

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, *DECANA DE AMERICA*)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Capacitación y Seguimiento Domiciliario sobre Lactancia Materna
Exclusiva a Puérperas del Hospital Santa Rosa
Período : Setiembre – Noviembre 2001**

TESIS

Para optar al título profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA DE LA TESIS

Bach. Mendoza Cárdenas, Kenia Mirtha

LIMA, MARZO 2002

INDICE

	Página
Resumen	2
Introducción	5
Material y Métodos	12
Resultados	21
Discusión	36
Conclusión y Recomendaciones	44
Bibliografía	47
Anexo I	49
Anexo II	52
Anexo III	55

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y de cohortes en la que, la población fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión.

El objetivo principal fue conocer el efecto de nuestra capacitación personalizada en lactancia materna exclusiva y el efecto del apoyo permanente a través de visitas domiciliarias; así mismo conocer las causas que impiden su logro.

La capacitación y el seguimiento domiciliario estuvo a cargo de una consejera en cada grupo de estudio, habiendo éstas recibido el adiestramiento respectivo en esta materia.

Las madres del grupo de estudio, fueron sometidas a una sesión intra hospitalaria de 40 minutos, en la que fueron asesoradas individualmente por la capacitadora responsable, esta capacitación se realizó siguiendo las pautas de una guía elaborada por nosotros y que se basa en la guía práctica para una lactancia materna exitosa del MINSA (la guía del MINSA, a su vez sigue las normas de los diez pasos hacia una lactancia natural y feliz, propuesta por la OMS-UNICEF, para todos los hospitales "Amigos de la madre y el niño"). Las madres del grupo control sólo recibieron la consejería habitual que el

hospital Santa Rosa imparte, por ser ésta "Amigo de la madre y el niño".

Posteriormente la capacitadora visitó los domicilios de las madres en el primer, segundo y tercer mes. En cada visita la consejera observó como era la alimentación del niño, realizó preguntas respecto a la lactancia exclusiva, enfatizando su apoyo a los problemas que las madres manifestaban.

Las madres del grupo control sólo recibieron una visita domiciliaria cuando sus hijos cumplieron 3 meses de edad.

El 100% de las madres del grupo de estudio y control dieron lactancia materna exclusiva durante su estancia hospitalaria.

A través del seguimiento observamos que el 78.7% de las madres del grupo de estudio daban lactancia materna exclusiva en el primer y segundo mes, y a los 3 meses el 85.1% continuaba esta práctica.

En el grupo control sólo el 33% practicaba la lactancia exclusiva a los 3 meses, por consiguiente la capacitación personalizada y el seguimiento domiciliario logró un efecto muy favorable, ya que consiguió que un porcentaje alto de madres continuara dando lactancia materna exclusiva a sus hijos hasta los 3 meses de edad, inclusive aquellas que en algún momento la interrumpieron, corrigieron y continuaron amamantando a sus hijos.

La gran mayoría de madres pueden dar lactancia exclusiva a sus hijos, si reciben capacitación personalizada y apoyo permanente, (tomando en cuenta , los problemas individuales que cada mujer tiene en relación a la práctica y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva)

Esta estrategia se ve dificultada principalmente por el trabajo materno.

La madre que sale a trabajar y se separa de su hijo tiende a abandonar la lactancia materna exclusiva.

La promoción de la lactancia natural, debe estar a cargo de un personal muy sensibilizado y competente para poder ayudar a la madre que esta lactando, o que en el futuro lo va a hacer.

La promoción de la lactancia materna exclusiva debe realizarse durante el control pre natal, parto, puerperio y durante el control del niño sano, etc.

Todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención del niño, debe promocionar la lactancia materna exclusiva.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna siendo un acto natural y fisiológico se ha practicado desde los principios de nuestros días.

Con las civilizaciones aparecen también los misterios y tabúes sobre esta práctica, muchos pueblos primitivos creían que el calostro era negativo y por eso esperaban varios días para poner el pecho al niño, se establecían horarios y una serie de rituales que variaban de tribu en tribu, se comienza a ofrecer otros líquidos en forma de infusión : unos muy potentes y otros con escaso valor nutritivo.

Las madres de cada generación siempre han buscado un sustituto u otras que amamantaran por ellas.

El código de Hammurabi alrededor de 1800 años antes de Cristo, contenía regulaciones sobre la nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer. En los pueblos europeos que se remontan a 2000 años antes de Cristo, se han encontrado recipientes con boquillas en las tumbas de los niños.

Pero también es cierto que sus beneficios se han evidenciado siempre. En la antigua Esparta una mujer aunque fuera la esposa de un rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor y las plebeyas se encargaban de la alimentación de los otros.

Plutarco explica que el segundo hijo del Rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo por que su madre le había dado el pecho, el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado. Se dice que Hipócrates escribió sobre el tema de la lactancia "la propia leche es beneficiosa , la de otros es perjudicial".

No se conoce literatura hasta antes del renacimiento, sobre temas de lactancia materna. La literatura mundial existente, excepto la de EEUU, siempre han rendido tributo a la lactancia natural. Los textos del siglo XIX y XX ya señalaban el riesgo grave de infecciones en los niños a causa de los biberones.

Con el desarrollo de las sociedades , se ha desarrollado una cultura de la pro lactancia artificial, y como dijera el doctor Leif Hambræus, al cambiar la leche de la madre se ha hecho "el mas grande experimento, sin control ni seguimiento". Sin embargo la tecnología de este desarrollo ha permitido acumular datos sobre la leche materna. Indiscutiblemente la leche humana, es para los bebes humanos.

Cuanto mas detalles se descifran sobre los macro y micro nutrientes específicos contenidos en la leche humana, más evidente resulta que la leche materna está precisamente diseñada para el niño.

Las numerosas investigaciones, demuestran que los beneficios de ~~la leche materna son a corto y largo plazo indiscutibles.~~ Al

respecto los organismos internacionales que promueven la salud mundial, se han pronunciado para la "protección, promoción y apoyo de la lactancia natural".

La lactancia materna exclusiva, es decir la alimentación del niño sólo con leche materna, sin añadir ningún otro alimento sólido o líquido, es el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros 6 meses de vida. Según la última asamblea celebrada en mayo del 2001 por la OMS. (1)

La leche materna tiene todo los componentes nutritivos que necesitan los niños para crecer y conservar la salud. Es una vía natural en la que se encuentran ácidos grasos poliinsaturados, que intervienen en el desarrollo del sistema nervioso y visual. (2-3)

La alimentación con lactancia materna exclusiva, disminuye las tasas de mortalidad infantil principalmente en los países en desarrollo. (3)

Protege de enfermedades comunes como diarreas, infecciones de las vías aéreas superiores y otitis media aguda, además de infecciones en general. (3)

Estimula en el niño, su sistema de inmunidad y su respuesta a las vacunas, contiene centenares de enzimas y anticuerpos que refuerzan la salud. (4)

Mejora la salud materna, porque reduce el riesgo de contraer ~~cáncer de mama y ovario, la beneficia psicológicamente por el~~
Elaboración y diseño en formato Pdf, por la Oficina General de Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.

vínculo afectivo madre-hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos y reduce la tasa de fecundidad (5)

Los beneficios de la lactancia materna se evidencian a corto, mediano y largo plazo.

Hay suficientes datos que sugieren que la dieta temprana postnatal tienen efectos profundos en el crecimiento físico, el desarrollo y función de diversos órganos, en la morbilidad, mortalidad y velocidad de envejecimiento de los organismos (3).

Por lo expuesto, los beneficios de la lactancia materna exclusiva involucran mas que beneficios individuales, los beneficios de una familia, los beneficios y futuro de una nación.

A través de la historia, hemos visto que la práctica de la lactancia materna exclusiva ha estado en declive. Por esto, en 1992 la OMS y la UNICEF promueven la iniciativa de la creación de los hospitales "Amigos del niño". En éstos, se brinda apoyo a todas las madres lactantes para el logro de la lactancia materna exclusiva.

Aproximadamente 15000 hospitales en 128 países de todo el mundo han alcanzado tal categoría.

Reportes de los cinco últimos años, refieren que entre los 10 países con mayores tasas de lactancia materna exclusiva hasta

los 4 meses, destacan Chile con 77%, Cuba con 76% y Eritrea con 66%. (4)

El Ministerio de Salud, en el Perú ha acogido también esta iniciativa. Según ENDES 2000, las tasas de lactancia materna exclusiva han aumentado entre 1991 y el 2000, del 52 al 79% en los niños de 0-1 mes, y de 32 a 67% en los niños de 2-3 meses, debido a la promoción intensa del sector salud. (6)

Publicaciones recientes refieren que las tasas de amamantamiento exclusivo, son muy bajas en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo (1). Esto pone en duda sobre que tan efectivo resulta la promoción de un régimen alimenticio que en la práctica se sigue con muy poca frecuencia.

Sin embargo, existen evidencias de estudios experimentales y cuasi experimentales, donde se demuestra los efectos positivos de la consejería y el apoyo permanente a través de visitas domiciliarias, en el logro de la lactancia materna exclusiva.

Esto quiere decir que se puede aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, ello depende de la capacitación personalizada y del apoyo permanente, para conocer la problemática de cada mujer. Depende también de un trabajo conjunto y muy interesado de todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención de la madre y del niño.

En este aspecto los pediatras desempeñan un papel muy importante (8), al igual que los ginecólogos y obstetras. La promoción de la lactancia materna exclusiva involucra también la educación de la población sobre el tema, el apoyo de los medios de comunicación, un marco legal que apoye a todas las madres trabajadoras-lactantes (9).

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

Demostrar que la capacitación personalizada (para conocer los problemas de cada mujer respecto a la lactancia materna exclusiva) y el apoyo permanente, aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente en los 3 primeros meses de vida.

La OMS y la UNICEF, apoya cualquier estrategia que promueva la lactancia materna exclusiva, al respecto debemos explorar todas las alternativas posibles que mejoren esta causa.

OBJETIVOS GENERALES:

Determinar la influencia de la capacitación personalizada y del apoyo permanente, en el aumento de los porcentajes de niños alimentados exclusivamente durante los primeros 3 meses de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar, si la ocupación materna influye en el logro de la lactancia materna exclusiva.

2. Precisar, si el apoyo de la pareja influye en el desarrollo de la lactancia materna exclusiva.
3. Indicar, si el contacto precoz influye en el desarrollo de lactancia materna exclusiva.
4. Confirmar, si la consejería previa en lactancia del control prenatal y la psicoprofilaxis, influyen en el desarrollo de la lactancia exclusiva.
5. Determinar, si el grado de instrucción influye en el logro de la lactancia materna exclusiva.
6. Saber, si la edad materna influye en el logro de la lactancia materna exclusiva.
7. Determinar, si la paridad influye en el desarrollo de la lactancia materna exclusiva.

HIPÓTESIS GENERAL

La capacitación personalizada y el apoyo permanente, sí aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente, durante los primeros 3 meses de vida .

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Establecen que, la ocupación materna, el apoyo de la pareja, la consejería previa, la edad, el grado de instrucción, el contacto precoz y la paridad, influyen en el logro de la lactancia exclusiva durante los primeros 3 meses de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente estudio, hemos usado las siguientes definiciones:

- Lactancia materna exclusiva: alimentación que recibe el lactante desde el nacimiento, sólo con leche materna a libre demanda, de día y de noche. (sin añadir ningún otro alimento sólido o líquido). Sinónimos: lactancia Exclusiva, lactancia natural, alimentación exclusiva.
- Puérperas: madres que se encuentran en la etapa siguiente al parto.
- Psicoprofilaxis: curso que recibió, la madre durante su embarazo.
- Control pre natal: Evaluación obstétrica que recibió la madre durante el embarazo.
- Apoyo de la Pareja: madre que niega problemas con su pareja, de estado civil casada o conviviente.

Diseño del Estudio

El presente estudio es del tipo observacional, longitudinal, prospectivo y de cohortes.

Los madres e hijos fueron agrupados de la siguiente manera.

Grupo de estudio: madres de lactantes que recibieron capacitación sobre lactancia materna exclusiva, aproximadamente

cuarenta minutos durante su estancia hospitalaria y apoyo a través de visitas domiciliarias sobre la misma en el primer, segundo y tercer mes.

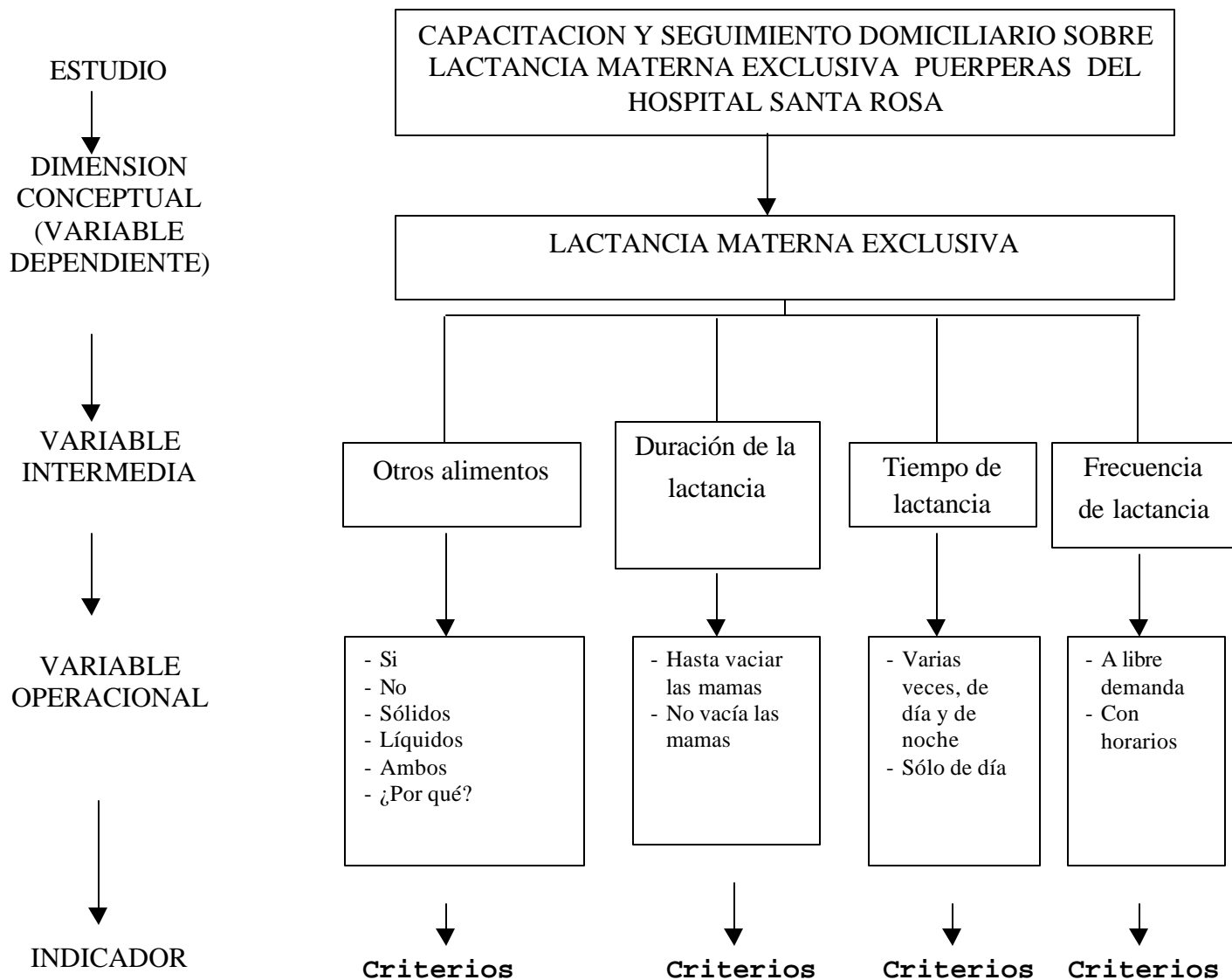
Grupo control: madres de lactantes que no recibieron consejería sobre lactancia materna exclusiva.

Todas estas madres recibieron una consejería habitual que el hospital imparte en materia de lactancia materna a todas las puérperas durante su estancia hospitalaria (por tener la categoría de "Hospital amigo de la madre y el niño") Todos los lactantes estaban siendo alimentados exclusivamente durante su estancia hospitalaria.

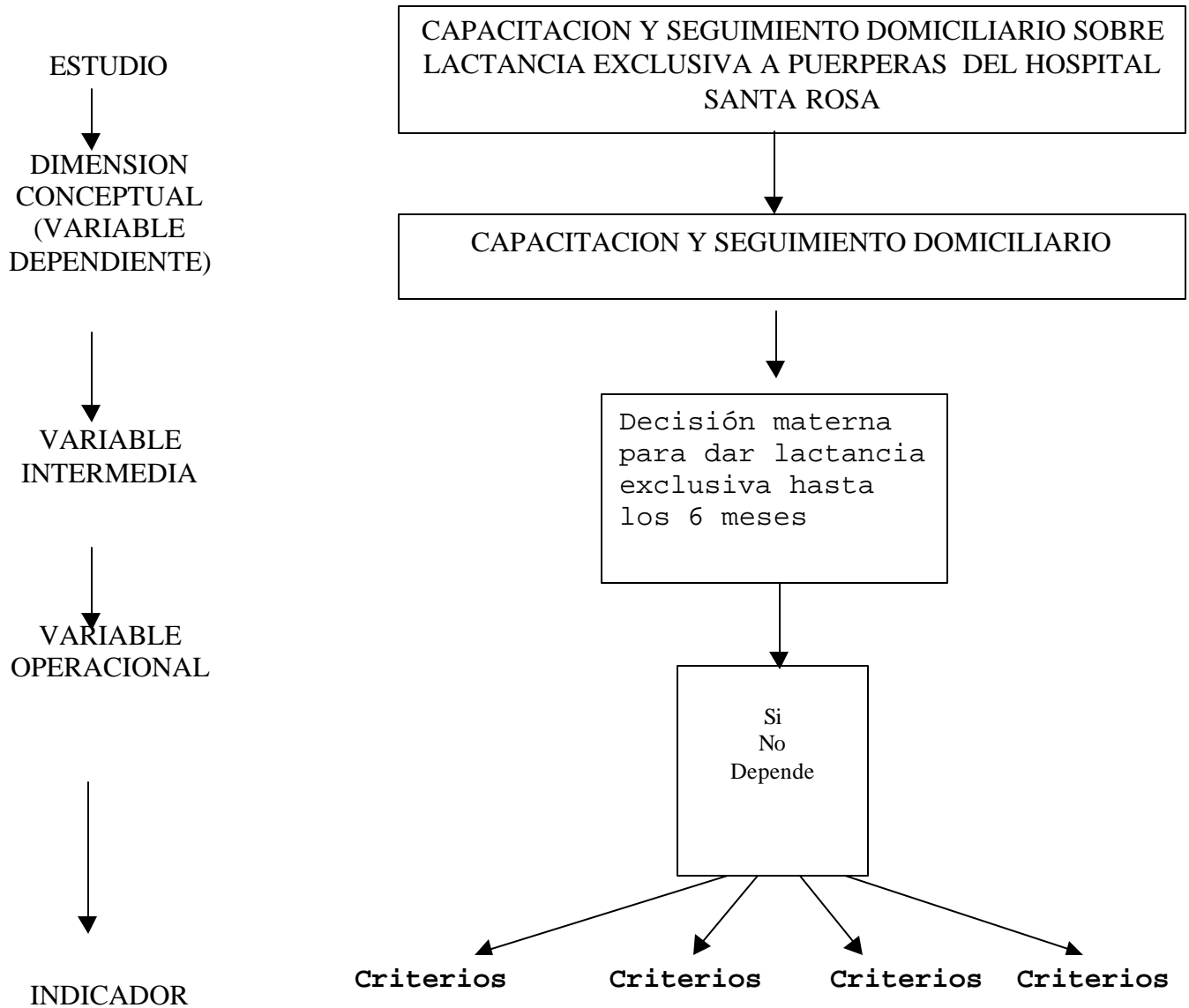
Variables del estudio

1. Variable independiente .- capacitación y seguimiento domiciliario en lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses de vida.
2. Variable dependiente.- lactancia materna exclusiva
3. Variables intervinientes.- ocupación, apoyo de la pareja, consejería previa, contacto precoz, grado de instrucción, edad y paridad.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE



OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE



Criterios de Inclusión y exclusión:

- Lactantes que habían sido calificados por el servicio de neonatología como recién nacidos a término (cuya edad gestacional estaba comprendida entre la 37 y 41 semanas por examen físico de Capurro) y cuyos pesos fueron considerados adecuados para su edad gestacional.
- Puérperas de partos eutócicos atendidas en el hospital Santa Rosa
- Puérperas con hemoglobina mayor a nueve .

Se excluyó:

- Lactantes con cualquier tipo de patología o que reciban tratamiento farmacológico.
- Puérperas con alguna patología o que reciban tratamiento farmacológico.
- Puérperas con dependencia alcohólica o que fumen.
- Puérperas que se encontraban ocasionalmente en esta ciudad o que no tenían domicilio propio.

Población y Muestra

Nuestra población estuvo constituida por 799 puérperas cuyos partos eutócicos fueron atendidos en el hospital Santa Rosa durante el periodo Septiembre - Noviembre del 2001.

La muestra estuvo integrada por 100 madres pertenecientes al grupo de estudio y control. Éstas representaron el 12.5% de la población.

Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

- Se elaboró una guía sobre lactancia materna exclusiva, basada en la guía para una lactancia materna exitosa del MINSA y que a su vez ésta sigue las normas y estándares de 10 pasos hacia una lactancia natural y feliz, propuesta por la OMS y UNICEF, para todos los hospitales "Amigos de la madre y el niño" (ver anexos), para realizar ordenadamente la consejería a las madres del grupo de intervención. Esta guía contenía los siguientes puntos: presentación personal, importancia de la lactancia materna exclusiva, evaluación de las mamas, técnicas de amamantamiento, duración y frecuencia de la alimentación, técnicas de extracción y conservación de la leche , evaluación materna y recomendaciones nutricionales.
- Se elaboró un cuestionario que comprendía las siguientes áreas: datos referentes a la madre, a la lactancia materna exclusiva y a la capacitación.

- Se hizo uso de las historias clínicas para obtener los datos relacionados con los criterios de inclusión y de exclusión.

Tratamiento Estándar de los Casos

En el estudio participamos dos capacitadoras (estudiante de Obstetricia), con el aval de haber recibido un curso teórico-práctico sobre lactancia materna exclusiva a cargo del servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa, y además de una preparación personal sobre el tema.

La captación de los grupos de estudio se realizó en dos periodos de tiempo diferentes, esto para evitar la contaminación por el mensaje ajeno.

Se programó someter a las madres del grupo de estudio a una sesión intra hospitalaria con una duración aproximada de 30 a 40 minutos. Posteriormente el seguimiento domiciliario en el primer, segundo y tercer mes, con una duración aproximada de 60 minutos. En el 2do mes se hizo uso de las llamadas telefónicas a 7 madres del grupo de estudio.

El seguimiento domiciliario del grupo control se realizó a los tres meses, con una duración aproximada de 60 minutos.

Las consejeras hicieron uso de las preguntas abiertas para averiguar si las madres habían presentado dificultades con la

lactancia materna exclusiva, del mismo modo averiguar las causas. Tanto en el grupo de estudio (en el primer, segundo y tercer mes) como en el grupo control (a los tres meses).

Sólo en el grupo de estudio se hizo reforzamiento de las prácticas de la lactancia materna. Cada una de las visitas finalizaba con el llenado del cuestionario.

Métodos Estadísticos

- La hipótesis general se validó con el cálculo estadístico Z.
- Después se evaluó las variables resultantes: situación del amamantamiento en el primer, segundo y tercer mes.
- Finalmente se evaluó los datos de base (sexo del lactante, edad materna, grado de instrucción, consejería previa en lactancia materna, contacto precoz, ocupación, apoyo de la pareja) mediante la técnica del paloteo, y a través de tablas de frecuencia se determinó la comparabilidad de estas variables en ambos grupos.

Con el cálculo de chi al cuadrado, se estableció la dependencia de estas variables con el logro de la lactancia materna exclusiva.

RESULTADOS

Se incluyó en el estudio a 100 madres, 50 madres pertenecientes a cada grupo. En el seguimiento perdimos a 3 madres en el grupo de estudio y 4 madres en el grupo control, las causas fueron: por cambios domiciliarios (2), por domicilios que no pudieron ubicarse (4), por viaje materno (1). Para poder verificar o comprobar que nuestras hipótesis era afirmativas establecimos un margen de error de 5% y un nivel de confianza del 95% en nuestro trabajo.

Creíamos que la consejería previa, la edad de la madre, el grado de instrucción al igual que el contacto precoz y la paridad eran un factor importante en el logro de la alimentación exclusiva.

Los resultados nos están demostrando que no es así, ya que nuestras hipótesis específicas han sido rechazadas.

Sólo la ocupación materna y el apoyo de la pareja favorecieron el logro de la lactancia exclusiva

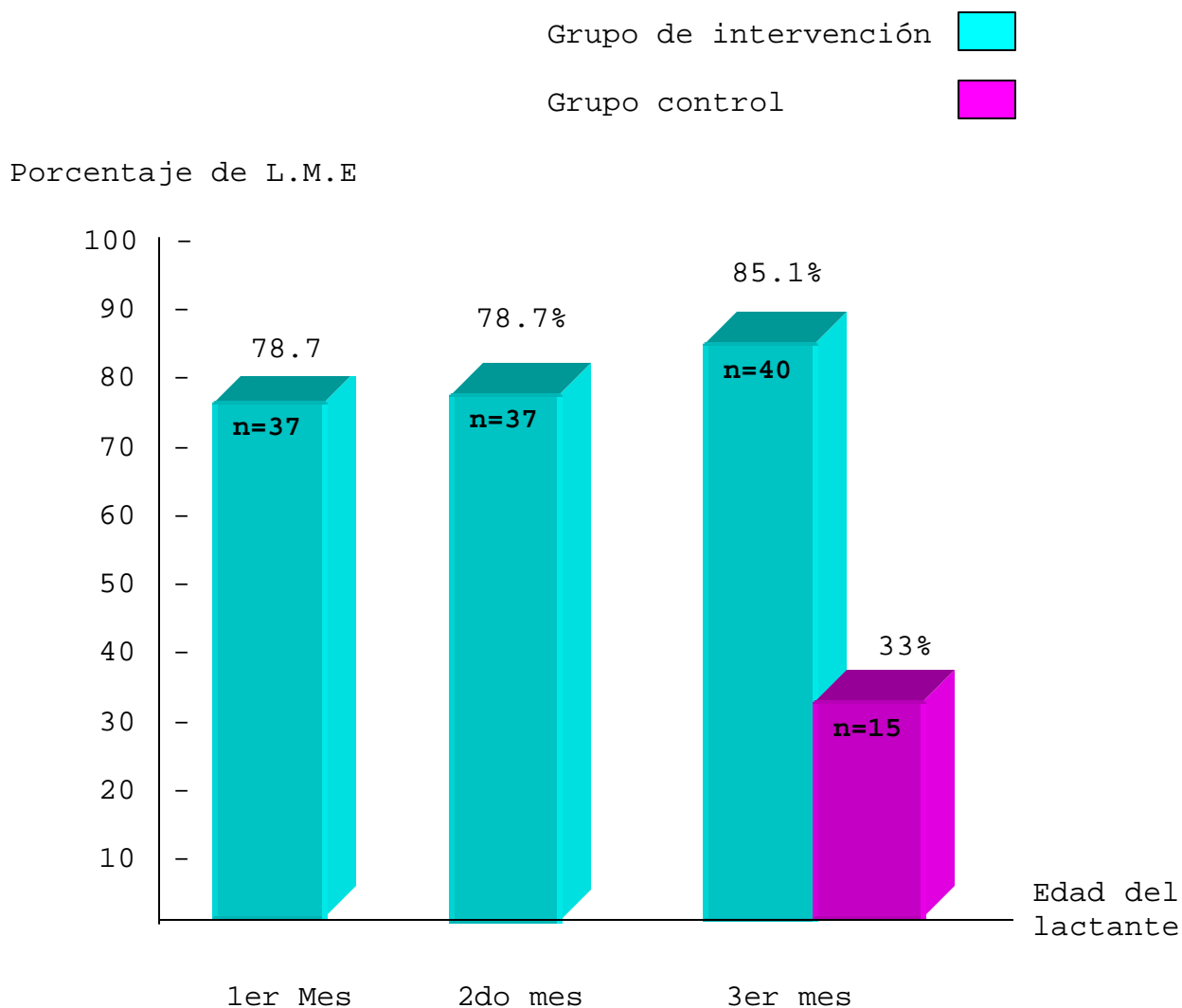
A través del seguimiento domiciliario hemos observado lo siguiente:

- La porcentajes de la lactancia materna exclusiva en el grupo de estudio, fue del 78.7% durante el primer y segundo mes. Éstas cifras aumentaron en el tercer mes a 85.1% (figura I)
- En el grupo control sólo un 33% continuaba con esta práctica. (figura I)

La decisión materna de dar sólo lactancia exclusiva durante los primeros seis meses fue del 97.9% en las madres del grupo de estudio, durante su estancia hospitalaria. A los tres meses el 85.1% de las madres del grupo de estudio reafirmaba su decisión de continuar alimentando exclusivamente a sus hijos, hasta los seis meses. En el grupo control sólo el 30.4% manifestaba lo mismo.

FIGURA I

PORCENTAJE DE NIÑOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME), DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DE VIDA



CUADRO I

CAUSAS POR LA QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

CAUSAS MATERNAS	Abandono de la L.M.E. en el Grupo de Estudio					
	edad del lactante					
	1er mes		2do mes		3er mes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
Por poca leche	2	4.3	3	6.4	2	4.3
Por trabajo	-	-	3	6.4	3	6.4
Porque no se llena	2	4.3	1	2.1	1	2.1
Por herida en el pezón	1	2.1	-	-	-	-
Poco tiempo	-	-	-	-	1	2.1
Total	5	10.7	7	14.9	7	14.9

Durante el primer mes el 10.7% (5) de las madres en el grupo de estudio, habían dejado de alimentar exclusivamente a sus hijos, en el segundo mes las cifras pudieron haber disminuido respecto al primer mes. El trabajo materno fue un factor que aumentó el porcentaje de abandono a 14.9% durante el segundo y también durante el tercer mes. (cuadro I)

Otra razón fue por poca leche 4.3%, 6.4% y 4.3% en el primer, segundo y tercer mes respectivamente. (cuadro I)

CUADRO II

CAUSAS POR LAS QUE ABANDONARON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN EL GRUPO CONTROL.

CAUSAS MATERNAS	ABANDONO DE LA LME EN EL GRUPO CONTROL	
	Edad del Lactante	
	Nº	%
Porque El Niño Tiene Gases o Para Evitarlos	11	24
Por Poca Leche	6	13
Por Trabajo	9	20
Mastitis	1	2
No Se Llena	4	9
Total	31	67

El abandono de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses en el grupo control fue del 67% (31). (cuadro II)

La primera causa de abandono fue porque las madres dieron líquidos (aguitas de anís, etc.) para aliviar o evitar los gases en los niños 24% (11). La segunda causa fue por el trabajo materno en 20% (9) y la tercera razón que las madres refirieron fue por poca leche en un 13% (6) (cuadro II)

CUADRO III

CAUSAS POR LA QUE INTERRUMPIERON OCASIONALMENTE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

CAUSAS MATERNAS	Grupo de Estudio			
	Edad del Lactante			
	1er mes		2do mes	
	Nº	%	Nº	%
Poca Leche	1	2.1	-	-
No Se Llena	1	2.1	-	-
Hospitalización Materna	1	2.1	1	2.1
Porque el Niño tuvo Gases	1	2.1	-	-
El Padre le dio	1	2.1	-	-
Trabajo (Parcial 4 Horas)	-	-	1	2.1
Recomendación Médica	-	-	1	2.1
Total	5	10.7	3	6.3

A través del seguimiento, observamos que durante el primer mes el 10.7%(5) de las madres había interrumpido la L.M.E en el grupo de estudio (cuadro III).

En el segundo mes otras fueron las causas y alcanzaron el 6.3%. (cuadro III)

TABLA I LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y OCUPACIÓN MATERNA

LME a los 3 meses	GRUPO DE ESTUDIO OCUPACIÓN MATERNA						GRUPO CONTROL OCUPACIÓN MATERNA					
	Su casa		Fuera de casa con hijo		Fuera de casa y sola		Su casa		Fuera de casa con hijo		Fuera de casa y sola	
	N°	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si dio	34	(89.5)	6	(100)	0	(0)	12	(50)	3	(23.1)	0	(0)
No dio	4	(10.5)	0	(0)	3	(100)	12	(50)	10	(76.9)	9	(100)
Total	38	(100)	6	(100)	3	(100)	24	(100)	13	(100)	9	(100)
$(\chi^2 = 21.18 \quad \text{gl} = 2 \quad \text{p} = 0.00)$						$(\chi^2=8.19 \quad \text{gl} = 1 \quad \text{p} = 0.017)$						

En el grupo de estudio observamos que las madres que se dedican exclusivamente a sus casas, son la población mayoritaria, a si mismo son las que responden positivamente en 89.5%. (tabla I)

Este fenómeno se repite en el grupo control, ya que siguen siendo las madres que se dedican solo a sus casas la población que más responde positivamente en 50%, seguida por la población que trabaja fuera de sus casas pero permanecen con sus hijos (trabajadoras, ambulantes, empleadas del hogar) en 23.1%. (tabla I)

Sin embargo las madres que trabajan fuera de sus casas y que se separan de sus hijos (8- 12 horas aproximadamente), definitivamente abandonaron la lactancia Materna exclusiva en un 100% y fueron más en el grupo control que en el grupo de estudio. (tabla I)

TABLA II LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y APOYO DE LA PAREJA

LME a los 3 meses	GRUPO DE ESTUDIO				GRUPO CONTROL			
	APOYO DE LA PAREJA				APOYO DE LA PAREJA			
	Si		No		Si		No	
	N°	%	N	%	N	%	N	%
Si dio	39	(90.7)	1	(25)	12	(35.3)	3	(25)
No dio	4	(9.3)	3	(75)	22	(64.7)	9	(75)
Total	43	(100)	4	(100)	34	(100)	12	(100)
($X^2=12.461$ gl=1 p= 0.00)					($X^2=0.428$ gl=1 p= 0.513)			

Tanto en el grupo de estudio, como en el control las madres mayoritariamente refirieron tener el apoyo de la pareja.

En el grupo de estudio las madres que refirieron esta situación, responden positivamente en 90.7%, así mismo las madres que explicaron no tener el apoyo de la pareja abandonaron la LME en 75%. (Tabla II).

En el grupo control, se observó todo lo contrario las madres que refirieron el apoyo de la pareja abandonaron la lactancia exclusiva en 64.7%, y esto se repitió entre las madres que lo negaron, porque el abandono de la lactancia exclusiva fue del 75% (tabla II).

TABLA III LACTANCIA EXCLUSIVA (LME) Y CONSEJERÍA PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA

GRUPO DE ESTUDIO					GRUPO CONTROL				
LME a los tres meses	CONSEJERÍA PREVIA				CONSEJERÍA PREVIA				
	Si tuvieron		No tuvieron		Si tuvieron		No tuvieron		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Si dio	11	(91.7)	29	(82.9)	5	(38.5)	10	(30.3)	
No dio	1	(8.3)	6	(17.1)	8	(61.5)	23	(69.7)	
Total	12	(100)	35	(100)	13	(100)	33	(100)	
$(X^2=0.547 \quad gl=1 \quad p=0.459)$					$(X^2=0.282 \quad gl=1 \quad p=0.595)$				

La más relevante en esta tabla resulta que, la mayoría de madres manifestó no haber recibido consejería durante el Control pre natal o la Psicoprofilaxis. (tabla III)
 Mientras tanto en el grupo de estudio las madres que sí recibieron consejería abandonaron menos la LME alcanzando un 8.3%. (tabla III).
 Así mismo, en el grupo control observamos que el mayor porcentaje de abandono se dio entre las que no recibieron consejería previa. (tabla III).

TABLA IV LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y EDAD MATERNA

LME a los tres meses	GRUPO DE ESTUDIO						GRUPO CONTROL					
	EDAD MATERNA						EDAD MATERNA					
	< 20		20 -35		>35		<20		20-35		>35	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	1	(50)	35	(87.5)	4	(80)	3	(50)	12	(31.6)		-
Si dio	1	(50)	5	(12.5)	1	(20)	3	(50)	26	(68.4)	2	(100)
No dio	2	(100)	40	(100)	5	(100)	6	(100)	38	(100)	2	(100)
Total												
	(X ² =0.28 gl=2 p = 0.869)						(X ² = 1.81 gl=2 p = 0.404)					

Las madres de 20-35 años fueron más, tanto en el grupo de estudio como en el control. En el grupo de estudio, este grupo etario fue la que respondió positivamente en un 87.5%, en cambio las madres menores de veinte años respondieron positivamente sólo el 50%. (tabla IV)

En el grupo control, las madres que dieron más lactancia exclusiva fueron las menores de 20 años, alcanzando el 50%, y las que abandonaron en un cien por ciento fueron las mayores de 35 años. En el grupo de estudio el mayor abandono se observó entre las menores de 20 años y las mayores de 35 años. (tabla IV).

TABLA V LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y GRADO DE INSTRUCCIÓN

LME a los 3 meses	GRUPO DE ESTUDIO				GRUPO CONTROL			
	GRADO DE INSTRUCCIÓN		GRADO DE INSTRUCCIÓN		GRADO DE INSTRUCCIÓN		GRADO DE INSTRUCCIÓN	
	No universitario	Universitario	No universitario	Universitario	No universitario	Universitario	No universitario	Universitario
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si dio	36	(85.7)	4	(80)	12	(30.8)	3	(42.9)
No dio	6	(14.3)	1	(20)	27	(69.2)	4	(57.1)
Total	42	(100)	5	(100)	39	(100)	7	(100)
	(X ² =0.115 gl=1 p = 0.734)				(X ² = 0.395 gl=1 p = 0.530)			

La población no universitaria, fue la mayor en el grupo de estudio y control. En el grupo de estudio se observa que entre las madres no universitarias y universitarias el porcentaje de LME fue similar, 85.7% y 80% respectivamente. (tabla V) En el grupo control observamos que el porcentaje de abandono entre las madres no universitarias y universitarias, también fue similar de 69.2% y 57.1% respectivamente. (tabla V).

TABLA VI LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y CONTACTO PRECOZ

LME a los tres meses	GRUPO DE ESTUDIO				GRUPO CONTROL			
	CONTACTO PRECOZ				CONTACTO PRECOZ			
	SI TUVO		NO TUVO		SI TUVO		NO TUVO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si dio	32	(84.2)	8	(88.9)	1	(33.3)	4	(30.8)
No dio	6	(15.8)	1	(11.1)	22	(66.7)	22	(69.2)
Total	38	(100)	9	(100)	33	(100)	13	(100%)
($X^2=0.126$ $gl=1$ $p = 0.723$)				($X^2= 0.08$ $gl=1$ $p = 0.867$)				

Lo más relevante resulta que la mayoría de las madres indicaron haber tenido el primer contacto con sus bebés antes de los treinta minutos.

En el grupo de estudio, las madres que no tuvieron contacto precoz, dieron ligeramente más LME alcanzando los porcentajes del 88.9%, respecto al 84.2%. (tabla VI)

En el grupo control se observa, que el porcentaje de abandono fue similar entre las que no tuvieron contacto precoz y las que sí tuvieron, 69.2% y 66.7% respectivamente. (tabla VI)

TABLA VII LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) Y PARIDAD

LME a los tres meses	GRUPO DE ESTUDIO				GRUPO CONTROL			
	PARIDAD				PARIDAD			
	PRIMÍPARA		MULTÍPARA		PRIMÍPARA		MULTÍPARA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si dio	15	(78.9)	25	(89.3)	10	(38.5)	5	(25)
No dio	4	(21.1)	3	(10.7)	16	(61.5)	15	(75)
Total	19	(100)	28	(100)	26	(100)	20	(100)
	(X ² =0.954 gl=1 p = 0.392)				(X ² = 0.93 gl=1 p = 0.334)			

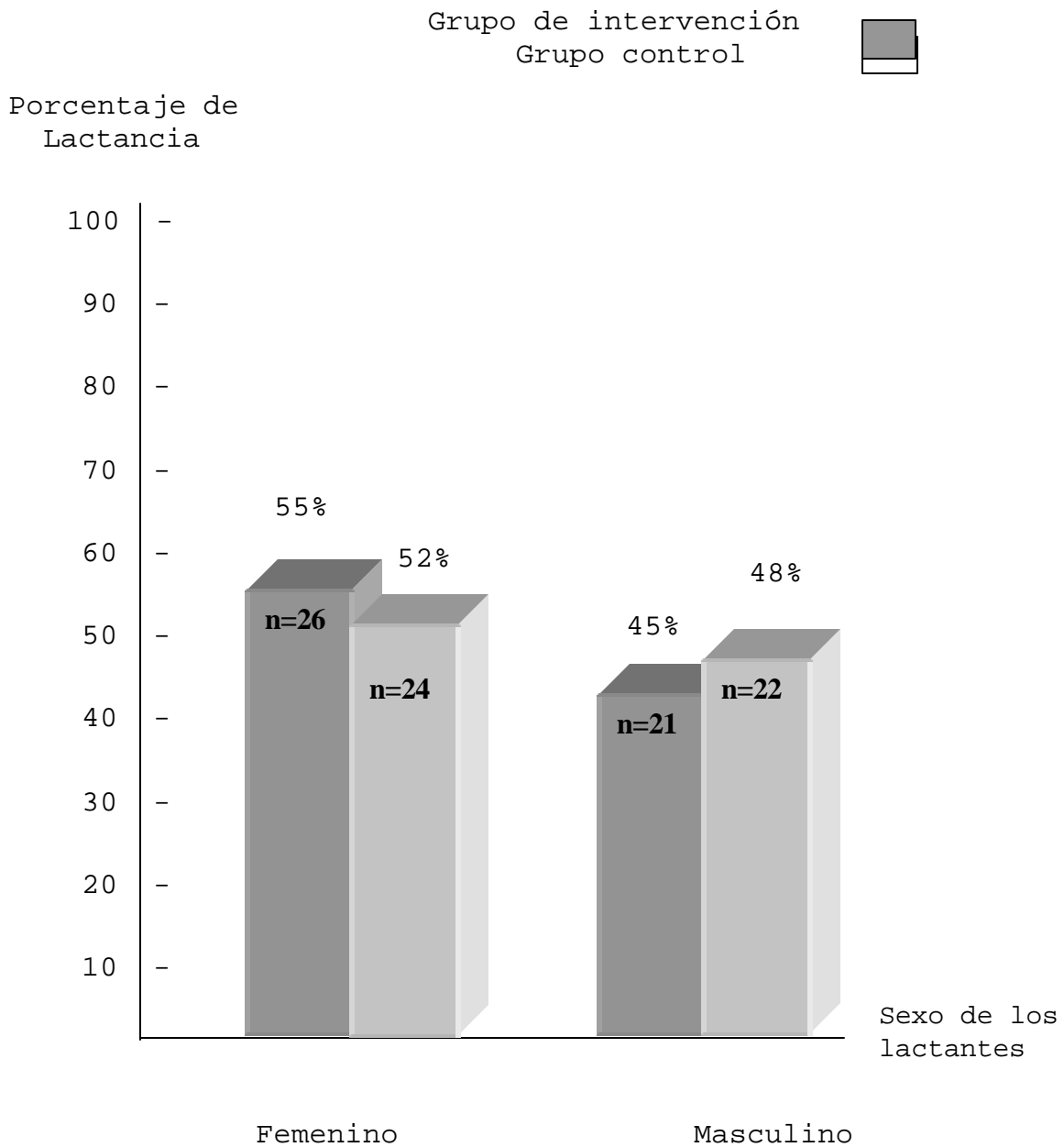
Tanto las madres multíparas como las primíparas dieron un porcentaje alto de LME de 89.3% y 78.9% respectivamente.

En el grupo control observamos algo análogo, tanto las madres primíparas como las multíparas abandonaron la LME, en 61.5% y 75% respectivamente. (tabla VII).

El sexo de los lactantes fue similar en ambos grupos (figura II)

FIGURA II

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SEXO DEL LACTANTE



La población mayoritaria, en ambos grupos de nuestro estudio presentó las siguientes características: en cuanto a la ocupación materna ellas se dedicaban a sus casas, tuvieron apoyo de la pareja, no recibieron consejería en lactancia materna durante el control prenatal o la Psicoprofilaxis, su edad estuvo comprendida entre los 20 a 35 años, tienen grado de instrucción no universitario, establecieron el contacto precoz con sus hijos.

DISCUSIÓN

La lactancia es un acto natural y fisiológico que empieza con nuestra misma historia, creemos que la gran mayoría de las madres quieren amamantar a sus hijos, para ello necesitan información correcta y apoyo permanente del personal de salud, requieren también el apoyo de la familia y de la sociedad en conjunto, es decir que resulta importante fomentar una cultura de la lactancia exclusiva . Por ello brindamos una capacitación personalizada y estructurada sobre esta materia, además apoyo permanente.

Esta capacitación que se basó en la guía para una lactancia materna exitosa del MINSA y que así mismo ésta, sigue las normas y estándares de los diez pasos hacia una lactancia materna exitosa propuesta por la OMS-UNICEF, para todos los hospitales "Amigos de la madre y el niño", dio muy buenos resultados. En nuestro grupo de estudio el 85.1% de la proporción de madres alimentaron exclusivamente a sus hijos hasta los tres meses. En el grupo control sólo el 33% continuaban con esta práctica.

La decisión materna de alimentar sólo con su leche y no dar ningún otro alimento a sus hijos fue consecuencia de la capacitación.

Durante su estancia hospitalaria las madres del grupo de estudio respondieron afirmativamente en un 97.9%, sobre su decisión de dar lactancia exclusiva hasta los seis meses.

En las visitas que efectuamos a los tres meses, el 85.1% de las madres afirmaba decididamente continuar con esta práctica de alimentación exclusiva hasta los 6 meses. En el grupo control sólo el 30.4% manifestaba ésta decisión de la alimentación natural hasta los 6 meses, así mismo hemos percibido en este grupo que la mayoría de las madres, dudan respecto al tiempo que debe durar la alimentación exclusiva.

Al respecto la experiencia del Boston Medical Center en la creación de un hospital Amigo del niño, adoptando las bases de los diez pasos que propone la OMS-UNICEF, es importante. Es así que la dieta del 62% de los niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), incluía la leche de la madre. (8) (si contamos que EE.UU es un país que apoya la lactancia artificial, estas cifras significaron mucho para este hospital).

El trabajo de ellos se basó en una promoción intensa a nivel intrahospitalario, desde los funcionarios ejecutivos, hasta

las operadoras telefónicas. Incluyeron conferencias mensuales al personal de salud, adiestramiento al personal de enfermería, consejería y apoyo de parte de las mismas pacientes, a sus compañeras y a los familiares. A través de pases de visita se presentaban temas sobre lactancia materna.

La promoción intensa de la lactancia materna, consigue resultados eficaces.

La promoción de la lactancia exclusiva en nuestro estudio, abarcó la capacitación de la madre y el apoyo permanente.

La capacitación consiste en un diálogo, en una interacción para conocer que factores culturales (en la que imperan los mitos y creencias equivocados), socioeconómicos, o psicológicos pueden afectar el logro de la lactancia materna exclusiva, y de este modo enfocar nuestro trabajo.

Las madres necesitan conocer: los principios básicos de la lactancia (ver anexos), los beneficios de la lactancia, hacerles comprender que todas las madres pueden dar de lactar a sus hijos, excepto muy infrecuentes ocasiones y que cada madre empezará a conocer a su hijo, y este binomio se adaptará.

La capacitación debe conseguir que la madre sienta toda la confianza y sólo así, decida alimentar a su niño con leche

materna hasta los 6 meses, nada de "agüitas", nada de otras leches.

Muchos estudios extranjeros, en todas las latitudes evidencian el efecto positivo de la orientación y el apoyo a las madres lactantes.

Al respecto un estudio experimental realizado en 1997 en Dacca-Bangladesh, país en vías de desarrollo con características similares a la nuestra, hallaron que la orientación y las visitas domiciliarias tuvieron efectos muy positivos en el logro de la LME; es así que a los dos semanas de seguimiento las madres que alimentaban exclusivamente fueron 75% y 8%, en el grupo de intervención y testigo respectivamente (al alta hospitalaria, la LME alcanzaba el 60% y 6% en el grupo de intervención y testigo respectivamente, pasado una semana las madres fueron visitadas y asesoradas)(7). Otro segundo estudio en este país encontró una prevalencia de LME a los 5 meses de 70% entre las madres que tuvieron 15 contactos pre, peri y post-natales con consejeras, a diferencia del 6% entre las mujeres que no recibieron consejería. (1)

Definitivamente estos estudios de seguimiento, demuestran que las madres lactantes necesitan capacitación personalizada y apoyo permanente . La buena capacitación de un primer momento resulta muy bueno, pero cada madre es un ente particular y

algunas presentaran dificultades. Es allí donde el apoyo permanente actuará.

Uno de los principales problemas que ocasionaron el abandono de la lactancia materna exclusiva en el grupo de estudio y control, fue el trabajo materno. En el grupo de estudio esta problemática lo observamos desde el segundo mes y alcanzó el 6.4%; de 7 madres que abandonaron la lactancia exclusiva, 3 lo hicieron por esta causa.

En el grupo control la causa de abandono atribuida al trabajo materno alcanzó el 20%. Con esto corroboramos los múltiples estudios que al respecto concluyen: la lactancia materna se ve negativamente afectada por el trabajo de la madre (3), u otros que dicen que: "El trabajo materno fuera de casa, se asocia con la lactancia artificial" (3). Recientemente se ha publicado un estudio en República Dominicana "Sobre factores comunitarios que obstaculizan la lactancia materna" (11), ellos reportan una incidencia de abandono de 22% a causa del trabajo materno.

La otra causa principal de abandono en el grupo de estudio, fue por tener poca leche en 4.3%; 2 de 7 madres refirieron esta situación. En el grupo control las otras razones de abandono fueron porque el niño tenía gases o para evitarlos en 24%, porque las madres percibían tener poca leche 13%.

Como vemos las causas que las madres dieron fue similar en ambos grupos, (con una menor incidencia en el grupo de estudio).

Con esto queremos explicar que exceptuando al trabajo materno, las razones de abandono que las madres refirieron fueron solucionables y se lograron minimizar a través de la capacitación personalizada y el apoyo permanente.

Una prueba de este hecho lo reflejan las madres del grupo de estudio, ellas manifestaron un mínimo abandono de la lactancia exclusiva.

A pesar del apoyo intenso que ofrecimos a las madres del grupo de estudio, un 10.7% de ellas abandonaron la lactancia exclusiva en el primer mes; durante el segundo y tercer mes las cifras de abandono aumentaron a 14.9%. A pesar de nuestra mayor dedicación no logramos revertir esta situación, posiblemente hallan influido factores como el estrés, ya que a través de las visitas percibimos en estas madres cierto grado de ansiedad. Otro factor que posiblemente halla influido fue el miedo que la forma del seno o la figura se afecte, porque el 70.2% eran jóvenes menores de 27 años y en el grupo control el 76.1% fueron menores de 28 años.

Al respecto el estudio mencionado anteriormente sobre "Factores comunitarios que obstaculizan la lactancia materna", encontró causas de abandono similares a nuestro estudio, cuando las

preguntas son directas: porque el niño no quería 33%, por poca leche 14.1%, por embarazo 13%, por separación de la madre (por enfermedad o trabajo) 13%.

Sin embargo cuando las preguntan se realizaron indirectamente, es decir causas de abandono "respecto de las otras madres", una razón muy importante resultó el referente al miedo de que la forma del seno a la figura se afecte en 34%. Esta es una causa que las madres no se atreven a confesarlo directamente, pero que se revela a través de la técnica de las preguntas indirectas. Las otras razones fueron por insuficiente leche 37.4%, madres trabajadoras 22.3%

Sería importante considerar esta técnica en futuros estudios que sobre el tema se ejecuten para conocer mejor los obstáculos que condiciona el abandono de la alimentación exclusiva.

Respecto a la interrupción de la lactancia exclusiva que observamos en el grupo de estudio, éstas alcanzaron el 10.7% en el primer mes; a través de nuestra visita reforzamos principalmente en estos obstáculos y efectivamente las causas de interrupción de la lactancia materna exclusiva en el segundo mes fueron otras: por hospitalización Materna (como consecuencia de una operación por apendicitis) , por trabajo materno, por recomendación médica y sumaron el 6.3%.

Como vemos, éstas son situaciones que escaparon al control que nosotros ofrecimos a través de la capacitación.

Creíamos que la consejería previa, la edad materna, el grado de instrucción, el contacto precoz, y la paridad influían en el logro de la lactancia exclusiva, sin embargo al hacer el cálculo respectivo no se halló ninguna relación de dependencia. Solamente, como ya lo mencionamos el trabajo materno impide la lactancia exclusiva del niño, así mismo la influencia del apoyo de la pareja en la lactancia exclusiva sólo se vio en el grupo de estudio.

Con esto corroboramos que fue en sí la capacitación y el apoyo permanente, el factor decisivo que determinó el logro de la lactancia exclusiva.

Pueda que existan dudas en cuanto a la reproducibilidad de esta estrategia, ya que es poco factible que las consejeras de los hospitales salgan a realizar visitas domiciliarias, pero la capacitación y el apoyo permanente se puede brindar a nivel intrahospitalario. Requiere en primer lugar de una sensibilización total, de una cultura de la lactancia materna exclusiva de todo el personal de salud (durante el control prenatal, la psicoprofilaxis, durante el parto, puerperio y después durante el control del niño sano, etc.).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. La capacitación personalizada y el apoyo permanente a las madres lactantes, aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente durante los primeros 3 meses de vida.
2. El grado de instrucción, la edad materna, la consejería previa en Lactancia Materna, el contacto precoz, no influyeron en el logro de la Lactancia Materna Exclusiva.
3. El trabajo de la madre fuera de sus hogares impide el logro de la Lactancia Materna Exclusiva. Así mismo las madres que permanecen en sus hogares y que no se alejan de sus hijos por causas laborales dan más Lactancia Materna Exclusiva.
4. En el control pre natal y la Psicoprofilaxis se realiza muy poca promoción de la Lactancia Materna Exclusiva.
5. Los pediatras cumplen un rol importante en el mantenimiento la lactancia exclusiva.
6. Los problemas de pezones cortos o planos no significan un problema en el logro de la lactancia materna exclusiva.

Recomendaciones:

1. Entre las tres primeras causas de mortalidad infantil en menores de un año se encuentra las enfermedades respiratorias agudas y la diarrea (12), el efecto protector de la lactancia exclusiva contra estas enfermedades está comprobado. Por ello la promoción de la alimentación exclusiva se hace muy imprescindible.
2. Antes del alta hospitalaria la madre debe manifestar su decisión de alimentar sólo con leche materna a su hijo hasta los 6 meses. Así mismo debemos aprovechar estas circunstancias para sensibilizar al esposo y a los familiares.
3. Sería importante trabajar con madres lactantes durante su estancia hospitalaria capacitándolas y sensibilizándolas, para que ellas aconsejen y promuevan la lactancia materna exclusiva en sus comunidades puesto que sería una medida muy práctica y eficaz. Contando siempre con el apoyo y asesoramiento de un personal de salud.
4. Se debe promover la cultura de la lactancia materna exclusiva a nivel intrahospitalario para que todos los involucrados asumamos esta responsabilidad social, ya que ésta mejorará la salud materna y principalmente mejorará la salud infantil por ende la salud y el futuro de la nación

mejorará. Estrictamente todos debemos ser sensibilizado mediante cursos de capacitación frecuentes para promocionar eficazmente la lactancia exclusiva.

5. A nivel gubernamental se debe apoyar a todas las madres lactantes, comentando el cumplimiento de las leyes en todos los centros laborales.

6. Sería importante considerar en estos estudios el grado de estrés materno, así como la influencia del miedo por la deformación de las mamas en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

7. En futuros estudios que se realicen sobre el tema deberían considerarse también las preguntas indirectas para conocer mejor las causas que condicionan el abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pérez - Escamilla R.
La Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva en la era del SIDA
Rev Pan de Salud Pública. 2001; 9(6): 357-358.
- 2.- Valenzuela B. Alfonso
Ácidos Grasos Poliinsaturados de cadena Larga (LC-PUFA) Omega 6 y Omega 3 en el desarrollo Neonatal.
Parte I. INFOPLUS. INTA- Univ de Chile. 2001 p 1-4
- 3.- Vavy R, Castillo - Duran C., Giugliani E.
Nutrición y Alimentación del Niño en los primeros años de Vida.
OMS - UNICEF. Nueva York. 1997 p 241, 132-142, 221-231, 150
- 4.- UNICEF
El amamantamiento base de un futuro saludable
UNICEF. Nueva York. 1999 p 5
- 5.- Pacheco Romero J.
Ginecología y Obstetricia
XV. Candiotti Vera. Lima. 1999 p 1288-1294
- 6.- Instituto Nacional de Estadística e Informática
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000

Lima. 2000 p 166

7.- Haider R. Islam A.

Orientación sobre Lactancia Materna en un Hospital para enfermedades Diarreicas

Rev. Pan de Salud Publica . 1997; 1(5): 355-361

8.- Philipp B. Merewood A Brien S.

Los Médicos y la Promoción de la Lactancia materna en los estados EE.UU. Un llamamiento para la acción.

Pediatrics . 2001; 51(3) : 33-36

9.- Lawrance A.

La Lactancia Materna: una guía para la profesión Medica.

IV. Mosby . España. 1996 p 2-3, 14.

10.- MINSA

Guía práctica para una lactancia materna exitosa.

OMS - UNICEF. Lima. 1996

11.- Mc Lennan J.

Early termination of breast -feeding in periurban Santo Domingo, Dominican Republic: Mothers' community Perceptions and personal practices.

Rev. Pan de Salud Pública . 2001; 9(6): 365

12.- <http://www.ocenf.org/>
Perú:Lima

ANEXO I

CUESTIONARIO

I. DATOS MATERNOS

NOMBRE:

1. EDAD:

a) < 20 años b) 20 – 35 años c) > 35 años

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

a) Universitario b) No Universitario

3. OCUPACIÓN:

a) su casa
b) fuera de casa, con su hijo
c) fuera de casa, sólo

4. PARIDAD:

a) primipara b) multipara

5. APOYO DE PAREJA:

a) si b) no

6. CONSEJERÍA PREVIA:

¿Dónde recibió consejería sobre lactancia materna exclusiva?

a) en el control pre-natal o psicoprofilaxis

b) en ninguno

7. CONTACTO PRECOZ

a) antes de la ½ hora b) después de la ½ hora

8. SEXO DEL HIJO LACTANTE

a) femenino b) masculino

II. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

9. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Tiempo de L.M.E	Edad del Lactante		
	1er mes	2do mes	3er mes
día y noche (varias veces de día y noche)			
Sólo día			

10. FRECUENCIA DE LA LACTANCIA

Frecuencia de la lactancia	edad del lactante		
	1er mes	2do mes	3er mes
cada vez que el niño tiene hambre			
con horarios			

11. DURACIÓN DE LA MAMADA:

Duración de la mamada	edad del lactante		
	1er mes	2do mes	3er mes
Hasta vaciar las mamas			
Lacta poco, no vacía la mama			

12. ¿DA OTROS ALIMENTOS O LÍQUIDOS?

Da otros alimentos o líquidos	Edad del lactante		
	1er.	2do.	3ero.
si			
no			
sólido			
liquido			
ambos			
porque			

III. CAPACITACION

13. ESTÁ DECIDIDA A ALIMENTAR CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

A SU HIJO HASTA LOS 6 MESES DE VIDA.

- a) Si b) No c) Depende

ANEXO II

GUÍA PRÁCTICA PARA FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1. Presentación personal
2. Lactancia Materna Exclusiva y su importancia
3. Evaluación de mamas (para ver pezones y su corrección a través de los ejercicios de Hoffman)
4. Lactancia Materna Exclusiva: duración, frecuencia
5. Técnicas de amamantamiento
6. Extracción y Conservación de la Leche
7. Problemas más frecuentes en la Lactancia Materna Exclusiva
8. Evaluación Materna
Recomendaciones Nutricionales

Principios Básicos:

1. El niño debe alimentarse sólo con leche materna hasta los 6 meses, sólo después se empezará a introducir otros alimentos. (explicación ¿Porqué?)
2. La alimentación debe ser de día y de noche, a libre demanda, hasta vaciar las mamas, cuidar al niño de los gases. (explicación ¿Porqué?)

3. Debemos esperar como máximo dos horas y media, si es que el niño duerme y no se está alimentado. (explicación ¿Porqué?)
4. Si pasa mucho tiempo (más de dos horas y media) y el niño no está siendo alimentado, la leche puede secarse por tanto al no recibir la leche materna, los niños crecerán débiles y enfermizos
5. Todas las madres pueden dar leche a sus hijos "excepto muy rara situaciones". (explicación ¿Porqué?, ejemplo estímulo de succión)
6. El calostro de los primeros días se producen en pequeña cantidad y esto es suficiente para el niño
7. A los dos o tres días la leche aumentará
8. Si el niño succiona mucho, mucha leche tendrá y si succiona poco, poca leche tendrá
9. Muchos bebés son dormilones, estímúlelos para que succionen con frecuencia sus pechos (desabrigarlos, cosquilleos en los pies y espalda)
10. La succión consiste en coger pezón y areola
11. Usted puede también estimular los pezones manualmente, imitando la succión del niño, esa leche que sale se puede guardar y dárselo después, previamente calentada, puede usar "cucharita" y nunca biberón. (explicación ¿Porqué?, consecuencia)

12. Si la leche es abundante y gotea, extraerse para impedir infecciones que puedan generarse.
13. Mientras el niño se alimente sólo con leche materna, su salud está garantizada. No se asuste por nada (deposiciones), llévelo siempre a sus controles correspondientes
14. Con una buena alimentación la estimulación es muy importante para que los niños se desarrollen mejor por eso se recomendó masajes por todo el "cuerpecito", caricias, conversatorios, estimulación auditiva a través de la música suave (de preferencia clásica y ambiente tranquilo. La estimulación de la visión y el aparato psicomotor se recomendó en las visitas domiciliarias. Estas recomendaciones se realizaron de acuerdo al carne de niño sano del MINSA.
15. Hable de esto con su familia, enséñeles y explíqueles sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para que colaboren con usted y garanticen la salud y todo el potencial intelectual de su hijo.

ANEXO III

DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA NATURAL Y FELIZ, PROPUESTA POR LA OMS - UNICEF PARA LA CREACIÓN DE LOS HOSPITALES "AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO"

1. Primer paso

Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

2. Segundo paso

Capacitar a todo el personal de salud de manera que estén en condiciones de poner en práctica esa política

3. Tercer paso

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica

4. Cuarto Paso

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante media hora siguiente al parto

5. Quinto paso

Mostrar a las madres como deben dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.

6. Sexto paso

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. Séptimo paso

Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día

8. Octavo paso

Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite

9. Noveno paso

No dar a los niños alimentados al pecho, biberón o chupones

10. Décimo paso

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.