



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN
UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: JENNY ISABEL ASENCIO CHACALTANA

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la fortaleza de haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida personal y seguir en el camino que escogí.

A MIS PADRES

Por ser mis pilares más importantes, por sus consejos, su apoyo incondicional corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A MIS HERMANOS

Por lo que representan para mí y por ser parte importante de una hermosa familia unida.

AGRADECIMIENTO

A mi Dios todopoderoso, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo de felicidad.

A la Universidad ALAS PERUANAS – FILIAL ICA, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera elegida, asimismo a los docentes que brindaron sus conocimientos, aprendizajes durante mi formación académica y humanística de mi carrera profesional.

A la Sra. Mg. Luz Guillen Bendezú, Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y al Dr. M.C Audias J. Pérez Aguirre, Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María Del Socorro – Ica, por haberme brindado las facilidades para el recojo de la información requerida en el presente estudio.

A la Sra. Mg. Ivonne Aleida Boada Cavero, a quién expreso mi más profundo agradecimiento por haber aceptado ser mi asesora de tesis, y haberme brindado su capacidad y reconocimiento científico, le doy las gracias por su apoyo, paciencia y dedicación incondicional para que este trabajo saliera de una manera exitosa.

A las pacientes mis sinceras y sentida gratitud a todas, ya que de una forma directa o indirecta, me han ayudado con su colaboración y participación en la ejecución de la presente tesis y ésta tenga algún valor, sin su ayuda hubiese sido totalmente imposible afrontar con éxito la elaboración de este estudio en el que tanta ilusión le he puesto.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo principal fue determinar la relación que existe entre Lactancia Materna Exclusiva y la Involución Uterina en Puérperas Mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017; se trabajó con una muestra de 105 puérperas quienes dan de lactar a sus recién nacidos.

El tipo de investigación realizado es correlacional, transversal y prospectivo, con un nivel de investigación descriptivo, observacional y un método analítico; el instrumento utilizado fue la encuesta debidamente validada. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 24.

Los resultados arribados en este estudio fue que el 59.1% de puérperas dan de lactar de 7 a 10 veces teniendo el 34.3% una altura uterina de 8 a 9 cm, el 55.2% de las puérperas tienen una altura uterina entre 8 a 9 cm de los cuales el 32.4% se encontraba en el día 7 de puerperio, 83.8% de puérperas presentó loquios serohemáticos de los cuales el 48.6% con un altura uterina de 12 a 13 cm, 73.3% de puérperas oscila entre 20 a 34 años de edad, las primíparas en 57.1%, el tipo de parto vaginal, el 59% de las puérperas dan de lactar 7 a 10 veces, el 56.2% de puérperas presentó una altura uterina de 8 a 9 cm.

Se concluye que existe relación directa entre la Lactancia Materna y la Involución Uterina en Puérperas Mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica durante los meses de Agosto a Octubre 2017.

PALABRAS CLAVES: Lactancia Materna – Involución Uterina.

SUMMARY

An investigation was conducted whose main objective was to determine the relationship between Breastfeeding Exclusive and Uterine Involution in puerperal mediates attended at the Santa María del Socorro Hospital - Ica, August to October 2017; we worked with a sample of 105 puerperal women who breastfeed their newborns.

The type of research carried was correlational, transversal and prospective, with a level of descriptive, observational research and an analytical method; the instrument used was the duly validated survey. The data were analyzed in the statistical package SPSS version 24.

The results arrived at in this study was that 59.1% of puerperal women breastfeed 7 to 10 times, 34.3% had a uterine height of 8 to 9 cm, 55.2% of puerperal women had a uterine height between 8 and 9 cm. which 32.4% were on day 7 of puerperium, 83.8% of puérperas had serohematic lochia of which 48.6% with a uterine height of 12 to 13 cm, 73.3% of puerperal women aged 20 to 34 years, the primiparous women in 57.1%, the type of vaginal delivery, 59% of the puerperal women breastfeed 7 to 10 times, 56.2% of the puerperal women presented a uterine height of 8 to 9 cm.

It is concluded that there is direct relationship between Breastfeeding Exclusive and Uterine Involution in Puerperal Mediates treated at the Santa María del Socorro Hospital - Ica during the months of August to October 2017.

KEY WORDS: Breastfeeding - Uterine Involution.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Introducción.....	viii
CAPÍTULO I:	
Planteamiento Metodológico.....	09
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	11
1.2. Delimitación de la Investigación.....	11
1.3. Formulación del Problema.....	11
1.3.1. Problema Principal.....	11
1.3.2. Problemas Secundarios.....	11
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General.....	12
1.4.2. Objetivos Específicos.....	12
1.5. Hipótesis de la Investigación.....	12
1.5.1. Hipótesis General	12
1.5.2. Variables	13
1.5.3. Operacionalización de Variables.....	14
1.6. Diseño de Investigación.....	15
1.6.1. Tipo de Investigación.....	15
1.6.2. Nivel de Investigación.....	15
1.6.3. Método	15

1.7.	Población y Muestra de Investigación.....	15
1.7.1.	Población.....	15
1.7.2.	Muestra.....	15
1.8.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	16
1.8.1.	Técnicas.....	16
1.8.2.	Instrumentos.....	16
1.8.3.	Técnica de Procesamiento de Datos	16
1.9.	Justificación e Importancia de la Investigación.....	16

CAPÍTULO II

Marco Teórico	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.3. Marco Conceptual.....	30

CAPÍTULO III

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	37
Contrastación de Hipótesis	37
Resultados.....	39
Discusión.....	44
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Anexos.....	47
1.- Fuentes de Información.....	48
2.- Matriz de Consistencia	50
3.- Ficha de Recolección de Datos.....	52

INTRODUCCION

En la actualidad, la lactancia materna se considera un objetivo de salud pública mundial, que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial países en vías de desarrollo; además el Ministerio de Salud (MINSA) promueve la práctica de la Lactancia Materna.

La lactancia materna durante los primeros días post parto juega un papel importante en la involución uterina, ya que la succión del pezón provoca un reflejo que llega al hipotálamo y luego a la hipófisis para la secreción de oxitocina endógena que produce contracciones uterinas llamadas entuertos durante el puerperio para una adecuada involución del útero.

La presente investigación trató de estudiar la relación que existe entre la Lactancia Materna Exclusiva y la Involución Uterina, estudio que se realizó en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido estudiados en muchos países; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses; es por ello que con este estudio pretendemos demostrar el gran beneficio que tiene la lactancia materna en la madre, como es, la involución uterina, a través de la secreción de oxitocina endógena producto de la succión de la mama.

Esperando que este trabajo de investigación sirva para mejorar a través de la confección de protocolos de atención y la calidad de atención del Hospital donde realizamos esta investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LME). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas¹.

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros días de puerperio contribuye significativamente a la involución uterina ya que este estímulo de la succión provoca la secreción de oxitocina haciendo que el útero se contraiga contribuyendo de esta manera a la involución adecuada del útero; este beneficio de la lactancia materna debería ser difundido entre las gestantes y puérperas para que de esta manera ellas ayuden en

forma indirecta a que el útero regresione a su tamaño normal, evitando también la retención de loquios y coágulos.

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses.¹

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, en México la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses²

En el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa –de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000- gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa OMS/UNICEF de hospitales amigos del niño, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.¹

La lactancia juega un rol importante en la salud pública del país al promover equidad, salud, y prevenir enfermedades en la madre y su hijo. Si bien es importante promover la iniciación de la lactancia, es aún más importante promover su exclusividad durante 6 meses, que es cuando se observan los mayores beneficios a corto y largo plazo como es la adecuada involución uterina. De no tomar medidas al respecto, se estará limitando a los bebés y a sus madres para obtener los beneficios que otorga la práctica adecuada de la lactancia materna exclusiva.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación Conceptual:** Se trató de explicar si la lactancia materna exclusiva influye o tiene relación con la involución uterina.
- **Delimitación Geográfica:** El estudio se realizó en los consultorios externos del Hospital Santa María del Socorro - Ica.
- **Delimitación Social:** El estudio se llevó a cabo en las pacientes puérperas mediatas.
- **Delimitación Temporal:** Se llevó a cabo durante los meses de Agosto a Octubre del año 2017.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué relación existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿Cuál es la involución uterina con la lactancia materna exclusiva según paridad en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017?
2. ¿Qué relación existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina según edad de puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre el número de veces de la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la involución uterina con lactancia materna exclusiva según paridad en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.
2. Conocer la relación que existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina según edad de puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.
3. Analizar cuál es la relación que existe entre el número de veces de la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Existe relación directa entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre 2017.

1.5.2. VARIABLES:

- **Variable Independiente:**
 - Lactancia Materna Exclusiva.

- **Variable Dependiente:**
 - Involución Uterina.

- **Variable Interviniente:**
 - Puérperas.
 - Edad.
 - Paridad.

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA	UNIDADES DE MEDIDA	FUENTE
Independiente: Lactancia Materna Exclusiva	Es la alimentación del recién nacido con leche materna, sin ningún suplemento sólido o líquido durante los primeros 6 meses de edad, posteriormente con introducción gradual de complementos.	Cualitativa	Nominal	Si No	Encuesta de Elaboración Propia
Dependiente: Involución Uterina	Regresión del tamaño uterino luego del parto.	Cuantitativa	Nominal	8 -9 cm 10 – 11 cm 12 – 13 cm	
Interviniente: Puérpera Mediata	Se considera desde el 2do día post parto al séptimo día.	Cualitativa	Nominal	Si No	
Edad	Tiempo cronológico transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa	Nominal	15-19 años 20-34 años ≥ a 35 años	
Paridad	Número de partos que tuvo una mujer	Cuantitativa	Nominal	Primípara. Multípara. Gran Multípara.	

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental porque no se modificaron el comportamiento de las variables.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es correlacional, transversal y prospectivo

- **Correlacional:** porque se correlacionaron las variables lactancia materna exclusiva e involución uterina.
- **Transversal:** porque las variables fueron medidas en una sola oportunidad.
- **Prospectivo:** ya que los datos se obtuvieron en tiempo futuro.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo, observacional.

1.6.3. MÉTODO

- Analítico.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

La población estuvo representada por todas las pacientes puérperas mediatas que acudieron a los consultorios del Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre del año 2017, siendo un total de 180 pacientes.

1.7.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por las puérperas mediatas que acudieron a los consultorios de Materno II del Hospital Santa María del Socorro - Ica, durante los meses Agosto a Octubre del 2017. Siendo un total de 105 pacientes en la cual fue con un muestreo no probabilístico censal porque se tomaron a todas las puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Puérperas normales.

- Puérperas que no estén medicadas con ergometrina.

Criterios de Exclusión:

- Puérperas con patologías.
- Puérperas con medicación de ergometrina.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

La técnica que se utilizó fue la encuesta donde se obtuvieron los datos de las propias puérperas y la documental porque se revisaron las historias clínicas.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Encuestas debidamente validadas.

1.8.3. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 24 para luego a partir de ello realizar cuadros de frecuencia y asociación; la contrastación de hipótesis se realizó con la prueba estadística de Chi cuadrado.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Con el presente estudio se dará a conocer cómo influye la lactancia materna exclusiva con la involución uterina ya que como es de nuestro conocimiento cuando el bebe empieza con la succión de las mamas este estímulo hará que fisiológicamente se secrete oxitocina entre otras hormonas que es un oxitócico que actuará a nivel del útero para su involución.

Es de mucha importancia porque trataremos de demostrar uno de los grandes beneficios de la lactancia materna como es la contracción uterina y como consecuencia la involución uterina durante el puerperio por lo que se justifica este estudio; a la vez en el Hospital Santa María del Socorro realicé mi internado hospitalario teniendo el apoyo de las obstetras que trabajan en este nosocomio sobre todos las profesionales que trabajan en consultorios externos.

Se dejará un trabajo que servirá de consulta para trabajos futuros relacionados con el tema, así como se contribuirá a la protocolización de la evaluación de la involución uterina en el control puerperal disminuyendo la administración de oxitócicos exógenos.

En las Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica se dará a conocer a las gestantes este gran beneficio que tiene la lactancia materna exclusiva durante los primeros días de puerperio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

1. Barriuso, F, Sánchez V, Romero, J.C, Vitoria, P : Epidemiología de la Lactancia Materna en el centro-norte de España - 2012

Comienzan con lactancia materna un 79,7% del total, con mixta el 8,5% y con lactancia artificial el 11,8%. Estas cifras se van invirtiendo a lo largo del primer semestre, de tal modo que a los 6 meses continúan con Lactancia Materna 43 niños (3,9%). La duración media de la Lactancia Materna en nuestro medio es de 1,1 meses.

La madre procede del medio urbano en el 58,2% de los casos, tiene estudios primarios o medios (50% y 36,1% respectivamente), asisten a clases de preparación al parto (57,3%) y no ha recibido muestra regalo (78%). Aproximadamente la mitad son amas de casa (52,3%). El parto ha sido eutócico en el 79,6% de los casos y la madre no ha estado acompañada por su marido en el 68,8% de los partos. El bebé se puso tardíamente al pecho (79,5%) y se le ofreció suero glucosado o agua durante su estancia en maternidad (97%). Cohabitaba con la madre según método "rooming-in" en el 81,7% de los casos.

Conclusiones: el modelo de Lactancia Materna vigente en el centro norte de España es la categoría I de la OMS con menores cifras a los

3 y 6 meses de vida. Las pautas de sus maternidades se alejan de las de los Hospitales Amigos de los Niños.³

2. Van Horne N.; Lactancia Exclusiva y Beneficios percibidos, Universidad Autónoma de Nueva León México 2012

Las puérperas manifestaron percibir alto nivel de beneficios intrínsecos por la Lactancia Materna Exclusiva ($X=76$; de 17.86; IC= 21 – 100) no obstante mostraron una conducta contraria. La edad, educación y número de hijos se asocian con los beneficios percibidos con una $p<.05$, sin embargo estos beneficios no se relacionaron directamente con la conducta de la Lactancia Materna Exclusiva. Concluyendo que el tiempo de Lactancia Materna Exclusiva no depende de cuantos beneficios perciben las madres pero si de la intención.⁴

3. Cahueñas, M, Escobar, F.: Cumplimiento del apego precoz y alojamiento conjunto, en base los conocimientos y criterios de las madres sobre la importancia de la Lactancia Materna establecidos en el paso número 35 del componente normativo neonatal del MSP en la maternidad de corta estancia de la parroquia de Conocoto – Universidad Católica de Ecuador - 2008

Por medio del análisis estadístico se obtuvo que el 93% de la muestra gozó de apego precoz, y el 72,5% tuvo alojamiento conjunto (madre, hijo y familiar) mostrando un cumplimiento aceptable. Con relación a los conocimientos y percepción de las madres sobre la leche humana y el inicio de la Lactancia Materna se encontró que el 98,6% de las madres considera a la leche materna como mejor alimento, el 99,3% coinciden que la leche materna aporta un beneficio especial para sus neonatos, y el 71,8% posee conocimiento de cómo iniciar la lactancia natural. En cuanto al cumplimiento de las prácticas del personal según las madres se encontró que el 64,8% de las mujeres encuestadas recibieron apoyo e información en los controles prenatales, el 82,4% tuvieron privacidad en la sala postparto, el 77.9% recibió a sus hijos con una tela seca y tibia para

proceder al apego precoz y 98,6% de los recién no recibieron sucedáneos lácteos con biberón al momento de nacer⁵

Nacionales

1. Vallejos, Sh.: Comparación de la Involución uterina en el puerperio mediato en primíparas post parto Eutócico y Cesárea sin tratamiento oxitócico. Hospital Regional Honorio Delgado. Perú Febrero 2015

Resultados: Participaron 256 puérperas, la mediana de edades fue de 24,5 años (rango 18-46 años), el 25% de post cesareadas tuvieron una involución uterina normal y el 79% de puérperas procedentes de parto eutócico. Se encontró una correlación positiva entre la involución uterina y la Lactancia Materna según edad y paridad en puérperas de parto eutócico.

Conclusiones: Existe una asociación entre la Lactancia Materna y la involución uterina, siendo esto importante para la elaboración de protocolos de atención.⁶

2. García, L.: Nivel de conocimiento 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

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 lactantes⁷

Locales:

No se tiene investigaciones a fin a esta investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un periodo fundamental, del proceso reproductor de los mamíferos, y supone el conjunto de fenómenos que permiten a la glándula exocrina, que es la mama, sintetizar leche y expulsarla al exterior. Para ello, es necesario que la mama esté bien desarrollada.

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto.⁸

HISTORIA:

- En la primera mitad del siglo XIX, Cooper describió, sistemáticamente, la mama: al pezón llegaban 20 conductos, por cada lado, que vertían leche al exterior. Tanto este, como otros conocimientos de la misma época, fueron formulados bajo un punto de vista macroscópico.
- En la segunda mitad del siglo XIX, se adquieren ya conocimientos histológicos, y se empieza a comprender la relación de las hormonas (sobre todo: estrógenos y progesterona) con la lactancia; incluso, las relaciones entre las hormonas y el cáncer de mama (los estrógenos pueden desarrollar demasiado la mama; siendo, este cáncer, estrógeno-dependiente).
- En el siglo XX, se describe el eje neuroendocrino y la prolactina.⁹

EPIDEMIOLOGÍA

La lactancia materna protege de diarreas; en Estados Unidos, Finlandia y Escocia los niños alimentados con biberón tienen una incidencia de diarreas entre 20 a 70% superior a la de los niños alimentados con pecho.⁸ La diferencia es durante los primeros 6 meses de vida, disminuye en el segundo y desaparece en el tercer trimestre de vida; la protección frente a las diarreas es una característica de la lactancia materna exclusiva por las evidencias científicas.

Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, cubre 95% de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad.¹⁰

BASES MORFOLÓGICAS

➤ **Anatomía de la mama**

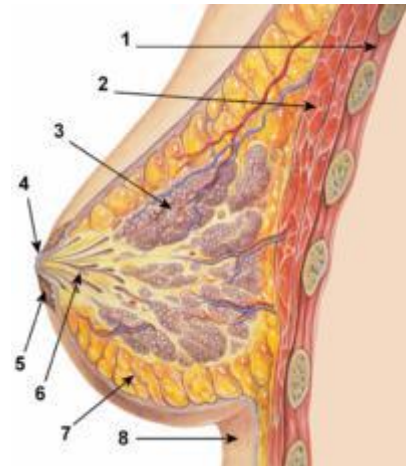
La mama de la madurez sexual es una glándula tuboalveolar constituida por unos 15-25 lóbulos de disposición radial a partir del pezón, separados por tejido conjuntivo y grasa. Cada lóbulo está formado por un gran número de alveolos en cuyo epitelio se sintetiza la leche. Cada alveolo se continúa por un conducto que confluye con otros que a su vez vuelven a unirse con otros de mayor calibre hasta formar un único conducto galactóforo principal por lóbulo. Estos conductos galactóforos se ensanchan antes de alcanzar la areola formando los senos galactóforos y drenan en el pezón por los poros lactíferos.

Además, en la areola existen glándulas sebáceas y sudoríparas así como 10-12 tubérculos de Morgagni, que durante la lactancia se llaman glándulas de Montgomery cuya secreción humedece y engrasa el pezón para favorecer el cierre hermético durante la succión y prevenir la infección por sus propiedades antibacterianas.

La mama duplica su peso durante el embarazo y lo triplica en la lactancia. Otros cambios anatómicos que suceden durante el embarazo y puerperio incluyen la hiperpigmentación y crecimiento de la areola, el engrosamiento cutáneo y el aumento en la elasticidad y sensibilidad de los pezones.¹⁰

➤ **Anatomía de la mama**

- 1 m. intercostales
- 2 m. pectoral mayor
- 3 tejido glandular
- 4 pezón
- 5 areola
- 6 conductos galactóforos
- 7 tejido adiposo
- 8 piel



➤ **Fisiología de la Lactancia**

Para una buena lactancia es imprescindible un buen desarrollo mamario (mamogénesis), una síntesis normal de leche en la célula alveolar (lactogénesis o galactopoyesis) y un normal vaciamiento de la mama (galactocinesis o lactoquinesis).

Todos estos procesos, a su vez, tienen un condicionamiento hormonal.

1. Mamogénesis:

La mamogénesis se lleva a cabo en cuatro brotes mamogénicos:

1º Brote Mamogénico.- Acontece en la vida embrionaria.

En la 5º semana, se produce un engrosamiento, a manera de banda, de la epidermis, conocido como línea mamaria y, entre la 6º y la 7º semana, evoluciona lo que se conoce como cresta mamaria. Esta línea se extiende a ambos lados del cuerpo, desde la base de la extremidad superior, hasta la región de la extremidad inferior.

Cuando la línea mamaria desaparece, alrededor de la semana 20, persiste un pequeño segmento en la región torácica, que se introduce en el mesénquima subyacente; en éste sitio se forman de 16 a 24 brotes que dan origen a pequeños esbozos macizos.

En el transcurso de la semana 23, los brotes epiteliales se tunelizan y van a formar los conductos galactóforos; mientras que los esbozos constituyen los conductos de menor calibre y los alvéolos de la glándula, que ya pueden sintetizar leche en etapas tan tempranas como el nacimiento, por el estímulo hormonal materno.

Al principio, los conductos galactóforos desembocan en una pequeña fosita epitelial; poco después del nacimiento, esta se convertirá en el pezón, por proliferación del mesénquima.

2º Brote Mamogénico.- Conocido como telarquia; es el desarrollo mamario que se produce en la pubertad y que suele coincidir con el segundo signo puberal. Se da entre los 10 a 11 años y comienza con la aparición del botón mamario, que consiste en la elevación y agrandamiento de los pezones y areolas. Posteriormente se desarrolla el montículo mamario, por elevación de la mama y aparece la conformación adulta.

3º Brote Mamogénico.- Se produce antes de la menstruación, por incremento de los estrógenos y la progesterona, que conlleva la proliferación de alvéolos y conductos; es lo que se conoce como tensión premenstrual, que va a suponer turgencia y dolor en las mamas.

4º Brote Mamogénico.- El último brote se produce durante la gestación. Desde el principio del embarazo aumenta el

tamaño mamario; hasta que cada mama pese aproximadamente 200 grs. Este aumento a expensas del edema intersticial e hiperemia; además de un aumento de los conductos y alvéolos, bajo el impulso estroprogesterogénico (sobre todo, en la primera mitad del embarazo).

A partir de la 4^o semana de embarazo (sobre todo, en la segunda mitad), las células alveolares se transforman en células secretoras o mioepiteliales. Sin embargo, durante el embarazo no se establece la lactancia; debido a que los estrógenos, que colaboran con la prolactina en la acción mamogénica (desarrollo y diferenciación), se oponen a su efecto lactogénico, probablemente por acciones a nivel de su receptor en la célula alveolar.

Histológicamente, en la mama de una mujer no gestante se observa mucho tejido y grasa; mientras que en la de la gestante, prácticamente desaparece el estroma para dar espacio a cantidades importantes de leche. Si no ocurre una adecuada mamogénesis, la mama será incapaz de sintetizarla.⁹

2. Lactogénesis:

La PRL es la hormona fundamental en esta etapa. Tras el parto, una vez que cede la acción de los Estrógenos 2 y Progesterona placentarios, los altos niveles circulantes de Prolactina actúan a nivel de las células epiteliales alveolares, estimulando la síntesis de los componentes lácteos. La “subida de la leche” se produce entre el 2^o y 3^o día postparto y su volumen aumenta desde <100 hasta 600 mL/día.

3. Galactopoyesis:

Es el mantenimiento de la lactancia. Depende principalmente del reflejo de succión del pezón, que

aumenta la liberación tanto de PRL por la hipófisis anterior como de oxitocina por la hipófisis posterior.

La liberación de PRL se produce de manera brusca y pulsátil tras la succión y está mediada por la inhibición en la síntesis de dopamina (principal inhibidor de la PRL). Los niveles de PRL disminuyen rápidamente tras el parto si no se mantiene la lactancia materna, hasta alcanzar valores pregestacionales en una semana. Si se mantiene la lactancia, la PRL disminuye progresivamente a medida que se van espaciando las tetadas, hasta alcanzar valores normales a los 3-6 meses. Además de estimular la secreción láctea, la PRL suprime la ovulación al inhibir la liberación de GnRH, con el doble fin de permitir la recuperación de la madre y un mejor cuidado del niño al impedir temporalmente un nuevo embarazo. Cuando no se inicia la lactancia materna, los ciclos menstruales se reinician al mes del parto, mientras cuando se mantiene la lactancia materna, las mujeres presentan amenorrea de lactancia y los primeros ciclos son anovulatorios. Hay que tener en cuenta que en la especie humana este efecto contraceptivo tiene una potencia moderada y un 20% de las mujeres que dan lactancia ovularán en los tres primeros meses.

La función de la oxitocina es inducir la contracción de las células mioepiteliales de los alveolos, impulsando la leche hacia los conductos galactóforos principales y provocando la eyección láctea.

En los cuatro primeros días se produce calostro, con mayor contenido en proteínas y sales y menor en grasa y lactosa. El calostro es rico en anticuerpos IgA, por lo que su toma ofrece una magnífica protección frente a las infecciones, aunque posteriormente el periodo de lactancia sea breve. Tras una fase de transición, al décimo día se consigue una leche madura.¹³

VENTAJAS

Las ventajas de la lactancia materna están bien establecidas:

- **Para el Lactante:** Numerosos estudios han demostrado los beneficios de la lactancia materna sobre el recién nacido.

La composición nutritiva de la leche materna es superior a cualquier leche artificial; contiene una variedad de componentes inmunológicos tales como anticuerpos, factores de crecimiento, citokinas, componentes antimicrobiales y células inmunes específicas. Todos estos componentes ayudan a mantener el sistema inmune inmaduro del recién nacido y le protege del riesgo de infecciones durante el periodo postnatal mientras su sistema inmune va madurando.

Múltiples estudios evidencian el fuerte efecto protector de la lactancia contra enfermedades infecciosas, especialmente contra las infecciones respiratorias agudas del tracto superior e inferior, enfermedades gastrointestinales y otitis media durante la infancia y posterior a ella. Allen menciona un meta análisis donde se indica que el efecto protector se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, así como a la eliminación de exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de la preparación y administración de la fórmula láctea, de modo que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con LM parcial fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no reciben lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor.

La evidencia sugiere que los menores alimentados con leche materna se ven beneficiados a largo plazo, tienen menor riesgo de presión arterial alta y de colesterol elevado, y un mayor desempeño en pruebas de inteligencia⁹, además de una menor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso/obesidad, en comparación con los niños que se alimentan con fórmulas u otros alimentos.¹⁴

Otros autores han demostrado efectos de la lactancia materna sobre el futuro metabolismo del niño, la futura asimilación de los alimentos, el balance energético y el crecimiento. Del mismo modo, advierten que la tasa de estreñimiento en el recién nacido es menor en aquellos que se alimentan de leche materna. Demostraron que la lactancia materna disminuye la tendencia a la obesidad y a la diabetes mellitus, y que el riesgo de obesidad en los niños que no recibieron lactancia materna era el doble que aquellos que sí la recibieron.

Otras acciones descritas de la lactancia materna sobre el recién nacido son: protege de la muerte súbita del lactante, neoplasias hematológicas y enteropatías como la enfermedad inflamatoria intestinal o la enfermedad celiaca; promueve la relación madre hijo; mejora el desarrollo intelectual, especialmente en pre términos.

- **Para la Madre:** Disminuye el riesgo de hemorragia postparto al favorecer la involución uterina ya que con la lactancia precoz se segrega la oxitocina endógena que es un oxitócico cuya función es la contracción uterina.

Aumenta la autoestima y facilita la unión psicológica con el hijo ya que se tiene más apego cuando se da de lactar como revelan muchos estudios.

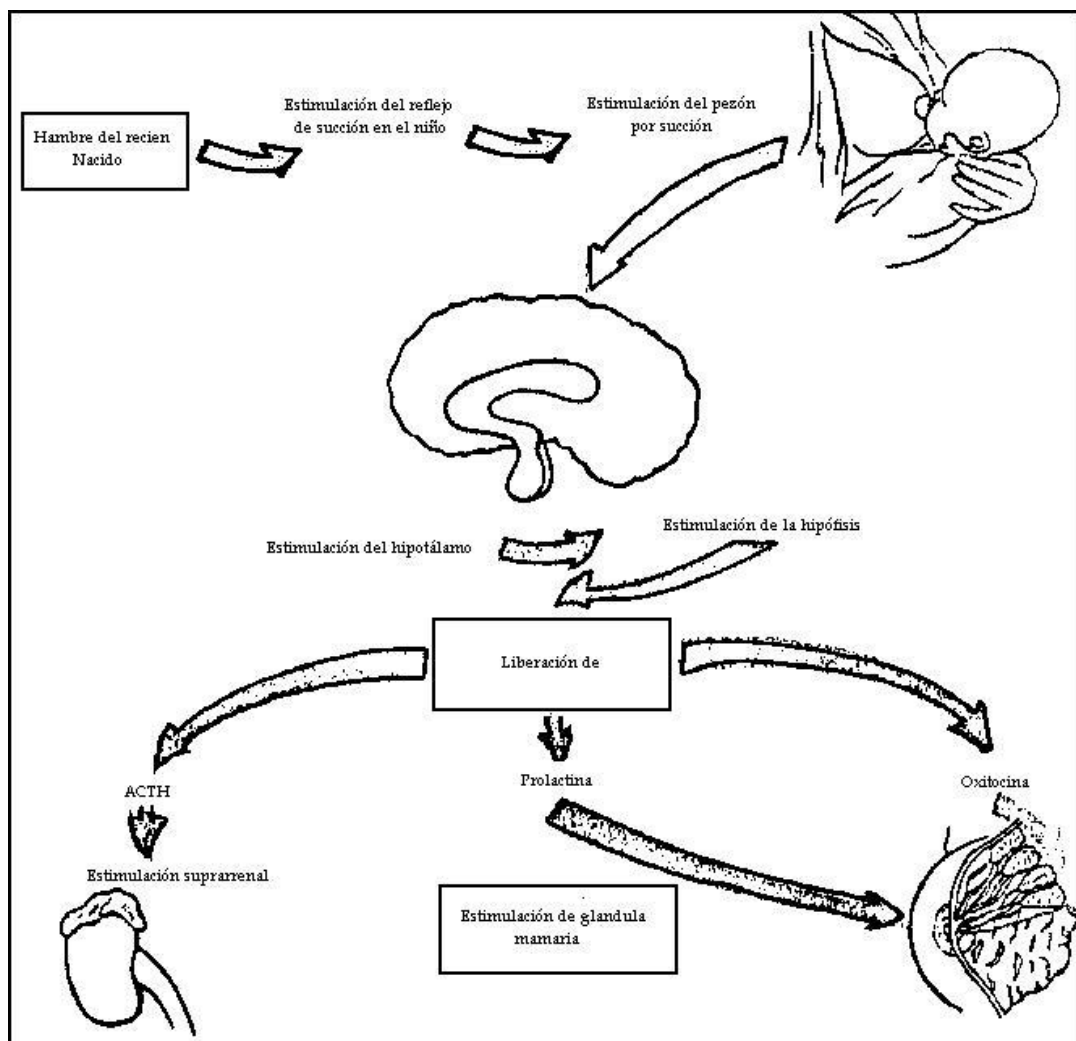
Facilita la eliminación de depósitos grasos y la recuperación del peso previo a la gestación y sobre todo no tiene costo alguno.¹²

MECANISMO DE SÍNTESIS Y DE SECRECIÓN LÁCTEA

- 1) Cuando tiene lugar el alumbramiento, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, desapareciendo el freno a la síntesis láctea y permitiendo la secreción de leche. El normal vaciamiento de la mama (lactoquinesis) y el mantenimiento de la síntesis durante el tiempo deseado (lactopoyesis), se producen por el efecto de la **succión**, lo cual inicia un reflejo

que viaja por el haz espinotalámico lateral hacia el hipotálamo, donde en unas áreas produce la síntesis de prolactina y, en otras, la de oxitocina.

- 2) La **oxitocina** contrae las células mioepiteliales de las células alveolares, vaciando los alvéolos y provocando la salida de leche al exterior.
- 3) La síntesis de **prolactina** continua el desarrollo mamario y la síntesis láctea (carga la mama para la próxima toma). Mientras se produzca succión, habrá leche.^{15,16}



2.2.2. PUERPERIO

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Período comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días¹⁷

Los Tipos de Puerperio son:

- **Inmediato:** las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primeras causas de muerte materna en el Perú.
- **Mediato:** los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.
- **Tardío:** desde el 8º día hasta la 6ta. Semana (42 días).

Tras el parto, se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con dos finalidades principales: retornar gradualmente al estado pre gravídico y establecer la lactancia.

a. Cambios Locales

- **Involución Uterina.-** Tras la expulsión placentaria, el útero se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miométriales y se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical (Figura 1). Al día siguiente, el fondo uterino habrá ascendido por la formación de coágulos intracavitarios alcanzando, o superando ligeramente el nivel del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, alcanzando el nivel de la sínfisis del pubis en la segunda semana del puerperio. Hacia la sexta semana logra su tamaño definitivo, algo mayor que el previo al embarazo. Esta disminución del tamaño uterino se acompaña durante los 2-3 primeros días de contracciones uterinas dolorosas denominadas entuertos, más frecuentes en

multíparas y durante la lactancia materna por el estímulo oxicítico. La palpación uterina debe dar sensación de firmeza, por el estado constante de contracción tónica que mantienen sus fibras musculares lisas.

- **Regeneración Endometrial.-** Hacia el día 2-3 postparto el endometrio o decidua se divide en una capa superficial que se necrosa y desprende formando parte de los loquios y otra capa profunda a partir de la cual se produce la regeneración. En la zona de implantación placentaria ésta reparación es más lenta.
- **Loquios.-** Son exudados genitales del puerperio constituidos por sangre, decidua, restos epiteliales y microorganismos, en proporción variable: sanguinolentos y más abundantes al inicio (hasta 50-100 g/día los primeros 4-5 días) y progresivamente van disminuyendo y adquiriendo un aspecto exudativo blanco-amarillento. Su fuerte olor, sin llegar a ser maloliente, es muy característico.

Persisten unas 2 semanas.

- **Involución Cervical.-** Tras el parto, el cuello permanece fácilmente permeable a 2 dedos durante los primeros días, lo que ayuda a la evacuación de los loquios. Progresivamente recupera sus características de forma imperfecta, formándose desde el orificio cervical interno hacia el externo. La unión escamocolumnar retrocede, favoreciendo la displasia cervical.
- **Involución Vulvovaginal.-** La vagina permanece edematosa y friable, pudiéndose desgarrar tras exploraciones no cuidadosas o si se practica el coito. Los restos del himen cicatrizan formando pequeñas excreciones fibrosas denominadas carúnculas mirtiformes. La episiotomía cicatriza en una semana.

- **Musculatura Pélvica Y Abdominal.-** La sobre distensión a que es sometida durante el parto da lugar frecuentemente a desgarros musculares, hematomas perineales y diastasis de rectos. La recuperación de esta última es más rápida con el ejercicio y más lenta cuanto más cerca se encuentre del hueso pubiano.

b. Cambios Generales

- **Temperatura.-** No debe sobrepasar los 38°C en ausencia de infección, si bien existen 4 formas de elevación térmica inferior a 38°C y pulso normal:
 - 1) Escalofrío fisiológico, que aparece en las dos horas siguientes al parto;
 - 2) Aguja febril hacia las 24 horas después del parto;
 - 3) Subida de leche, hacia el tercer día, y
 - 4) Constipación puerperal, que dilata la ampolla rectal y favorece la retención de los loquios, los cuales pueden provocar micro embolias hacia el torrente circulatorio.
- **Cambios Hemodinámicos.-** Existe tendencia a la bradicardia (60-70 lpm) y disminuye progresivamente el gasto cardiaco. La tensión arterial debe mantenerse en cifras normales.
- **Cambios Hematológicos.** Las pérdidas sanguíneas del parto y la reabsorción de líquidos intersticiales ocasionan una anemia por dilución en los primeros días postparto. La cifra media de hemoglobina es de 12 g/dL y la del hematocrito del 35%. El percentil 5 se sitúa en 10 g/dL y 29% respectivamente. Estos niveles son, por lo general, bien tolerados por las puérperas. Tras el estrés del parto, se produce una leucocitosis de hasta 20- 25.000 leucocitos/mL sin neutrofilia, que se normaliza a la semana. Debido a los procesos hemostáticos desencadenados durante el parto, desciende el recuento

plaquetario y se activan los sistemas fibrinolítico, pero se restablecen en poco tiempo los principales factores de la coagulación. Hay tendencia a la hipercoagulabilidad, con aumento de los tiempos de coagulación y de los productos de degradación del fibrinógeno.

- **Peso.** A los 5 kg perdidos tras el parto, se suma la pérdida de otros 2-3 kg durante el puerperio por la eliminación urinaria del líquido procedente del espacio extracelular acumulado durante el embarazo.
- **Sistema Urinario.-** En las primeras horas el tono vesical se encuentra disminuido por la hiperdistensión del parto y los efectos de la anestesia epidural, con tendencia a la formación de globo vesical. Las lesiones periuretrales y los frecuentes sondajes vesicales durante el parto predisponen a la disuria y la cistitis. La filtración glomerular permanece durante los primeros días, alcanzándose diuresis de 3.000 cc/día.
- **Sistema Digestivo.-** Se produce una rápida distensión intestinal tras la reducción del volumen uterino que favorece el estreñimiento y la aparición de espasmos cólicos por excitación del sistema parasimpático. Es frecuente que las hemorroides formadas durante el embarazo aumenten y se hagan dolorosas.
- **Sistema Respiratorio.-** Se restablece la respiración abdomino- costal y desaparece la tendencia a la alcalosis respiratoria.
- **Sistema Endocrino.-** Los niveles de estrógenos, progesterona, FSH y LH disminuyen tras el parto y durante la lactancia materna se mantienen estos valores, ya que la PRL inhibe la secreción de GnRH. Con el destete, se restablece la función ovárica y la ovulación puede aparecer entre 1 y 3 meses después.

Se produce una regresión del estado anabólico, aunque en los primeros días puede persistir todavía cierta tolerancia aumentada a la glucosa. El colesterol, los triglicéridos y las proteínas disminuyen rápidamente hasta alcanzar valores normales.

- **Piel y Mucosas.-** Las estrías cutáneas adquieren tonalidad nacarada. Las petequias faciales y subconjuntivales por los esfuerzos del parto desaparecen en pocos días. Las zonas de hiperpigmentación (areolas, línea alba, cloasma gravídico) palidecen lentamente.¹⁸

2.2.3. INVOLUCIÓN UTERINA

Tras la expulsión placentaria, el útero se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales y se sitúa a nivel de la cicatriz umbilical. Al día siguiente, el fondo uterino habrá ascendido por la formación de coágulos intracavitarios alcanzando, o superando ligeramente el nivel del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 1 a 2 cm/día, alcanzando el nivel de la sínfisis del pubis en la segunda semana del puerperio. Hacia la sexta semana logra su tamaño definitivo, algo mayor que el previo al embarazo. Esta disminución del tamaño uterino se acompaña durante los 2-3 primeros días de contracciones uterinas dolorosas denominadas entuertos, más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna por el estímulo oxitócico. La palpación uterina debe dar sensación de firmeza, por el estado constante de contracción tónica que mantienen sus fibras musculares lisas.

La involución uterina se produce por disminución en el tamaño de las fibras musculares (debido a la disminución de los estrógenos), más que por una disminución de su número, siendo algunas sustituidas por tejido conjuntivo. Así, la proporción de tejido conjuntivo se irá incrementando con cada embarazo.

Además de los cambios de tamaño, a nivel del **cuello uterino**, se produce una reconstrucción:

- En el embarazo, mide 1 cm.
- En el parto, pasa a ser de 8-10 cm.
- En el post alumbramiento, 4 cm.
- Al tercer día del parto, deja el paso de 1-2 dedos a su través.
- Por último, al 10º día se cierra por completo –ya no se palpa- y vuelve a constituir el istmo.

También se va a modificar, tras el parto, el **orificio cervical externo**: mientras que, en la mujer nulípara, es circular y pequeña; en la múltipara, este orificio se hace más grande y rasgado, estando constituido por un labio anterior y otro posterior.¹⁹

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Lactancia Materna.**- Producción y secreción de leche por la mama después de un parto. Se distingue la lactogénesis o producción de leche y la expulsión de la misma, denominada lactopoyesis, que ocurre en el momento de la succión del pezón por parte del recién nacido.²⁰
- **Lactancia Exclusiva.**- La lactancia materna exclusiva es la forma de proporcionar alimento durante 6 meses recomendando que que la lactancia se inicie en la primera hora de vida; que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua y que se haga a demanda,
- **Puerperio.**- Etapa comprendida después de la expulsión de la placenta y sus anexos hasta los 42 días post parto.²⁰
- **Puérpera.**- Mujer que tuvo un parto hasta los 42 días después de él.
- **Puérpera Mediata.**- Mujer después del segundo día del parto hasta el séptimo día²¹
- **Edad.**- Es el tiempo cronológico que transcurre desde el nacimiento.

- **Paridad.-** Número de veces que ha parido una mujer.
- **Involución Uterina.-** Es la regresión del útero luego de las modificaciones sufridas por el embarazo; después del alumbramiento el útero está a 2 traveses de dedos por encima del ombligo consistencia firme, disminuyendo 1-2cm por día., el útero pesa entre 1200 y 1500 g llegando a pesar 50 g. que es lo normal.¹

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Ha = Existe relación directa entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto A Octubre 2017.

Ho = No existe relación directa entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre 2017.

Para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados obtenidos en el procesamiento de datos, con un nivel de confianza el 95% y un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado, considerando los grados de libertad que resultan de las filas por columnas:

$(F-1) (C-1) = (3-1) (3-1) = (2) (2) = 4$, obteniendo como valor crítico según tabla = 9,488

Luego de acuerdo al valor crítico se determinó la región de aceptación (R.A) y la región de rechazo (RR).

APLICACIÓN DE CHI-CUADRADO EN FUNCIÓN A LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS

FORMULA:
$$X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$$

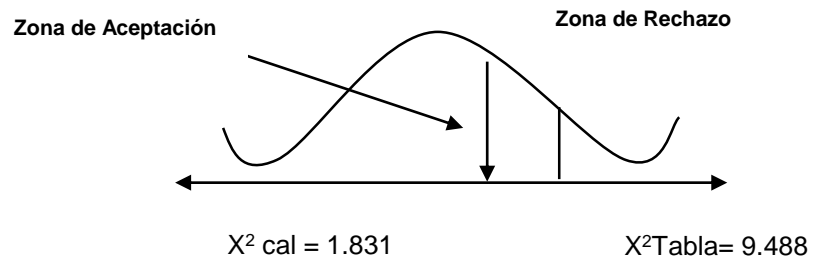
Dónde: X^2 : Chi- cuadrado

F_o : Frecuencia observada

F_e : Frecuencia esperada

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,831 ^a	2	,400
Razón de verosimilitud	1,799	2	,407
Asociación lineal por lineal	,096	1	,757
N de casos válidos	105		



El valor obtenido es de 1.831 siendo menor que el valor crítico de 9.488 según tabla. Entonces, rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alterna, donde se afirma que:

Existe relación directa entre la Lactancia Materna Exclusiva y la Involución Uterina en Puérperas Mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre 2017.

RESULTADOS

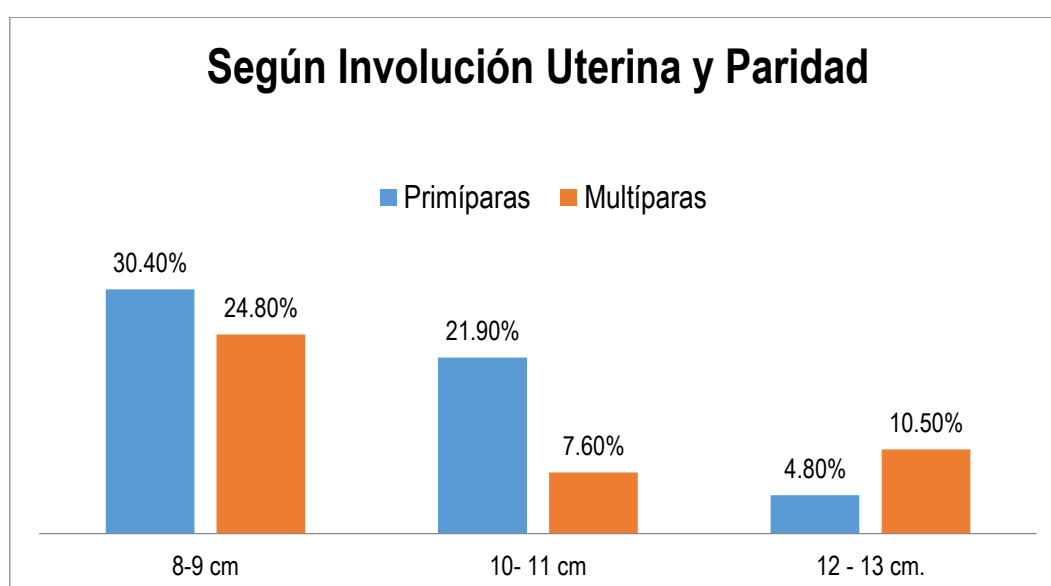
RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

Tabla N° 01
Según Involución Uterina y Paridad

ALTURA UTERINA		Primíparas	Múltiparas	TOTAL
8 – 9 cm	Recuento	32	26	58
	% del total	30.4%	24.8%	55.2%
10 – 11 cm	Recuento	23	8	31
	% del total	21.9%	7.6%	29.5%
12 – 13 cm	Recuento	5	11	16
	% del total	4.8%	10.5%	15.3%
TOTAL	Recuento	60	45	105
	% del total	57.1%	42.9%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos - Elaboración Propia.

Se observa que el 57.1% son primíparas de las cuales el 30.4% tuvieron una altura uterina de 8 a 9 cm, seguido del 21.9% con 10 a 11 cm; el 42.9% son múltiparas teniendo el 24.8% una altura uterina entre 8 a 9 cm y 10.5% de 12 a 13 cm.



RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

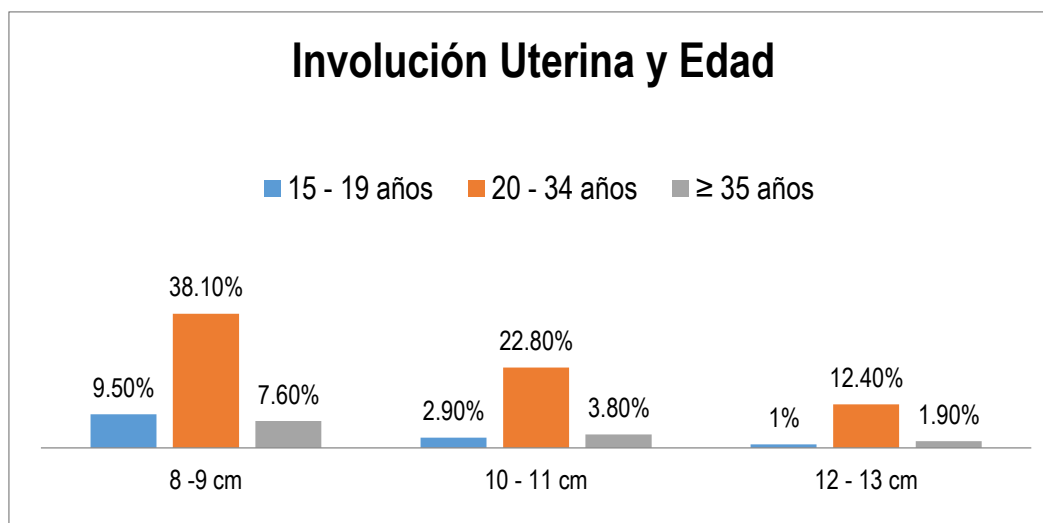
Tabla N° 02

Involución Uterina y Edad

ALTURA UTERINA		Edad			TOTAL
		15-19 a.	20-34 a.	≥ 35 a.	
8 – 9 cm	Recuento	10	40	8	58
	% del total	9.5%	38.1%	7.6%	55,2%
10 – 11 cm	Recuento	3	24	4	31
	% del total	2.9%	22.8%	3.8%	29.5%
12 – 13 cm	Recuento	1	13	2	16
	% del total	1%	12.4%	1.9%	15,3%
TOTAL	Recuento	14	77	14	105
	% del total	13.3%	73.3%	13.3%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos - Elaboración Propia.

El 73,3% corresponde a puérperas entre las edades de 20 a 34 años de las cuales el 38.1% presentaron altura uterina de 8 a 9 cm, el 22.8% de 10 a 11 cm; 13.3% de puérperas entre las edades de 15 a 19 años dentro de ellas el 9.5% con altura uterina de 8 a 9 cm; 13.3% mayores o iguales a 35 años teniendo el 7,6% altura uterina de 8 a 9 cm.



RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

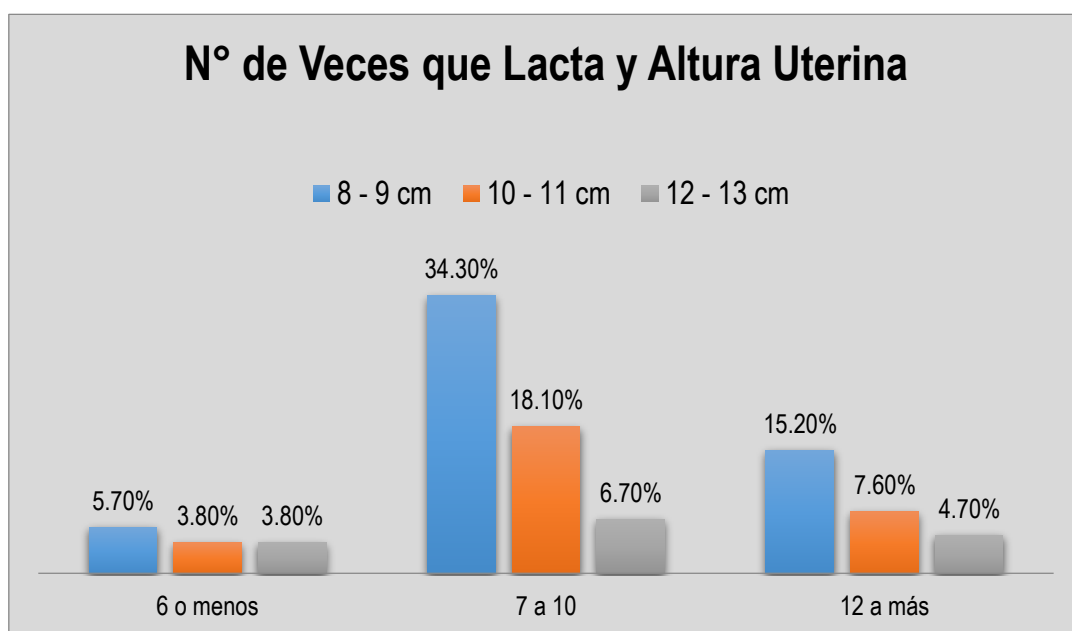
Tabla N° 03

Según N° de Veces que Lactar y Altura Uterina

		N° de Veces que Lacta y Altura Uterina			TOTAL	
		ALTURA UTERINA				
			8 - 9 cm	10 - 11 cm	12 - 13 cm	
N° De Veces Que Da De Lactar	6 veces o menos	Recuento	6	4	4	14
		% del total	5.7%	3.8%	3.8%	13.3%
	7 a 10	Recuento	36	19	7	62
		% del total	34.3%	18.1%	6.7%	59.1%
	12 a más	Recuento	16	8	5	29
		% del total	15.2%	7.6%	4.7%	27.6%
TOTAL		Recuento	58	31	16	105
		% del total	55.2%	29.5%	15.2%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Elaboración Propia

Las puérperas que dan de lactar 7 a 10 veces fueron un 59.1% de los cuales el 34.3% presentan una altura uterina de 8 a 9 cm; dan de lactar de 12 a más veces el 27.6% donde el 15.2% presentó una altura uterina de 8 a 9 cm; el 13.3% dan de lactar de 6 a menos veces teniendo el 5.7% una altura uterina de 8 a 9 cm,



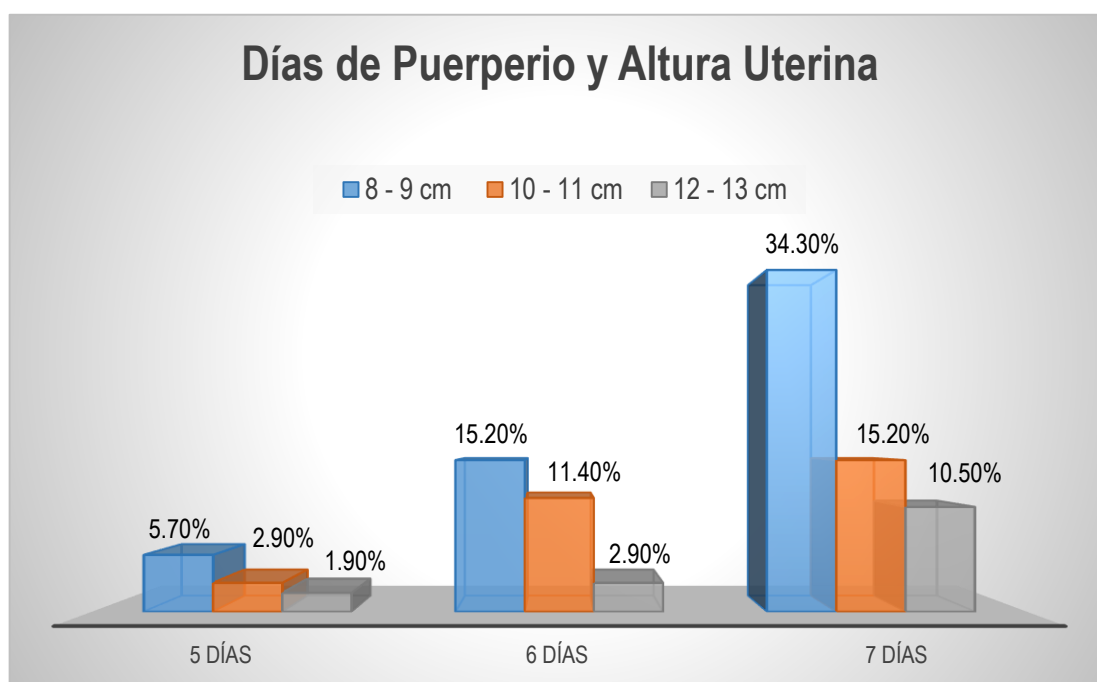
RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

Tabla N° 04
Según Días de Puerperio y Altura Uterina

Días de Puerperio y Altura Uterina			Altura uterina			TOTAL
			8 - 9 cm	10 - 11 cm	12 - 13 cm	
Días de Puerperio	5,00	Recuento	6	3	2	11
		% del total	5.7%	2.9%	1.9%	10.5%
	6,00	Recuento	16	12	3	31
		% del total	15.2%	11.4%	2.9%	29.5%
	7,00	Recuento	36	16	11	63
		% del total	34.3%	15.2%	10.5%	56.2%
TOTAL	Recuento	58	31	16	105	
	% del total	55.2%	29.5%	15.2%	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Elaboración Propia

El 55.2% de las puérperas tenían una altura uterina entre 8 a 9 cm de los cuales el 34.3% se encontraba en el 7mo día de puerperio; y el 15.2% de las puérperas tenían una altura uterina de 10 a 11 cm en el 7mo día de puerperio, y el 10.5% de las puérperas tenían una altura uterina de 12 a 13cm al 7mo día de puerperio.



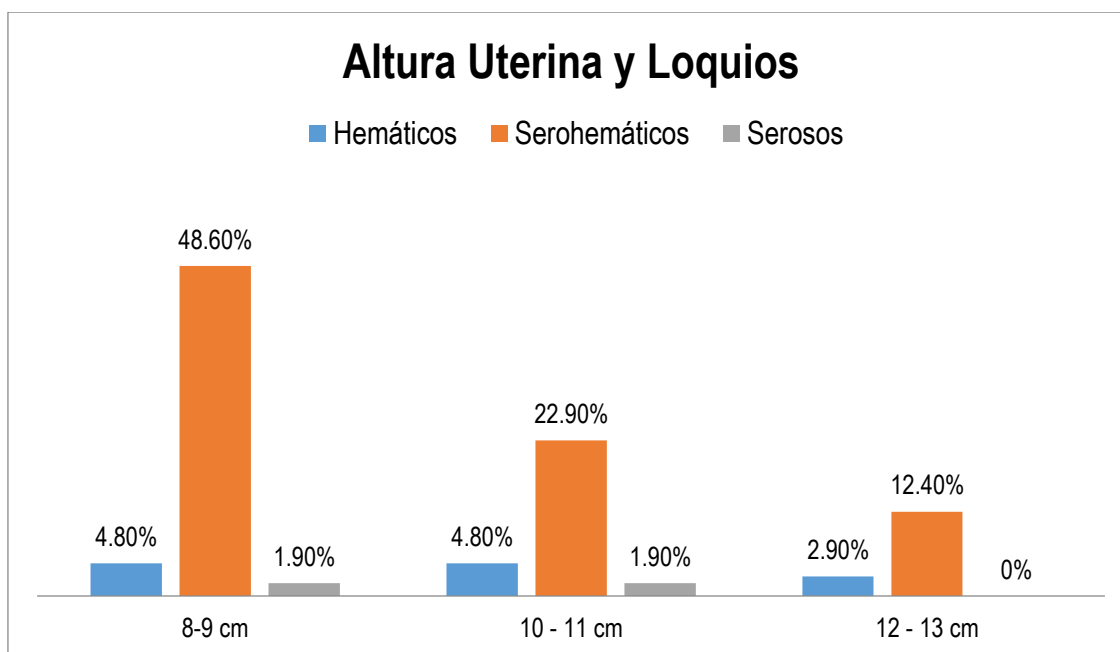
RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

Tabla N° 05
Según Altura Uterina y Loquios

Altura Uterina y Loquios			Loquios			Total
			Hemático	Serohemáticos	Seroso	
Altura Uterina	8 - 9 cm	Recuento	5	51	2	58
		% del total	4.8%	48.6%	1.9%	55.2 %
	10 - 11 cm	Recuento	5	24	2	31
		% del total	4.8%	22.9%	1.9%	29.5%
	12 - 13 cm	Recuento	3	13	0	16
		% del total	2.9%	12.4%	0%	15.2%
	Total	Recuento	13	88	4	105
		% del total	12.4%	83.8%	3.8%	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Elaboración Propia

El 83.8% de puérperas presentó loquios Serohemáticos de los cuales el 48.6% con un altura uterina de 8 a 9 cm; del 22.9% con altura uterina de 10 a 11 cm; con loquios serohemáticos el 4.8% con altura uterina entre 8 a 9 cm y 10 a 11 cm; el 3.8% de puérperas presentó loquios serosos con el 1.9% de altura uterina 8 a 9 cm y 10 a 11 cm.



DISCUSIÓN

El estudio realizado concluye de que la significativamente existe relación entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina donde intervienen múltiples factores que será motivo de otra investigación lo que coincide con el estudio de Vallejos, Sh. en Perú; no rechazamos ni aceptamos esta investigación debido a que no tuvimos acceso a los criterios de inclusión y exclusión para poder compararlo con los nuestros ya que se contradice con la literatura revisada y la fisiología de la involución uterina sin uso de oxitócicos exógenos.

En cuanto a la edad el 73.3% de puérperas tenían edades entre 20 a 34 años de edad, lo que coincide con el estudio de Vallejos, Sh en Perú las primíparas en 57.1% , García, L en Lima Perú por lo que aceptamos dichos estudios.

En cuanto a la paridad se obtuvo que el 55.2% son primíparas y tienen una altura uterina entre 8 a 9 cm, resultado que concuerda con Vallejos, Sh en Lima Perú quien encontró una correlación positiva entre la involución uterina y la lactancia materna según edad y paridad por lo que aceptamos este estudio.

CONCLUSIONES

1. Existe relación directa entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre 2017.
2. Las Primíparas que son en mayor porcentaje tuvieron una altura uterina entre 8 a 9 cm.
3. Las Puérperas entre 20 a 34 años tienen una altura uterina entre 8 a 9 cm.
4. Las Puérperas que dan de lactar entre 7 a 10 veces al día tienen una altura uterina entre 8 a 9 cm.

RECOMENDACIONES

1. El personal involucrado en la atención materna deberá incentivar y concientizar a las puérperas sobre la lactancia materna exclusiva para ayudar a la involución uterina.
2. El personal responsable del servicio de Obstetricia debe protocolizar la lactancia materna exclusiva como medio de involución uterina en primíparas.
3. El Personal De La Unidad De Investigación debe incentivar al personal a fin de realizar investigaciones sobre factores que contribuyen en la involución uterina.
4. Brindar consejería sobre número de veces que se debe dar de lactar, técnica y beneficios de la lactancia materna en las puérperas.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud (WHO). *10 Facts on breastfeeding*. 2012. Disponible en:
http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/
2. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012*. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/>. Accesado en Noviembre 2012.
3. Barriuso, F, Sánchez V, Romero , J.C, Vitoria,P : Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España - 2012
4. Van Horne N.; Lactancia Exclusiva y Beneficios percibidos, Universidad Autónoma de Nueva León México 2012
5. Cahueñas, M, Escobar, F.: Cumplimiento del apego precoz y alojamiento conjunto, en base los conocimientos y criterios de las madres sobre la importancia de la lactancia materna establecidos en el paso número 35 del componente normativo neonatal del MSP en la maternidad de corta estancia de la parroquia de Conocoto – Universidad Católica de Ecuador - 2008
6. Vallejos, Sh.: Comparación de la Involución uterina en el puerperio mediato en primíparas post parto Eutócico y Cesárea sin tratamiento oxitócico. Hospital Regional Honorio Delgado. Febrero 2015.
7. García, L.: Nivel de conocimiento 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
8. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Capítulo 7: Lactancia Materna. 2002. Disponible en:
<http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x>.
Accesado en Noviembre 2011. 47 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Fact File: 10 facts on breastfeeding, Health benefits for infants*. Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index1.html>.
Accesado en Julio 2011.
9. Álvarez Sánchez, E., Bonilla Pacheco, Y, León Rosique, M. “Obstetricia” Edit. de la Universidad de Mursia, 2013

10. Aguilar, J: Lactancia materna Edit. Elsevier España – 2013
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Mujeres y Hombres en México. 2008. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100916.pdf.
Accesado en Octubre 2012.
12. Bajo, JM, Melchor JC: Fundamentos de Obstetricia (SEGO)- Gráficas martes, Madrid - 2011
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fact File: 10 facts on breastfeeding. Long term benefits for children. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index3.html>.
Accesado en Enero 2012.
14. Horta BL, Bahl R, Martínés JC, Victora CG; World Health Organization. Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. 2007. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595230/en/index.html. Accesado en Enero 2012.
15. Guyton y Hall: Tratado de Fisiología Médica 12mo edición
16. Carrasco J. Lactancia materna exclusiva. Ministerio de Salud , Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud - Departamento de Salud Nutricional 2012
17. Ministerio de Salud: Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.
18. Bajo, JM, Melchor, JC: Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Chile, 2010
19. Arici, A. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica – Edit. Elsevier Masson – Boston EEUU, Ed2013
20. Diccionario Médico – Clínica de la Universidad de Navarra
21. Jaypee H. Diccionario Médico – Nueva Delhi India, 2013

- MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
<p>Principal:</p> <p>¿Qué relación existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017?</p> <hr/> <p>Secundarios:</p> <p>1.- ¿Cuál es la involución uterina con lactancia materna exclusiva según paridad en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la relación existe entre lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.</p> <hr/> <p>Específicos:</p> <p>1.- Determinar la Involución Uterina con lactancia materna exclusiva según paridad en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, Agosto a Octubre 2017.</p>	<p>Existe relación directa entre la lactancia materna exclusiva y la involución uterina en puérperas mediatas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, durante los meses de Agosto a Octubre 2017.</p>	<p><u>Variable Independiente:</u></p> <p>Lactancia Materna Exclusiva.</p> <p><u>Variable Dependiente:</u></p> <p>Involución Uterina</p> <p><u>Variable Interviniente:</u></p> <p>-Puérperas.</p> <p>- Paridad.</p>	<p>Si No</p> <p>8-9 cm 10-11 cm 12-13 cm</p> <p>3er día 5to día 7mo día</p> <p>Primípara. Multípara.</p>	<p>Ficha de Recolección de Datos.</p>	<p>Historia Clínica</p>

3.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA INVOLUCIÓN UTERINA EN PUÉRPERAS MEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, AGOSTO A OCTUBRE 2017

Fecha: _____

Edad: _____

Paridad: Primípara: _____ Multípara: _____ Gran Multípara: _____

Fecha de Parto : _____

Tipo de Parto : Vaginal: _____ Cesárea: _____

Lactancia Materna Exclusiva : Si _____ No _____

N° de veces que da de lactar : 6 veces o menos _____
7 a 10 veces _____ 12 a más _____

Tiempo de Lactancia : 5min. o menos _____ 6 a 10 min. _____
11 a 15 min. _____

Puérpera Mediata : Si _____ No _____

Días de Puerperio : _____

Altura Uterina : _____

Loquios : _____