



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

TESIS:

**“PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERIODO
DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO DE LAS PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016”**

**PRESENTADO POR:
BACH. OBST. CLAUDIA PINTO CHUMBES**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**HUACHO - PERÚ
2016**

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por ser mi guía en todo momento y darme la fortaleza para seguir adelante, por ayudarme poco a poco a cumplir mis metas, a mi madre por ser la persona que día a día me da el aliento y su apoyo incondicional, a mis hermanos por su amor y paciencia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las personas que estuvieron conmigo acompañándome siempre en este largo camino y las que contribuyeron en la realización de esta tesis.

Agradezco a mi familia por el apoyo y fortaleza que siempre me han brindado para poder terminar mi carrera y convertirme en una gran profesional.

Agradezco a la Mg. Miriam Felles por los conocimientos brindados y su valiosa asesoría en esta tesis.

Agradezco a las personas encargadas del área de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.¹ **Objetivo:** Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016. **Metodología:** El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo - aplicativo, transversal, prospectivo, comparativo. **Población:** La población está constituida por 350 puérperas que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho. **Muestra:** 92 puérperas inmediatas y 91 puérperas mediatas. **Resultados:** La primera muestra de las usuarias de puérperas inmediatas se observa la mayor población con edades de 19 a 35 años en un 81,5% (75); en el ítem se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe si se lava las manos 26,10% (24); no se lava las manos representan 73,90% (68). En el siguiente ítem se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo si lo realiza lo representan un 38% (35) y no lo realiza 62% (57), posteriormente se pregunta se estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin si lo realiza lo representan un 34,80% (32) y no lo realiza 65,20% (60), también se observa otro ítems se permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos si lo realiza lo representan un 36,96% (34) y no lo realiza 63,04% (58); si al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial si lo realiza lo representan un 23,10% (21) y no lo realiza 76,90% (70).

Se observa a la vez la muestra de las usuarias del periodo mediato la mayor población con edades de 19 a 35 años representan el 72,53% (66); se lava las

¹ **Organización Mundial de la Salud.** ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta 5 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe si se lava las manos 62,64% (57); no se lava las manos representan 37,36% (34). En el siguiente ítem se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo si lo realiza lo representan un 65,93% (60) y no lo realiza 34,07% (31), posteriormente se pregunta se estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin si lo realiza lo representan un 70,33% (64) y no lo realiza 29,67% (27), también se observa otro ítems se permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos si lo realiza lo representan un 74,73% (68) y no lo realiza 25,27% (23); si al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial si lo realiza lo representan un 69,23% (63) y no lo realiza 30,77% (28).

Conclusión: Se observa que el mayor porcentaje de usuarias que realizan correctamente la técnica de lactancia materna según cada ítem son las puérperas mediatas han tenido orientación y consejería en lactancia materna previo y ya han pasado por consultorio, mientras que en el grupo que no se realizó orientación es mínima la buena realización de la lactancia materna.

Palabras claves: Práctica de la técnica de lactancia materna, en el puerperio inmediato y mediato.

ABSTRACT

The World Health Organization recommends colostrum as the perfect food for the newborn, and his administration should begin in the first hour of life. Objective: To identify the practice of breastfeeding in the period of immediate and mediate puerperium postpartum women treated at the Regional Hospital of Huacho, 2016. Methodology: This research project is descriptive - application, transversal, prospective, comparative. Population: The population is made up of 350 postpartum women who were treated at the service of gynecology and obstetrics Huacho Regional Hospital. Sample: 92 immediate postpartum women and 91 mediate postpartum women. Results: The first sample of patients immediate postpartum women observed the population aged 19-35 years at 81.5% (75); in item wash your hands before starting to breast feed your baby if you wash your hands 26.10% (24); do not wash their hands represent 73.90% (68). The following item is accommodated in the chair to breastfeed her baby, while sticks he drinks his body if he does the account for 38% (35) and do not realize 62% (57), subsequently asks the rooting reflex approaching the nipple to the labial commissure, thus following the feeding on each breast from start to finish if it does what represent 34.80% (32) and do not realize 65.20% (60) is stimulated , other items is also observed the baby is allowed sucking on demand or enter the finger about 10 to 15 minutes if it does what represent 36.96% (34) and do not realize 63.04% (58); if at the end of lactation removes the nipple and areola spontaneously or enter the index finger into the corner of the mouth if he does what represent 23.10% (21) and do not realize 76.90% (70).

It is observed while the sample of patients mediate period the population aged 19 to 35 years account for 72.53% (66); wash your hands before starting to breast feed your baby if you wash your hands 62.64% (57); do not wash their hands represent 37.36% (34). The following item is accommodated in the chair to breastfeed her baby, and the baby once it adheres to your body if it does what represent 65.93% (60) and do not realize 34.07% (31) then asks the rooting

reflex approaching the nipple to the corner of the mouth is stimulated, thus following the feeding on each breast from start to finish if it does what represent 70.33% (64) and do not realize 29.67 % (27), other items is also observed the baby is allowed sucking on demand or enter the finger about 10 to 15 minutes if it does what represent 74.73% (68) and do not realize 25.27% (2. 3); if at the end of lactation removes the nipple and areola spontaneously or enter the index finger into the corner of the mouth when performed as representing 69.23% (63) and do not realize 30.77% (28). Conclusion: It is observed that the highest percentages of patients who performed the breastfeeding technique correctly according to each item are mediate postpartum women have guidance and counseling prior breastfeeding and have already gone through surgery, while in the group that was not performed good guidance is minimal realization of breastfeeding. Keywords: Practice breastfeeding technique in the immediate and postpartum week.

Índice

Caratula	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vii
Índice	ix
Introducción.....	xii
Capítulo I.....	1
Planteamiento del problema.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Delimitación del problema.....	3
1.2.1. Delimitación espacial:.....	3
1.2.2. Delimitación temporal:.....	3
1.2.3. Delimitación social:.....	3
1.3. Formulación del problema.....	3
1.3.1. Problema principal.....	3
1.3.2. Problemas secundarios.....	3
1.4. Objetivo de la investigación	4
1.4.2. Objetivos Secundarios.....	4
1.5. Hipótesis de la investigación.....	4
1.5.1. Hipótesis Principal:.....	4
1.6. Justificación e importancia de la investigación.....	5
Capítulo II.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	13
2.2. Bases Teóricas	18
2.2.1. Puerperio.....	18
2.2.2. Lactancia Materna:.....	18
2.2.3. Beneficios de la lactancia materna:.....	20

2.2.4.	Contraindicaciones de la lactancia materna:.....	29
2.2.5.	Problemas de lactancia en el período del recién nacido	31
2.2.6.	Leche Materna:.....	34
2.2.7.	Lactogénesis:	39
2.2.8.	Composición y valor nutricional de la leche humana:.....	40
2.2.9.	Hormonas que participan en la lactancia materna:.....	45
2.2.10.	Técnicas de amantamiento:	46
2.2.11.	Posiciones de amamantamiento:.....	50
2.2.12.	Como favorecer el establecimiento de una lactancia exitosa.	56
2.2.1.3.	La importancia del lactario durante el amamantamiento	60
1.	Características de los lactarios:.....	61
2.	Extracción y conservación de la leche materna.....	62
3.	VIII Encuentro nacional de lactarios institucionales.....	65
2.3.	Definición de términos básicos	66
Capítulo III	.....	68
Metodología	.....	68
3.1.	Tipo de investigación	68
3.2.	Diseño de la investigación	69
3.3.	Población y muestra	69
3.3.1.	Población:.....	69
3.3.2.	Muestra:	69
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	73
3.5.1.	Técnicas	73
3.6.	Procedimientos	74
Capítulo IV	.....	75
4.	Resultados.....	75
4.1.	Datos Generales.	75
Tabla N° 1	.....	75
Tabla N° 2	.....	77
Tabla N° 3	.....	78
Tabla N° 4	.....	79

Tabla N° 5.....	80
Tabla N° 6.....	81
Tabla N° 7.....	82
Tabla N° 8.....	84
Tabla N° 9.....	85
Tabla N° 10.....	86
Tabla N° 11.....	87
Tabla N° 12.....	88
4.2. Discusión de los resultados	89
Conclusiones.....	94
Recomendaciones	96
Referencias Bibliográficas.....	98
Anexo N°1.: Matriz de consistencia.....	105
Anexo N° 2: Encuesta	110
Anexo N° 3: Hoja de consentimiento informado.....	113

INTRODUCCIÓN

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial. La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 3,1 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.²

Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 800 000 menores de 5 años todos los años.

En el Perú, el amamantamiento es una práctica natural y culturalmente aceptada, por la cual al año 2013, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), se registró un 72 por ciento de lactancia materna exclusiva, colocando al país en el primer puesto en la región de América Latina y El Caribe.³

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática, delimitaciones de la

² **Organización Mundial de la Salud.** Alimentación del lactante y del niño pequeño. Fecha de consulta 10 de abril del 2016. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

³ **Ministerio de salud.** Ministerio aprueba guía para la lactancia materna. 3 de agosto del 2015. fecha de consulta 20 de abril del 2016. en línea: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16786>

investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos y justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos.

El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos.

En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamiento estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico e instintivo; una parte integral de la reproducción, el modo natural de alimentación y base única para el desarrollo físico y cognitivo del niño. Por lo cual es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la Organización Mundial de Salud, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida. ⁴

En 1989 la Organización Mundial de Salud y la Federación de las Naciones Unidas para la Protección de los Infantes (UNICEF) declararon de manera conjunta que la alimentación del seno materno debería ser la única que reciben los niños por lo menos durante los primeros cuatro a seis meses de vida. ⁵

⁴ **Zimmermann, C. R., Medina P., S. et. al.** 2010. Conocimiento sobre lactancia materna en púerperas de la ciudad de resistencia en el año. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. España, 2011. Pág. 6-9

⁵ **González, Cordi, Robledo, Valdespinos, Vargas, Said.** 2005. La consejería en lactancia y contacto temprano en pareja madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. Gac Méd Méx. (2): 99-102.

En el Cairo, por ejemplo, 40 de cada 1 000 niños mueren antes de haber nacido el siguiente hermano, fundamentalmente atribuible a la suspensión prematura de la lactancia materna.⁶

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, las tasas de lactancia materna exclusiva han disminuido entre el 72,5% al 69,3% en los niños menores de 4 meses y de 67,2% a 63,9% en los niños menores de 6 meses, a pesar de la promoción intensa del sector salud.⁷

Así mismo en el Hospital Regional de Huacho se realizó un registro de 2935 puérperas en el año 2013, a la vez registró un total de 2979 puérperas en el año 2014, en el 2015 se registró un total de 2963 puérperas, actualmente para la realización del trabajo se registró de enero a marzo 350 puérperas.⁸

A la vez se observa en el 2014 se realiza la tesis sobre Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en primíparas del Hospital General de Huacho, 2014; teniendo una muestra de 60 primíparas de los cuales su resultado fue el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las primíparas es medio. Las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en las primíparas son indiferentes.

Por tales hechos se realizará esta investigación, sobre la observación de las usuarias en el post parto que han sido sometidas a un seminario referente a lactancia materna exclusiva y otro grupo que no ha recibido dicho seminario; por ese motivo crece el interés de investigar la práctica de la técnica frente a la

⁶ **Ministerio de Salud Pública.** Manual de lactancia materna. Cuba. La Habana: UNICEF, 1996:2-23

⁷ **Flores, Cisneros.** 1997. Alojamiento conjunto madre - hijo y lactancia humana exclusiva. Salud Pública Mex; 39 (2):110-116.

⁸ **Información Estadística Del Hospital Regional De Huacho - Oyon. 2016**

lactancia materna de las puérperas inmediatas y mediatas atendidas en el Hospital Regional de Huacho en los periodos de enero-marzo del 2016.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación Espacial: La investigación se desarrollará en el área de hospitalización y consultorio de obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

1.2.2. Delimitación temporal: Puérperas atendidas de enero a marzo del año 2016.

1.2.3. Delimitación social: El estudio se ha realizado con encuestas a las puérperas del Hospital Regional de Huacho.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016?

1.3.2. Problemas secundarios

1. ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016?

2. ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo principal

Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.

1.4.2. Objetivos secundarios

1. Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.
2. Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal:

- (Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis.)

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los últimos aportes sobre lactancia materna exclusiva esta investigación busca contribuir al desarrollo y el mejoramiento de las intervenciones oportunas del equipo de salud para con las puérperas y el recién nacido, teniendo una buena óptica en los procedimientos post parto que fortalezcan la relación madre-niño; para poder lograr esto es necesario la participación mutua tanto de la comunidad, la familia, y la usuaria en conjunto con los profesionales en la atención primaria de salud. Principalmente de la obstetra que observa en cada control a la madre gestante por lo cual se le puede dar orientación y consejería sobre la lactancia materna exclusiva sobre la práctica de esta también además se puede reforzar esto en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Aspecto Teórico: El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos, sobre lactancia materna y estrategias que ayuden a mejorar la lactancia y no a disminuirla.

Aspecto Práctico: De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, sus resultados podrían mejorar la práctica de la lactancia materna; la recolección de la información servirá como base para el desarrollo de esquemas, para guiar a la práctica de la lactancia materna en puérperas y en el ámbito estudiantil.

Aspecto Metodológico: El presente estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte teórico referencial en función al análisis de los efectos que se manifiestan en la práctica de lactancia materna. Con el aporte de este estudio servirá como consulta para trabajos sucesivos y además para mejorar la práctica de lactancia materna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo a la niña o niño, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.

En nuestro país, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, evidencia que a nivel nacional la proporción de menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva ha aumentado de 68.7% a 72.3% entre los años 2007 y 2013 sin embargo se encuentra lejos de los valores considerados como óptimos por la Organización Mundial de la Salud (80%), asimismo la proporción de niñas y niños que inició la lactancia materna en la primera hora de nacido sólo es del 56% (2014), siendo las de menor prevalencia las zonas urbanas.⁹

⁹ **Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa**” 2014/ Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana — Lima: Ministerio de Salud; pág. 10.

Asimismo, es importante explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la alimentación natural supone, pero es necesario 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.¹⁰

Aunque la lactancia materna se considera un proceso natural, tanto la madre como el bebé precisan de un óptimo aprendizaje ya que el bebé ha de aprender a succionar correctamente el pecho y la madre ha de aprender las pautas de un posicionamiento correcto.¹¹

Es así que se ve por conveniente investigar si al conocer si esta consejería influye en la conducta de las púerperas para realizar una adecuada técnica de amamantamiento. Teniendo en cuenta la importancia de la relación que posiblemente exista entre las técnicas de amamantamiento de púerperas y la consejería en lactancia materna que estas hayan recibido, resulta relevante el abordaje en este tema de manera que los resultados a obtenerse, se incorporen en la literatura, y promuevan un enfoque clínico más apropiado que propicie salud y la calidad de atención.

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

1. Martínez S., M. C., Nava G., R. Información con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el hospital de

¹⁰ **Organización Mundial de la Salud.** Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998.

¹¹ **Hernández M.** Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y España. En: Lactancia materna: Guía para profesionales. Madrid-España: Asociación Española de Pediatría. 2004. Pág. 33-43.

ginecología y obstetricia del IMIEM. Toluca, Estado de México, 2014.¹²

El objetivo de este trabajo fue determinar la información que con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. Diseño de la investigación: El presente estudio es de tipo transversal, descriptivo y prospectivo. Se utilizó un instrumento de investigación que constó de 32 preguntas, para determinar si la información de Lactancia Materna con la que se contaba era suficiente se tomaron 22 reactivos correctos, de lo contrario al contar con un número menor, se consideró insuficiente. Como resultado, se obtuvieron 182 encuestas, de las cuales 37% tuvo información suficiente, mientras que 67% tuvo un resultado insuficiente. Siendo mayor la información en mujeres que tienen escolaridad de Licenciatura y/o en su caso 3 hijo o más. Se puede concluir que las mujeres postparto no cuentan con la información que se requiere para lograr una Lactancia Materna exitosa, a pesar de conocer los beneficios que ésta proporciona, no tienen claro cómo amamantar correctamente a sus hijos, además de que la información obtenida sobre Lactancia Materna está influenciada por el número de hijos y la escolaridad. Por lo que se sugiere que se trabaje más en capacitar a las pacientes que asisten al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, dando información más allá del concepto de Lactancia Materna, sino técnicas, posiciones, almacenamiento; asegurar que la paciente cuente y utilice la información, todo esto con el fin de lograr una práctica adecuada de la Lactancia Materna.

¹² **Martínez, Nava.** Información con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM. Toluca, Estado de México, 2014 pag.10- 15

2. **Gerónimo Carrillo, R., Magaña-Castillo, M., Zetina-Hernández, E., Herrera-Castillo, Y., Contreras-Palomeque, J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Salud en Tabasco, vol. 20, núm. 1, enero-abril. México, 2014.**¹³

Objetivo. Evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres en periodo posparto que asisten a la consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM). Material y Métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal, la muestra quedó conformada por 300 mujeres en periodo posparto que asistieron a consulta externa en el servicio de tamiz neonatal del HRAEM del estado de Tabasco durante el periodo de julio - agosto de 2013. Resultados. De las 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67.3% fue regular y el 24% alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades. Discusión. La actitud y la práctica de la lactancia materna coinciden con estudios previos, encontrando diferencia en el nivel de conocimiento en nuestra población. Conclusión. La lactancia materna se encontró como una práctica apropiada a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en periodo posparto, reportando un deseo favorable para amamantar a sus hijos.

¹³ **Gerónimo, Magaña, Zetina, Herrera, Contreras.** 2014. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Salud en Tabasco, vol. 20, núm. 1, enero-abril. México.

3. Paredes Sevillano, G. A. Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post- parto del hospital Gineco - obstétrico enrique c. Sotomayor. Ecuador, 2013.¹⁴

Se planteó como objetivo, determinar la frecuencia y porcentaje sobre lactancia materna en mujeres Post – partos atendidos en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil. La metodología del estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, con el uso de técnica de la encuesta e instrumento del cuestionario, de un universo de 246 mujeres post- parto se obtuvo una muestra de 150 mujeres post – parto quienes aceptaron de manera voluntaria participar con la recolección de datos, para cumplir con el objetivo general y verificar la hipótesis. Los resultados más relevantes fueron que de 150 madres post – parto encuestadas, 39% fueron adolescentes, con nivel de instrucción primaria, en el 31% de casos no tenían experiencia porque fueron madres por primera vez, 66% no asistieron con frecuencia al control prenatal, el 87% de los casos desconocen la importancia de la lactancia materna, así como los beneficios que ofrece al lactante, desconociendo también las técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna, por lo que se planteó un programa educativo a pacientes post – parto, para informar y promover la lactancia materna inmediatamente después del parto y asegurar que sea el alimento exclusivo hasta los seis meses de vida, para mejorar la calidad de vida de los niños y de sus madres.

¹⁴ **Paredes.** 2013. Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post- parto del hospital Gineco-obstétrico enrique c. Sotomayor. Ecuador.

4. Zimmermann, C. R., Medina P., S. et. al. Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. España, 2011.¹⁵

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico e instintivo, el modo natural de alimentación y la base para el desarrollo físico y cognitivo del niño. Objetivos: evaluar el nivel de conocimiento sobre la LM de las puérperas antes de su egreso hospitalario, relacionándolo con el grado de escolarización, edad y paridad. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de puérperas atendidas entre el 1° de febrero al 31 de julio 2010. Población conformada por 364 madres. Se incluyó mujeres en puerperio inmediato entre 15 y 40 años. Se recogieron datos mediante encuestas, midiéndose el nivel de conocimiento en una escala en función del número de respuestas correctas: de 0-5 deficiente; regular de 6-9 y bueno 10-12 respuestas. Resultados: Se analizaron 364 encuestas. Nivel de conocimiento: deficiente 12,09%; regular el 70,33%; bueno 17,58%. Conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9%; concubinato 54,6%. Conocimiento Regular: solteras 34,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento Bueno: 25% solteras, 25% casadas; 50% unión libre. Número de gestaciones, en nivel deficiente: 91% primíparas, 9% multíparas; en nivel regular 51,6% primíparas, 48,4% multíparas; en nivel bueno 25% primíparas, 75% multíparas. Nivel deficiente: el 100% educación primaria incompleta; de nivel regular completaron primaria 42,2%; secundaria 48,5%; terciaria 3% y 6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento 68,7% completó primaria, 18,8% secundaria y el 12,5% terciaria. Conclusión: la mayor edad, nivel de escolarización y

¹⁵ Zimmermann, Medina. 2011. Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. España.

paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de Lactancia materna.

5. Gómez Centeno, Hellen Yamileth. 2011. Factores socioculturales y laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes, de la ciudad de Somoto, Madriz, periodo 2009 y 2010. Nicaragua.¹⁶

Objetivo General: Identificar los factores socioculturales y laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes, de la ciudad de Somoto, Madriz, en el periodo comprendido enero 2009 - 2011. El presente estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 62 trabajadoras del Hospital Juan Antonio Brenes Palacios de la ciudad de Somoto, con fórmulas estadísticas para poblaciones finitas. Técnicas de instrumento: Se elaboró una ficha de recolección datos. Encuesta. Conclusiones: La lactancia materna fue efectiva en mujeres entre 20 y 34 años, tienen escolaridad profesional, con buenos conocimientos sobre lactancia materna, tiene apoyo familiar para lactar, influenciados por los conocimientos que tiene sobre lactancia y aunque el plan era dar de 0-3 meses lactancia.

¹⁶ **Gómez Centeno, Hellen Yamileth. 2011.** Factores socioculturales y laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes, de la ciudad de Somoto, Madriz, periodo 2009 y 2010. Nicaragua. Pág. 10 – 20.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

1. Chirinos Rojas, Ila Lorenza. “Técnica De Amamantamiento En Púerperas Primíparas y su relación con la consejería en Lactancia Materna recibida en el servicio de Psicoprofiláxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Marzo. Lima. 2015”¹⁷

Objetivo: Determinar si existe relación entre la técnica de amamantamiento en púerperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofiláxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal marzo 2015. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 120 púerperas primíparas, donde el grupo estudio estuvo conformado por 60 púerperas primíparas con consejería de lactancia materna y el grupo comparativo con 60 púerperas primíparas sin consejería de lactancia materna. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrado y la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95%; considerándose como “significativo” un valor $p < 0.05$. **Resultados:** La edad promedio de las púerperas primíparas fue $25,5 \pm 5,3$ años. Asimismo, la mayoría de púerperas tenían entre 22 a 30 años (69,2%), eran convivientes (57,5%) y tenían grado de instrucción secundaria (65,8%), seguido del superior técnico (17,5%). El tiempo promedio que mamó el bebé cuando se observaron mayores signos de buen funcionamiento del amamantamiento fue $16,5 \pm 5,2$ minutos; asimismo, los signos de buen funcionamiento de la lactancia se caracterizaron por una posición cercana, de frente al pecho materno (75,8%), por una respuesta en donde el neonato exploró el pecho materno con la lengua (94,2%), por un vínculo afectivo en donde la madre

¹⁷ Chirinos Rojas, Ila Lorenza. 2015. “Técnica De Amamantamiento en Púerperas Primíparas y Su Relación con la Consejería en lactancia Materna Recibida en el Servicio de Psicoprofiláxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Marzo. Lima. Pág. 25.

mira al neonato cara a cara (85,8%), por una anatomía donde los pechos estuvieron blandos después de la mamada (82,5%), por una succión en donde las mejillas de los neonatos tuvieron apariencia redondeadas (72,5%). Luego de evaluar los signos de buen funcionamiento y de dificultad del amamantamiento se observó que la técnica empleada en la mayoría de casos fue regular (50%); mientras que en el 28,3% de casos la técnica fue adecuada y en el 21,7% de casos, inadecuada. Existió una mayor frecuencia de resultados favorables en la técnica de amamantamiento cuando se recibió consejería en lactancia materna, evidenciándose relación entre la técnica de amamantamiento y la consejería materna ($p < 0,001$), ello explica las mayores puntuaciones obtenidas al evaluar la técnica de amamantamiento en quienes recibieron consejería en comparación a aquellas que no recibieron consejería en lactancia materna (18,4 vs 10,7; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La técnica de amamantamiento en puérperas primíparas se asocia de manera significativa con la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

2. Huerta Torres, Xiomara Stefany; Villanes Vega, Mariela Carolina. Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en primíparas del Hospital General de Huacho, 2014.¹⁸

Objetivo: determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre lactancia materna exclusiva en las primíparas del Hospital General de Huacho. **Material y método:** realizado en el Hospital General de Huacho, en el servicio de Gineco – Obstetricia. La población conformada por 237 primíparas, atendidas en el mes de enero a marzo del presente año, seleccionados aleatoriamente para conformar la muestra de 60

¹⁸ **Huerta, Villanes;** 2014. Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en primíparas del Hospital General de Huacho. pág. 20.

primíparas. Tipo descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal. El instrumento para el conocimiento y actitudes, fueron sometidos a la prueba de confiabilidad y validez. **Resultado y conclusiones:** el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las primíparas es medio. Las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en las primíparas son indiferentes. La relación entre el conocimiento y las actitudes es significativo debido a que el Chi cuadrado=14.558, gl =4, p=0.006.

3. Munayco Mendieta, Juan Roberto, “Relación entre el Nivel de Conocimiento y la Practica de la Técnica de Lactancia Materna en Puérperas del Hospital Nacional Dos de Mayo, agosto – diciembre del 2012”. 2013. ¹⁹

Objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de lactancia materna en puérpera del hospital nacional dos de mayo. **Metodología:** es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. La población y la muestra, estuvo conformada por 99 puérperas, a quienes se les aplico el instrumento. **Resultados:** 49% de las madres tienen un conocimiento medio, asimismo 38% un nivel de conocimiento alto, y finalmente 13% tienen un conocimiento bajo. El 71% de las madres presenta práctica adecuada y el 29% practica inadecuada sobre las técnicas de lactancia materna. **Conclusión:** existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre la técnica de lactancia materna.

¹⁹ **Munayco Mendieta, Juan Roberto**, 2013. “Relación entre el Nivel de Conocimiento y la Práctica de la Técnica de Lactancia Materna en Puérperas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Agosto – Diciembre del 2012”. Pág. 4

4. **Vásquez Delgado, Rocío del Pilar; Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. 2012.**²⁰

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED. La técnica fue la entrevista y los instrumentos la encuesta y la escala de lickert modificada, considerando el consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (60), 40% (24) tienen conocimiento medio, 16.7% (10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto a las prácticas 63.3% (38) es adecuada y 36.7% (22) inadecuado, acerca de la actitud 50% (30) tienen una actitud medianamente favorable, 20% (12) desfavorable y 30% (18) favorable. **Conclusiones.** Un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre. La mayoría (70%) 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. Las prácticas de un porcentaje considerable (60%) de madres es adecuada referido a que realiza el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15

²⁰ **Vásquez Delgado, Rocío del Pilar;** 2012. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. Pág. 40

minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente.

5. **Bocanegra García, Sylvia M. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo, 2007.**²¹

Se investigó el nivel de conocimiento de cinco conductas óptimas de lactancia materna y su relación con algunos factores personales, educativos y socioeconómicos en 245 madres puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. Se empleó el método no probabilístico accidental para la selección de las madres y un diseño prospectivo, no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo para estudiar el nivel de conocimiento y correlacional para estudiar la relación entre esta variable y los factores considerados; se desarrolló y aplicó a cada madre un cuestionario de preguntas sobre sus datos personales, educativos y socioeconómicos y de 5 preguntas por cada conducta estudiada; en base a una escala de 0 a 1, se consideró un puntaje de 0,6 como nivel aceptable de conocimiento; para el análisis inferencial se empleó la correlación de Pearson, la prueba Chi cuadrado y el ANOVA, complementado con la prueba SNK. Se halló que el puntaje promedio de conocimiento de las conductas estudiadas fue 0,75 y que el 88,57% de las madres tuvo un nivel aceptable de conocimiento de las mismas; asimismo, que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia,

²¹ **Bocanegra García, Sylvia M.** 2007. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo.

ocupación, estado civil, paridad (factores personales), fuente de información (factor educativo) y estrato (factor) socioeconómico de las madres, salvo entre la primera variable y el grado de instrucción (factor educativo) de las mismas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Puerperio²²

- a) Puerperio 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.

- b) Puerperio mediato:** Los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.

- c) Puerperio Tardío:** desde el octavo día hasta la 6ta semana (42 días).

2.2.2. LACTANCIA MATERNA:

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que

²² **Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.** Lima. Ministerio de Salud. 2004. Módulo II. 36 Pág.

dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para que su crecimiento, desarrollo y salud sean óptimos.²³

Por “lactancia materna exclusiva” se entiende no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida, ni siquiera agua que no sea leche materna, ya que esta satisface las necesidades nutricionales de los bebés y reducir la mortalidad neonatal hasta un 20%. Posteriormente, los lactantes deberán recibir alimentos complementarios inocuos y nutricionalmente adecuados y deberán continuar recibiendo leche materna hasta los dos años de edad.

Las bajas tasas de lactancia natural se pueden atribuir, en parte, al desconocimiento de la importancia de esta práctica, y al hecho de que a las mujeres pobres que viven en las ciudades y trabajan fuera del hogar se les dificulta amamantar a sus hijos. Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, la OMS y la United Nations Children’s Fund (UNICEF, 2012) recomiendan:

- Que la lactancia inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante reciba solo leche materna.
- Que la lactancia sea a libre demanda.

²³ **Organización Mundial de la Salud.** ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta 5 de enero de 2016. En línea: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

- o No utilizar biberones, ni chupones.²⁴

Código de ética y deontología profesional del colegio de obstetras del Perú.

Art. 32.- La Obstetrix y el Obstetra deberán realizar la psicoprofilaxis a las gestantes para el parto sin temor; así mismo es ético promocionar la lactancia materna exclusiva.²⁵

2.2.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA:

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrimentos que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.^{26, 27}

La lactancia materna con frecuencia y sin restricciones puede asegurar la producción continua de leche; y la ayuda para posicionar y colocar el

²⁴ **Rodríguez J, Acosta N.** Factors affecting how long exclusive breastfeeding lasts. Rev. Salud Pública. 2008; 10 (1):71-84.

²⁵ Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Obstetras del Perú. Perú. 1980 Pág. 9

²⁶ **Kramer M et al.** Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. Journal of the American Medical Association, 2001, Pág. 285(4): 413-420)

²⁷ **Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud** "UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad. 2008; Washington. Fecha de consulta: 5 de enero de 2016. En línea:

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/

bebé, aumentan las posibilidades de que la lactancia materna tenga éxito. La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de beneficios; tiene consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.²⁸

2.2.3.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO:

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Le brinda protección extra contra todo tipo de infecciones y enfermedades, entre ellas: infecciones en el oído, infecciones respiratorias, diarrea, alergias, diabetes, obesidad, esclerosis múltiple, enfermedades virales y bacterianas e incluso algunos tipos de cáncer como la leucemia y el linfoma.

Las niñas amamantadas también reciben protección contra cáncer de mama, además tienen menos problemas de caries y de deformaciones dentales. Los bebés que toman el pecho utilizan más de veinte músculos de la cara y la mandíbula, y los ejercitan más del doble que los bebés que toman biberón. Esto es muy importante porque "prepara" la boca, la lengua y la garganta para formar los sonidos necesarios para el lenguaje.

Estudios han demostrado que la lactancia materna, previene la aparición temprana de sobrepeso y obesidad, el peso y la talla son más bajos en comparación con aquellos niños alimentados con fórmula, lo que indica que si el niño se alimenta con leche materna, crecerá de acuerdo con los estándares de crecimiento porque la ganancia de peso será más baja. ²⁹

2.2.3.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE:

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario, cáncer de mama y osteoporosis, aumenta los recursos familiares, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. Inmediatamente después del parto, ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2.

Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres. También ayuda a que la placenta sea expulsada con mayor rapidez. La succión del bebé al tomar del pecho en las primeras semanas después del parto ayuda al útero a regresar más rápidamente a su tamaño natural.

También ayuda a regresar al peso normal, ya que el cuerpo de la madre lactante utiliza alrededor de 400 a 500 calorías extras

diariamente. La comodidad y la economía de tiempo y recursos también son aspectos a favor de la lactancia. Nada que comprar, nada que esterilizar, nada que calentar. En cualquier lugar y a cualquier hora puede alimentar a su bebé. Además de todas estas ventajas, existen también beneficios emocionales.

El cuerpo de una mujer que está lactando produce oxitocina, que despierta en la madre una sensación de bienestar y sentimientos muy fuertes de cuidar, amar y proteger a su bebé. Esto la ayuda a responder mejor a las necesidades de su hijo. Otra hormona que producen las madres lactantes es la prolactina, la cual la ayuda a estar más tranquila y relajada. Una madre que amamanta a su bebé recibe muchas recompensas a cambio de un esfuerzo relativamente pequeño.²⁷

2.2.3.3. BENEFICIOS NUTRICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA:

La leche materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida; el bebé no necesita ingerir ningún otro líquido o alimento. Además, la leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades.

El acto de la lactancia materna en sí estimula el crecimiento adecuado de la boca y la mandíbula, y la secreción de hormonas para la digestión y para que el bebé se sacie. La lactancia materna crea un vínculo especial entre la madre y el bebé y la interacción entre la madre y el

niño durante la lactancia materna tiene repercusiones positivas para la vida en lo que se refiere a la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar y la seguridad, y la forma en que el niño se relaciona con otras personas.

La lactancia materna también reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas más adelante en la vida, tales como la obesidad, el colesterol alto, la presión arterial alta, la diabetes, el asma infantil y las leucemias infantiles. Los estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta que los bebés alimentados con fórmula. ²⁸

➤ **Según Gomella (2011):**

Ventajas²⁹

- A. Calidad de las proteínas. El predominio de suero y la mezcla de aminoácidos son compatibles con las necesidades metabólicas de los neonatos.
- B. La digestión y la absorción mejoran con la leche materna.
- C. Beneficios inmunológicos. La lactancia proporciona protección inmunológica contra las infecciones bacterianas y virales.

²⁸ **United Nations Children's Fund.** Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. 2008. Fecha de consulta: 7 de enero de 2016. En línea: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

²⁹ **Tricia Lacy Gomella.** M. Douglas Cunningham, Fabien G. Eyal. Neonatología. Mc Graw Hill. 6ta Edición .2011. Pág. 85 - 88

Estudios en neonatos amamantados por 6 meses muestran que tienen menor incidencia de cáncer.

- D. Promoción del vínculo entre la madre y el neonato.
- E. Menor carga de solutos renales, lo que facilita una mejor tolerancia.
- F. Otras ventajas. La lactancia en neonatos pretérmino se relaciona con un mejor riesgo de NEC y un coeficiente intelectual (IQ) significativamente más alto a la edad de 8 años. El riesgo de cáncer de mama y ovárico en la madre también parece menor. La alimentación con leche materna se relaciona con efectos benéficos sobre los resultados visuales, cognitivos, psicomotrices y del neurodesarrollo que persisten durante la infancia. La leche materna contiene ácidos grasos omega 3 (ácidos linoleicos a [ALA]), a partir del cual se producen otros LCPUFA, DHA y AA esenciales. Éstos juegan un papel importante en el desarrollo de la retina y neurológico. Casi todas las fórmulas hoy en día están complementadas con DHA y AA. Las alimentaciones con leche materna parciales (50 ml/kg) se relacionan con un menor riesgo de sepsis de aparición tardía y NEC en neonatos pretérmino.

Contraindicaciones y desventajas

- A. Tuberculosis activa en la madre.
- B. Ciertas infecciones virales y bacterianas en la madre. Para conocer recomendaciones específicas.

- C. Uso de medicamentos que pasan en cantidades considerables en la leche materna y que pueden dañar al neonato. Para los efectos de los fármacos y las sustancias durante la lactancia y el amamantamiento.
 - D. Galactosemia.
 - E. Un neonato con un labio o paladar hendido puede tener dificultades con la lactancia. La leche materna expresada se da al neonato utilizando botellas especialmente diseñadas.
 - F. Los neonatos IUGR (1500g) pueden requerir mayores cantidades de proteínas, sodio, calcio, fósforo y vitamina D que las que contienen la leche materna no fortificada. Se deben monitorear de forma rutinaria estos requisitos y administrar complementos, si es necesario. Nota: los problemas temporales en la madre, como pezones irritados o agrietados que se resuelven con tratamiento o mastitis tratada con antibióticos, no excluyen la lactancia.
- I. Leche materna donada. El uso de leche materna donada es regional y causa de controversia. La leche materna donada se utilizó por siglos; sin embargo, la práctica actual tiende al uso limitado. En años recientes, la preocupación por la transmisión de infecciones, como VIH, citomegalovirus y tuberculosis, ha planteado preguntas sobre la seguridad de su uso. Si se pretende emplear leche materna donada o bancos de leche, se recomienda el monitoreo de la donadora, el tratamiento con calor (pasteurización) de la leche y hablar con los padres sobre estos posibles riesgos. La pasteurización y refrigeración producen

pérdida de los componentes de la leche. La leche donada es deficiente en proteínas, minerales y calorías como para cumplir con los requisitos a largo plazo de los neonatos pretérmino para el crecimiento y el desarrollo. En un meta análisis reciente se demostró que la alimentación con fórmula en comparación con leche donada se relaciona con mayor ganancia de peso y crecimiento, pero también un mayor riesgo de NEC (riesgo relativo, CI 95%=2.5, 1.2 A 5.1). El uso de leche donada fortificada en comparación con el de fórmulas se relaciona con una ganancia más lenta de peso. Cuando se compara con la propia leche de la madre, la donada no parece ofrecer una ventaja sobre las fórmulas en la disminución de riesgos de infecciones o duración de la estancia. En algunas instituciones, se inicia la alimentación entérica con leche donada en neonatos 1000g si no hay leche materna disponible, y más adelante se hace la transición a la fórmula.

- II. Almacenamiento. La leche materna se puede almacenar congelada a -20°C hasta por 6 meses y refrigerada a 4°C por hasta 24 horas.
- III. Fortificadores de leche materna (complementos). Los fortificadores de leche materna se diseñan como un complemento de la leche materna para neonatos prematuros con crecimientos rápido. El uso de leche humana más allá de la segunda y tercera semanas en neonatos pretérmino puede proporcionar cantidades insuficientes de proteínas, calcio, fósforo y probablemente cobre, cinc y sodio. La experiencia clínica ha demostrado que adicionar la leche humana con in fortificador para la leche de una madre pretérmino generaba retención de nitrógeno, aumentaba los

niveles de nitrógenos ureicos sanguíneos y el crecimiento somático y lineal relacionado con mayor ingesta de proteínas y energía. No hay efecto sobre los niveles de fosfatasa alcalina sérica. Se desconoce el efecto sobre el contenido de minerales óseos después del primer año de edad. Se requiere el monitoreo periódico de la osmolaridad de la orina, el nitrógeno ureico sanguíneo, la creatinina y el calcio séricos.

A. Indicaciones. Los fortificadores de leche materna están indicados para neonatos prematuros que toleran la leche humana sin fortificadores en alimentación completas, de 2 a 4 semanas de edad, hasta el momento en que son dados de alta o pesan 3600g. Los criterios de uso incluyen <34 semanas de gestación en el nacimiento y <1500g al nacer. Además, los fortificadores de leche materna están indicados para neonatos con restricción de líquidos que requieren un aumento en las calorías. Se pueden añadir fortificadores cuando se alcanzan los 100ml/kg/día de alimentación entérica, aunque las prácticas pueden variar. Los fortificadores enriquecidos con hierro son bien tolerados y pueden disminuir la necesidad de transfusiones sanguíneas tardías. La fortificación de leche materna fresca no se relaciona con aumento en el crecimiento bacteriano hasta por 6 horas.

2.2.4. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA:

- **AFECCIONES DEL RECIEN NACIDO:**

Los recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada, son los que indican:

- Galactosemia clásica: Se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Enfermedad de orina en jarabe de arce: Se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Fenilcetonuria: Se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar un poco, por un tiempo, con monitorización cuidadosa). Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna.
- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g).
- Muy prematuros (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pre término, pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna optima o alimentación con leche materna.³⁰

³⁰ **Organización Mundial de la Salud.** Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009; Ginebra. Fecha de consulta: 2 de enero de 2016. En línea: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_spa.pdf.

- **AFECCIONES MATERNAS:**

- Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS).
- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo, septicemia.
- Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.
- Medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.
- Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones más seguras disponibles - la madre puede reiniciar la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia.
- El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados.
- La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.³¹

Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes:

- Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
- Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después.
- Hepatitis C
- Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.
- Tuberculosis: la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis.
- Uso de sustancias: Se ha demostrado efecto dañino en los bebés amamantados de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados.
- El alcohol, opioides, benzodiazepinas y cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como el bebé.³¹

- **Según Tapia (2011)**

2.2.5. PROBLEMAS DE LACTANCIA EN EL PERÍODO DEL RECIÉN NACIDO³¹

- La mayoría de los problemas precoces en lactancia pueden prevenirse si el RN permanece piel con piel con su madre la primera hora de vida y su primera experiencia oral es la de mamar del pecho de su madre. Luego permanece de hambre, despertándolo si durante el día duerme más de 3 horas seguidas y sin recibir suplementos ni chupetes.

³¹ **José Luis Tapia**.; Álvaro González M. Neonatología. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Chile. 2011. Paga. 202 - 210

- El ideal para una precoz recuperación del peso de nacimiento y para prevenir el alza de bilirrubina es que el RN reciba un promedio de 12 mamadas en 24 horas.

- La principal causa del dolor al amamantar es un mal acoplamiento boca-pezón. Es importante observar las mamadas y preguntar a la madre dirigidamente si tiene dolor. Si el pezón sale deformado, ayudar y enseñarle cómo sostener la mama para introducir toda la aréola a la boca del niño. Si el mal acoplamiento ha persistido por algunas mamadas, se pueden producir grietas. Éstas se previenen con un buen acoplamiento, no con cremas. Al corregir el acoplamiento se mejora la grieta, ya que el pezón queda al nivel del paladar blando y no se presiona. Para tratarla lo importante es la técnica, si la madre quiere puede cubrirse la herida con unas gotas de leche. No se ha mostrado que ninguna crema sea mejor que otra o que la leche si se corrige el acoplamiento.

- Si el dolor a la compresión del pezón persiste se debe sospechar una disfunción motora oral. Ésta ocurre con mayor frecuencia secundaria al uso de chupetes o biberones. El niño aprende una técnica de alimentación que le es muy funcional con el chupete, mordiéndolo y empujando con la lengua hacia afuera. Si aplica este mismo movimiento al mamar, muerde el pezón se le sale de la boca, se frustra y llora. La madre lo interpreta como que rechaza el pecho y se estresa, dificultando el reflejo eyectolácteo. Esto se previene evitando chupetes, y si hay que suplementar por alguna razón hacerlo con vaso o sonda al dedo. Ésta última es también la forma de tratarlo rehabilitando la función motora oral. Se llena una jeringa con leche y se le adosa una sonda de alimentación con la punta cortada, de

manera que tenga sólo un orificio de salida. Se introduce el dedo índice en la boca del niño, presionando el paladar con el pulpejo del dedo, con la sonda entre el dedo y el paladar. Al succionar, sale leche y el niño tiende a atraer el dedo hacia adentro. Entonces suavemente se va retirando el dedo de modo que el niño haga esfuerzos por mantenerlo en la boca, ya que le sale leche. Con su lengua envuelve el dedo, aún más allá que la encía inferior. Éste es el patrón que le sirve para mamar. Cuando lo aprende, se pasa al pecho.

- A veces una madre con un gran pezón o con pezones invertidos tiene un recién nacido con bajo peso, presentándose una desproporción boca-pezón que impide que el niño introduzca la aréola dentro de su boca y sólo comprime el pezón. Es importante identificar esta situación antes del alta, ya que ese RN no va a poder extraer la leche que necesita y la madre va a presentar grietas. En este caso se debe enseñar a la madre a extraer su leche y darla por vasito o sonda al dedo. En general, se observa que en una o dos semanas el pezón cabe y el niño puede mamar directo al pecho. En el caso de pezones invertidos que no son capaces de salir, transitoriamente puede usarse un cubre pezón de silicona, lo más pequeño posible de manera de permitir a la madre sentir la sensación de la succión que activa las hormonas.
- Cuando el Recién nacido parece quedar con hambre y la madre se queja de que “no le ha bajado la leche”, hay que tranquilizarla explicando que lo que su hijo necesita es el calostro que es concentrado y en pequeñas cantidades.

- Para lograr los volúmenes crecientes que necesita el niño debe mamar frecuente y eficientemente, es decir, vaciando el calostro. También es necesario el contacto mantenido piel con piel que lo tranquiliza, ya que con frecuencia lo que se interpreta como hambre se mejora al estar con la madre.
- La congestión mamaria también es una condición que puede evitarse con mamadas frecuentes y efectivas. Ante los primeros signos de congestión, vaciar la aréola y poner al niño a mamar. Si la producción es aún más de lo que el recién nacido puede vaciar y la madre se siente molesta, se puede extraer leche hasta que se sienta cómoda, pero dejando leche en la mama para que el FIL regule la producción.
- Otra condición que puede ocurrir es que el niño deba ser hospitalizado por alguna razón. Cualquier recién nacido enfermo o prematuro necesita aún más el calostro y leche de su madre. El equipo de neonatología debe apoyar a la madre a que amamante y/o se extraiga leche frecuentemente (6 a 8 veces en 24 horas) para mantener una producción adecuada y alimentar al niño en los momentos en que ella no lo pueda hacer directamente.

2.2.6. LECHE MATERNA:

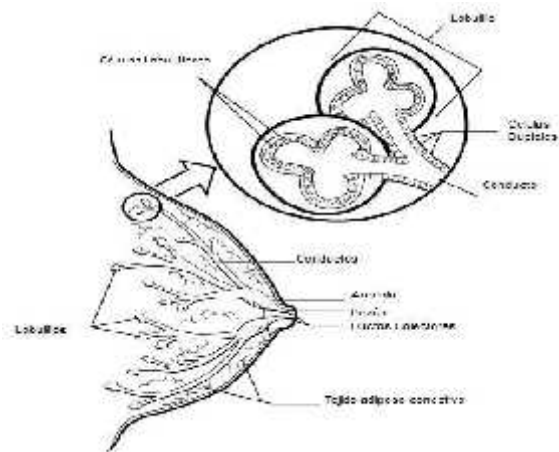
- **ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA:**

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el

tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La estructura del pecho materno incluye el pezón y la areola; el tejido mamario; el tejido conectivo de soporte y la grasa; los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.²⁷

- **EL TEJIDO MAMARIO:** Incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche al exterior.

Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una canasta de células musculares, que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos.³²



- **PEZÓN Y AREOLA:**

La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé, aunque el reconocimiento también es olfativo, el recién nacido reconoce a su madre por el olor. Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos de Montgomery. El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En pezón

³² **Organización Mundial de la Salud.** La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010; Washington. Fecha de consulta: 10 de enero de 2016. En línea: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/

tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior.³³

➤ **Según Schwartz (2005):**

✓ **ANATOMÍA DE LA MAMA**³⁴

La glándula mamaria está compuesta por:

- ✓ **Alvéolos:** formados por conjuntos de células secretoras, que estimuladas por la prolactina vuelcan la leche a la luz del alvéolo. Grupos de 10 a 100 alvéolos, en torno a un conducto, constituyen lobulillos. Estos están rodeados de células musculares, que se contraen por estímulo de la oxitocina y facilitan la eyección láctea. La agrupación de 20 a 25 lobulillos constituyen los lóbulos mamarios.
- ✓ **Conductos galactóforos:** parten de cada lobulillo llevando la leche producida y se van uniendo para formar de 15 a 25 senos lactíferos, que desembocan en el pezón. Los senos son conductos dilatados que sirven como depósitos de leche.
- ✓ El niño debe comprimir los senos lactíferos para extraer leche.
- ✓ **Aréola:** es una zona circular de piel más oscura alrededor del pezón que cubre los senos lactíferos. Se encuentran en ella las glándulas sebáceas de Montgomery que segregan una sustancia lubricante que protege la piel de la aréola y del pezón. El bebé debe tomar con su boca la mayor

³³ **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.** Lactancia Materna. Una guía para profesionales. 2004; Barcelona. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2013. En Línea: http://www.ministeriodosalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_la_lactancia_materna_AEP.pdf.

³⁴ **Schwartz, Ricardo Leopoldo.** Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 253-257

superficie posible de aréola, y ésta se estirará dentro de su boca formando el pezón.

- ✓ Pezón: estructura saliente de la mama, altamente inervada, compuesta por fibras musculares que hacen que se vuelva protráctil (saliente) al ser estimulado y donde desembocan los senos lactíferos.

➤ **FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA**

La lactancia se activa a través de mecanismos fisiológicos y psicológicos que se inician antes del acto de amamantar. Estos son precursores y predisponentes de otros que se disparan durante y después del amamantamiento. Estos son precursores y predisponentes de otros que se disparan durante y después del amamantamiento. Estos complejos mecanismos se producen tanto en la madre como en el niño, por lo que el amamantamiento madre-niño constituye una unidad funcional, y lo que le sucede a uno influye y actúa en el otro y viceversa.

Conocer la fisiología de la lactancia y los signos clínicos a través de la observación y evaluación de la mamada permite facilitar y cooperar en esta práctica saludable.

A las pocas semanas del embarazo las glándulas mamarias se agrandan y hacen más firmes. Las glándulas de la aréola aumentan de tamaño y la piel se oscurece y los pezones crecen. El tejido glandular de las mamas produce calostro, que es la primera secreción, amarillenta, con alto contenido proteico y con inmunoglobulinas.

La prolactina aumenta en forma importante en el tercer trimestre del embarazo, pero su acción lactogénica está inhibida por los estrógenos y especialmente por la progesterona, que impiden que se produzcan cantidades mayores de leche.

Con la expulsión de la placenta disminuyen abruptamente los niveles de progesterona y estrógenos, permitiendo la acción de la prolactina, lo que sumado al estímulo de la succión del niño hará que los pechos comiencen a aumentar la producción de leche, por lo general, de 30 a 40 horas después del parto.

➤ **GALACTOPOYESIS**

Es el mantenimiento de la producción de leche por interacción de la prolactina y la oxitocina.

La succión del bebé envía un estímulo sensorial a la hipófisis anterior, que como respuesta libera prolactina al torrente sanguíneo, que actúa a nivel de los alvéolos haciéndolos producir la leche. Es necesario que los niveles de prolactina se mantengan altos para que los alvéolos produzcan leche, por lo que la madre debe amamantar al niño no menos de 8 veces en 24 horas durante los primeros meses. Para mantener los niveles necesarios de prolactina es necesario:

- ✓ Colocar el niño bien al pecho y no ofrecer biberones o chupetes que lo confunden, dado que la succión es distinta.
- ✓ Alimentar al bebé a demanda, o sea cuando el bebé lo requiere.
- ✓ El bebé se alimenta sin horario (no se limita la mamada).
- ✓ Por la noche es cuando mayor respuesta tiene la prolactina a la succión.
- ✓ Si la succión no es eficaz, o sea que el bebé no está bien colocado al pecho, habrá dificultades con la lactancia.

La prolactina habitualmente genera en la madre una sensación de somnolencia y relajación y cuando se mantiene en valores elevados suprime la ovulación. Los impulsos sensoriales que llegan a la pituitaria desde el pezón hacen que se segregue esta hormona al torrente sanguíneo, que actúa a nivel de las células musculares que rodean los alvéolos, haciéndolos contraerse y expulsando la leche a los conductos y de allí a los senos lactíferos, de donde la extraerá el

niño a través de la succión. Este proceso se llama reflejo de eyección de la leche o “bajada de leche”. La oxitocina actúa especialmente antes o durante la mamada y hace que la leche fluya. A comienzo del puerperio es posible que la madre, cuando expulsa la leche, sienta contracciones en el útero o sed y también es posible que salga leche del otro pecho.

La secreción de oxitocina puede verse inhibida temporalmente por:

- ✓ Dolor intenso (como en casos de pezón agrietado).
- ✓ Por tensión, angustia, preocupación o cansancio materno (es una hormona muy sensible a los sentimientos).
- ✓ La nicotina y el alcohol.

2.2.7. LACTOGÉNESIS:

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

- **Etapa I:** Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).

La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios.

- **Etapa II:** Iniciación de lactancia propiamente, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.
Conlleva un incremento en el flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa. El inicio de la etapa II tiene lugar a 2-3 días después del parto, cuando la secreción de leche se hace abundante.
- **Etapa III:** Mantención de la producción de la leche o galactopoyesis.
Se presentan las modificaciones más importantes en la composición de la leche, donde se establece la leche madura, lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama.³³

2.2.8. COMPOSICIÓN Y VALOR NUTRICIONAL DE LA LECHE HUMANA:

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos. Tan sólo por su valor nutricional, la leche es suficiente para suplir las necesidades fundamentales del recién nacido. Sin embargo, la leche no sólo debe ser considerada como la fuente principal de alimento,

también es proveedora de elementos reguladores o facilitadores en el proceso de maduración o adaptación a la vida extrauterina.

Se distinguen: El precalostro, el calostro, la leche de transición y la leche madura.³⁵

- **COMPOSICIÓN DEL PRECALOSTRO:**

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa.³⁶

- **COMPOSICIÓN DEL CALOSTRO:**

Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta que lo hace espeso. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer

³⁵ **Calixto R, González MA, Bouchan P.** Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. *Perinatol Reprod Hum.* 2011; 25 (2): 109-114.

³⁶ **García R.** Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex.* 2011; 32(4):223-230.

día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.³⁷

Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48mg/ 100ml, al día. Y su pH de 7.45 favorece el vaciamiento gástrico. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.

- **COMPOSICIÓN DE LA LECHE DE TRANSICIÓN:**

Su producción se inicia después del calostro y dura entre 5 y 10 días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuye las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a

³⁷ **Organización Mundial de la Salud.** La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010; Washington. Fecha de consulta: 10 de enero de 2016. En línea: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/

la presencia de caseinato de calcio. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.³⁸

- **COMPOSICIÓN DE LA LECHE MADURA:**

El volumen promedio de leche madura producida es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. El valor calórico de la leche madura es aproximadamente 700 kcal/l con variaciones individuales. Proteínas 5 % - 10 % del total calórico, carbohidratos 35 % - 40 %, lípidos 50 % - 55 %.²¹

- Agua: Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios.³⁹
- Osmolaridad: La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles.³⁹
- Hidratos de Carbono: Aportan energía al sistema nervioso central. El principal azúcar es la lactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción

³⁸ **Sabillón F, Abdu B.** Composición de la Leche Materna. Honduras Pediátrica.

³⁹ **United Nations Children's Fund.** Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. 1995; Chile Fecha de consulta: 13 de enero de 2016. En Línea:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>

del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que, al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.^{38, 39}

- Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche.³⁹
El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanóico con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.
- Proteínas: La proteína de la leche humana está compuesta de 30 % de caseína y 70 % de proteínas del suero. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La lactoferrina contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugarse los ácidos biliares y como posible neurotransmisor del cerebro y la retina.³⁹
- Minerales: La leche materna contiene minerales necesarios para el bebé como calcio, hierro, magnesio, cobre, zinc, fósforo y flúor.³⁹

2.2.9. HORMONAS QUE PARTICIPAN EN LA LACTANCIA MATERNA:

Existen dos hormonas que afectan al pecho materno de manera directa: la prolactina y la oxitocina.

Otras hormonas, como los estrógenos, están involucradas de manera indirecta en la lactancia. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina.³⁶

○ **PROLACTINA:**

La prolactina es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares. La prolactina se eleva durante el embarazo y estimula el crecimiento del tejido mamario. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, por lo tanto, la prolactina deja de ser bloqueada y se inicia la producción de leche. Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de prolactina, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos.

Los niveles de prolactina tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la mamada.³⁶

○ **OXITOCINA:**

La oxitocina provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. El reflejo de oxitocina es llamado también reflejo de salida o reflejo de eyección de la leche. La oxitocina inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está

condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como el tocar, oler o ver, o escuchar el llanto de su bebe.³⁶

2.2.10. TÉCNICAS DE AMANTAMIENTO:

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: El reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución:

REFLEJO	CARACTERÍSTICA
REFLEJO DE BÚSQUEDA	Se presenta cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, y él bebe gira para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación.
REFLEJO DE SUCCIÓN	Se presenta cuando algo toca el paladar del lactante, y él bebe comienza a succionarlo.
REFLEJO DE DEGLUCIÓN	Se presenta cuando la boca del lactante se llena de leche, y este deglute.

Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde, aproximadamente, la semana 31. La coordinación

de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35. A esta edad, los lactantes sólo pueden succionar durante cortos períodos de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna mediante un vaso o taza. La mayoría de los lactantes son capaces de lactar completamente a la edad gestacional de 36 semanas.³⁶

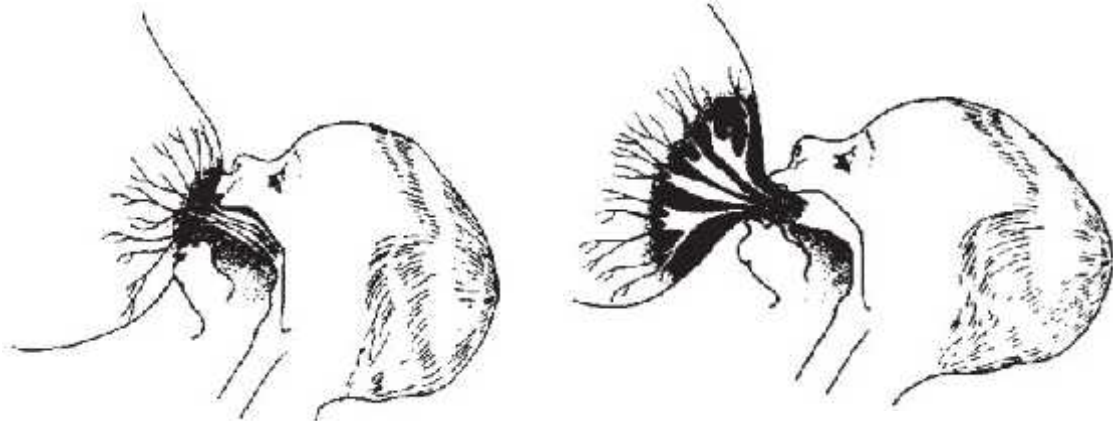
- **AGARRE AL PECHO MATERNO:**

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé.

BUEN AGARRE	MAL AGARRE
<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El pezón y la areola se estira ○ n hasta alcanzar la orofaringe del bebé. ○ Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del bebé. ○ La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho y de esta manera extraer la leche. Esto se llama succión. ○ Cuando un bebé agarra el pecho dentro de su boca de esta manera, el bebé está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente. 	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El pezón y la areola no se estiran hasta la parte posterior de la orofaringe. ○ Los conductos de leche no están dentro de la boca del bebé. ○ La lengua del bebé está detrás y dentro succionando solo el pezón, que puede ser doloroso para la madre.³⁶

BUEN AGARRE

MAL AGARRE



- **SIGNOS DE BUEN Y MAL AGARRE AL PECHO MATERNO:**

Existen algunos signos para identificar si el bebé está agarrando el pecho adecuadamente como:

- Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
- La boca del lactante está muy abierta.
- El labio inferior del lactante está evertido.
- El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.⁴⁰

- **LA ACCIÓN DE SUCCIÓN:**

Si el lactante tiene buen agarre al pecho materno, entonces podrá succionar de manera efectiva. Los signos de succión efectiva indican

⁴⁰ **Manual de Lactancia Materna.** De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. Pág.181-183

que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El bebé deglute cuando la parte posterior de la boca se llena de leche.⁴¹

- **SIGNOS DE UNA SUCCIÓN EFECTIVA:**

Algunos de los signos para identificar si la succión del bebe es efectiva son:

- El bebé succiona lenta y profundamente, algunas veces con pausas cortas.
- Se puede ver y escuchar la deglución.
- Las mejillas están llenas, no hundidas durante la succión.
- El bebé termina de mamar y suelta el pecho por sí mismo y se ve contento.
- Estos signos le dicen que el bebé esta “tomando” la leche y esta es una succión efectiva.⁴¹

- **SEÑALES DE UNA SUCCIÓN NO EFECTIVA:**

Algunos signos para identificar si la succión del bebe no es efectiva son:

- Si él bebe tiene solo succiones rápidas y hace sonidos de chupeteo o chasqueo.
- Mejillas hundidas.
- El bebé está inquieto en el pecho, se queja, y agarra y suelta el pecho una y otra vez.

⁴¹ **Asociación Española de Pediatría.** Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2012; España. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf

- El bebé no se satisface al final de la mamada.⁴²

2.2.11. POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO:

Cada binomio madre hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas. Cuando la producción de leche se ajusta a las demandas del niño o la niña, las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que se hace en forma más eficiente. El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Una correcta técnica de amamantamiento contribuye al éxito de la lactancia materna.⁴¹ Hasta que la lactancia este bien establecida, se sugieren mamadas frecuentes alternando el seno con el cual se comienza y empleando ambos pechos cada vez, aunque el recién nacido no siempre toma de ambos en la misma mamada.³⁶

- **CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO:**

Posición significa cómo la madre sostiene a su bebé para que agarre bien el pecho. La madre puede amamantar en varias posiciones. Como regla general, hay que amamantar con comodidad y siempre mantener el cuerpo de ambos enfrentados, panza con panza. Es importante variar las posiciones durante el día para el mejor vaciamiento de las mamas y la prevención de la tensión láctea o grietas del pezón.⁴⁰

⁴² **Sociedad Española de Ginecología y obstetricia.** Lactancia natural. S.E.G.O. 2000.
Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. Disponibilidad:
http://www.aeped.es/sites/default/files/11-sego_doc_de_consenso.pdf

a. CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE:

La correcta posición de la madre durante el amamantamiento es de gran importancia para el éxito de la Lactancia Materna, y esta consiste en:

- Sentarse cómoda con la espalda apoyada y con los pies sobre un apoyo, para facilitar el amamantamiento.
- Si el bebé es demasiado pequeño utilizar una almohada o almohadón para acomodarlo a la altura del pecho.
- Sostener al bebe sobre su brazo, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de su codo.
- Sostener la mama con la mano formando una “C”, con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba.
- Fomentar el reflejo de búsqueda del pezón: con el pezón tocar el labio inferior del bebe varias veces hasta que abra ampliamente la boca, en ese momento, y con un movimiento rápido, llevar al bebe hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y la mayor parte de la areola dentro de su boca.
- Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc.).²⁹

b. CORRECTA POSICIÓN DEL BEBÉ:

Para amamantar con comodidad, es necesario colocar al bebé en una posición correcta, además dicha posición ayudara a que él bebe tenga una succión efectiva. La posición correcta consiste en:

- El cuerpo del bebe debe de estar alineado, oído, hombro y cadera, para que el cuello del bebé no esté torcido ni extendido hacia atrás o flexionado hacia adelante.
- El cuerpo del bebe debe de estar pegado al cuerpo de la madre, así el bebé es llevado al pecho y no el pecho hacia el bebé.
- Apoyar tanto la cabeza, los hombros, y si es recién nacido, todo el cuerpo; frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón, y la barbilla debe tocar el pecho. ²⁶

c. TIPOS DE POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO:

- **POSICIÓN SENTADA:**

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en un banco. Se debe colocar al bebé con el tronco enfrente y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre



acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola. Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione resultándole más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad. ⁴¹

- **POSICIÓN INVERTIDA O BALÓN DE RUGBY:**

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros.⁴³



- **POSICIÓN ACOSTADA:**

En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada sobre una almohada con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrente y pegado al cuerpo de la madre. La



madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con

⁴³ **Alba.** Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. 2013. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: www.albalactanciamaterna.org

suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas, nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.⁴¹

- **POSICIÓN DE CABALLITO:**

En esta posición, el bebé está sentado sobre una de las piernas de la madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o



fisura palatina, mandíbula o problemas de hipotonía. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.⁴¹

- **POSICIÓN CRUZADA:**

En esta posición ambos bebés están estirados frente a la madre, mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que los cuerpos de ambos se cruzan. Esta posición se utiliza para gemelos especialmente si son pequeños.⁴⁴



- **POSICIÓN MIXTA:**

Se trata de una posición también muy frecuente con bebés múltiples, en la que uno mama estirado frente a la madre y el otro en posición “de rugby”



⁴⁴ **Gobierno de la Rioja**, Consejería de Salud, Servicio de Promoción de la Salud. La lactancia materna. Información para amamantar. 2007. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: <http://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/gualactanciarioja.pdf>.

2.2.12. COMO FAVORECER EL ESTABLECIMIENTO DE UNA LACTANCIA EXITOSA.

Si bien la lactancia es la forma natural de alimentar al RN y lactante, en el mundo moderno existen numerosos factores que interfieren con esta práctica. Entre éstos: la propaganda de las productoras de fórmulas infantiles que hacen parecer estos productos como semejantes a la leche materna; la falta de confianza de las madres en su capacidad de producir leche, reforzada por la generación anterior que practicó la lactancia artificial; conceptos errados sobre la imposibilidad de trabajar y amamantar; y la falta de conocimientos del equipo de salud que mantienen recomendaciones y prácticas que interfieren con el establecimiento de la lactancia.

Los principales factores que favorecen el inicio de la lactancia están resumidos en “Los 10 pasos para la lactancia exitosa” de la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre (IHANM) de UNICEF/OMS. Los “Diez Pasos” de la IHANM se definieron para los recién nacido a término sanos. En caso de recién nacido pretérmino o enfermos se deben priorizar otros aspectos en su atención. A continuación, se discuten cada uno de estos pasos.

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud. Las prácticas que apoyan la lactancia no pueden depender de la motivación de algunas personas que pueden cambiar de lugar de trabajo. Para que permanezcan en el tiempo deben ser normas con acuerdo del equipo de salud que atiende a madre y niños.
2. Capacitar al personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. En los últimos años el conocimiento científico de los beneficios, la fisiología y el manejo clínico de la lactancia aumentan día a día, sin embargo, no ha habido una incorporación

significativa de estos temas en el currículo de las escuelas de la salud. Es por esto que cuando una institución quiere incorporarse a la IHANM debe capacitar a su personal en estas prácticas.

3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerla en práctica. Las mujeres toman la decisión de cuánto tiempo amamantar antes del parto, por lo que deben recibir educación sobre los beneficios de la lactancia y su práctica durante el embarazo. Como la lactancia es instintiva y aprendida, y el posparto es un período emocionalmente difícil como para recibir información nueva, el ideal es que a la madre sólo se le deban recordar en la maternidad conceptos sobre posición del niño al mamar, frecuencia de mamadas, etc., que ya hayan sido entregados durante la educación prenatal.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto. Una vez ocurrido el parto, si el RN es de término y sano se debe secar y colocar sobre el tórax de su madre, cubriendo a ambos con un paño seco, para favorecer el apego precoz y el contacto piel con piel, observándolo, pero postergando los procedimientos habituales de atención inmediata. Si el niño se ha secado bien y está en contacto piel con piel con la madre, ella lo calienta y el RN regula su temperatura con mayor eficiencia que en una cuna calefaccionada. Si bien algunos niños logran succionar el pecho en los primeros minutos, en general se requiere de un período de adaptación y reconocimiento que dura aproximadamente cuarenta y cinco minutos. Si la madre no ha recibido sedantes durante el trabajo de parto y el niño no se ha separado de ella, el RN normal de término puede utilizar sus destrezas neurosensoriales y motoras que le van a permitir reptar instintivamente y alcanzar el pecho de su madre dentro de la primera hora de vida.

5. Durante las primeras dos horas de vida el niño se encuentra en estado de alerta tranquilo lo que le permitirá mirar con atención a su alrededor y fijar la vista en la cara de su madre y de su padre desarrollándose un intercambio afectivo emocional. Esta experiencia favorece el apego de padres e hijo, así como el éxito de la lactancia. El permitir que el niño mame dentro de la primera hora de vida en la sala de partos o de recuperación, hace que se desencadene en la madre el reflejo de oxitocina, que favorece la retracción uterina previniendo metrorragias y favoreciendo el apego. El contacto piel a piel y el calostro evitan en el niño el estrés, lo inmunizan, lo hace mantener la temperatura corporal y el nivel de glicemia.

6. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos. Si el niño se amamanta espontáneamente dentro de la primera hora después del parto, en general no va a tener ninguna dificultad para acoplarse al pezón y aréola en la posición correcta y sin producir dolor. Si estuvieron separados durante ese período o recibió mamadera o chupete es probable que presente dificultad para hacerlo y se debe ofrecer ayuda en las primeras mamadas. Toda madre debe ser observada al amamantar durante su estadía en la maternidad y ayudada si presenta dificultad o dolor.

Las madres deben irse de alta de la maternidad habiendo practicado la técnica de extracción manual de leche. Ésta les será de utilidad en caso de congestión mamaria o si necesitan separarse en algún momento de sus hijos. Siempre que se hospitaliza a un Recién nacido, si la madre no puede permanecer siempre con él para amamantarlo, debe saber sacarse leche para alimentarlo y mantener la lactancia.

7. No dar a los Recién nacido más que leche materna, ningún otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado. El calostro es el alimento apropiado para el Recién nacido. La decisión de usar fórmulas lácteas debe ser justificada, por ejemplo, situaciones como en el hijo de una madre VIH positiva, madre que reciba medicamentos que contraindiquen la lactancia o con una enfermedad grave que le impida atender a su niño. La galactosemia, la enfermedad de la orina en jarabe de arce y la fenilquetonuria serían otras indicaciones de otro tipo de alimentación, pero éstas no son de diagnóstico posnatal inmediato. Frente a un Recién nacido GEG o PEG con riesgo de hipoglicemia debe asegurarse un inicio precoz y mamadas frecuentes, monitoreando los niveles de glucosa de manera de suplementar sólo en caso necesario.

8. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas y fomentar la lactancia a libre demanda. Para el establecimiento de la lactancia se necesita un contacto permanente de la madre y el niño que permita mamar cuando lo necesite. El estímulo de la succión del niño sobre el pezón hace secretar a la madre prolactina para que produzca el calostro o la leche que el niño necesita, y oxitocina para eyectarla. Durante los primeros días de vida el Recién nacido necesita mamar entre 10 y 12 veces en 24 horas, por su pequeña capacidad gástrica. Esta succión frecuente reduce la pérdida de peso, favorece la eliminación de meconio y reduce la incidencia de hiperbilirrubinemia. La lactancia a libre demanda no es posible si madre y niño están separados. Hay que indicar a la madre que si el niño duerme más de 3 horas ella lo despierte y lo amamante para mantener un número adecuado de mamadas.

9. No dar chupetes a los niños amamantados. La experiencia oral con chupetes es diferente a la succión del pecho. Algunos Recién nacido tienen dificultad para mamar después de usar chupetes. Además el uso

de chupete reduce la frecuencia de mamadas, lo que en el período de establecimiento de la lactancia interfiere con ésta. Se encontró también una asociación entre el uso temprano de mamaderas y micosis mamaria y oral del niño, y eso coincidía con mayor fracaso de la lactancia.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital. Es bueno para las madres poder compartir con otras mujeres que tienen experiencias positivas de la lactancia, por lo que conectarlas con grupos de apoyo lo recibe la madre de parte del personal de salud debidamente capacitado. Toda madre debe salir de la maternidad con una citación para ser atendida con su hijo dentro de la primera semana posparto y debe saber dónde consultar antes en caso necesario. La mayoría de los problemas de lactancia se presentan en este período y deben solucionarse de inmediato para evitar complicaciones y fracaso de la lactancia.

2.2.1.3. La importancia del lactario Durante el amamantamiento

En un lactario la madre puede dar de lactar, extraer la leche y recibir información. Los lactarios son ambientes donde las madres pueden extraer la leche materna y conservarla adecuadamente para la alimentación del bebé. De acuerdo al Ministerio de Salud, el uso del lactario es importante porque permite ejercer el derecho y responsabilidad de la lactancia materna dentro del ámbito laboral, en condiciones de calidad y calidez para los usuarios.

“En el Perú, existen estadísticas que las mujeres con educación superior que residen en el área urbana dan menos de lactar a sus bebés y obviamente es la mujer que trabaja. Esto ha motivado la instalación de lactarios, con la finalidad de que los niños de estas madres trabajadoras puedan tener las mismas condiciones de aquellos que están con su mamá la mayor cantidad de tiempo”, sostuvo el doctor Roger Torres, director ejecutivo de promoción de vida sana del Ministerio de Salud. La ley de implementación de lactarios en el Perú señala que todas las instituciones que cuenten con un mínimo de 20 mujeres en edad fértil, deberán implementar lactarios, como espacios exclusivos para la extracción y conservación de la leche materna durante el horario de trabajo.

1. Características de los lactarios:

- Área no menor de 10 metros cuadrados.
- Ambiente privado y cómodo que permita a las madres extraer su leche sentadas.
- Contar con refrigeradora para almacenar la leche extraída, asegurando su adecuada conservación durante el horario de trabajo.
- Ubicación accesible en primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.
- Lavabo dentro del área o cerca del mismo para facilitar el lavado de manos.

“En el caso de aquellas madres que no pueden llevar al bebé hasta el centro laboral el lactario también debe tener frascos de boca ancha, de vidrio, para la leche que se extrae”, señaló Torres. Así mismo, el especialista mencionó que la leche materna en el frasco, se calienta en baño maría y recomendó dar de lactar al bebé cada hora y media a dos horas.

2. Extracción y conservación de la leche materna.

Es necesario que todas las mamás que amamantan aprendan a sacarse leche ya que será de mucha utilidad para superar problemas que pueden atentar contra el éxito de una buena lactancia. Son varias las situaciones en las que se pueden recurrir a la extracción, como, por ejemplo:

- ✓ Para alimentar al recién nacido prematuro o de bajo peso que está incapacitado aún para tomar directamente del pecho y al que podemos beneficiar con las propiedades de la leche materna que lo ayudarán a recuperarse y ganar peso.
- ✓ Para alimentar al bebé cuando la madre reingresa a su trabajo.
- ✓ Cuando debe separarse temporariamente del bebé por motivo de viaje, una enfermedad, una intervención que le exige internación o simplemente para ausentarse unas horas por una fiesta especial.
- ✓ Cuando necesita aumentar su producción o volumen de leche.
- ✓ Para aliviar la congestión de los pechos cuando se cargan demasiado de leche (como suele ocurrir en la primera bajada de leche).
- ✓ Para evitar taponamientos de los conductos.
- ✓ Para tener éxito en lo que buscamos a través de la extracción es importante comenzar con expectativas realistas. Por ejemplo, saber que la habilidad para extraer leche se aprende, con el tiempo y con la práctica uno va perfeccionando la técnica. También la cantidad de leche que se extraiga variará dependiendo de muchos factores como el momento del día, la habilidad para extraerse, cuán cómoda está en el ambiente donde se extrae la leche, cuán tranquila, etc. Existen distintas técnicas de extracción y cada madre encontrará la más adecuada para ella y su situación.

➤ **Técnicas de extracción de leche**

- Extracción manual.
- Extracción con saca leche manual
- Extracción con saca leche eléctrico

➤ **Extracción manual**

- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón.
- ✓ Masajear suavemente el pecho en forma circular ya que esto estimulará la bajada (se puede aplicar un paño de agua tibia unos minutos antes para que fluya la leche).
- ✓ Inclinar hacia adelante, tomar el pecho con la mano colocando el dedo pulgar por encima de la areola y el índice por debajo formando una letra C.
- ✓ Empujar los dedos un poco hacia atrás (hacia la pared del pecho) y presionar tratando de que el índice y pulgar se junten, sin llegar a la punta del pezón. Repetir rítmicamente.
- ✓ Hacer rotar la posición de los dedos para desocupar todos los depósitos. La leche gotea al principio y luego se esparce.
- ✓ Cuando la leche deje de salir repetir los pasos con el otro pecho.

➤ **Extracción con saca leche manual**

Este sistema permite extraerse leche de un pecho por vez y funciona ejerciendo presión sobre el mismo, a través de una palanca o manija que la mamá maneja para regular la eyección. Es un sistema económico y sencillo de utilizar.

➤ **Extracción con saca leche eléctrico**

Los sacaleches eléctricos tienen motor. Existen los de tipo simple o doble. En el caso de los saca leche dobles, la extracción puede realizarse simultáneamente en los dos pechos, reduciendo el tiempo que se le

destina a esta tarea. Son ideales para quienes necesitan realizar extracciones muy frecuentes. También pueden ser utilizados para extraerse leche con un solo pecho. La saca leche eléctrico simple presenta características similares al doble, aunque sólo puede utilizarse para un seno por vez. Es recomendable para aquellas mujeres que no necesitan realizarse extracciones frecuentemente.

➤ **Para tener en cuenta**

El momento ideal para extraerse leche puede ser luego de amamantar. Por ejemplo, si la mamá le da de un solo pecho al bebé, puede hacer la extracción inmediatamente del pecho que no le dio. Si, en cambio, le da de los dos pechos, es conveniente esperar 20 minutos aproximadamente después de la última mamada para que la extracción resulte más fácil. Las extracciones se pueden juntar en un mismo recipiente independientemente de qué pecho provienen o del momento en el que fueron sacadas. Es decir que si hay un frasquito en la heladera –no en el freezer- con leche extraída anteriormente, se le puede sumar la extracción de ese momento.

➤ **Conservación de la leche materna**

➤ **¿Cómo almacenarla?**

La leche extraída se puede conservar de 4 a 8 horas fuera de la heladera a temperatura ambiente en un lugar fresco. Se recomienda conservarla en el refrigerador por un período no mayor a 48 horas. En el freezer puede permanecer entre 3 y 6 meses. Es conveniente fraccionarla en pequeñas cantidades (60 a 120 ml) y preferentemente en bolsas recolectoras de leche o recipientes esterilizados y con cierre hermético. No se recomienda utilizar los recipientes que se compran para análisis de orina, esterilizados para urocultivo, porque en general están esterilizados con una sustancia química: óxido de etileno. Se pueden utilizar envases de vidrio o plástico duro con tapa hermética (hervido y limpio), frascos (esterilizados al vapor) o bolsas,

diseñadas especialmente para el almacenamiento de leche materna, dejando 3 centímetros libres en el envase. No se recomiendan los frascos con tapas metálicas porque éstas no pueden ser esterilizadas al vapor o en agua hervida ya que se oxidan.

➤ **¿Cómo se descongela y se calienta la leche que sacamos del refrigerador?**

Para descongelar la leche materna es necesario pasarla del refrigerador a la heladera, o sacarla fuera de la heladera a un lugar fresco, para que vuelva a su estado original. Al sacarla del refrigerador, la leche materna suele separarse y no verse homogénea (similar a la leche cortada) pero, al agitarla un poco, se normaliza enseguida. Para calentarla, colocarla bajo el chorro de agua caliente de la canilla o sumergir el recipiente que contiene la leche en una fuente con agua tibia. No ponerla a baño María ni usar horno de microondas para descongelarla ya que pierde sus valiosas propiedades. Una vez descongelada, puede permanecer 24 horas en la heladera, pero no se puede volver a congelar.

3. VIII Encuentro Nacional de Lactarios Institucionales⁴⁵

El VIII Encuentro Nacional de Lactarios Institucionales, se realizó teniendo como objetivo promover la valoración del servicio de lactario como un espacio para que las mujeres puedan ejercer su derecho a la lactancia materna en el ámbito laboral, respondiendo de este modo con las políticas de conciliación entre la vida familiar y las responsabilidades laborales. El evento estuvo a cargo de la Comisión de Supervisión Multisectorial

⁴⁵ **COMISIÓN MULTISECTORIAL DE LACTARIOS. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.** Mg. Teresa Hernández Cajo, Directora General de la Familia y la Comunidad y Presidenta de la Comisión Multisectorial de Lactarios. Lima. 2016

encargada de velar por el cumplimiento de lo establecido mediante el D.S. N°009-2006-MIMDES, y se realizó el día lunes 24 de agosto en el auditorio de la Academia de la Magistratura, en el marco de las celebraciones por la Semana de la Lactancia Materna.

2.3. Definición de términos básicos

- a. **Alimentación complementaria oportuna:** al bebé se le dan otros alimentos, además de la leche materna, cuando es apropiado o sea después de los seis meses de edad.³⁸
- b. **Destete:** proceso que se inicia cuando el bebé comienza a ingerir otro alimento y/o leche, distinto de la leche materna, y se completa cuando ya no toma más leche materna, y se completa cuando ya no toma más leche materna (OMS/OPS-UNICEF, 1998).³⁸
- c. **Instrucción educativa:** Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación.³⁸
- d. **Lactancia materna:** Es la acción de dar leche humana al recién nacido, con el fin de brindarle beneficios de crecimiento y desarrollo.³⁸
- e. **Lactancia materna parcial:** Al bebe lo amamanta algunas veces y otras se las da alimentos artificiales, ya sea la leche o cereales u otro tipo de alimento.³⁸
- f. **Lactancia materna exclusiva:** al bebé no se le da ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna, incluyendo agua (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales). Se le puede dar leche materna extraída.³⁸
- g. **Lactancia materna predominante:** el bebé es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como té o jugos.³⁸

- h. **Lactancia materna completa:** el bebé es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho. ³⁸
- i. **Lactancia materna parcial:** al bebé se lo amamanta algunas veces y otras se le da alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos. ³⁸

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo, comparativo.

Es **descriptivo**, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Es **observacional**, porque se realizó el estudio mediante la encuesta de manera personalizada a las puérperas inmediatas y mediatas orientación sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva.

Es **transversal**, porque se evalúan las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.

Es **comparativo**, está orientada a destacar la forma diferencial en la cual un fenómeno se manifiesta un grupo o en contenido determinado, se realiza con dos o más grupos.

Es **prospectivo**, porque en esta parte de lo investigado indaga sobre los hechos ocurridos durante el estudio, puesto que se realizó encuesta y observación a todas las puérperas de manera personal bajo consentimiento informado en el área de hospitalización y consultorio del área de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho.⁴⁶

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto es descriptivo de corte transversal no experimental.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

La población está constituida por 350 puérperas que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho en el periodo de enero a marzo del 2016.

3.3.2. Muestra:

En vista que este trabajo tiene una población finita, se aplica la siguiente formula definida por Fisher (1996) para la formulación de la muestra:

=

N = Población.

Z = 1.96

= 0.05

P = 0.50

⁴⁶ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

$$Q = 0.50$$

= De la población total.

Donde;

= Muestra

Z = Nivel de confianza.

N = Tamaño de la población.

= Error de precisión.

P = A favor.

Q = En contra.

$$= \frac{1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50 \cdot 350}{0.05^2 \cdot (350-1) + 1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50}$$

$$= \frac{336.14}{1.8329}$$

$$= 183.39$$

- Grupo de estudio: 92 puérperas del periodo inmediato del Hospital Regional de Huacho, en el periodo enero-marzo 2016.
- Grupo control: 91 puérperas del periodo mediato del Hospital Regional de Huacho, en el periodo enero-marzo 2016.

3.4. VARIABLES.

3.4.1. VARIABLE X.

Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.

3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE X: Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas	X1: Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato de las puérperas atendidas	DATOS GENERALES	Edad: <ul style="list-style-type: none">• Adolescente >12 a <20 años• >19 a <35 años• >36 años Estado Civil: <ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada• Conviviente• Divorciada• Viuda Grado de estudio: <ul style="list-style-type: none">• Analfabeta• Primaria• Secundaria• Educ. técnica• Educ. Superior Ocupación: <ul style="list-style-type: none">• Su casa

	<p>X2: Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio mediato de las puérperas atendidas</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Empleada • Estudiante • Independiente <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Micro red Huaura • Micro red Sayán • Miro red Hualmay • Micro red Vegueta • Micro red Oyón <p>Número de Control Prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlada • No controlada <p>Quien le brindo la información de lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstetra • Enfermera • Medico • Amiga o madre <ol style="list-style-type: none"> 1. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe. 2. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apeg a él bebe a su cuerpo 3. Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin 4. Permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos.
--	---	--	--

			5. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial.
--	--	--	---

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

La recolección de los datos se realizará a través de la aplicación del cuestionario previamente validado por juicio de expertos, y por observación directa, valorando la conducta de las puérperas de lactancia materna exclusiva en el puerperio inmediato y mediano previa atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante los periodos enero-marzo del presente año.

Dicha información será validada para detallar la práctica de las puérperas, la técnica y los beneficios de la lactancia materna, así como su comportamiento durante el mismo.

- Previa coordinación con las autoridades del Hospital Regional de Huacho a fin de poder realizar la investigación. Nos ubicamos en el área de hospitalización del Hospital Regional de Huacho en el cual realizamos la orientación y la encuesta presentada para obtener resultados.

- La información se recolecta directamente de las puérperas del hospital regional de enero a marzo.
- Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual constara de las siguientes partes.
 - Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.

3.6. PROCEDIMIENTOS

Para conocer las características socio-demográficas de la población en estudio y la conducta de las puérperas de lactancia materna exclusiva; se diseñó un cuestionario de 12 ítems, donde se consigna datos completos de las gestantes: edad, estado civil, grado de instrucción, paridad, procedencia, y preguntas cerradas de la práctica de la técnica de la lactancia materna.

La recolección de datos se realizó de la misma puérpera.

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2010– SPSS 19, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje.

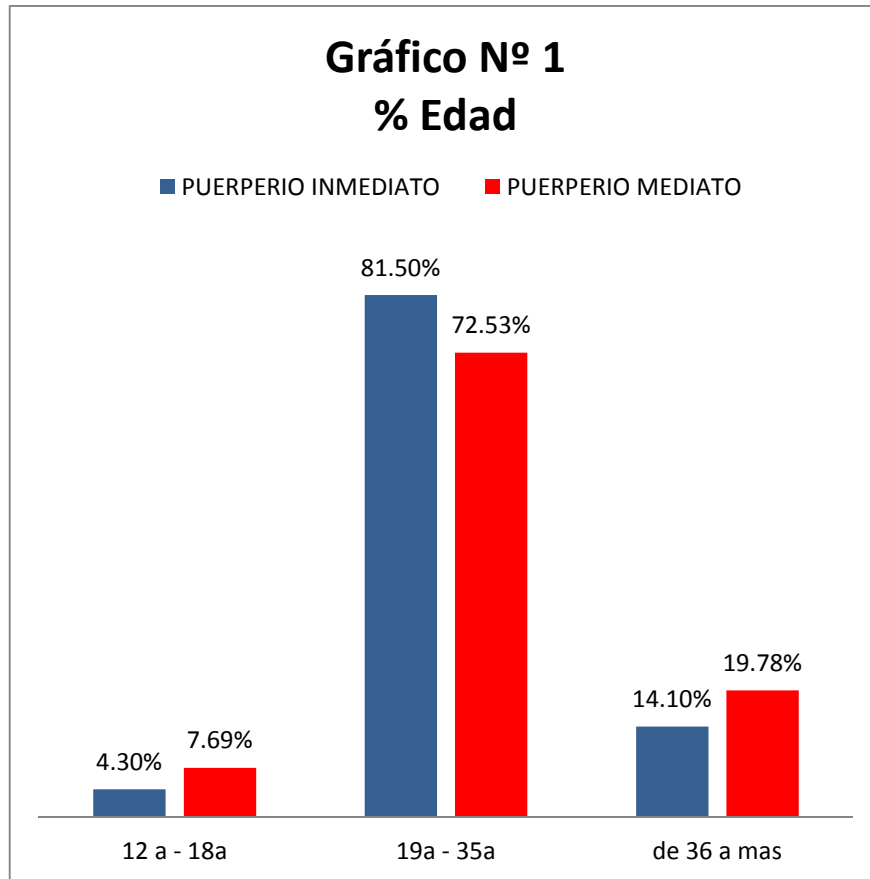
CAPÍTULO IV RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Datos Generales.

Tabla n° 1

	EDAD				TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
12 a -18ª	4	4,30%	7	7,69%	11
19a - 35ª	75	81,50%	66	72,53%	141
de 36 a mas	13	14,10%	18	19,78%	31
Total	92	100%	91	100,00%	183

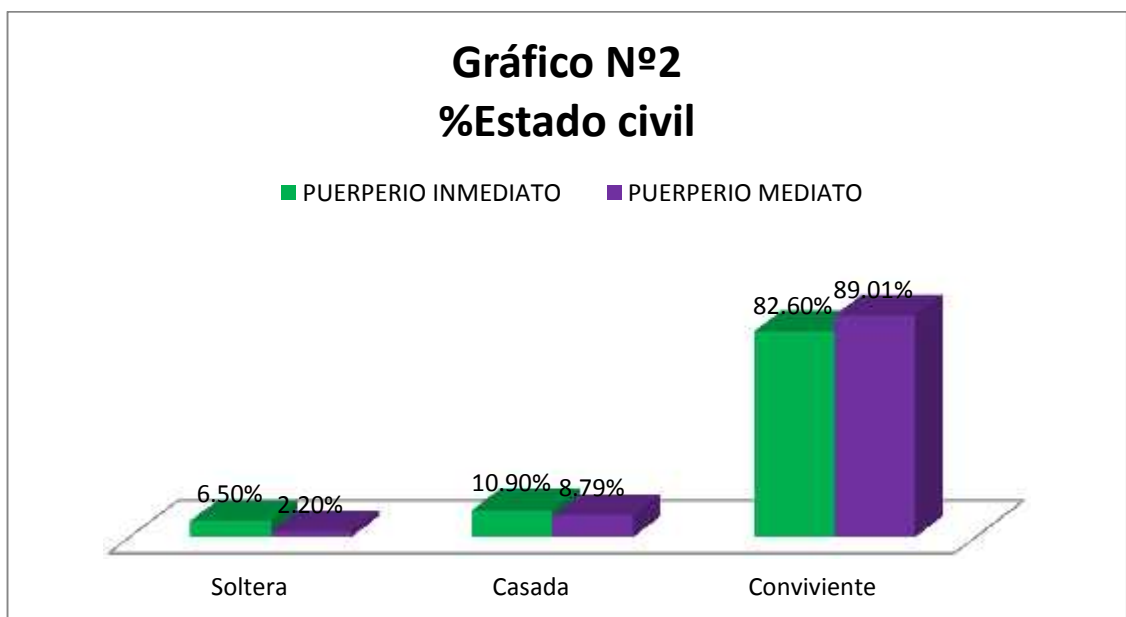


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según la edad en el puerperio inmediato de 12 – 18 años 4,3% (4) y puerperio mediato 7,69% (7); de 19 a 35 años en el puerperio inmediato 81,5% (75) y en el puerperio mediato representan el 72,53% (66); de 36 a más en el puerperio inmediato representan un 14,1% (13) y en el puerperio mediato representa 19,78% (18).

Tabla n° 2

Estado Civil					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Soltera	6	6,50%	2	2,20%	8
Casada	10	10,90%	8	8,79%	18
Conviviente	76	82,60%	81	89,01%	157
Total	92	100,00%	91	100,00%	183

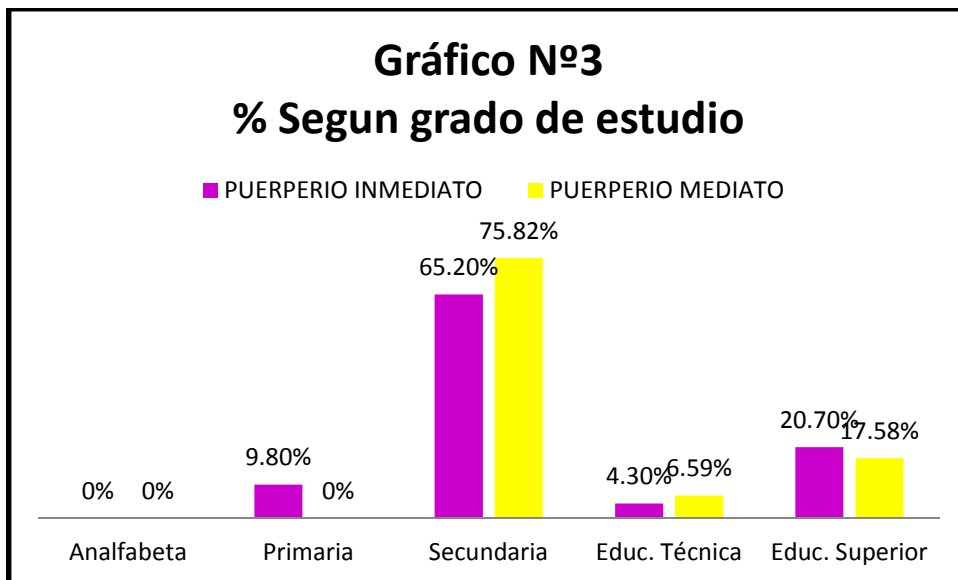


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según estado civil en el puerperio inmediato las solteras representan un 6,5% (6) y en el puerperio mediato 2,2% (2); casadas en el puerperio inmediato representan 10,9% (10) y en el puerperio mediato representan el 8,79% (8); convivientes en el puerperio inmediato representan un 82,6% (76) y en el puerperio mediato representa 89,01% (81).

Tabla n° 3

Grado de estudio					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Analfabeta	0	0%	0	0%	0
Primaria	9	9,80%	0	0%	9
Secundaria	60	65,20%	69	75,82%	129
Educa. Técnica	4	4,30%	6	6,59%	10
Educa. Superior	19	20,70%	16	17,58%	35
Total	92	100%	91	100%	183



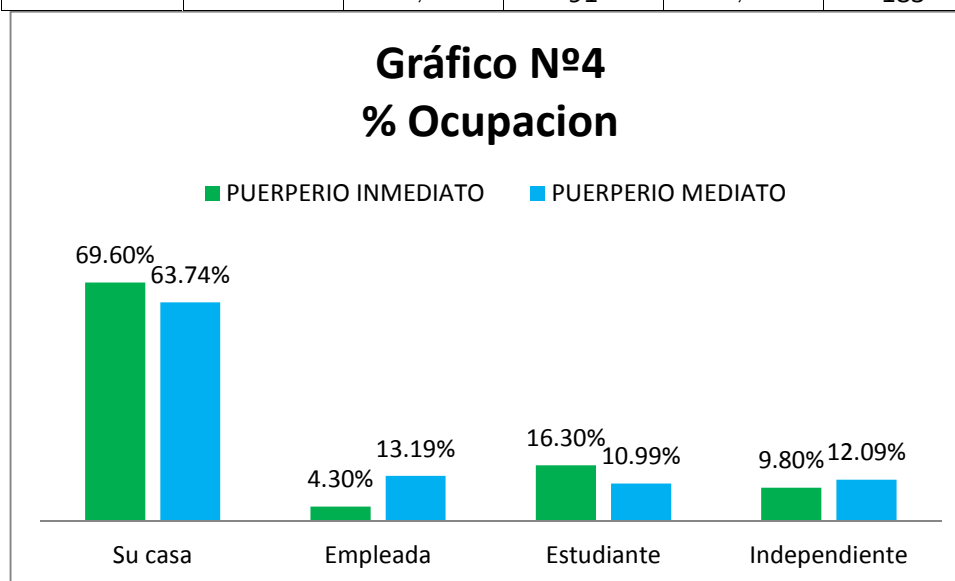
Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según grado de estudio en el puerperio inmediato las analfabetas representan un 0% (0); con educación primaria completa representan el 9,8% (9); con educación secundaria completa representa 65,2% (60); con educación

técnica completa representa 4,3% (4); con educación superior completa representa 20,7% (19). Por otra parte, en el puerperio mediato las analfabetas representan un 0% (0); con educación primaria completa representan el 0% (0); con educación secundaria completa representa 75,82% (69); con educación técnica completa representa 6,59% (6); con educación superior completa representa 17,58% (16).

Tabla n° 4

	Ocupación				TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Su casa	64	69,60%	58	63,74%	122
Empleada	4	4,30%	12	13,19%	16
Estudiante	15	16,30%	10	10,99%	25
Independiente	9	9,80%	11	12,09%	20
Total	92	100,00%	91	100,00%	183



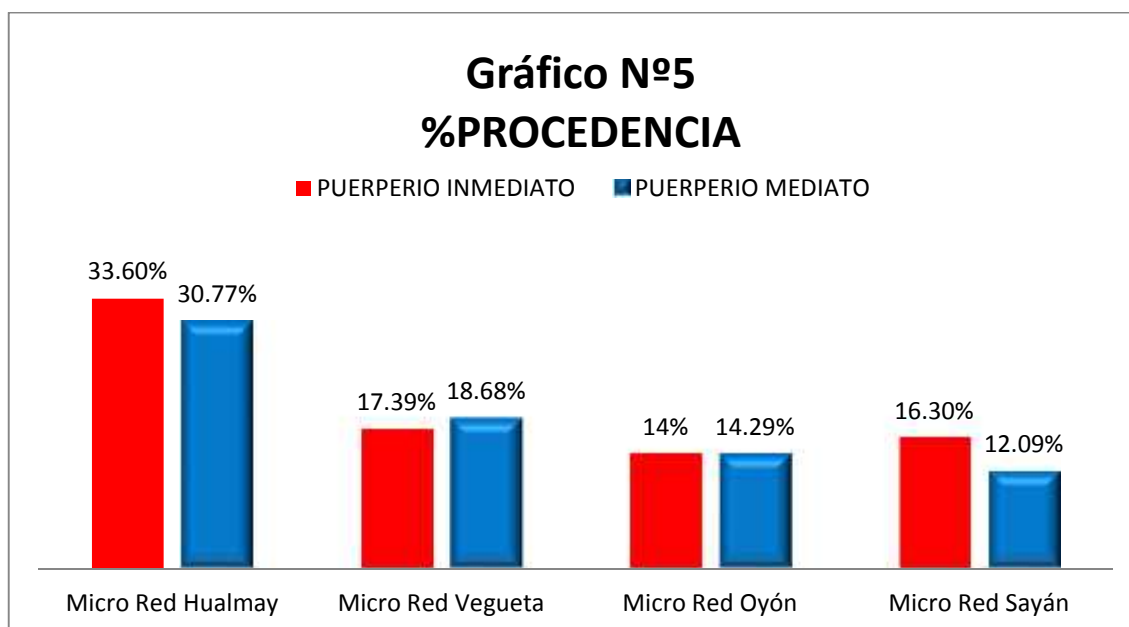
Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según ocupación en el puerperio inmediato las ama de casa

representan 69,6% (64); empleadas representan el 4,3% (4); estudiantes representa 16,3% (15); trabajadoras independientes representan 9,8% (9). A la vez se observa al grupo de estudio las ama de casa representan 63,74% (58); empleadas representan el 13,19% (12); estudiantes representa 10,99% (10); trabajadoras independientes representan 12,09% (11).

Tabla n° 5

Distribución por Micro redes				
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO	
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje
Micro Red Hualmay	31	33.60%	28	30.77%
Micro Red Vegueta	16	17.39%	17	18.68%
Micro Red Oyón	13	14%	13	14.29%
Micro Red Sayán	15	16.30%	11	12.09%
Micro Red Huaura	17	18.40%	22	24.18%
Total	92	100.00%	91	100.00%

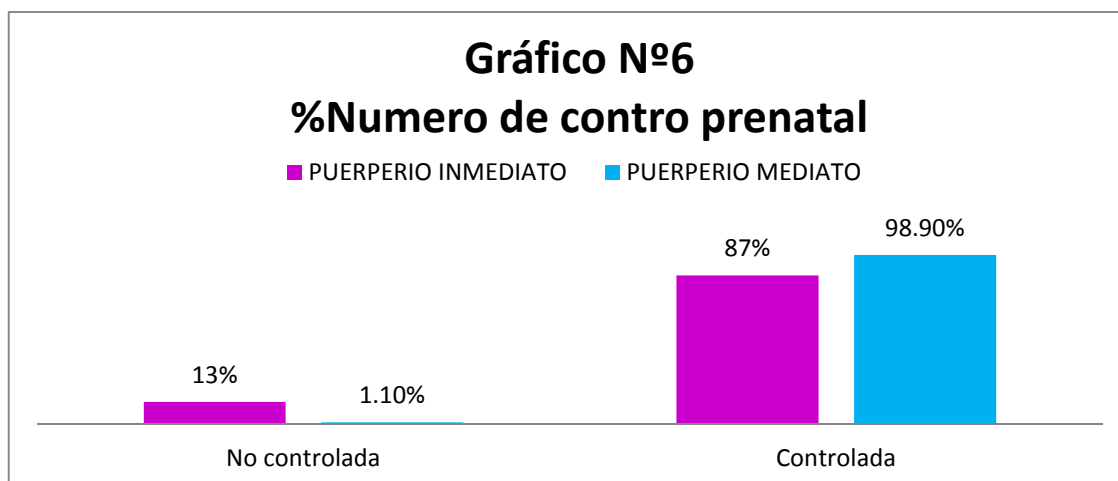


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según procedencia en el puerperio inmediato tenemos en la micro red Hualmay un 33.60%; micro red Vegueta 17,39%; micro red Oyón 14%; micro red Sayán 16.3%; micro red Huaura 18,4%. A la vez se observa al grupo de estudio su procedencia tenemos en la micro red Hualmay un 30.70%; micro red Vegueta 18,68%; micro red Oyón 14,29%; micro red Sayán 12.09%; micro red Huaura 24,18%.

Tabla n° 6

Numero de control prenatal					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
No controlada	12	13%	1	1,10%	13
Controlada	80	87%	90	98,90%	170
Total	92	100	91	100,00%	183

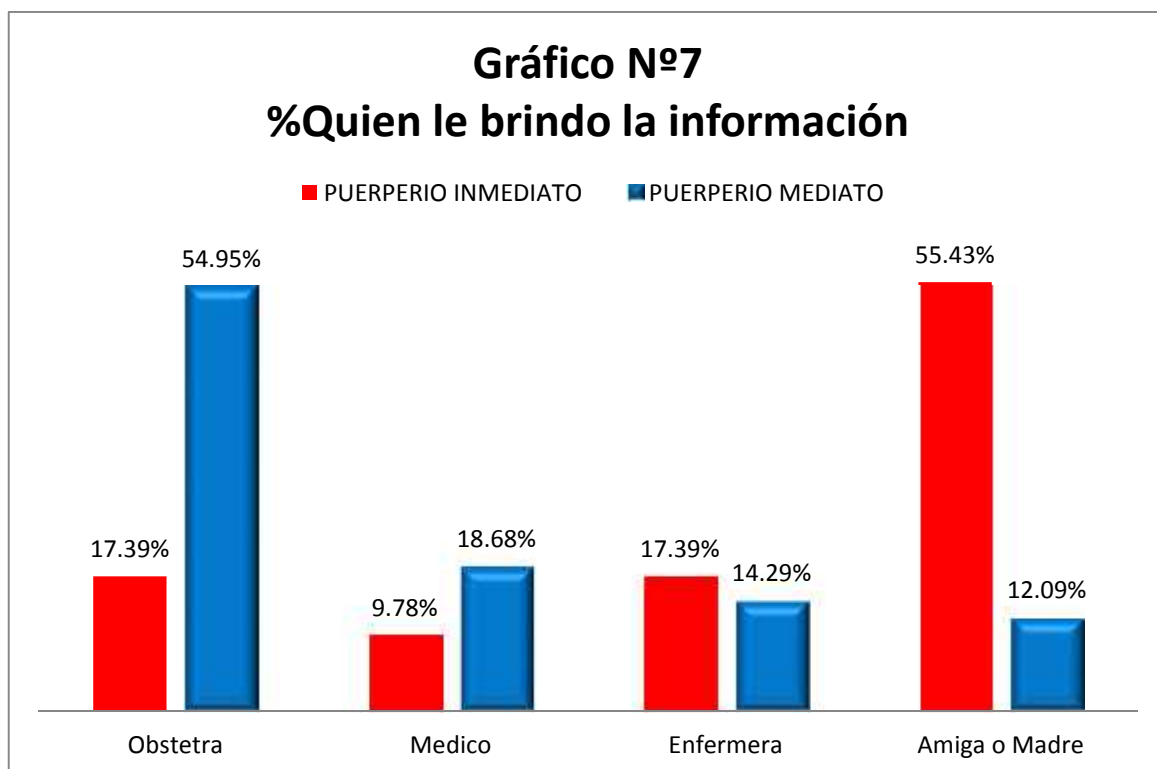


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho según sus controles prenatales en el puerperio inmediato se observa a la no controlada en un 13% (12) y a la controlada en un 87% (80). Simultáneamente se observa en el puerperio mediano a la no controlada representa un 1,10% (1) y a la controlada representa un 98,90% (90).

Tabla n° 7

	Quien le brindo la información				TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Obstetra	16	17,39%	50	54,95%	101
Medico	9	9,78%	17	18,68%	26
Enfermera	16	17,39%	13	14,29%	29
Amiga o Madre	51	55,43%	11	12,09%	27
Total	92	100,00%	91	100,00%	183

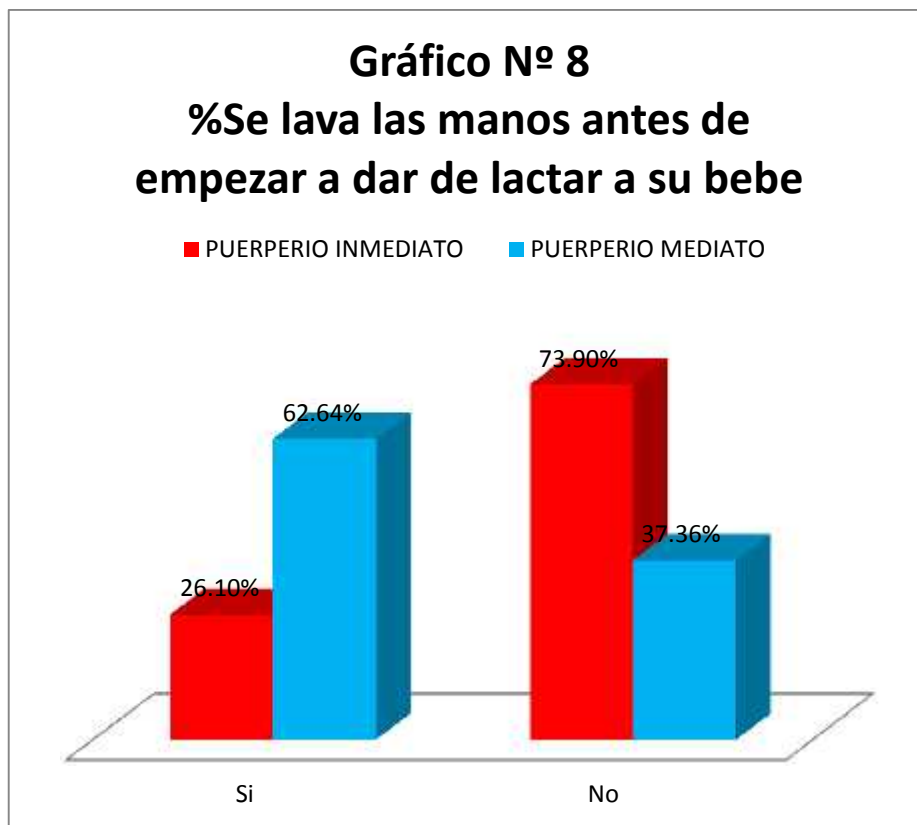


Fuente: Encuesta a púerperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016.

Análisis: Se observa a las púerperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, dándose a conocer quien les brindo la información a las púerperas del periodo inmediato la obstetra en el caso brindo información a un 17,39% (16), el médico brindo información a un 9,78% (9), la enfermera aun 17,39% (16), madre o amiga a un 55,43% (51). Simultáneamente se observa a las púerperas del periodo mediato la obstetra en el caso brindo información a un 54,95% (50), el médico brindo información a un 18,68% (17), la enfermera aun 14,29% (13), madre o amiga a un 12,09% (11).

Tabla n° 8

Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Si	24	26,10%	57	62,64%	81
No	68	73,90%	34	37,36%	102
Total	92	100%	91	100,00%	183

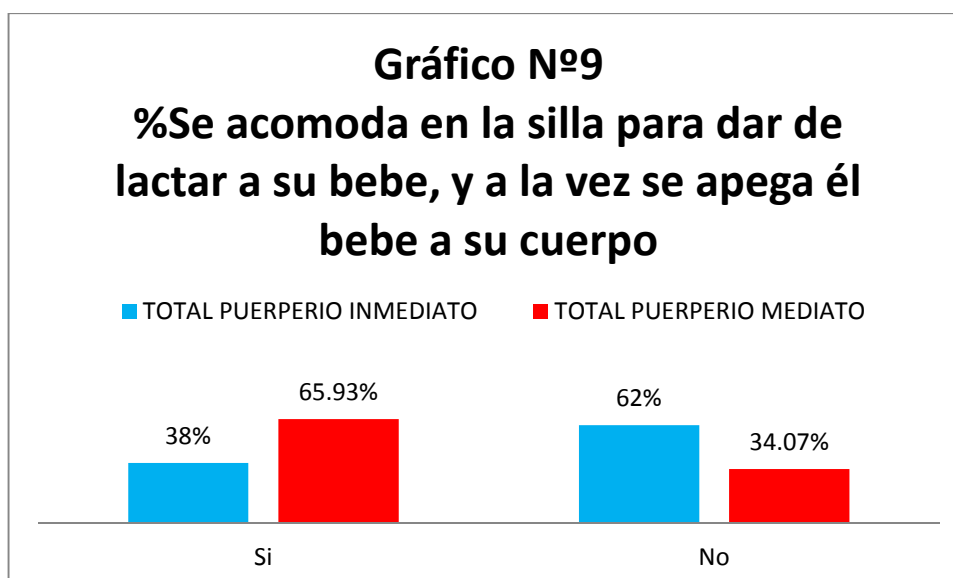


Fuente: Encuesta a púerperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, las puérperas del periodo inmediato según el porcentaje de la pregunta se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe si se lava las manos 26,10% (24); no se lava las manos representan 73,90% (68). A la vez se observa las puérperas del periodo mediato según el porcentaje de la pregunta se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe si se lava las manos 62,64% (57); no se lava las manos representan 37,36% (34).

Tabla n° 9

Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Si	35	38%	60	65,93%	95
No	57	62%	31	34,07%	88
Total	92	100%	91	100,00%	183

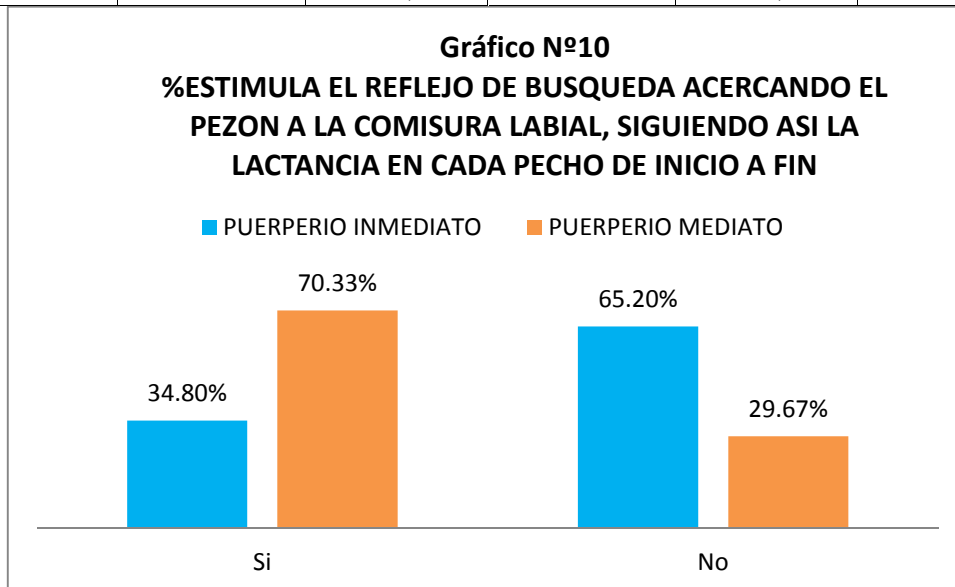


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, las puérperas del periodo inmediato según el porcentaje de la pregunta se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo si lo realiza lo representan un 38% (35) y no lo realiza 62% (57), también se observa a las puérperas del periodo mediato según el porcentaje de la pregunta si lo realiza lo representan un 65,93% (60) y no lo realiza 34,07% (31).

Tabla n° 10

ESTIMULA EL REFLEJO DE BUSQUEDA ACERCANDO EL PEZON A LA COMISURA LABIAL, SIGUIENDO ASI LA LACTANCIA EN CADA PECHO DE INICIO A FIN					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Si	32	34,80%	64	70,33%	96
No	60	65,20%	27	29,67%	87
Total	92	100,00%	91	100,00%	183

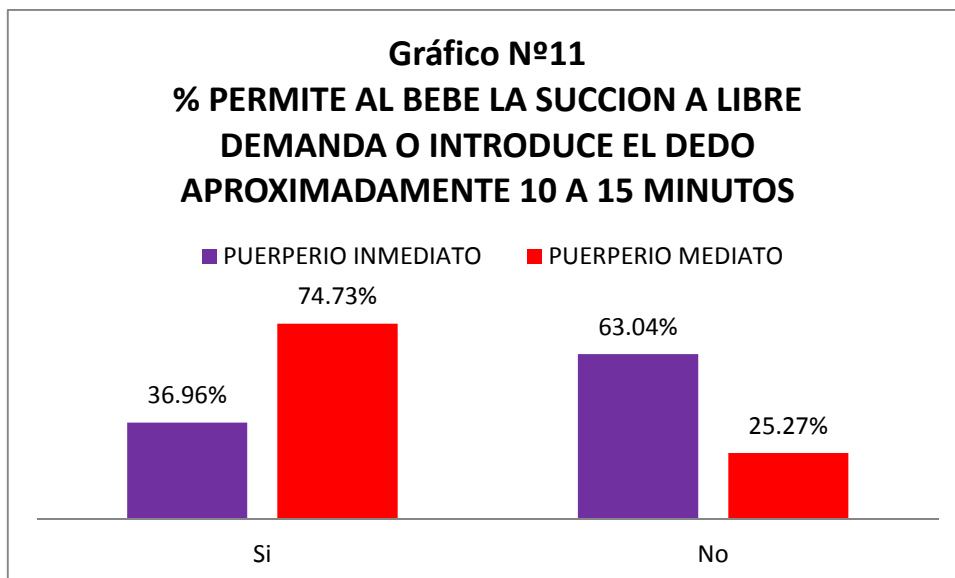


Fuente: Encuesta a puérperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016

Análisis: Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, las puérperas del periodo inmediato según el porcentaje de la pregunta se estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin si lo realiza lo representan un 34,80% (32) y no lo realiza 65,20% (60), también se observa a las puérperas del periodo mediano según el porcentaje de la pregunta si lo realiza lo representan un 70,33% (64) y no lo realiza 29,67% (27).

Tabla n° 11

PERMITE AL BEBE LA SUCCION A LIBRE DEMANDA O INTRODUCE EL DEDO APROXIMADAMENTE 10 A 15 MINUTOS					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Si	34	36,96%	68	74,73%	102
No	58	63,04%	23	25,27%	81
Total	92	100%	91	100,00%	183

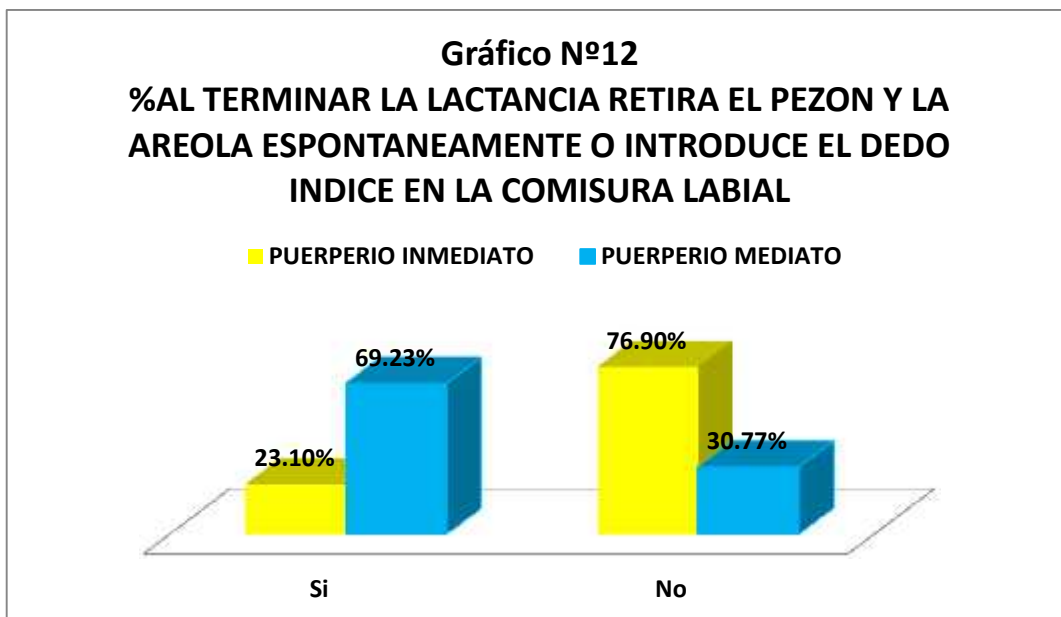


Fuente: Encuesta a púerperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016

Análisis: Se observa a las púerperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, las púerperas del periodo inmediato según el porcentaje de la pregunta se permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos si lo realiza lo representan un 36,96% (34) y no lo realiza 63,04% (58), también se observa a las púerperas del periodo mediato según el porcentaje de la pregunta si lo realiza lo representan un 74,73% (68) y no lo realiza 25,27% (23).

Tabla n° 12

AL TERMINAR LA LACTANCIA RETIRA EL PEZON Y LA AREOLA ESPONTANEAMENTE O INTRODUCE EL DEDO INDICE EN LA COMISURA LABIAL					TOTAL
	PUERPERIO INMEDIATO		PUERPERIO MEDIATO		
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje	
Si	21	23,10%	63	69,23%	84
No	70	76,90%	28	30,77%	98
Total	91	100	91	100,00%	182



Fuente: Encuesta a puerperas atendidas en el área de hospitalización y consultorio del Hospital Regional de Huacho de enero a marzo del 2016

Análisis: Se observa a las puerperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, las puerperas del periodo inmediato según el porcentaje de la pregunta si al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial si lo realiza lo representan un 23,10% (21) y no lo realiza 76,90% (70), también se observa a las puerperas del periodo mediato según el porcentaje de la pregunta si lo realiza lo representan un 69,23% (63) y no lo realiza 30,77% (28).

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. La mayor población con edades de 19 a 35 años en el puerperio inmediato el 81,5% (75) y en el puerperio mediato representan el 72,53% (66); al igual del trabajo de Martínez 47% se encontraban en un rango de edad de entre 21 y 30 años de edad, 36% entre 15 y 20 años, 16% mayores de 30 años y solo 1% se encontraba por debajo

de los 15 años; además también tenemos al igual que Gerónimo Carrillo de las 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, pero a diferencia de Paredes Sevillano fueron que de 150 madres post – parto encuestadas 39% fueron adolescentes; al igual que Chirinos Rojas la mayoría de puérperas tenían entre 22 a 30 años (69,2%), a diferencia de Huerta y Villanes las primigestas de la presente investigación tuvieron por edades de 15 – 21 años con un 58.3%.

2. Convivientes en el puerperio mediato representan un 82,6% (76) y en el puerperio inmediato representa 89,01% (81); al igual del trabajo de Martínez 61% viven en unión libre, 13% son solteras, 25% casadas, mientras que solo 1% de las mujeres se encuentran divorciadas; además también tenemos al igual que Gerónimo Carrillo estado civil en unión libre en un 58%, al igual que Zimmermann 56,2% concubinato; al igual que Chirinos Rojas eran convivientes (57,5%); al igual que Huerta y Villanes en dicho trabajo su mayor porcentaje son de convivientes en un 66,7%.

3. Con educación secundaria completa en puerperio mediato un 75,82% (69) y en puerperio inmediato representa 65,2% (60); al igual del trabajo de Martínez S. 23% de las mujeres solo cuentan con primaria, 42% con secundaria, 31% preparatoria y solo 4% cuenta con Licenciatura; además también tenemos al igual que Gerónimo Carrillo, con 9 años de escolaridad; pero a diferencia de Paredes Sevillano fueron que de 150 madres post – parto encuestadas 39% fueron adolescentes, con nivel de instrucción primaria, al igual que Chirinos Rojas tenían grado de instrucción secundaria (65,8%), seguido del

superior técnico (17,5%); %); al igual que Huerta y Villanes en dicho trabajo su mayor porcentaje es de 48,3%

4. Según ocupación según ocupación en el puerperio inmediato las ama de casa representan 69,6% (64) y en el grupo de estudio las ama de casa representan 63,74% (58); al igual del trabajo de Martínez S. aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (92%) se dedicaban al hogar; también al igual que Huerta y Villanes en dicho trabajo la mayor parte de la población son ama de casa en un 71,6%.
5. Según su procedencia en el puerperio inmediato tenemos en la micro red Hualmay un 33.60%; micro red Vegueta 17,39%; micro red Oyón 14%; micro red Sayán 16.3%; micro red Huaura 18,4%. A la vez se observa en el grupo de estudio tenemos en la micro red Hualmay un 30.70%; micro red Vegueta 18,68%; micro red Oyón 14,29%; micro red Sayán 12.09%; micro red Huaura 24,18%; se puede observar ligeramente una semejanza en los grupos de estudios, pero es importante recalcar que en la micro red Vegueta, Sayán, Oyón y Huaura se tiene mayor zona rural, siendo un indicador de importancia no se observó estudios similares con respecto a la misma población.
6. Con 6 controles a más en la gestación se llama controladas puerperio inmediato representa un 87% (80) y puérperas mediatas 98,9% (90); pero a diferencia de Paredes Sevillano fueron que de 150 madres post – parto 66% no asistieron con frecuencia al control prenatal.
7. Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, dándose a conocer quien les brindo la información a las puérperas del periodo inmediato la obstetra en el caso brindo información a un 17,39% (16), el médico brindo información a un 9,78% (9), la enfermera aun 17,39% (16), madre o amiga a un 55,43%

(51). Simultáneamente se observa a las puérperas del periodo mediato la obstetra en el caso brindo información a un 54,95% (50), el médico brindo información a un 18,68% (17), la enfermera aun 14,29% (13), madre o amiga a un 12,09% (11); al observar que es un sindicador importante no se encontraron estudios sobre este y mejorar la orientación de la lactancia materna exclusiva.

8. Se da a conocer las medidas de higiene se lavan las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe con orientación representan 31,9% no lo realizan en el puerperio inmediato representan el 73,9% (68) y el en puerperio mediato lo realiza un 62,64%; a diferencia del trabajo de Martínez S. de las opciones de medidas de higiene que se deben de tener antes de amamantar al bebé, y teniendo en cuenta que se podían marcar más de una opción la más popular fue con 44% lavarse las manos, seguido por el baño diario con 28% y lavarse el pezón con 26%, la menos mencionada fue ponerse crema con 2%; además también tenemos a diferencia que Gerónimo Carrillo un 54,7% se lava las manos para amamantar.
9. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo lo realizan en el puerperio inmediato 38% (35) y en el puerperio mediato 65,93%; al igual del trabajo de Martínez S. cabe destacar que 86% cree que al momento de amamantar la madre debe de estar cómoda y con la espalda apoyada, 7% cree que esto es falso y 7% no sabe.
10. Se estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin si lo realiza lo representan un 34,80% (32) en el periodo del puerperio inmediato, por el contrario en el periodo mediato pregunta si lo realiza

en un mayor porcentaje lo representan un 70,33% (64), al igual del trabajo de Martínez S. de la totalidad de las mujeres encuestadas, 94% cree que cuando el bebé es amamantado, su cuerpo debe de estar alineado y pegado al cuerpo de la madre, 4% cree que esto es falso, mientras que 2% no sabe; al igual que Chirinos Rojas el tiempo promedio que mamó el bebé cuando se observaron mayores signos de buen funcionamiento del amamantamiento fue $16,5 \pm 5,2$ minutos; asimismo, los signos de buen funcionamiento de la lactancia se caracterizaron por una posición cercana, de frente al pecho materno (75,8%).

11. Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho, según el ítem permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos si lo realiza lo representan un 36,96% (34) en el puerperio inmediato y en el periodo del puerperio mediato si lo realiza lo representan un 74,73% (68); al observar que es un subindicador importante no se encontraron estudios sobre este y mejorar la lactancia materna exclusiva.

12. Se observa a las puérperas atendidas del Hospital Regional de Huacho del área de hospitalización en la técnica de lactancia materna, según el porcentaje de Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial lo realiza en el puerperio inmediato 23,10% (21) y en el puerperio mediato lo realiza representan un 69,23% (63); al observar que es un subindicador importante no se encontraron estudios sobre este y mejorar la lactancia materna exclusiva.

CONCLUSIONES

1. Los datos generales en las puérperas se observa que presentaron un mayor porcentaje las mujeres de 19 a 35 años se observan en su gran mayoría madres jóvenes en ambos grupos; con relación a su estado conyugal son convivientes la gran mayoría en los dos grupos de estudio, de las cuales se observa que tienen nivel secundario completo en las puérperas con puerperio inmediato y mediato representan el mayor porcentaje de población en los grupos de estudio; que se dedican hacer ama de casa, se puede dar a concluir que ambos grupos tienen igual de oportunidades para tener una buena práctica diaria en la lactancia materna.
2. Se observa a la vez el control prenatal el mayor porcentaje lo obtiene las que fueron controladas, pero solo en el periodo del puerperio mediato en un 98,90% (90) en cambio las puérperas inmediatas las controladas dieron un total de 13% (12) por lo cual tenemos que mejorar la prevención para aumentar la práctica adecuada de la lactancia materna.
3. La mayoría de indicadores que se presentan dan a conocer que en el puerperio mediato se observa la respectiva técnica de la lactancia materna aumenta el porcentaje de las personas que lo realizan adecuadamente; como por ejemplo se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe si se lava las manos 62,64% (57). En el siguiente ítem se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo si lo realiza lo representan un 65,93% (60); se ve en su mayoría que cumplen los criterios para iniciar una buena lactancia materna sin embargo debemos tener en cuenta que no cumple el porcentaje deseado se observa una gran demanda de falta de practica en la lactancia materna.

4. Se observa respectivamente que cumplen con la técnica las puérperas mediatas por la orientación debida posteriormente se pregunta se estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin si lo realiza lo representan un 70,33% (64), también se observa otro ítems se permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos si lo realiza lo representan un 74,73% (68); si al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial si lo realiza lo representan un 69,23% (63), se puede concluir que las puérperas mediatas realizan mejor practica en la lactancia materna que las inmediatas, por ello se debería mejorar las orientaciones y prevenciones en el consultorio de obstetricia en todas las atenciones prenatales.

RECOMENDACIONES

- Realizar más investigaciones para indagar los factores sociodemográficos del bajo conocimiento sobre la lactancia materna y la mala técnica de esta; para poder disminuir estos indicadores.
- Realizar la promoción y capacitación en el personal de salud principalmente en Obstetras, sobre el idioma Quechua para poder interactuar con los usuarios en lugares alejados o que puedan concurrir al establecimiento y poder dar una atención integral.
- La Obstetra debe promover mediante trípticos, dípticos, perifoneo, actividades, y fechas importantes la promoción de la lactancia materna en las zonas rurales o urbanas de poca orientación con mala técnica de la lactancia materna.
- Incentivar la lactancia materna en las primerizas adolescentes, madres solteras bajo supervisión orientándoles sobre la mejor nutrición hacia su bebe a bajo costo.
- Que los Obstetras responsables del área de psicoprofilaxis promuevan dicho servicio para poder concientizar sobre la lactancia materna en este programa además que sea integral madre- niño, a la vez promover dentro de una de las consultas Psicoprofilaxis personalizada para captar la atención de la paciente e ingrese a las sesiones en grupo.
- Promover en cada consulta obstétrica y cada visita domiciliaria la lactancia materna exclusiva teniendo en cuenta que es un gran beneficio para la salud del menor y sin costo.

- Reestructurar centro obstétrico para el alojamiento conjunto de la madre – bebe al momento del alumbramiento y en las dos primeras horas de puerperio de esta, para disminuir las hipoglicemias y la hemorragia puerperal e incentivar desde un inicio la lactancia materna.
- Promover la creación de lactarios en nuestra comunidad y supervisar su uso en cada puesto de trabajo por una obstetra, tanto en lugares públicos como privados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de la Salud.** ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta 5 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>
2. **Organización Mundial de la Salud.** Alimentación del lactante y del niño pequeño. Fecha de consulta 10 de abril del 2016. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
3. **Ministerio de salud.** Ministerio aprueba guía para la lactancia materna. 3 de agosto del 2015. fecha de consulta 20 de abril del 2016. en línea: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16786>
4. **Zimmermann, C. R., Medina P., S. et. al.** Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. España, 2011. Pág. 6-9
5. **González SF, Cordi FR, Robledo GJA, Valdespinos CS, Vargas VJ, Said FS.** La consejería en lactancia y contacto temprano en pareja madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. Gac Méd Méx. 2005 (2): 99-102.
6. **Ministerio de Salud Pública.** Manual de lactancia materna. Cuba. La Habana: UNICEF, 1996:2-23
7. **Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I.** Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. Salud Pública Mex 1997; 39(2):110-116.

8. **Información Estadística Del Hospital Regional De Huacho- Oyon S.B.S. 2016**
9. **Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa”** / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana — Lima: Ministerio de Salud; 2014. pág. 10.
10. **Organización Mundial de la Salud.** Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998.
11. **Hernández M.** Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y España. En: Lactancia materna: Guía para profesionales. Madrid-España: Asociación Española de Pediatría. 2004. Pág. 33-43.
12. **Martínez S., M. C., Nava G., R.** información con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el hospital de ginecología y obstetricia del IMIEM. Toluca, Estado de México, 2014 pag.10- 15
13. **Gerónimo Carrillo, R., Magaña-Castillo, M., Zetina-Hernández, E., Herrera-Castillo, Y., Contreras-Palomeque, J.** Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel Salud en Tabasco, vol. 20, núm. 1, enero-abril. México, 2014
14. **Paredes Sevillano, G. A.** Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post- parto del hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor. Ecuador, 2013

15. **Chirinos Rojas, Ila Lorenza.** “Técnica De Amamantamiento En Púerperas Primíparas Y Su Relación Con La Consejería En Lactancia Materna Recibida En El Servicio De Psicoprofilaxis Obstétrica En El Instituto Nacional Materno Perinatal. Marzo. Lima. 2015. Pág. 25.
16. **Gómez Centeno, Hellen Yamileth. 2011.** Factores socioculturales y laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes, de la ciudad de Somoto, Madriz, periodo 2009 y 2010. Nicaragua. Pág. 10 – 20
17. **Huerta Torres, Xiomara Stefany; Villanes Vega, Mariela Carolina.** Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en primíparas del Hospital General de Huacho, 2014. pág. 20.
18. **Munayco Mendieta, Juan Roberto,** “Relación entre el Nivel de Conocimiento y la Práctica de la Técnica de Lactancia Materna en Púerperas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Agosto – Diciembre del 2012”. 2013. Pág. 4
19. **Vásquez Delgado, Rocío del Pilar;** Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. 2012. Pág. 40
20. **Bocanegra García, Sylvia M.** Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo, 2007
21. **Organización Mundial de la Salud.** ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta 5 de enero de 2016. En línea: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>

22. **Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.** Lima. Ministerio de Salud. 2004. Módulo II. 36 Pág.
23. **Rodríguez J, Acosta N.** Factors affecting how long exclusive breastfeeding lasts. Rev. Salud Pública. 2008; 10 (1):71-84.
24. **Kramer M et al.** Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. Journal of the American Medical Association, 2001, Peg. 285(4): 413-420)
25. **Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud "UNICEF/OMS.** Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad. 2008; Washington. Fecha de consulta: 5 de enero de 2016. En línea:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/e
26. **United Nations Children's Fund. Lactancia Materna.** Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. 2008. Fecha de consulta: 7 de enero de 2016. En línea:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
27. **Tricia Lacy Gomella. M. Douglas Cunningham, Fabien G. Eyal.** Neonatología. Mc Graw Hill. 6ta Edición .2011. pág. 85 - 88
28. **Organización Mundial de la Salud.** Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009; Ginebra. Fecha de

consulta: 2 de enero de 2016. En línea:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_spa.pdf.

29. **José Luis Tapial.; Álvaro González M.** Neonatología. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Chile. 2011. Paga. 202 - 210

30. **Organización Mundial de la Salud.** La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010; Washington. Fecha de consulta: 10 de enero de 2016. En línea:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/

31. **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.** Lactancia Materna. Una guía para profesionales. 2004; Barcelona. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2013. En Línea:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_la_lactancia_materna_AEP.pdf.

32. **Schwartz, Ricardo Leopoldo.** Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 253-257

33. **Calixto R, González MA, Bouchan P.** Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. Perinatol Reprod Hum. 2011; 25 (2): 109-114.

34. **García R.** Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediatr Mex. 2011; 32(4):223-230.

35. **Organización Mundial de la Salud.** La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010; Washington. Fecha de consulta: 10 de enero de 2016. En línea:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
36. **Sabillón F, Abdu B.** Composición de la Leche Materna. Honduras Pediátrica. 1997; 17(4): 120-124.
37. **United Nations Children's Fund.** Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. 1995; Chile Fecha de consulta: 13 de enero de 2016. En Línea:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
38. **Manual de Lactancia Materna.** De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. Pág.181-183
39. **Asociación Española de Pediatría.** Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2012; España. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
40. **Sociedad Española de Ginecología y obstetricia.** Lactancia natural. S.E.G.O. 2000. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016.

Disponibilidad: http://www.aeped.es/sites/default/files/11-sego_doc_de_consenso.pdf

41. **Alba.** Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. 2013. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: www.albalactanciamaterna.org

42. **Gobierno de la Rioja,** Consejería de Salud, Servicio de Promoción de la Salud. La lactancia materna. Información para amamantar. 2007. Fecha de consulta: 18 de enero de 2016. En línea: <http://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/guialactanciarioja.pdf>.

43. **COMISIÓN MULTISECTORIAL DE LACTARIOS. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.** Mg. Teresa Hernández Cajo, Directora General de la Familia y la Comunidad y Presidenta de la Comisión Multisectorial de Lactarios. Lima. 2016

44. **Liga de la Leche.** 2012. Fecha de consulta: 23 de enero de 2016. Disponibilidad: <http://www.laligadelaleche.es/>

45. **Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar,** METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194.

ANEXO N°1.: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERIODO DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	METODOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016? <p>Problemas secundarios</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del 	<p>Objetivo General:</p> <p>Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato de las puérperas atendidas en el 	<p>(Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis.)</p>	<p>VARIABLE X</p> <p>Práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio inmediato y mediato de las puérperas atendidas</p>	<p>Datos sociodemográficos</p>	<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente >12 a <20 años • >18 a <35 años • >35 años <p>Estado Civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada • Viuda <p>Grado de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta Primaria 	<p>Población :</p> <p>La población está constituida por 350 puérperas que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho en el periodo de enero a marzo del 2016.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra estuvo conformada por 183 puérperas según Fisher.</p> <p>Grupo de estudio: 92 puérperas del periodo inmediato del Hospital</p>

<p>puerperio inmediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016?</p> <p>2. ¿Cuál es la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016?</p>	<p>Hospital Regional de Huacho, 2016.</p> <p>2. Identificar la práctica de la lactancia materna en el periodo del puerperio mediato de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2016.</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria • Educ. técnica • Educ. Superior <p>Ocupación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su casa • Empleada • Estudiante • Independiente <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano <p>Número de Control Prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • controlada • no controlada 	<p>Regional de Huacho, en el periodo enero-marzo 2016.</p> <p>Grupo control: 91 puérperas del periodo mediato del Hospital Regional de Huacho, en el periodo enero-marzo 2016.</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental transversal, descriptivo, prospectivo, aplicativo.</p> <p>Método de investigación Cualitativo</p> <p>Diseño:</p>
---	---	--	--	--	---	--

					<p>1. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe.</p> <p>2. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo</p> <p>3. Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial,</p>	<p>No experimental descriptivo.</p> <p>Estadístico de prueba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPSS <p>Instrumentos:</p> <p>Encuesta cerrada.</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin</p> <p>4. Permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximada mente 10 a 15 minutos.</p> <p>5. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontánea mente o introduce el</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					dedo índice en la comisura labial.	
--	--	--	--	--	---	--



ANEXO Nº 2: ENCUESTA

Se le solicita brindar la información veraz para la realización de la investigación titulada **“PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERIODO DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016”** con la finalidad de aportar información fidedigna para en el futuro complementar y reforzar la educación acerca sobre la lactancia materna exclusiva.

Con respecto los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

“PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERIODO DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016”

Fecha:

HC:

I. Datos Generales:

Edad:

- Adolescente >12 a <18 años ()
- >19 a <35 años ()
- >36 años ()

Estado Civil:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

Grado de estudio:

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Educ. técnica ()
- Educ. Superior ()

Ocupación:

- Su casa ()
- Empleada ()
- Estudiante ()
- Independiente ()

Procedencia

- Micro red Huaura ()
- Micro red Sayán ()
- Micro red Hualmay ()
- Micro red Vegueta ()
- Micro red Oyón ()

Número de Control Prenatal

- No controlada ()
- controlada ()

Quien le brindo la información

- Obstetra ()
- Medico ()
- Enfermera
- Amiga O Madre ()

II. Practica de Lactancia Materna:

1. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe.

a) Si ()

b) No ()

2. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, y a la vez se apega él bebe a su cuerpo

a) Si ()

b) No ()

3. Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial, siguiendo así la lactancia en cada pecho de inicio a fin

a) Si ()

b) No ()

4. Permite al bebe la succión a libre demanda o introduce el dedo aproximadamente 10 a 15 minutos.

a) Si ()

b) No ()

5. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo índice en la comisura labial.

a) Si ()

b) No ()



ANEXO N° 3: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien Corresponda:

Yo _____

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio titulada **“PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERIODO DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016”**, cuyos objetivos es obtener información adecuada sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento en que yo así lo desee.

También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios de mi participación en esta investigación. E información de esta.

Nombre: _____ Firma: _____

Dirección: _____

Fecha: _____