

**Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**Unidad Académica de Posgrado de la Facultad de Medicina**



**“Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2018”.**

**Tesis presentada por la Bachiller:**  
**VILMA GRACIELA APAZA QUISPE**  
**Para optar el Grado Académico de**  
**Maestra en ciencias: Salud Pública con**  
**mención en: Gerencia de servicios de**  
**salud**  
**Asesor: Mg. Jesús Saldaña Díaz**

**Arequipa – Perú**

**2019**

## DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis hijas; Nathaly, Carla y Sofía, a quienes les agradezco haber venido a mi vida para darme; alegría, amor, fuerza, para vivir cada día intensamente. A mi esposo Oswaldo por su amor, paciencia y darme su apoyo incondicional. A Jesús, mi padre por ser mi maestro y por confiar siempre en mí. A mi madre por haber sido mi amiga y maestra, aunque ya no este con migo, siempre la tengo presente en mi mente.

## INDICE

INDICE.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	4
MARCO TEORICO.....	4
CAPITULO II.....	20
METODOS.....	20
CAPITULO III.....	25
RESULTADOS.....	25
CAPITULO IV.....	37
DISCUSION.....	37
CAPITULO V.....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1. CONCLUSIONES.....	45
5.2. RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	52

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Evaluar la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el HRHDE. **METODO:** Se trabajó con 252 madres y recién nacidos que estuvieron en el área de alojamiento conjunto. Se utilizó una ficha de recolección de datos dirigido a las puérperas, se evaluó a los neonatos con valoración de su peso al nacer y al momento del alta. Se empleó estadística descriptiva, la relación entre variables se realizó con la prueba de Chi cuadrado. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPIINFO (OMS - OPS). **RESULTADOS:** El 71.8% de recién nacidos presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. El 89.7% de madres manifestaron que si recibieron información de los beneficios de la lactancia materna, el 82.9 % de las madres tuvieron contacto piel a piel durante una hora. Al 87.7% de las madres se les instruyó en la técnica de lactancia, En el 98 % de los casos se realizó alojamiento conjunto inmediato, Al 94.4% de madres se le dio cita para el control del recién nacido. El 72.2% de las madres sabían dónde recurrir en caso presenten problemas de la lactancia, Al 51.6 % de madres se les oriento sobre la extracción de leche, Solo el 37.7% de madres recibió información sobre el almacenamiento de leche materna. En el grupo de madres a quienes no se les realizo el alojamiento conjunto inmediato, el 60% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que el grupo de madres a quienes se les realizo el alojamiento conjunto inmediato el 27.4% presentó perdida patológica de peso. ( $p<0.05$ ). Las demás prácticas hospitalarias no tuvieron relación estadísticamente significativa con la pérdida de peso patológica del recién nacido. Los controles prenatales inadecuados se relacionó con mayor pérdida de peso patológica del recién nacido al momento del alta ( $p<0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. Solo el alojamiento conjunto inmediato se relacionó con menor pérdida de peso patológica.

**PALABRAS CLAVE:** Lactancia materna, practicas hospitalarias, pérdida de peso del recién nacido.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To assess the influence of compliance with hospital practices for the promotion and support of exclusive breastfeeding by health personnel in newborn weight loss at the HRHDE. **METHOD:** We worked with 286 mothers and newborns who were in the joint accommodation area. A data collection form was used, aimed at the puerperal women, the neonates were evaluated with an assessment of their weight at birth and at discharge. Descriptive statistics was used, comparisons were made between independent groups with analysis of variance, Student's t-test. For the statistical analysis, the EPIINFO program (OMS - OPS) was used. **RESULTS:** In the majority of newborns with 66.1% the actual weight loss was slight, 31.5% presented moderate loss, and 2.8% presented severe loss. 88.5% of mothers said that if they received information on the benefits of breastfeeding, 81.1% of mothers had skin-to-skin contact for one hour. 88.1% of the mothers were instructed in the breastfeeding technique. In 97.6% of the cases, immediate joint accommodation was performed. At 94.4% of the mothers were given an appointment to control the newborn. 72% of mothers knew where to turn if they had problems with breastfeeding, 52.4% of mothers were instructed about milk extraction, only 35.7% of mothers received information about the storage of breast milk. The mothers who underwent skin-to-skin contact for an hour, their children presented an average weight loss of 3.73%, while those who did not have contact their children had an average weight loss of 4.62%. ( $p < 0.05$ ). The women who had a vaginal delivery lost an average weight of 3.35% in their children, while in the cesarean sections, the average was 4.71%. ( $p < 0.05$ ). **CONCLUSIONS:** Compliance with hospital practices was associated with lower weight loss of the newborn at the time of puerperal discharge. Inadequate prenatal controls and cesarean delivery were associated with greater weight loss of the newborn at discharge.

**KEY WORDS:** Breastfeeding, hospital practices, newborn weight loss.

## INTRODUCCION

De acuerdo a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, la lactancia materna es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona al bebé los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado, defensa natural contra las infecciones, y protección contra enfermedades a futuro como diabetes e hipertensión; además permite fortalecer el lazo de amor entre la madre y su bebé. La mayoría de las madres pueden dar de lactar y producir la leche que sus bebés requieren, siempre que dispongan de adecuada información, apoyo de su familia y de la sociedad en su conjunto (1).

A fines del siglo XIX, con la industrialización y la incorporación de la mujer como fuerza de trabajo, los patrones de alimentación en los países desarrollados cambiaron. Ocurrieron avances importantes en la industria de los alimentos infantiles, buscando un producto para sustituir la lactancia. El parto se institucionalizó y en los servicios materno-infantiles se adoptaron prácticas y rutinas que ocasionaron la separación de madre e hijo después del parto, retardando el inicio de la lactancia o administrando otros líquidos como alimento inicial, entre ellos, fórmulas lácteas industrializadas (2).

A partir de la observación de esta problemática, nace la inquietud de conocer el efecto de la Educación Sanitaria sobre la lactancia materna, dado que desde la década de los 90 cuando se declaró la necesidad de priorizar la educación sanitaria sobre la lactancia materna en instituciones de salud a nivel nacional, se crean los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, donde se efectúan charlas educativas para promocionar la lactancia materna exclusiva a todas las pacientes púerperas, con el propósito de favorecer el crecimiento y desarrollo del niño así como para proteger la salud de la madre (3).

Desde inicios del año 2017 el Hospital Regional Honorio Delgado está impulsando capacitaciones en el personal de salud que labora en los servicios de Obstetricia y Neonatología, para promocionar y apoyar la lactancia materna exclusiva con el propósito de ser Hospital amigo de la madre y el niño, en donde los neonatos son alimentados exclusivamente con leche materna, sin importar el tipo de parto.

Evaluar la pérdida de peso patológica es de gran utilidad para determinar si la lactancia materna está siendo eficaz en los primeros días de vida (4). Se ha observado que si la técnica de la lactancia materna no se da de forma adecuada, se presentarán complicaciones tanto en la madre como en el niño, tales como; la deshidratación en el recién nacido con riesgo de problemas neurológicos, metabólicos, gastrointestinales, desarrollo de alergias y/o de desnutrición, y para la madre hay mayor riesgo de mastitis. De tal manera siendo la promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva parte de la gestión de programas de interés sanitario con impacto en la salud de la población, es que consideramos necesario evaluar la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso patológica del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado, para realizar acciones oportunas para evitar morbilidades futuras.

### **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado?

### **1.2. HIPÓTESIS**

El cumplimiento adecuado de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud no ocasionara pérdida patológica de peso del recién nacido durante sus primeros días de vida.

### **1.3. OBJETIVO ESPECIFICO**

- Evaluar la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en sus primeros días de vida.

#### **1.4. OBJETIVOS OPERACIONALES**

- (a)** Describir las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna en el hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa; estableciendo las prácticas deficientes como oportunidades perdidas.
- (b)** Cuantificar la pérdida del peso del recién nacido al momento del alta del área de alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del HRHDE.
- (c)** Relacionar las prácticas de promoción y apoyo de la lactancia materna con la pérdida de peso del recién nacido.



## **CAPITULO I**

### **MARCO TEORICO**

#### **1.1. Lactancia materna**

La leche materna es el alimento ideal durante los primeros meses de vida de los infantes, debido a sus beneficios nutricionales e inmunológicos ampliamente comprobados; asimismo, la lactancia retrasa la reanudación de la ovulación y del ciclo menstrual, disminuyendo la fertilidad natural y aumentando los intervalos entre embarazos, lo que a su vez repercute sobre la salud del niño, puesto que se ha demostrado que, con un intervalo de dos años, la mortalidad neonatal y la infantil pueden disminuir en 10 y 16% respectivamente (5).

En las últimas décadas, después del auge de los productos lácteos industrializados para bebés, ha habido un profundo interés en el estudio de la composición química de la leche materna y sus beneficios, y se ha llegado a la conclusión de que el seno materno es insustituible, y debe darse al bebé por lo menos en los primeros meses de vida. La leche materna varía en su contenido de nutrimentos de una mujer a otra, dependiendo, sobre todo, de la alimentación de la madre. También varía según la hora del día o su etapa de lactancia. Durante los primeros cinco días, la secreción láctea se llama "calostro", y es muy rica en proteínas, anticuerpos y vitaminas, con bajo contenido en grasa y azúcar. La leche secretada a partir del primer mes es la leche "madura", y la que se secreta entre el sexto día y el primer mes se denomina leche de transición. En términos generales, la leche contiene todos los nutrientes que el bebe necesita; ayuda a fortalecer su sistema inmunológico y lo protege de diversas enfermedades, ya que contiene anticuerpos, células humorales y celulares; es fácil de digerir y favorece una buena relación madre-hijo (6).

#### **1.2. Barreras para la lactancia materna**

Toda mujer puede dar de mamar. Sin embargo, existen algunas barreras que pueden dificultar una lactancia exitosa tales como: la ansiedad asociada a temores mal infundados acerca de producir suficiente leche para cubrir las necesidades y la demanda de su hijo, los mitos y creencias de su cultura, el ambiente que la rodea, la falta de información consistente y correcta acerca del amamantamiento, prácticas hospitalarias

inadecuadas, disponibilidad y exhibición de fórmulas infantiles, falta de confianza de la madre en sí misma, falta de flexibilidad en el lugar de trabajo y falta de apoyo familiar, entre otras (7).

La mayoría de mujeres reconocen los beneficios de la lactancia materna y el valor de protección contra enfermedades, la unión entre madre e hijo y una multitud de otros beneficios de la lactancia materna. A pesar de que las mujeres valoran estos beneficios, estudios han demostrado que muchas perciben que existen barreras, absteniéndolas de dar de amamantar por el tiempo recomendado o el deseado. Estas barreras incluyen preocupación por lastimaduras al amamantar, teniendo que alimentar al bebé en público cuando tenga hambre, lo cual puede resultar embarazoso; falta de apoyo por parte de la familia, amigos, o proveedores del cuidado de la salud; falta de confianza acerca de tener suficiente leche, y tener que regresar al trabajo o escuela (8).

### **1.3. Ventajas de la lactancia materna**

#### **a) Ventajas nutricionales (7,8)**

- Las necesidades nutricionales son distintas en un recién nacido que a la edad de 5 ó 6 meses.
- Son diferentes tanto en cantidad como en la calidad de la leche que se ha de aportar.
- La leche materna, a diferencia de las leches adaptadas que se mantienen constantes, varía su composición adaptándose en todo momento a las necesidades del niño.
- Resaltamos que no solo cambia su composición a lo largo de los meses sino que incluso en la misma toma.
- Cuando el niño se acerca al pecho para mamar, aparte de hambre también tiene sed por lo que la leche que recibe al principio es muy líquida y dulce, con lo que sacia su hambre y calma su sed.
- Según avanza la toma, se va haciendo más cremosa y espesa por su alto contenido en grasas.

- Cuando cambia de pecho, se vuelve a iniciar el ciclo y viene a ser como un vaso de agua en medio de la comida.

**b) Ventajas biológicas (8,10)**

- El niño alimentado a pecho presenta un número menor de enfermedades que el alimentado con leches maternizadas.
- Existen, en la leche materna, gran cantidad de factores biológicos que lo protegen contra distintos tipos de patologías o enfermedades; tales como la lactoferrina
- Contiene una cantidad importante de inmunoglobulinas, sustancias activas frente a gérmenes agresores, que logran disminuir la incidencia de diversas enfermedades. Destacaremos entre ellas algunas como; la difteria, tétanos, estreptococias, estafilococias, otitis, enteritis, etc.
- Contiene, asimismo, unos azúcares que favorecen el crecimiento del *Lactobacilo Bífido* que además de ayudar a hacer la digestión disminuye la proliferación excesiva de otros gérmenes y hongos.
- También aporta enzimas específicas para digerir otros nutrientes.

**c) Ventajas psicológicas (9)**

- La alimentación “al pecho” posibilita un contacto íntimo entre madre e hijo. Se ve prolongada, en el exterior, la relación establecida durante la gestación.
- Con ello, se le facilita al niño el reconocimiento de la madre y la posibilidad de establecer un "diálogo" de miradas y caricias.
- Esta forma de actuar consigue la comunicación y la seguridad afectiva. Son los dos motores fundamentales del desarrollo psicológico y físico de su hijo.

**d) Ventajas organolépticas (8)**

- La ausencia de manipulación evita la posibilidad de contaminación y que un error adultere la composición de la leche.
- No necesita ser hervida y está disponible en todo momento.

- Su temperatura es la ideal.
- Evita el uso de utensilios que se requieren para la preparación del biberón.
- Decir, por último, que desde el punto de vista de la economía familiar, la alimentación materna presenta obvias ventajas.

#### **1.4.Técnica de lactancia**

##### **a) Higiene**

La mujer debe comenzar el cuidado de sus senos a partir del tercer mes de embarazo, evitando usar prendas que no se adapten al volumen de las mamas. Antes de lactar al niño la madre debe lavarse las manos con agua y jabón, limpiarse el pezón y la areola con agua hervida, luego tomará el pezón entre los dedos índices y medio, presionando la areola para que el pezón quede expuesto. Se debe colocar al niño en posición semisentada, para facilitar el eructo sin que vomite. Es importante evitar que las fosas nasales del niño hagan contacto con la mama, porque esto dificulta su respiración (11).

Cuanto antes mame el bebé después del nacimiento, será mejor. De esta manera el bebé realiza un acto instintivo de succión que produce que la hipófisis anterior libere la hormona prolactina, desencadenando la secreción de la leche, asimismo la succión del pezón también estimula la neurohipofisis liberando la hormona oxitocina.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas deberá permitirse que el bebé mame cada vez que llore, aunque no por más de dos o tres minutos en cada pecho. Más tarde se pasará a alimentarlo cada tres o cuatro horas, con períodos más largos para lactar aunque por lo general basta con un total de media hora (12).

La madre decidirá cuál es la posición más adecuada; sentada o recostada, es importante colocar correctamente el pezón en la boca del bebé mientras que éste mama. La mejor manera de lograrlo consiste en retener el pecho entre los dedos índice y el medio de la palma de la mano contra el cuerpo, y guiar el pezón y la areola hasta la boca del bebé. Es necesario cambiar el pecho en cada período de lactancia, y así alternar la lactancia de ambas mamas.

El organismo de la mujer está preparado para producir el alimento ideal del niño: la leche materna durante el embarazo, las glándulas mamarias sufren modificaciones y al final de la gestación están en condiciones adecuadas para la lactancia. La eyección láctea o salida de la leche por la glándula mamaria se produce por dos mecanismos (13):

- Aumento de la secreción de prolactina (La prolactina es una hormona que es la encargada de estimular la producción de la leche por la glándula mamaria).
- Succión del pezón.

#### **b) Técnica del amamantamiento**

La madre debe estar reclinada en el respaldo de silla o en decúbito lateral con la cabeza elevada por una almohada. Niño en decúbito lateral sobre el antebrazo materno ipsilateral al lado a amamantar, su cabeza reposará en el ángulo del antebrazo y brazo (cara interna del codo), su abdomen contactará con el materno y su brazo inferior abrazará el tórax materno. La mano que sostiene al niño deberá sostenerlo fuertemente por la región glútea, acercando o alejándolo de la mama. La mano libre de la madre tomará la mama formando una "C" con el pulgar por arriba y los demás dedos por debajo, orientando al pezón para estimular el medio del labio inferior, para que abra la boca y baje la lengua, atrayéndolo hacia la mama (no llevando la mama hacia él) e introducir el pezón yaréola (un ayudante llevará rápidamente la cabeza del niño hacia la mama si no hay práctica). La mano de la madre no debe sobrepasar la zona de aréola ni interponerse como tijera entre la boca del niño y la aréola (5). El mentón y nariz del niño debe contactar con la piel de la mama al ser introducida la aréola y el pezón en la boca del recién nacido. El niño puede respirar bien sin necesidad de mantener el pecho alejado de su nariz (2).

Para retirar al niño no traccionar porque ello produce dolor y puede lesionar el pezón. La madre introducirá un dedo (índice o meñique) por la comisura bucal accesible y presionará la encía inferior del lactante, reemplazando por un momento al pezón y evitará que el niño muerda el pezón al retirarlo. Si amamantar despierta dolor, verificar: la correcta introducción del pezón y aréola en la boca; la posible

inversión del labio inferior y corregirlo bajando el mentón; la presencia de grietas u otra patología del pezón o aréola.

Conviene que se vacíe totalmente una mama antes de pasar a la otra. El vaciamiento, en la lactancia establecida, puede lograrse en 6 a 12 minutos. Cada binomio madre - niño tiene su propio ritmo.

Al iniciar el amamantamiento, debe hacerse a libre demanda (que mame cuando quiera), sin horario. Debe estimularse a la madre a amamantar frecuentemente (7 a 12 veces / día) y al menos una a la noche.

Para el cuidado de las mamas vale la correcta posición y técnica de amamantamiento, no siendo necesaria la higiene del pezón antes ni después de la mamada ni aplicar cremas o lociones. Basta el lavado de las manos con agua sola por lo menos una vez al día. Conviene cubrir la aréola y pezón con algunas gotas de leche, que se deja secar al aire.

No se aconseja biberones ni el "chupete" de entretenimiento, ya que interfieren con la frecuencia de la mamada y con la fisiología de los movimientos de la boca del niño para mamar (5).

### **1.5. Contraindicaciones para la lactancia**

Son pocas, entre las que se distinguen (13,14):

- Efecto nocivo de la leche materna sobre el recién nacido como la galactosemia, enfermedad de orina jarabe de arce, fenilcetonuria, drogadicción materna, quimioterapia oncológica, drogas y / o procedimientos radiactivos, SIDA.
- Padecimientos de salud materna: internamiento en cuidados intensivos, cardiopatía descompensada, desnutrición materna severa, enfermedad psiquiátrica, depresión materna severa, TBC activa, cáncer de mama, absceso periareolar drenado, SIDA, quimioterapia oncológica, alcoholismo y drogadicción, tratamiento con metronidazol continuo, pudiendo hacerse tratamiento en monodosis suspendiendo la lactancia por 24 horas descartando la leche extraída.

- Alteraciones anátomo–funcionales de la cavidad bucal del niño que impidan el amamantamiento.
- Razones circunstanciales que impidan temporariamente la lactancia.
- No requieren suspensión de la lactancia, afecciones como: citomegalovirus, diabetes, hepatitis A, ni la B (siempre que el R.N. reciba la IgHB y la vacuna al nacer con revacunación al mes y a los 6 meses) lepra, herpes simple (siempre que no haya lesiones mamarias), TBC siempre que la madre esté en tratamiento desde 2 semanas antes del parto.

### 1.6. Complicaciones de la lactancia

Durante la lactancia puede ocurrir (13,14):

- Dolor: la causa más frecuente de dolor es la mala posición del niño al mamar, cuando sólo se introduce el pezón en la boca y las encías lo presionan; otras veces son la micosis de aréola y pezón la causa del dolor.
- Grietas del pezón: su principal causa es la mala posición del niño al mamar. Si la grieta es leve se corregirá mejorando la técnica. La utilización de cremas sólo mantiene la humedad y retardan su curación. Cubrir la aréola y pezón con leche luego de cada mamada y dejarla secar al aire o exponerla al sol o a calor seco por unos minutos, mejorará o ayudará a su revitalización. Si la grieta es extensa y se abre con cada mamada, se extraerá la leche manualmente y se ofrecerá al lactante con cuchara hasta que se cure la grieta, saltándose una a dos mamadas. Puede usarse "infusión de matico" (*Buddleia Globosa*) en aplicaciones locales con buenos efectos cicatrizantes.
- Congestión mamaria: la primaria se evidencia por mamas voluminosas, duras y sensibles, por acumulación masiva de leche; es conveniente el vaciamiento masivo por lactada; si la congestión compromete la aréola, el bebe no podrá introducir el pezón en su boca, debiendo la madre extraer la leche por succión mecánica hasta ablandar la aréola. La congestión secundaria se presenta, además de la acumulación de leche, edema intersticial que impide la salida de leche; las mamas se presentan muy duras, dolorosas, calientes, enrojecidas;

deberá usarse analgésicos, calor local, vaciamiento mecánico y luego frío para disminuir la congestión; para vaciar la mama deberá estimularse el reflejo eyecto-lácteo por estímulo pasivo de aréola y pezón y luego exprimirla manualmente o por bomba extractora.

- Micosis mamaria: sospecharla ante dolor quemante y persistente durante la mamada y aún después; pezón y aréola rosados; a veces una grieta pruriginosa entre pezón y aréola; el niño puede presentar candidiasis en la boca; tratarlos con tópicos antimicóticos.
- Obstrucción de conductos: ocurre por retención de leche en el área que drena un conducto, sea por compresión externa u obstrucción interna; se observa un nódulo mamario doloroso, a veces recurrente, sin otras complicaciones; tratamiento con masajes o calor local al amamantar y combatir causa; si la zona es muy dolorosa y enrojecida, descartar una mastitis.
- Mastitis: proceso infeccioso del tejido mamario; puerta de entrada más frecuente, una grieta del pezón; hay dolor, congestión y eritema localizado, malestar general, fiebre y calofríos; incidencia del 2,5% del total de nodrizas, de las que un 4,6% evolucionan al absceso mamario; como tratamiento, lo correcto es drenarla antes de llegar al absceso, con reposo, analgésicos, calor local, vaciamiento sin contraindicar la mamada, antibióticos y antiflogísticos no esteroides. Como antibióticos de primera elección, la cloxacilina (250 a 500 mg cada 6 horas); puede usarse la amoxicilina (500 mg cada 8 horas) o la eritromicina (250 a 500 mg cada 6 horas). Como antiflogísticos, el ibuprofeno (400 mg cada 8 horas) o naproxeno (375 mg cada 12 horas).
- Absceso mamario: secundario a una mastitis mal tratada o tratada tardíamente. Su manejo es quirúrgico. Si se lo drena cerca de la aréola, deberá suspenderse temporariamente la lactancia.
- Reinducción de la lactancia: cuando la misma es recuperable, lo que puede lograrse poniendo el niño al pecho con mayor frecuencia y reduciendo progresivamente su alimentación suplementaria. Se logra más fácil cuanto menor sea el niño y menor sea el tiempo de biberones. Las madres adoptivas pueden producir leche por un sistema similar al de la re lactación.



### 1.7. Factores que favorecen la lactancia materna

Existen 2 tipos de factores que influyen en la lactancia materna (15):

- **Factores Favorecedores:** Cuando la madre presenta una edad madura, un mayor nivel de estudios, decisión y confianza de dar de lactar a su niño, contar con el apoyo familiar, multípara, que haya recibido educación maternal, que haya realizado sus controles pre-natales en forma eficiente y completa en su centro de salud, sin factores de riesgo social, que viva favorablemente su embarazo, practicas hospitalarias adecuadas (si el parto es eutócico realizar un buen contacto precoz) y tener un buen alojamiento conjunto madre – niño.
- **Factores Desfavorecedores:** Cuando la madre es adolescente, con factor de riesgo social, mala relación familiar, que tenga sus propia cultura y por ende diversas creencias, que trabaje, que le regalen leche maternizada, una atención en hospitales y/o centros de salud con prácticas erróneas, con hijos previos, uso en el hospital de biberones o chupetes, niño prematuro o de bajo peso al nacimiento (16).

Según los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú dado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del MINSA, “el niño debe continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o más años de edad “asociado desde el 7 mes a la alimentación complementaria (17).

El Perú ha firmado con la OMS, OPS y UNICEF el acuerdo de cumplir con los 10 pasos para lograr la “Lactancia Materna Exitosa” que deben ser implementados en todo establecimiento de salud que tenga un servicio de maternidad y de cuidados de recién nacidos, incluye: (1,2).

1. Disponer de una norma escrita referida a la lactancia materna y darla a conocer a todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud para poner en práctica la norma.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres como deben dar de lactar a los niños y como deben de seguir manteniendo la lactancia materna si ellas tienen que separarse de sus hijos.
6. Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Dar facilidad para que la madre y su niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. Evitar dar biberón o chupón a los niños alimentados a pecho.
10. Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del establecimiento de salud.

Es importante verificar cuando el niño recibe la primera toma de leche materna, llamada “calostro”, la cual se da dentro de la primera hora de vida después del nacimiento; de tal manera que el reflejo de succión estimule la producción de leche en la madre y a su vez fortalezca la relación madre – hijo, con lo cual se favorece a su desarrollo psicológico y ayuda a garantizar su supervivencia.

### **1.8. Duración de la lactancia materna**

Tras el parto la madre produce el alimento óptimo para el recién nacido que cubre todas sus necesidades nutritivas, se regula al volumen adecuado para su crecimiento y desarrollo sin sobrecarga para el aparato digestivo ni de otros sistemas aun inmaduros. La leche materna exclusiva es la recomendación de oro para la alimentación de los recién nacidos a término durante los seis primeros meses de vida. Esta recomendación es ampliamente recomendada y respaldada por entidades gubernamentales y sobre todo profesionales de la salud por sus grandes beneficios (19).

La composición de la leche humana es compleja, contiene varios nutrientes, y se destaca por su variabilidad. La concentración de algunos nutrientes pueden diferir entre las mujeres y de acuerdo con la duración de la lactancia o a la hora del día, mientras que la concentración de otros nutrientes es relativamente constante.

Según la Unicef 2013, se distinguen: la leche de pretermino, el calostro, la leche de transición y la leche madura. (18).

El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto

el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. La protección innata contra gérmenes ambientales proviene de abundantes linfocitos y macrófagos (100.000 mm<sup>3</sup>) y los oligosacáridos que también tiene niveles altos en el calostro humano hasta 20 gramos por litro (18,19).

La leche de transición es aquella que se produce entre el 4o y el 15o día postparto. Entre el 4o y el 6o día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales solo algunos son conocidos. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento (19).

La lactancia materna exclusiva durante 6 meses protege contra infecciones gastro-intestinales, aún frente a la utilización de alimentos complementarios preparados higiénicamente, y definió que ofrece una mayor ventaja ya que prolonga la duración de la amenorrea lactacional en madres que amamantan frecuentemente (10 a 14 veces por día). La recomendación de amamantar exclusivamente durante 6 meses se aplica a las todas las poblaciones. Sin embargo, algunas madres no podrán hacerlo o decidirán no hacerlo, y deben ser apoyadas para que brinden una óptima nutrición a sus infantes. Merece atención particular el status nutricional de las madres embarazadas y lactantes, y el nivel de micro-nutrientes en bebés que viven en áreas con deficiencias altas en la prevalencia de hierro, zinc y vitamina A. También son importantes las rutinas de cuidado individual y el chequeo sobre el crecimiento y signos clínicos de deficiencia de micro-nutrientes. (20)

### **1.9. Pérdida fisiológica de peso en el recién nacido**

Durante el desarrollo fetal, así como durante los primeros días y semanas de vida

extrauterina, se producen cambios fisiológicos en el contenido y distribución de agua corporal, tanto en el líquido intracelular como en el líquido extracelular. El sodio es el catión extracelular más abundante, por lo que determina el contenido de agua en el organismo.

La pérdida temprana de peso en el recién nacido es un proceso fisiológico propio de la adaptación al medio extrauterino, y se da en tres fases:

- Fase I o de transición: oliguria en primeras horas de vida seguida de fase diurética con pérdida de sodio y agua. Generalmente concluye al alcanzar la máxima pérdida de peso (10% del peso de Recién Nacido).
- Fase II o intermedia: disminuyen la pérdida de agua por piel, diuresis y natriuresis. Ha concluido la contracción del espacio extracelular de la fase previa. Dura 5-15 días y se completa al recuperar el peso al nacimiento. Ganancia ponderal de 20 g/kg/día.
- Fase III o de crecimiento estable: Aumento de peso continuo (20 g/kg/día) con balance positivo de agua y sodio (19).

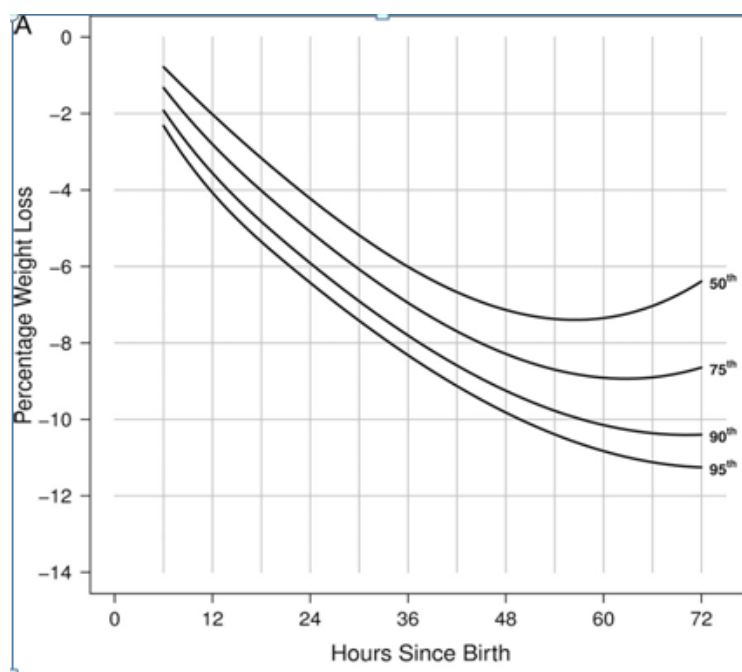
El Recién Nacido pierde peso en los primeros días de vida, por contracción del extracelular. La magnitud del descenso es variable. El Recién Nacido a Término presenta un descenso fisiológico máximo de 10%. El Recién Nacido de muy bajo peso al nacer puede perder hasta un 20% de peso, pero en ese caso también se pierde agua intracelular, en relación con el catabolismo por aporte insuficiente. En el prematuro de extremo bajo peso, la nutrición enteral y parenteral precoz ha reducido la magnitud de la pérdida de peso a un 8–10% y el peso de nacimiento se ha recuperado precozmente, antes de los 10 a 15 días. Una vez que se recupera el peso de nacimiento, en Recién Nacido a Término incrementa habitualmente 30-40g por día. El prematuro incrementa peso en forma similar al crecimiento intrauterino, en 15 g/kg/día. El crecimiento recuperacional de 20-25 g/kg/día se presenta con un depósito significativamente mayor de tejido adiposo (22).

Los límites máximos de pérdida de peso para los recién nacidos amamantados exclusivamente son controversiales. Existe una pérdida fisiológica del 5% al 10% de peso al nacimiento de un niño a término amamantado y en un recién nacido prematuro puede aumentar hasta 15% de pérdida de peso sin consecuencias adversas. La pérdida por encima de estos valores se considera excesiva o anormal. La recuperación del peso al nacimiento en un neonato a término se da entre 7 a 14 días y en un neonato prematuro entre 14 a 21 días (29).

### 1.10. Normograma de pérdida de peso temprana en recién nacidos a término alimentados con seno materno exclusivo, de la Academia Americana de Pediatría

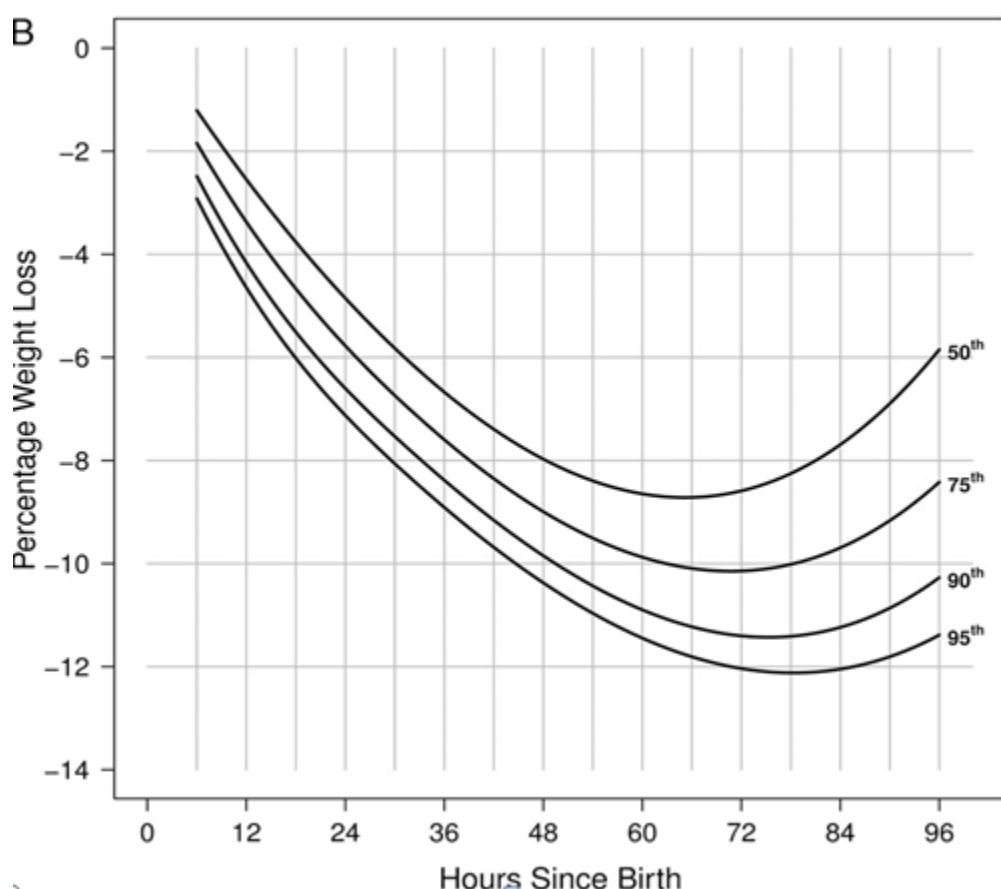
El nomograma de pérdida de peso temprana en recién nacido alimentada con seno materno exclusivo, fue creado para estandarizar el porcentaje de pérdida de peso de acuerdo a la edad en horas del neonato, con el objetivo de detección de posibles morbilidades. El estudio realizado por la Academia Americana de Pediatría, desde el 2009 al 2013 y fue publicado en el año 2014, la muestra fue de 161 471 recién nacidos, únicos, mayores de 36 semanas de gestación, de ellos 108 907 fueron incluidos en el estudio, ya que recibieron lactancia materna exclusiva, 83 433 nacieron por vía vaginal y 474 por cesárea. La diferencial de la pérdida de peso de acuerdo al tipo de nacimiento era evidente a las 6 horas después del parto y persistió en el tiempo, casi el 5% de los nacidos por vía vaginal y 10% de los nacidos por cesárea habían perdido el 10% de su peso al nacer 48 horas después del parto, para las 72 horas más del 25% de los niños nacidos por cesárea habían perdido más del 10% de su peso al nacimiento (21).

**Gráfico A: Percentiles estimados de porcentaje de pérdida de peso de tiempo después del nacimiento en los partos vaginales**



Fuente: Flaherman V, Schaefer E, Kuzniewicz M. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. AAP. 2015; 135. (21).

**Gráfico B: Percentiles estimados de porcentaje de pérdida de peso de tiempo después del nacimiento por cesárea**



Fuente: Flaherman V, Schaefer E, Kuzniewicz M. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. AAP. 2015; 135. (21).

### 1.11. ANTECEDENTES

Salinas Rosas FM (23) evaluó las prácticas hospitalarias de promoción y fomento de la lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se aplicó una encuesta estructurada durante el mes de febrero del 2013 a una muestra de 172 pacientes en el puerperio inmediato. Las oportunidades perdidas en lactancia se producen cuando una puerpera es dada de alta, y no recibe las acciones de promoción y fomento de la lactancia natural que aseguren una continuación de ésta, no contando con el apoyo para afrontar las dificultades que puedan sobrevenir posteriormente. A todas las madres se les explicó

algunos de los beneficios de la Lactancia Materna y se les instruyó en la técnica de la lactancia. Sin embargo a ninguna de estas se les realizó el contacto piel a piel inmediatamente después del parto al menos durante una hora. Solo el 5,8 % no tuvo lactancia materna exclusiva considerando este porcentaje de oportunidades perdidas “aceptable”. Alojamiento conjunto estuvo en el porcentaje de "preocupante". El 69,2 % manifestó que no se le indicó a donde recurrir en caso de tener problemas con la lactancia; lo que sería una oportunidad perdida “extrema”. Todas las madres obtuvieron cita para el bebé. Solo el 11 % de estas manifestó no haber recibido cita para su control posterior al alta hospitalaria, estando como oportunidad perdida “aceptable”. El 87.8% y 99.4% de madres no se les enseñó cómo extraerse la leche y cómo almacenarla, respectivamente, siendo estos porcentajes oportunidades perdidas "extremas". Por otro lado, hubo mayor Lactancia Materna Exclusiva en el parto vaginal ( $p>0.05$ ) A si mismo se encontró que a mayor número de días de internación existe menor práctica de Lactancia Materna Exclusiva y Alojamiento Conjunto 5 ( $p<0.05$ ). Por último, a mayores días de internación, hubo mayor enseñanza de la extracción de leche materna ( $p<0.05$ ).

Urday J. (24). Evaluó si la conducta alimentaria del recién nacido está asociada con el estado nutricional fetal y al contacto temprano piel a piel con su madre en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo comprendido entre noviembre 2014 y enero 2015. El estudio se realizó en forma prospectiva mediante observación directa y muestreo por conveniencia de 73 diadas madre-recién nacido que cumplieran los criterios de inclusión. En el periodo de estudio se observó que el peso promedio de los recién nacidos fue 3287.53g. El 26.03% fueron desnutridos fetales. El 78.08% fue adecuado para la edad gestacional. El 10.96% tuvo RCIU (50% fue asimétrico). El 50.68% tuvieron contacto temprano piel a piel que duró en promedio 51.30 min (mínimo de 20 y máximo de 75 min). En RN nutridos fetales se observó asociación del contacto piel a piel con su conducta alimentaria: estado de conciencia a las 4 horas ( $p=0.008$ ), reflejo de búsqueda a las 2h ( $p=0.006$ ), 4h ( $p=0.010$ ) y 12h ( $p=0.020$ ); y con el reflejo de succión a las 2h ( $p=0.014$ ) y 4h ( $p=0.001$ ). En desnutridos fetales el contacto piel a piel solo tiene influencia significativa a las 2h con el reflejo de succión ( $p=0.022$ ). Los RCIU exhibieron diferente conducta alimentaria: reflejos de búsqueda y succión a las 2 horas.

Ossandón M y cols. (25) en el estudio “Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en el Hospital Barros Luco Trudeau-Chile”, buscaron evaluar el Programa de UNICEF “IHANM” (Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre) en un hospital de la zona sur de la Región Metropolitana, se implementaron los siguientes mecanismos de intervención: a) diagnóstico de las prácticas de lactancia en los tres niveles de atención, b) capacitación del personal (20 horas teórico-prácticas), por equipo previamente adiestrado, c) cambios administrativos y técnicos en atención del parto y RN, que contempla redistribución de recursos humanos, atención de parto con contacto precoz madre hijo y la incorporación del progenitor a la sala de partos. Se define como indicadores de seguimiento el registro del número de atenciones con contacto precoz (Apego), número de fórmulas lácteas distribuidas en la maternidad, hospitalizaciones de RN por ictericia, cálculo de gastos en atención neonatal por preparación de fórmulas lácteas y hospitalización por fototerapia y prevalencia de lactancia exclusiva en los menores de seis meses en los consultorios de atención primaria. Se concluyó que el programa de fomento de lactancia, que facilita el encuentro madre-hijo precoz, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención del RN y facilita una mejor prevalencia de lactancia exclusiva al sexto mes de vida.



## CAPITULO II

### MÉTODOS

#### 2.1. **Ámbito de estudio**

El presente estudio se realizó en el Servicio de Obstetricia y Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, del 1ro al 31 de octubre del año 2018.

El servicio de neonatología, está ubicado en el tercer piso del Hospital Honorio Delgado, cuenta con varias áreas de atención:

- Atención inmediata del recién nacido (área donde se le proporciona los cuidados iniciales al recién nacido luego del parto).
- Cuidados intermedios Ay B.
- Cuidados Intensivos Neonatales.
- Alojamiento conjunto (área donde pasa el recién nacido que no tiene factores de riesgo para hospitalizarse para estar junto a la madre). solo cuenta con personal de enfermería durante las mañanas.

#### 2.2. **Población de estudio**

Las unidades de estudio estuvieron constituidas por las madres y los recién nacidos atendidos en el servicio de Obstetricia y Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

**Muestra** Se trabajó con 252 madres y recién nacidos que estuvieron en el área de alojamiento conjunto durante el mes de octubre del año del 2018.

Además los integrantes de la población cumplieron los criterios de selección.

- **De Inclusión**
  - Madres dispuestas a colaborar con el estudio
  - Nacido de parto vaginal o cesárea

- Recién nacidos a término con peso adecuado para la edad gestacional
- Producto único
  
- **De Exclusión**
  - Madres que cuenten con patologías graves o enfermedades crónicas
  - Neonato con malformación congénita severa
  - Neonato con patología neonatal que requiera hospitalización
  - Alimentación con fórmula o mixta
  - Recién nacidos con más de 18 horas de vida al momento del alta.
  - Recién nacidos con más de 3 días de vida.

### **2.3. Técnicas y procedimientos**

#### **a) Tipo de investigación:**

El presente estudio es observacional, prospectivo, longitudinal según D. Altman

## b) Definición operacional de variables

<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores o Categorías</b>	<b>Escala</b>
<b><i>V. Dependiente</i></b>			
Variación del peso del neonato	Gramos	Porcentaje de pérdida de peso.	De razón
<b><i>V. Independientes</i></b>			
Prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de LME	Según referencia de la madre en la encuesta	Sí/No	Nominal
<b><i>V. Intervinientes</i></b>			
Tipo de parto	Modalidad de nacimiento	Vaginal, cesárea	Nominal
Paridad materna	Número total de partos	Primípara, multípara, gran multípara	Ordinal
Controles prenatales	Carné de control	Número de controles	De razón
Nivel de instrucción materno	Último año aprobado	Iletrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal
<b><i>V. Descriptoras</i></b>			
Sexo del RN	Caracteres sexuales secundarios	Masculino / Femenino	Nominal

### c) Producción y registro de datos

Se realizó las coordinaciones con la Jefatura del servicio de GinecoObstetricia y del Servicio de Neonatología para obtener autorización para la realización del estudio.

Se utilizó una ficha de recolección de datos dirigido a las puérperas, aplicado al momento del alta hospitalaria, además de acopio de datos de la historia clínica de cada paciente del estudio. Dicha ficha consta de la encuesta de oportunidades perdidas en el puerperio inmediato para lactancia materna del programa LACMAT 3.3 desarrollado por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires – Argentina (26).

Para estratificar los valores porcentuales de oportunidades perdidas se consideró la clasificación propuesta por la Organización Panamericana de la Salud:

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

Las oportunidades pérdidas en lactancia se producen cuando una mujer es dada de alta después de un parto hospitalario y no recibe las acciones de promoción y apoyo de la lactancia natural que aseguren una continuación de ésta, no contando con el apoyo necesario para afrontar las dificultades que puedan sobrevenir posteriormente (23).

Se consideró como cumplimiento adecuado de la promoción y apoyo de la lactancia materna cuando las oportunidades perdidas fueron aceptables.

Se evaluó a los neonatos en forma habitual, con valoración de su peso: al nacer y al momento del alta hospitalaria de la madre, en los partos distócicos (cesáreas) es generalmente al tercer día y en los partos eutócicos después de las 24 horas de producido el parto. Se cuantificó el porcentaje de pérdida de peso con la que salió de alta el neonato, y se clasificó a los recién nacidos que tuvieron pérdida fisiológica y patológica, teniendo en cuenta el “normograma de porcentaje de pérdida de peso temprana en recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva” tanto para cesáreas como para partos vaginales, de la Academia Americana de Pediatría del 2014. Considerando pérdida fisiológica, al porcentaje de pérdida acorde al normograma de academia americana de pediatría (21).

**d) Análisis Estadístico**

Se empleó estadística descriptiva con determinación frecuencias absolutas (Nro.) y relativas (%). La relación entre variables se realizó con la prueba de Chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2016 con su complemento analítico y para el análisis estadístico el programa EPIINFO (OMS - OPS). Se consideró una diferencia estadísticamente significativa con  $p < 0.05$ .

## CAPITULO III

## RESULTADOS

TABLA 1

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES PUÉRPERAS DEL ÁREA DE  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA**

CARACTERÍSTICAS – MADRE	N°	%
<b>EDAD</b>		
De 15 a 20 años	41	16.3
De 21 a 30 años	130	51.6
Más de 30 años	81	32.1
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	30	11.9
Secundaria	156	61.9
Superior	66	26.2
<b>CONTROLES PRENATALES</b>		
Inadecuado	98	38.9
Adecuado	154	61.1
<b>NÚMERO DE PARTOS</b>		
Primípara	94	37.3
Múltipara	158	62.7
<b>TIPO DE PARTO</b>		
Vaginal	163	64.7
Cesárea	89	35.3
Total	252	100.0

TABLA 2

**CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL  
ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO DE AREQUIPA**

<b>CARACTERÍSTICAS – RECIÉN NACIDO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	122	48.4
Femenino	130	51.6
<b>EDAD AL ALTA</b>		
Un día	119	47.2
Dos días	88	34.9
Tres días	45	17.9
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 3****DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA DE PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA**

<b>PÉRDIDA PESO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Fisiológica	181	71.8
Patológica	71	28.2
Total	252	100.0



TABLA 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA  
REFERIDOS POR LAS MADRES PUÉRPERAS DEL ÁREA DE  
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO DE AREQUIPA**

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA	Oportunidades				Total	
	No		Si			
	N°	%	N°	%	N°	%
Beneficios de la lactancia materna	26	10.3	226	89.7		
Nutrición y Desarrollo del bebé	2	0.8	250	99.2		
Mejora vínculo afectivo madre-hijo	11	4.4	241	95.6		
Protección contra infecciones en el bebé	32	12.7	220	87.3	252	100.0
Disminución del sangrado posparto de la madre	126	50.0	126	50.0		
Protección cáncer de mama y ovario de la madre	161	63.9	91	36.1		
Disminución del excedente de peso en la madre	100	39.7	152	60.3		

Fuente: Matriz de datos

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS DE PROMOCIÓN Y APOYO DE LACTANCIA MATERNA REFERIDOS POR LA MADRE**

PRACTICAS HOSPITALARIAS	Oportunidades					
	No		Si			
	N°	%	N°	%	N°	%
Contacto piel a piel	43	17.1	209	82.9		
Enseñanza de la técnica de lactancia	31	12.3	221	87.7		
Alojamiento conjunto inmediato	5	2.0	247	98.0		
Indicación de lugar de ayuda para Lactancia materna	70	27.8	182	72.2		
Cita para el bebé	14	5.6	238	94.4	252	100.0
Cita para la madre	66	26.2	186	73.8		
Enseñanza de extracción de leche	122	47.6	130	51.6		
Enseñanza de almacenamiento de leche	157	62.3	95	37.7		

TABLA 6

**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN A LA EDAD DE LA MADRE**

Prácticas Hospitalarias		Pérdida de Peso Patológica				Total		P
		No presenta		Presenta		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Beneficios de la lactancia materna	No	17	65.4	9	34.6	26	100.0	0.288 ( $P \geq 0.05$ )
	Si	164	72.6	62	27.4	226	100.0	
Contacto piel a piel	No	34	79.1	9	20.9	43	100.0	0.165 ( $P \geq 0.05$ )
	Si	147	70.3	62	29.7	209	100.0	
Enseñanza de la técnica de lactancia	No	20	64.5	11	35.5	31	100.0	0.223 ( $P \geq 0.05$ )
	Si	161	72.9	60	27.1	221	100.0	
Alojamiento conjunto inmediato	No	2	40.0	3	60.0	5	100.0	<b>0.041</b> <b>(<math>P &lt; 0.05</math>)</b>
	Si	179	72.5	68	27.5	247	100.0	
Enseñanza de extracción de leche	No	90	73.8	32	26.2	122	100.0	0.576 ( $P \geq 0.05$ )
	Si	91	70.0	39	30.0	130	100.0	
Enseñanza de almacenamiento de leche	No	114	72.6	43	27.4	157	100.0	0.414 ( $P \geq 0.05$ )
	Si	67	70.5	28	29.5	95	100.0	
Total		181	71.8	71	28.2	252	100.0	

**TABLA 7****PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN A LA EDAD DE LA MADRE**

Edad Madre	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
De 15 a 20 años	33	80.5	8	19.5	41	100.0
De 21 a 30 años	90	69.2	40	30.8	130	100.0
Más de 30 años	58	71.6	23	28.4	81	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

$P = 0.376$  ( $P \geq 0.05$ )

**TABLA 8**  
**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN A LOS**  
**CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE**

Controles Prenatales	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Inadecuado	60	61.2	38	38.8	98	100.0
Adecuado	121	78.6	33	21.4	154	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

**P = 0.002 (P < 0.05)**

**TABLA 9**  
**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN A LA PARIDAD**  
**DE LA MADRE**

Número de Partos	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primípara	71	75.5	23	24.5	94	100.0
Múltipara	110	69.6	48	30.4	158	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

$P = 0.194$  ( $P \geq 0.05$ )

**TABLA 10****PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN AL SEXO**

Sexo	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	85	69.7	37	30.3	122	100.0
Femenino	96	73.8	34	26.2	130	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

$P = 0.276 (P \geq 0.05)$

**TABLA 11**  
**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE**

Grado de Instrucción	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primaria	21	70.0	9	30.0	30	100.0
Secundaria	112	71.8	44	28.2	156	100.0
Superior	48	72.7	18	27.3	66	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

$P = 0.973$  ( $P \geq 0.05$ )



TABLA 12

**PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO EN RELACIÓN AL TIPO DE PARTO**

Parto	Pérdida de Peso Patológica				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Vaginal	119	73.0	44	27.0	163	100.0
Cesárea	62	69.7	27	30.3	89	100.0
Total	181	71.8	71	28.2	252	100.0

P = 0.336 (P ≥ 0.05)

## CAPITULO IV

### DISCUSION

**LA TABLA 1**, Nos describe las características de las madres puérperas que participaron en el estudio. Con respecto a la edad de las madres; el mayor porcentaje con 51.6 % tenían entre 21 a 30 años, mientras que el menor porcentaje con 16.3% tenían de 15 a 20 años. Con respecto al grado de instrucción de las madres la mayoría con 61.9% tuvieron grado de instrucción secundaria, seguido de grado de instrucción superior con 26.2% y el menor porcentaje con 11.9% tenían grado de instrucción primaria. No hubo pacientes analfabetas. Con respecto a los controles prenatales se observa que en la mayoría de los casos con 61.1 % tuvieron controles prenatales adecuados, es decir tenían de 6 a más controles prenatales y el resto inadecuados con 38.9%. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (28).

En cuanto al número de partos, el mayor porcentaje de madres eran multíparas con 62.7%, es decir tenía entre 2 a 4 hijos y el 35.3 % eran primíparas. No se encontró pacientes con más de 5 hijos. Respecto al tipo de parto el mayor porcentaje con 64.7% fueron eutócicos y el 35.3% fueron cesáreas. Como se evidencia en este estudio el porcentaje de partos por cesárea fue superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Desde 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%.

Resultados casi similares al estudio realizado por Salinas en el Hospital Unanue de Tacna, donde la edad materna fluctuó entre 16 años hasta 39 años. No hubieron pacientes analfabetas o con primaria incompleta, casi el 50 % (48, 3 %) tuvieron secundaria completa, y solo el 8,7 % tuvieron algún tipo de educación superior (técnica o universitaria). El 57,6 % tuvieron parto vaginal, mientras que el 42,4 % por cesárea. El promedio de controles prenatales fue de 9 controles, con un valor mínimo de 5 controles y un valor máximo de 14 controles (23). Al igual que los resultados de nuestro estudio el porcentaje de cesáreas fue alto. Recientes investigaciones revelan que cuándo la tasa de

cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad (29). Sin embargo es probable que esta cifra sea alta debido a que el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa es centro de referencia de otras regiones del sur del Perú (Puno, Moquegua, Cusco) por su nivel de complejidad.

**TABLA 2**, Con respecto a las características de los recién nacidos estudiados. En cuanto al sexo, se observa ligero predominio del sexo femenino con 51.6%, el sexo masculino presentó una frecuencia de 48.4%.

En la mayoría de los casos con 47.2 % los recién nacidos se fueron de alta junto con la madre a las 24 horas de vida, le siguen los RN que se fueron de alta con 2 días de vida con 34.9 % y finalmente los que se fueron con 3 días con 17.9%. Los recién nacidos producto de parto eutócicos se fueron de alta aproximadamente a las 24 horas de vida. Mientras que los que nacieron producto de cesáreas se fueron de alta entre el 2do y tercer día de vida. En el estudio realizado por Salinas, El promedio de días de internación de los recién nacidos fue de 2 días, con un valor mínimo de 1 día y un valor máximo de 6 días. No se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar el número de días de internación con la práctica de lactancia materna. (23).

En la **TABLA 3**, Presentamos la distribución de la pérdida de peso del recién nacido al momento del alta. Considerando pérdida fisiológica, al porcentaje de pérdida acorde al normograma de academia americana de pediatría (21). La mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida de peso fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica

El grupo de pacientes que presentaron pérdida de peso patológica constituyen un grupo de riesgo que puede estar relacionado con problemas de salud que ameriten hospitalización. La Deshidratación neonatal es universalmente reconocida como una complicación en casos de lactancia materna exclusiva, donde los padres e incluso el personal de salud tarda en reconocer los datos característicos del paciente deshidratado.

La evidencia actual sugiere que la causa más común de esta enfermedad es el bajo volumen de líquidos ingerido por el neonato (29).

El encontrar 28.2% de pérdida patológica en la población de estudio, nos indica que la lactancia materna no está siendo eficaz en este grupo, por lo que debería considerar la prescripción de fórmula maternizada para evitar morbilidades neonatales, y corregir los errores durante el amamantamiento.

**TABLA 4,** Con respecto a la distribución de los beneficios de la lactancia materna referidos por las madres, El 89.7% de madres manifestaron que si recibieron información de los beneficios de la Lactancia Materna, por lo que existe 10.3% de oportunidades perdidas para esta variable (rango considerado aceptable). El 99.2% refirió conocer los beneficios en la nutrición y desarrollo del bebe (rango aceptable). El 95.6% refirió que mejora el vínculo afectivo madre hijo (rango aceptable). El 87.3% de pacientes conocía la protección contra infecciones al bebe (rango aceptable). El 50% conocía el beneficio en la disminución del sangrado post parto (rango extremo). Mientras que solo el 36.1% conocía el beneficio de la lactancia materna en la protección del cáncer de mama y ovario (rango extremo). La información referida de la madre con respecto a los beneficios de la lactancia materna que se encontraron en rango aceptable, la mayoría fueron beneficios a favor del recién nacido, desconociendo que la lactancia materna también es beneficiosa para ellas, explicado tal vez por la falta de personal de salud asignado permanentemente en el área de alojamiento conjunta para asesorar a las madres.

En la **TABLA 5,** Que describe las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna podemos observar que el 82.9 % de las madres encuestadas consideran que tuvieron contacto piel a piel inmediatamente después del parto por lo menos durante una hora, existiendo el 17.1% de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria (rango aceptable). El 87.7% de las madres del estudio consideró que se les instruyó en la técnica de la lactancia, por lo que hubo 12.3% de oportunidades perdidas para esta variable (rango aceptable). En el 98% de los casos se realizó alojamiento conjunto inmediato, por lo que se presentó solo 2% de oportunidades para esta práctica hospitalaria (rango aceptable). Al 94.4% de madres consideran que se le dio cita para el control del

recién nacido, presentando 5,6 % de oportunidades perdidas para esta variable (rango aceptable). El 73.8% de las madres sabían dónde recurrir en caso de tener problemas de la lactancia, siendo el 27.8% de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria (rango preocupante). El 73.8% de las madres refirió que le dijeron cuando y donde acudir al control obstétrico, siendo el 26.2% de oportunidades perdidas para esta variable (rango preocupante). El 51.6% de las madres refieren que se les oriento sobre la extracción de leche, siendo el 48.4% de oportunidades perdidas para esta práctica hospitalaria (rango extremo). Solo el 37.7% de madres refieren que se les hablo sobre el almacenamiento de leche, siendo el 62.3% de oportunidades perdidas (rango extremo).

En el Hospital Honorio se viene dando énfasis al contacto piel a piel tanto en las cesáreas como los partos eutócicos, existiendo más facilidades para su realización en los partos eutócicos, lo mismo sucede con la enseñanza de la técnica de lactancia materna, así como el alojamiento conjunto inmediato, las madres refieren que se les indico que acudan al control del recién nacido por consultorio externo. Motivo por el que las oportunidades pérdidas para estas prácticas hospitalarias se encontraron en rango aceptable.

Para la indicación de dónde acudir en caso de requerir ayuda con la técnica de lactancia materna así como la indicación de control de la madre se encontraron oportunidades perdidas en rango preocupante, explicado tal vez porque el hospital no cuenta con un consultorio de consejería de lactancia materna y probablemente el servicio de obstetricia no le da indicaciones claras a la madre para que acuda a su control.

En cuanto a la enseñanza de la extracción y el almacenamiento de la leche se encontraron oportunidades perdidas en rango preocupante, explicado tal vez porque en el área de alojamiento conjunto no se tiene personal de enfermería permanente que pueda asesorar a las madres.

**En esta TABLA 6,** Que relaciona las prácticas de promoción y apoyo de la lactancia materna en relación a la pérdida de peso del recién nacido.

El 34.6% de los recién nacidos de las madres que no manifestaron recibir información sobre los beneficios de la lactancia materna presentaron pérdida de peso patológica, mientras que 27,4% de los recién nacidos de las madres que recibieron información presentaron pérdida de peso patológica, diferencia no significativa según la prueba

estadística empleada, por lo tanto se puede concluir que el recibir información de los beneficios de la leche materna no influye en la pérdida de peso del recién nacido.

Con respecto a la influencia del contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. Las madres a quienes no se le realizó el contacto piel a piel con el recién nacido, el 20.9 % de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que las que tuvieron con contacto, 29.7% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica. Siendo esta diferencia no significativa según la prueba estadística empleada. Por lo tanto el contacto piel a piel del recién nacido con la madre en la primera hora de vida no influye en la pérdida de peso del recién nacido. Con respecto a la enseñanza de la técnica de lactancia materna por parte del personal de salud en relación a la pérdida de peso del recién nacido. Se encontró que el grupo que no recibió ayuda con la técnica de lactancia el 35.5% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que el grupo que si recibió ayuda con la técnica de lactancia el 27.1% de sus hijos presentó pérdida de peso patológica. Diferencia no significativa según la prueba estadística empleada, por lo tanto se puede concluir que en este estudio, la enseñanza de la técnica de lactancia a las madres no influye en la pérdida de peso del recién nacido.

Con respecto al grupo de madres a quienes no se les realizó el alojamiento conjunto inmediato, el 60% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que el grupo de madres a quienes se les realizó el alojamiento conjunto inmediato el 27.4% presentó pérdida patológica de peso. Diferencia significativa. Por lo tanto se puede concluir que el realizar el alojamiento conjunto inmediato si disminuye la pérdida de peso patológica del recién nacido.

Tanto en la enseñanza de la extracción de la leche así como el almacenamiento no se encontraron diferencias significativas.

No se ha encontrado estudios que relacionen la influencia de las practicas hospitalarias en la pérdida de peso del recién nacido que nos permitan realizar comparaciones. Pero los estudios actuales indican que el contacto directo de piel de la madre con la del niño, poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna (14,24). Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos. La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia

durante la primera hora de vida. El niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora, y debe alentarse a las madres, ofreciéndoles ayuda si es necesario, a reconocer los signos que indican que está preparado para comenzar a mamar (29).

**En la TABLA 7**, Que relaciona la pérdida de peso del recién nacido con la edad de la madre, Observamos que las madres cuya edades fluctuaron entre 15 a 20 años, el 19.5% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica. En el grupo de madres cuyas edades estaban entre 21 a 30 años el 30.8% de sus hijos lo presentaron, mientras que en las madres de más de 30 años el 28.4% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica. Las diferencias no son significativas. Por lo tanto se puede concluir que la edad de la madre no influye en la pérdida de peso patológica. Sin embargo en el grupo de madres entre los 15 a 20 años se observa menor porcentaje de pérdida de peso patológica respecto a los otros 2 grupos etarios.

En el estudio realizado por Sutta, en el Hospital Lorena de Cusco; Los recién nacidos con pérdida de peso excesiva (76 casos) presentaron en sus categorías madre adolescente 11 (14.5%), madre adulta 48 (63.2%) y madre añosa 17 (22.3%). La categoría madre adulta presenta  $p: 0.0023$  y  $OR: 0.38$  encontrándose asociación estadística como factor protector para la pérdida de peso en recién nacidos, en cambio la categoría madre añosa presenta  $p: 0.0541$  no encontrándose asociación con la pérdida de peso excesiva en recién nacidos. La categoría madre adolescente presenta  $p: 0.0314$  y  $OR: 2.68$  encontrándose asociación estadística significativa por consiguiente vendría a ser un factor asociado para la pérdida de peso excesiva en recién nacidos (32). Estos hallazgos no concuerdan con nuestro estudio donde los hijos de las madres adolescentes fueron los que menos pérdida peso patológica presentaron. Esto se puede explicar debido a que el grupo de madres adolescentes recibe mayor supervisión por parte del personal de salud y generalmente están acompañadas por familiares. Por lo que es necesario contar con el personal capacitado en el manejo de la lactancia desde el control prenatal, durante la internación, en el postparto y después del egreso (29).

**TABLA 8,** Que relaciona la pérdida de peso del recién nacido con los controles prenatales, Observamos que las madres con controles prenatales inadecuados el porcentaje de pérdida de peso de sus hijos fue de 38.8%, mientras que el grupo de madres que tuvieron controles prenatales adecuados el 21.4% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica. Según la prueba estadística esta diferencia es significativa, por lo tanto podemos afirmar que los controles prenatales tienen relación con la pérdida de peso del recién nacido, siendo menor en aquellas madre que cumplieron con los controles prenatales en forma adecuada. La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de parto pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (28).

**TABLA 9,** Relaciona la pérdida de peso real del recién nacido con la paridad de la madre, Observamos que el 24.5% de los hijos de las madres primíparas tuvieron pérdida de peso patológica, mientras que el 30.4% de los hijos de las madres multíparas lo presentaron. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas. Es decir el número de partos no se asocia con la pérdida de peso patológica del recién nacido. Por lo tanto por más que una madre ya tenga el antecedente de tener hijos anteriores, debe recibir la misma consejería y apoyo con la lactancia materna

A pesar de haber otros estudios como el realizado por Sutta, M. donde se observa que la categoría madre multípara presenta  $p: 0.0101$  y  $OR: 0.48$  encontrándose asociación estadística significativa como factor protector para la pérdida de peso excesiva en recién nacidos. La categoría madre primípara presenta  $p: 0.0101$  y  $OR: 2.07$  encontrándose asociación significativa con la pérdida de peso excesiva en recién nacidos del Hospital Antonio Lorena cusco, 2018 (32).

**TABLA 10,** Relaciona la pérdida de peso del recién nacido en relación al sexo. Se observa que el 30.3% de los niños de sexo masculino tuvieron pérdida de peso patológica, mientras que el 26.2% las mujeres lo presentaron. Es decir los hombres pierden más peso que las mujeres, sin embargo esta diferencia no es significativa. Por lo tanto el sexo del recién nacido no influye en la pérdida de peso patológica en los primeros días de vida.



Resultado similar al encontrado por Sutta, M. donde no hubo asociación significativa entre el sexo del recién nacido con la pérdida de peso excesiva en recién nacidos (32).

**TABLA 11,** Relaciona la pérdida de peso del recién nacido en relación al grado de instrucción de la madre. En las madres con grado de instrucción primaria, sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, en las madres con grado de instrucción secundaria el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica, mientras que en las madres con grado de instrucción superior el 27.3% presentaron pérdida de peso patológica. Según la prueba estadística no existen diferencias significativas. Por lo tanto en este estudio no se encontró relación entre grado de instrucción de la madre y la pérdida de peso del recién nacido.

Sutta, no encontró asociación significativa en los grados de instrucción (analfabeta, primaria, secundaria completa, superior) con la pérdida de peso del recién nacido, en el Hospital Lorena del Cusco, 2018 (32). Resultado similar al encontrado en nuestro estudio.

**TABLA 12,** Que relaciona la pérdida de peso del recién nacido en relación al tipo de parto. Se puede apreciar que las mujeres que tuvieron parto vaginal, el 27% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que en las cesáreas el 30.3% presentaron pérdida patológica de peso. Según la prueba estadística la diferencia encontrada no es significativa. Por lo tanto las cesáreas no se relacionan con mayor pérdida de peso. A diferencia de otros estudios como el realizado en el Hospital Lorena del Cusco, indican que la cesárea es la principal causa de pérdida excesiva en recién nacidos con lactancia materna exclusiva. Los mecanismos más conocidos asociados a la pérdida de peso excesiva en recién nacidos por cesárea son: menor tiempo de contacto piel a piel, retardo en el inicio de la lactancia, dolor materno puerperal (32).

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

- A) La enseñanza de los beneficios de la lactancia materna, el contacto piel a piel, la enseñanza de la técnica de lactancia, alojamiento conjunto inmediato, la indicación del control del niño; tuvieron oportunidades perdidas en rango aceptable. La enseñanza de la extracción y el almacenamiento de la leche materna; tuvieron oportunidades perdidas en rango extremo.
- B) La mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica
- C) Solo el alojamiento conjunto inmediato se relacionó con menor pérdida de peso patológica, las demás prácticas hospitalarias no tuvieron relación estadísticamente significativa con la pérdida de peso patológica. Los controles prenatales inadecuados se relacionó con mayor pérdida de peso patológica del recién nacido al momento del alta.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- A) Capacitar a todo el personal de salud que labora en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, mediante el desarrollo de cursos y talleres, afin de que esten preparados para realizar actividades de promocion y apoyo de la lactancia materna a las madres gestantes y puerperas.
- B) Se debe unificar criterios para valorar si la pérdida de peso es fisiológica o no, para ello se podría contar con el normograma de pérdida de peso temprana para recién nacidos a término alimentados con seno materno exclusivo de la academia americana de pediatría.
- C) El personal de salud debe estar entrenado para asistir a las madres que se encuentren en el área de recuperación para evitar el retraso del inicio de la alimentación mediante el alojamiento conjunto inmediato.
- D) Se debe dar apoyo efectivo a las madres por parte del personal de salud en forma permanente en el área de alojamiento conjunto.
- E) Se sugiere realizar seguimiento riguroso de los recién nacidos, en consultorio externo a fin de prevenir morbilidades neonatales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud (MINSA), Perú. [Citado 20 junio del 2018]. Disponible en <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/index.asp>
- 2) Ministerio de Salud (MINSA), Perú. Documento técnico. Curso Taller Promoción y apoyo a la Lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño. 1ra edición, 2009
- 3) Gorrita R, Terrazas A, Brito D, Ravelo Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev. Cubana Pediatría, 2015; 87(3):285-297.
- 4) Mezzacappa M. Excessive weight loss in exclusively breastfed full-term newborns in a Baby-Friendly Hospital. Revista Paulista de Pediatría. 2016; 34(3):281-286.
- 5) Aguayo J, Gómez A, Hernández MT. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Manual de LM. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2008.
- 6) Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2014; 32(2):103-14.
- 7) Rodríguez CR, Prieto ME, Payan M, Quesada MM. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC. 2010; 14(3).
- 8) Aguilar M. J, Sánchez A, Madrid N, Mur N, Expósito M, Hermoso E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente:

- revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 2015; 31(2), 606-620.
- 9) Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 2017; 88(1): 07-14.
  - 10) Gomero CIM. Conocimiento del método de lactancia materna-amenorrea en púerperas usuarias del programa de planificación familiar y su aceptación. In *Crescendo Ciencias de la salud*, 2015; 2(1):367-374.
  - 11) Ruiz MD, Pouymiro Y, Dumas YA. Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. 2014; 18(2):226-34.
  - 12) UNICEF. *Salud Materna y Neonatal. Estado Mundial de la Infancia*; 2008. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef); 2009.
  - 13) CEPREN - Centro de Promoción y Estudios en Nutrición. Evaluación de la situación de lactancia materna y alimentación complementaria en el Perú. Red peruana de lactancia materna. Proyecto Linkages, AED Washington D.C. [Citado 02 de junio del 2018]. Disponible en <http://www.lactared.com.pe/index3.htm> Perú.
  - 14) González T, Escobar L, González LD, Rivero JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex*. 2013; 55(supl 2):5170-9.
  - 15) Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales. Parte II. Indicadores Sanitarios Mundiales*. Ginebra: OMS; 2010.
  - 16) Nommsen LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors

- associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr*, 2010;92(3):574-584
- 17) Hedberg K, Häggkvist AP, Ness M, Kylberg E et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. *J Hum Lact*, 2012;28(3):289–296.
- 18) Garcia R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):223-230.
- 19) Rodríguez, N. Peso del recién nacido y su evolución con lactancia materna exclusiva Hospital docente de Calderón octubre - noviembre 2016. Informe de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Especialista en Pediatría
- 20) Gil-Estevan MD, Solano-Ruiz MC. Diversidad cultural y lactancia materna: prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. *Index Enferm*, 2017; 26(3):162-165.
- 21) Flaherman V, Schaefer E, Kuzniewicz M. Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns. *AAP*. 2015; 135.
- 22) Behrman R, Kliegman R, Jaso H. Tratado de Pediatría Nelson. 17ª Edición. España. Elsevier 2004:1508-1503.
- 23) Salinas Rosas FM. Prácticas hospitalarias de promoción y fomento de lactancia materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013
- 24) Urday J. Estado nutricional fetal, contacto temprano piel a piel y su asociación con la conducta alimentaria en el recién nacido en el Hospital Goyeneche, 2014-

2015. Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2015
- 25) Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau-Chile. Revista Chilena de Pediatría, 2000; 71(2):98-106
- 26) Programa Lacmat. [citado 25 junio del 2018]. Disponible en [www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.htm](http://www.ibfan-alc.org/soft/lacmat3.htm).
- 27) Espinoza CS. Comparación del incremento de peso en recién nacidos de madres con y sin capacitación sobre la técnica adecuada de lactancia materna en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, 2004. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano – Facultad de Medicina Humana – UCSM, 2008.
- 28) Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; Disponible en URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> (Fecha de acceso: 10 de noviembre del 2018).
- 29) OPS/OMS Perú. Disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/). Citado 10 de noviembre del 2018.
- 30) Mendoza S. Manual de Neonatología. Atención del recién nacido en puerperio. Disponible en: [www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias\\_San\\_Jose/Guias\\_SanJose\\_2016.htm](http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/Guias_SanJose_2016.htm)  
Citado 10 de noviembre del 2018.

- 31) Jonguitud-Aguilar A., Calvillo-Robles S., Ruiz-Martínez E., Olvera-López G. Protocolo de manejo en deshidratación hipernatémica Neonatal. Revista Perinatología y reproducción humana. Vol. 29. Num. 2. Junio 2015, pag 47-88.
- 32) Sutta, M. “Factores asociados para la pérdida de peso excesiva en recién nacidos, hospital Antonio Lorena Cusco, 2018” Presentado por la bachiller para optar al Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Andina del Cusco.



**ANEXOS****Anexo 1: Ficha de recolección de datos**

N° de ficha: \_\_\_\_\_

**Datos de la madre**

Edad: \_\_\_\_\_ años

Nivel de instrucción Sin instrucción\_\_ primaria\_\_ secundaria\_\_ superior \_\_

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

Número de partos: Primípara\_\_ Multípara\_\_ Gran multípara\_\_

**Datos del neonato**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino\_\_ Femenino\_\_

Parto: Vaginal\_\_ Cesárea \_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g

Recibió LM: \_\_ Fórmula \_\_ Líquidos \_\_

Evaluación al alta: Día \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ g

Observaciones:

## Anexo 2: Oportunidades perdidas para la lactancia materna en el puerperio inmediato

Responda a las siguientes preguntas:

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

Oportunidad perdida:

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