



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN PUERPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS DE PISCO AGOSTO A SETIEMBRE 2016”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILER:
MAXI MIRELLA CANELO CHIPANA**

**ASESORA:
MG. ESTHER SUAREZ ALVITES**

**ICA – PERU
2017**

DEDICADO A:

Dios por darme las fuerzas necesarias A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADEZCO:

A Dios quien me a dado la fortaleza de seguir adelante, a mis padres por apoyarme en todo momento, A los docente de la Universidad Alas Peruanas por quienes he llegado a obtener conocimientos, sabiduría, valores que me brindo durante toda mi carrera.

INDICE

Pag.

CARATULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

RESUMEN

vi

ABSTRACT

vii

INTRODUCCIÓN

viii

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2.	Delimitación de la Investigación	12
1.3.	Formulación del Problema	13
	1.3.1. Problema Principal	13
	1.3.2. Problemas Secundarios	13
1.4.	Objetivos	13
	1.4.1. Objetivo General	13
	1.4.2. Objetivos Específicos	14
1.5.	Justificación e Importancia de la Investigación	14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	16
2.2.	Bases Teóricas	24
2.3.	Definición de Términos Básicos	48
2.4.	Hipótesis de la Investigación	50
	2.4.1. Hipótesis General	50
2.5.	Variables	50
	2.5.1. Variable de Estudios	50

2.6	Dimensión de la Variable	50
2.7	Operacionalización de las variables	51
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1.	Diseño de la Investigación	52
3.1.1.	Tipo de Investigación	52
3.1.2.	Nivel de Investigación	52
3.1.3.	Método	52
3.2.	Población y Muestra de la Investigación	53
3.2.1.	Población	53
3.2.2.	Muestra	53
3.3.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	54
3.3.1.	Técnicas	54
3.3.2.	Instrumentos	54
3.4.	Técnica de Análisis de Datos	55
	Ética	55
CAPITULO IV: RESULTADOS		
4.1.	Resultados	56
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN		
5.1.	Discusión	63
CONCLUSIONES		67
RECOMENDACIONES		68
FUENTES DE INFORMACIÓN		69
ANEXOS		73

RESUMEN

La prevalencia de lactancia materna exclusiva mundial es: al inicio el 68.4%, a los 3 meses de edad 52.48% y a los 6 meses el 24,27%. Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe como en casi todo el mundo, alcanzando un 35 a 60% hasta los 6 meses, con una duración promedio de 2 a 15 meses. En el Perú 29,4 % de las mujeres no dan lactancia materna exclusiva a sus hijos o hijas hasta los seis meses de edad.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y la actitud que tienen las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” sobre la lactancia materna exclusiva de agosto a setiembre del 2016.

Material y métodos: La investigación es de tipo no experimental, transversal, de corte transversal. Nivel descriptivo univariado. Sobre 102 puérperas inmediatas.

Resultados: El 44.1% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen bajo nivel de conocimientos sobre las normas de la lactancia materna, y el 55.9% tienen nivel alto. El 37.3% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, y el 62.7% tienen nivel alto. El 53.9% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre técnicas de amamantamiento, y el 46.1% tienen nivel alto. El 58.8% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre higiene de las mamas, y el 41.2% tienen nivel alto. El 49% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen bajo nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, y el 51% tienen nivel alto. El 55.9% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen nivel malo de actitud frente a la lactancia materna exclusiva, y el 44.1% tienen nivel bueno.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTOS, CONDUCTAS, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

ABSTRACT

The prevalence of exclusive breastfeeding worldwide is: at the beginning 68.4%, at 3 months of age 52.48% and at 6 months at 24.27%. Exclusive breastfeeding rates are very low in Latin America and the Caribbean and most of the world, reaching 35-60% at 6 months, with an average duration of 2-15 months. In Peru, 29.4% of women do not give exclusive breastfeeding their sons or daughters to six months.

Objective: To determine the level of knowledge and attitude with the immediate postpartum women treated at the "San Juan de Dios Pisco" Hospital on exclusive breastfeeding from August to September 2016.

Methods: The research is not experimental, transverse cross-sectional type. Univariate descriptive level. About 102 immediate postpartum women.

Results: The 44.1% of the immediate puerperas of the San Juan de Dios Hospital of Pisco have low level of knowledge about the norms of breastfeeding, and 55.9% have high level. 37.3% of postpartum women have low levels of knowledge about the benefits of exclusive breastfeeding, and 62.7% have high levels of breastfeeding. 53.9% of postpartum women have low levels of knowledge about breastfeeding techniques, and 46.1% have high levels. 58.8% of postpartum women have low levels of knowledge about breast hygiene, and 41.2% have high levels of hygiene. 49% of the immediate puerperas of the San Juan de Dios Hospital of Pisco have low knowledge of exclusive breastfeeding, and 51% have high levels. 55.9% of the immediate puerperas of the Hospital San Juan de Dios de Pisco have a bad attitude towards exclusive breastfeeding, and 44.1% have a good level.

KEYWORDS: KNOWLEDGE, BEHAVIORS, EXCLUSIVE BREASTFEEDING

INTRODUCCIÓN

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que el niño y la madre lo deseen, tal y como recomienda la organización Mundial de la salud (OMS).

Desde que el niño nace establece una interrelación con el medio ambiente desarrollando cambios fisiológicos, psíquicos y sociales, sin embargo, en los primeros meses de vida el recién nacido tiene una alta vulnerabilidad frente a las numerosas amenazas de su nuevo entorno, gran parte de estas amenazas se pueden prevenir y contrarrestar por medio la lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva en niños menores de un año, favorece la reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas en la población infantil, teniendo su principal impacto sobre los dos flagelos que afectan a los niños de los países en desarrollo como malnutrición e infecciones.

El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. ⁽¹⁾

En la fase de consolidación de la lactancia, una técnica de amamantamiento inadecuado o interferencias de biberones pueden desajustar la producción de leche de la madre y ser causa de un abandono precoz.

El amamantamiento es un arte innato en los seres humanos, que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten.

Es por esto fundamental que las instituciones sanitarias y sus profesionales adopten un papel decisivo en la promoción y el apoyo de la lactancia materna como una estrategia prioritaria en el ámbito de la salud pública por ser un factor que determina la salud infantil y materna.

Algunas diferencias existentes con respecto a la leche definitiva son por ejemplo la densidad, mucho mayor y más pegajoso. Por su color, al calostro lo

apodan oro líquido, esto se debe a su color algo dorado, claro que depende de la mama que lo produce, a veces es más oscuro y otras veces más claro.(2)

Se realizó una investigación en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” a fin de hacer un diagnóstico sobre los conocimientos de lactancia materna exclusiva así como conocer las conductas ante esta importante actividad, para lo cual en el primer capítulo se plantea el problema, se delimita la investigación se indica el problema principal y secundarios, se traza los objetivos para luego terminar este capítulo justificando la investigación.- En el segundo capítulo se aborda el marco teórico con sus tres dimensiones, antecedentes que nos muestra las investigaciones realizadas dentro del campo de la lactancia materna a nivel internacional y nacional y local si lo hubiere, seguidamente se aborda las bases teóricas que sustentan el estudio y finalmente se definen los principales términos utilizados en el estudio, se plantea las hipótesis y las variables así como su operacionalización a fin de determinar los indicadores con las que se medirán las variables. - En el tercer capítulo se realiza el diseño de la investigación indicando el tipo, nivel y método a utilizar en el estudio así como obtener la muestra de estudio a partir de la población, se manifiesta como se obtendrán los datos así como el instrumento a utilizar y el análisis de los datos con la ayuda de los programas estadísticos -En el capítulo cuatro se presenta los resultados.- En el capítulo cinco se presenta la discusión y Finalmente conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Desde hace varias décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), dieron la voz de alerta por las bajas tasas de esta práctica de alimentación y asumieron el liderazgo de la Protección, Promoción y Apoyo de la lactancia materna en el mundo.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva mundial es, al inicio del 68,4%, del 52,48% a los 3 meses de edad y del 24,27% a los 6 meses. Pero en las diferentes regiones europeas también existen diferencias en las tasas de lactancia materna.

Actualmente en el mundo hay más de 120.000 hospitales en 152 países que cumplen con los 10 pasos propuestos por UNICEF / OMS y por tanto han recibido el galardón de Hospitales Amigos de los Niños, lo que es una garantía de calidad de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. A pesar de ello, queda mucho por hacer, pues los datos globales revelan que actualmente menos del 40% de los niños menores de seis meses se alimentan exclusivamente con leche materna.

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe como en casi todo el mundo, alcanzando un 35 a 60% hasta los 6 meses, con una duración promedio de 2 a 15 meses. ⁽³⁾

En el Perú, pese a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se han obtenido los resultados esperados; es decir, la LME no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante.

Si bien el Perú tiene un elevado porcentaje de adhesión a la LME, 29,4 % de las mujeres no dan este tipo de alimentación a sus hijos o hijas hasta los seis meses de edad. ⁽⁴⁾

Se acepta que, conocimiento, creencia y actitud son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud; los valores y percepciones definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas a estas prácticas, las que tienen implicancias reales en la salud tanto individual como grupal. Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a la práctica de LME, es fundamental para identificar más claramente sus características y así comprender mejor las prácticas de amamantamiento de la población.

Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la LME. Explicar el por qué y cómo las personas adoptan ciertas conductas que tendrán efectos en su propia salud y en la de los demás, como es el caso de la práctica del amamantamiento, ha sido y será un propósito válido de seguir investigando, más aún, considerando que entender los determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud, es requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas.

Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es mayor. En este contexto la presente

investigación puede ser una importante herramienta para el diseño de estrategias de intervención que busquen promover, mantener y/o mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva de la población.

Por otra parte, preocupa mucho que estas madres cada una de ellas tienen sus propias creencias y costumbres, y se hace un problema de salud pública, pues se ve afectado el crecimiento y desarrollo del niño en relación a su alimentación.

El fomento de la lactancia materna a través de programas de educación, capacitación y acompañamiento a las madre y familias, se ha convertido en una de las estrategias efectivas para el aumento en la duración y el mantenimiento de esta práctica, que ha sido considerada como factor protector en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, siendo incluida dentro de programas como seguridad materna y atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).⁽⁵⁾

Es fundamental el establecimiento de sistemas de registro (encuestas) para conocer la evolución de la lactancia materna en la sociedad. Conocer el grado de conocimiento y sus actitudes ante la lactancia materna exclusiva 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.

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

-Delimitación espacial. -La investigación se realizó en el Hospital del Ministerio de Salud “San Juan de Dios de Pisco” que pertenece al departamento de Ica

-Delimitación temporal. -El estudio se realizó entre el mes de agosto a setiembre del 2016.

-Delimitación social. -El estudio se realizó en las puérperas inmediatas

-Delimitación conceptual. -El fin es determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y las actitudes que tienen sobre esta actividad

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” sobre la lactancia materna exclusiva, de agosto a setiembre del 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las normas de la lactancia materna exclusiva?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las normas de higiene en la lactancia materna exclusiva?

¿Cuál es la actitud sobre la lactancia materna exclusiva?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y la actitud que tienen las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” sobre la lactancia materna exclusiva de agosto a setiembre del 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el nivel de conocimiento sobre las normas de la lactancia materna exclusiva

Evaluar el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva

Indicar el nivel de conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento

Precisar el nivel de conocimiento sobre las normas de higiene en la lactancia materna exclusiva

Determinar la actitud sobre la lactancia materna exclusiva

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La leche humana es el alimento de elección en los primeros 6 meses de vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos. Así pues, se recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, introducción de alimentos apropiados a la edad del bebe a partir de este momento manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más, si madre e hijo así lo desean. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que elegir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. La leche humana tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en su crecimiento e inmunidad, en aspectos sociales, psicológicos, económicos y medioambientales. A mayor duración de la lactancia mayores ventajas.

El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa el 50% de su talla. Paralelamente con ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales demuestran que las modificaciones en la dieta durante el período sensible

de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo. ⁽⁵⁾

El primer contacto de las madres con el personal de salud en las maternidades es vital porque aumenta significativamente el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva (LME). Es importante enfatizar la capacitación apropiada, en todos los aspectos sobre la lactancia materna, con la que debe contar el personal de salud y las madres para que las niñas y niños puedan disfrutar de los beneficios de recibir LME.

Importancia

Esta investigación es importante pues determina el grado de efectividad que tiene la capacitación brindada a las gestantes en temas de lactancia materna así como las actitudes que presentan las puérpera ante la lactancia materna exclusiva, ello facilita las medidas a tomar tendientes a mejorar o reforzar la capacitación y seguimiento de las gestantes y luego puérpera en lactancia materna exclusiva disminuyendo así el abandono prematuro de esta importante actividad la que redundará en una mejora de la salud del niño y disminución del gasto familiar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

INTERNACIONALES

De Souza Campos A. (2015). Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales. Objetivo: evaluar el concepto de la lactancia materna exclusiva mantenido por mujeres lactantes en comparación con el período de duración de la lactancia considerado por ellas y la edad de los bebés al momento de introducción de líquidos adicionales. Método: Estudio descriptivo transversal realizado con 309 mujeres que dieron a luz bebés en un hospital universitario en São Paulo, Brasil. Resultados: el 30% de las mujeres reportaron haber introducido líquidos adicionales antes de que los bebés llegaran a los seis meses de edad, al mismo tiempo afirmaron haber dado lactancia materna exclusiva. Las siguientes variables se asociaron con la introducción temprana de líquidos: la falta de empleo ($p=0,0386$), edad materna juvenil ($p=0,0159$) y el primer embarazo ($p=0,003$). Conclusión: el

concepto de la lactancia materna exclusiva puede no ser totalmente claro para las mujeres, ya que parecen creer que significa no alimentar a los niños con otros tipos de leche, pero que la administración de otros líquidos se permite. Esto demuestra que la promoción de la lactancia materna debería tomar en consideración creencias y valores para lograr el diálogo y la comprensión efectiva con las madres.⁽⁶⁾

Ruiz E, Urbáez O. (2010), en su estudio: La Influencia de un programa educativo sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas. IVSS “Lino Maradey” Primer Trimestre 2010 estudio de tipo cuasi experimental y prospectivo. Se evaluaron 30 gestantes adolescentes, a través de una encuesta tipo cuestionario. Los resultados revelaron que el conocimiento de las adolescentes embarazadas sobre lactancia materna es “Malo o Deficiente” con 70,0%, luego se aplicó el programa educativo, donde posteriormente se realizó una segunda medición, donde se obtuvo que el 66,7% tenían conocimiento calificativo como “Bueno” y el 26,6% “Regular”. El resultado registrado en el post-test resultó con diferencia estadísticamente significativa de “t” 5,95 $p < 0,05$. Se concluye que la modificación en el conocimiento de las gestantes adolescentes fue producto de la aplicación del programa educativo sobre lactancia materna.⁽⁷⁾

López R, Rios S. (2010), Conocimientos de beneficios de la lactancia materna en mujeres de una comunidad rural y urbana. El estudio fue descriptivo, transversal donde se estudiaron a 100 mujeres, 50 de una comunidad urbana y 50 de un rural, pertenecientes al Municipio de Minatitlan Venezuela, encontrándose que el conocimiento sobre lactancia materna en ambos grupos es muy bueno sin diferencias significativas entre los grupos.⁽⁸⁾

Van Horne N. (2012, en su estudio sobre Lactancia Exclusiva y Beneficios Percibidos. Universidad Autónoma de Nueva León 2012 tomó un tamaño de muestra de 74 puérperas, estimada con una p de .05 y poder de prueba de 80%. Los datos se recolectaron por medio de la cédula de identificación de datos demográficos, concluyéndose: Las puérperas dijeron percibir alto nivel de beneficios intrínsecos percibidos por la LME ($X = 76$; $DE = 17.86$; $IC = 21-100$), no obstante mostraron una conducta contraria. En esta muestra la edad, educación y número de hijos se asocian con los beneficios percibidos intrínsecos con una $p < .05$, sin embargo los beneficios percibidos no se relacionaron directamente con la conducta de LME. Concluyendo que el tiempo de LME no depende de cuantos beneficios perciben las madres pero si de la intención. ⁽⁹⁾

Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, Gorrita R. (2010), Investigó en la habana Cuba 2010, las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. Predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños estudiados.- Las causas más frecuentes planteadas por las madres para el abandono precoz de la LM fueron la insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma. Los lactantes destetados precozmente presentaron un alto índice de enfermedades infecciosas y alérgicas comparados con aquellos adecuadamente amamantados. ⁽¹⁰⁾

Cano M, Piñeros A, Vargas A. (2012), Propuesta de cuidado de enfermería durante la Lactancia Materna enmarcado en la teoría de Kristen Swanson. Colombia 2012 estudio cuyo contenido tiene como referencia 2 teorías de enfermería: Teoría de los cuidados propuesta por Kristen M. Swanson, con énfasis en los cinco conceptos: conocer, estar con, hacer para, posibilitar, y mantener la confianza. Además se apoya en la Teoría de

diversidad y universalidad de los cuidados propuesta por Madeleine Leininger, que orienta al profesional de enfermería en cómo abordar las prácticas culturales en lactancia materna, evitando los choques culturales, imposición del conocimiento profesional sobre el tradicional y ofrecer cuidado sensible con la cultura de las madres y familiares.- A largo plazo se espera que ofreciendo cuidado unificado con enfoque de integralidad en lactancia materna, se motive y fortalezca en las mujeres lactantes con el apoyo de sus familias la preferencia por la lactancia materna en los primeros seis meses de su hijo y la posibilidad de prolongarse hasta los dos años, con el propósito de disminuir las complicaciones en madres y niños relacionados con la lactancia materna en el Hospital Regional de Sogamoso y su área de influencia. ⁽¹¹⁾

Belfor R, Ocaña V. (2010), Factores biopsicosociales que influyen en la lactancia materna de neonatos atendidos en hospitalización del área de Gineco - obstetricia del Hospital León Becerra, Milagro - Ecuador 2010. Llegó a las siguientes conclusiones: El 83,3% de las madres indican que es beneficiosa ya que fortalece su sistema inmunológico El 77,8% que previene de infecciones gastrointestinales y ayuda al desarrollo de los huesos maxilares; El 88,9% de las madres dijeron que la Leche materna no disminuye el riesgo de la presencia de alergias en el neonato; el 83,3% que no disminuye el desarrollo del cerebro; el 55,6% opinaron que la Leche materna no disminuye los casos de Diabetes. El 66,7% de las madres no saben cómo amamantar correctamente a su hijo y un 33,3% si tienen conocimientos y pueden llevar a cabo correctamente esta acción. Los resultados encontrados nos permiten establecer que existe un desconocimiento de las madres sobre los beneficios que tiene el dar de lactar al bebé, pues es un nutriente fundamental para su crecimiento y desarrollo. Desconocen también cuáles son las técnicas y posiciones correctas para dar de lactar al bebé. ⁽¹²⁾

Pozo L, Pozo J. (2012), realizaron una investigación sobre: Interrupción de la lactancia materna del recién nacido de la madre cesareada clínica virgen del cisne. Cantón La Libertad. Ecuador 2011-2012. Universidad Estatal Península de Santa Elena encontrando que: El abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva, en el Ecuador es del 40%. Solo al 36 % de los nacidos se le facilita la lactancia materna después de dos horas. Por lo que es menester disminuir la interrupción de la lactancia materna luego de la cesárea, que a través de la observación directa y las encuestas aplicadas a las usuarias se llega a la conclusión que no se lleva el binomio madre e hijo (apego). ⁽¹³⁾

NACIONALES

Delgado Marruffo L. (2012), Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012. La población estuvo conformada por 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a los servicios de Neonatología, Ginecología, y Crecimiento y Desarrollo. En la recolección de datos se emplearon instrumentos elaborados por las investigadoras, como la encuesta y lista de chequeo, esta última sirvió para verificar la práctica de lactancia materna exclusiva. La encuesta fue validada con el 15% de la población muestral. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos. En toda la investigación se tuvo en cuenta los criterios éticos de Elio Sgreccia y criterios de rigor científico de Polit. ⁽¹⁴⁾

Cuentas Mamani G. (2015), Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2015. objetivo: Determinar la relación que existe entre conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al puesto de salud Canchi Grande Juliaca 2015. Metodología, el tipo de estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional de corte transversal. Resultados, del 100 % de madres adolescentes el 73.1% presenta un nivel de conocimientos medio, el 15.4% de las madres presentan un nivel bajo y finalmente el 11.5% presenta un nivel alto. En cuanto en las actitudes el 30.8% se aprecia una actitud desfavorable hacia la lactancia materna exclusiva en seguido del 61.5% con un nivel medianamente favorable y finalmente el 7.7% presenta una actitud favorable. En cuanto en niveles de actitud cognitiva se aprecia que el 69.2% de las madres presentan un nivel medianamente favorable, seguidamente un 30.8% presenta un nivel de actitud cognitiva desfavorable. En cuando en nivel especifica de actitud emocional y se aprecia que el 23.1% de las madres adolescentes presentan un nivel desfavorable de actitud emocional, seguido del 65.4% con un nivel medianamente favorable y finalmente el 11.5% presenta un actitud emocional favorable, en cuando en nivel especifica de nivel conductual se aprecia que el 26.9% de las madres adolescentes presentan un nivel desfavorable de actitud emocional, seguido del 65.4% con un nivel medianamente favorable y finalmente el 7.7% presenta un actitud emocional favorable. Conclusiones. La mayorías de las madres adolescentes tienen un conocimiento considerable de 88.5% de medio y bajo, respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación del lactante, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre Y nivel de actitud la mayoría es de 92.3% tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe

debe ser alimentado solo con leche materna desde para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto Esto se puede explicar a que la actitud también se ve la influencia por la personalidad y el entorno en que se encuentra la madre. ⁽¹⁵⁾

Ruiz L. En su investigación conocimiento y práctica materna de lactancia materna exclusiva, Piura, 2010 el objetivo determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el C.S. Sebastián en la ciudad de Piura, la población estuvo constituida por 409 madres, de ello aplicando la técnica de muestreo probabilístico se determinó una muestra de 134 madres, a quienes se les aplicó dos instrumentos: Un cuestionario de nivel de conocimiento materna sobre lactancia materna exclusiva y otro cuestionario de nivel de práctica de lactancia materna exclusiva con 74.2% y 72.5 % de confiabilidad de Alfa de Cronbach respectivamente, ambos cuestionarios con una validez interna de $r > 0,20$. Las conclusiones: Aproximadamente más de la mitad de madres presentan nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje nivel bueno y deficiente; finalmente más de la mitad de las madres que asisten al C.S. San Sebastián en la ciudad de Piura presentan un nivel de práctica regular de la lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje bueno y deficiente. ⁽¹⁶⁾

Onofre E, Soria A. (2011), Factores maternos y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva 2011.- De un total de 100% de madres en estudio del hospital Víctor Ramos Guardia el 58.80% abandonaron la lactancia materna exclusiva y un 65.12% en EsSalud. Las madres que trabajan tuvieron un 27% de abandono de la lactancia materna exclusiva en el hospital Víctor Ramos Guardia, el cual difiere con resultados en EsSalud, que obtuvo un 51.79% de madres que trabajan y que

abandonaron la lactancia materna exclusiva. Respecto al grado de instrucción superior se obtuvo un 23.16% en el hospital Víctor Ramos Guardia, y 54.76% en EsSalud, con relación al abandono de la lactancia materna exclusiva. En ambos establecimientos, las madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva tenían actitud positiva, hacia la lactancia materna un 85.31% en el hospital Víctor Ramos Guardia y un 91.07% en EsSalud. Se encontró que la actitud positiva fue más frecuente es que las madres refieren aceptar los beneficios de la lactancia materna en un 97% y la actitud negativa más frecuente es que la leche materna que se guarda en el refrigerador es mala para el bebé en un 55%. En ambos establecimientos la multiparidad alcanzó el mayor porcentaje de madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva con 52.54% en el hospital Víctor Ramos Guardia y 60.71% en EsSalud. ⁽¹⁷⁾

García Carrión L. (2015), Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015. Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Tipo de estudio: Estudio descriptivo, se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Independencia en el mes de enero 2015, con una muestra de 60 madres que firmaron el consentimiento informado. Resultados: El nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38.3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4% Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes. ⁽¹⁸⁾

LOCALES

Quispe Llanzo M. (2015), Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. Ica. Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal en 239 madres que culminaron el parto y acudieron al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño del Hospital Regional del Departamento de Ica (Perú). Para el análisis bivariado se dicotomizaron las variables de estudio. Se empleó la prueba chi cuadrado cuando las variables fueron categóricas y la prueba t de student para comparar la diferencia de promedios cuando las variables eran numéricas. Resultados: el abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 69 (28,87 %) madres que tenían 23,54 años de edad en promedio (IC 95 %: 22,24-22,84), mientras que aquellas que no abandonaron la lactancia materna exclusiva tenían un promedio de edad de 24,85 años (IC95 %: 23,94-25,76) ($p= 0,121$). Las creencias inadecuadas: “Dar de lactar es doloroso”, “El biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebé” y “Dar pecho daña mi imagen corporal”, así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones “La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y “La lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$). Conclusión: las creencias maternas inadecuadas sobre la lactancia materna están ligadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. ⁽¹⁹⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.1.1. HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Entorno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada

de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones), más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura.

En esa pérdida intervienen fundamentalmente tres componentes:

1. Modificaciones de la leche de vaca: hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca: hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida).

2. Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial.
- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, 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 la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las 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.

3. Desde hace millones de años, la especie a la que pertenecemos (homínidos) empezó a basar su triunfo adaptativo en una sutil y lenta modificación evolutiva de su cadera que le conduciría de la condición de cuadrúpedo a la bipedestación, con liberación de sus patas anteriores: lo que en términos adaptativos globales supone una mejora para la supervivencia de los homínidos, hace que el parto, de poca distocia en los primates, suela necesitar asistencia en los humanos, convirtiéndolo en una actividad social más que en un comportamiento solitario. Esa asistencia, a lo largo del último siglo y según países, se viene prestando en hospitales coincidiendo con la implantación de la maternidad científica y el predominio de alimentación artificial: una serie de rutinas erróneas han sido difundidas por nosotros los sanitarios y, la mayor parte de ellas, contribuyen a dificultar enormemente la lactancia materna (LM).

En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia.

Es Galeno (s. II d.C.) el primero, pero no el último médico conocido, que proscribía las relaciones sexuales durante el período de lactancia. La idea extendida era que se corrompía la leche, por lo que se recomendaba una abstinencia absoluta durante el tiempo que durase el amamantamiento. ⁽²⁰⁾

2.2.2. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Los profesionales sanitarios estamos obligados a fomentar la lactancia materna o natural porque está demostrado que es la mejor forma de alimentar a los bebés y es una manera eficaz y eficiente de mejorar la salud de las madres y sus hijos.

La OMS/UNICEF lo expresa en la “Declaración de Innocenti” (Florencia 1990) donde se recogen las siguientes evidencias:

La lactancia materna es un proceso único porque:

- Proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables.
- Reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantiles.
- Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y de ovario y al aumentar el intervalo entre embarazos.
- Proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito.
- Estos beneficios aumentan cuando el lactante es amamantado exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y, posteriormente, se procede a un periodo prolongado de amamantamiento combinado con una alimentación complementaria.
- La intervención mediante programas puede dar por resultado cambios positivos en las prácticas de amamantamiento.

Como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, todas las mujeres deberán poder amamantar a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente al pecho desde el nacimiento hasta los cuatro o seis meses de edad.

Posteriormente, los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes hasta los dos años de edad o más. Este ideal de alimentación

infantil ha de lograrse creando una atmósfera de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan llevarlo a la práctica.

El logro de esta meta requiere, en muchos países, reforzar la “cultura del amamantamiento” y defenderla enérgicamente de las incursiones de la “cultura del biberón”.⁽²¹⁾

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Estos pasos resumen las acciones necesarias que se deben llevar a cabo en los servicios de maternidad y son la base de la Iniciativa

Hospitales Amigos de los Niños de la OMS y UNICEF:

- Norma: contar con una norma escrita sobre la eficacia de la lactancia materna que sea de conocimiento de todo el personal.
- Capacitación: a todo el personal de salud para que sepa poner en práctica la norma.
- Atención prenatal: informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- Contacto precoz: ayudar a la madre para que inicie la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Orientación: enseñar a la madre como debe amamantar a su hijo y como mantener la Lactancia, aún si ha de separarse de él.
- Uso de suplementos: los recién nacidos deben alimentarse sólo de leche materna sin recibir ningún otro alimento o bebida, salvo que estén médicamente indicados.
- Alojamiento conjunto: facilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
- Lactancia a demanda: dar de lactar cada vez que el niño la solicite.
- Tetinas y chupones: no dar a los niños biberones ni chupones.
- Apoyo a la madre: fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, facilitándole a la madre el contacto con ellos a la salida del hospital.⁽²²⁾

2.2.3. INTERVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Obstetra:

Anamnesis sobre lactancia materna en la primera o segunda visita del seguimiento del embarazo. Recoger de la gestante la experiencia anterior y la predisposición a la lactancia materna. En caso de duda, explicar las ventajas de la misma.

Seguimiento de la lactancia y registro en ficha de Salud de la Embarazada.

Entrega de material divulgativo institucional con mensajes claros que refuerce la práctica (“Lactancia materna. ¡Tómate la leche a pecho!”).

En las clases de Educación Maternal a partir de la 28ª semana, la obstetra debe retomar la lactancia materna.

Se recomienda incluir, al menos, 2 clases de una hora sobre lactancia materna, a ser posible, con apoyo de transparencias o diapositivas. En ellas deben incluirse los siguientes apartados:

- Técnica de la lactancia materna:
 - Importancia de la postura.
 - Lactancia materna a demanda.
 - Duración de las tomas.
 - Falsos tópicos.
 - Errores más comunes.
 - Problemas que se presentan y cómo resolverlos.
- Conocimientos sobre la composición y las características de la leche materna.
- Cuidados de las mamas.
- Alimentación de la madre.
- Crecimiento del recién nacido alimentado a pecho.

PARITORIO

Obstetra:

En la recepción y preparación de la gestante para el periodo de dilatación se debe preguntar acerca de la decisión sobre el tipo de lactancia y recoger la

información que la mujer tiene sobre ella, pero no dar en ese momento información teórica porque la mujer durante el trabajo del parto puede no estar receptiva.

Tras el alumbramiento, la actitud de la obstetra debe ser la de facilitar el primer contacto del hijo con su madre, piel con piel, mantenerlo abrigado.

Obstetra durante el postparto inmediato.

1. Conocer el deseo de amamantar y respetar su decisión.
2. Facilitar el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos. Se hará tras el primer control, con la mujer en posición adecuada. En caso de cesárea, el acercamiento se hará lo antes posible, en cuanto la madre esté despierta y cómoda.
3. Si se inicia la lactancia, anotar en la hoja de incidencias.
4. Supervisar la primera puesta y comprobar que la técnica es correcta.
5. Responder a las preguntas que se hagan e insistir en la información de que se dé el pecho a demanda y sin guardar horario ni duración de las tetadas. ⁽²³⁾

PLANTA DE MATERNIDAD

Obstetra:

Durante la estancia en Maternidad, la madre y el hijo no deben separarse en ningún momento. Respecto a la lactancia, las actuaciones del personal sanitario quedan concretadas en lo siguiente:

- Confirmar la decisión de amamantar.
- Valorar los conocimientos y preparación sobre lactancia materna.
- Considerar factores maternos influyentes en el proceso de lactancia, principalmente al principio.
- Fomentar, instruir en la técnica y colaborar en la primera toma. Implicar al padre si está presente.
- Insistir en que sea a demanda, sin guardar horario.
- Fomentar y difundir la exclusividad de la lactancia materna, salvo prescripción facultativa.

- Evitar tetinas, chupetes y aporte de soluciones glucosadas, salvo prescripción facultativa
- Registrar todos los datos referentes a la lactancia y solucionar los problemas que surjan de forma individualizada.
- Analizar los pasos del proceso para asegurar su eficacia y corregir los problemas que aparezcan.

A todas las madres se les debe entregar en mano folletos con información escrita. En caso de que la madre haya decidido no amamantar, hay que indicarle qué alimento va a recibir, qué cantidad y a qué horario.

Al alta de Maternidad debe recomendarse que se pongan en contacto telefónico con su Centro de Salud para concretar la visita puerperal y con los grupos de apoyo a la lactancia materna. ⁽²⁴⁾

2.2.4. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO.

Mantener ambiente tranquilo para lactar. Las madres suelen sentirse cohibidas ante personas que miran. Es importante preservar la intimidad de cada madre con su recién nacido. A veces las visitas no son una ayuda, pero con la orientación adecuada pueden serlo. Es recomendable mantener un control de las visitas (pocas personas y poco tiempo) e informarles de la importancia de preservar la intimidad de estas madres. Así como hacer sugerencias a las madres para lograr que las visitas sean una ayuda en lugar de un obstáculo (por ejemplo, que parte del tiempo de visita lo empleen en ayudar con tareas domésticas y que las visitas de cortesía sean breves).

Si tras evaluación de la toma, se considera adecuado, se ayudará a la madre y al bebé para lograr una posición (del cuerpo) cómoda y un agarre (de la boca) efectivo. La transferencia eficaz de la leche ocurre cuando estos son adecuados. La posición que mejor facilita el agarre correcto puede variar según cada mujer y bebé. Una posición y agarre adecuados minimizan la inflamación y el trauma del pezón, y por tanto el dolor y la aparición de lesiones (grietas, úlceras).

Se deberá observar al menos una toma cada 8 horas durante la estancia hospitalaria.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA.

El ingreso hospitalario de un recién nacido no es impedimento para que pueda ser amamantado con leche materna. En los casos de bebés prematuros u otros recién nacidos con patologías que impidan el amamantamiento directo al pecho, se informará a la madre de las posibilidades de éxito de la lactancia materna utilizando la extracción de su leche de forma manual o mediante extractores de leche. Para ello se le asesorará de forma oral y escrita sobre las técnicas de extracción más adecuadas para su situación, conservación de la leche y transporte de la leche materna, y se le animará a incluir la extracción de leche en su rutina diaria, lo que le ayudará a mantener una producción suficiente y supondrá un apoyo psicológico a la madre, que de esta manera se sentirá partícipe de los cuidados de su hijo enfermo o prematuro. El bombeo y extracción producen estímulos hormonales que contribuyen a la recuperación física materna.

Es importante informar sobre la necesidad de comenzar la estimulación y extracción de leche lo antes posible con la primera extracción manual, inmediatamente después del parto y antes de las seis horas posteriores al parto, siempre que sea posible.

La extracción se realizará en un ambiente cómodo para la madre, lo más relajado posible. Si es posible, la extracción debe realizarse estando cerca del bebé, o tras haber tenido contacto con él (mejor contacto piel con piel) o teniendo una foto cerca.

Para reducir la contaminación de la leche, es necesario lavar las manos con agua y jabón antes de cada extracción. El pecho solo precisa de la higiene habitual, la ducha diaria es suficiente.

El masaje del pecho durante unos minutos, siempre antes de la extracción, sea manual o con sacaleches mejorará la salida de la leche.

Extracción manual.

La extracción manual, puede parecer laboriosa al principio, pero a muchas mujeres les resulta más agradable y natural. Es muy aconsejable para aliviar la congestión mamaria y para extraer el calostro. Para realizarla podemos ayudar explicando la técnica de Marmet:

Técnica de Marmet

- Estimular masajeando los pechos durante unos minutos.
- Masajear: realizar movimientos circulares en un mismo punto y alrededor de todo el pecho.
- Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una C a unos 3 o centímetros por detrás del pezón.
- Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos, es mejor primero levantarlos y después empujar con los dedos hacia atrás.
- Rodar los dedos hacia el pezón.
- Repetir rítmicamente para vaciar el pecho: colocar los dedos, empujar hacia dentro, rodar.
- Girarla posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas.
- Continuar la extracción hasta que el ritmo de salida de leche sea más lento.
- Repetir todo el proceso: provocar el reflejo de salida y extraer la leche, una o dos veces más.
- Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o el pezón.

Todo el proceso debería de llevar aproximadamente 20-30 minutos cuando la extracción manual reemplaza una toma.

Extracción con sacaleches.

Existen extractores mecánicos que pueden ser manuales o eléctricos. Cada uno incorpora instrucciones sobre su uso. Recomendar una postura cómoda durante la extracción, con los hombros relajados, la espalda y los brazos apoyados. Ajustar las presiones de succión al nivel que resulte cómodo. La

extracción nunca debe ser dolorosa. Mantener la extracción hasta el momento en que no se note la tensión en los pechos y salgan gotas escasas.

Método para la extracción:

- Entorno íntimo y relajado.
- Lavado de manos con agua y jabón.
- Estimulantes de la eyección de leche (oxitocina): cerca del bebe, fotos del niño, ropa del niño, música, masaje en la espalda de la madre.
- Masajear el pecho, estimular pezones.

Una vez realizada la estimulación, colocar el pecho en contacto con la copa de extracción, de modo que el pezón quede en el centro. Presionar un poco, para que la copa se adapte al pecho.

Al finalizar la extracción, desmontar las piezas que tengan contacto con el pecho o la leche. Lavar primero con agua fría y jabón y después con agua templada para retirar los restos de leche. Aclarar abundantemente y dejar secar al aire. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

2.2.5. DIFERENTES TIPOS DE LECHE

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino.

Calostro.- Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una sustancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

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. ⁽²⁷⁾

El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y

carotenos que la leche madura. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro. El contenido en calcio y fósforo varía según los diferentes autores.

La proporción proteínas del suero/ caseína es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40, e incluso 50/50 en la lactancia tardía. La concentración de los aminoácidos libres varía entre el calostro, la leche de transición y la leche madura. La cantidad de proteínas disminuye rápidamente durante el primer mes y se estabiliza un tiempo, para disminuir después muy lentamente a lo largo de la lactancia.

La composición de los ácidos grasos del calostro humano muestra marcadas diferencias geográficas relacionadas con la dieta materna, así en países con dietas ricas en ácidos grasos insaturados el calostro tiene niveles mayores. El contenido en colesterol es superior en el calostro que, en leche madura, al contrario que los triglicéridos.

El porcentaje de ácidos grasos de cadena media se incrementa en la leche madura en comparación con el calostro, reflejando un aumento de la síntesis de novo, mientras que el contenido en ácidos grasos de cadena larga y de fosfolípidos es similar. Tiene diferente composición en gangliósidos que la leche madura.

El calostro tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo.

El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan en la digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el recién nacido).

Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos.

Facilita la colonización del tracto intestinal por lactobacilo bifidus. Contiene antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. Es rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.

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. Cuando la lactancia involuciona pasa por una fase calostrual antes de desaparecer la secreción de leche.

Leche del pretérmino.- Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro.

Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término.

Por eso la leche de banco no es apropiada para alimentar a un prematuro, pero sí la de su propia madre. ⁽²⁸⁾

2.2.6. PRINCIPALES INDICADORES PARA TENER UNA LACTANCIA EXITOSA:

Son los siguientes:

- Tocar con el pezón el labio inferior del niño para estimular que abra la boca bien grande.
- Colocar al bebé en posición barriga con barriga.
- Colocar la cabeza del niño (a) hacia el pecho de tal manera que el pezón y la aréola (parte oscura) entren a la boca del bebé.
- Verificar que el labio inferior y superior estén hacia afuera, si lo hace de esta manera no debe sentir dolor sólo succión.
- La punta de la nariz y el mentón deben quedar en contacto con la mamá.
- Estimular al bebé a que permanezca al menos 15 minutos mamando ocho veces o más durante el día y la noche.
- Evitar que se duerma durante la alimentación, despiértelo frotando su espalda y hablándole.
- Darle de mamar cada vez que él o ella lo pidan, durante el día y la noche.
- No dar ningún tipo de líquido (agua, té) en ningún momento durante los primeros seis meses de vida ya que la leche materna contiene suficiente agua para satisfacer la sed de los bebés. ⁽²⁹⁾

2.2.7. IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna exclusiva es importante entre otros motivos porque protege sobre las siguientes patologías que repercuten marcadamente en la nutrición y desarrollo del niño:

Diarrea Aguda (IDA)

Diarrea aguda según la OMS al cuadro clínico caracterizado por la eliminación de heces semilíquidas en número de 2-3 ó más al día con alteración en la consistencia de las deposiciones habituales, asociadas o no a síntomas generales (moco, pus, fiebre, escalofrío, náuseas o cólicos abdominales) (generalmente 3 a 5 días y en un período inferior a 14 días).-

Patología asociada a la no lactancia materna exclusiva por que los biberones están más propensos a que se contaminen.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, secreción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. Todas ellas relacionadas se ven incrementadas por la no lactancia materna exclusiva pues entre sus componentes de la lactancia materna se encuentra inmunoglobulinas que protegen al niño y disminuyen la prevalencia de estas enfermedades.

Desnutrición

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos.⁽³⁰⁾

2.2.8. INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO Y CRIANZA.

El periodo prenatal debe convertirse en una auténtica preparación no sólo para el parto sino también para la crianza y la lactancia.

Los profesionales que se ocupan de la vigilancia del embarazo y las matronas que imparten los cursos de preparación serán los responsables de asesorar en la decisión de cómo alimentar a sus hijos. 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 y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es un instinto sino una capacidad que debe aprenderse.

La información relativa a la lactancia natural debe ofrecerse a todas las embarazadas independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo.

Se debe dedicar el tiempo adecuado a la lactancia natural durante las visitas del embarazo y durante el programa de preparación al nacimiento/crianza, acompañándolo de información escrita basada en la evidencia científica actual.

En la primera visita del embarazo se debe conocer que intenciones tiene la embarazada sobre cómo alimentar a su bebé. Durante las próximas visitas informaremos a la mujer y su pareja sobre los grupos de preparación parto y de apoyo a la lactancia y crianza disponibles en su centro de salud, así como la disponibilidad de la matrona y el pediatra para asesorar la lactancia en el periodo postparto.

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

2.2.9. CONDUCTA INMEDIATA AL NACIMIENTO.

CONTACTO PIEL CON PIEL.

En primer lugar se debe conversar con la madre acerca de su deseo de amamantar, sus experiencias previas, la información y creencias de que dispone y el apoyo con que cuenta. En caso de que no desee amamantar, averiguar respetuosamente los motivos, por si dependen de problemas a los que se puede ofrecer solución. En caso necesario, hacer sugerencias que puedan promover una lactancia exitosa, dando información adecuada ante

conceptos equivocados, información o impresiones erróneas acerca de la alimentación al pecho.

Es necesario favorecer y apoyar el inicio de la lactancia materna desde el nacimiento y durante las dos horas de puerperio inmediato, tanto si el parto es por vía vaginal o por cesárea, siempre que la madre y el bebé se encuentren bien y no haya contraindicación médica o negativa materna.

Para conseguir un inicio exitoso de la lactancia materna debemos:

- Respetar la decisión informada sobre el tipo de alimentación.
- Favorecer el parto normal.
- Favorecer el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido mediante las siguientes acciones:

- ✓ Secar al bebé de forma suave, procurando que el paño o manta que cubre su dorso esté siempre seco.

- ✓ Retrasar el peso del bebé hasta que ambos se vayan a trasladar a la planta de púerperas. El resto de cuidados se pueden hacer en la sala de Obstetricia.

- ✓ Promover un ambiente relajado evitando luces estridentes, ruidos y visitas.

- ✓ Explicar a los padres la importancia de estas primeras horas en las que el bebé está en un estado de alerta tranquila.

- ✓ Favorecer el agarre espontáneo evitando intervenir, colocando al bebé sobre el abdomen de la madre en contacto piel con piel y tapado con una manta.

- ✓ Explicar a los padres que si el bebé no es separado de su madre, va a reptar y buscará el pecho por sí mismo si se le da la oportunidad, desplegando todos sus reflejos neonatales. Puede tardar entre 60 y 90 minutos.

- ✓ Enseñar a la madre las señales precoces de búsqueda: movimientos y sonidos de succión, movimientos de manos a la boca, sonidos suaves,

ojos abiertos, contacto visual con la madre. El llanto es una señal tardía de hambre e interfiere con la lactancia efectiva.

- ✓ Explicar qué es el calostro y cómo funciona (cuanto más estímulo más producción).
 - ✓ Hablarles del tamaño del estómago de su recién nacido (con una capacidad gástrica de 5 a 7 ml en el primer día de vida y con paredes rígidas).
 - ✓ No hacer valoraciones negativas acerca de pezones planos o invertidos, puesto que el agarre no debe hacerlo en el pezón, y podemos dañar la autoestima de la madre y poner en entredicho su capacidad para lactar sin fundamento alguno. Si fuera ella la que lo expresa como problema debemos tranquilizarla en ese sentido.
- Explicar a los padres las ventajas de la lactancia sin restricciones:
 - ✓ Previene la congestión mamaria patológica.
 - ✓ Disminuye el riesgo de hipogalactia.
 - ✓ Disminuye la incidencia de ictericia.
 - ✓ Estabiliza los niveles de glucosa.
 - ✓ Asegura una buena ganancia ponderal.
 - ✓ Favorece la instauración precoz de leche madura.
 - ✓ Aumenta la duración de la lactancia materna.
 - Explicar a los padres la importancia del sueño después de las primeras horas de alerta tranquila para favorecer las conexiones neuronales y fijar comportamientos.

Identificar factores de riesgo para la lactancia.

-Factores maternos.

- i. Mala experiencia previa.
- ii. Anomalías del pecho o cirugías previas.
- iii. Complicaciones en el postparto: fiebre, retención placentaria, metrorragia.
- iv. Obesidad / Diabetes (puede verse retrasada la Lactogénesis II).
- v. Parto intervenido/ Cesárea (separación transitoria).

-Factores del RN.

- i. Prematuridad.
- ii. Pequeño para la edad gestacional (PEG).
- iii. Grande para la edad gestacional (GEG).
- iv. Defectos orofaciales (hendidura palatina, labio leporino, micrognatia, anquiloglosia).
- v. Problemas neurológicos.
- vi. Cualquier patología que ponga en riesgo la vida del recién nacido y que requiera atención pediátrica inmediata.

Identificar contraindicaciones para la lactancia materna.

-Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados. 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 se suspenda la lactancia materna si la alimentación de reemplazo es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). Si no es así se debe mantener la lactancia materna durante los 6 primeros meses.

-Galactosemia.

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados de galactosemia. Estos niños deberán recibir una dieta sin lactosa ni galactosa por lo que habrá que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas especiales.

-Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia.

El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna. La metadona en cambio, no comporta riesgo para el lactante, ya que pasa en cantidades mínimas a la

leche materna; por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, al mejorar la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización.⁽³¹⁾

2.2.10. COMPOSICIÓN BACTERIANA DE LA LECHE HUMANA

La leche humana contiene una flora propia que coloniza los ductos y ductillos glandulares: la microbiota bifidógena (predominantemente *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum* y *Bifidobacterium infantis*) capaz de establecer una barrera viva en el intestino del neonato que impedirá la colonización intestinal por microorganismos patógenos. La flora se acompaña de factores bifidogénicos I y II que no se metabolizan hasta llegar al colon del lactante donde contribuyen al establecimiento y manutención de las bacterias bífidas. Entre otros cometidos, las bacterias bífidas metabolizan rápidamente la lactosa de la leche, produciendo grandes cantidades de ácido láctico y en menor medida de ácido acético, succínico y fórmico que reducen el pH intestinal y limitan la colonización por bacterias patógenas que no toleran el ácido.

Riesgos biológicos de la leche humana

A pesar de todos estos factores antiinfecciosos e inmunoprotectores, la Leche Humana Donada (LHD) no está libre de vehicular patógenos (virus VRS, VHA, VHB, VHC, VIH y otros) de la madre o de sufrir contaminación externa por bacterias patógenas, durante y después de la extracción. Así la leche humana extraída cruda puede contener bacterias no patógenas y otras potencialmente patógenas procedentes de la piel, las manos o la nariz y boca de la madre (como *K. Pneumoniae* o *S. Aureus*) y otras indicativas de contaminación fecal (como *E. Coli*). La presencia de estos últimos en la leche humana es indicativa de pobre higiene personal de la donante, malas prácticas durante la extracción o fallo en la cadena de frío durante el almacenaje en casa o el transporte hasta el banco.

Riesgos físicos

Los riesgos físicos de la leche humana provienen fundamentalmente de la exposición a cuerpos extraños (restos de piel, uñas, pelos, papel, cristal).

Riesgos químicos

Provienen fundamentalmente del intercambio de moléculas con la superficie del contenedor (plásticos o recipientes no aptos para uso alimentario, congelación o pasteurización, mala técnica durante el procesado o transporte (recipientes mal cerrados) o tapas en mal estado o con puntos de óxido o por transmisión de productos químicos contaminantes a través de la madre.

(30)(31)

2.2.11. SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA CUIDADOS Y PROBLEMAS DE LA MADRE.

Alimentación.

- Ingesta de líquidos y regulación del volumen de leche producida.

El principal regulador del volumen de leche que produce una mujer es la succión del bebé. La cantidad de líquidos ingeridos no influye en el volumen de leche.

- Dieta materna y composición de la leche.

La leche es un producto “vivo”: cambia su composición adecuándose a la edad del bebé. Es muy diferente el calostro de la leche “madura” y de la leche que produce la madre de un prematuro. Por otra parte, la composición de la leche materna se ve regulada también por la succión: la mayor cantidad de grasa se excreta al final de la toma, cuando han transcurrido varios minutos de succión.

Salvo en unas pocas excepciones, la composición de la leche materna guarda escasa correlación con la dieta de la madre.

- Relación entre el estado nutricional de la madre y el crecimiento del bebé.

La cantidad de leche que toma el bebé depende de la eficacia de la succión y no de la alimentación de su madre. No influirá en la ganancia ponderal del bebé la complejidad de la madre, ni el tamaño de sus pechos.

- Relación entre la dieta materna y el comportamiento del bebé.

Forma parte de los mitos de la lactancia que determinados alimentos pueden hacer desagradable el sabor de la leche materna. Si la madre observa cambios o desagrado en su bebé cuando toma determinados alimentos, debe evitarlo y observar si ocurre de nuevo tras la exposición.

Lo que sí está demostrado es que los estimulantes pasan a la leche y su efecto sobre el lábil sistema nervioso del bebé es más perturbador que en el adulto.

- La leche y sus derivados durante la lactancia.

Es adecuado tomar estos productos en cantidades moderadas en una dieta normal y sana, pero no es necesario abusar de ellos.

- Dietas de adelgazamiento en mujeres que dan el pecho.

Los únicos límites para la dieta de adelgazamiento cuando se amamanta son muy simples: la dieta debe ser variada, asegurando un mínimo de 1800 Kcal/día (puesto que 800 de ellas se van a transferir al lactante) y debe haber un aporte adecuado de líquidos. No se debe iniciar la dieta durante el primer mes postparto, porque puede afectar al establecimiento de la lactancia.

- Aspectos prácticos de la alimentación.

Durante la lactancia se debe recomendar una alimentación variada, equilibrada y nutritiva, acorde con las costumbres locales y el apetito de la mujer. Conviene resaltar los beneficios de las frutas y verduras frescas, ricas en vitaminas hidrosolubles y minerales. Este grupo se puede consumir sin restricciones. Las legumbres, patatas, féculas, arroz y harinas pueden ser consumidas a diario, con pocas limitaciones. Los alimentos proteicos: pescados, carnes rojas y huevos, moderadamente. Las grasas animales en poca cantidad, preferible sustituirla por grasas vegetales.

Consumo de alcohol moderado y sólo de forma ocasional, no diaria. Dulces, golosinas, productos de confitería: ocasionalmente. Los frutos secos pueden ser un excelente complemento de minerales y calorías.

Ingerir líquidos según la propia apetencia. Preferible agua o zumos naturales.

Suplementos necesarios en todos los casos: yodo 200-300 g/día (desde el comienzo del embarazo y durante la lactancia).

Otras recomendaciones en casos especiales:

- Madre obesa que desea adelgazar:
 - Dieta 1800 Kcal, variada.
 - No restringir líquidos.
 - No durante el primer mes.
- Madre con gastroenteritis o diarrea aguda:
 - Rehidratación + reposo + realimentación precoz.
- Madre con desnutrición crónica:
 - Suplementos de alto contenido proteico.
 - Frutas y verduras frescas.
 - Suplemento de hierro, zinc y vitamina C.
- Madre que habitualmente no toma leche pero sí lácteos fermentados (deficiencia de lactasa intestinal):
 - Dieta normal.
 - Lácteos fermentados (2 o 3 al día).
- Madre con intolerancia a la lactosa (no toma leche ni derivados sean o no fermentados):
 - Dieta normal sin lácteos.
 - Alimentos ricos en calcio: boquerones, sardinas, pescado, frutos secos, legumbres, carne, etc.
- Madre con anemia ferropénica:
 - Dieta rica en hierro y vitamina C.
 - Sólo serán necesarios los suplementos durante 1-2 meses pues luego se compensa con la amenorrea.

- Madre de piel oscura, en zona o época de poca insolación, que además toma dieta pobre en lácteos y cereales enriquecidos con vitamina D:
 - Suplemento diario de vitamina D3.
- Madre vegetariana estricta:
 - Suplementos de vitaminas grupo B y calcio.
- Madre ovo-lacto vegetariana:
 - Suplemento de vitaminas grupo B.
- Madre adolescente:
 - Alimentos con alto contenido en calcio.
 - Suplementos de vitamina D3, hierro. ⁽³²⁾⁽³³⁾

2.2.12. ANTICONCEPCIÓN EN LA MADRE LACTANTE.

Métodos naturales.

El método MELA o de la amenorrea de la lactancia tiene una eficacia comprobada (tasa de fallos similar al de cualquier otro método anticonceptivo) siempre que se cumplan tres condiciones:

- ✓ El bebé tiene menos de 6 meses de edad.
- ✓ La madre esta amenorreica.
- ✓ El patrón de lactancia es exclusivo y con tomas frecuentes, una de ellas, a medianoche.

Hay que explicar a la mujer que, en caso de que alguna de las tres condiciones citadas deje de cumplirse debe utilizar otro método alternativo.

Este método tiene una tasa de fallos a los 6 meses de 0,7-0,89 embarazos por 100 mujeres, aumentando a 2,9% si no se cumplen los tres criterios. La eficacia del método más allá de los 6 meses puede seguir siendo alta (5,9% de embarazos a los 12 meses), pero la dificultad estriba en que es totalmente imprevisible el momento en que cada mujer vuelve a tener ovulaciones. ⁽³³⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **ABLACTANCIA:** (introducción de alimentos distintos a la leche) es obligatoria a partir del sexto mes de vida.

2. ACTITUD

Es la manera de expresión de las puérperas ante la lactancia materna exclusiva.

3. ALOJAMIENTO CONJUNTO

Estancia del niño junto a su madre durante la hospitalización.

4. AMAMANTAMIENTO

El amamantamiento es la forma natural de alimentar, cuidar y proteger a l niño. La Leche humana y el calostro (el líquido amarillento que segrega la mama los dos o tres primeros días) ayudan a proteger a tu hijo contra muchas enfermedades e infecciones.

5. **CALOSTRO:** es un líquido amarillento y espeso se produce los 3 a 4 días después del parto confiere al recién nacido eficiente protección contra los gérmenes.

6. CONOCIMIENTO

Son los niveles de las informaciones comprendidas que tienen las puérperas sobre la lactancia materna exclusiva

7. FÓRMULA

Preparación de la leche (de origen animal o vegetal) administrada en biberón.

8. LACTANCIA ARTIFICIAL (LA)

El lactante es alimentado con leche comercial y agua.

9. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)

Es la alimentación constituida solamente de la leche que segrega el pecho materno durante los primeros 6 meses de vida con ningún otro alimento que no fuese la leche materna (no debe haber recibido alimento sólido alguno, jugos, agua, té, y otros líquidos)

10. LACTANCIA MATERNA PARCIAL (LMP)

El lactante recibe leche artificial, cereales u otro tipo de alimento, más lactancia materna.

11. LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE (LMPre)

El lactante recibe leche materna (directamente al pecho o por otro método de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir pequeñas cantidades de agua, te, infusiones o jugos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.

12. LECHE MATERNA

Es el alimento que está específicamente creado para la alimentación de los niños.

13. LECHE PRETERMINO.- Contiene una mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura.

14. MASTITIS PUERPERAL: inflamación de la mamas se caracteriza por dolor, enrojecimiento fiebre y malestar general, se presenta particularmente en los dos primeros meses de la lactancia.

15. MATERNIDAD

Establecimiento donde se atiende a las parturientas (aplicarse a la mujer que está en el momento del parto o recién parida).

16. OLIGOELEMENTOS

Elemento químico que en muy pequeñas cantidades es indispensable para las funciones fisiológicas

17.- PUÉRPERA INMEDIATA

Madre que dio a luz y que se encuentra en las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé.

18. VITAMINAS

Cada una de las sustancias orgánicas que existen en los alimentos y que, en cantidades pequeñísimas, son necesarias para el perfecto equilibrio de las diferentes funciones vitales.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

El estudio no presenta hipótesis por ser de nivel descriptivo

2.5 VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE ESTUDIO

- Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva
- Actitud sobre la lactancia materna exclusiva

2.6 DIMENSIONES

Conocimientos:

- Conocimientos sobre las normas de la lactancia materna exclusiva
- Conocimientos sobre beneficios de la LME
- Conocimiento sobre técnicas de amamantamiento
- Conocimiento sobre higiene en la LME

Actitudes:

- Actitud

2.7. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIONES	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva	Es el nivel de conocimientos que tiene la puérpera sobre la LME	Variable de Estudio	Conocimientos sobre las normas de la lactancia materna exclusiva	Ordinal	Alta Media Baja	Cuestionario	Puérpera
			Conocimientos sobre beneficios de la LME				
			Conocimiento sobre técnicas de amamantamiento				
			Conocimiento sobre higiene en la LME				
Actitud sobre la lactancia materna exclusiva	Son los niveles de actitudes que tienen las puérperas sobre la LME	Variable de Estudio	Actitud	Ordinal	Buena Regular Mala	Cuestionario	Puérpera

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, porque no se modificaron las variables, transversal porque el estudio se llevó a cabo en un determinado periodo de tiempo que corresponde al actual, y de corte transversal porque las variables fueron medidas una sola vez.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva pues solo describiremos en qué medida se desarrollan las variables, es univariado.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo pues se analiza el problema desde sus partes.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

Durante el mes de agosto y setiembre se estima que se llevaron a cabo 140 partos eutócicos, que es la población de puérperas de este estudio.

3.2.2. MUESTRA

Se estima un nivel de conocimiento de 50% para aumentar la muestra

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

N= 140 (población de puérperas entre los meses de agosto a setiembre 2016)

$$P = 50\% = 0.50$$

$$q = 1 - 0.50 = 0.50$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{140 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (140 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{134.4}{0.3475 + 0.9604}$$

$$n = \frac{134.4}{1.31}$$

$$n = 102$$

$$n = 102 \quad \text{Tamaño de la muestra}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Puérpera atendida en el Hospital San Juan de Dios de Pisco durante los meses de agosto y setiembre del 2016

Puérpera que desean colaborar con la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Puérpera que no desea colaborar con la investigación

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICAS

Se elaboró una ficha de recolección (ver anexos) de datos tipo encuesta donde se consignaron las preguntas tendientes a obtener las variables en estudio, dicha encuesta fue aplicado por el propio investigador a fin de evitar los sesgos de información.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Para este estudio se elaboró 2 cuestionarios; el primero comprende preguntas sobre las normas de cómo llevar con éxito una lactancia materna exclusiva que incluye formas para aumentar la secreción de leche, tiempo que se debe brindar lactancia materna exclusiva así como la frecuencia que se debe dar la lactancia; también en este rubro se pregunta sobre el conocimiento del beneficios de la lactancia materna y sus técnicas adecuadas de amamantamiento e higiene de las mamas.- En un segundo cuestionario se obtiene la variable de actitudes frente a la lactancia materna para lo cual se realizó 20 preguntas las que fueron evaluadas según una escala de Likert de 5 niveles.

3.4 TECNICA DE ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados a una computadora que tenga el programa estadístico SPSS v23 de donde se obtuvieron las tablas estadísticas para su análisis, identificando las variables en estudio, de donde se obtiene los estadísticos de frecuencias entre otros. - Los gráficos fueron procesados en el programa Excel para su mejor contraste.

Ética

Los resultados obtenidos solo son utilizados para fines de la investigación, conservando en todo momento la privacidad de los datos, la encuesta fue anónima. En todo momento se aplicaron los principios bioéticos en las pacientes.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

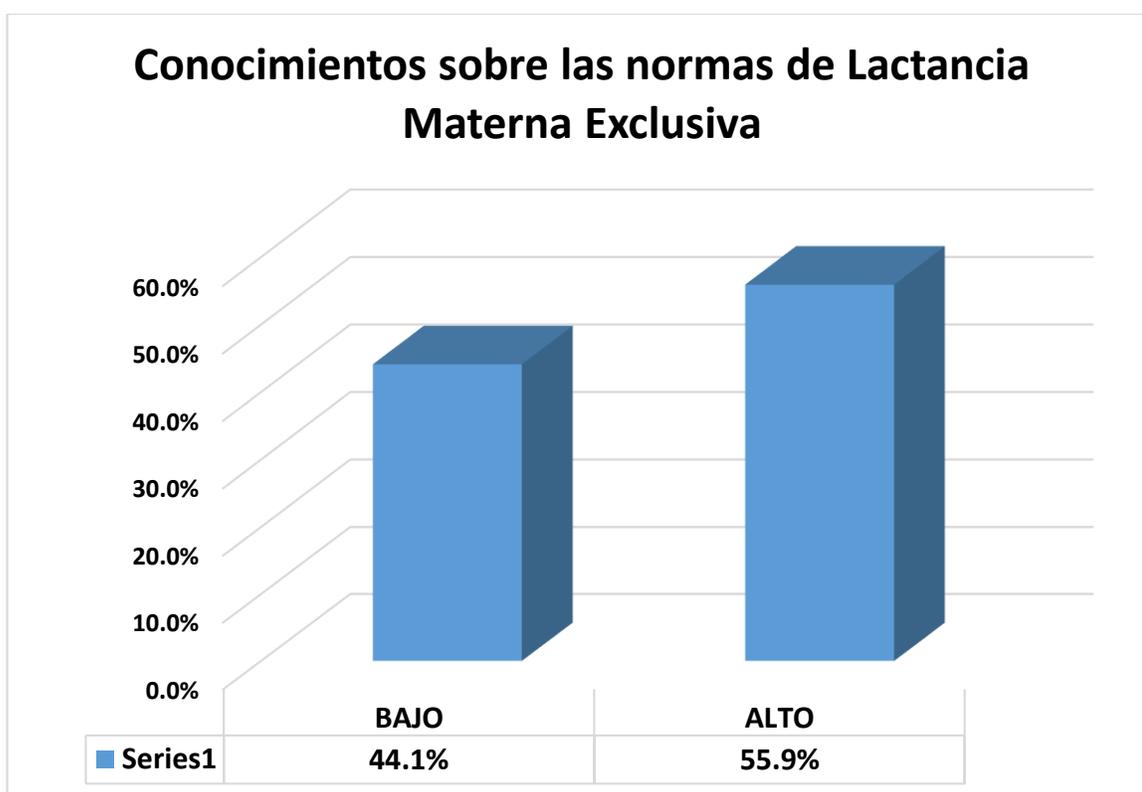
Tabla N° 01
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS NORMAS DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA

Normas de LME	F1	%
BAJO	45	44.1%
ALTO	57	55.9%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que sobre las normas básicas a tener en cuenta en la lactancia materna exclusiva el 44.1% de las púerperas tienen bajo nivel de conocimientos, y el 55.9% tienen nivel alto.

Gráfico N° 01



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Tabla N° 02

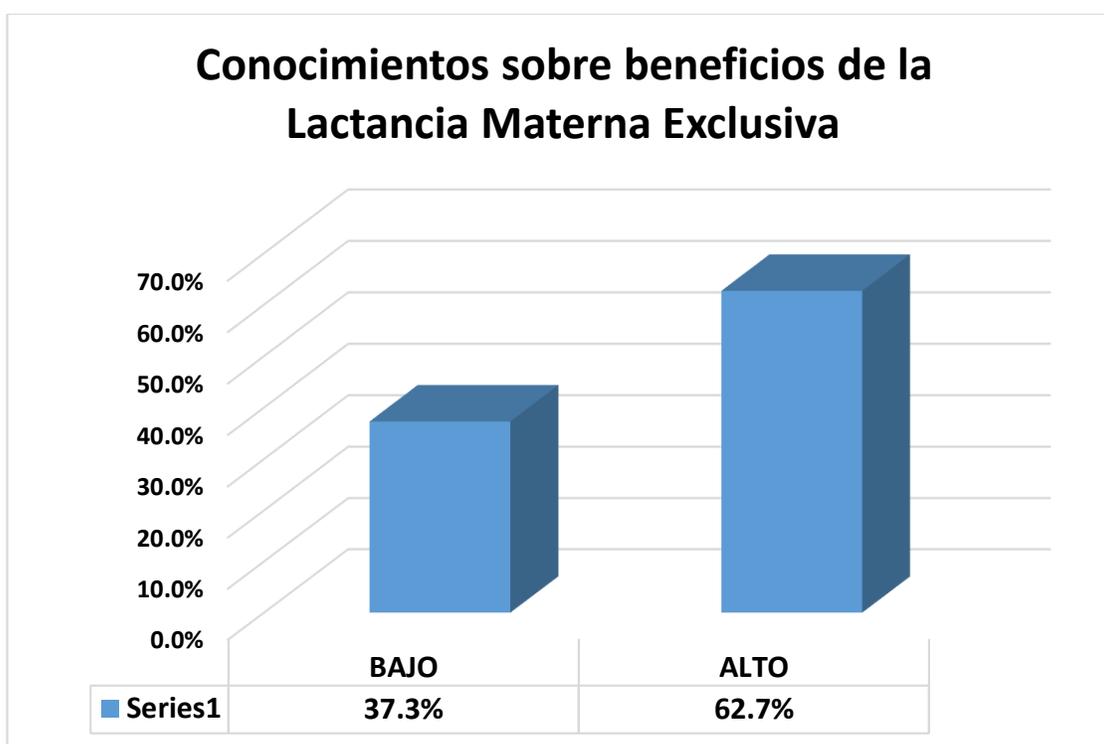
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA**

Beneficios de la LME	F1	%
BAJO	38	37.3%
ALTO	64	62.7%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva el 37.3% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos, y el 62.7% tienen nivel alto.

Gráfico N° 02



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Tabla N° 03

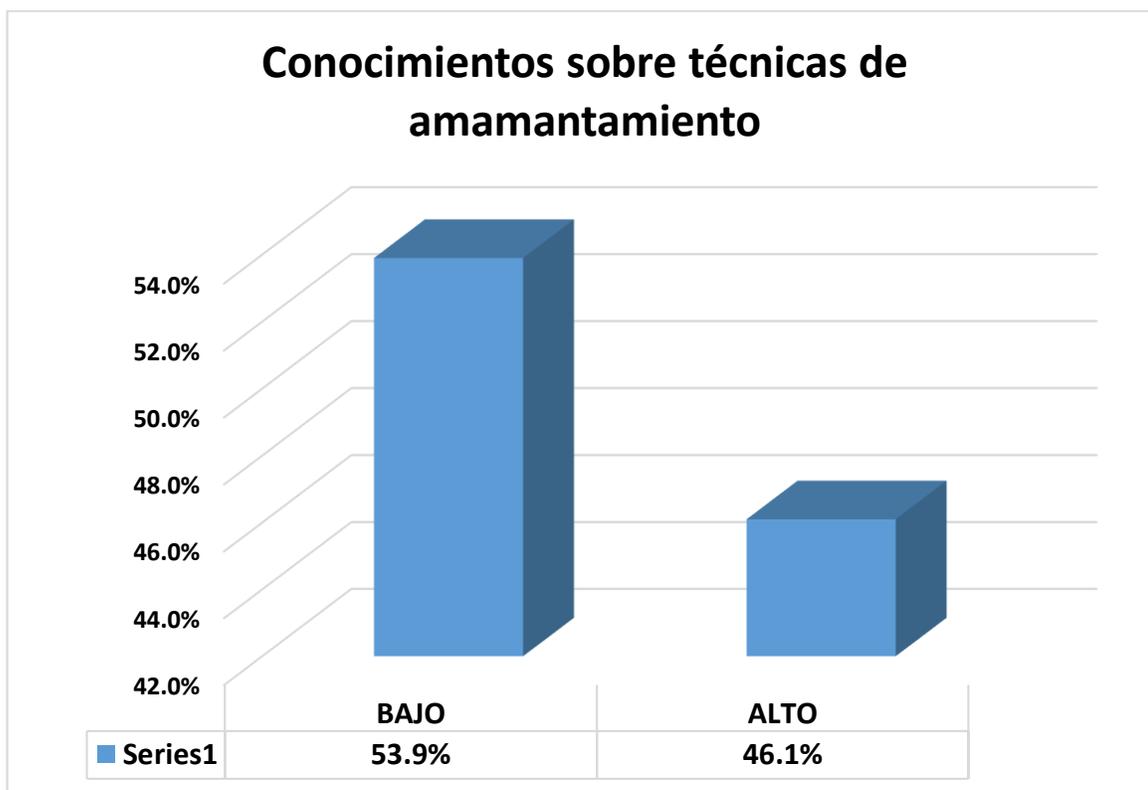
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Técnicas de amamantamiento	F1	%
BAJO	55	53.9%
ALTO	47	46.1%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que sobre las técnicas de amamantamiento el 53.9% de las púerperas tienen bajo nivel de conocimientos, y el 46.1% tienen nivel alto.

Gráfico N° 03



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Tabla N° 04

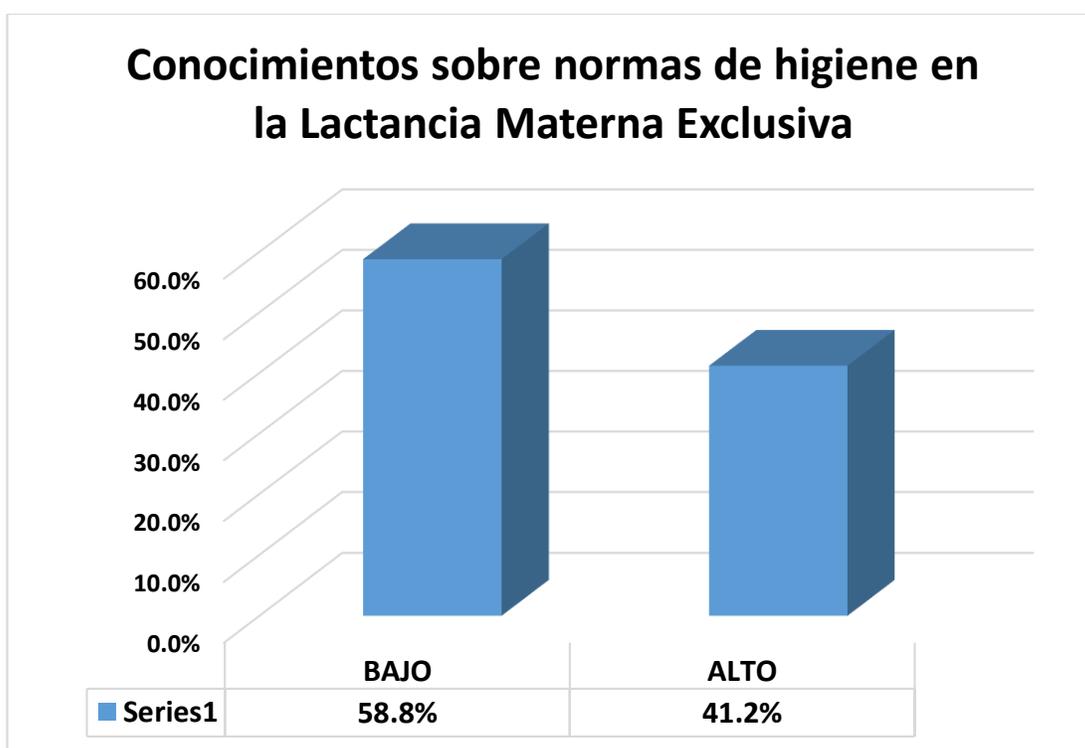
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NORMAS DE HIGIENE EN LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA**

Higiene en la LME	F1	%
BAJO	60	58.8%
ALTO	40	41.2%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que sobre las normas de higiene en la lactancia materna exclusiva el 58.8% de las púerperas tienen bajo nivel de conocimientos, y el 41.2% tienen nivel alto.

Gráfico N° 04



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Tabla N° 05

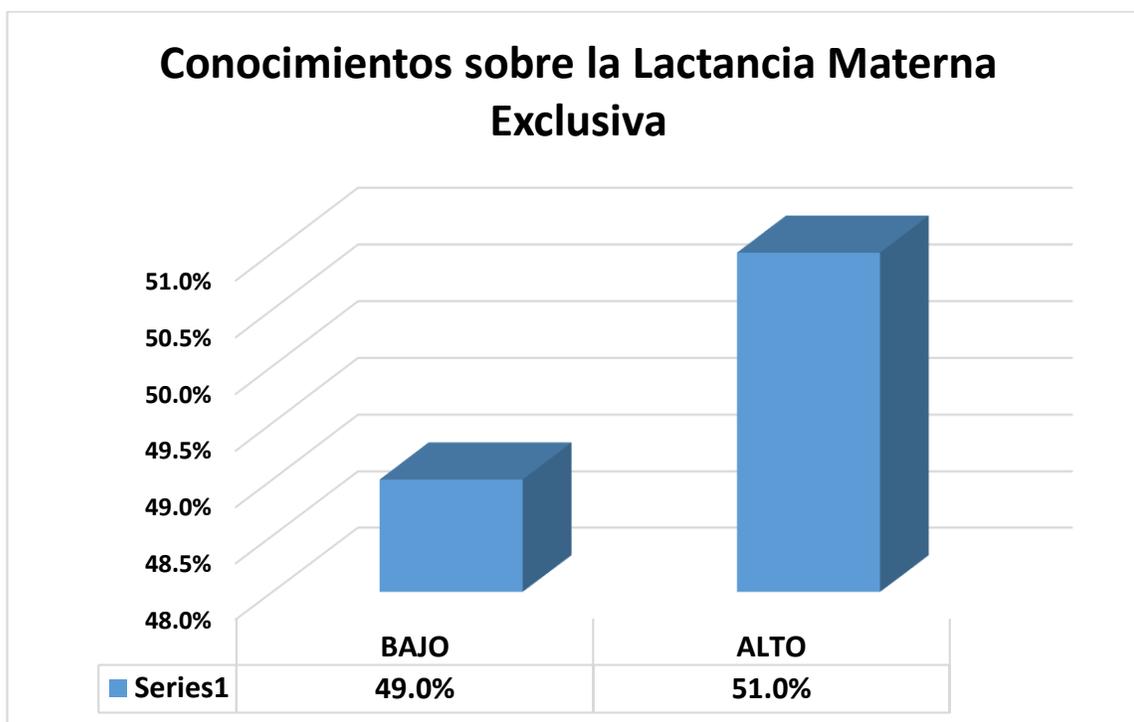
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS DE PISCO” SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE AGOSTO A SETIEMBRE DEL 2016

Conocimientos sobre la LME	F1	%
BAJO	50	49.0%
ALTO	52	51.0%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que en el nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva en las puérperas inmediatas el 49% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos, y el 51% tienen nivel alto.

Gráfico N° 05



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

Tabla N° 06

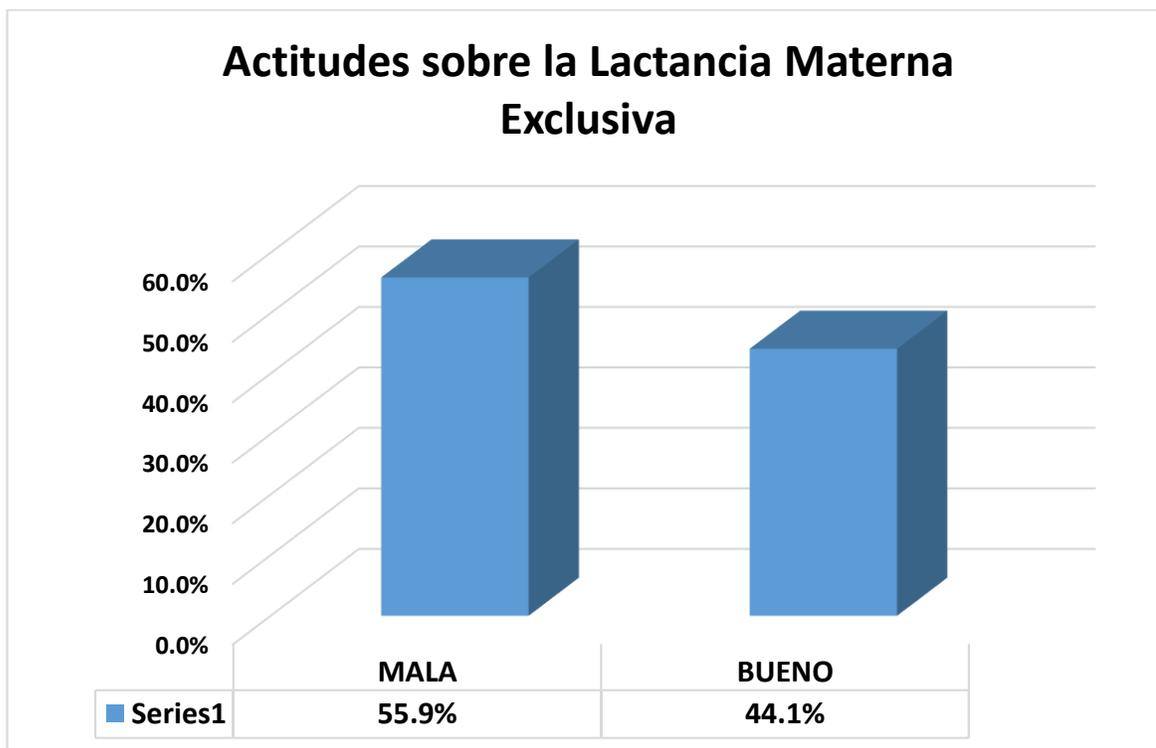
ACTITUDES QUE TIENEN LAS PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS DE PISCO” SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE AGOSTO A SETIEMBRE DEL 2016

Actitudes sobre la LME	F1	%
MALA	57	55.9%
BUENO	65	44.1%
Total	102	100.0%

Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

La tabla nos muestra que las actitudes sobre la lactancia materna exclusiva en las puérperas inmediatas, el 55.9% de las puérperas tienen nivel malo de actitud frente a la lactancia materna exclusiva, y el 44.1% tienen nivel bueno.

Gráfico N° 06



Fuente: Hospital SJ de D. Pisco

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En la investigación se demostró que las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco, el 44.1% presenta bajo nivel de conocimientos sobre las normas de lactancia materna exclusiva, y el 55.9% presentó nivel alto, lo que indica una pobre intervención sobre la lactancia materna exclusiva que presentan las puérperas inmediatas y se hace necesario mejorar la información de la lactancia materna exclusiva así como continuar informándoles periódicamente hasta los 6 meses a dichas madres pues con el tiempo se pierde información sobre todo en las madres que por su ocupación les dificulta continuar informándose sobre la lactancia materna exclusiva.

Con respecto a los beneficios que tiene el dar lactancia materna exclusiva se aprecia una mejoría pues el 62.7% de las encuestadas presenta altos nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia, y el 37.3% tiene nivel bajo. Si bien es cierto que existe una mejoría en este rubro, pero hay que considerar que los beneficios de la lactancia materna exclusiva están ampliamente difundidos que muchos de estos conocimientos son por

haberlos obtenidos en fechas anteriores, por lo que se hace necesario insistir en cada puérpera poner de su conocimiento sobre los beneficios de esta práctica, sobre todo en la protección que le brinda a su niños para no presentar enfermedades infectocontagiosas sobre todo infecciones respiratorias y digestivas así como disminuir la prevalencia de alergias a diferentes sustancias.

La técnica de amamantamiento como un procedimiento importante en la lactancia materna y en muchos casos motivo de abandono de esta práctica, por no tener una buena técnica, en la investigación se determinó que el 46.1% de las encuestadas tienen un nivel alto en las técnicas de amamantamiento, y el 53.9% tienen bajo nivel de conocimiento en las técnicas de amamantamiento, por lo que estarían en riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva en el transcurso de los meses pues a pesar de tener buen conocimiento sobre los beneficios, ello puede perderse si la técnica empleada no es la correcta. Coronado M. en Cuba que la causa más frecuente de abandono de la lactancia materna exclusiva es una insuficiente producción de leche que podría estar relacionada a una mala técnica de amamantamiento. Belfor R. en Ecuador encuentra que las madres desconocen cuáles son las técnicas y posiciones correctas para dar de lactar al bebé. Y Pozo L, Pozo J. en Ecuador encuentra un porcentaje de 40% de abandono de la lactancia materna exclusiva.

El ultimo ítem evaluado sobre la lactancia materna exclusiva es la higiene de la mama sobre todo del pezón que deben tener las madres como factor que evita infecciones de la mama que bien podrían ser motivos de abandono de la lactancia materna, es por ello que se evaluó este ítem, encontrando que el 41.2% saben cómo hacer higiene de su mama correctamente, y el 58.8% tienen nivel bajo, por lo que se debe insistir en este rubro a fin de evitar complicaciones tanto para la madre como para su niño.

Seguidamente se analizó los puntajes obtenidos en los cuatro rubros anteriores y globalmente se encontró que el 51% de las puérperas tiene nivel alto de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y el 49% nivel bajo. Sin embargo, López R, Rios S. en Venezuela encuentra que el conocimiento sobre lactancia materna en los grupos comparados es muy bueno sin diferencias significativas entre los grupos. Delgado Marruffo L. en Chiclayo encuentra que, 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento, la que se debería a sus intervenciones de educación sobre sus puérperas. Mientras que Cuentas Mamani G. en Juliaca encuentra resultados similares a los encontrados por nosotros, así encuentra que 73.1% presenta un nivel de conocimientos medio, el 15.4% de las madres presentan un nivel bajo y finalmente el 11.5% presenta un nivel alto. Igualmente, en Piura Ruiz L. encuentra que más de la mitad de madres presentan nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje nivel bueno y deficiente. También García Carrión L. encuentra resultados similares a los nuestros en Lima, el nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%.

También se evaluó las conductas que tienen las madres puérperas inmediatas sobre la lactancia materna exclusiva encontrando que el 44.1% tienen actitud favorable o bueno sobre la lactancia materna, es decir es el grupo que tiene todas las intenciones de llevar una lactancia materna exclusiva, y el 55.9% tienen malas actitudes sobre la lactancia materna las que antes de iniciar cabalmente la lactancia materna exclusiva ya se encuentran predispuestas a abandonarlo. Por lo que es importante la concientización intensa que debe ser sometida la puérpera para evitar abandono de esta importante práctica en beneficio del lactante, como lo

demuestra Ruiz E, Urbáez O en el 2010 que concluye que la modificación en el conocimiento de las gestantes adolescentes fue producto de la aplicación del programa educativo sobre lactancia materna. Cuentas Mamani G. en Juliaca encuentra que el 30.8% tiene una actitud desfavorable hacia la lactancia materna exclusiva, seguido del 61.5% con un nivel medianamente favorable y finalmente el 7.7% presenta una actitud favorable. También Onofre E. en EsSalud encuentra que la actitud positiva fue más frecuente es que las madres refieren aceptar los beneficios de la lactancia materna en un 97%.

CONCLUSIONES

1. El 44.1% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen bajo nivel de conocimientos sobre las normas de la lactancia materna y el 55.9% tienen nivel alto.
2. El 37.3% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y el 62.7% tienen nivel alto.
3. El 53.9% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre técnicas de amamantamiento y el 46.1% tienen nivel alto.
4. El 58.8% de las puérperas tienen bajo nivel de conocimientos sobre higiene de las mamas y el 41.2% tienen nivel alto.
5. El 49% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen bajo nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y el 51% tienen nivel alto.
6. El 55.9% de las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Dios de Pisco tienen nivel malo de actitud frente a la lactancia materna exclusiva y el 44.1% tienen nivel bueno.

RECOMENDACIONES

1. Realizar incidir charlas educativas sobre la lactancia materna exclusiva durante la gestación y en el puerperio inmediato.
2. Dar mayor énfasis en promover la lactancia materna en los primeros meses de puerperio, haciendo seguimiento de la efectividad de la capacitación sobre lactancia materna exclusiva brindada durante su gestación.
3. Enseñar técnicas adecuadas de amamantamiento durante el trabajo a fin de evitar su abandono. Realizando prácticas con sus niños durante dure su hospitalización.
4. Brindar capacitación sobre higiene de mamas después de la lactancia materna sobre todo en los que tienen menos nivel de instrucción, con palabras comprensibles para ellas.
5. Realizar seguimiento intradomiciliario a las puérperas de procedencia rural o las que viven alejados de los puestos de salud a fin de seguir educándolas a cambio de conducta sobre la lactancia materna exclusiva.
6. Desarrollar difusión masiva sobre los beneficios y técnicas adecuadas de la lactancia materna a fin de tener mayor cobertura la que redundará en mejorar la lactancia materna exclusiva.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención primaria. 2015. Guía de Lactancia Materna. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Granada - Marzo 2015
- 2.- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud Resolución Exenta No 109 del 2 de marzo de 2010 Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Asesoría Jurídica ISBN: 978-956-8823-94-8.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna, Perú: OMS; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 4.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2013). Perú. Lima 2013; 10(1):277-280.
- 5.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna, Perú: UNICEF; 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- 6.- De Souza Campos A. Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):283-90
- 7.- Ruiz E, Urbáez O. Influencia de un programa educativo sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas. IVSS "Lino Maradey" Primer Trimestre 2010. Universidad De Oriente, Núcleo Bolívar Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta" Departamento De Enfermería
- 8.- López R, Rios S. Conocimientos de beneficios de la lactancia materna en mujeres de una comunidad rural y urbana 2010. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Veracruzana. cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/333/1/LopezGarcia-RiosPedroza.pdf
- 9.- Van Horne N. Lactancia Exclusiva y Beneficios Percibidos. Universidad Autónoma de Nueva León 2012. Disponible en: eprints.uanl.mx/2665/1/1080116250.PDF

10.- Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, Gorrita R. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. La Habana Cuba 2010

files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf

11.-Cano M, Piñeros A, Vargas A. Propuesta de cuidado de enfermería durante la Lactancia Materna enmarcado en la teoría de Kristen Swanson. Colombia 2012

www.bdigital.unal.edu.co/7068/3/mariafernandacanoobando.2012.pdf

12.- Belfor R, Ocaña V. Factores biopsicosociales que influyen en la lactancia materna de neonatos atendidos en hospitalización del área de Gineco - obstetricia del Hospital León Becerra, Milagro - Ecuador 2010.

repositorio.unemi.edu.ec/.../5%20FACTORES%20BIOPSIOSOCIALES

13.-Pozo L, Pozo J. Interrupción de la lactancia materna del recién nacido de la madre cesareada clínica virgen del cisne. Cantón La Libertad. Ecuador 2011-2012. Universidad Estatal Península de Santa Elena.

repositorio.upse.edu.ec:8080/.../TESIS%20LEONOR%20-%20JUANA

14.- Delgado Marruffo L. (2012), Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012

15.- Cuentas Mamani G. (2015), Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2015

16.- Ruiz L. Conocimiento y práctica materna de lactancia materna exclusiva, Piura, 2010.

sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/17355.pdf

17.- Onofre D, Soria A. Factores maternos y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva 2011. Disponible en:

Catalogo.uladech.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.

18.- García Carrión L. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015.

- 19.- Quispe Ilanzo M. (2015), Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. Ica.
- 20.- Charpak N, Figueroa Z. Método madre canguro, guías de manejo. Fundación Canguro.[Internet]. 2010. Disponible en:
<http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>
- 21.- Lozano de la Torre M. Lactancia materna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
ri.biblioteca.uco.edu.ve/.../03-Tesis.INFLUENCIA%20DE%20UN%20PDF
- 22.- AEPED. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]; España; 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
- 23.- Carrasco J. Lactancia materna exclusiva 2012. Ministerio de Salud Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Salud Nutricional www.medicos.sa.cr/.../LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf
- 24.- Ortega-Ramírez M. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta Pediatr Mex 2015;36:126-129. Disponible en: www.actapediatrica.org.mx
- 25.- Moya R, Mata A. Manual implementación clínicas de lactancia materna y desarrollo escenario hospitalario San José, Costa Rica 2012.
www.ministeriodesalud.go.cr/.../lactancia/CNLM_manual_lactac_materna
- 26.- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna y contrastes radiológicos. Asociación Española de Pediatría, 2014. Disponible en:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201404-contrastesradiologicos>.
- 27.- Moreno-Villares JM. Actualización en Fórmulas Infantiles. An Pediatr. Contin. 2011;9(1):31-40.
- 28.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Perú: UNICEF. 2012.; 75(5):47-49.

- 29.- Veramendi-Espinoza LE, Zafra-Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEJ 2012; 17(2): 82-88.
- 30.- Asociación de soporte a la lactancia materna. Beneficios de la lactancia materna. España: SINA. 2012, pp. 179-180. Instituto Nacional de Salud. España, Barcelona.
- 31.- Grupo de Nutrición de la SENEo. Nutrición enteral y parenteral en recién nacidos prematuros de muy bajo peso. Madrid-Barcelona: Ergon; 2013.
- 31.- Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. La Rioja: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja [Internet]. 2010. Disponible en : http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
- 32.- Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Subcomisión de Lactancia Materna. Normativa de lactancia materna; Servicio Andaluz de Salud-Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales; 2014.
- 33.- Pinilla E, Domínguez CC, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Rev Enferm Glob 2014; 13(1): 59-70.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	FUENTE
¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud que tienen las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” sobre la lactancia materna exclusiva agosto-setiembre del 2016?	Determinar el nivel de conocimiento y actitud que tienen las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital “San Juan de Dios de Pisco” sobre la lactancia materna exclusiva agosto-setiembre del 2016	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar el nivel de conocimiento sobre las normas de la lactancia materna exclusiva -Evaluar el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva -Indicar el nivel de conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento -Precisar el nivel de conocimiento sobre las normas de higiene en la lactancia materna exclusiva -Determinar la actitud sobre la lactancia materna exclusiva 	No se considera hipótesis por ser estudio descriptivo	Variable de estudio -Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva -Actitud sobre la lactancia materna exclusiva	-Normas de la lactancia materna exclusiva -Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva -Conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento -Conocimiento sobre higiene en la lactancia materna exclusiva -Actitud	Alta Media Baja Alta Media Baja Alta Media Baja Buena Regular Mala	Cuestionario Cuestionario	Puérpera

CUESTIONARIO I

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, sus respuestas son confidenciales, desde ya agradecemos su valiosa colaboración ya que su opinión e ideas son muy importantes para el estudio que estamos realizando.

1.-¿Cuál o cuáles de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?

- a) Tomar abundante líquido
- b) Poner a el/la niño/a al pecho**
- c) Alimentarse varias veces al día
- d) Tomar bebidas gaseosas
- e) No sé

2.-Al amamantar a su hijo debe comenzar por:

- a) El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo último
- b) El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero**
- c) Con cualquiera de los dos pechos eso no tiene importancia
- d) No sé

3.-El calostro es:

- a) El alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días**
- b) El nombre que recibe la bajada de la leche
- c) El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes
- d) No sé

4.-¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquido (Lactancia materna exclusiva)?

- a) 1 año
- b) 5 meses

- c) 3 meses
- d) 6 meses**
- e) 4 meses
- f) Otro

5.-¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a Recién Nacido?

- a) Cada 3 horas**
- b) Cada 8 horas
- c) Cada 5 horas
- d) Cada 6 horas
- e) No sé

6.-¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a después del 1er. mes de vida?

- a) 3 o 4 veces durante el día
- b) 6 veces durante el día y 1 o 2 veces por la noche
- c) 5 veces durante el día**
- d) No sé

7.-¿Cuál o cuáles de estos beneficios no tiene la lactancia materna exclusiva para usted?

- a) Es más barata
- b) Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto
- c) Previene el cáncer de mama y de ovario
- d) Disminuye el tamaño de la mama después del año**

8.-¿Cuál de estas alternativas no es beneficios de la lactancia materna exclusiva para su hijo/a?

- a) Lo protege de infecciones respiratorias y digestivas
- b) Lo ayuda en su desarrollo (movimientos, caminar , etc.)
- c) Es más higiénica para el/la niño/a
- d) Son niños más inteligentes en el futuro**

9.-¿Cuál de estas alternativas no es beneficios de la lactancia materna exclusiva para su hijo/a?

- a) Previene el embarazo
- b) Ayuda a perder peso
- c) Crea lazos de amor madre-hijo
- d) Le proporciona a el/la niño/a la mejor nutrición
- e) Produce niños alérgicos en el futuro**

10.-¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?

- a) Con la mano en forma de C**
- b) Con los dedos en forma de tijera
- c) No importa la forma mientras se sienta cómoda
- d) No sé

11.-Respecto a la técnica de amamantamiento marque lo incorrecto

- a) La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada en un cojín falda
- b) La madre acostada y descansando mientras el niño lacta**
- c) Apoyar la cabeza del niño sobre el ángulo del codo

12.-Respecto a la técnica de amamantamiento marque lo incorrecto

- a) La nariz es tapada por la mama**
- b) La madre comprime por detrás de la areola con el índice y pulgar cuando el niño abra la boca
- c) Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola

13.-Para mantener mamas sanas es necesario excepto:

- a) Asegurar que el/la niño/a tome de forma correcta el pezón
- b) Mantener una buena higiene
- c) Usar brazier sintéticas**

14.-Si hay dolor en las mamas y se palpan llenas de leche, es necesario:

- a) Dar pecho a el/la niño/a más frecuentemente para vaciar los pechos**
- b) Colocar paños de agua caliente en el pecho para vaciarlos
- c) Realizar masajes circulares en la mama

15.- Si persiste el dolor en las mamas y se palpan llenas de leche, es necesario.

a) Mantener mamas vacías con ayuda de la pezonera

b) Tomar anti-inflamatorios

c) Dejar de dar pecho a el/la niño/a hasta que disminuya el dolor

-Conocimiento sobre las normas de la lactancia materna exclusiva..... (1 al 6)

-Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva..... (7 y 9)

-Conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento.....(10 y 12)

-Conocimiento sobre higiene en la lactancia materna exclusiva.....--...(13 y 15)

CUESTIONARIO II

(ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA)

Marque con una "X" en el casillero que manifieste su opinión frente a las siguientes afirmaciones

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1.-Muy en desacuerdo | 2.-En desacuerdo |
| 3.-Ni de acuerdo ni desacuerdo | 4.-De acuerdo |
| 5.-Muy de acuerdo | |

N	AFIRMACIONES	1	2	3	4	5
1	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.					
2	Dar de mamar al bebé es doloroso					
3	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre					
4	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.					
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.					
6	Visualmente es feo ver a una mujer dando pecho					
7	Dando leche artificial se evitan los problemas que el amamantamiento puede ocasionar a las mamas					
8	Los/as niños/as reciben prácticamente los mismos nutrientes de la leche artificial o materna					
9	La alimentación con leche artificial es más limpia					
10	Dando pecho es inevitable tener olor a leche cortada en la ropa					
11	Los/as recién nacidos/as requieren de suplementos de vitaminas y minerales que se pueden encontrar en las leches artificiales					
12	Si la mujer tiene el busto pequeño dar pecho sólo será un problema, mejor acostumbrar de inmediato a el/la niño/a con leche artificial					
13	Preparando la leche artificial con mucho cuidado en la higiene es casi lo mismo que dar leche materna					
14	La lactancia materna es más una presión social que un deseo materno.					
15	Si la madre está cansada, puede dar leche artificial entre mamadas					
16	Dar puro pecho a el/la niño/a no trae ningún beneficio para la madre al contrario es un trabajo muy agotador					
17	Si aparecen heridas en los pezones lo mejor es dejar de dar pecho, si no éstas no sanarán					

18	Lo más conveniente es alimentar con pecho materno y cuando la madre se sienta cansada hacerlo con leche artificial.					
19	Dando leche artificial es la única forma que la familia ayude con el niño					
20	Si no tengo leche los primeros días entonces se debe dar leche artificial					

CATEGORIZACIÓN

De 20 a 46.....MALA

De 47 a 73.....REGULAR

De 74 a 100.....BUENA