

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

**CONOCIMIENTOS, ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y
PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2017**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

MAESTRISTA: GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN

Asesora:

Dra. SILVIA SÁNCHEZ MERCADO

CAJAMARCA - PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2018 by
GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**CONOCIMIENTOS, ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y
PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2017**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

MAESTRISTA: GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN

Comité Científico

Dra. Silvia Sánchez Mercado
Asesora

Dra. Marleni Bardales Silvas
Miembro de Comité Científico

Dra. María Huamaní Medina
Miembro de Comité Científico

Mg. Silvia Alfaro Revilla
Miembro de Comité Científico

Cajamarca - Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE TESIS

Siendo las *7:00*..... de la mañana del día 22 de julio de 2018, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, los miembros del Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARLENI BARDALES SILVA**, como Miembro de Jurado Evaluador, **Dra. SILVIA SÁNCHEZ MERCADO** en calidad de Asesora, **Dra. MARÍA HUAMANI MEDINA**, **Mg. SILVIA ALFARO REVILLA**, como integrantes del Jurado Evaluador; actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN PÚBLICA** de la tesis titulada "**CONOCIMIENTOS, ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA-2017**", presentada por la alumna **GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó....*aprobar*..... la mencionada Tesis con la calificación de *Dieciséis evaluado*.....; en tal virtud la alumna **GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *8:00 am* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Marleni Bardales Silvas
Miembro de Jurado Evaluador

.....
Dra. Silvia Sánchez Mercado
Asesora

.....
Dra. María Huamani Medina
Miembro de Jurado Evaluador

.....
Mg. Silvia Alfaro Revilla
Miembro de Jurado Evaluador

A:

La memoria de mi inolvidable **PADRE** que junto a **DIOS** se regocija con mis logros.

A ti mi adorada **MADRE**, que me enseñaste a nadar contra la corriente, gracias por apoyarme siempre, en mis aciertos y errores, y alentarme a seguir luchando.

A mis hijos **LOURDES, ALEJANDRA Y VÍCTOR ANDRÉ**, fuente inagotable de inspiración, motor y fortaleza de mi alma para alcanzar mis metas, soportaron en silencio mi ausencia y me regalaron su tiempo para que mis objetivos excedan mis expectativas.

A **FERNANDA SOFÍA**, el amor convertido en kilos, mi trascendencia personal.

Gloria

Se agradece a:

La Universidad Nacional de Cajamarca, que me acogió en sus aulas de posgrado, para realizar esta maestría.

Silvia Sánchez Mercado, primero mi alumna, hoy mi asesora, siempre: mi amiga, por los momentos que compartimos no solo conocimientos, también ese abrazo que tanta falta me hizo, y esas palabras de aliento que agradeceré eternamente.

Gloria

“Cuando el proceso del nacimiento se vea como un periodo de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia”

Michel Odent

ÍNDICE

DEDICATORIA:.....	v
AGRADECIMIENTO:.....	vi
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Contextualización.....	1
1.2. Descripción del problema.....	4
1.3. Formulación del problema.....	6
1.4. Justificación.....	6
1.5. Delimitación de la investigación.....	8
1.6. Objetivo (s) de la investigación:.....	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes de la Investigación:.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	13
CAPÍTULO III PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	42
3.1 Hipótesis:.....	42
3.2 Variables.....	42
3.3 Operacionalización de los componentes de la hipótesis.....	43

CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO	44
4.1 Ámbito de estudio y ubicación geográfica	44
4.2 Diseño de Investigación:	44
4.3 Tipo de Investigación	45
4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación.....	45
4.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de recopilación de información	46
4.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos	48
4.7 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	48
4.8 Matriz de Consistencia	49
CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
5.1 Presentación de Resultados	50
Puérperas según tipo de práctica de lactancia materna, servicio Gineco-Obstetricia Hospital Regional Docente de Cajamarca-2017.....	50
Puérperas, servicio Gineco-Obstetricia Hospital Regional Docente de Cajamarca-2017	52
Relación de las estrategias durante la atención del parto con la práctica de lactancia materna. Puérperas servicio Gineco-Obstetricia HRDC-2017.....	58
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Operacionalización de Variables	43
Matriz de Consistencia Metodológica	49
Tabla 01 Tipo de práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio.....	50
Tabla 02. Factores sociodemográficos que se relacionan con la lactancia materna.....	52
Tabla 03. Conocimiento sobre lactancia materna de las puérperas en estudio.....	56
Tabla 04. Estrategias que durante la atención del parto se relacionan con la lactancia materna	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	24
<i>Ciclo de una succión completa</i>	24
Figura 2.....	33
<i>Posición de lactancia acunado</i>	33
Figura 3.....	34
<i>Posición de lactancia pelota de futbol americano</i>	34
Figura 4.....	34
<i>Posición acostada</i>	34
Figura 5.....	36
<i>Signos de Buen Agarre</i>	36

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar los conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017. De diseño no experimental, tipo correlacional, transversal, descriptivo y observacional. La población, estuvo constituida por 82 puérperas inmediatas, atendidas de parto eutócico en el Servicio de Gineco-Obstetricia, durante Octubre - Diciembre 2017. La información fue recolectada a través del cuestionario, y ficha de observación, para determinar la relación entre los conocimientos, estrategias en la atención del parto con la práctica de lactancia materna se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2) encontrándose los siguientes resultados: respecto al tipo de práctica de lactancia materna la mayoría de puérperas, lo hace de manera incorrecta, referente a las características sociodemográficas, el mayor porcentaje corresponde a la edad de mayores de 36 años y una práctica correcta de lactancia materna, con una relación altamente significativa ($p=0.0022$), la mayoría son convivientes y práctica de lactancia materna incorrecta ($p=0.000$), el nivel de instrucción que alcanza la mayoría de puérperas es secundaria completa y práctica incorrecta de lactancia materna ($p=0.0006$), son amas de casa, la mayoría y práctica de lactancia materna incorrecta ($p=0.0002$), proceden de la zona urbana en su mayoría y practican lactancia materna incorrecta, con relación altamente significativa ($p=0.0281$). Nivel de conocimientos malo en su mayoría con práctica de lactancia materna incorrecta; contacto precoz piel a piel, y alojamiento conjunto son estrategias en la atención del parto que se relacionan significativamente, con la práctica de lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia materna, nivel de conocimiento y estrategias de atención del parto

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine and analyze the knowledge, strategies in the delivery care and practice of breastfeeding, in postpartum women attended in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca - 2017. Non-experimental design, correlational, transversal, descriptive and observational type . The population was constituted by 82 immediate puerperal women, assisted in eutocic delivery in the Obstetrics-Gynecology Service, during October - December 2017. The information was collected through the questionnaire, and observation file, to determine the relationship between knowledge, strategies in the care of childbirth with the practice of breastfeeding, the Chi square statistical test (χ^2) was used, finding the following results: regarding the type of breastfeeding practice the majority of puerperal women do it incorrectly, referring to the characteristics sociodemographic, the highest percentage corresponds to the age of over 36 years and a correct practice of breastfeeding, with a highly significant relationship ($p = 0.0022$), most are cohabiting and practice breastfeeding incorrect ($p = 0.000$), the level of instruction reached by the majority of puerperal women is completely secondary and incorrect practice. of breastfeeding ($p = 0.0006$), are housewives, the majority and practice of incorrect breastfeeding ($p = 0.0002$), come from the urban area in their majority and practice incorrect breastfeeding, with highly significant relationship ($p = 0.0281$). Bad level of knowledge mostly with incorrect breastfeeding practice; Precocious skin-to-skin contact, and joint housing are strategies in childbirth care that are significantly related to the practice of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, level of knowledge and strategies of delivery care

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (L.M.) es tan antigua como la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos; desde el principio de los tiempos y hasta hace menos de 150 años la inmensa mayoría de recién nacidos humanos habían sido alimentados con leche de la propia especie, sea de sus madres, sea de mujeres contratadas para tal fin. (1)

Entre 1974 y 1978, la Asamblea Mundial de la Salud advirtió del descenso de la lactancia en el mundo, relacionándolo, entre otros, a la promoción indiscriminada de sucedáneos de leche materna, recomendando adoptar medidas correctivas. (2)

En 2001, la OMS en estrecha colaboración con UNICEF, y con base en evidencia científica ampliamente respaldada, emite la recomendación internacional de promover y garantizar condiciones para una lactancia materna exclusiva desde el instante del nacimiento y hasta los seis meses de edad. Así como la Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia (1991), han venido llamando la atención de los estados y la opinión pública a nivel mundial sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre los riesgos y costos en los que incurren familias y estados que no la promueven, la protegen y la difunden. (3)

Se calcula que, en 2013, a nivel mundial, 161,5 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 50,8 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41,7 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Y solo un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. (4)

Si todos los niños de 0 a 24 meses estuvieran amamantados de forma óptima, cada año se les podría salvar la vida a más de 800 000 niños de menos de 5 años. y generar potencialmente 300 000 millones de dólares en ganancias económicas en 10 años, como resultado de la reducción de las enfermedades y los costos de atención médica, y el aumento de la productividad. (4)

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. (5)

En Cajamarca, la lactancia materna ha disminuido en 2.7% comparado con el año 2015, 96,3%, a 93,0% (2016), observándose el indicador más bajo en la red San Pablo (64,5% 2015 a 55,0% 2016) y Jaén, (100,0% 2015, a 73,4% 2016) así mismo la lactancia materna exclusiva en niños menores de un año se reporta para el año 2015 con un 75,0% y en el año 2016 72.9%. Probablemente porque las mujeres dejan a sus niños para trabajar tempranamente, sin embargo, se está haciendo los esfuerzos por retomar las acciones de promoción de la lactancia materna a través de la estrategia de establecimientos amigos de la madre y el niño. Tenemos el reto de incrementar este porcentaje ya que cada vez es más difícil competir con las leches artificiales y la demanda laboral de las mujeres que dan de lactar. (6)

Bajo este contexto, el presente estudio buscó determinar y analizar los conocimientos, estrategias en la atención del parto y la práctica de lactancia materna, en púerperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017. Identificar las necesidades de información, educación y comunicación, de la población en estudio, y las estrategias que durante la atención del parto, promuevan, protejan y garanticen el inicio temprano de la lactancia materna, permitirá que los resultados contribuyan con los planes de mejora continua que se implementen en la institución hospitalaria, y que los contenidos de los programas educativos, destinados a promover la lactancia materna, se adecuen a las necesidades de capacitación y apoyo continuo, de cada una de las madres para lograr la lactancia materna exitosa, y el beneficio así mismas, a su hijo, a la familia y a la sociedad.

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos, como se detalla a continuación: Capítulo I: concerniente al problema de investigación que describe el planteamiento del problema, objetivos y justificación del estudio; Capítulo II: El marco teórico, contiene los antecedentes y la base teórica; Capítulo III: Hipótesis y variables; Capítulo IV: Describe el marco metodológico; el Capítulo V: análisis y discusión de resultados y finalmente se especifican las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos

La Tesista

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Contextualización

La lactancia materna es la alimentación con leche de la madre, es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia materna exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, dentro de la primera hora de vida, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia abundante producción de leche (7).

Aunque es un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar, siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria. También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, es decir de agentes de salud cualificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento (8).

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva (L.M.E.) 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, que se agravan por la alimentación complementaria inadecuada (9).

Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas (9).

La Organización Mundial de la salud (OMS), en su plan de aplicación integral sobre nutrición materna del lactante y del niño pequeño, propone como meta mundial para el 2025 aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida de 38%, hasta un 50% como mínimo. A través del sistema de atención de salud, una prioridad de la estrategia mundial para todos los gobiernos es el logro de los siguientes objetivos operativos adicionales: aumentar el acceso a la asistencia prenatal y a la educación sobre la lactancia natural, así como a las prácticas obstétricas que favorezcan la lactancia natural y a un seguimiento de la atención que contribuya a la continuación de la lactancia natural; promover una buena nutrición de las mujeres embarazadas y lactantes (10).

En el Perú, el amamantamiento es una práctica natural y culturalmente aceptada, Según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2016), en el primer semestre 2017, la práctica de la lactancia materna exclusiva es más frecuente, tanto en la Sierra como en la Selva (78,7% y 77,5%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la observada en la región de la Costa, donde el 56,4% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con la leche materna. Según región natural, la práctica de la lactancia materna exclusiva, entre los años 2016 y el primer semestre 2017, disminuyó en la Costa de 61,2% a 56,4%, en la Sierra de 80,3% a 78,7% y en la Selva de 77,7% a 77,5% (11).

Las regiones que tienen mayores índices en la práctica de la LME son: Huancavelica (100%), Pasco (94.6%), Apurímac (88.3%), Loreto (85.3%), Puno (85.1%), Ayacucho y Cusco (84.9%). No obstante, hay regiones donde se busca afianzar las acciones de promoción por presentar cifras muy bajas, tales como: Tumbes (29.6%), Ica (40.6%) Madre de Dios (45.3%) y Callao (46.4%) (11).

En Cajamarca, la lactancia materna ha tenido una disminución de 2.7% comparado con el año 2015, de 96,3% a 93,0%, y la lactancia materna exclusiva en niños menores de un año ha descendido de 75.0% en el año 2015, a 72.9% en el año 2016, probablemente

porque las mujeres dejan a sus niños para trabajar tempranamente, sin embargo se está haciendo los esfuerzos por retomar las acciones de promoción de la lactancia materna a través de la estrategia de establecimientos amigos de la madre y el niño. Tenemos el reto de incrementar este porcentaje ya que cada vez es más difícil competir con las leches artificiales y la demanda laboral de las mujeres que dan de lactar (6).

La promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, son medidas urgentes y necesarias, recomendándose la revitalización de la iniciativa hospitales amigos del niño (IHAN), considerando que ha habido un retroceso en los hospitales y que las tasas de 38% de lactancia materna en el mundo, son relativamente bajas (12).

La estrategia de la promoción de la lactancia materna, involucra a la mujer gestante y se desarrolla a través de la educación, en algunas culturas, donde la lactancia natural es la norma, las mujeres asumen que darán de lactar. En otras culturas, las mujeres deciden si amamantarán o no, antes del parto, y esta decisión puede ser influida por la promoción de la lactancia materna o por la promoción de sucedáneos de leche materna (7).

La educación sobre lactancia materna, durante el embarazo, mejora los índices de lactancia en los primeros meses, especialmente en las primíparas, por eso es importante que durante el control prenatal, las gestantes sean informadas adecuadamente sobre los beneficios de la lactancia materna para ellas y para su bebé, durante las sesiones de Psicoprofilaxis, se ponga en práctica técnicas correctas de amamantamiento, extracción de leche y su conservación, todas las gestantes deben estar preparadas antes de las 32 semanas (12)(13).

Durante el trabajo de parto, se evitará el uso de medicamentos y/o procedimientos rutinarios innecesarios, la madre debe recibir apoyo emocional, por parte de la persona que la atiende, así se sentirá segura, protegida y dispuesta a interactuar con su bebé. Al proporcionarle seguridad, apoyo emocional, comodidad y privacidad, durante el trabajo de parto, se permite la liberación de las hormonas que favorecen el parto y la lactancia (12) (13).

El contacto piel a piel, el inicio de la lactancia dentro de la primera hora, el alojamiento conjunto las 24 horas del día, son prácticas que deben realizarse para favorecer la lactancia materna exclusiva, y que se inician inmediatamente nace el niño, esta sencilla actividad nos ayuda a resolver las dificultades que pudiera encontrar la madre al momento de amamantar, y así evitar las posibles deserciones (13).

1.2. Descripción del problema

La lactancia materna es un proceso fisiológico para lo cual el organismo de la mujer se prepara con suficiente tiempo, desde la pubertad y se mantiene mucho tiempo después de la culminación del embarazo (14).

La lactancia materna es una práctica que no requiere conocimientos científicos para ser llevada a cabo con éxito. Sin embargo, se hace necesaria la participación conjunta de cada actor social que puede intervenir en su fomento: escuela, centro de salud, instituciones comunitarias, autoridades y medios de comunicación (14).

Actualmente existen talleres y programas para la promoción de Maternidad Segura y Saludable, como Psicoprofilaxis Obstétrica, Estimulación Prenatal. La educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5-10%. Y, además existen organizaciones no gubernamentales que a través de proyectos realizan enseñanza y promoción de la L.M. Dirigida principalmente a promotores de salud, parteras y agentes comunitarios. Durante los últimos 9 años se han realizado acciones de comunicación que han contribuido a mejorar determinadas prácticas de lactancia materna. Existen evidencias que madres lactantes necesitan capacitación y apoyo permanente; ya que existen factores que dentro de la comunidad cambian las percepciones en ellas. La buena capacitación en un primer momento resulta muy buena, pero, cada madre es un ente particular y algunas presentaran dificultades; es allí donde el apoyo individualizado y permanente actúa. Estudios extranjeros y nacionales demuestran los efectos positivos de la consejería y el apoyo permanente a través de personalización del sistema de enseñanza de la lactancia materna dependiendo de los factores socioeconómicos y emocionales de la madre tanto como la del personal de capacitación, La consejería es reconocida como la principal actividad para emitir los mensajes de Lactancia Materna, el personal de salud juega un rol importante en apoyar las decisiones de las madres, sobre continuar con la lactancia o introducir sustitutos. La OMS y UNICEF han desarrollado cursos para capacitar al personal y mejorar sus habilidades y conocimientos (9).

Las hormonas segregadas por la madre y el feto durante el trabajo de parto y el parto juegan un rol importante en la interacción madre-bebé y en el inicio de la lactancia (15) (16).

La beta-endorfina que aumenta durante el parto, tanto en la madre como en el feto, es un opiáceo natural que contrarresta el dolor y estimula la secreción de prolactina, la cual promueve la producción de leche materna, la maduración del pulmón fetal y relaja a la madre (15) (16).

La oxitocina, que estimula las contracciones uterinas, produce el reflejo de eyección de leche e induce una conducta maternal, aumenta mucho durante el trabajo de parto, pero es lábil a estímulos externos y a los sentimientos de la mujer. Si la mujer se siente insegura, temerosa y observada, con muchas personas a su alrededor que no respetan su intimidad, se libera adrenalina y se inhibe la secreción de oxitocina y de endorfinas, dificultando el proceso fisiológico del parto e interfiriendo con el inicio de la lactancia. La luz y el frío tienen también ese efecto (15)(16).

La lactancia materna inmediatamente nace el niño, permite la producción de oxitocina endógena, la cual favorece el desprendimiento placentario, disminuyendo el riesgo de hemorragia post-parto, beneficia la involución uterina, ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (pechos y ovarios). Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado) favorece la autoestima y la pronta recuperación del peso materno, antes del embarazo(15)(16).

Desde su inicio la lactancia materna desarrolla una vinculación psicológica y emocional entre la madre y su hijo, y debe iniciarse desde que nace, sin interrupción, dentro de los primeros 60 a más minutos de vida, siempre y cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan, el contacto precoz piel a piel permite establecer de manera fuerte y duradera este vínculo, por lo que la leche materna es considerada el primer símbolo de amor, ternura y entrega total al niño; también promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas(17).

Estas actividades o estrategias, que el personal profesional que atiende el parto y al recién nacido(a) debe practicarlas ni bien nace el niño, contribuyen a mejorar el inicio temprano de la lactancia materna, y asegura su realización de manera exitosa (12).

En nuestro país el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) 2015, ha establecido la Norma Técnica de Lactancia Materna cuya finalidad es: Contribuir a mejorar la situación de salud y nutrición del niño menor de dos años en el Perú, en el marco del Modelo de Atención

Integral de Salud, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. El mismo que se encuentra dentro del marco legal de la Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes; Ley N° 27606, que precisa los alcances del permiso por lactancia materna; a partir del 2016, Perú pasó a tener de 90 a 98 días de licencia de maternidad tras haberse acogido al código 198 de la Organización Internacional del Trabajo (18).

1.3. Formulación del problema

) Problema General

¿Cómo es la relación entre los conocimientos, las estrategias durante la atención del parto y la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017?

) Problemas Específicos

1. ¿Cómo es la práctica de lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?
2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que se relacionan con la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna, y cómo se relacionan éstos con la práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio?
4. ¿Cuáles son las estrategias durante la atención del parto que se relacionan con la práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio?

1.4. Justificación

La ciencia ha demostrado que la lactancia materna es la mejor opción para alimentar al ser humano desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva y además prevenirle de enfermedades infecciosas y de etiología autoinmune, favoreciendo en definitiva la salud del niño y de la madre (12).

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche

materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que éstas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta. Los lactantes no alimentados al pecho presentan peores resultados en los test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión, así como de sufrir maltrato infantil (19).

Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión (19).

La madre que amamanta protege el medio ambiente al disminuir el consumo de electricidad y agua, así como la generación de diversos contaminantes ambientales que se producen durante la fabricación, el transporte y la distribución de los sucedáneos de la leche materna y de los utensilios utilizados para su administración (19).

El presente estudio permite identificar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, sus beneficios y la técnica para un amamantamiento correcto, que la puérpera ha adquirido durante el embarazo, y las estrategias que durante la atención del parto, el personal encargado de la asistencia realizaron, con el fin de favorecer el inicio temprano de la lactancia materna, si sabemos que ésta, beneficia no solo al recién nacido (a), también a la madre, la familia y la sociedad, se considera importante la realización del presente estudio para proporcionar información actualizada a las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca, que permitan elaborar estrategias y programas educativos, tomando en cuenta el nivel de información que las puérperas poseen, reformular protocolos de atención, adecuar los espacios donde se atiende a las parturientas, de acuerdo a sus necesidades, para lograr una lactancia materna inmediata y duradera, en beneficio de las madres, sus niños, la familia y la comunidad.

Se debe precisar que, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, no se han reportado estudios de investigación similares al presente, ya que las estrategias de atención del parto, para promover la lactancia materna, se vienen implementando hace poco tiempo, por lo que resulta importante la realización del presente estudio para contribuir en la mejora de estos procesos.

1.5. Delimitación de la investigación

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017.

Incluye a todas las puérperas de parto eutócico, que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Durante los meses Octubre-Diciembre 2017

1.6. Objetivo (s) de la investigación:

1.6.1 Objetivo General:

Determinar y analizar los conocimientos, estrategias en la atención del parto y la práctica de lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017.

1.6.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar el tipo de práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio.
- b) Identificar algunos factores sociodemográficos que se relacionan con la práctica de lactancia materna.
- c) Identificar el nivel de conocimientos y su relación con la práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio.
- d) Establecer las estrategias que durante la atención del parto se relacionan con la lactancia materna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

A continuación, se exponen en forma sintética los estudios realizados en torno a las variables de investigación: conocimientos, estrategias durante la atención del parto, y práctica de lactancia materna, en el ámbito Internacional, Nacional y Local.

a) En el Ámbito Internacional

Carrillo, G. et al (México 2014) en su estudio “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel” señala que el conocimiento fue regular sobre la lactancia materna de manera general en las puérperas, a pesar de que la media de edad fue de 23 años, 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. Llegando a concluir que, el 38.3% de las mujeres en periodo posparto que tienen conocimiento regular también tienen una práctica apropiada. Además, el 17% de las que tienen conocimiento alto también tienen una práctica apropiada. 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 (20).

Oliver, R. (España, 2012) en su investigación: “El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia” tipo descriptivo longitudinal con seguimiento de 6 meses a una muestra accidental de mujeres con lactantes sanos de la ciudad de Elda en Alicante España. Se obtuvo información de 270 parejas madres/lactantes que iniciaron lactancia tras el parto. Concluyó que, los resultados sugieren la necesidad de aumentar el apoyo tras el alta, especialmente a las madres que ofrecen lactancia materna parcial; el éxito de la lactancia materna está muy vinculado a la existencia de experiencias anteriores positivas, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional deberían tenerse en cuenta el grupo de madres sin experiencia o con una experiencia anterior negativa;

la provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia y debería ser accesible especialmente para madre con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a información necesaria (21).

Niño, M. et al.(Chile 2010) en su investigación: “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”, de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, la población estuvo constituida por 220 mujeres, que se encontraban en las salas de espera de dos consultorios del sistema público y dos del sistema privado de atención de salud, el 90.5% de las encuestadas reconoció haber recibido información sobre lactancia materna en el centro donde se atendieron; un 25% de las madres suspendió la lactancia materna antes de los 3 meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses, según lo referido por las madres los principales motivos de abandono de la lactancia fueron por decisión propia (27.2%) y porque el niño se quedaba con hambre (24.1%). Algo más de la mitad de las madres recibió información en varios momentos y de distintas fuentes, aunque lo ideal sería que eso ocurriera en todos los casos, lo que refuerza la necesidad de enfatizar el tema durante el embarazo, parto, puerperio y controles de crecimiento y desarrollo; también se observó que a menor edad materna disminuye el período de lactancia, grupo que debiera ser prioritario para el equipo de salud en las acciones de promoción y prevención (22).

b) En el Ámbito Nacional

Ministerio de Salud (MINSA 2017) se analiza el nivel de la lactancia materna exclusiva según el nivel educativo de la madre, vemos que es mayor en las mujeres sin nivel educativo o que tienen sólo primaria con un 79.8%, descendiendo en las mujeres con educación secundaria con 72.9% y, en las mujeres con educación superior con 52.5%. Por tanto, se da una relación inversa entre educación y lactancia materna, lo que conlleva a centrar nuestras acciones de información, educación y comunicación en las mujeres del área urbana, de la costa y, que tienen nivel educativo superior. Por eso, el Ministerio de Salud plantea la Campaña de Comunicación “Somos Lecheros”, con el propósito de promover la lactancia materna, dirigida a la población de las zonas urbanas del país, que tiene como objetivo contribuir al desarrollo integral de niños y niñas hasta los 24 meses, mediante la promoción y protección de la lactancia materna como práctica saludable, potenciando sus capacidades iniciales tanto físicas y cognitivas para su vida futura (7).

Ito, C. (Lima, 2016), en su estudio titulado: Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva, en niños de madres que acuden al centro de salud de Ñaña, Lima. Estudio de tipo descriptivo, la muestra conformada por 150 madres con niños menores de 6 meses que acudieron al Centro de Salud Ñaña. Los participantes fueron seleccionados mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Los resultados demostraron que las características sociodemográficas como: edad, número de hijos, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado civil, ocupación e ingreso económico están relacionados con la interrupción de la LME. Por otro lado, se evidenció que el nivel de conocimiento en las madres influye con la interrupción de la LME mostrando que 88.7% de las madres tienen nivel de conocimiento regular, mientras que el 11.3 % evidencian un nivel de conocimiento bajo, y no hubo madres con un nivel de conocimiento alto. En conclusión, existen factores de interrupción en la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, entre los cuales se evidencia el nivel de conocimientos, y factores sociodemográficos (23).

García, L. (Lima 2015), realizó la investigación: “Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima”, estudio descriptivo, con una muestra de 60 madres, obtuvo los siguientes resultados: El nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38.3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4% Concluyendo que un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes (24).

Zapata, F. (Piura, 2011) en el estudio: Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en el Hospital de apoyo Nivel II, Sullana – Perú; de diseño cuantitativo, descriptivo con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva a madres primíparas que se encuentran en el servicio de maternidad en el Hospital de Apoyo Nivel II-Sullana; la población estuvo constituida por 60 madres primíparas. Los resultados refieren que la mayoría de las madres primíparas presentaron un nivel de conocimiento regular y deficiente sobre lactancia materna exclusiva seguido de un porcentaje significativo de

un nivel bueno. Finalmente, la mayoría de las madres primíparas presentan un nivel de práctica inadecuada de lactancia materna exclusiva, y en menor porcentaje un nivel de práctica adecuada (25).

Mini, E. et al. (Lima, 2011), en el estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP-2011” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna niños menores de un año para lo cual realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal en una muestra de 173 madres , en la medición se encontró que el 61% tuvo un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna exclusiva. Solo el 31% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. El 47% estuvo de acuerdo con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (26).

Solórzano, A. et al. (Lima 2009), realizaron la investigación titulada: “Actitudes y nivel de conocimiento de las madres de los recién nacidos del servicio de Neonatología sobre lactancia materna exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009”, con el objetivo de determinar las actitudes y el nivel de conocimiento de las madres de los recién nacidos del servicio de Neonatología sobre lactancia materna exclusiva, el estudio descriptivo, en una muestra de 90 madres, llegando a las conclusiones: que el nivel de conocimientos de las madres sobre LME es 44,4% con buen conocimiento, 32,2% regular; 14,4% deficiente y sólo 8,9% muy bueno. Asimismo, el 75% presenta actitudes positivas y sólo el 25 % con actitudes negativas sobre LME. (27).

c) En el Ámbito Local

Bautista, Y. (Bagua, 2014) en su tesis titulada “Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al centro salud Bagua, 2014”. El estudio determinó el nivel de conocimientos y prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Bagua. Cuya investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 88 madres adolescentes con niños menores de seis meses de edad. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario y la guía de observación. Los conocimientos se clasificaron en nivel alto (14 – 20 puntos), medio (7 a 13 puntos) y bajo (0-6 puntos);

la práctica de lactancia materna bajo los términos adecuado e inadecuado. Se concluyó, que las madres adolescentes tienen en promedio un hijo, son estudiantes y la mayoría vive con sus padres. El nivel de conocimientos en lactancia materna es bajo (37%) y la práctica de la lactancia es inadecuada (28).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Generalidades:

a) Aspectos históricos relacionados a la lactancia materna.

La historia de la lactancia materna comienza desde el mismo origen de la especie humana. Estudios realizados han encontrado códigos, leyes y artículos que señalan la importancia de conservar el alimento más preciado para el ser humano en sus primeros meses de vida. Durante milenios ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes, y aquellos que se veían privados de ésta, estaban condenados a desaparecer en un plazo breve de tiempo. El día de hoy son temas que despiertan interés médico y social, respecto a las prácticas culturales dentro de grandes grupos poblacionales. Durante la historia de la humanidad la práctica de la lactancia materna y los conocimientos de la misma se han basado en un conjunto de creencias sociales y familiares que pasan de una madre a la otra por años. (1)

Desde el principio de los tiempos y hasta hace menos de 150 años la inmensa mayoría de recién nacidos humanos habían sido alimentados con leche de la propia especie, sea de sus madres, sea de mujeres contratadas para tal fin. (1).

En la civilización egipcia, desde sus dioses principalmente Isis "Diosa de la maternidad y del nacimiento", la lactancia materna es catalogada como el eje más representativo en el inicio de la vida, existen papiros y piedras en edificaciones que contienen reglas generales de esta práctica, evidenciando además desde esta etapa temprana de la historia el inicio de las nodrizas. (1)

En Grecia los escritos también abordaron el tema de la lactancia, empezando por Platón (427-347 a. C.) quien describió que la existencia de las nodrizas era muy común, y que éstas incluso eran más preferidas que las propias madres. Unos años más tarde Aristóteles (384 - 322 a.C.) describe en su *Historia Animalium* algunos métodos

para determinar si la leche de una mujer, sea de la propia madre o de una nodriza, es apta para el lactante y llega a la conclusión de que la leche de los primeros días o calostro no debía ser consumida por el recién nacido. (1)

Los patrones de comportamiento y prácticas de lactancia se diferencian bien, dentro de los pueblos europeos y americanos. A lo largo del desarrollo europeo, incluso en sus inicios, las nodrizas fueron la práctica de elección; escritos como por ejemplo en Gynecia, el tratado de referencia en Ginecología y Obstetricia durante más de 1.500 años, Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) describe las condiciones de elección de una buena nodriza. (1)

La lactancia mercenaria se extiende de tal manera en Europa, que la mayoría de mujeres (las de la clase humilde) amamantaban a más de una criatura a la vez: la suya propia y la dejada a su cuidado. Teniendo en cuenta el efecto anticonceptivo de la lactancia, las clases populares tenían una fecundidad limitada por término medio a un nacimiento bianual, lo que pudo constituir un efectivo control de natalidad entre las masas campesinas de la Europa preindustrial. Por el contrario, la fecundidad no controlada por lactancia entre las clases acomodadas, hace que la descendencia pueda suponer de 15 a 20 hijos, pero a expensas de una terrible mortalidad (1)(29)(30).

Estadísticas históricas demuestran que alrededor de estos años de 21.000 niños nacidos en París, 1.801 fueron amamantados por sus madres y 19.199 por nodrizas. Otro problema que este sistema planteó fue la alta mortalidad infantil, estadísticas históricas demuestran que la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, en menos de un año era de 109 en niños amamantados por sus madres, 28 de 170 en niños amamantados por nodrizas a domicilio, y de 381 niños cuando las nodrizas se los llevaban. En 1890 el desarrollo de mejoras en la fabricación y conservación de leche artificial desplaza poco a poco, este sistema de crianza (29).

Toda una serie de creencias populares y erróneas teorías, además de una serie de factores socioeconómicos y religiosos, modas y estilos de vida, contribuyeron a un rechazo de la lactancia materna entre las clases medias y altas de muchos países de la Europa de los siglos XV a XIX (1)(29).

Hipócrates (s. V a. C.) afirma que la leche del pecho es una modificación de la sangre menstrual del útero y que llega allí mediante conexiones internas entre ambos órganos. La noción de indecencia, impureza o indecoro de la menstruación, sustentada en varias culturas, llegando a la conclusión de que la leche de los primeros días o calostro no debe ser consumida por el recién nacido, es mantenida hasta bien entrado el siglo XX por la llamada Medicina Pastoral (29)(30).

Desde Sorano de Efeso (s. II d. C.) existe la creencia de que la lactancia debilita a las madres y puede ser peligrosa para su salud, especialmente el primer mes (29)(30).

Durante los siglos XVI a XVIII, el canon de belleza, exige a las mujeres unos pechos pequeños y un poco moderado sobrepeso, ambos hechos reñidos con la práctica de lactancia. La moda dominante de vestidos muy ajustados, y los corsés ceñidísimos que, desde la infancia, aplastaban el pecho, deformando el pezón, poco prácticos para acceder al pecho, no contribuían a mejorar la situación (1)(29)(30).

La alimentación artificial de lactantes es conocida desde antiguo, encontrándose en yacimientos arqueológicos desde 2.000 años a. C. numerosas vasijas con boquilla que probablemente servían de biberón para niños pequeños. Sorano de Efeso (s. II d. C.) recomienda la leche de cabra, a partir de los tres meses de vida para niños que no puedan ser criados a pecho. (1)

No se conocen textos médicos que describan la alimentación infantil desde los tiempos antiguos hasta el Renacimiento. Se creía que la leche de animales (al igual que la de la nodriza) podía transmitir al niño los caracteres de éstos, por lo que no se consideraba tolerable. (1)

A lo largo del siglo XVIII las experiencias de alimentación artificial de lactantes en medio institucional fueron desastrosas, era conocido el fracaso irremediable de la alimentación con leche de animales que acababa casi indefectiblemente con la muerte del lactante. (1)

A mediados del siglo XIX unos médicos iniciaron la búsqueda de un sustituto de la leche materna para reemplazar a las nodrizas. En 1884 el Dr. A.V. Meigs, publicó un análisis entre la leche humana y leche de vaca. Se dedicó a mejorar la leche de vaca para igualarla a la humana, añadiendo agua de cal, grasa y azúcar (29)(30).

Pronto la industria arrebató la producción de alimentos infantiles a los médicos. Henri Nestlé, comerciante suizo, combinó azúcar, harina de trigo con leche de vaca. Nestlé anunció su producto “tan correcto científicamente que no dejaba nada que desear”. Las madres se convirtieron en el objeto de la publicidad (29).

Con el descubrimiento de América, la lactancia jugó un papel importante, con la importación de la sífilis a América y la exportación de la gonorrea a Europa. La presencia de estas enfermedades, y su contagio a niñas y niños pequeños, hace pensar, de manera acertada, que dichas infecciones podían pasar por la leche materna, por lo que toma mayor fuerza la idea, de que, es la madre quien debe amamantar a su hijo. (30)

La alimentación en pueblos prehispánicos como los incas y aztecas era saludable y balanceada en esencia, buscaba el desarrollo adecuado del individuo para crear pueblos fuertes; la lactancia se manejaba como regalo divino. Según los historiadores, en pueblos pre hispanos la duración de la lactancia materna exclusiva en promedio rondaba los 13,6 meses. La bibliografía remarca claramente que no hay indicadores que demuestren desnutrición en esos pueblos. El seno materno era considerado eje principal en el desarrollo de un niño. Según los escritos del Inca Garcilaso, quien escribió sobre las costumbres y creencias en el período de la infancia; los patrones de manejo incluían los siguientes aspectos:

- Las madres daban de lactar a sus hijos propios y no se acostumbraba reemplazarlas (1).
- Durante la lactancia, que duraba alrededor de dos años en total, no eran permitidas las relaciones sexuales entre los padres por temor de que se afectara la leche o que la criatura se volviese débil. (1)

A partir de la segunda guerra mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los años ochenta, que coincide con la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana, es a partir de este momento que se toma certera conciencia que a través de la leche, se pueden transmitir enfermedades que a largo plazo serían mortales para el bebé (29).

Los avances obtenidos en las últimas décadas en la composición de leches para lactantes a partir de modificaciones de leche de vaca han conseguido productos que, aunque desprovistos de las propiedades inmunitarias de la leche materna, son químicamente similares a ella, y administrados a lactantes en condiciones culturales (bien preparados), económicas (en cantidad suficiente) e higiénicas adecuadas, suelen conseguir resultados nutricionales satisfactorios, de entrada, y alejados de los palmariamente catastróficos descritos en siglos anteriores, si bien, las consecuencias en muchos aspectos a largo plazo siguen siendo desconocidas.(1)

Es este resumen histórico el que ha marcado la concepción y costumbres actuales sobre lactancia materna en diferentes grupos culturales. No podemos dejar de destacar que el nuevo horizonte tecnológico y científico coloca a la lactancia como práctica por excelencia de nutrición, que el personal de salud debe promover, proteger y apoyar.

b) Conocimiento

La definición de conocimiento para Bunge, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia. Siendo así el conocimiento es un tema amplio y de diferentes puntos de vista, se puede observar en forma conceptual que es explicado para un óptimo entendimiento. Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos (31).

c) Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva

El conocimiento de la lactancia materna es parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra. Toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto (32).

Según la OMS y UNICEF es toda la información que poseen las madres sobre la definición, la importancia, ventajas, beneficios y técnicas de la lactancia materna exclusiva a partir del nacimiento hasta los primeros 6 meses de vida, y que continúen la lactancia materna junto con la administración de alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. (33)(34)

d) Lactancia materna exclusiva

Es la alimentación solo con leche del seno materno durante los seis primeros meses de vida del lactante, contiene todos los elementos nutritivos necesarios para el crecimiento; recomendando el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se considera a la lactancia materna exclusiva como una práctica fundamental en la nutrición infantil con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas. (34)

e) La superioridad de la leche materna:

La superioridad de la leche materna viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma. (19)

El calostro es la primera leche, es más amarillenta contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (sustancias antiinfecciosas) y aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el alimento ideal para los primeros días, ya que el tamaño del

estómago del bebé es pequeño y necesita realizar tomas frecuentes de poca cantidad (19)(33).

La composición de la leche también cambia durante la toma. En la primera parte de la toma, la leche contiene más agua y azúcar, así satisface la sed del bebé. Después, aumenta gradualmente, su contenido en grasa, aportando más calorías que sacian a la criatura. Por esto es importante y recomendado que el bebé termine de mamar de un pecho antes de ofrecerle el otro (cuando suelte el primero de forma espontánea), y si tiene hambre lo aceptará. Para evitar ingurgitación o retenciones, es aconsejable comenzar cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior (33).

Parte de los efectos beneficiosos que la lactancia materna ejerce sobre el desarrollo psicomotor del bebé no están relacionados directamente con la composición de la leche sino con el acto de amamantar que conlleva una proximidad y contacto estrecho y frecuente madre-hijo: el intercambio de miradas, el bebé se siente abrazado, la succión directa del pecho materno que provoca en la madre la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina, todo lo cual establece un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia (16)(19)(35).

f) La impronta: el enamoramiento entre madre y criatura

“El recién nacido es un mamífero que necesita el contacto piel con piel con la madre que lo acaba de parir. Tiene que sentir su olor, su tacto, escuchar su voz. Lo antinatural es separarles. La madre y el hijo necesitan reconocerse, es algo muy animal. En ese primer momento comienza la impronta. Los beneficios para los recién nacidos son clarísimos: no lloran, respiran más tranquilos, buscan la mirada de su madre, tienen movimientos más armónicos y comienzan antes a mamar”.(36)

Entonces, en su hábitat, piel con piel sobre el torso de la madre, la criatura a los pocos minutos de nacer, empieza a reptar, arqueando la espalda y empujando con las piernas; y orientándose por el olfato, busca el pezón materno; cuando lo encuentra, se engancha y mama sin que nadie le enseñe. (36)

Nils Bergman explica que es la criatura quien tiene el programa neurológico de nutrición, y que es ella quien lleva la iniciativa, quién estimula a la madre y la enseña el arte del amamantamiento, siendo el único requisito el haber permanecido sobre ella. Todo esto explica y da la razón al deseo materno de tener a la criatura apegada contra el propio cuerpo. Y corrobora la información que teníamos sobre la impronta y las descargas de oxitocina que se producen en ese momento para asegurar la unión de la madre y de la criatura. Aunque no lo diga explícitamente, la piel con piel del hábitat materno significa amor y deseo. (37)

Si por el contrario se separa a la criatura de su madre, el programa de nutrición se cierra y abre el de defensa; la criatura entra en un estado de alerta, y protesta mediante el llanto reclamando ser devuelta a su hábitat. La criatura separada de la madre realiza una actividad intensa que cursa con una bajada de la temperatura corporal, disminución del ritmo cardiaco y respiratorio, taquicardias y apneas, inducidas por el aumento masivo de glucocorticoides (hormonas del stress). Y si la criatura es mantenida separada de la madre durante tiempo, llorará cada vez con más desesperación, y pasará del estado de alerta al de desesperación, hasta que el cansancio la rinda. (37)

Bergman dice que llorar es nocivo para los recién nacidos; ello restaura la circulación fetal y aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular y otros diversos problemas. Hay estudios que explican que las descargas masivas de hormonas del stress crean una toxicidad bioquímica que perjudica seriamente la formación del sistema neurológico, pues no solo dañan a las células cerebrales sino también la memoria y ponen en marcha una desregulación duradera de la bioquímica cerebral. (37)

El fenómeno de la impronta humana que se produce al principio del período posnatal. El confort experimentado por la succión y la formación de una preferencia por el pezón son comportamientos genéticamente determinadas que afectan la afinidad al pezón de la madre. El reconocimiento inicial del bebé a su madre también implica las características distintivas de su pezón. Si un niño que está aprendiendo a lactar recibe suplementación a través de un biberón o un chupete, estas señales de reconocimiento se mezclan. Estudios han demostrado que la suplementación y la introducción de un “pezón extraño”, como un chupete, se asocian con tasas de disminución de la lactancia materna. (37)

2.2.2 Fisiología de la lactancia materna

La leche materna se origina a partir de un órgano importantísimo dentro del desarrollo femenino, la glándula mamaria; la mama sufre un amplio proceso de desarrollo en 5 fases; embriogénesis, pubertad, embarazo, lactancia e involución. Los primeros son los encargados de crear las bases del desarrollo glandular, mientras que son las hormonas en el embarazo las que se encargaran de la maduración y el desarrollo final. La lactogénesis en el embarazo dentro de la mama está regida por un conjunto de hormonas que dividirán la lactogénesis en dos etapas.

La primera donde las células mamarias se dividen hasta llegar a secretar sustancias como caseína y lactosa, teóricamente en esta etapa que generalmente ocurre a mitad del embarazo la mama es capaz de producir leche propiamente, pero se mantiene frenada por los niveles séricos elevados de estrógeno y progesterona.

La segunda etapa está más en relación al proceso del parto donde a partir de 4 días posteriores se observa un decrecimiento de la progesterona sérica, además de una prolactina constante. Lo más importante aquí es el cambio de las células glandulares, su mayor permeabilidad y por ende la facilidad de paso a macromoléculas.

No solo estos son los factores que participan en este proceso, la mama por sí misma es un órgano endocrino que produce leptina, progesterona y hormona del crecimiento. Otras hormonas de relevancia serán el lactógeno placentario, prolactina y oxitocina que generarán acciones específicas en la mama. Otro grupo de hormonas que afecta de manera indirecta la síntesis y secreción láctea a través del aporte de nutrientes; son la hormona del crecimiento que toma parte en el desarrollo ductal, los glucocorticoides y hormona tiroidea

En este punto del desarrollo es la succión el principal estímulo de mantención que estimulara la acción de dos hormonas, la prolactina que actúa sobre las células epiteliales luminales para mantener la secreción y la oxitocina, que actúa sobre las células mioepiteliales para la expulsión de la misma. (38) .

2.2.3 Fisiología de la succión

Para el niño el proceso de lactancia es sumamente importante tanto biológica como socialmente. El recién nacido tiene un patrón secuencial innato que empieza desde el momento exacto al dar a luz en este se iniciará la activación de reflejos ayudando así al niño a iniciar adecuadamente su vida:

- Llanto inmediato, cuando se pone en contacto con la piel.
- Período de relajación, sin movimientos corporales.
- Despertar.
- Actividad inicial con movimientos mano-boca
- Rotación, movimientos para encontrar la areola.
- Descanso.
- Familiarización que dura de 45 a 60 minutos e incluso más.
- Succión.
- Sueño profundo.

Esta secuencia inicial en el proceso de alimentación del recién nacido, se produce de forma más efectiva con el contacto inicial piel-piel de la madre. Existe suficiente evidencia que apoya la importancia de este contacto inicial y el amamantamiento durante la primera hora. Durante este proceso, el bebé coordina los movimientos de su cuerpo con los sentidos de la vista, oído, olfato y gusto. Los bebés en estas circunstancias demuestran capacidades notables: están alertas, pueden reptar y alcanzar los pechos de sus madres. Al mismo tiempo, el contacto con las manos o bocas de sus hijos estimula la secreción de oxitocina, con lo cual se inicia el flujo de leche materna (17).

La succión en el niño incluye además un proceso de desarrollo nervioso que contribuirá de forma posterior a la capacidad de alimentación y articulación en edades posteriores, los elementos más importantes que serán usados y por ende colaborará en desarrollo son: los maxilares, el paladar duro, el paladar blando, los labios y la lengua (36).

Existe inactividad de los labios cuya función corresponde a la inmovilización de las mamas y de los maxilares cuya función prioritaria es comprimir la mama para la salida de la leche. La mandíbula en este proceso sufre un desarrollo inicial, la superior presenta forma de arco y se encuentra retraída en comparación a la inferior dando al espacio superior y espacio de la lengua mayor amplitud. La succión contribuirá al avance de la mandíbula que llega a una posición adecuada a los 8 meses con adecuada configuración de los arcos, la lengua se ubica de forma central facilitará el equilibrio

craneofacial y fortalece la musculatura que es la misma utilizada para vocalizar. Esto de cierta manera explica por qué la lactancia artificial, repercute desfavorablemente en el lenguaje oral, ya que propicia el retardo en la aparición de los sonidos articulados y de las primeras palabras. Además, el mal desarrollo dental (36).

Cuando comienza la lactancia materna, el pezón, la areola y el tejido mamario subyacente son llevados profundamente en la boca del bebé, con los labios del lactante y las mejillas formando un sello (36).

Durante la alimentación, la succión creada dentro de la boca del bebé provoca que el pezón y la areola de la mama se elonguen hasta 2-3 veces su longitud de reposo y formen una “tetina”. El pezón y la areola se extienden tanto hasta llegar a la unión entre paladar duro y blando del bebé. La mandíbula del bebé entonces permite que su lengua se mueva hacia la areola, comprimiéndola. Este proceso hace que la leche se traslade de los conductos a la boca del bebé. El bebé entonces eleva la porción anterior de la lengua para completar el proceso. (36)

Después, el bebé baja y retrae la parte posterior de su lengua con movimientos ondulantes o peristálticos. Este movimiento hace que se forme una especie de surco en la lengua que canaliza el flujo de leche a la parte posterior de la cavidad oral lo que estimula los receptores que inician el reflejo de deglución. Este movimiento hacia atrás crea una presión negativa, permitiendo a la leche viajar dentro de la boca del bebé. A lo largo del ciclo de succión, el pezón no debería moverse en la boca del bebé si está colocado correctamente. (36)



Tomado de: Wagner C. Counseling the Breastfeeding Mother. Medscape. Online; 2015 [cited 2015 10 26. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/979458-overview#a8> (36)

Figura 1.

Ciclo de una succión completa

El bebé está mostrado en corte medial. Él bebe del gráfico muestra una técnica de succión adecuada: el pezón se encuentra bien introducido en la boca, extendiéndose lo suficiente como para llegar a la unión entre el paladar duro y suave. (Los conductos galactóforos están representados dentro del pezón).

a) La deglución durante el ciclo de la lactancia materna

Cuando el volumen de leche es suficiente para desencadenar la deglución, la parte posterior de la lengua del bebé se eleva y ejerce presión contra la pared posterior de la faringe. El paladar blando se eleva entonces, y cierra las coanas.

La laringe a continuación, se mueve hacia arriba y hacia adelante para cerrar la tráquea, permitiendo que la leche fluya hacia el esófago. El niño entonces baja su mandíbula, los senos lactíferos se recargan, y comienza un nuevo ciclo. Se crea un ritmo en el que una deglución normalmente sigue después de cada 1-3 succiones (36).

b) Tipos de succión

Es importante tener en cuenta las diferencias entre succionar el pezón materno y succionar un chupón artificial. La succión del pezón mamario es un proceso activo que implica la participación tanto de la madre como del bebé. En contraste, la alimentación con biberón es una actividad más pasiva que resulta en la creación de un vacío parcial en la boca del bebé a través de la succión. La tetina artificial en la boca del bebé tiene una estimulación oral / táctil muy distinta. La leche fluye desde la tetina artificial sin acción de la lengua; se produce flujo desde el chupón artificial aún incluso si los labios del bebé no están sellados completamente a su alrededor. Debido a estas diferencias, un bebé tiene más probabilidades de tener un episodio de desaturación durante la alimentación con biberón que durante la lactancia materna. (36)

2.2.4 Leche materna

a) Bioquímica de la leche materna

Durante la lactogénesis el proceso de desarrollo de la glándula mamaria se producen diferentes tipos de sustancias que forman parte del desarrollo de la leche materna(36)

En la primera mitad de la lactogénesis las células inician un proceso de maduración que lleva a la permeabilidad. El proceso inicia con una sustancia de características básicas y en poca cantidad, el precalostro.

Precalostro o leche Preparto: es una secreción escasa que aparece a partir de la semana 16 de gestación constituida principalmente por proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Cede con el proceso de maduración celular.

Calostro: es una sustancia mucho más compleja que en primíparas aparece a partir de los primeros días posparto y en multíparas inclusive durante el parto, de color amarillento por su alta concentración de b-caroteno, su volumen es variante y depende de la succión del niño iniciando con un volumen aproximado de 2-20ml llegando inclusive hasta 580 ml/ día. Su actividad sobre la función inmunológica es muy alta conteniendo alrededor de 4000 linfocitos/mm³, altas concentraciones de inmunoglobulinas especialmente IgA , lisozima, lactoferrina. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio. El escaso volumen inicial del calostro es ideal, ya que los riñones inmaduros del recién nacido no pueden manejar grandes cantidades de líquidos.

En relación a la leche madura, tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles y nucleótidos. Tiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K; también es superior el contenido de minerales, sodio, cinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso. (7)

La proporción de proteínas séricas/caseína es de 80/20. En el calostro el colesterol está más elevado y los triglicéridos más bajos que en la leche madura. (7)

Leche de transición: líquido con limitaciones en relación al calostro, pero con adecuado contenido calórico, de color blanquecino explicado por la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio. Llega hasta un aproximado de 660 ml/día.

Leche madura: es la leche que posee ya la concentración final de macronutrientes en su composición, se encuentra firmemente instaurada a partir de los 15 días posparto pudiendo durar dependiendo a la estimulación hormonal hasta 15 meses posteriores con un promedio entre 750 mL/día - 1,200 mL/día o hasta un poco más en mujeres con embarazo múltiple, contribuye con 670 a 700 Kcal/L y maneja una osmolaridad total de 287 a 293 mOsm lo que en gran medida colabora a la regulación osmolar para esta etapa pobre por parte del riñón que por su inmadurez es incapaz de manejar concentraciones elevadas de solutos (36)

Posee una composición final que la desglosaremos a continuación:

- Agua: en un 87% dentro del total cubriendo las necesidades del lactante inclusive cuando las pérdidas de líquidos son mayores. Lo que no justifica la administración extra de líquidos.
- Hidratos de carbono: más importante de estos la lactosa que es una de las encargadas de favorecer a la colonización de flora bacteriana intestinal, impide colonización de flora extra por su capacidad acidificante, mejora así la capacidad de absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. La galactosa es un sustrato muy importante en este caso especialmente por la formación galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos que contribuye al desarrollo del sistema nervioso central.

- Grasas: se encuentran en cantidad que varía dependiendo la dieta materna lo más importante son los dos ácidos grasos esenciales que poseen el ácido linoleico y ácido linolénico que serán precursores de sustancias como ácido docosaenoico vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; además lipasa que mejorará la digestión del lactante.
- Proteínas: en una concentración de 8.2 y 9 g de proteína por litro que variará en gran medida dependiendo de la dieta materna. La proteína de esta leche posee una biodisponibilidad adecuada para la digestión del lactante, existiendo dos grupos importantes las proteínas del suero donde se encuentran la lactoalbúmina y la lactoferrina cada una de las cuales tendrán una función específica dentro del desarrollo del lactante. La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora que liga antígenos específicos en el tubo digestivo porque resiste la digestión debido a su estabilidad por un pH bajo. Y además la lisozima que actúa frente a la pared celular de bacterias Gram positivas. La caseína que contribuye al transporte de calcio, fósforo y aminoácidos para fines estructurales a nivel celular (36)

En los primeros diez días posparto la leche humana tiene una relación proteínas del suero/caseína de 90/10; cambia a 60/40 hasta los ocho meses y se mantiene en 50/50 hasta el fin de la lactancia, lo cual la vuelve fácilmente digerible.

Otro grupo grande corresponde a los elementos nitrogenados donde encontramos a la taurina, por favorecer la digestión de grasas y el desarrollo del sistema nervioso central; la carnitina, necesaria para la oxidación de lípidos en la mitocondria del cerebro

- Vitaminas: las vitaminas hidrosolubles en la leche madura tienen una concentración adecuada las más abundantes son el niacina y la vitamina c y dentro de las liposolubles el b caroteno y vitamina E. hay una concentración mínimamente limitada de la vitamina D pero existe un sustrato transplacentario que dura alrededor de tres meses que se encarga de prevenir las deficiencias de este tipo en el lactante.
- Minerales: los más importante el hierro que se absorbe cuatro veces más que en el caso de otros alimentos, el calcio y el fósforo que en esta leche presentan una relación 1.2 a 2 mejorando también su absorción.
- Oligoelementos: los más importantes zinc, flúor y magnesio.

b) Consecuencias fisiológicas de las diferencias entre calostro y leche madura

Cuando al nacer el lactante es puesto al pecho para succionar, la leche que obtiene inicialmente es calostro. El cambio gradual desde esa leche de transición hasta la leche madura habitualmente lleva 14 días. (39)

El calostro posparto es denominado “la primera vacuna” porque contiene altas concentraciones de anticuerpos y otros elementos que protegen contra infecciones, incluidas células. Después de ser procesada, la leche de vaca y las fórmulas para lactantes no contienen células, enzimas, anticuerpos, ni otros agentes protectores y no favorecen la persistencia de la flora fisiológica en el tubo digestivo del lactante. (39)

El calostro tiene alto contenido de proteínas, bajo en hidratos de carbono, y menor cantidad de grasa que la leche madura. La composición de la leche humana y la de la vaca difieren sustancialmente: la calidad y cantidad de las proteínas son diferentes; en su forma no modificada la leche de vaca contiene demasiadas proteínas, demasiada caseína, demasiado sodio y fósforo, por tanto, su carga de solutos es excesiva para el lactante humano. Por otra parte, el espectro de aminoácidos de la leche de vaca difiere significativamente del de la leche humana, por ejemplo la leche de vaca no contiene taurina, aminoácido que se encuentra en alta cantidad en la leche materna y esencial para el crecimiento del cerebro del lactante; en cambio la leche de vaca contiene altas concentraciones de fenilalanina y tirosina, que podrían generar problemas en casos de fenilcetonuria. (39)

El efecto del contenido proteico más alto en fórmulas para lactantes ha sido investigado debido a la epidemia de obesidad en el mundo. Se ha sugerido que la ingesta constante con alto contenido proteico durante la primera infancia estimula la tasa metabólica y contribuye a la obesidad, misma que se observa a largo plazo en niños que fueron alimentados con fórmulas (39).

Las concentraciones de vitaminas de la leche humana y la de la vaca son comparables, excepto las de la vitamina C significativamente más altas en la leche humana (100 mg/dl) (39).

El ácido docosahexanoico (ADH) ha recibido considerable atención debido al descubrimiento de su relevante rol en cuanto a agudeza visual y auditiva en lactantes pretérmino. Incluso cuando se agregó ADH a la fórmula para lactantes prematuros la agudeza mejoró, pero no alcanzó los puntajes logrados por lactantes alimentados con leche humana (39).

2.2.5 Importancia de la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva es el único alimento que el niño necesita hasta cumplir los seis meses de edad. No hay leche evaporada o maternizada que pueda competir con ella. La leche humana está hecha para humanos y contiene todas las proteínas, minerales, calorías y grasas que el bebé necesita. En investigaciones realizadas en laboratorios en todo el mundo, se ha examinado minuciosamente el contenido de la leche materna y se han determinado los requerimientos nutricionales del niño en sus primeros meses de vida (40).

Los resultados han demostrado que el contenido alimenticio de esta leche cubre todas las necesidades del bebé, por lo menos hasta los seis meses de edad. Es recién entonces, cuando el niño debe comenzar a recibir otros alimentos complementarios, pero debe seguir mamando hasta los primeros meses del segundo año. En otras palabras, la madre produce la cantidad y calidad de alimento que su hijo necesita, pero además la leche que produce es limpia, libre de bacterias, mantiene la temperatura correcta y no tiene costo alguno. Es tan perfecto el mecanismo de producción de leche materna que se ha probado que ella es de buena calidad, aun cuando la madre no esté bien alimentada. Sólo en casos extremos de malnutrición materna esa leche se ve afectada. Pero si la madre recibe suplementos alimenticios su leche mejora. También es cierto que dar de lactar puede contribuir a espaciar los nacimientos de otros hijos. La succión del bebé demora el regreso de la menstruación y, por tanto, distancia el riesgo de un nuevo embarazo (40)(41).

2.2.5.1 Beneficios de la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño (a), para la madre, para la sociedad y la humanidad. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal. Ningún alimento es mejor que la leche materna en

cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (41)

a) Beneficios para el bebé:

1. Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
2. Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
3. Protección contra algunas formas de cáncer.
4. Menor incidencia de desnutrición infantil.
5. Nutrición óptima, especialmente del sistema nervioso central. La leche materna también es la alimentación adecuada para los bebés prematuros.
6. Menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal.
7. Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del recién nacido.
8. Menor incidencia de muerte súbita del lactante
9. Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas.
10. Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas.
11. Menor incidencia de enfermedad celíaca.
12. Menor incidencia de infección urinaria.
13. Protección contra diabetes mellitus, contra obesidad e hipercolesterolemia.
14. Protección contra infecciones del oído medio.
15. Menor incidencia de problemas dentales y de mal oclusión.
16. Asociación con mayor nivel de inteligencia.
17. Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad de defenderse rápidamente contra las enfermedades.
18. Menor incidencia de maltrato infantil o abandono, debido al vínculo afectivo madre-lactante.
19. No requiere suplemento vitamínico ni mineral, agua ni otros alimentos mientras tome pecho exclusivo.
20. Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel.
21. Menor incidencia de enfermedades como colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

En conclusión, para el lactante la leche materna brinda importantes beneficios nutricionales, cognitivos, emocionales e inmunológicos (9)(39).

b) Beneficios para la madre:

1. Refuerza la autoestima dando satisfacción emocional a la madre.
2. Menor sangrado posparto.
3. Menor riesgo subsiguiente de anemias.
4. Mayor espaciamiento entre embarazos.
5. Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
6. Menor depresión posparto.
7. Más rápida recuperación física.
8. Mayor practicidad para la alimentación nocturna.
9. Ayuda a estilizar la silueta, al utilizar los depósitos de grasa de reserva posparto para producir leche (41).

c) Beneficios Psicológicos:

Los beneficios psicológicos tanto para la madre como para el lactante es que crea lazos de afecto entre ambos, para el lactante también el contacto físico ayuda a sentirse más protegido, abrigado y consolado y para la madre confianza en sí misma y cercanía con su hijo. El contacto emocional del recién nacido desarrolla la parte psicoafectiva, la parte emocional y la parte cognitiva (35)(42).

Además, en los niños que salen muy irritados en el parto, el contacto con la piel de la madre les calma y hace disminuir el llanto. Y en los niños que nacen más adormecidos, que les cuesta más adaptarse al medio externo, notamos que en el momento en el que se les pone en contacto con la piel de la madre, empiezan a estar más reactivos y a colaborar en el inicio de la lactancia. Entonces si existen muchas razones por las que la madre debe amamantar a su hijo y por lo que todos los lactantes deben recibir la leche materna y no otro tipo de leche (35)(42).

d) Beneficios Económicos

Existen beneficios económicos ya que para adquirir la leche materna no es necesario realizar un gasto monetario, ya que es gratuita, está en las óptimas condiciones, en la temperatura correcta, y mientras esté dentro del pecho de la madre no se vencerá, lo que garantizará alimento suficiente para el niño. Amamantar ahorra tiempo y dinero. La

madre no tiene que comprar la leche. Además, no tiene que medir, mezclar y calentar la leche artificial. Tampoco tiene que lavar y esterilizar biberones y tetinas (41).

2.2.6 Técnicas de amamantamiento y posición

Se debe permitir que durante la lactancia la madre y el niño interactúen en un ambiente relajado y de apoyo. El personal debe encontrarse accesible y presto para facilitar el proceso. (41)

Una buena técnica de amamantamiento es la base de una lactancia exitosa y segura, la madre debe colocarse en correcta posición o sea sentada para facilitar un buen acoplamiento de boca, pezón y areola. (43)

La asistencia y apoyo del padre están fuertemente asociados con el éxito de la lactancia materna. En un estudio en el que 224 madres fueron entrevistadas con respecto a sus prácticas de alimentación, el padre fue un factor clave en la iniciación de la lactancia materna. Cuando el padre apoyó la lactancia materna, más del 75% de las madres optaron por amamantar; por el contrario, cuando el padre no apoyó la lactancia, sólo el 2% de las madres optaron por amamantar. A menudo, el padre puede ayudar a la madre con el posicionamiento del niño, sobre todo si se está recuperando de un parto difícil o con episiotomía (43)

- Buena posición se debe ayudar a la madre para adoptar una posición cómoda para iniciar la lactancia. Esta posición puede ser acostada de lado en la cama o sentada en una silla cómoda.
- Posición acunada. - La posición más común implica acunar al bebé junto al pecho del que él o ella se va a alimentar, con su cabeza apoyada en el brazo de la madre. El niño debe estar colocado de manera que su vientre esté contra la parte superior del abdomen de la madre, en el mismo plano. Este estrecho contacto también ayuda al niño a mantener una temperatura corporal normal. (43)
 - Cabeza y cuerpo del lactante en línea recta
 - Cara del lactante dirigida hacia el pecho
 - Cuerpo de la madre cerca al lactante
 - Si es un recién nacido, la madre debe envolverlo en un abrazo.(43)



Fuente: Tomado de: OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión del consenso 2007. Washington DC: OMS; 2009.

Figura 2.

Posición de lactancia acunado

- Posición de balón de fútbol Americano.- Otra posición para amamantar al niño es aquella en la que el bebé se acuna en el brazo de la madre con su cabeza ubicada en la mano de la madre y los pies orientados hacia el codo de la madre. Las madres que se recuperaban de la cesárea pueden preferir esta posición debido a que se ejerce una menor presión sobre el abdomen. La madre entonces presenta su pecho al bebé, y se inicia el proceso de amamantamiento. (43)



Fuente: Tomado de: OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión del consenso 2007. Washington DC: OMS; 2009.

Figura 3.

Posición de lactancia pelota de futbol americano

- Posición acostada: tanto el niño como la madre, se posicionan en decúbito lateral, cara a cara con el niño, la cara del niño junto al pecho, abdomen y cuerpo de la madre, la madre del lactante deberá apoyarse mediante una almohada.(44)



Fuente: Tomado de: OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión del consenso 2007. Washington DC: OMS; 2009.

Figura 4.

Posición acostada

Presentación de la mamá para el lactante

Hay dos posiciones básicas de la mano que la madre puede utilizar normalmente para presentarle el pezón a su bebé, el agarre palmar o agarre en C y el agarre en tijera.

En la prensión palmar, la madre coloca el pulgar encima de la areola, y coloca los dedos restantes debajo del pecho para formar una "C" o "V".

El agarre de tijera implica la colocación de su pulgar y dedo índice por encima de la areola con los 3 dedos restantes debajo.

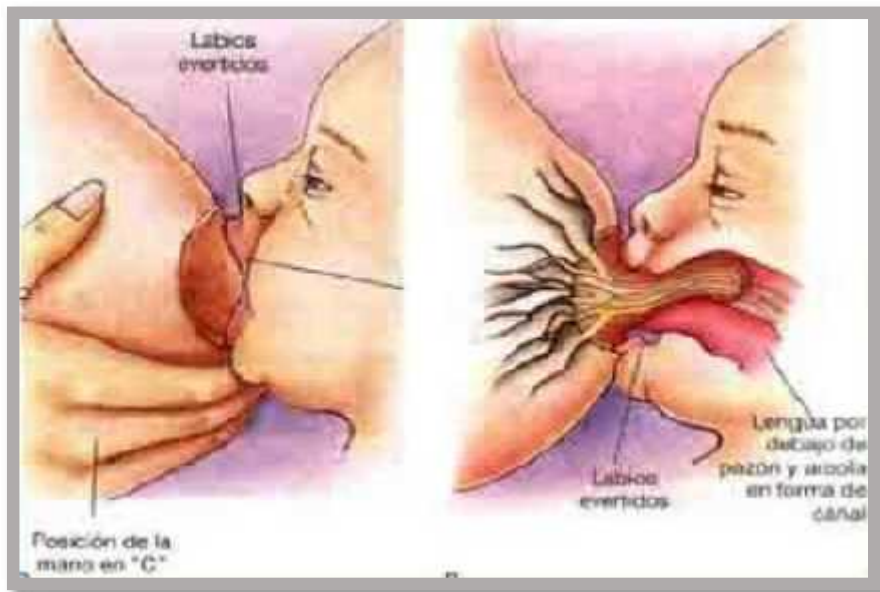
La madre debe asegurarse de que el pezón no se incline hacia arriba cuando se lo presenta al bebé porque esto podría resultar en una inadecuada prensión o abrasiones en el pezón. Además, es importante recalcar que independientemente de la manera que elija para presentar el pezón al bebé, tiene que hacerlo de manera que no impida que el niño coloque una cantidad suficiente de la areola en su boca, lo cual es necesario para la prensión adecuada y amamantamiento. (43)

Buen agarre: Para adoptar una técnica que favorezca la lactancia materna, la madre tiene que estar emocionalmente estable, sin temores, con una postura cómoda para ella y el bebé, ello facilitará un buen agarre y succión que permita mantener la producción de leche y evitar la aparición de grietas y dolor en los pezones. (47)

Recuerda que la producción de la leche materna dependerá de la succión del bebé, mientras que la salida de la leche dependerá de la tranquilidad de la mamá.

Signos de buen agarre (12)

- Mentón y nariz del lactante cerca del pecho materno
- Labios del lactante evertidos, en especial el inferior debe estar bien doblado hacia abajo
- Boca del bebé bien abierta
- Debe observarse la areola por encima de la boca del lactante (43)



Fuente: Tomado de:OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión del consenso 2007. Washington DC: OMS; 2009.

Figura 5.

Signos de Buen Agarre

2.2.7 Extracción manual de leche

Es la práctica que permite extraer la leche de los senos, cuando la madre necesita aumentar su producción o volumen de leche, o para aliviar la congestión de los pechos cuando se cargan demasiado (como suele ocurrir en la primera bajada de leche), en casos de recién nacido hospitalizado, o prematuro o de bajo peso, que está incapacitado aún para tomar directamente del pecho, o en el momento de la reincorporación de la madre a la vida laboral. Se puede realizar la extracción manual, extracción con sacaleches manual o eléctrico, y conservación, de la leche que bajo cuidados de higiene, mantiene sus propiedades y beneficios para el niño(a)(10)

➤ **Técnica de extracción:**

- Escoger un ambiente relajado y tranquilo.
- Lavarse las manos
- Realizar masaje de la glándula mamaria, estimulando la areola y los pezones.
- Extracción de la leche en un envase.
- Con el pulgar y el dedo índice sujetar el borde superior e inferior de la areola.
- Comprimir el pezón.

- Vaciar las áreas, rotando los dedos alrededor de la aréola
 - Alternar cada mama si el flujo de leche disminuye repitiendo el masaje varias veces.
 - La duración del procedimiento deberá durar de 20 a 30 minutos cada 2 horas.
 - Cerrar el recipiente rotulando con fecha y hora antes de guardar en el refrigerador.
 - La extracción de la leche también puede efectuarse con instrumentos manuales o eléctricos, después de que éstos hayan pasado por un proceso de esterilización.
- (45)

➤ **Conservación de la leche**

Se puede utilizar envase de vidrio o de plástico limpio. El envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo bien refrigerado.

No es necesario hervirlo. La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado. (45)

- Temperatura ambiente 12 horas
- Refrigerador 72 horas
- Congelador (refrigerador) 14 días
- Congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses

2.2.8 Promoción oportuna de la lactancia materna

A pesar de que la lactancia es un proceso fundamentalmente innato, la preparación de los padres y las madres incide en la adaptación del niño y la niña a la vida en el hogar y permite destacar oportunamente las complicaciones que se pueden presentar durante la lactancia(46).

Por lo que una adecuada gestión de cuidados y promoción de lactancia por parte del personal de salud es indispensable; la participación/intervención de la madre y del padre desde el momento del nacimiento, las redes de apoyo y el entorno familiar son esenciales para el trabajo conjunto con el equipo de salud (46).

El apoyo profesional en la lactancia materna exclusiva debe ser proporcionado por todo el personal de salud en sus distintas áreas, este apoyo comienza con la difusión de los beneficios de la LME antes del parto y debe continuar en el momento del posparto inmediato con el contacto piel con piel de la madre con hijo, asegurando que la técnica,

la succión y el número de tomas sean correctos, de igual manera se precisa un seguimiento sanitario en los primeros días de la lactancia (12)(46)(50).

La información por parte de los profesionales de salud es una de las estrategias de promoción de la lactancia más usadas; indispensable para la concreción de esta estrategia es la formación continua de los profesionales de la salud (47).

En un metanálisis de intervenciones para mejorar la lactancia materna se observó que era más probable que aquellas madres que recibieron educación prenatal mantuvieran la lactancia materna a las 6 semanas; además que dicha educación prenatal unida a un apoyo posnatal hasta el doceavo mes resultaba efectiva para aumentar la duración y la exclusividad de la lactancia materna (47).

En conclusión, es fundamental la combinación del apoyo prenatal, el apoyo en el momento del nacimiento y el apoyo en el puerperio precoz especialmente por la relación entre las intervenciones de los profesionales de salud para apoyar la lactancia y la iniciación exitosa que se considera un factor crítico para el mantenimiento de la LME.(47).

Las salas de trabajo de parto-parto-recuperación-posparto deben permitir que la atención se realice en el mismo lugar. Los centros de nacimiento y la internación conjunta brindan el mejor medio ambiente para establecer la lactancia materna (39).

La evidencia indica que la actitud positiva de la madre a continuar amamantando después del primer mes está relacionado a la iniciación de la lactancia materna inmediatamente después del parto; estudios han vinculado el desarrollo del apego materno y los niveles de oxitocina, mismos que son significativamente elevados a los 15 minutos, 30 minutos y 45 minutos después del parto, coincidiendo con la expulsión de la placenta (35).

Por ende, hacer que la madre tenga contacto con su bebé al mismo tiempo que él succiona en la primera hora después del nacimiento genera un feedback hormonal con resultados positivos tanto fisiológicamente en el mecanismo de la excreción de leche como psicológicamente en el desarrollo del vínculo madre-hijo. Además, como se mencionó previamente, el bebé tiene un periodo de alerta poco después del parto, antes de entrar en el período de sueño profundo que se produce aproximadamente 6-12 horas después. Por

último, durante el período de posparto inmediato el personal sanitario está más disponible para ayudar y orientar a la madre en la iniciación de la lactancia materna (35)(39).

2.2.9 Estrategias para fomentar la Lactancia Materna Precoz dentro del Hospital:

Contacto Temprano y Frecuente entre la Madre y su hijo.- El nacimiento incluye procesos psicológicos y sociales, cuyas variables pueden constituir riesgos que podrían perturbar el desarrollo del niño, su integración a la familia y a largo plazo su participación en la sociedad. La formación de vínculos seguros es esencial para el desarrollo de un niño sano y para el logro de una lactancia adecuada (17).

Inmediatamente después del nacimiento y de haberse brindado los cuidados iniciales al recién nacido(a), este debe ser colocado junto a su madre, sobre su abdomen y pecho, piel con piel (46).

Alojamiento conjunto.- También llamado habitación compartida, consiste en brindar atención a la Madre y al Recién Nacido de manera tal que se favorezca el contacto precoz (desde la primera media hora de posparto o apego inmediato) y durante el tiempo que permanezcan en la unidad por motivo del parto, esto con el fin de contribuir a mejorar la salud de la Madre y del Niño, de favorecer la relación afectiva Madre-Hijo y fomentar la alimentación al seno materno desde el posparto inmediato, evitando con esto, la malnutrición, el uso indiscriminado de sucedáneos de la leche y las infecciones cruzadas. El alojamiento conjunto se lleva a cabo con la madre y el hijo que no hayan tenido complicaciones, aun cuando el niño haya sido extraído por operación cesárea. El estar juntos les permite conocerse y reconocer las demandas del pequeño, entender sus ruidos y movimientos y así poder proporcionarles atención a sus necesidades de la mejor manera. Estableciendo y fortaleciendo el lazo de unión y confianza, sabiendo que el equipo de salud está para atenderlos y guiarlos pero que ustedes puedan atender y entender a su bebé. Generalmente los consejos que la madre recibe consiste en que ella descansa en su estancia en el hospital sin embargo se ha encontrado que las madres cuyos bebés son atendidos en el cunero, no duermen más que aquella que permanece en alojamiento conjunto, ya que estas últimas duermen mejor y más tranquilas sabiendo que él bebé está con ella, es por eso que los bebés que se alojan junto a sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente (41).

2.2.10 Estrategia Mundial “Iniciativa Hospital Amigo del Niño(a) y la Madre”

En 1991 la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, lanzan la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), cuyo objetivo es dar a cada bebé el mejor inicio de la vida y la implementación de los DIEZ PASOS HACIA LA LACTANCIA EXITOSA, y terminar con las donaciones o adquisiciones a bajo costo de los sucedáneos de leche materna en los establecimientos de salud (33).

Los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa se presentaron al mundo para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como papel especial de los servicios de maternidad. La Declaración de Innocenti de 1990, hizo un llamado para que todos los países tuvieran como meta cumplir enteramente los Diez Pasos. En el Perú, los establecimientos de salud juegan un rol fundamental en el inicio de la lactancia materna. El Personal de Salud debe tener en cuenta los “Diez Pasos” como guía básica para facilitar la práctica del amamantamiento, apoyando a las madres y fomentando la nutrición adecuada del niño (a), prácticas hospitalarias basadas en la evidencia que han demostrado mejorar los resultados de la lactancia materna (10).

DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Una declaración conjunta de OMS/UNICEF (1989)(10): Cada establecimiento que provea servicios de maternidad y cuidado de los recién nacidos deberá:

1. Disponer de una política de lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. 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.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

7. Practicar el alojamiento conjunto-permitir a las madres y a los niños permanecer juntos-24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar chupones ni biberones a los niños alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (12).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis:

Hipótesis General:

Existe relación significativa, entre los conocimientos, las estrategias en la atención del parto, y la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca – 2017.

Hipótesis nula:

No existe relación significativa entre los conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca - 2017

3.2 Variables

a) Variables independientes

) **Conocimientos sobre lactancia materna:** toda la información que poseen las madres en estudio, sobre la definición, la importancia, ventajas, beneficios y técnicas de la lactancia materna (33)(34)

) **Estrategias durante la atención del parto:** Todas aquellas actividades que realiza el personal de salud encargado de la atención del parto y del neonato, y que promueven la lactancia materna. (12)

b) Variable dependiente:

) **Lactancia materna:** Es la práctica de la alimentación natural, que la madre en estudio inicia desde la primera hora de producido el parto y durante todo el tiempo que permanece hospitalizada. (29)

3.3 Operacionalización de los componentes de la hipótesis

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
<u>Variables Independientes</u> Conocimientos y estrategias durante la atención del parto	<u>Conocimientos:</u> toda la información que poseen las madres sobre la definición, la importancia, ventajas, beneficios y técnicas de lactancia materna(33)(34)	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la lactancia materna - Conocimiento sobre la técnica de lactancia materna. - Técnica de extracción y conservación de la leche 	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno: 10 a 15 Puntos - Regular: 6 a 9 puntos - Malo: 5 ó menos puntos 	Ordinal	Cuestionario:
	<u>Estrategias durante la atención del parto:</u> Todas aquellas actividades que realiza el personal encargado de la atención del parto y del neonato, y que promueven la lactancia materna. (12)	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de oxitocina - Contacto precoz piel a piel - Clampaje oportuno de cordón umbilical - Alojamiento conjunto 	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO - SI - NO - SI - NO - SI - NO 	Nominal	Historia clínica
<u>Variable Dependiente</u> Práctica de lactancia materna	<u>Lactancia materna:</u> Es la práctica de alimentación natural, que la madre en estudio inicia desde la primera hora de producido el parto, y durante todo el tiempo que permanece hospitalizada(12)	Tipo de práctica de L.M. <ul style="list-style-type: none"> - Correcta - Incorrecta 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica correcta de L.M.: 10 -18 ítems correctos - Práctica incorrecta de L.M.: 1 - 9 ítems incorrectos 	Intervalo	Ficha de Observación

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 **Ámbito de estudio y ubicación geográfica**

La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, institución de referencia y de mayor complejidad de categoría II-2, de la Región Cajamarca. Brinda atención integral y especializada, donde se desarrollan actividades de prevención, recuperación, rehabilitación y docencia. Este nosocomio atiende a población referida de todas las provincias del departamento de Cajamarca.

El Departamento de Gineco-Obstetricia, cuenta con 19 ginecólogos, que prestan asistencia las 24 horas del día, 9 médicos residentes, 36 obstetras distribuidos en las áreas de emergencia, consultorio externo y planificación familiar, centro obstétrico, unidad de bienestar fetal, puerperio inmediato y hospitalización, así como internos de medicina y de Obstetricia de la Universidad de Cajamarca y de otras ciudades.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, se sitúa en el distrito, provincia y Departamento de Cajamarca; se encuentra ubicado en la Av. Larry Jhonson, Mollepampa, zona de expansión urbana de la ciudad de Cajamarca, distante aproximadamente a 7 km. de la Plaza de Armas y a un tiempo promedio de 18 minutos utilizando vía terrestre. El Hospital posee un área de 46,955.80 m², cuenta con 5 niveles (pisos); en el tercer nivel se encuentra centro quirúrgico, centro obstétrico, UCI, UCI Intermedio, UCI Neonatal y Neonatología; y en el quinto nivel se ubica el área de Hospitalización en Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía.

4.2 **Diseño de Investigación:**

El diseño de investigación, fue no experimental porque no se manipuló deliberadamente las variables, y transaccional o transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento en un tiempo único.

4.3 Tipo de Investigación

Descriptiva porque el propósito fue describir cómo se manifiesta el problema de investigación. Correlacional porque, tuvo como fin, medir el grado de relación que existe entre las variables que se estudiaron, cuantitativa, porque buscó determinar las características de las relaciones entre las variables, los datos son numéricos, se cuantifican y se someten a análisis estadístico.

4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

Población

Estuvo conformada por 1352 puérperas inmediatas atendidas de parto eutócico, en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca -2017.

Muestra

Se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

Para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

-) Z= nivel de confianza (1.96)
-) p= proporción de éxito (0.94)
-) q= complemento de p (0.100)
-) N= población (1352)
-) E= margen de error (0.05)
-) n= muestra

$$n = \frac{(1.9)^2 (0.9)(0.1)(1352)}{(0.05)^2 \cdot (1352-1) + (1.9)^2 (0.9)(0.1)}$$

$$n = 8$$

Unidad de Análisis

Constituida por cada una de las puérperas cuyo parto eutócico, fue atendido en el centro obstétrico del Hospital Regional Docente de Cajamarca y que cumplan con los criterios de inclusión

1. Criterios de Inclusión:

- Aceptar voluntariamente ser parte del trabajo de investigación, y firmar el consentimiento informado.
- Puérperas de parto vaginal eutócico, y con evolución favorable

2. Criterios de Exclusión:

- Puérperas de parto vaginal con alguna patología.
- Madres con VIH.
- Puérperas que se negaron a participar en la investigación.

4.5 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos de recopilación de información

Se solicitó los permisos correspondientes a la Dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca, luego de tener la autorización para realizar la investigación, se procedió a aplicar los instrumentos de recolección de la información, a las puérperas que voluntariamente aceptaron ser parte del estudio.

) Técnicas

Con la finalidad de cumplir los objetivos propuestos en un primer momento se aplicó la encuesta, con la finalidad de recabar la información necesaria para determinar los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las puérperas, y se revisó la historia clínica para obtener algunos datos del parto, necesarios para el estudio; ya que constituye una técnica básica para la recolección de datos en campo.

En un segundo momento, se aplicó la ficha de observación de la mamada. Este instrumento elaborado por la OMS, OPS y UNICEF en la “Guía de capacitación en manejo de lactancia materna de H. C. Armstrong, Nueva York, UNICEF, 1992 la que nos permite calificar como práctica correcta e incorrecta. (33)

) Instrumentos

Se obtuvieron los datos sobre conocimientos y estrategias de atención del parto, mediante la aplicación de una encuesta.

) Descripción del cuestionario:

1° parte: Datos Generales, consiste de cinco ítems, referidos a la edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia y ocupación de la madre. Se tomaron datos informativos.

2° parte: Estructurado con 15 preguntas politómicas, contenidas en tres dimensiones, una primera dimensión evalúa el conocimiento sobre la importancia y beneficios de la lactancia para la madre y para el niño(a), (ítems 6-12) la dimensión II (ítems 13-16) permite conocer la información que la unidad de análisis ha recibido sobre la técnica de lactancia, y la dimensión III (ítems 17 – 20) sirve para identificar los conocimientos sobre extracción y conservación de leche.

- Criterio de evaluación:

Bueno: 10 - 15 respuestas acertadas

Regular: 6 - 9 respuestas acertadas

Malo: 5 ó menos aciertos

Posteriormente, se evalúan las estrategias que el personal de salud encargado de la atención del parto y del neonato, realizaron durante la atención del parto para favorecer la lactancia materna, se revisó la historia clínica de la parturienta en donde se consignan los datos del parto, como el contacto precoz piel a piel y el tiempo que duró éste, el clampaje oportuno del cordón umbilical, el alojamiento conjunto, un dato que también se tomó en cuenta es el uso de oxitocina durante el periodo expulsivo, se obtuvo dicha información de la historia clínica.

Se observa la técnica de lactancia materna que las puérperas practican durante el alojamiento conjunto mediante una ficha de observación que contiene 18 ítems, los cuales tienen valores de:

) Práctica correcta (de 10 a 18 ítems correctos)

) Práctica incorrecta (1 a 9 ítems incorrectos).

4.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Dicho instrumento se sometió a una prueba de juicio de expertos y al método de consistencia interna basado en el Alfa de Cronbach, que demostró su validez y confiabilidad.

) Validación del instrumento

El instrumento como tal se sometió a una prueba de juicio de expertos, para ello se buscó la certificación de 4 reconocidas docentes con experiencia en investigación., donde los cuestionarios obtuvieron un valor de 18.5, lo que indica que el cuestionario sobre conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna tiene un nivel de validez muy Aceptable.

El cuestionario fue sometido a prueba piloto con 15 puérperas, que sirvieron para ajustar el instrumento de recolección. Obteniéndose un valor de coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable para ser aplicado.

4.7 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

En cuanto al procesamiento de datos: después de obtener la información en el trabajo de campo se realizó la tabulación a través del programa SPSS versión 24, para luego aplicar las medidas de tendencia central a cada una de las áreas.

4.8 Matriz de Consistencia

Matriz de Consistencia Metodológica

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	INDICADORES	ITEMS
<p>a) Principal:</p> <p>¿Cómo es la relación entre los conocimientos, las estrategias durante la atención del parto y la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017?</p>	<p>a) General:</p> <p>Determinar y analizar los conocimientos, estrategias en la atención del parto y la práctica de lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - 2017</p>	<p>a) Hipótesis General:</p> <p>Existe relación significativa, entre los conocimientos, las estrategias durante la atención del parto, y la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca – 2017</p>	<p>VARIABLES DEPENDIENTES:</p> <p><u>Conocimientos:</u> toda la información que poseen las madres sobre la definición, la importancia, ventajas, beneficios y técnicas de lactancia materna(33)(34)</p> <p><u>Estrategias durante la atención del parto:</u> Todas aquellas actividades que realiza el personal encargado de la atención del parto y del neonato, y que promueven la lactancia materna.(12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la lactancia materna - Conocimiento sobre técnica de lactancia materna. - Extracción y conservación de la leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno: 10 A 15 puntos - Regular: 6 a 9 puntos - Malo: 5 6 menos puntos
<p>Específicos:</p> <p>¿Cómo es la práctica de lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?</p> <p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos, que se relacionan con lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna y cómo se relacionan éstos con la práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias durante la atención del parto que se relacionan con la práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio?</p>	<p>Específicos</p> <p>Identificar el tipo de práctica de lactancia materna de las puérperas en estudio</p> <p>Identificar algunos factores sociodemográficos que se relacionan con la lactancia materna</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos y su relación con la práctica de lactancia materna, de las puérperas en estudio.</p> <p>Establecer las estrategias que durante la atención del parto se relacionan con la lactancia materna.</p>	<p>b) Hipótesis Nula:</p> <p>No existe relación significativa directa entre los conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca - 2017</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p><u>Práctica de lactancia materna :</u></p> <p>Es la práctica de alimentación natural, que la madre en estudio inicia desde la primera hora de producido el parto y durante todo el tiempo que permanece hospitalizada.(12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de oxitocina - Contacto precoz piel a piel - Clampaje oportuno del cordón umbilical - Alojamiento Conjunto <p>Tipo de práctica de L.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práctica correcta - Práctica incorrecta 	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO - SI - NO - SI - NO - SI - NO <ul style="list-style-type: none"> - Práctica correcta: 10 a 18 ítems correctos - Práctica incorrecta: 1 a 9 ítems incorrectos

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Presentación de Resultados

Tabla 1
Puérperas según tipo de práctica de lactancia materna, servicio Gineco-Obstetricia Hospital Regional Docente de Cajamarca-2017

Práctica de Lactancia materna	N°	%
Correcta	22	26.8
Incorrecta	60	73.2
Total	82	100.0

La tabla 1 muestra que, de un total de 82 puérperas entrevistadas durante el presente estudio, 73,2% realiza una práctica incorrecta de lactancia, mientras que 27,8 % amamanta a su recién nacido con una práctica correcta.

Los resultados de este estudio son similares a los de Mini. E. (26), cuyos resultados muestran que sólo el 31% de su muestra, tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Igualmente, Zapata F. (25) en su estudio sobre nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas del servicio de maternidad, Hospital de Apoyo Nivel II-Sullana; concluye que la mayoría de las madres primíparas presentan un nivel de práctica inadecuada de lactancia materna exclusiva, y en menor porcentaje un nivel de práctica adecuada.

Contrariamente a estos resultados Carrillo R. et al. Reporta que el 38,3% de las mujeres en periodo posparto que tienen conocimiento regular tienen una práctica apropiada. Además, el 17% de las que tienen conocimiento alto también tienen una práctica apropiada (20).

La práctica de la lactancia materna es un tema en el que, el equipo profesional de salud debe poner mayor énfasis al momento de las intervenciones educativas, debido a que se han identificado situaciones que dificultan una técnica de amamantamiento adecuada. Si bien es un hecho instintivo, el lograr un buen acoplamiento no es fácil sobre todo en

madres primerizas, el dolor en los pezones al momento de iniciar la lactancia es una de las causas por las que muchas mujeres abandonan la oportunidad de alimentar a su recién nacido con leche materna(12).

Una correcta observación del acto de amamantar resulta imprescindible, pues permite realizar un diagnóstico sobre si la posición y el agarre son correctos o no, lo cual es vital para ofrecer ayuda práctica; una boca bien abierta, el labio inferior evertido, el mentón pegado al pecho, permite que el pezón se introduzca hasta el paladar blando, casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del bebé. Existen otros requisitos para considerar un buen agarre: el labio de abajo cubre más areola que el labio superior; el bebé tiene las mejillas redondeadas; cuando el bebé se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda (44).

Tabla 2

**Factores sociodemográficos que se relacionan con la lactancia materna.
Púerperas, servicio Gineco-Obstetricia Hospital Regional Docente de
Cajamarca-2017**

Edad (años)	Práctica de LM				Total		Chi-Cuadrado	
	Correcta		Incorrecta		N°	%	Valor	p
	N°	%	N°	%				
Edad (años)							18.66	0.0022
Menores de 15	0	0.0	2	3.3	2	2.4		
De 16 a 20	2	9.1	12	20.0	14	17.1		
De 21 a 25	3	13.6	15	25.0	18	22.0		
De 26 a 30	3	13.6	20	33.3	23	28.0		
De 31 a 35	6	27.3	8	13.3	14	17.1		
De 36 a más	8	36.4	3	5.0	11	13.4		
Estado civil							24.22	0.0000
Soltera	5	22.7	8	13.3	13	15.9		
Casada	11	50.0	4	6.7	15	18.3		
Conviviente	6	27.3	48	80.0	54	65.9		
Nivel de instrucción							17.29	0.0006
Primaria	3	13.6	15	25.0	18	22.0		
Secundaria	5	22.7	35	58.3	40	48.8		
Superior no universitaria	8	36.4	6	10.0	14	17.1		
Superior universitaria	6	27.3	4	6.7	10	12.2		
Ocupación							16.63	0.0002
Ama de casa	10	45.5	51	85.0	61	74.4		
Empleada independiente	5	22.7	7	11.7	12	14.6		
Empleada dependiente	7	31.8	2	3.3	9	11.0		
Zona de procedencia							4.82	0.0281
Zona Urbana	20	90.9	40	66.7	60	73.2		
Zona rural	2	9.1	20	33.3	22	26.8		
Total	22	100.0	60	100.0	82	100.0		

La tabla 2, muestra los factores sociodemográficos de las púerperas atendidas en Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 36,4% de las púerperas en estudio se encuentran en el rango de 36 años a más de edad y practican correctamente la lactancia materna; 33,3% de las encuestadas se encontraban en el rango de edad entre 26 y 30 años, las cuales realizan una práctica incorrecta de lactancia materna (LM), podemos establecer una relación altamente significativa entre la edad y la práctica de lactancia materna ($p < 0.05$)

Los datos de este estudio son muy parecidos a los encontrados por Carrillo (2014), en su investigación concluyó que la media de edad fue de 23 años, García (2015), reporta que

el grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38,3%, Ito (2016) 47,3% de las madres tienen entre 25 y 34 años (20)(24)(23).

Contrario a estos resultados Niño (2012) informa un 30,9% para el grupo comprendido entre los 16 a 24 años de edad. La edad ideal para el embarazo es entre los 24 y 29 años donde la mujer ha alcanzado la madurez física y emocional que le permite realizarse como madre a plenitud en todos los aspectos (22).

Esta característica sociodemográfica de las puérperas en estudio, toma valor al evaluar la disposición para la alimentación adecuada para su niño (a) recién nacido, tal vez porque depende de la madurez psicológica en la que se encuentra la madre, para valorar la pertinencia, de alimentar a su hijo con la mejor opción, luego de haber recibido la información oportuna, ya sea del personal de salud, o haberla buscado ella misma en los diferentes medios de comunicación, que por hoy se han difundido ampliamente y forman parte de la rutina de cada persona. La edad de las puérperas en estudio nos sirve también para establecer las condiciones obstétricas, a menor edad menor número de hijos y por lo tanto la atención del parto determina procedimientos, como es la episiotomía, que dificulta la lactancia por el dolor y la incomodidad que supone para movilizarse, por el contrario a mayor edad, mayor experiencia y por lo tanto, prácticas favorables de lactancia materna, cuando una madre ha tenido experiencias negativas en sus intentos de amamantar, se niega la posibilidad de tener una lactancia materna exitosa y se predispone a fracasar también con los siguientes hijos.

Respecto, al estado civil de las entrevistadas, 80,0% conviven con su pareja, las cuales tienen una práctica incorrecta de lactancia materna, y el 50,0% corresponde al grupo de estado civil casada y practica correctamente la lactancia materna. Con una relación altamente significativa ($p=0.0000$)

Al realizar el contraste de estos datos, con los resultados de García (2012) predomina el estado civil conviviente con el 76,4%. Mini (2013) también coincide con un mayor porcentaje de madres convivientes en su estudio 58,4%, Ito (2016), reporta que el 84% de su muestra estudiada corresponde al estado civil conviviente, igualmente Niño(2012), muestra un mayor porcentaje para la relación de pareja de convivencia con un 37,5% (24)(26)(23)(22).

El que una madre, que acaba de dar a luz cuente con la compañía de su pareja en este momento tan importante, juega un papel determinante en la decisión de dar o no de amamantar, pareciera que el hecho de tener una pareja que apoye a la madre, en los quehaceres del hogar y/o el cuidado de los otros niños, permitiendo el descanso y la recuperación del desgaste que demanda la lactancia durante la noche, es una forma de animarla a que continúe con este proceso de manera satisfactoria, pero también existe la posibilidad que ocurra lo contrario, ya que la opinión que el esposo y el entorno (familia, vecinos, amigos), tengan sobre la lactancia materna influirá en la decisión, de la madre, de continuar con esta forma de alimentación para el niño(a).

También debemos señalar, respecto al estado civil, 15,9% corresponde a las mujeres solteras, de ellas 22,7% realizan práctica correcta de lactancia materna, y 13,3% práctica incorrecta, con una relación altamente significativa ($p=0.0000$)

Cuando una mujer, debe enfrentar sola la responsabilidad del cuidado de un niño en muchos casos debe dejarlo al cuidado de otras personas, para salir de casa a trabajar o terminar sus estudios, lo que podría ser un impedimento para continuar con la L.M. en otro escenario, cuentan con el apoyo de su familia, por vergüenza o temor de ocasionar un gasto más, se ven obligadas a amamantar, siempre y cuando la familia brinde el apoyo que en este proceso se necesita.

La tabla también nos muestra el grado de instrucción de la población en estudio, observamos que 58,3% de púerperas estudió secundaria, y realiza una práctica incorrecta de lactancia materna y 36,4% tienen estudios superiores no universitarios, realizando una práctica correcta de lactancia materna, con una relación altamente significativa ($p=0.0006$).

Al contrastar con otros estudios realizados, García(2012) reporta que el mayor porcentaje obtenido es el nivel de instrucción secundaria con 56.7%, Niño (2012), nos da a conocer que el mayor nivel educativo alcanzado por su población estudiada es el de media con un 51.3% (en Chile la educación media corresponde a la educación secundaria en nuestro País, pero va desde los 14 a 17 años, es obligatoria, tiene una duración de cuatro cursos, se puede optar por la vía científico-humanista orientada al acceso a la universidad o la técnico - profesional que prepara a los estudiantes para el mercado laboral). Mini (2012) también informa un mayor porcentaje de nivel secundaria con 71,7%, Ito (2016)

halló el mayor porcentaje 84,0% para el nivel secundaria, no encontrándose diferencias con otros estudios (24)(22)(26)(23).

El grado de educación alcanzado por la madre, es un indicador que permite conocer la capacidad de asimilar conocimientos a partir de la información recibida, pero no garantiza la permanencia de la lactancia materna. Las mujeres que han logrado el mayor grado académico (universitario o técnico) son las que mayor riesgo presentan de no cumplir con el derecho de lactancia al compararlas con aquellas mujeres que no trabajaban, o que, solo han cursado la primaria (47).

Asimismo, cuando se analiza la práctica de lactancia materna según el nivel de instrucción de la madre, veremos que es mayor en las mujeres con primaria, y secundaria, disminuyendo en las mujeres con grado de instrucción superior; por tanto, se da una relación inversa entre nivel de instrucción, y lactancia materna, lo que conlleva a centrar nuestras acciones de información, educación y comunicación en las mujeres del área urbana, y que tienen nivel instrucción superior. (7).

Otro factor sociodemográfico, observado en la tabla 2, es la ocupación, 85,0% se dedican a, ama de casa, las mismas tienen una práctica incorrecta de lactancia materna, y un 45,5% también del grupo, son amas de casa, realizan el amamantamiento de manera correcta. Con una relación significativa ($p=0.0002$)

Relacionando los hallazgos con otros estudios, los de Zapata (2011) informa un mayor porcentaje 58% son amas de casa o desempleada, Carrillo (2014), también coincide que la muestra estudiada en su mayoría se dedica a labores del hogar, Mini (2013) encontró que el 74,6% de su muestra son amas de casa (25)(20)(26).

Difieren los resultados con Bautista (2014) quien reporta que su muestra en estudio tiene ocupación de estudiante en un 86,0% (28).

El acto de amamantar significa no sólo conocimientos y práctica adecuada, sino también la disposición del tiempo necesario para dedicarse a este proceso, que de no encontrar el apoyo del entorno y las condiciones necesarias podría terminar muy pronto y con las consecuencias desfavorables para el niño (a), una madre que no trabaja fuera de su hogar, es de esperar que se dedique con éxito a la lactancia materna, para ello es importante que el personal de salud la prepare desde el embarazo, brindándole los conocimientos

necesarios y la ayuda oportuna durante el parto y el puerperio para corregir las dificultades que se presenten y asegurar la lactancia materna exitosa.

En cuanto a la zona de procedencia, la mayoría de puérperas, de esta investigación, 90,9% proceden de la zona urbana y realizan la práctica de lactancia materna, de manera correcta, y el 66,7% corresponde a la población que procede también de la zona urbana, pero al hacer la observación de la mamada, practican la lactancia de manera incorrecta.

Según el Ministerio de Salud, si vemos este dato desde las diferencias por área urbana-rural, visualizaremos que la mayor incidencia de la lactancia materna se encuentra en el área rural con un 83%, es decir, 20.7 puntos porcentuales más que en el área urbana, que solo alcanza 62.3%, por debajo del promedio nacional, debiendo fortalecerse las acciones en el área urbana, desde la gestación, el parto y pos-parto (7).

Tabla 3
Conocimiento sobre lactancia materna, según tipo de práctica. Puérperas, servicio Gineco-Obstetricia Hospital Regional Docente de Cajamarca-2017

Conocimiento	Práctica de Lactancia Materna				Total	
	Correcta		Incorrecta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bueno	6	27.3	2	3.3	8	9.8
Regular	7	31.8	10	16.7	17	20.7
Malo	9	40.9	48	80.0	57	69.5
Total	22	100.0	60	100.0	82	100.0

$X^2 = 14.78$ $p = 0.01$ $p < 0.05$

En la tabla que antecede, se observa que, los conocimientos, que las puérperas tienen sobre lactancia materna, 80,0% de la población en estudio, califica como conocimiento malo, y al hacer la observación de la práctica de lactancia materna en este grupo podemos registrar que es incorrecta, el 40,9% que, también califica como conocimiento malo, corresponde al grupo de práctica correcta de lactancia materna.

Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la misma, según la prueba estadística del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

El presente estudio coincide con los datos reportados por Bautista (2014) quien halló un mayor porcentaje (37%) en madres que presentan nivel de conocimientos bajo (28).

No se encontró coincidencia, con Carrillo (2014) quien califica como regular, el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de su población estudiada 67,3%; García (2015) El nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, Zapata (2011) refiere que la mayoría de las madres primíparas presentaron un nivel de conocimiento regular sobre la práctica de lactancia materna; Mini (2013), 61% tuvo un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna exclusiva; Ito (2016), nos muestra que 88.7% de las madres tienen nivel de conocimiento regular(20)(24)(25)(26)(23).

Contrariamente Solórzano (2016) Concluye que el nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna exclusiva es 44,4% de las madres con buen conocimiento (27).

El presente estudio nos permite evidenciar que las puérperas, en su mayoría poseen un nivel malo de conocimientos sobre lactancia materna, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, no se ha implementado el servicio de Psicoprofilaxis, lo que explicaría por qué las gestantes no tienen acceso a la información y preparación para la lactancia durante el embarazo, otro aspecto importante, de resaltar, es la falta de atención y poco interés por parte de las madres, para escuchar y aplicar los conocimientos que se le proporcionan durante las consejerías y/o charlas que se les brinda, en cada espacio que es aprovechado por el personal de salud para este propósito (durante la atención prenatal, cuando está hospitalizada por alguna complicación del embarazo, durante las pruebas de bienestar fetal, en los controles obstétricos del inicio de trabajo de parto), se insiste en proporcionar esta información, que, al hacer la réplica, las respuestas no satisfacen la intención de mejora esperada.

Tabla 4

Relación de las estrategias durante la atención del parto con la práctica de lactancia materna. Puérperas servicio Gineco-Obstetricia HRDC-2017

Estrategias	Práctica de Lactancia Materna				Total		Chi-Cuadrado	
	Correcta		Incorrecta		Nº	%	Valor	p
	Nº	%	Nº	%				
Uso de oxitócico							0.09	0.7656
Si	4	18.2	16	26.7	20	24.4		
No	18	81.8	44	73.3	62	75.6		
Contacto precoz piel a piel							39.51	0.0000
Menos de 30 minutos	4	18.2	55	91.7	73	89.0		
Hasta que llegó al pecho (una hora o más)	18	81.8	5	8.3	9	11.0		
Clampaje oportuno de cordón umbilical							0.16	0.6857
Inmediato	0	0.0	3	5.0	3	3.7		
2 - 3 minutos	22	100.0	57	95.0	79	96.3		
Alojamiento conjunto							5.16	0.0231
Si	22	100.0	45	75.0	67	81.7		
No	0	0.0	15	25.0	15	18.3		
Total	22	100.0	60	100.0	82	100.0		

En la tabla 4, se exponen las estrategias que, durante la asistencia del parto el personal de salud encargado de la atención de la puérpera y el recién nacido, realizan con el fin de favorecer la lactancia materna, se investigó mediante la revisión de la historia clínica, si durante el segundo periodo del trabajo de parto se hizo uso de oxitocina, encontrando que, (75,6%), no se administró éste medicamento, durante la atención del periodo expulsivo, de ellas, 81.8%, practican la lactancia materna de manera correcta, y 73,3%, lo hace de manera incorrecta, el 24,4% de las puérperas en estudio, si recibieron oxitocina, de este grupo, el 26,7% , realiza una práctica incorrecta de lactancia materna, y 18,2 % lo hace de manera correcta.

No existe relación significativa ($p=0.7656$) entre el uso de oxitocina durante la atención del segundo periodo del parto y la práctica de lactancia materna, según la prueba estadística del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

Una vez producido el alumbramiento el nivel de estrógeno y progesterona, cae bruscamente, la prolactina que se mantiene elevada, gracias a la disminución de la progesterona y estrógeno, puede estimular la lactogénesis (formación de leche), este proceso tiene lugar entre las 20-30 horas post parto (16).

Concretamente la prolactina estimula la producción de leche en los alvéolos mamarios, y la oxitocina contrae las células mioepiteliales que ayudan a desplazar la leche de los alvéolos hasta los conductos mamarios (35).

La administración de oxitocina sintética, durante el trabajo de parto produce la inhibición de producción de oxitocina endógena, encargada de despertar sentimientos y emociones no solo en la madre sino también en el recién nacido al atravesar la barrera placentaria, regulando las funciones neuroconductuales críticas en el desarrollo humano temprano (35).

La oxitocina tiene un rol importante en el estado emocional de la madre; la hace sentir relajada, apacible, feliz, promueve la empatía, la generosidad e incrementa la confianza. Esto es debido a que tiene la capacidad de inhibir el sistema nervioso simpático (lo que nos hace estar atentos, activos, en alerta), por tanto, es una hormona anti-estrés. Por este motivo es llamada la hormona del enamoramiento entre la madre y el hijo. Promueve el amor, siempre y cuando haya calma y contacto, pero hay que saber que es inhibida por la adrenalina, hormona que liberamos cuando estamos en situaciones de estrés agudo (miedo, angustia, frío, peligro) (35).

Hay poca evidencia acerca de cómo la lactancia se ve afectada por los fármacos que son utilizados de forma rutinaria durante el parto. Un estudio publicado el año 2009 analizó la relación entre los fármacos usados rutinariamente en trabajo de parto y la lactancia en las 48 primeras horas posparto. Se encontró que la oxitocina en el posparto inmediato estaba relacionada a una reducción del 6-8% en la lactancia materna a las 48 h después del parto. También se observó que, a mayor oxitocina intravenosa, menor era la producción de oxitocina endógena (48).

En las mujeres que solo tuvieron parto vaginal se observó que de aquellas que estuvieron expuestas a Oxitocina Sintética 71.42%; tuvieron lactancia materna exclusiva al segundo mes posparto, en cambio, de las que no estuvieron expuestas a oxitocina, el 100% tuvo lactancia materna exclusiva (49).

Otra práctica que favorece la lactancia materna, desde el nacimiento, es el contacto precoz piel a piel y que en el presente estudio es relacionado con la práctica de lactancia materna, encontrándose que, 89,0% de parturientas, no se le realizó el contacto precoz piel a piel, de ellas, 91,7% tienen una práctica incorrecta de lactancia materna., 18,2% practican la

lactancia materna de manera correcta. El 11,0% de puérperas en estudio tuvo la oportunidad de recibir a su niño en contacto precoz piel a piel durante los sesenta minutos o más que debe durar esta estrategia, el 81,8% de ellas realiza una práctica correcta de lactancia materna, y el 8,3% practica la lactancia materna de manera incorrecta.

Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el contacto precoz piel a piel y la práctica de lactancia materna, según la prueba estadística del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

Procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el profesional que atiende el parto y debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz (12)(17)(50).

En los últimos años se ha venido reconsiderando la práctica del contacto precoz piel a piel madre recién nacido, en el posparto en los diferentes establecimientos de salud públicos o privados como un derecho fundamental del binomio, respaldada y sustentada en diversos documentos y por organizaciones internacionales como: La Declaración conjunta OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), la declaración de Innocenti (1990) y la normativa de la OMS/Unicef con la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, que desde los años 1991 promueve diez pasos hacia una feliz lactancia natural, en el que incluye que para la asistencia de los partos normales, debieran ser promovidas el contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo con el apoyo del inicio de la lactancia en la primera hora después del parto (12)(17).

El contacto precoz piel a piel madre-RN en el postparto inmediato resulta ser un método de bajo costo y beneficioso para la madre y su hijo, con gran impacto en la salud a corto y largo plazo (12)(17)(50).

Dentro de los beneficios que podemos destacar de la estrategia, es que disminuye los niveles de las hormonas del estrés (cortisol), favorece estabilidad respiratoria, cardíaca, de la glicemia y de la temperatura corporal; favorece el “período de reconocimiento sensible” entre la madre y su hijo, la autorregulación del RN, y fortalece la interacción positiva madre-niño a corto y largo plazo (17).

La madre también se beneficia fisiológica y psicológicamente, ya que estimula la

secreción de oxitocina (con efectos sobre contracción uterina para prevenir hemorragias post parto y efecto anti-estrés por aumento de niveles de endógenos opiáceo), favorece la confianza y seguridad materna para el cuidado del RN, produce satisfacción materna, expresión de sentimientos positivos de reciprocidad y disminución de niveles de depresión posparto (17).

El parto vaginal con mínima intervención y que permita el contacto piel a piel de inmediato es aparentemente una de las estrategias que favorecería el amamantamiento dentro de la primera hora de nacido el niño(a) y que permitiría la lactancia materna exclusiva (12)(46).

El clampaje oportuno del cordón umbilical es otra estrategia que fomenta la lactancia materna exitosa, en esta investigación, se encontró que 96,3% de recién nacidos de las puérperas en estudio, se realizó el clampaje oportuno del cordón umbilical dentro de los 2-3 minutos posteriores al nacimiento, encontrándose que, 100.0% de puérperas de este grupo realizan la lactancia materna de manera correcta, 95,0% de este mismo grupo realiza la lactancia materna con práctica incorrecta, el 3,7% de puérperas en estudio no se realizó clampaje oportuno de cordón umbilical, el mismo porcentaje realiza una práctica incorrecta de lactancia materna.

No existe relación significativa ($p>0.05$) entre el clampaje oportuno del cordón umbilical y la técnica de lactancia materna, según la prueba estadística del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

Retrasando el pinzamiento del cordón se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, en los que hay un menor acceso a alimentos ricos en hierro. El clampaje tardío del cordón umbilical previene la anemia, y un niño con niveles de hemoglobina óptimos es un niño vigoroso que podrá responder apropiadamente a los estímulos para realizar una lactancia materna exitosa (18).

Dentro de las estrategias que durante la atención del parto se ha considerado en la presente investigación, favorable, para el éxito de la lactancia materna, es el alojamiento conjunto, que en el presente estudio el 81,7% de puérperas, permanecieron todo el tiempo que duró su estancia hospitalaria, junto a su recién nacido, de ellas, el 100,0% realizan una práctica

incorrecta de lactancia materna, y el 75.0% de este grupo, practican la lactancia materna de manera correcta, por otro lado el 18,3% de puérperas estudiadas fueron separadas en algún momento de su recién nacido, de ellas 25,0% tiene una práctica incorrecta de lactancia materna.

Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el alojamiento conjunto y la práctica de lactancia materna, según la prueba estadística del Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad.

El alojamiento conjunto es la permanencia de la madre junto a su recién nacido desde el nacimiento y durante todo el tiempo que dure su estancia hospitalaria, es en este momento que la madre aprovecha para darle lactancia exclusiva que debe recibir el niño (a) debido principalmente a la poca importancia que le dan al calostro considerándolo “leche guardada” por el color amarillento y la consistencia espesa que presenta, además la pequeña cantidad que se produce, hace que la mayoría de madres consideren insuficiente, para satisfacer las necesidades alimenticias de su bebé, y por lo tanto solicitan a sus familiares; y en muchas ocasiones es el personal del hospital quienes facilitan los sucedáneos de leche materna para alimentar a sus recién nacidos. El 18,3% de puérperas no permanece junto a su niño(a) por diversos motivos es separado de la madre y llevado a sala de neonatología, al retornar con sus madres, y realizar la observación de la mamada, se pudo determinar que en total 25,0% no realiza la técnica correcta de lactancia materna. Es habitual que los niños que permanecen en observación en sala de neonatología, como parte de los protocolos de atención se pruebe tolerancia gástrica con sucedáneos de leche materna, al recibir biberón el niño(a) crea impronta con este objeto, al momento de estar en contacto con la madre rechaza el seno materno y dificulta el acoplamiento (9)(46)(50).

Lograr una lactancia natural con éxito depende de una serie de factores, entre ellos, la renormalización de la lactancia materna como método de alimentación infantil de primera elección, a través de programas de asesoramiento y educación prenatal (32).

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- a) El 73,2% de puérperas atendidas en el centro obstétrico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, tiene una práctica incorrecta de lactancia materna.
- b) Según los factores sociodemográficos de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, son mayores de 36 años y tienen una práctica correcta de lactancia materna, la mayoría, son convivientes y su práctica de lactancia materna es incorrecta, el nivel de instrucción que predomina es secundaria, y una práctica incorrecta de lactancia materna, son amas de casa en su mayoría y su práctica de lactancia materna es incorrecta, y la mayoría de puérperas proceden de la zona urbana y practican la lactancia materna de manera incorrecta. Con una relación altamente significativa ($p < 0.05$).
- c) El nivel de conocimiento sobre lactancia materna es malo en su mayoría y está relacionado significativamente con una práctica incorrecta de lactancia materna.
- d) Durante la atención del parto, el contacto precoz piel a piel y el alojamiento conjunto, son estrategias que se relacionan significativamente con la práctica de lactancia materna.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Gobierno Regional de Cajamarca, de la Dirección Regional de Salud, del Hospital Regional Docente de Cajamarca:

- 1° Cumplir y hacer cumplir los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, en todos los establecimientos de salud donde se brinda atención materna.
- 2° Elaborar un programa educativo para las gestantes en lactancia materna, de acuerdo a la realidad local, donde se involucre a la pareja y su familia, y que se difunda en todos los establecimientos de salud, que tienen que ver con la atención de la madre y el niño (a).
- 3° Implementar el curso de Psicoprofilaxis en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en donde se prepare a la gestante de manera diferenciada, adolescentes y gestantes adultas, sobre la importancia de la alimentación natural, y de los beneficios que brinda, no solo para el niño (a), para la madre, familia y la comunidad.

A las Universidades e institutos de salud:

- 4° Es necesario que en los cursos de pregrado de las instituciones educativas superiores de salud, se implementen las horas teórico-prácticas que permitan adquirir habilidades de comunicación, para educar a las gestantes para una lactancia materna exitosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paricio J. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. [en línea]; 2014. [Citado 04 Nov. 2017]. Disponible en: <http://www.juditguirado.com/wp-content/uploads/2014/10/JM-PARICIO-Historia-de-la-lactancia.pdf>.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF Ministerio de Salud – MINSA, Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño” Primera Edición, 2009, Graf. E.I.R.L.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) Costa Rica, Noviembre de 2011)
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Enero; 2016.
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES, Perú; 2016.
6. Análisis de la situación de salud de la Región Cajamarca ASIS. Cajamarca; 2016
7. Ministerio de Salud (MINSA).Cartilla Para Personal De Salud: Somos Lecheros – Porque Con Leche Materna Nos Protegemos De La Anemia. Lima [en línea]; 2017. [Citado 22 Oct. 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/matcartilla.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Nutrición- Lactancia Materna Exclusiva [en línea]; 2017. [Citado 25 Oct. 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
9. Organización Mundial De La Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño [en línea]; 2017 - Octubre. [Citado 02 Nov. 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

10. Organización Mundial de la Salud, (UNICEF); Metas Globales 2025: Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño - Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 2012.
11. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES. Perú; 2017
12. Promoción y apoyo a la lactancia materna en un hospital amigo de los niños. curso taller. Manual del participante.2016. MINSA-PERÚ-UNICEF
13. Programa de formación profesional en lactancia materna. Lactared - Red peruana de Lactancia Materna [en línea]; 2017. [Citado 20 Oct. 2017]. Disponible en: www.lactared.org
14. Ministerio de Salud Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud Departamento de salud Nutricional. Lactancia materna exclusiva, módulo II. Panamá, Rep. de Panamá 2012.
15. Chris Kresser. Hormonas que intervienen en el parto. Natural childbirth IV: the hormones of birth; 2011.
16. Endocrinología y Nutrición: lactancia materna y hormonas, Disponible en <http://www.cpen.cat/cmsupload/descargas/LACTANCIA%20MATERNA%20Y%20HORMONAS.pdf> [en línea] acceso 05 febrero 2018.
17. Contacto precoz piel a piel madre recién nacido: beneficios fisiológicos y psicológicos In Crescendo. Ciencias de la Salud. 2016; 3(2): 189-198: 17 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1435/1171>
18. Ministerio de Salud (MINSA). Cuaderno de trabajo: Somos Lecheros – Porque Con Leche Materna Nos Protegemos De La Anemia. Lima [en línea]; 2017. [Citado 21 Oct. 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/matcom/matcuaderno.pdf>
19. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. José Manuel Martín Morales. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la AEP.Ed.2012.

20. Carrillo, G. y Cols. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco [Internet]. 2014. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48731722003>
21. Oliver R. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo, y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; España 2012.
22. Niño M., Silva E., Atalah S. Factores Asociados A La Lactancia Materna Exclusiva. Revista Chilena de Pediatría [en línea]; 2012. Pág. 161-169. [Citado 04 Nov. 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007&lng=es. -<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-62012000200007>.
23. Ito C.: Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña, Lima 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Unión., 2016.
24. García L. Nivel De Conocimientos De Las Madres De Niños Menores De Seis Meses Acerca De La Lactancia Materna Exclusiva. Centro De Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. Tesis. Lima – Perú; 2015.116
25. Zapata F. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en el Hospital de apoyo Nivel II, Sullana – Perú. [tesis de licenciatura]. Piura: Hospital de apoyo Nivel II, Sullana; 2011.
26. Mini E. y Cols. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. Anales de la Facultad de Medicina- Lima [en línea] 2013. vol. 73. ISSN 1609-9419. [Citado 03 nov. 2017]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2269>
27. Solórzano M. y Cols. Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Revista Científica de Ciencias de la Salud. Lima - Perú [en línea]; 2009. vol. 2, n°. 2, ago. 2016. ISSN 2411-0094.

- [Citado 05 nov. 2017]. Disponible en: http://revistas.upeu.edu.pe/index.php?journal=rc_salud&page=article&o=view&path%5B%5D=164
28. Bautista Yeny, “conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al centro salud Bagua, 2014. Jaen-Cajamarca-Perú. Tesis Universidad Nacional de Cajamarca.
 29. Hernández GE. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica (en línea) 2008, No. 15 [citado 12 Nov 2017]. Disponible World Wide Web: < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf> > ISSN 1409-4568
 30. Maguiña M.” La lactancia Materna en el Perú y el Mundo “ Renut (2008) 2 (5): 210 –221. [en línea]; 2008 [citado 05 Nov. 2017]. Disponible en: http://www.iidenut.org/pdf_revista_tec_libre/Renut%205/RENUT%202008%20TEC_5_210-221.pdf.
 31. Bunge M. Estrategias de la Investigación Científica. Perú: Ed. Fondo Editorial UIGV; 2014.
 32. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Roma: Colección FAO; 2011.
 33. UNICEF. Lactancia materna [en línea]; 2012. [Citado 05 nov. 2017]. Disponible en <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
 34. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna [en línea]; 2017. WHO/NMH/NHD/14.7. [Citado 03 Nov. 2017]. Disponible en: who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/
 35. Bales Karen y cols. Los efectos del comportamiento de la experiencia temprana están mediados por la oxitocina (2010) Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3098714/>
 36. Wagner C. Medscape. [Online].; 2015 [cited 2018 03 26] . Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/979458-overview#a8>.

37. Nils Bergman. “Los mil primeros minutos de vida determinan la existencia” [en línea]; 2017. [Citado 21 Oct. 2017]. Disponible en:<https://www.lavanguardia.com/lacontra/20140403/54404666955/los-mil-primeros-minutos-de-vida-determinan-la-existencia.html>. Actualizado a 30/03/2015
38. Gonzales M. La Lactancia y la madre. MéD.UIS. 2012; 25(1).
39. Lawrence R, Lawrence R. Lactancia materna: Más que sólo buena nutrición. *Pediatr. Rev.* 2011; 32(7): p. 267-280.
40. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud. “Guía técnica para la consejería en lactancia materna” MINSA, 2017
41. Alojamiento Conjunto [en línea]; 2017. [Citado el 05 Nov.2017]. Disponible en <https://www.scribd.com/doc/77826208/alojamiento-conjunto-bien>
42. Ministerio de Salud. Nutri Wawa (MINSA). Rotafolio: Lactancia materna. Lima – Perú [en línea]; 2017. [Citado 04 Nov. 2017]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/matcom/rotafolio002.pdf>
43. Quintero E.et al . Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Medicentro Electrónica*, Santa Clara , v. 18, n. 4, p. 156-162, dic. 2014. Accedido el 04 de Febrero 2018. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3&lng=es&nrm=iso>.
44. Ministerio de salud. Lactancia Materna. Lima - Perú [en línea]; 2011. [Citado 31 Oct. 2017]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/lactancia.htm
45. Herrera M., Monteagudo A. y Tapiador T. Extracción y conservación de la leche materna [en línea]; 2017, Abril. [Citado 30 Oct. 2017]. Disponible en https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=605&accion

46. NTS N°105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna" /MINSA, 24 de diciembre de 2013.
47. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) Costa Rica, Noviembre de 2011)
48. S. Jordan, A. Emery, J. Watkins, M. Evans, Storey, G. Morgan Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey BJOG, 116 (2009), pp. 1622-1632 CrossRef
49. Contreras Y., Martínez M., Araneda H. y Manríquez C. Exposición a oxitocina sintética en el periodo perinatal y resultados en la lactancia materna: un estudio piloto, PerinatolReprodHum.2016;30(1):14-23.Disponible en <https://www.sciencedirect. m/science/article/pii/S0187533716300139?via%3Dihub>
50. NTS N° 106 - MINSA / DGSP - v.01 (2017) norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal 27 anexo 3:

ANEXO 1

CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS

CONOCIMIENTOS, ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA – 2017

1. Edad	
Menores de 15 años	
16 – 20 años	
21 – 25 años	
26 – 30 años	
31 – 35 años	
36 – más años	

2. Estado Civil	
Soltera	
Casada	
Conviviente	

3. Nivel de Instrucción	
Primaria	
Secundaria	
Superior no universitaria	
Superior universitaria	

4 Ocupación	
Ama de casa	
Empleada independiente	
Empleada dependiente	

5 Lugar de Procedencia	
Zona Urbana	
Zona Rural	

Conocimientos sobre lactancia materna

Dimensión I: Importancia y beneficios de la LM.

6. Conoce Ud. los beneficios de la lactancia materna para la madre: señale el que cree conveniente

Beneficios para la madre:

- a) Previene la hemorragia posparto ()
- b) Previene cáncer de ovario y/o mama ()
- c) Ayuda a espaciar los embarazos ()
- d) Reduce la probabilidad de osteoporosis ()
- e) No sabe / no opina ()

7. Conoce usted de los beneficios de la lactancia materna para el niño(a): señale uno

Beneficios para el niño(a):

- a) Previene enfermedades ()
- b) Óptimo desarrollo intelectual ()
- c) Desarrolla el apego y las emociones ()
- d) Menos muertes infantiles y desnutrición ()
- e) No sabe / no opina ()

8. Si su niño(a) se enferma con diarrea o gripe, qué haría usted:

- a) Continúo dándole pecho, con mayor frecuencia ()
- b) Suspendo la lactancia ()
- c) No sabe / no opina ()

9. ¿Sabe la importancia que tiene el calostro para su niño(a)?
- a) Es una leche guardada mucho tiempo no se le debe dar al bebé
 - b) Tiene muchas proteínas y sustancias que lo protegen de enfermedades
 - c) No sabe / no opina

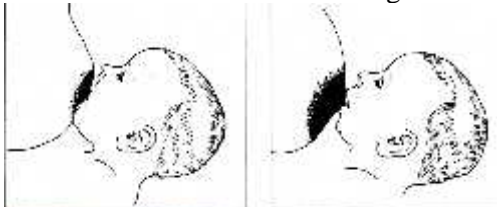
10. Cuanto tiempo debe dar de lactar:
- a) Hasta los 6 meses sólo pecho, luego otros alimentos más LM, hasta que el niño desee dos años o más
 - b) Hasta el año, luego la leche ya no es buena.
 - c) No sabe / no opina

11. ¿Cuál de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?
- a) Tomar abundante líquido.
 - b) Poner a el/la niño/a al pecho.
 - c) Alimentarse bien.
 - d) No sabe no opina

Dimensión II: Conocimientos sobre técnica de LM.

12. ¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?
- a) Con la mano en forma de C.
 - b) No sabe no opina
13. ¿Por cuál de las mamas empieza a darle de lactar al niño y/o niña en la siguiente toma?
- a) Empezaré por la mama que terminó.
 - b) Iniciaré por la mama que esté más dura.

14. Señale la técnica correcta en la siguiente figura



A

B

15. Señale cuál de los dibujos presenta la postura correcta para amamantar



A

B

16. ¿Cuál es la razón más importante por la que usted daría Lactancia Materna Exclusiva a su bebe?
- a) Porque no tiene dinero para comprar la leche artificial.
 - b) Porque le permite dar cariño y amor a su hijo.
 - c) No sabe

Dimensión III: Técnica de extracción y conservación de la leche

17. Si usted trabaja o tiene que separarse de su niño (a), sabe que puede continuar con la lactancia materna?

- a) Si extrayendo la leche y conservándola refrigerada ()
- b) No sabe ()

18. La leche se puede conservar a temperatura ambiente 15° o menos por:

- a) Un día ()
- b) 48 horas ()
- c) No sabe ()

19. En refrigerador de dos puertas puede guardarse por:

- a) Un año ()
- b) Tres meses ()

20. El envase adecuado para guardar la leche extraída es:

- a) De vidrio con tapa bien limpio ()
- b) No sabe / no opina ()

Estrategias Durante La Atención Del Parto

21. Durante el proceso de parto, estaba usted acompañada por un familiar de su confianza?

- SI () NO ()

22. Cuando nació su niño (a) lo pusieron inmediatamente sobre su pecho?

- SI () NO ()

23. Por cuánto tiempo?

- a) Menos de 30 minutos ()
- b) Hasta que llegó al pecho, una hora o más ()

24. Clampaje oportuno de cordón umbilical:

- a) Inmediato ()
- b) 2 – 3 minutos ()

25. Su niño(a) permanece todo el tiempo con usted?

- SI () NO ()

26. Le da de lactar todas las veces que el niño (a) lo solicita.

- SI () NO ()

27. ¿Le da solo leche materna?

- SI () NO ()

28. En su domicilio continuará dando de lactar a su niño (a) solo pecho hasta los seis meses

- SI () NO ()

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACIÓN

Práctica sobre Lactancia Materna

N°	Observación	SI	NO
A	Posición de la madre:		
1	Sentada con la espalda recta y apoyada		
2	Madre relajada y cómoda		
B	Pechos:		
3	Pechos blandos, piel luce sana.		
4	No dolor ni incomodidad		
5	Pecho bien sostenido, con dedos lejos del pezón		
6	Pezones salientes protráctiles		
C	La postura del bebe:		
7	Cabeza y cuerpo del bebé alineados.		
8	Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre		
9	Todo el cuerpo del bebé apoyado		
10	Al aproximarse el bebé al pecho, la nariz apunta hacia el pezón		
D	Agarre:		
11	La boca del bebe bien abierta.		
12	Más areola visible sobre el labio superior del bebé		
13	Labio inferior evertido		
14	Mentón del bebé toca el pecho		
E	Succión:		
15	Mamadas lentas y profundas, con pausas		
16	Mejillas redondeadas cuando succiona.		
17	El bebé suelta el pecho cuando termina.		
18	Madre nota signos del reflejo de oxitocina		

Valoración:

Práctica correcta: de 10 a 18 ítems correctos.

Práctica incorrecta: de 1 a 9 ítems incorrectos.

Adaptado con autorización de la ficha con el mismo nombre de la “Guía de capacitación en manejo de lactancia” de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992

“Guía técnica para la consejería en lactancia materna” Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Promoción de la Salud. MINSA, 2017

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “CONOCIMIENTOS, ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA - 2017”

El presente estudio pretende determinar la relación entre las prácticas que se realizan durante el embarazo y la atención del parto para favorecer la lactancia materna en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, por lo que solicito a Ud. participar voluntariamente en esta investigación. Antes de tomar la decisión de su participación, lea con atención lo siguiente:

1. La investigadora ha elaborado un cuestionario con preguntas relacionadas al tema de investigación, por lo que sus respuestas solicito sean veraces y concretas.
2. Por mi parte le garantizo la confidencialidad de la información que usted proporcione, la que se utilizará solo con fines de investigación, y la única que tendrá acceso a los datos será la investigadora.
3. Es su derecho negarse a participar en el estudio, del mismo modo podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto implique ningún inconveniente actual ni futuro para su persona o en su atención.
4. Si Ud. permite podremos fotografiar imágenes suyas y de su bebé cuidando siempre la protección de su intimidad y privacidad.

En conocimiento, y en pleno uso de mis facultades físicas y mentales,
Yo.....con
DNI.....Domiciliada en
..... Telf N°.....accedo a
participar en el presente estudio, y me someto a las exigencias que éste supone,
de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento:

Fecha:

.....

Firma del participante

.....

Gloria Agripina Rosas Alarcón

INVESTIGADORA

ANEXO 4

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento constituye un medio válido y confiable para la medición de los conocimientos, estrategias durante la atención del parto y la práctica de lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 ; a partir de sus resultados se puede identificar los conocimientos y habilidades de las puérperas para practicar una lactancia materna exitosa

De acuerdo a los resultados, el instrumento indica una aceptable confiabilidad y se procedió a aplicar a la población en estudio.

Nivel de validez de los cuestionarios, según juicio de expertos.

<u>Experto</u>	<u>Puntuación</u>
Dra. Quispe Oliva, Julia Elizabeth	20
Dra. Aguilar Quiroz, Rebeca Beatriz	18
Dra. Amanda Rodríguez Sánchez	18
Dra. Gloria Briones Álvarez	18
Promedio	18.5

Los valores resultantes, después de tabular la calificación emitida por los expertos en lactancia materna para determinar el nivel de validez, pueden ser comprendidos en el siguiente cuadro:

Puntuación

<u>Valores</u>	<u>Calificación</u>
De 0 a 10	No válido , reformular
De 11 a 14	No válido, modificar
De 15 a 17	Válido , mejorar
De 18 a 20	Válido, aplicar

Dada la validez de los instrumentos por Juicio de Expertos, donde los cuestionarios obtuvieron un valor de 18.5, podemos deducir que el cuestionario sobre Conocimientos, estrategias en la atención del parto y práctica de lactancia materna tiene un nivel de validez Muy Aceptable.