas consideró que tuvieron Lactancia Materna Exclusiva durante su hospitalización, existiendo un 5,8 % de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria.

El 73,3 % de las puérperas consideró que se realizó alojamiento conjunto durante su hospitalización, por lo que hay un 26,7 % de oportunidades perdidas para esta variable.

El 69,2 % de las mujeres encuestadas manifestó que no se le indicó a donde recurrir para obtener asesoramiento en caso de tener problemas con la lactancia.

El 100 % de las encuestadas respondió que si se le otorgo una próxima cita para el control de su bebé. Existe 0 % de oportunidades perdidas. Al 89 % de las encuestadas se les brindo cita para su control, existiendo 11 % de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria.

El 12,2 % de las madres del estudio consideraron que se les instruyó cómo realizarse la extracción de leche materna (manual o instrumental). Hay un 87,8 % de oportunidades perdidas para esta variable. El 99,4 % de las encuestadas manifestó que no se le enseñó cómo realizar el almacenamiento de la leche materna.

**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013**

**TABLA 5**

**RELACION DEL TIPO DE PARTO CON LAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS**

PRÁCTICA HOSPITALARIA		TIPO DE PARTO				TOTAL		PRUEBA VALOR DE P
		VAGINAL		CESAREA		N°	%	
		N°	%	N°	%			
LACTANCIA EXCLUSIVA	SI	96	55,8	66	38,4	162	94,2	3,301
	NO	3	1,7	7	4,1	10	5,8	0,069
ALOJAMIENTO CONJUNTO	SI	94	54,7	32	18,6	126	73,3	56,032
	NO	5	2,9	41	23,8	46	26,7	<0,001
CITA CONTROL MADRE	SI	84	48,8	69	40,1	153	89	4
	NO	15	8,7	4	2,3	19	11	0,045
ENSEÑANZA DE EXTRACCION	SI	8	4,7	13	7,6	21	12,2	3,709
	NO	91	52,9	60	34,9	151	87,8	0,054
ENSEÑANZA DE ALMACENACIÓN	SI	0	0	1	0,6	1	0,6	1,364
	NO	99	57,6	72	4,1	171	99,4	0,243
<b>TOTAL</b>		<b>99</b>	<b>57,6</b>	<b>73</b>	<b>42,4</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

\*Prueba utilizada chi-cuadrado ( $\chi^2$ )

Al relacionar el tipo de parto con las prácticas hospitalarias en Lactancia Materna se encontró que: hubo mayor Lactancia Materna Exclusiva en el parto vaginal, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Hubo mayor práctica de alojamiento conjunto en el parto vaginal, siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). En el grupo de puérperas cesareadas se encontró mayor entrega de citas para el control materno, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencia estadísticamente significativa al relacionar la enseñanza de extracción manual o instrumental de leche materna y el tipo de parto ( $p > 0,05$ ).



**PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013**

**TABLA 5**

**RELACIÓN DE DIAS DE INTERNACION CON LAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS**

PRÁCTICA HOSPITALARIA		DIAS DE INTERNACION										PRUEBA
		1		2		3		> 3		TOTAL		VALOR DE P
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
LACTANCIA EXCLUSIVA	SI	66	38,4	34	19,8	51	29,7	11	6,4	162	94,2	16,203
	NO	0	0	2	1,2	4	2,3	4	2,3	10	5,8	0,001
ALOJAMIENTO CONJUNTO	SI	66	38,4	33	19,2	23	13,4	4	2,3	126	73,3	74,687
	NO	0	0	3	1,7	32	18,6	11	6,4	46	26,7	< 0,001
CITA CONTROL MADRE	SI	57	33,1	30	17,4	52	30,2	14	8,1	153	89	3,651
	NO	9	5,2	6	3,5	3	1,7	1	0,6	19	11	0,302
ENSEÑANZA DE EXTRACCIÓN	SI	0	0	4	2,3	8	4,7	9	5,2	21	12,2	41,462
	NO	66	38,4	32	18,6	47	27,3	6	3,5	151	87,8	< 0,001
ENSEÑANZA DE ALMACENAMIENTO	SI	0	0	0	0	0	0	1	0,6	1	0,6	10,528
	NO	66	38,4	36	20,9	55	32	14	99,4	171	99,4	0,015
<b>TOTAL</b>		<b>66</b>	<b>38,4</b>	<b>36</b>	<b>20,9</b>	<b>55</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>8,7</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

\*Prueba utilizada chi-cuadrado ( $\chi^2$ )

Al relacionar los días de internación con las prácticas hospitalarias en Lactancia Materna se encontró que a mayor número de días de internación existe menor práctica de Lactancia Materna exclusiva y alojamiento conjunto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). No se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar el número de días de internación y la cita para el control de la madre. A mayor número de días de internación, hubo mayor enseñanza de la extracción de leche materna (manual o instrumental), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).





## **CAPÍTULO III**

### **DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

Es para resaltar dentro de las características del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que existe un promedio de 3600 partos al año, y al mes un promedio de 300 partos, de los cuales casi el 50% son cesáreas. Como se evidenció en el presente estudio de investigación, existe un 42,4 % de partos por cesárea, siendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud que, este valor no debe sobrepasar el 15 % del número total de partos. Además el promedio de partos por cesárea a nivel nacional está alrededor de 21 % (29 % en el área urbana y 8 % en el área rural.<sup>(7)</sup> Es probable que el porcentaje elevado de partos por cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se deba a que este establecimiento es el destino de referencias a nivel regional para Tacna y Moquegua por su nivel de complejidad.

Según los resultados obtenidos el 100 % de las madres encuestadas manifestaron haberseles instruido sobre los beneficios de la Lactancia Materna, pero esto puede ser interpretado como que las puérperas conocen que la Lactancia Materna es “beneficiosa”, mas no es una evaluación del grado de conocimiento que estas tienen, por lo que para profundizar en esta práctica se decidió determinar cuáles de los beneficios han sido enseñados durante su hospitalización o controles prenatales, encontrándose que entre los beneficios con mayor porcentaje de desconocimiento está la protección en la madre contra el cáncer de mama y ovario, seguido de la disminución del sangrado postparto, y protección del bebé contra infecciones.<sup>(8)</sup>

El último artículo de revisión sobre lactancia materna de la Asociación Americana de Pediatría, expresa que el riesgo de hospitalización por infecciones del tracto respiratorio bajo en el primer año de vida está reducido en 72 % si los niños han practicado Lactancia Materna Exclusiva más de 4 meses.<sup>(9)</sup> Esto tiene fundamento ya que la alimentación con el calostro, resulta de crucial importancia, pues representa la primera inmunización para el recién nacido, la cual lo protege de infecciones y lo ayuda a iniciar el desarrollo de su propio sistema inmunológico.<sup>(7)</sup>

Por lo que considero que es de vital importancia que las madres conozcan acerca de todos los beneficios que brinda la lactancia materna.

El 100 % de las puérperas encuestadas manifestaron que no se les realizó el contacto piel a piel inmediatamente después del parto al menos durante una hora, si bien es cierto se realiza contacto entre la madre y el hijo después del parto, pero no es el tiempo recomendado según los 10 pasos para una Lactancia Materna Exitosa.<sup>(10)</sup> A todas las madres se les debe ofrecer esta oportunidad, ya que este primer contacto puede jugar un importante papel en el vínculo madre-hijo.<sup>(11)</sup>

Ser colocado desnudo contra la piel de su madre es la forma perfecta para que un bebé se adapte a su nueva vida fuera del cuerpo de su madre. La temperatura de la madre se ajusta naturalmente para mantener al bebé calentito evitando que se enfríe, a su vez lloran menos y se mantienen más calientes que aquellos que son colocados en cunas térmicas. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre en forma continua desde el nacimiento y se le permita lactar espontáneamente en cuanto de señales de estar preparado, no hay justificación para forzarlo a tomar pecho.

Algunos trabajos de investigación han demostrado que los recién nacidos colocados sobre el abdomen de su madre, comienzan a hacer movimientos hacia el pecho unos 20 minutos después del parto, y antes de los 50 minutos la mayoría de los recién nacidos están lactando.<sup>(12)</sup>

En un estudio realizado por Bramson y cols<sup>(13)</sup> se evidenció que a mayor tiempo de contacto piel a piel entre la madre y el hijo después del parto, hubieron mayores tasas de lactancia materna exclusiva durante la hospitalización post parto; los resultados fueron: contacto piel a piel 1 – 15 minutos OR de 1,376; de 16 a 30 minutos OR de 1,665; de 31 a 59 minutos OR de 2,357; mayor a 1 hora OR de 3,145.

Se podría presumir que el resultado del presente estudio en desarrollo, se deba a diversos factores uno de los cuales sería la falta de conocimiento por parte del personal de salud sobre las prácticas adecuadas a favor de la Lactancia Materna,

ya que en el estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa, <sup>(14)</sup> en el cual se estudió el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna del personal asistencial, solo el 31,4 % tuvieron un buen nivel de conocimientos.

Otra de las probables causas de la no realización de esta práctica considero que podría ser no contar con un ambiente adecuado en sala de partos y atención inmediata de recién nacidos. Existen requisitos mínimos en el ámbito de infraestructura de sala de partos dentro de los cuales está tener un sistema que permita la regulación de la temperatura, para comodidad de la madre y el recién nacido.<sup>(15)</sup>

El 100 % de madres del estudio consideró que se les instruyó en la técnica de la lactancia, sin embargo este resultado no constituye una verdadera evaluación de las madres en la técnica adecuada de la Lactancia Materna, citando el estudio de Ramírez y Sotelo,<sup>(16)</sup> donde se encontró que casi el 80 % de madres tienen una técnica adecuada de lactancia en el puerperio inmediato. Dada la importancia que tiene la buena posición al pecho para el éxito de la lactancia es necesario que la madre conozca la técnica correcta de succión y las distintas posturas posibles para dar el pecho a su hijo. La colocación correcta al alta se asocia con lactancias más prolongadas. La enseñanza de la técnica tiene efectos probados y duraderos y debe formar parte de la atención rutinaria en los hospitales.<sup>(12)</sup>

Por lo que considero que al momento del alta hospitalaria se les evalué a las madres la técnica de lactancia materna.

El 94,2 % de las puérperas consideró que tuvieron Lactancia Materna exclusiva durante su hospitalización, existiendo un 5,8 % de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria; considerándose este porcentaje “aceptable”. En el estudio de Dabritz y cols<sup>(17)</sup> realizado en el norte de California, Estados Unidos, se ratificó que el uso de sucedáneos de leche materna durante la hospitalización post parto influía negativamente en la Lactancia Materna exclusiva a los 6 meses (OR: 0,27).

En los servicios de maternidad es habitual dar a los recién nacidos leche artificial, suero glucosado o agua antes de la primera toma (alimentos prelácteos) o además de la leche materna (suplementos). Se da leche artificial cuando el lactante está intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, o cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar, e, incluso, a veces sin ningún motivo específico. Es evidente que la administración de suplementos se asocia clara y estadísticamente con el abandono precoz de la lactancia materna tanto cuando se dan en las maternidades como después del alta hospitalaria. Sin embargo, cuando los lactantes reciben suplementos por indicación médica, la duración de la lactancia no se acorta. La explicación posible es que suplementar a los RN por motivos estrictamente médicos no altera la relación madre hijo ni la confianza de la madre, como cuando el suplemento se da por causas injustificadas (“falta de leche” o llanto del niño).<sup>(12)</sup>

El 73,3 % de las puérperas consideró que se realizó alojamiento conjunto durante su hospitalización, por lo que hay un 26,7 % de oportunidades perdidas, siendo este porcentaje “preocupante”.

En algunos hospitales y clínicas privadas no se practica el alojamiento conjunto y se sigue manteniendo la sala de cunas, argumentando que permite una mejor observación de los recién nacidos y favorece el descanso materno; por el contrario los recién nacidos en la sala de cunas lloran más y sus cuidadores no responden tan a menudo como las madres que están en la misma habitación.<sup>(12)</sup>

Los expertos recomiendan que la madre y el bebé estén juntos durante toda su estancia en el hospital y que los dos sean tratados como binomio madre-hijo.

El alojamiento conjunto facilita la lactancia para la madre. Cuando ambos están juntos, la madre aprende a reconocer las primeras “demandas” que hace el bebé buscando alimento y bienestar, ofreciendo rápidamente lo que el bebé necesite. Además permite establecer una lactancia temprana, en comparación con aquellas madres que tienen contacto limitado con sus bebés o con aquellas que sus bebés pasan la noche en el cunero. Tienen mejor suministro de leche y tienen mayor

probabilidad de continuar lactando exitosamente a sus bebés de 4 meses de edad. Las madres que están con sus bebés por periodos largos de tiempo, incluyendo durante la noche, tienen mejores resultados en las pruebas que se utilizan para medir el apego de una madre hacia su bebé.

El alojamiento conjunto también es lo mejor para los bebés. Los bebés que se alojan junto a sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente, suben de peso día con día y tienen menor probabilidad de ictericia. También puede tener beneficios a largo plazo para la madre y para el bebé. Los estudios sugieren que las tasas de abuso infantil, maltrato, negligencia y abandono son menores en las madres que tienen contacto frecuente y extenso con sus recién nacidos durante el periodo de posparto temprano.<sup>(18)</sup> Por lo tanto Interrumpir, demorar o limitar el tiempo que una madre y su bebé pasan juntos puede tener efectos perjudiciales en su relación y en el éxito de la lactancia.

El 69,2 % de las mujeres encuestadas manifestó que no se le indicó a donde recurrir para obtener asesoramiento en caso de tener problemas con la lactancia; lo que sería una oportunidad perdida “extrema”. La madre muchas veces al tener problemas con la lactancia recurre a fuentes de información no confiables (farmacias, páginas webs, etc.). Los motivos aducidos por las madres para introducir sucedáneos de la leche materna o para abandonar precozmente la lactancia suelen ser las “dificultades con la lactancia”, en especial la percepción de “falta de leche”. Puesto que, fisiológicamente, la mayoría de las madres pueden producir cantidades de leche adecuadas a las necesidades de sus hijos.<sup>(19)</sup> La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen)

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino. Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2 20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién

nacido. Leche de transición es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura. Leche madura. La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos.<sup>(12)</sup>

Es probable que la falta de un apoyo continuado adecuado sea un factor subyacente habitual. En un estudio realizado por Dabritz y cols<sup>(17)</sup>, se encontró una asociación positiva con la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y el haberle brindado a la madre un número telefónico durante su hospitalización post parto en caso de dudas que presente con la lactancia posteriormente (OR: 6,45).

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna es una norma que todo recién nacido al momento del alto debe de irse con su carnet de control adjuntado a este la pre-cita; es por este motivo que el 100 % de las madres manifestaron haber recibido cita para el bebé.

El 11 % de las madres manifiesta no haber recibido cita para su control posterior al alta hospitalaria, considerándose este porcentaje como una oportunidad perdida "aceptable". La evaluación médica de la madre después del alta es importante porque es en esa oportunidad donde se pueden resolver diversas dudas de la madre que surgieron durante sus primeros días de lactancia.

La enseñanza de cómo realizar la extracción manual o instrumental de leche materna, y su almacenamiento, tuvieron un 87,8 % y 99,4 % de oportunidades perdidas respectivamente para estas prácticas, por lo que se considera "extremo".

En el estudio de Dabritz y cols,<sup>(17)</sup> se encontró asociación positiva entre la Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses y el uso de extractor de leche materna (OR: 2,26).

El retorno temprano de la madre al trabajo está asociado negativamente con las tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses como lo demuestra el trabajo investigativo de Scott y cols,<sup>(20)</sup> realizado en Australia. Motivo por el cual considero fundamental enseñarles a todas las madres la extracción manual o instrumental de leche durante su hospitalización post parto, y no tan solo a aquellas madres que tienen a su bebé hospitalizado en el Servicio de Neonatología.

Es importante resaltar que la lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de seis meses y su prolongación (complementada con otros alimentos) hasta que el niño cumpla los dos años de edad, puede complicarse por responsabilidades laborales u otras actividades por las que las madres necesiten estar fuera del hogar, como se observa en el estudio anterior. De acuerdo a la normatividad vigente, las mujeres disponen de 90 días de licencia por maternidad. Al retornar a sus empleos, la leche materna puede extraerse y conservarse para alimentar al bebé. Esta práctica requiere de tiempo y conocimientos para la adecuada conservación de la leche así como el apoyo de una persona que pueda alimentar al bebé mientras la madre esté ausente. Existen leyes que contribuyen a que la madre trabajadora pueda dar de lactar y estar más tiempo con su bebe. Como la ley N°27240, establece que al término del posparto y hasta que el niño tenga el año de edad la madre tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, y 2 horas si es embarazo múltiple.<sup>(7)</sup>

Como hemos visto las madres trabajadoras están protegidas por leyes, por lo que no hay excusa alguna para dejar de brindarle lactancia materna exclusiva al bebe durante los 6 primeros meses de vida.

Al relacionar el tipo de parto con algunas de las prácticas hospitalarias en Lactancia Materna se encontró que: hubo mayor Lactancia Materna Exclusiva en el parto vaginal, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

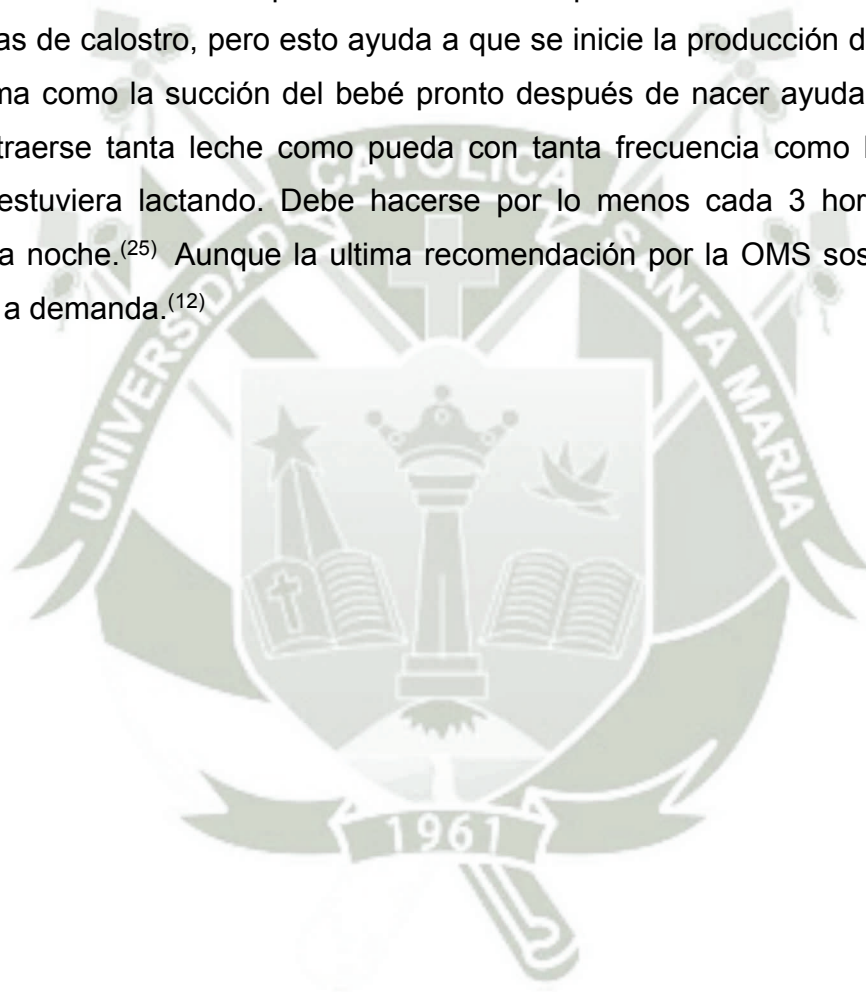
Hubo mayor práctica de alojamiento conjunto en el parto vaginal, siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). En el grupo de puérperas cesareadas se encontró mayor entrega de citas para el control materno, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No hubo diferencia estadísticamente significativa al relacionar la enseñanza de extracción manual o instrumental de leche materna y el tipo de parto ( $p > 0,05$ ).

Son numerosos los estudios que demuestran que las madres que tienen parto por cesárea tienen menores tasas de Lactancia Materna.<sup>(21)</sup> Por lo tanto resulta evidente que después de una cesárea las madres necesitan un apoyo especial e individualizado y un seguimiento estrecho desde el inicio de la lactancia.<sup>(22)</sup>

Al relacionar los días de internación con algunas de las prácticas hospitalarias en Lactancia Materna se encontró que a mayor número de días de internación existe menor práctica de Lactancia Materna Exclusiva y alojamiento conjunto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Probablemente las madres con mayor tiempo en el hospital fueron sometidas a las falsas contraindicaciones de la Lactancia Materna. En realidad son pocas las contraindicaciones de la lactancia materna, entre éstas se incluyen los niños con galactosemia, los niños cuyas madres estén infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y la Infección por el virus de leucemia humana de células T (HTLV-1).<sup>(23)</sup> Asimismo pocas enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales podemos citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. Algunos casos de prolactinoma, especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contraindica la lactancia. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño.<sup>(24)</sup>

No se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar el número de días de internación y la cita para el control de la madre. A mayor número de días de internación hubo mayor enseñanza de la extracción de leche materna (manual o instrumental), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

Para iniciar la lactancia, para alimentar un recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer: Se debe comenzar a extraerse la leche en el primer día, dentro de las primeras 6 horas si esto es posible. Al comienzo podrá extraer tal vez solamente unas gotas de calostro, pero esto ayuda a que se inicie la producción de leche, de igual forma como la succión del bebé pronto después de nacer ayuda a iniciarla. Debe extraerse tanta leche como pueda con tanta frecuencia como lo haría su bebé si estuviera lactando. Debe hacerse por lo menos cada 3 horas, incluso durante la noche.<sup>(25)</sup> Aunque la última recomendación por la OMS sostiene que debe ser a demanda.<sup>(12)</sup>





**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La enseñanza de los beneficios, la técnica de Lactancia Materna y la cita para el control del bebé no tuvieron oportunidades perdidas, siendo “aceptable”, al igual que la lactancia materna exclusiva y la cita para el control materno. El alojamiento conjunto considerado como “preocupante”. El contacto piel a piel inmediatamente después del parto durante al menos una hora, la enseñanza de extracción, almacenamiento de leche materna y la indicación de a dónde acudir en caso de dificultades en Lactancia Materna, tuvieron oportunidades perdidas consideradas como “extremo”.

**SEGUNDA:** Los beneficios de la Lactancia Materna más conocidos por las puérperas fueron: la nutrición y desarrollo del bebé, vínculo afectivo madre- hijo y la disminución del excedente de peso en la madre. En cambio los beneficios menos conocidos por la madre fueron: protección contra el cáncer de mama y ovario en la madre, disminución del sangrado postparto de la madre y protección contra infecciones en el bebé.

**TERCERA:** El parto por cesárea se relacionó a un mayor número de prácticas hospitalarias deficientes, a excepción de la entrega de cita para el control materno, que presentó mayor deficiencia en el parto vaginal. A mayor número de días de hospitalización materna post parto se encontró mayor número de oportunidades pérdidas en Lactancia Materna, a excepción de la enseñanza de la extracción de leche materna.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de Lactancia Materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, dando mayor énfasis en las prácticas hospitalarias deficientes, mediante la formulación de políticas hospitalarias pro Lactancia Materna, y mejoramiento de la infraestructura y logística hospitalaria.
2. Capacitación permanente y actualizada de todo el personal asistencial en contacto con las puérperas y recién nacidos
3. Determinar criterios de alta hospitalaria en ámbito de la lactancia: 1) Dominio de la técnica adecuada de amamantamiento, 2) Manejo de la extracción y conservación de la leche, 3) Resolución de consultas de la madre o familiar.
4. Reactivar la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, mediante la certificación y recertificación periódica.
5. Vigilar y sancionar las violaciones al Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.<sup>(27)</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe anual de la OMS / Salud Pública1. Méx. 39; 412-419, 1997
2. Bartick et al. "The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis". Pediatrics. 2010
3. "Baby Friendly Hospital Initiative: hospital breastfeeding policy". Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2009.
4. Arocena." Actividades de promoción de la lactancia materna en el hospital centenario". V Congreso Argentino de Lactancia Materna. 2005
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud. "Oportunidades Perdidas en la Atención Integral a la Niñez". Investigación Operativa. Asunción. 1998.
6. Programa lacmat 3.3, accessible en: [www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.ht](http://www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.ht), 2000
7. Estado de la niñez en el Perú. INEI y UNICEF. 2011
8. Manual de Lactancia Materna, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010 [http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf)
9. Section on Breastfeeding; "Breastfeeding and the Use of Human Milk", Pediatrics 2012.
10. Guidelines & Evaluation Criteria for the U.S. Baby-Friendly Hospital Initiative, 2010
11. Anderson et al. Early Skin - to - Skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infant. The Cochrane Library, Oxford, 2003
12. Lactancia Materna: Guía para profesionales, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004.
13. Bramson et al; Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. J Hum Lact 2010.
14. Herrera Mostajo, Mario. "Comparación del nivel de conocimientos sobre Lactancia Materna en el personal de salud entre los hospitales Goyeneche

- y Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2011”. Universidad Católica de Santa María.
15. Ministerio de salud, Gobierno de Chile, accesible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6c01e2f82f4d6a3be04001011e01660c.pdf>
  16. Ramirez Carlos Milagros, Sotelo Escobedo Yorcka. “Evaluación de la técnica de Lactancia Materna durante el puerperio inmediato en madres de recién nacidos de partos eutócicos en el Hospital Amigo de la madre y el niño, Hospital Goyeneche Arequipa 2011”. Universidad Católica de Santa María.
  17. Dabritz et al; Maternal Hospital Experiences Associated With Breastfeeding at 6 Months in a Northern California County; J Hum Lact 2010.
  18. Prácticas para la atención y cuidado que promueven el parto natural, Lamaze Institute For Normal Birth, 2003
  19. Woolridge MW (1996) Problems of establishing lactation. Food and nutrition bulletin, 17(4):316-323.
  20. Scott et al; Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. Pediatrics. 2006.
  21. Weiderpass, E et al. Incidence and Duration of Breast-Feeding by Type of Delivery: A Longitudinal Study in Southeastern of Brazil. Rev SaudePublica. June 1998; 32(3): 225-31
  22. Perez-Escamilla, R et al. The Association Between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women. Am J PublicHealth. June 1996; 86(6):832-836
  23. Promoción de la lactancia materna, previnfad (aepap)/PAPPS infancia y adolescencia, Octubre 2006
  24. Howard CR, Lawrence RA. Drugs and breastfeeding. Clin Perinatol 1999; 26: 447-478
  25. Breastfeeding counselling: A training course. Participant’s Manual, Organización Mundial de la Salud, 1993
  26. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, IBFAN, Mayo de 1980



### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Establecimiento de salud: **Hospital Hipólito Unanue de Tacna**

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años

Tipo de parto: cesárea / vaginal

Días de internación: \_\_\_\_\_

Número de controles prenatales: \_\_\_\_\_

Paridad: primípara / multípara / gran multípara

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Le explicaron los beneficios de la lactancia?  | Sí | No |
| 2. ¿Qué beneficios le manifestaron o conoce usted?   |    |    |
| • Nutrición y desarrollo del bebé  | Sí | No |
| • Vínculo afectivo madre-hijo  | Sí | No |
| • Protección infecciones del bebé (diarreas, gripes)   | Sí | No |
| • Disminución del sangrado después del parto   | Sí | No |
| • Protección cáncer ovario y mama en la madre  | Sí | No |
| • Disminución del excedente de peso en la madre  | Sí | No |
| 3. ¿Le pusieron el niño al pecho inmediatamente después del parto por lo menos 1 hora?   | Sí | No |
| 4. ¿Le enseñaron como dar de lactar?   | Sí | No |
| 5. ¿Le ha dado solamente pecho a su hijo desde que nació?  | Sí | No |
| 6. ¿Mientras estuvo internada su bebé permaneció todo el tiempo con usted?<br>(A excepción del tiempo requerido para la evaluación médica y cuidados de enfermería imprescindibles). | Sí | No |
| 7. ¿Le indicaron a donde recurrir ante dificultades con la lactancia?  | Sí | No |
| 8. ¿Le dieron una cita para el próximo control del bebé?   | Sí | No |
| 9. ¿Le dieron una cita para el próximo control suyo?   | Sí | No |
| 10. ¿Le enseñaron cómo extraerse la leche para cuando no pueda dar de lactar?  | Sí | No |
| 11. ¿Le enseñaron cómo almacenarla?  | Sí | No |

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE MEDICINA**



**PROYECTO DE TESIS**

**“PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y FOMENTO DE  
LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA 2013”.**

**AUTORA: FIORELLA MERCEDES SALINAS ROSAS**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2013**

## INDICE

<b>I. PREAMBULO</b> .....	03.
<b>II. PLANTEAMIENTO TEORICO</b> .....	04
1. Problema de Investigación .....	04
Justificación del Problema .....	07
2. Marco Conceptual .....	07
3. Análisis de Antecedentes Investigativos .....	48
4. Objetivos .....	53
5. Hipótesis .....	54
<b>III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	54
1. Técnicas, Instrumentos y materiales de Verificación .....	54
2. Campo de Verificación .....	55
3. Estrategia de Recolección de Datos .....	56
<b>IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO</b> .....	58
<b>V. BIBLIOGRAFIA BASICA</b> .....	59
<b>VI. ANEXOS</b> .....	62

## I. PREAMBULO

Ha quedado demostrado en diversos estudios que las prácticas hospitalarias frente a la lactancia materna juega un rol fundamental en la duración de la lactancia materna exclusiva.<sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la recogida periódica de datos sobre lactancia, es decir monitorización que permita conocer la evolución de la misma, así como la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo.<sup>(2)</sup>

Actualmente existe gran interés por la recuperación de la lactancia materna en la alimentación del lactante. Por tal motivo, es fundamental el establecimiento de sistemas de registro para conocer la evolución de la Lactancia Materna en la sociedad.

Conocer la incidencia, duración y los condicionantes de la Lactancia Materna permite evaluar los esfuerzos que se realizan para su promoción y apoyo y dirigir las campañas y los programas en la dirección correcta, sin malgastar un solo esfuerzo o recurso.<sup>(2)</sup>

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### Enunciado del Problema:

¿Cómo es el desempeño de las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de la Lactancia Materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna?

#### Descripción del Problema:

##### a) Área del Conocimiento:

- General: Ciencias de la Salud.
- Específica: Medicina Humana.
- Especialidad: Pediatría, Salud Pública.
- Línea: Lactancia Materna

b) Análisis u Operacionalización de Variables e Indicadores:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR O CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Edad de la madre	Según refiere madre en encuesta	Años	Discreta
Grado de instrucción	Según refiere madre en encuesta	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
Tipo de Parto	Según refiere madre en encuesta	Cesárea Vaginal	Nominal
Días de Internación Post Parto	Según refiere madre en encuesta	Días	Discreta
Controles Prenatales	Según refiere madre en encuesta	Número	Discreta
Paridad	Según refiere madre en encuesta	Primípara, Multípara, Gran Multípara	Ordinal
Enseñanza de los Beneficios	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Contacto piel a piel	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Enseñanza cómo dar de lactar	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Lactancia Materna Exclusiva	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Alojamiento Conjunto	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Indicación de lugar de ayuda	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Cita control bebé	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Cita control madre	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Extracción de leche	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Almacenar leche	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	VALOR O CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
Nutrición y desarrollo para el bebé	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Vínculo afectivo madre-hijo	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Protección contra infecciones en el bebé.	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Disminución del sangrado postparto	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Protección contra el cáncer de mama y ovario	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal
Disminución del excedente de peso en la madre	Según refiere madre en encuesta	Si, No	Nominal

c) Interrogantes Básicas:

- ¿Qué beneficios de la Lactancia Materna perciben las madres?
- ¿Existe relación entre el tipo de parto y las prácticas hospitalarias?
- ¿Existe relación entre los días de internación postparto y las prácticas hospitalarias?

d) Tipo de Investigación:

- De Campo

e) Nivel de Investigación:

- Observacional
- Transversal
- Descriptiva.

## JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El presente estudio es contemporáneo debido a que trata un problema de actualidad, por la importancia que tiene el fortalecimiento de la lactancia materna como un arma para disminuir enormemente la morbimortalidad infantil, existen innumerables estudios que manifiestan los beneficios innumerables de la lactancia Materna, tanto para el niño, la madre, la familia y la sociedad.

La contribución académica se da, al señalar la importancia de la Lactancia Materna, ya que estos aspectos son descuidados en la formación médica, siendo un tema pobremente tratado en el pregrado, lo que conlleva a la desinformación del personal de salud y en consecuencia a la desinformación de los pacientes.

Tiene relevancia social e implicancia práctica porque al conocer estos aspectos se podrá incidir en las deficiencias y así fomentar y fortalecer la Lactancia Materna. La investigación es factible, ya que se dispone de una población accesible de estudio y los costos están dentro de las posibilidades del investigador.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Cambios en la Práctica y epidemiología de la Lactancia Materna

Existieron algunos cambios sociológicos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, que explicarían los cambios negativos en la práctica de la Lactancia Materna:<sup>(3)</sup>

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente hacia la lactancia artificial.
- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”.
- Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género. Incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación.
- Enormes intereses económicos industriales.
- Una participación activa de los profesionales de la salud, fundamentalmente médicos, convencidos inicialmente de la maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos.

La declinación de la lactancia tuvo consecuencias en todos los medios sociales y económicos, pero fue en los países en vías de desarrollo, con condiciones económicas y sanitarias deficientes, donde las consecuencias fueron evidentes y

desastrosas. El abandono de la lactancia trajo como resultado un aumento de las infecciones, la desnutrición y la muerte.<sup>(2)</sup>

En el Perú, a pesar de ser un país cuyas madres tradicionalmente adoptaban el amamantamiento como modo de alimentación de sus bebés, la exclusividad y la prevalencia de la lactancia materna también disminuyeron, lo que trajo un aumento de la morbilidad y de la mortalidad infantil, como se demostraría en algunas investigaciones realizadas.<sup>(4)</sup>

En 1974, la 27° Asamblea Mundial de Salud advirtió el descenso de la lactancia en el mundo, relacionándolo, entre otros, a la promoción indiscriminada de sucedáneos de leche materna, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctivas.

En 1978 la 31° Asamblea Mundial de Salud volvió a recomendar la regulación de la promoción de esos productos. En 1979 se realizó una reunión conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y, finalmente, en 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna. En 1982, el Perú fue el primer país en Latinoamérica en adoptar este documento, en el primer Reglamento de Alimentación Infantil.

En 1989, en una reunión de expertos de la OMS y UNICEF, se elaboró un documento sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad” <sup>(5)</sup>. En dicho documento se delinearon los “Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa” que engloban las

acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en los hospitales.

En 1990, en Florencia, 32 países firman la llamada Declaración de Innocenti, que insta a los gobiernos a adoptar el Código de Comercialización de Sucedáneos, así como a dar leyes y otras medidas para proteger la maternidad y los derechos de las madres trabajadoras, y que en 1995 todas las maternidades del mundo cumplan los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa.

En su Estado Mundial de la Niñez de 1991, UNICEF estimó que revertiendo la declinación de la lactancia, podrían salvarse un millón y medio de vidas cada año.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud y UNICEF lanzan la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños <sup>(6)</sup>, con el objetivo de implementar los Diez Pasos hacia una Lactancia Exitosa y terminar con las donaciones y adquisiciones a bajo costo de los sucedáneos de leche materna en los establecimientos de salud.

En el Perú en el año 1992, el Ministerio de Salud acoge esta iniciativa; poniendo en marcha en 1993 el Plan de Implementación de la Iniciativa, instituyendo además la Semana de la Lactancia Materna en el Perú.

Desde 1993 hasta 1997 en el Perú se logró acreditar a 90 Hospitales en todo el país, como Amigos de la Madre y el Niño. En este periodo se consiguieron importantes avances en incrementar la Lactancia Materna Exclusiva a nivel nacional, en el año 2000 se logró alcanzar el 67% luego de haber registrado el 34% en el año 1991. Sin embargo la falta de continuidad de

esta labor, tiene como resultado que en la práctica, actualmente no sabemos con cuantos Hospitales Amigos de la Madre y el Niño contamos.

Desde el año 2008, el Ministerio de Salud como parte de los lineamientos de política del sector, decide la reactivación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, en el marco de la Lucha contra la Desnutrición Infantil y la Estrategia Nacional CRECER.

Se ha considerado la categorización actual de los servicios de salud, incluyendo en la Iniciativa a todo Establecimiento de Salud que atiende partos, de modo que en esta reactivación se denomina “Iniciativa Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño”, IEAMN”. Para ello, los establecimientos de salud, sobre la base de una autoevaluación inicial, deben definir un plan de trabajo para implementar los cambios necesarios para cumplir “Los 10 Pasos hacia la Lactancia Exitosa”. Una vez completada esta etapa deben solicitar al Ministerio de Salud la evaluación externa, luego de la cual, si cumplen con todos los niveles de exigencias, se procederá a la acreditación como Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño, por un periodo de 3 a 5 años.

En el marco de la descentralización y la programación del presupuesto, las actividades de promoción y apoyo de la lactancia materna, como la capacitación y monitoreo se incorporan a la planificación del Presupuesto por Resultado, como lo vienen gestionando algunas regiones.

Así también, en la revisión de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, el paso más crítico fue el paso 10 referido al apoyo comunitario, las madres no tienen apoyo para la continuación de la lactancia, puede ser uno de los factores que dificulta la lactancia. En esta reactivación de IEAMN, debe planificarse, organizarse y asignar los recursos humanos y materiales necesarios para fortalecer el apoyo comunitario, desde las estrategias que cada región priorice.

## **2.2. Hospital Hipólito Unanue de Tacna**

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inició sus funciones al servicio de la salud el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas. Consta de un pabellón de 5 pisos y sótano;<sup>(7)</sup> cuenta con los servicios de Cirugía, Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, además de una unidad de cuidados para quemados.

El servicio de Obstetricia cuenta con 20 camas para alojamiento conjunto y 8 camas para madre acompañante que es para madres que tienen recién nacidos hospitalizados. Se cuenta con 13 Ginecólogos y 18 obstetrices.

El servicio de Neonatología consta de 10 cunas distribuidas en el ambiente de Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Infeccionados, Unidad de Cuidados Continuos y Unidad de Cuidados Intermedios. Se cuenta con 12 pediatras

y 16 enfermeras, 8 de las cuales laboran en hospitalización de Recién Nacidos, 6 encargadas de Atención Inmediata del Recién Nacido y Alojamiento Conjunto, y 2 enfermeras encargadas de Vacunación.

Al mes se atienden un promedio de 300 partos, de los cuales el 50% son partos vaginales y el 50% cesáreas, dicho porcentaje de cesáreas resulta ser alto en comparación de otros establecimientos de salud, debido a que este hospital es de referencia a nivel regional.

El 4 de agosto de 1994 el Hospital Hipólito Unanue de Tacna recibe la certificación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, al igual que otros establecimientos de salud, como el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima y el Hospital Goyeneche de Arequipa, entre otros.

Dos años después, el 6 de febrero de 1996 se instaló el Comité de Lactancia Materna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, constituido por un presidente, vicepresidente, secretario, asesores y miembros, el cual está integrado por pediatras, gineco-obstetras, obstétrices y enfermeras, dicho comité se encarga de elaborar el plan de trabajo anual. Lamentablemente dicho comité no recibe la importancia que tuvo años atrás.

### **2.3. Epidemiología de la Lactancia Materna**

Actualmente en los Estados Unidos las tasas de lactancia materna muestran un incremento considerable con relación a la década anterior. En el 2008 menos de 2 % de nacimientos ocurrieron en un hospital designado en la Iniciativa Hospital

Amigo de los Niños (IHAN), un reconocimiento internacional de las mejores prácticas para el cuidado de la maternidad, dicha cifra se triplicó para el 2012.

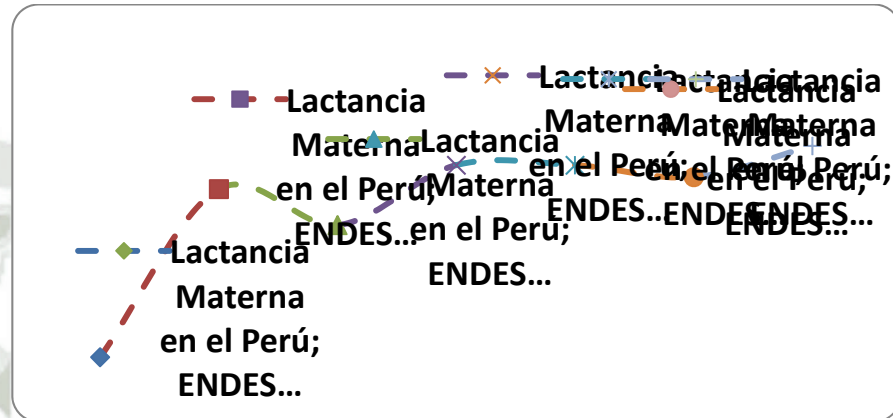
En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2011 (ENDES 2011) <sup>(8)</sup>, el 99 % de niños y niñas han lactado alguna vez. El 50,2 % de niños y niñas empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, este hecho se presentó en mayor porcentaje entre niños y niñas de madres cuyo nacimiento fue atendido por una partera (70,5 %), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (69,7 %), sin educación (69 %) y según departamento Huánuco (81,3 %), Ayacucho (79,4 %), La Libertad (77.6 %) y Loreto (72,2 %).<sup>(8)</sup>.

Los menores porcentajes de lactancia antes de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños ubicados en el quintil superior de riqueza (27,2 %) y cuyas madres tuvieron educación superior (34,5 %). Por departamento, los menores porcentajes se presentaron en Ica (29,1 %), Tacna (30,9 %) y Lima (31,8 %).<sup>(8)</sup>

Por otro lado, el 32,9 % de niñas y niños en la ENDES 2011 recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, porcentaje incrementado en 7,6 puntos porcentuales al observar el valor del año 2000 que fue 25,3 %. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia entre niñas y niños del quintil superior de riqueza (58,7 %), de madres con educación superior (51,2 %), los nacidos en una institución de salud (35,6 %) y que recibieron asistencia del profesional de salud en el parto (35,2%).<sup>(8)</sup>

**Grafico 1.**

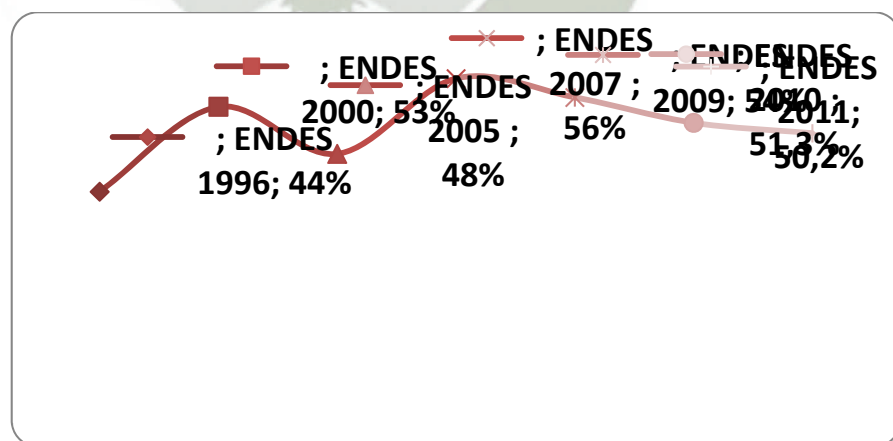
Prevalencia Lactancia Materna Exclusiva: Comportamiento en el Tiempo.



INEI. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES - Perú 2011).

**Gráfico 2.**

Inicio de Lactancia Materna en la Primera Hora.



INEI. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES - Perú 2011).

#### 2.4. Beneficios de la lactancia materna<sup>(9)</sup>

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y la madre. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y otros nutrientes, además de enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1500 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas.

La literatura médica confirma los beneficios de la lactancia exclusiva sobre la nutrición y desarrollo de los niños y niñas, así como para su salud durante la infancia e incluso en períodos posteriores de la vida. Los niños amamantados tienen menor

riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia e infección urinaria.

En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal. La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficiente IgA que protege al niño mientras él va aumentando su capacidad de producirla. Además es importante considerar que los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben biberones.

La función succión-deglución respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonoarticulación del lenguaje. Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus

órganos, especialmente el sistema nervioso. Hay un menor riesgo tanto de desnutrición como de obesidad entre los niños y niñas amamantados en forma exclusiva los primeros seis meses de vida, que los que recibieron lactancia mixta o artificial. Diversos estudios muestran que los niños con lactancia exclusiva crecen adecuadamente durante el primer semestre de vida, luego de lo cual la lactancia debe ser complementada, pero mantenerse como aporte lácteo, hasta el segundo año de vida, según recomienda la OMS y UNICEF.

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con sucedáneos de la leche materna. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula. Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud

alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre y el hijo, estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo. El apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo. En la madre reduce la depresión postparto y mejora su autoestima.

Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa, enfermedad celíaca, asma, leucemias, linfomas, obesidad y enfermedades alérgicas.

Se han demostrado beneficios para la salud de la madre, como: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. Retracción del útero, por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.

Una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.

La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

## **2.5. Contraindicaciones de la lactancia materna**

### **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)**

Se ha demostrado la transmisión del HIV por la leche materna. Diversos factores aumentan el riesgo de transmisión, y explican los índices variables que se han encontrado en diferentes estudios (5 – 53 %). Entre estos factores de riesgo se encuentra: una carga viral alta, un recuento bajo de células CD4 y el padecimiento de mastitis. El riesgo de infección también aumenta con la duración de la lactancia materna.

La infección materna por HIV constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial. La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las

principales causas de muerte en la infancia. En estas circunstancias la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponer de alternativas seguras. Por este motivo la OMS recomienda que en dichos países las madres infectadas por HIV mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.<sup>(10)</sup>

### **Infección por el virus de leucemia humana de células T (HTLV-1)**

Se ha demostrado la transmisión del HTLV-1 a través de la leche materna. El riesgo es mayor en las madres con una carga viral alta y cuando la lactancia materna se prolonga más de 6 meses. Como sucede con el HIV, la infección materna por el HTLV-1 es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos de leche materna adecuados.

### **Galactosemia**

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectos de galactosemia, enfermedad metabólica que obedece a un déficit en alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa. La galactosa es necesaria para sintetizar glucolípidos y glucoproteínas complejas que forman parte del tejido cerebral. Su principal fuente es la lactosa contenida en la leche, aunque también se puede sintetizar a partir de la glucosa.

La presencia de sustancias reductoras en orina hace sospechar en el diagnóstico, que se confirma mediante la determinación enzimática en los hematíes. Los niños afectos a galactosemia deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial.<sup>(11)</sup>

### **Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia**

Pocas enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales podemos citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer. Algunos casos de prolactinoma, especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contraindica la lactancia.

El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño.<sup>(12)</sup>

### **Circunstancias y enfermedades maternas que requieren una valoración individualizada:**

Antes de tomar una decisión sobre situaciones que puedan suponer una contraindicación para la lactancia materna, se debe realizar una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios frente a los posibles riesgos. Si se considera necesaria la interrupción temporal de la lactancia, se aconsejará

a la madre que se vacíe con frecuencia las mamas, de forma manual o con sacaleches, para mantener la producción de leche y pueda reanudar la alimentación al pecho sin problemas.

**Hepatitis C.** El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C a través de la leche materna es bajo, pero aumenta cuando la madre también es portadora del HIV o si se trata de una hepatitis activa, con sintomatología clínica. La infección por este virus no contraindica la lactancia materna, excepto en los casos señalados.<sup>(13)</sup>

**Citomegalovirus.** Se ha demostrado la transmisión del citomegalovirus a través de la leche materna. La leche materna puede contener anticuerpos específicos frente al virus, pero dichos anticuerpos no protegen frente a la infección.

La tasa de infección por CMV en lactantes de madres portadores es alta (63 %). En los lactantes a término la infección cursa de forma asintomática o con síntomas leves y no deja ningún tipo de secuelas. En estos niños la lactancia materna no está contraindicada, pero sí lo está en los prematuros y en los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia.<sup>(14)</sup>

**Herpes simple.** El virus del herpes simple se ha aislado en la leche materna, pero su transmisión por esta vía es rara. Únicamente si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia materna hasta que sanen las lesiones. Para prevenir el contagio también es importante el lavado cuidadoso de las manos y cubrir las lesiones activas de la piel.<sup>(14)</sup>

**Sífilis.** La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema; el niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento. Una vez que la madre complete el tratamiento y las lesiones cutáneas hayan curado se puede reanudar la alimentación al pecho.<sup>(14)</sup>

**Infecciones bacterianas graves.** Cuando la madre sufre un cuadro de sepsis u otra infección grave, los gérmenes pueden pasar a la leche, pero el niño recibe también a través de la leche los anticuerpos frente al organismo causante de la infección. Por otro lado, suspender la lactancia materna no evita el riesgo de contagio, ya que el niño ha estado expuesto por el contacto con su madre antes de que ésta presentara síntomas de la infección. Cuando la enfermedad produce una importante afección del estado general de la madre, se puede suspender durante las primeras 24 horas de tratamiento, continuándola después si se administra a la madre un antibiótico compatible con la lactancia. En algunos casos puede estar indicado administrar al lactante el mismo tratamiento profiláctico contra el mismo microorganismo.<sup>(14)</sup>

**Brucelosis.** Se transmite al ser humano por ingestión de leche, carne u otros alimentos contaminados o por contacto directo con animales enfermos. También se puede transmitir a través de la leche humana. Si la madre ha sido diagnosticada cuando ya ha comenzado la lactancia, es muy probable que el niño este contagiado y ambos necesiten tratamiento. No hay acuerdo sobre la necesidad de suspender la alimentación al pecho hasta que se complete el tratamiento.<sup>(14)</sup>

**Enfermedad de Chagas.** Enfermedad muy frecuente en América Latina. La transmisión por leche humana es muy rara<sup>(14)</sup>.

**Tuberculosis activa.** El bacilo no se ha aislado en la leche materna. La transmisión es por vía respiratoria. Si se diagnostica durante el embarazo debe iniciarse el tratamiento inmediato para evitar el riesgo de contagio cuando el niño nazca. Si se diagnostica al final de la gestación o después del parto, se debe tratar a la madre lo antes posible, existiendo controversia sobre la necesidad de separar al niño de la madre. La OMS aconseja no separarlos y administrar al niño isoniacida durante 6 meses si la madre llevaba menos de 2 meses de tratamiento, mientras que algunos autores recomiendan la separación madre-hijo hasta que hayan transcurrido las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y la madre ya no sea contagiosa (frotis de esputo negativo).

Si la madre no presenta lesiones en la mama durante este periodo el niño puede recibir leche materna obtenida mediante extracción manual o sacaleches. Cuando termine el periodo de aislamiento se puede reanudar la alimentación al pecho, aunque la madre continúe el tratamiento. Si es necesario que el niño reciba tratamiento profiláctico con isoniacida, se debe controlar las cifras de transaminasas y tener en cuenta, al ajustar la dosis, que la madre también está recibiendo tratamiento con isoniacida y ésta pasa a través de la leche.<sup>(15)</sup>

**Varicela.** El virus varicela-zoster puede atravesar la placenta y producir un cuadro de varicela congénita. Si el contagio ocurre

entre 20 días y 5 días antes del parto, generalmente produce un cuadro leve, debido al efecto protector de los anticuerpos maternos frente a este virus, que han sido transmitidos a través de la placenta. Pero cuando el contagio ocurre en los últimos 5 días del embarazo o en las primeras 48 horas después del parto, puede producir una infección grave en el recién nacido (varicela diseminada). Para prevenirla se debe administrar al niño inmunoglobulina específica y aislarlo temporalmente de su madre hasta que ésta no sea contagiosa, generalmente entre 6 y 10 días después del inicio del exantema, una vez que se comprueba que no se han producido nuevas lesiones en las últimas 72 horas y que todas las que presenta la madre están en fase de costra. Durante este período, si la madre no presenta lesiones en la mama, puede extraerse la leche para dársela a su hijo hasta que sea posible alimentarlo directamente al pecho.

Si la infección materna se produce durante la lactancia, después de las 48 horas siguientes al parto no es necesario aislar al niño. Si la madre no presenta lesiones en la mama, puede continuar con la lactancia. Los anticuerpos presentes en la leche materna desde antes de las 48 horas del inicio de la enfermedad, pueden contribuir a mejorar la evolución de la varicela, si el lactante finalmente la contrae. El tratamiento de la madre con Aciclovir no contraindica la lactancia.<sup>(14)</sup>

**Sarampión.** Si se da la rara circunstancia de una madre susceptible a la infección y que haya estado expuesta inmediatamente antes del parto, se aconseja separar al niño de su madre hasta que transcurran 72 horas desde el inicio del exantema. Durante este período se le puede dar leche materna

obtenida mediante extracción manual o sacaleches. Si la madre contrae el sarampión durante la lactancia no está indicado separarla de su hijo, ya que esta enfermedad es contagiosa desde antes de iniciarse el exantema. Por otro lado, los anticuerpos frente al virus del sarampión aparecen en la leche materna a las 48 horas de comenzar el cuadro y, si el niño contrae la enfermedad, contribuirán a mejorar su evolución.

Para evitar el contagio, o modificar el curso de la enfermedad, se le puede administrar al niño inmunoglobulina polivalente, dentro de los 6 días postexposición. Los niños que hayan recibido inmunoglobulina no deben ser vacunados de triple vírica hasta pasados 5-6 meses (en función de la dosis). En los niños mayores de 6 meses, si han transcurrido menos de 72 horas del contacto, es preferible sustituir la inmunoglobulina por la vacuna triple vírica (la vacuna no es eficaz si se administra después de las 72 horas del contacto). Los niños vacunados antes de los 12 meses deben recibir otras dos dosis de triple vírica, a los 12-15 meses y a los 3-6 años.<sup>(14)</sup>

**Miastenia Gravis.** Existen dos formas de esta enfermedad, que es debida a un bloqueo neuromuscular. La más frecuente, la forma adquirida, obedece a un trastorno autoinmunitario que da lugar a la formación de anticuerpos antirreceptor de la acetilcolina (ACh) con una menor respuesta de la placa motora terminal a la acetilcolina.

La forma heredada, mucho más rara, no se acompaña de anticuerpos anti-ACh en el plasma. En la Miastenia Gravis adquirida los anticuerpos antirreceptor de ACh pueden atravesar la placenta y ser responsables de un cuadro de miastenia neonatal transitoria, que se manifiesta por:

insuficiencia respiratoria, succión débil, hipotonía y escasa actividad motora espontánea. Los anticuerpos anti-ACh también pueden pasar por la leche materna, por lo que algunos autores no recomiendan la alimentación al pecho durante los episodios severos en los que la madre presenta una elevación importante de los niveles de anticuerpos. Sin embargo, no se han descrito casos en lactantes que puedan ser atribuidos al paso de anticuerpos maternos a través de la leche. La principal razón por la que no se aconseja el amamantamiento en los casos severos de Miastenia Gravis, es porque supone un sobreesfuerzo para la madre que puede resultar agotador.<sup>(16)</sup>

**Cáncer de mama.** El diagnóstico de cáncer de mama durante la lactancia obliga a suspender la alimentación al pecho para que la madre pueda someterse a tratamiento lo antes posible. Cuando el embarazo se produce en una mujer con cáncer de mama que ya ha recibido tratamiento, es posible la lactancia por el pecho sano. No se ha demostrado la transmisión de virus tumorales por la leche materna.

**Otras enfermedades crónicas.** Si la madre padece una enfermedad crónica como: fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia o depresión, la decisión de dar o no lactancia materna se debe tomar teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y el grado de incapacidad que origina en la madre. Cuando la situación clínica de la madre lo permite, es posible dar el pecho, si se emplean medicamentos que sean compatibles con la lactancia.

Los antiepilépticos y otros psicofármacos pueden tener un efecto sedante, condicionando una succión débil en el lactante que dificulta la alimentación al pecho, especialmente durante los primeros días de vida, en los que se debe vigilar de forma estrecha al niño. Al ir mejorando la capacidad metabólica del recién nacido para eliminar el fármaco, por lo general este efecto desaparece. El hipotiroidismo y el hipertiroidismo materno tampoco contraindican la lactancia.<sup>(17)</sup>

### **Enfermedades del lactante que requiere una valoración individualizada**

**Fenilcetonuria.** Enfermedad hereditaria que se transmite de forma autosómica recesiva. Su incidencia es de alrededor de 1 caso por cada 10.000 recién nacidos. La forma clásica de fenilcetonuria obedece a un déficit de fenilalanina hidroxilasa, enzima que interviene en la síntesis de tirosina a partir de la fenilalanina.

Si no se trata precozmente, el niño desarrolla un cuadro de afectación neurológica progresiva que conduce a un retraso mental. La detección de fenilcetonuria se incluye en las pruebas de cribado neonatal. El tratamiento es dietético y se basa en un aporte restringido de fenilalanina. Como este aminoácido es esencial, hay que suministrarlo en cantidades mínimas para garantizar la síntesis proteica. La leche materna tiene un contenido relativamente bajo de fenilalanina (29-64 mg/dl), por lo que se puede administrar junto con una leche especial sin fenilalanina, controlando los valores de este aminoácido en sangre (deben estar entre 2 y 6 mg/dl), para ajustar en función de ello la cantidad de leche materna. Se ha demostrado que la

lactancia materna parcial permite mantener niveles adecuados de fenilalanina y logra que los niños afectados de esta enfermedad alcancen un mejor coeficiente intelectual que los alimentados solamente con fórmula.<sup>(18)</sup>

**Hábitos maternos que no contraindican la lactancia pero que se deben reducir o evitar durante ese período.<sup>(2)</sup>**

**Consumo de alcohol.** El alcohol pasa en cantidades pequeñas a la leche materna y cambia el sabor y el olor de la misma, lo que puede hacer que el niño rechace el pecho. Además, el alcohol bloquea la liberación de oxitocina y dificulta la salida de la leche. El lactante tiene reducida la capacidad para oxidar el alcohol, por ello el que recibe a través de la leche materna, aunque sea en pequeñas cantidades, puede tener un efecto negativo en su conducta, ritmo de sueño y desarrollo psicomotor.

Hay que aconsejar a la madre que no consuma alcohol, o al menos que no lo haga tres horas antes de la toma de pecho y que limite la cantidad a un máximo de 0,5 g/kg de peso corporal materno (para una mujer de 50 kg de peso equivale a unos 200 cc de vino, 500 cc de cerveza y 30 cc de licor).

**Consumo de cafeína.** La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el café, té, refrescos con cafeína y chocolate, pasan a la leche. Si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño.

**Consumo de tabaco.** La nicotina, al igual que el alcohol, puede cambiar el gusto y el olor de la leche provocando rechazo del pecho. La nicotina también inhibe la liberación de prolactina, disminuyendo la producción de leche, e interfiere en el reflejo de eyección y al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (escaso aumento de peso, mayor frecuencia de cólicos, etc.). A ello se suma los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, no se debe suprimir la lactancia, ya que sus beneficios superan los posibles riesgos.

En estas circunstancias se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, que fume cigarrillos bajos en nicotina, que evite fumar durante un período superior a 2,5 horas antes de la toma de pecho y que no fume, ella ni ninguna otra persona, en la misma habitación donde está el niño.

**Falsas contraindicaciones: enfermedades y circunstancias maternas<sup>(2)</sup>**

**Infecciones agudas comunes.** Suspender la lactancia materna cuando la madre presenta síntomas de algún proceso infeccioso común, como un resfriado, una amigdalitis o una diarrea, no sólo no está indicado sino que es contraproducente. Hay que tener en cuenta que los gérmenes causantes de estas infecciones no se transmiten a través de la leche materna y el lactante ya ha estado expuesto al contagio por su contacto con la madre durante el período prodrómico. Cuando la madre se encuentra en el período sintomático ha formado anticuerpos

que le puede transmitir a su hijo a través de la leche, protegiéndolo frente a la infección o disminuyendo la gravedad de los síntomas. En estos casos se debe continuar con la alimentación al pecho y administrar tratamiento a la madre, si lo requiere, empleando medicamentos que sean compatibles con la lactancia.

**Hepatitis A.** La principal vía de transmisión del virus de la hepatitis A es la fecaloral, produciéndose el contagio por contacto directo o a través de agua o alimentos contaminados. La transmisión vertical es rara. Si la madre sufre una infección por este virus en el último trimestre de la gestación o durante la lactancia, puede continuar con la alimentación al pecho. Se le aconsejará el lavado cuidadoso de las manos y se administrará al lactante lo antes posible (antes de las dos semanas siguientes a la exposición) inmunoglobulina polivalente y la vacuna de la hepatitis A, de forma simultánea, en lugares diferentes de inyección. Esta vacuna, al tratarse de una vacuna inactivada, tiene riesgos mínimos para el lactante. En menores de un año la presencia de anticuerpos maternos transmitidos de forma pasiva al final de la gestación puede reducir la eficacia de la vacunación.

**Hepatitis B.** Aunque se ha aislado el virus de la hepatitis B en la leche materna, el riesgo de transmisión de esta enfermedad a través de la leche es muy bajo. La administración de inmunoglobulina antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 horas de vida, en diferentes lugares de inyección, permite que la madre infectada por el virus de la hepatitis B pueda alimentar al niño al pecho sin riesgos.

**Otras enfermedades que no contraindican la lactancia.** La salmonelosis, el paludismo y la toxoplasmosis no se transmiten por la leche materna.

**Diabetes mellitus.** La lactancia materna no está contraindicada en la madre diabética, e incluso puede tener ventajas. En diabetes gestacionales se ha comprobado que mejora la tolerancia a la glucosa y en diabetes insulino-dependientes disminuye las necesidades de insulina. Si la diabetes no está bien controlada pueden haber algunas diferencias en la composición de la leche (menor concentración de lactosa, mayor contenido en nitrógeno) y una menor producción de leche, por niveles bajos de prolactina. También es mayor riesgo de mastitis y candidiasis del pezón. Para evitar estos problemas se debe aconsejar un buen control de la diabetes y el inicio precoz de la lactancia con tomas frecuentes en posición correcta. Estas medidas también ayudan a evitar la hipoglucemia en el recién nacido.

**Mastitis.** La mastitis no sólo no contraindica la lactancia materna, sino que el cuadro mejora dando con frecuencia el pecho afectado.

**Patología mamaria benigna.** La enfermedad fibroquística, los quistes benignos y los fibroadenomas tampoco contraindican la lactancia.

**Pezón plano o invertido.** Ni el pezón plano (no sobresale al estimularlo) ni el pezón invertido (se retrae al apretar la aréola) impiden la alimentación al pecho.

Es importante informar a la gestante de que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más ayuda y paciencia al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear un sacaleches eléctrico o manual, bombeando suavemente hasta que el pezón salga.

**Piercing en el pezón.** La perforación del pezón no contraindica la lactancia. La madre se debe quitar las joyas antes de ofrecer el pecho.

**Reanudación de la menstruación y embarazo.** Estas situaciones no obligan a suspender la lactancia. Si la madre lo desea, después del parto puede alimentar a ambos hijos al pecho (lactancia en *tándem*), dando prioridad al recién nacido, al que le ofrecerá primero el pecho. Si la madre decide destetar al hermano mayor, es conveniente hacerlo gradualmente, preferiblemente antes del parto.

**Implante mamario de silicona.** No se ha comprobado ningún efecto adverso relacionado con la lactancia en mujeres que llevan un implante de silicona ni en sus hijos, por lo que se puede recomendar la alimentación al pecho en estos casos, sin que sea necesario extraer los implantes ni medir las concentraciones de silicona en la leche materna.

#### **Falsas contradicciones: enfermedades del niño<sup>(2)</sup>**

**Diarreas.** La alimentación al pecho cuando el niño sufre un episodio de diarrea aguda, no sólo no está contraindicada, sino que además es beneficiosa, ya que la digestión y absorción de los nutrientes contenidos en la leche materna es mejor que la

de otros alimentos y aporta factores de defensa y otros factores bioactivos que contribuyen a la recuperación de la mucosa intestinal.

## 2.6. Los 10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa

### **PASO 1: Disponer de una Política por Escrito Relativa a la Lactancia Natural que Sistemáticamente se Ponga en Conocimiento de todo el Personal de Atención a la Salud.**

Este paso requiere que el hospital tenga una política por escrita de lactancia que cubra los 10 pasos y que debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madre y a los recién nacidos pueda consultarla. Asimismo debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atiende a las madres y a los niños.

Para mejorar la eficacia de una política sobre lactancia materna, deben incluirse prácticas adecuadas, todo el personal debe cumplirlas, y se debe medir o auditar los resultados para obtener retroalimentación que permita mejorar dicha política. Además, las autoridades, tanto dentro del hospital como fuera del mismo deben comprometerse con dicha política y controlar su aplicación mediante inspección, supervisión y, si es preciso, formación del personal responsable. La falta de compromiso y colaboración del personal directivo representa un importante obstáculo para la aplicación de los 10 pasos. El cumplimiento de este paso exige que la política escrita sobre lactancia deba especificar tanto la necesidad de aplicar prácticas adecuadas (como el alojamiento conjunto) como la necesidad de restringir las prácticas inadecuadas.

Diversos estudios realizados en diferentes países han demostrado la eficacia de las normas estrictas para cambiar las prácticas hospitalarias y aumentar la eficacia de las intervenciones y la duración de la lactancia.<sup>(19)</sup>

**PASO 2: Capacitar a todo el Personal de Salud de Forma que esté en Condiciones de Poner en Práctica esa Política.**

No se puede esperar que los profesionales sanitarios que no han recibido formación en la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente. Todo el personal con responsabilidad en el cuidado de las madres debe recibir instrucción que permita aumentar sus conocimientos y habilidades en el fomento de la Lactancia Materna.

Es preciso también cambiar las actitudes que con frecuencia constituyen un obstáculo para la promoción de la lactancia; como es la presunción de que los profesionales sanitarios ya lo saben todo.<sup>(20)</sup>

Los criterios de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAN) recomiendan que la duración de los cursos de formación sea como mínimo de 18 horas, aunque son deseables cursos más largos. Para conseguir una eficacia en las mejoras tanto de las habilidades como de las actitudes, es importante que los cursos tengan un fuerte contenido práctico. Para conseguir cambios en las prácticas hospitalarias, la capacitación debe ser obligatoria y combinarse con una normativa rigurosa sobre lactancia. Los Pasos 1 y 2 están estrechamente relacionados y su cumplimiento es necesario para la aplicación de todos los demás.

La experiencia demuestra que sin normas estrictas y sin una buena formación del personal, es imposible cambiar las prácticas hospitalarias. Probablemente, ninguna de las dos intervenciones sea suficiente por separado.

Los estudios realizados demuestran que aunque los cursos son eficaces para aumentar los conocimientos, es necesario profundizar más en las estrategias para la aplicación del programa y modificar las prácticas.<sup>(21)</sup>

### **PASO 3: Informar a todas las Embarazadas Sobre los Beneficios que Ofrece la Lactancia Natural y la Forma de Ponerla en Práctica.**

El periodo prenatal debe convertirse en una auténtica preparación no sólo para el parto sino también para la lactancia. En los países desarrollados la mayoría de las mujeres deciden la forma de alimentar a sus hijos antes del embarazo, por lo que la información podría influir sobre las que aún no han tomado la decisión o sobre aquellas cuya decisión no es irrevocable.

Los profesionales que se ocupan de la vigilancia del embarazo, con la contribución del pediatra en su visita prenatal, serán los responsables de asesorar en esta toma de decisión.

Es importante explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la lactancia natural supone, pero es necesario, así mismo, informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento. La información relativa a la lactancia natural debe ofrecerse a todas las gestantes independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo.

Es importante incluir al padre en la visita prenatal y en los programas de lactancia ya que está demostrado que participan en la elección del método de alimentación de sus hijos y pueden ser eficaces promotores o detractores de la lactancia materna, dependiendo de cuál sea su actitud ante las dificultades iniciales.

Los estudios que revisan la eficacia de este paso, demuestran que la educación prenatal es útil sobre todo en las mujeres primíparas y que su eficacia aumenta si se aborda la técnica de lactancia y se refuerza la confianza en la madre sobre su capacidad de amamantar.<sup>(22)</sup>

**PASO 4: Colocar a los bebés en contacto piel a piel con su madres inmediatamente después del parto durante al menos una hora y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda si es necesario<sup>(23)</sup>**

Las madres y sus hijos no han de separarse después del parto, salvo que exista un motivo médico que lo justifique. Debe facilitarse el contacto piel a piel, inmediatamente después del parto (o tan pronto como sea posible), en un ambiente tranquilo y durante un periodo ilimitado. A todas las madres se les debe ofrecer esta oportunidad, independientemente de cómo alimenten a sus hijos, ya que este primer contacto puede jugar un importante papel en el vínculo madre-hijo. No es necesario que el sanitario esté con ellos e incluso es preferible que la nueva familia permanezca sola en un ambiente tranquilo.

Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello. Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto piel con piel empiece dentro de la primera hora. Siempre que el recién nacido esté en contacto estrecho con su madre y pueda mamar cuando dé señales de estar preparado, no hay justificación para forzarlo a tomar pecho.

Algunos estudios han demostrado que los recién nacidos colocados sobre el abdomen de su madre, comienzan a hacer movimientos hacia el pecho unos 20 minutos después del parto, y antes de los 50 minutos la mayoría de los recién nacidos están mamando.

La succión precoz del pecho estimula la liberación de prolactina y oxitocina que, además de favorecer la producción y eyección de leche, facilita la expulsión de la placenta y disminuye la hemorragia uterina.

El contacto piel con piel tiene otras ventajas. Se asocia a temperaturas corporales más altas y a una adaptación metabólica más rápida. Permite en la relación madre-hijo los primeros días después del parto. La puesta al pecho precoz influye enormemente en la duración de la lactancia materna.

**PASO 5: Enseñar a las Madres cómo se Debe dar de Lactar al Niño y cómo Mantener la Lactancia Incluso si han de Separarse de su Hijo.**

Contrariamente a la creencia popular, colocar al niño al pecho no es una habilidad innata de la madre, sino que es una capacidad que debe ser aprendida. Algunas madres tienen éxito con la lactancia sin que nadie les ayude pero muchas otras, particularmente las primíparas, necesitan aprender la técnica. Dado que raramente se incluye información práctica sobre lactancia materna en la formación de los profesionales de la salud, es posible que estos no estén capacitados para resolver los problemas.

Dada la importancia que tiene la buena posición al pecho para el éxito de la lactancia es necesario que la madre conozca la técnica correcta de succión y las distintas posturas posibles para dar el pecho a su hijo. La colocación correcta al alta se asocia con lactancias más prolongadas. La enseñanza de la técnica tiene efectos probados y duraderos y debe formar parte de la atención rutinaria en los hospitales. La madre necesita aprender a extraerse la leche, de forma manual o con bomba, para alimentar a su hijo y mantener la producción de leche en caso de separación.<sup>(24)</sup>

**PASO 6: No dar a los Recién Nacidos más que Leche Materna, sin Ningún otro Alimento o Bebida, a no ser que esté Medicamento Indicado.**

En los hospitales es habitual dar a los recién nacidos leche artificial cuando este está intranquilo, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, o cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar, e incluso, a veces sin ningún motivo específico.

Esta práctica comporta diversos riesgos:

- La madre puede tener la impresión de que no tiene suficiente leche o de que su leche no es adecuada para alimentar a su hijo.
- Puede favorecer la ingurgitación mamaria y hacer más difícil la colocación correcta.
- Si se administran con biberón, puede interferir con el mecanismo de succión.
- Reduce la frecuencia de las tomas, con lo que disminuye la producción de leche.
- En casos de higiene deficitaria, la administración de suplementos aumenta el riesgo de diarrea y de otras infecciones.

La exposición precoz a la leche de vaca puede desencadenar en niños genéticamente predispuestos el desarrollo de asma o de eczema.<sup>(25)</sup> Por otra parte, la administración ocasional de biberones puede constituir el episodio sensibilizante de una posterior alergia a proteínas de leche de vaca <sup>(26)</sup>; además de desencadenar la aparición de Diabetes Mellitus tipo 1 en niños genéticamente predispuestos.<sup>(27)</sup>

Se debe explicar a los padres las posibles consecuencias de la administración de suplementos de leche artificial. El cumplimiento de este paso es una de las medidas de salud más rentable que se conocen.

### **PASO 7: Facilitar el Alojamiento Conjunto de las Madres y sus Hijos Durante las 24 Horas del Día.**

El cumplimiento de este paso exige que el hospital se organice de tal forma que madre e hijo permanezcan día y noche en la

misma habitación, lo que permite el contacto ilimitado entre ambos.

En algunos hospitales y clínicas privadas no se practica el alojamiento conjunto y se sigue manteniendo la sala de cunas, argumentando que permite una mejor observación de los recién nacidos, favorece el descanso materno, o que el diseño de la unidad hace difícil el alojamiento conjunto. Ninguno de estos motivos está justificado, por el contrario, el alojamiento conjunto es necesario para todos los recién nacidos y sus madres independientemente de la forma de alimentar a sus hijos.

El alojamiento conjunto ayuda a las madres a conocer más pronto a su hijo y a reconocer su llanto, lo que permite responder siempre a la señal del bebé indicando que desea ser amamantado lo que facilita, además, la lactancia a demanda.

Por otra parte se ha demostrado que la presencia del recién nacido en la habitación de la madre no altera el sueño materno y además mejora el sueño del bebé. Los recién nacidos en la sala cuna lloran más y sus cuidadores no responden tan a menudo como las madres que están en la misma habitación. Por ello, los recién nacidos amamantados o no, deben permanecer en la habitación con la madre salvo que exista un motivo médico insuperable para separarlos.<sup>(28)</sup>

### **PASO 8: Fomentar la Lactancia a Demanda.**

Las madres de los recién nacidos sanos (incluidos los nacidos por cesárea) que den el pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas.

Se les debe recomendar que amamanten a sus hijos cada vez que tengan hambre o cuando el bebé quiera. En el hospital la auténtica lactancia a demanda sólo es posible con el alojamiento conjunto las 24 horas lo que permite a la madre responder a las demandas de su hijo.

Los patrones alimentarios de los bebés varían enormemente, pudiendo ser muy irregulares, particularmente en el inmediato periodo neonatal. Muchos recién nacidos maman cada 2 a 3 horas, o más a menudo, con intervalos variables entre algunas tomas. No se debe limitar la duración cada lactada a diez minutos ya que la mayoría de los bebés no van a ser capaces de obtener la leche tardía más rica en grasas y por tanto en calorías.

El miedo a posibles efectos perjudiciales, como el dolor de los pezones, carece de fundamento. El dolor de pezones, se debe sobre todo a una mala colocación del lactante al pecho, sin relación con la duración de las tomas.

El inicio precoz y la frecuencia elevada de la toma tiene claras ventajas: aumenta la producción láctea, previene la ingurgitación mamaria, disminuye los niveles de bilirrubina y reduce la pérdida de peso. Además, diversos estudios demuestran que la lactancia a demanda se asocia con una mayor duración de la lactancia en relación con un horario rígido<sup>(29)</sup>.

### **PASO 9: No dar a los Niños Alimentados al Pecho Biberones o Chupones.**

Los chupetes se usan en todo el mundo y habitualmente tanto los profesionales sanitarios como el público en general piensan que son inofensivos e incluso beneficiosos y necesarios para el desarrollo del lactante. Algunos piensan que los biberones con tetinas son el único modo de administrar suplementos cuando el lactante no puede tomar directamente el pecho. Sin embargo, tanto los chupones como los biberones pueden ser perjudiciales al interferir con la lactancia, dadas las diferencias mecánicas y dinámicas existentes entre los dos mecanismos de succión.

Los biberones pueden interferir con el aprendizaje de succión ya que la acción de mamar es mecánicamente diferente a la de succionar la tetina del biberón. Hay estudios que sugieren que el evitar los biberones tiene un efecto positivo sobre la duración de la lactancia. El estudio de Lang sugiere que la alimentación con vaso puede prevenir el uso de biberones y ayudar al establecimiento de la lactancia materna.<sup>(24)</sup>

Los chupones cuando se utilizan para calmar al lactante en lugar de darle de comer, disminuye la estimulación al pecho y se dificulta la extracción de leche, con lo que la producción láctea disminuye, lo que puede contribuir al abandono precoz de la Lactancia Materna. De forma similar a los biberones, los chupones acortan la duración de la lactancia mientras que su uso se asocia estadísticamente significativa, con porcentajes de lactancia más prolongados. Los estudios realizados por Victoria y cols. <sup>(30)</sup> demostraron que los lactantes que no usaban chupón tenían cuatro veces más posibilidades de seguir

mamando a los 6 meses que los que lo usaban continuamente. Además Kramer y cols.<sup>(31)</sup> en un estudio controlado observaron que el chupón más que dificultar la Lactancia Materna en sí, es un marcador de que existen problemas con la misma.

Los biberones alteran las pautas de respiración y succión cuando se administra leche artificial o materna. También se producen cambios en la cavidad oral.<sup>(32)</sup>

En los lactantes mayores, la forma conocida como “caries del biberón” es más común en niños que usan chupones. Por otra parte la mal oclusión dentaria también es más frecuente en niños que usan biberón, siendo mayor el efecto cuando más prolongada es la exposición.

Se ha observado una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente tanto con la lactancia artificial como con el uso de chupones. Otros posibles riesgos incluyen el aumento de la incidencia de candidiasis oral, la sofocación con partes sueltas de la goma y el uso de materiales potencialmente cancerígenos en la fabricación de estos productos.

Aunque las dificultades para poner al pecho a un lactante que ha tomado biberones puede superarse con suficiente ayuda de una persona capacitada, dicha ayuda puede ser difícil de encontrar. Por tanto, los lactantes no deben ser expuestos innecesariamente al riesgo de necesitar tal asistencia. Cuando el lactante va a ser posteriormente amamantado, o cuando es difícil la esterilización adecuada, es preferible el vaso a los biberones.

**PASO 10: Fomentar el Establecimiento de Grupos de Apoyo a la Lactancia Natural y Procurar que las Madres se Pongan en Contacto con ellos a su Salida del Establecimiento de Salud.**

Una vez que el lactante es dado de alta hay que ofrecer a la madre toda la información y apoyo que necesite para que tenga confianza en su capacidad de amamantar. Los primeros días son críticos y pueden producirse situaciones que conducen al abandono de la lactancia exclusiva. De hecho suele producirse un fuerte descenso de la lactancia, sobre todo de la exclusiva, en las primeras semanas que siguen al parto.<sup>(33)</sup>

Los motivos más frecuentes aducidos por las madres para introducir suplementos o abandonar precozmente suelen ser “dificultades para la lactancia” en especial la percepción de “falta de leche”. Dado que fisiológicamente la mayoría de las madres pueden producir cantidades de leche adecuadas a las necesidades de sus hijos, es probable que la falta de apoyo continuado sea un factor subyacente importante.

Todas las madres que dan de lactar deberían recibir información sobre quienes van a ayudarlas si surgen dificultades en la lactancia. Teléfonos, direcciones, lugares y fechas, etc. deben estar disponibles y ser bien visibles.

Tradicionalmente, la familia y las mujeres ofrecían a las madres la ayuda que necesitaban, pero a medida que las sociedades se han industrializado se hace más necesario el apoyo de los profesionales sanitarios, de otras madres, y el padre del bebé.

La colaboración entre los profesionales de diferentes disciplinas es de suma importancia en el cuidado de las madres y sus hijos. Diversos estudios demuestran el papel positivo que juega el apoyo del personal de salud tras el alta con las visitas domiciliarias de las enfermeras y los controles frecuentes en los establecimientos de salud.

Para conseguir el mantenimiento de la lactancia natural y disminuir el porcentaje de abandonos precoces, resulta imprescindible que el personal sanitario conozca las situaciones que conducen al abandono precoz de la lactancia materna y sobre todo que esté motivado y sea capaz de ofrecer soluciones prácticas ante los problemas inherentes a toda lactancia natural.

Muchas madres se benefician enormemente del apoyo de otras madres y los profesionales de salud deben dirigir a las madres a dichos grupos de ayuda. Los grupos de madres puede que sean más capaces que los servicios de salud para ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superan dificultades. Posiblemente, una combinación del apoyo de los grupos de madres, respaldada por una atención más especializada en los servicios de salud, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado.

### 3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. A nivel internacional

##### **Di Girolamo; “Efecto de las Prácticas de Cuidado Hospitalaria en la Lactancia Materna; Pediatrics 2008”.**

Este estudio se realizó con una muestra de 1907 madres que habían iniciado la lactancia, se incluyeron como indicadores 6 de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa (iniciación de la lactancia dentro de la primera hora del parto, darle solamente leche materna, alojamiento conjunto, lactancia materna a demanda, no biberones, grupos de ayuda a la lactancia); tan solo el 8,1 % de las madres experimentaron todos los indicadores del estudio. Al comparar las madres con los 6 indicadores de experiencia hospitalaria y las madres con ningún indicador se encontró que estas últimas tuvieron 13 veces más probabilidades de detener la lactancia materna mas tempranamente.

##### **Scott; “Predictores de la Duración de la Lactancia Materna: Evidencia de un Estudio de Cohortes. Pediatrics 2006”.**

Se estudió a 587 mujeres de 2 hospitales australianos, se encontró que menos de la mitad de los niños recibían lactancia materna a los 6 meses, y solo el 12 % continuaba con la lactancia exclusiva. La lactancia materna estuvo negativamente asociada con dificultades en la lactancia materna en las primeras 4 semanas, madre fumadora, uso de biberones y un temprano retorno al trabajo.

### 3.2 A nivel Nacional

**Perales; “Relación entre el Alojamiento Conjunto y la Adecuada Lactancia Materna Exclusiva en Puérperas Cesareadas del Hospital San José de Chincha, Revista Salud, Sexualidad y Sociedad, 2008”.**

No se encontró relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva, pero si relacionado con el intervalo de lactancias, en donde las que tienen alojamiento dan de lactar en mejores intervalos que las que no tienen alojamiento. Respecto a la complementación con otros líquidos, las mujeres sin alojamiento dan más complementos y líquidos que las que tienen alojamiento. Se pudo concluir también que las mujeres sin alojamiento conjunto dan de lactar más frecuentemente con la posición del pezón y la areola de forma correcta, que las que si tienen alojamiento.

**Herrera Mostajo, Mario. “Comparación del nivel de conocimientos sobre Lactancia Materna en el personal de salud entre los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza – Arequipa 2011”. Universidad Católica de Santa María.**

Estudio comparativo, descriptivo, de tipo transversal, realizado al personal de salud de los servicios de obstetricia (alojamiento conjunto) y Neonatología; obteniéndose que el 31,4 % del personal asistencial del hospital Goyeneche tiene un buen nivel de conocimiento y un 42,9 % tiene un nivel de conocimiento regular sobre Lactancia Materna. El 45,7 % del personal asistencial del hospital regional Honorio Delgado tiene un nivel

de conocimiento malo sobre la lactancia materna y solo el 17,2 % de ellos tienen un nivel de conocimiento regular; no siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

**Ramirez Carlos Milagros, Sotelo Escobedo Yorcka. “Evaluación de la técnica de Lactancia Materna durante el puerperio inmediato en madres de recién nacidos de partos eutócicos en el Hospital Amigo de la madre y el niño, Hospital Goyeneche Arequipa 2011”. Universidad Católica de Santa María.**

El estudio se realizó a 100 púerperas encontrándose que casi el 80 % de estas tienen una técnica adecuada de lactancia en el puerperio inmediato y que es mejor conforme aumenta la edad, siendo menor la calidad de la técnica en adolescentes, mejora con la paridad. La instrucción de la madre no parece influir.

**Ortiz Villena, Cinthya. “Conocimiento sobre Lactancia Materna en púerperas y su relación con la pérdida de peso del recién nacido durante su primera semana de vida en el Hospital Goyeneche de Arequipa – Febrero 2009”. Universidad Católica de Santa María**

Se encontró que existe una relación inversamente proporcional entre el conocimiento sobre Lactancia Materna de las púerperas con la pérdida de peso de sus recién nacidos durante los primeros 7 días de vida. En cuanto a grado de conocimiento, aquellas que se ubicaron en el grupo de “adecuado” tuvieron un puntaje promedio de 16,88; mientras que aquellas pertenecientes al grupo “inadecuado” tuvieron un puntaje promedio de 11,68. El porcentaje de pérdida de peso en recién nacidos, hijos de púerperas con adecuado conocimiento sobre

lactancia materna durante su primera semana de vida fue de 5,9; mientras que el porcentaje de pérdida de peso en recién nacidos, hijos de puérperas con inadecuado conocimiento sobre lactancia materna durante su primera semana de vida fue de 10,1.

**Quintanilla Salas, Karen. “Comparación del Estado Nutricional de Lactantes Durante los Seis Primeros Meses de Vida con Lactancia Materna Exclusiva y Mixta en el Consultorio del Niño Sano del Hospital Goyeneche, 2006”. Universidad Católica Santa María,**

Se entrevistó a 94 madres y evaluó a sus respectivos hijos, encontrándose que el 79 % de los niños con lactancia materna exclusiva y un 78 % de niños con lactancia materna mixta se encuentran normales según el indicador talla para la edad. un 60 % de los niños con lactancia materna exclusiva y un 78 % de los niños con lactancia materna mixta en el índice peso para la talla, según la clasificación de Waterloo a los 6 meses.

**Cornejo Choque, Deliz; “Características Maternas que se Asocian con la Duración de la Lactancia Materna Exclusiva en la Micro Red de Salud Chiguata – Arequipa, 2006”. Universidad Católica Santa María.**

Se evaluó a 200 madres, encontrándose que las características maternas que se asocian con la duración de la lactancia materna exclusiva son: estado civil, grado de instrucción y problemas en las mamas. La proporción de madres que practican la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses fue de 16 %. La duración mediana de la lactancia materna en los

niños fue de 4 meses representado por el 29 %. Se encontró que las madres que recibieron orientación y/o consejería, son las que más cumplieron con la lactancia materna exclusiva.

**Espinoza Medina, Carmen; “Comparación del Incremento de Peso en Recién Nacidos de Madres con y sin Capacitación sobre la Técnica Adecuada de la Lactancia Materna en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2004” Universidad Católica de Santa María.**

El incremento de peso y el volumen de leche ingerido por los recién nacidos de madres que recibieron capacitación de la técnica de lactancia materna fue significativamente mayor que el grupo de los recién nacidos cuyas madres no recibieron dicha capacitación. Se concluyó determinando que la capacitación sobre la técnica de la lactancia materna influye de manera directa sobre el incremento de peso en los recién nacidos.

**Morales Díaz, Ursula; “Algunos Factores Asociados con la Supresión de la Lactancia Materna Exclusiva en Madres de Niños Menores de 6 meses, Hospital Regional Honorio Delgado, 1999”.**

Se evaluó a un grupo de 50 madres quienes dejaron de dar de lactar a sus bebés menores de 6 meses, llegando a la conclusión que la lactancia materna es el producto de muchos factores que se interrelacionan más que de una sola conducta; así mismo las creencias y actitudes hacia la lactancia materna influyen en la elección y éxito de la misma; y un menor porcentaje no dieron pecho por un sentimiento de vergüenza.

### 3.3 A nivel Local

**Silva, Maria del Carmen. “Incidencia de Enfermedades Respiratorias Bajas y su Relación con Algunos Factores de Riesgo, Servicio de Pediatría Del Hospital Hipólito Unanue Tacna 2006”. Universidad Privada de Tacna.**

Se encuentra relación el no haber recibido lactancia exclusiva con la presencia de enfermedad respiratoria en los niños hospitalizados.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo General:

- Describir las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de la lactancia materna en el hospital Hipólito Unanue de Tacna; estableciendo las prácticas deficientes como oportunidades perdidas.

### 4.2. Objetivos Específicos:

- Determinar qué beneficios de la Lactancia Materna perciben las madres.
- Relacionar el tipo de parto con las prácticas hospitalarias.
- Relacionar los días de internación postparto con las prácticas hospitalarias.

## 5. HIPÓTESIS

Dado los beneficios innumerables de la Lactancia Materna para el niño, la madre, la familia y la sociedad es posible que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se realicen prácticas adecuadas de promoción y fomento de la Lactancia Materna

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Se utilizará una ficha de recolección de datos dirigido a las puérperas, aplicado al momento del alta hospitalaria, además de acopio de datos de la historia clínica de cada paciente del estudio. Dicha ficha consta de la encuesta de oportunidades perdidas en el puerperio inmediato para lactancia materna del programa LACMAT 3.3 desarrollado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires – Argentina.<sup>(34)</sup>

Además de las variables consentidas en la encuesta del programa LACMAT 3.3 se considerará el grado de instrucción y la paridad; así como también el enseñar a las madres la extracción manual de leche materna y su almacenamiento, como oportunidades pérdidas consideradas por la realizadora de este trabajo de investigación.

Para estratificar los valores porcentuales de oportunidades perdidas se considerará la clasificación propuesta por la Organización panamericana de la salud:<sup>(35)</sup>

- Aceptable: 0 – 20 % de oportunidades perdidas
- Preocupante: 21 – 39 % de oportunidades perdidas
- Extremo: 40 – 100 % de oportunidades perdidas

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación Espacial:

El estudio será realizado en el área de Alojamiento Conjunto del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### 2.2. Ubicación Temporal:

El presente trabajo de investigación se realizará durante el mes de febrero del año 2013.

### 2.3. Unidad de Estudio:

**Población:** Constituida por puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

**Muestra:** Una muestra constituida por 172 pacientes, nivel de confianza de 95 % y error muestral de 5 %. Utilizando la formula estadística:

$$n = \frac{(k^2 * N * p * q)}{e^2 * (N - 1) + (k^2 * p * q)^2}$$

n = tamaño de muestra.

k = constante = 2 (nivel de confianza de 95 %).

N = tamaño de población.

$p$  = proporción de mediciones que poseen característica de estudio  
= 0,5.

$q$  = proporción de mediciones que no poseen característica de  
estudio =  $1 - p$ .

$e$  = error muestral = 5 % (0,05).

#### **Criterios de Inclusión:**

- Puérperas del área de Alojamiento Conjunto del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Madres con patología que impidan una adecuada lactancia
- Madres con algún grado de retraso mental
- Madres que no deseen colaborar con la encuesta.
- Madres con recién nacidos con patología que impidan la lactancia materna exclusiva.

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. Organización:**

Se establecerá un cronograma de entrevistas a las madres al momento del alta hospitalaria del Hospital Hipólito Unanue de Tacna La entrevista estará a cargo del realizador del trabajo de investigación.

La información recogida será consignada en la Ficha de Recolección de Datos propuesto para la presente investigación.

Al finalizar la entrevista se entregará a cada participante un tríptico informativo sobre Lactancia Materna.

### 3.2. Recursos:

Será financiado con recursos propios del realizador de este trabajo de investigación.

- Recursos Humanos:
  - Realizador del trabajo: estudiante de Medicina Humana. Remuneración: ninguna.
- Recursos Materiales/Logísticos:
  - Material de escritorio.
  - Dispositivos de almacenamiento virtual.
  - PC, internet.
  - Digitación/impresión/encuadernación.
  - Encuestas.
  - Folletos.
  - Transporte.

### 3.3. Validación del Instrumento:

La ficha de recolección se desarrolló y validó por el programa para el procesamiento de encuestas de Lactancia Materna LACMAT 3.3 desarrollado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires – Argentina.<sup>(34)</sup>

La encuesta permite obtener una rápida y sencilla evaluación de las acciones a favor de la lactancia materna dentro de una

maternidad. Las oportunidades perdidas en lactancia se producen cuando una mujer es dada de alta después de un parto hospitalario y no recibe las acciones de promoción y fomento de la lactancia natural que aseguren una continuación de ésta, no contando con el apoyo necesario para afrontar las dificultades que puedan sobrevenir posteriormente.

### 3.4. Criterios o Estrategias para el Manejo de los Resultados:

Se utilizara el programa SPSS 19, para el manejo de los resultados.

## IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Diciembre 2012			Enero 2012			Febrero 2012		
Elaboración proyecto	X	X	X	X	X				
Aprobación proyecto						X			
Ejecución proyecto							X	X	
Análisis e interpretación de resultados									X
Informe final									X

## V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ 2001.
2. Lactancia Materna: Guía para profesionales, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004.
3. Yalom M. Historia del Pecho. 1ª ed. Barcelona: Tusquets; 1997.
4. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Organización Panamericana de la Salud; 2010.
5. Declaración Conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989.
6. Revisión del Curso de la IHAN para Administradores de Hospital Preparado por la OMS y Wellstart International, 1996.
7. Ministerio de Salud Tacna  
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=resena-historica>
8. INEI. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES – Perú 2011).
9. Manual de Lactancia Materna, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010  
[http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf)
10. Martín Calama J, Lozano de la Torre MJ. Contraindicaciones de la lactancia materna. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla. 2001: 157-179.
11. Giovannini M, Rottoli A, Fiori L y cols. Nutrición y enfermedades congénitas del metabolismo. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Ediciones Doyma; 1996.
12. Howard CR, Lawrence RA. Drugs and breastfeeding. Clin Perinatol 1999; 26: 447-478.

13. Roberts EA, Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2002; 36 (Suppl 1): S106-S-113.
14. Peter H, Hall CB, Halsey NA, Marcy SM, Pickering LK, Orenstein WA. *Red Book Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 24ª ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1999.
15. WHO. Breastfeeding and maternal tuberculosis. Update nº 23. 1998.
16. Lucot JP, Dufour P, Vinatier D et al. Myasthenia and pregnancy. Two case reports. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25: 175-185.
17. Morrell MJ. Guidelines for the care of women with epilepsy. *Neurology* 1998; 51 (suppl 4): S21-S27.
18. Riva E, Agostoni C, Biasucci G et al. Early breastfeeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. *Acta Paediatr* 1996; 85: 56-58.
19. Popkin PM et al. An Evaluation of a National Breast-Feeding Promotion Programme in Honduras. *J Bios Science*, 1991.
20. Lazarro et al. Medical Professional's Attitudes Towards Breast-Feeding. *J Hum Lact*, 1995.
21. Westphal et al. Breast-Feeding Training for health Profesional and Resultant Institutional Changes. *Bulletin of the WHO*, 1995.
22. Pugin et al. Does Prenatal Breast-Feeding Skills Group Education Increase the Effectiveness of Comprehensive Breastfeeding Promotion Program. *J. Hum Lact*, 1996.
23. Guidelines & Evaluaion Citeria for the U.S. Baby-Friendly Hospital Initiative, 2010.
24. Lang et al. Cup feeding: an Alternative Method of Infant Feeding. *Arch Dis Child*, 1994.
25. Burr et al. Infant feeding. Wheezing and Allergy: A Prospective Study. *Arch Dis Child*, 1993.
26. Host A. Importance of the First Meal on the Development of Cows' milk Allergy and Intolerance. *Allergy Proceedings*, 1991.

27. Karjalainen et al. A Bovine Albumen Peptide as Posible Trigger of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *New Engl J Med*, 1992.
28. Blair et al. Where Should the Baby Sleep alone o With their Parents. Factor Influencing the Risk of SIDS in the CESDI SUDI Case-Control Study. *BMJ* 1999.
29. Martines JC. Breast-Feeding Among the Urban Poor in Southern Brazil: reasons for Termination in the First 6 Months of nife. *Bulleting of the World Health Organization*, 1989.
30. Victoria et al. Pacifier Use and Short Breastfeeding Duration. Cause, Consequence, or Coincidence. *Pediatrics*, 1997.
31. Kramer et al. Pacifier use, Early Weaning and Cry/Fuss Behaviour. *JAMA*, 2001.
32. Drane D. The Effect of Use of Dummies and Teats on Orofacial Development. *Breastfeeding Review*, 1996.
33. Barros et al. The Impact of Lactation Centres on Breastfeeding Patterns, Morbidity and Growth: a Birth Cohort Study. *Acta Paediatr*, 1995.
34. Programa Lacmat. [www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.htm](http://www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.htm)
35. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Organización Panamericana de la Salud. Oportunidades Perdidas en la Atención Integral a la Niñez. *Investigación Operativa*. Asunción. 1998.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“Prácticas Hospitalarias de Promoción y Fomento de Lactancia Materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013”**

Habiendo sido informado(a) del propósito y objetivos de la misma y teniendo plena confianza de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación.

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre del Hospital Hipólito Unanue

La investigación del estudio para lo cual Ud. Ha manifestado el deseo de participar, habiendo dado el consentimiento informado, me comprometo con usted a guardar la máxima confidencialidad de la información brindada, así como también le aseguro que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y que no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE.

FIGURELLA SALINAS ROSAS.  
Bach. En medicina  
Autora del estudio

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Establecimiento de salud: **Hospital Hipólito Unanue de Tacna**

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años

Tipo de parto: cesárea / vaginal

Días de internación: \_\_\_\_\_

Número de controles prenatales: \_\_\_\_\_

Paridad: primípara / múltipara / gran múltipara

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 12. ¿Le explicaron los beneficios de la lactancia?   | Sí | No |
| 13. ¿Qué beneficios le manifestaron o conoce usted?  |    |    |
| • Nutrición y desarrollo del bebé  | Sí | No |
| • Vínculo afectivo madre-hijo  | Sí | No |
| • Protección infecciones del bebé (diarreas, gripes)   | Sí | No |
| • Disminución del sangrado después del parto   | Sí | No |
| • Protección cáncer ovario y mama en la madre  | Sí | No |
| • Disminución del excedente de peso en la madre  | Sí | No |
| 14. ¿Le pusieron el niño al pecho inmediatamente después del parto por lo menos 1 hora?  | Sí | No |
| 15. ¿Le enseñaron como dar de lactar?  | Sí | No |
| 16. ¿Le ha dado solamente pecho a su hijo desde que nació?   | Sí | No |
| 17. ¿Mientras estuvo internada su bebé permaneció todo el tiempo con usted?<br>(A excepción del tiempo requerido para la evaluación médica y cuidados de enfermería imprescindibles) | Sí | No |
| 18. ¿Le indicaron a donde recurrir ante dificultades con la lactancia?   | Sí | No |
| 19. ¿Le dieron una cita para el próximo control del bebé?  | Sí | No |
| 20. ¿Le dieron una cita para el próximo control suyo?  | Sí | No |

21. ¿Le enseñaron cómo extraerse la leche para cuando no pueda dar de lactar? Sí No

22. ¿Le enseñaron cómo almacenarla? Sí No

