

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

CAUSAS Y REPERCUSIONES INMEDIATAS DE SUSTITUCIÓN DE
LACTANCIA MATERNA POR FÓRMULA EN LACTANTES DE 0-24 MESES DE
EDAD DEL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL. ENERO,
2023-JUNIO, 2023.



Trabajo de grado presentado por Luis Alberto Pimentel Jáquez y
Wanda Eleana Toribio Llenas para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	14
I.1. Antecedentes	15
I.2. Justificación	21
II. Planteamiento del problema	22
III. Objetivos	23
III.1. General	23
III.2. Específicos	23
IV. Marco teórico	24
IV.1. Lactancia Materna	24
IV.1.1. Historia	24
IV.1.2. Definición	26
IV.1.3. Clasificación	28
IV.1.4. Fisiología	29
IV.1.5. Epidemiología	35
IV.1.6. Contraindicaciones	36
IV.1.6.1. Contraindicaciones absolutas	44
IV.1.7. Inconvenientes	49
IV.1.8. Postura para amamantar	51
V. Operacionalización de las variables	54
VI. Material y métodos	56
VI.1. Tipo de estudio	56
VI.2. Área de estudio	56
VI.3. Universo	56
VI.4. Muestra	57
VI.5. Criterio	57

VI.5.1. De inclusión	57
VI.5.2. De exclusión	57
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	57
VI. 7. Procedimiento	57
VI.8. Tabulación	58
VI.9. Análisis	58
VI.10. Aspectos éticas	58
VII. Resultados	60
VIII. Discusión	76
IX. Conclusión	79
X. Recomendaciones	80
XI. Referencias	84
XII. Anexos	89
XIII.1. Cronograma	89
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	90
XIII.3. Consentimiento informado	94
XIII.4. Costos y recursos	95
XIII.5. Evaluación	96

AGRADECIMIENTO

Al lograr este trabajo quisiera agradecer a varias personas que de una u otra forma me acompañaron en este largo proceso de la medicina:

En primer lugar, a Dios, porque siempre está junto a mí, por darme la oportunidad de llegar a esta finalización de mi carrera a pesar de mis errores, por no abandonarme cuando más lo necesitaba, darme fuerzas en los momentos más vulnerables de mi vida y ayudarme a seguir adelante. Ya que todo en la vida de Dios es perfecto.

En segundo lugar, a mis padres, Luis Alberto Pimentel Beltre y Carmen Ilonka Jáquez Yañez, por darme su amor incondicional, por siempre creer en mí, por enseñarme a luchar por mis sueños en la vida, por siempre estar ahí para mí cuando más lo necesitaba, también por ayudarme hacer el hombre que hoy en día soy, Los amo mucho.

A mis hermanos mayores, Roberto Luis Pimentel Jáquez y Luis Alejandro Pimentel Jáquez, por apoyarme en cada decisión tomada, por siempre estar ahí para mí cuando más lo necesitaba, confiar en su hermano menor, por siempre apoyarme, realmente muy agradecido con Dios por tenerlos como hermanos, los amo.

A mi compañera de tesis a mí mejor amiga, a mí amante, a mí hermana, a mí todo, Wanda Eleana Toribio Llenas gracias por acompañarme en este camino tan largo y difícil, por darme ánimos en los momentos más difíciles de la vida, por siempre apoyarme y preocuparte por mí y por ser esa gran persona que eres conmigo, nunca cambies mi amor, agradecido con Dios por ponerte en mi camino, Te Amo y eres la mejor compañera que me ha dado la UNPHU.

A mi partner in crime, a mí chiquita favorita, a mí novia falsa, a mí torbellino de azúcar Francesca María Socorro Javier, por ser esa gran persona que también

me ha brindado la UNPHU, por apoyarme en los momentos de mi vida, por siempre empujarme para hacer una excelente persona tanto en lo laboral como lo personal, gracias por confiar en mí y dejarme entrar en tu vida, por nunca rendirte conmigo y por las palabras de aliento que me dabas en los momentos más difíciles en esta trayectoria. Te amo con todo mi corazón y estoy muy agradecido y feliz de tenerte en mi vida.

A mis buenos amigos/as que me ha brindado la UNPHU y en la cual puedo confiar ciegamente en ellos/as, Genesis Valerio, Winnifer Alcántara, Alfredo Forteza, Lucas Gómez, Brigny Acevedo, Jaime Sánchez, Lewis Nin, Perla Checo, Nicole Nina, gracias chicos/as por todo el apoyo que me brindaron a su manera porque cada uno tiene un granito especial, gracias también por las palabras de aliento en los momentos más difíciles y por todos los momentos vividos con ustedes tanto en el ámbito laboral como el personal, por siempre creer en mí, por estar pendiente por cada paso que doy, formar esta familia incondicional que al final es un regalo de Dios, los quiero mucho y estoy totalmente agradecido de tenerlos en mi vida.

A Víctor Kenneth Diaz Aquino por ayudarme a no rendirme, por creer en mí, por estar pendiente de cada paso que doy, por siempre preocuparse por mí, por ser esa persona excelente en mi vida, por su amor incondicional, gracias por la sonrisa que me saca en los momentos más difíciles de mi vida y agradecido con Dios por tenerlo en mi vida. Te amo mucho.

A mis asesores, Dra. Gladys Cerdas Collado y la Dra. Daphne Ramos Zuleta, por brindarnos de su tiempo y su colaboración. También por ofrecernos sus conocimientos durante este trayecto.

Al Hospital Robert Reid Cabral y a su personal por brindarnos la ayuda necesaria para lograr este objetivo.

A la UNPHU por darme la oportunidad de ser un unphuniano, de brindarme sus conocimientos, entre muchas cosas más. UNPHU PIENSO EN VERDE.

A la secretaria de la escuela de medicina y ciencias de la Salud Nancy por su ayuda incondicional y su perfecta orientación para que tengamos una buena información.

Luis Alberto Pimentel Jaquez

Al culminar con este trabajo quisiera agradecer a varias personas que fueron parte esencial de este largo camino que llega a su fin:

En primer lugar, a Dios por haberme guiado y acompañado a lo largo de este camino tan difícil que pensé nunca terminar, pero él siempre me dio las fuerzas y abrió las puertas correctas en sus debidos momentos para seguir adelante, hoy en día no me queda más que decir Gracias Mi Dios por nunca abandonarme.

A mi Madre quien es mi mejor amiga, Esta madre es todo lo que una hija puede pedir, nunca me ha dejado sola, cuando me vi en mis momentos más oscuros de la carrera fue quien me saco de ese lugar con sus palabras de aliento ayudándome a entender que cada cosa a su tiempo nunca antes ni después. Sus consejos siempre han estado y nunca me faltaron eres la mejor madre del mundo si volviera a nacer volvería a elegir fueras mi madre gracias.

A mi padre siempre lleno de orgullo decir mi futura Dra. hoy ya puedes decir mi hija es Dra., siempre desde el día 1 Conté con su apoyo incondicional peleón hasta más no poder, pero siempre ahí, me enseno a tener un carácter fuerte y apostar siempre a mí nunca rendirme y siempre hacia delante. Hoy solo me queda decirte gracias por todo.

A mis hermanos y hermanas siempre me empujaron a ser mejor de lo que soy a ser su ejemplo como hermana mayor espero que así mismo como yo culmine con este camino que fue toda una montaña rusa de emociones ustedes puedan hacerlo También.

A mi abuela Lucia Ureña que siempre que podía decía mi Dra. la futura Dra. Hoy quizás no recuerdes quien soy, pero sé que en su momento estabas orgullosa de quien me estaba convirtiendo.

A mi Tía la Dra. Ureña que por muchos años vive con ella me acogió como una hija y yo a ella como una segunda madre, nunca faltaron sus consejos ya fueran en lo personal o referente a la Carrera cuanto me peleaba creo que era su forma demostrar su amor hacia mí.

A mi tía Dulce Ureña que desde el Cielo siempre me acompañó en todos mis caminos bueno o malos nunca me dejó sola, tía hoy puede decir que su sobrina ya es Dra.

A mi compañero de tesis y amigo del alma Luis Pimentel dos personas tan diferentes nunca pensarían fueran tan buenos amigos como somos hoy en día. Me acompañaste en este camino tan difícil que ya hoy en día Podemos decir lo logramos juntos nunca cambies lo buena persona que eres muchas veces te olvidabas de ti para ayudar a los demás.

A mis Dos mejores amigas que me la regalo la UNPHU Ana Howley y Estefany Tavares ustedes sí que llegaron para quedarse toda una vida las adoro con todo mi corazón.

A Francesca María Socorro mi colega y amiga cuanto camino juntas recorrimos sin desperdicios, muchos momentos buenos y malos pero todo un libro para contar más adelante lleno de historias gracias amiga fuiste pieza clave en este trabajo de grado para mí y Luisy no nos queda más que agradecerte .

A Franyonelis Mercedes por nunca dejar que me rindiera por creer en mí y nunca dudar de mi capacidad para llegar a la meta final puedo decir que Conté contigo y hasta la fecha sigo contando con tu apoyo incondicional gracias I loveyou .

A Mis chicas del recargo Bella Socorro y Francesca María Socorro sin ustedes hoy en día esto no fuera posible gracias por todo.

A mi Asesora clínica la Dra. Daphne Ramos, Una persona increíble con vocación, amor y pasión por lo que hace ojala yo en el mañana pareciera a usted gracias por su apoyo infinito que siempre nos brindó sin importar día ni horario Gracias Dra.

A mi asesora metodológica la Dra. Gladys Cerda que siempre estuvo a disposición de Nosotros lista para ayudarnos en nuestro trabajo es usted una Excelente persona y profesional.

A la Dra. Mayra Molina que nos recibió en su consultorio sin pretexto de horario ni día para brindarnos excelentes aportes para nuestro trabajo de grado.

A todos mis amigos en general que la UNPHU me regalo gracias por hacer de este camino un camino lleno de memorias y momentos increíbles.

Wanda Eleana Toribio Llenas

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado a Dios por acompañarme siempre durante la carrera y fuera de la carrera. Por siempre hacerme saber que el tiempo de él es perfecto.

A la PJFamily, a cada uno de ellos, por siempre sacar lo mejor de mí y apoyarme cuando más lo necesitaba, ustedes siempre serán ese motor que me impulsa a continuar desde lo más alto de la vida.

A mi abuelo Roberto Jáquez (que en paz descanse), gracias Buelo por el apoyo incondicional en su momento, gracias por creer en cada paso que daba, por los buenos consejos, sé que estas muy orgulloso de mí por este gran logro en mi vida. Se que desde el cielo estarás celebrando cuando llegue ese gran día o ya lo estás haciendo. Te quiero mucho y te extraño.

Luis Alberto Pimentel Jaquez

Este trabajo va dedicado en primer lugar a Dios por nunca dejarme sola si el nada es posible.

A mis padres por siempre estar y nunca dejarme sola siempre estar para en cada paso exitoso que yo daba aplaudirme, pero en los que caí levantarme sin ustedes esto hoy tampoco fuera posible.

A mis hermanos y hermanas por motivarme a ser lo mejor para que ellos sigan mis pasos y nunca miren atrás.

A todas las madres que vi en el Robert Reid que amamantaban a sus infantes y a las que no que con paciencia y palabras correctas empezaron hacerlo. Un granito de arena que aportemos a los niños del futuro se verán grandes cambios ustedes fueron mi motivación al elegir este tema.

Wanda Eleana Toribio Llenas

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es uno de los factores que más contribuye a la salud y a la alimentación de los niños, tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas, que se ajustan a las necesidades de cada etapa de la vida del menor, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes y las estrategias de menor costo y más efectiva para prevenir la morbi mortalidad infantil, además de brindar grandes beneficios al lactante, también tiene efectos positivos en la madre y en la sociedad. El objetivo de esta investigación es determinar las causas y repercusiones inmediatas de sustitución de lactancia materna por fórmula en lactantes del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral en el periodo Enero, 2023-Junio, 2023. Se realizó un estudio descriptivo y transversal de recolección prospectiva que se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral. Estuvo representada por 300 pacientes dentro de los cuales eran madres lactantes y no lactantes que contaban con infantes de 0-24 meses de edad. Según los resultados obtenidos el 86,0 por ciento no asistió a sus consultas prenatales, mientras que el 14,0 por ciento si asistió. El mayor porcentaje de motivos de consulta fue por gripe con una frecuencia de 123 lactantes presentando un 41,0 por ciento, mientras que el 3,0 por ciento estuvo a cargo de los lactantes que padecían malformaciones congénitas, caracterizando a este porcentaje como el más bajo de la muestra. El 39,3 por ciento utilizó fórmulas como alimento complementario de la leche materna, obteniendo el mayor porcentaje de la muestra, y el 1,6 por ciento utilizó lactancia materna exclusiva. En conclusión el 76,0 por ciento de las madres si habían implementado la lactancia materna en sus hijos, el 15,0 por ciento no lacto a sus hijos, y el 27,0 por ciento utilizó lactancia exclusiva.

Palabras clave:Lactancia Materna, Lactante, Formula.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is one of the factors that contribute the most to the health and nutrition of children, it has unique immunological, hormonal and nutritional properties, which adjust to the needs of each stage of the child's life, especially if it is offered exclusively up to the sixth month and the least cost and most effective strategies to prevent infant morbidity and mortality, in addition to providing great benefits to the infant, also have positive effects on the mother and on society. The objective of this research is to determine the causes and immediate repercussions of replacing breastfeeding with formula in infants at the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital in the period January, 2023-June, 2023. A descriptive and cross-sectional study of prospective collection was carried out in the outpatient clinic of the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital. It was represented by 300 patients among which were lactating and non-lactating mothers who had infants from 0-24 months of age. According to the results obtained, 86.0 percent did not attend their prenatal consultations, while 14.0 percent did. The highest percentage of reasons for consultation was due to influenza with a frequency of 123 infants presenting 41.0 percent, while 3.0 percent were in charge of infants suffering from congenital malformations, characterizing this percentage as the most under the sample. 39.3 percent used formulas as a complementary food to breast milk, obtaining the highest percentage of the sample, and 1.6 percent used exclusive breastfeeding. In conclusion, 76.0 percent of the mothers had implemented breastfeeding in their children, 15.0 percent did not breastfeed their children, and 27.0 percent used exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Infant, Formula.

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva es uno de los factores que más contribuye a la salud y a la alimentación de los lactantes, tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas, que se ajustan a las necesidades de cada etapa de la vida del menor, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes y las estrategias de menor costo y más efectiva para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil, además de brindar grandes beneficios al lactante, también tiene efectos positivos en la madre y en la sociedad.¹

La duración de la lactancia materna en República Dominicana es cerca de los 2 años de edad y se ha deteriorado progresivamente. Esto es un comportamiento negativo para el desarrollo ponderar y conductual, porque inhibe la producción láctea en las madres e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades en los lactantes y posterior desarrollo.

Durante el pasado siglo las tasas de lactancia disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Aunque desde los años 90 existe una tendencia hacia mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros meses postparto y muchas abandonan precozmente la lactancia materna, incluso en sociedades donde esta sigue la norma.

Tanto en países en desarrollo como en los industrializados, una menor duración en la lactancia materna exclusiva o el abandono prematuro de la lactancia implican un aumento significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la lactancia artificial.

En el país, el porcentaje de niños lactados de manera exclusiva durante los primeros seis meses asciende a 16%, según la encuesta en hogar-MICS de 2019, En los países de América y el Caribe existen grandes diferencias en cuanto al porcentaje de lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida de acuerdo a datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el cual destaca los siguientes países por sus porcentajes, Haití (33.2%), Cuba (48.6%), Costa Rica (32.5%), Colombia (42.7%), Perú (67.4%) y Bolivia (60.4%). En algunos países, los factores socioeconómicos juegan un papel importante en Bolivia y Perú, las mujeres alimentan a sus hijos exclusivamente. El ministro de

salud, Doctor Daniel Rivera, explico todas las bondades que la lactancia tiene, tanto para la madre como para su hijo/a, destacando su aporte al desarrollo nutricional, físico y equilibrio mental del niño lactante, con buena respuesta inmunológica y poca tendencia a la obesidad. “No es solamente que disminuye las enfermedades, sino también el gasto de bolsillo de cada una de las familias, de los padres, y también del estado porque si no hay lactancia materna, tenemos diarrea, infecciones respiratorias, alergias y una series de enfermedades que van a ocurrir en el niño lactante”, Indico Rivera. “Donde hay una mujer, debe haber un banco de leche”, añadió el funcionario. De su lado, Besaida Santana, directora ejecutiva del INAPI (Instituto nacional de atención integral a la primera infancia), dijo que la meta es que el año 2025, “Llegemos a un 50% de la lactancia exclusiva”, recordando que en años como el 2002, se registraron valores tan bajos como 4.7%.²

La lactancia materna es ahora, en tiempos de pandemia, más importante que nunca, ya que, debido a los impactos económicos ocasionados por el coronavirus, algunas familias tienen menos acceso a la compra de alimentos, aumentando el riesgo de desnutrición aguda en menores de 5 años, pero algo positivo es que los niños amamantados tienen menos riesgo de presentar esta desnutrición”.

En relación con el amamantamiento en las mujeres con COVID-19 positivo, hay que destacar que los estudios realizados hasta ahora no han encontrado que el virus se transmita por la leche materna, por lo tanto se recomienda el seguir amamantando a los bebés, solo que utilizando el protocolo correcto y las precauciones de higiene sanitaria: uso de mascarilla, lavado de manos y de senos antes del amamantamiento.

I.1. Antecedentes

Internacionales:

Las organizaciones de salud pública internacionales recomiendan iniciar la lactancia en los primeros 60 minutos de vida del recién nacido y alimentar al niño lactante exclusivamente de esa manera durante los primeros seis meses de vida

(OMS 2015). Se ha vinculado la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida con la reducción de la mortalidad infantil y con mejores resultados infantiles. La lactancia también puede fortalecer el vínculo entre la madre e hijo.⁷

En el marco del Plan de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia, “Quisqueya Empieza Contigo”, el 8 de agosto del años 2016 en Santo Domingo, República Dominicana el cual fue impulsado por la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP) este fue creado en el año 2012 mediante Decreto 491-12, con la finalidad de fomentar el desarrollo de capacidades y oportunidades que permitan reducir la pobreza y la exclusión social con un enfoque de derechos, integral, sistémico y con una base territorial, a partir de la generación de corresponsabilidad social y de promoción de la acción coordinada y concentrada de los entes gubernamentales, en apoyo a las políticas de salud y nutrición de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, fue inaugurada la sala Amiga de las Familias Lactantes en el Edificio de Oficinas Gubernamentales Juan Pablo Duarte.⁸

El Sistema para la Integración Centroamericana (SICA), fue constituido el 13 de diciembre de 1991, mediante la suscripción del Protocolo de Tegucigalpa, su propósito es la integración de Centroamérica, para convertirla en una región de paz, libertad, democracia y desarrollo). Esta tienen contempladas leyes para el fomento, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, (Honduras, 2013), (Nicaragua, 1999) (Congreso Nacional República Dominicana, 1995), (MSPAS Guatemala, 1983), (Legislativa & Salvador, 2013), (Panamá, 2012), (Costa Rica, 1994), así como regulaciones y comercializaciones de sucedáneos. En los años ochenta iniciaron Nicaragua y Guatemala, seguidamente en los noventa se unieron Costa Rica, Panamá y República Dominicana; y recientemente El Salvador y Honduras. Entre los elementos que contienen las leyes están: Definiciones de los Agentes de Salud, Alimento complementario, Comercialización, Distribuidor, Envase, Etiqueta, Fabricante, Muestra, Personal de comercialización, Preparación para lactante, Sistema de atención a la salud, Sucédáneos de la leche materna, Suministro. Así mismo se establece como deber ético de los proveedores de salud y establecimientos de salud, promover la

lactancia materna, no establecer vínculos de ningún tipo con las empresas fabricantes de leche sustituta, no aceptar financiamiento para actividades educativas, ni subvenciones, ni para investigación.⁹

En la región europea, según expertas consultadas por EFE, a pesar de la lactancia materna exclusiva ha aumentado en España, las cifras están muy lejos de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según datos de Asociación Española de Pediatría, en España el porcentaje de bebés a los que amamantan sus madres es del 72% cuando tienen seis semanas de vida, una cifra que se reduce al 66% cuando tienen tres meses y al 47% a los seis meses, Cifras que se han mantenido estables en los últimos quince años, con una ligera mejoría en los tramos de tres y seis meses.⁹

Nacionales:

Legislatura dominicana en apoyo a la atención Materno Infantil:

En la República Dominicana se formuló la Ley 1896, del 30 de diciembre de 1948, que crea el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, sobre la atención materno infantil, se declara como prioridad nacional la promoción, enseñanza y difusión de la práctica de la lactancia materna, por ser ésta indispensable para garantizar un sano desarrollo y crecimiento de los niños y niñas lactantes, quienes reciben de su madre no sólo los nutrientes necesarios, sino también protección inmunológica y apoyo socio-afectivo.³

En el derecho a la lactancia materna establecido en el artículo 240 del código del trabajo 16-92 nos vamos directamente al cuarto libro en donde se titula protección de la maternidad y vemos el artículo 240 que dice que durante el periodo de lactancia la trabajadora tiene derecho, en el lugar del trabajo, a tres descansos remunerados durante su jornada, de veinte minutos cada uno, como mínimo, con el objeto de amamantar al hijo. Observamos también el artículo 51 de la regulación oficial de las condiciones de algunos contratos de trabajo que nos dice: El periodo de lactancia de que trata el artículo 240 del código de trabajo, no puede exceder de doce meses.⁴

El presente Reglamento tiene por objeto regular los subsidios por maternidad y lactancia que se aplicarán dentro del Régimen Contributivo del Sistema

Dominicano de Seguridad Social, el cual cubrirá a todas las trabajadoras activas cotizantes conforme a las normas previstas en el Art. 132 de la Ley No. 87-01, del Art. 3 del Reglamento del Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud y el marco jurídico laboral vigente en República Dominicana con respecto a la protección de la maternidad, que establece que serán beneficiarias del Subsidio por Maternidad contemplado en el Artículo 132 de la Ley 87-01 las trabajadoras, sin distinción en cuanto a las condiciones de contratación, jornada laboral, ni estado civil, que reúnan las siguientes condiciones, estar afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, acreditar un período mínimo de cotización de ocho (8) meses, comprendido en los doce (12) meses anteriores a la fecha de su alumbramiento, y no ejecutar trabajo remunerado alguno durante el período de descanso por maternidad. En el párrafo I establece que en caso de fallecimiento de la madre a causa del parto o durante el descanso de maternidad, tendrá derecho a percibir los subsidios, la persona que la trabajadora haya designado en el informe de maternidad o, en su defecto, el padre o tutor designado por el consejo de familia. En el párrafo III, denominado (Transitorio) determina que la condición establecida en el literal b) del artículo 3 será obviada durante los primeros ocho (8) meses de vigencia de este Reglamento, reconociéndose el derecho a percibir el subsidio por maternidad a todas las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo que estuvieren cotizando regularmente al momento del alumbramiento. Este Reglamento fue aprobado mediante la Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) No. 98-02 de fecha 19 de febrero del 2004 y modificado por las Resoluciones No. 138-08 de fecha 11 de agosto del año 2005, 181-01 de fecha 14 de julio del año 2008, 378-03 de fecha 26 de noviembre del año 2015 y 418-02 de fecha 30 de marzo del año 2017.⁵

El subsidio por maternidad es el pago en dinero que se otorga a la madre trabajadora afiliada al Régimen Contributivo equivalente a tres (3) meses de salario cotizante, durante el período de descanso pre y post natal. No es un salario adicional, sino que la SISALRIL (superintendencia de salud y riesgos laborales), le reembolsa al empleador el valor del salario en ese periodo. Este

subsidio, se comienza a recibir a partir de las 22 semanas de gestación. Esto beneficia a las madres trabajadoras inscritas y que cotizan (pagan) a la seguridad social, deben tener como mínimo tener ocho pagos antes del alumbramiento y no realizar trabajos remunerados en el periodo pre y post natal. En caso de fallecimiento de la madre a causa del parto o durante el descanso de maternidad, tendrá derecho a percibir los subsidios, la persona que la trabajadora haya designado en el Informe de Maternidad o, en su defecto, el padre o tutor designado por el Consejo de Familia. El subsidio tendrá derecho a percibir el subsidio por maternidad a partir del día en que inicie el descanso por maternidad, o se produzca el alumbramiento, cuál de estos eventos ocurra primero, y hasta tanto termine el periodo de descanso por maternidad.⁵

El subsidio por lactancia es el pago en dinero a los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo que perciban un salario menor o igual a tres (3) Salarios Mínimos Nacionales, con la finalidad de proteger los niños lactantes en edad de lactancia. El pago de este subsidio se efectuará por un período de doce (12) meses consecutivos. El monto del subsidio por lactancia se recibe cuando la madre trabajadora gana un salario de uno (1) a tres (3) salarios mínimo nacional. Es decir que si la madre gana entre un salario mínimo, 13,482.00 o menos, estará recibiendo el 33 % de su salario, es decir si la madre gana entre dos salarios mínimo, 13,482.01 hasta 26,964.00, estará recibiendo el doce por ciento (12 %) de su salario, si la madre gana entre tres salarios mínimo 26,964.01 hasta 40, 446.00, estará recibiendo el 6% de su salario. El monto del subsidio por lactancia se recibe cuando la madre trabajadora gana un salario de uno (1) a tres (3) salarios mínimo nacional, es decir entre 13,482.01 hasta 40, 446.00.⁵

La madre trabajadora puede realizar la solicitud directamente a la superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y dar seguimiento a su solicitud hasta la emisión a través de la solicitud el Pago extraordinario del Subsidio por Lactancia. Este servicio se encuentra disponible en la Oficina Virtual de la SISALRIL. Si cambia de empleo y nuevamente sale embarazada y aun el primer empleador no ha completado la solicitud del embarazo anterior, debe solicitar la

intervención de la DIDA (Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados) para verificar la situación e informarle sobre el proceso que debe seguir. En caso de Parto Múltiple, la madre recibirá el subsidio por lactancia por cada niño(a) lactante nacido(a) de un mismo parto. En caso del fallecimiento de la madre durante la vigencia del subsidio, tendrá derecho a percibir el pago íntegro del Subsidio por Lactancia o las sumas que restan del mismo, la persona que la trabajadora haya designado en el Informe de Maternidad o, en su defecto, el padre o tutor designado por el Consejo de Familia, siempre que cumpla los Requerimientos establecidos por la SISALRIL.⁶

El país fácilmente cumple con los objetivos de desarrollo del milenio en cuanto al parto institucional y la atención del mismo por profesional de salud calificado, no hay diferencias por zona de residencia ni por distribución geográfica. Igualmente, en la atención prenatal.⁷

Como cada año del 1 al 7 de agosto, se celebra la semana mundial de la lactancia materna, por lo que la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia) como parte de la WABA (alianza mundial pro lactancia materna) exhorta a que se continúe impulsando la alimentación con leche del seno de la madre. El carte indico que, pese a ello, aun en República Dominicana sigue siendo un gran desafío, a pesar de que se evidencia, un incremento del 4.7% en las encuestas ENHOGAR-MICS de 2014 con relación al 16% de en la ENHOGAR-MICS 2019. Ese porcentaje se reduce a un 12.6% entre los más vulnerables de las zonas rurales y repercute en la nutrición, así como en la seguridad alimentaria durante la primera infancia. Además, según el comunicado de prensa enviado a este medio, la encuesta ENHOGAR-MICS 2014 destaca que el comienzo de la lactancia en la primera hora alcanzaba un 30% y en las MICS de 2019 alcanzo un 43%, lo que representa un ligero incremento.⁷

I.2 Justificación

La lactancia materna exclusiva es la opción de alimentación más saludable desde el nacimiento hasta los 2 años de vida, es importante resaltar que además de prevenir las enfermedades infecciosas y de etiología autoinmune, favorecen en definitiva la salud de los lactantes y de la madre. La lactancia natural continua, frecuente y a libre demanda es una medida preventiva importante ya que el origen de la malnutrición a menudo radica en una lactancia natural inadecuada o interrumpida.¹⁰

La encuesta demográfica y de salud (ENDESA) en 2013 identificó que solo el 6.7% de las mujeres lactan exclusivamente a su hijo/hija y que la duración es menos de dos meses. De un 100%, el 60% de la mortalidad de menores de 5 años se debe a una malnutrición causada por alimentos complementarios inapropiados, a la alimentación posterior a una práctica de la lactancia materna inadecuada. Solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente en República Dominicana.¹⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y la sustitución de la misma por la leche artificial o fórmula es una problemática de gran interés a nivel mundial ya que se observa como una de las primeras causas relacionadas a la desnutrición, infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales y enfermedades diarreicas las cuales encaminan a una mortalidad a temprana edad. El desarrollo de productos artificiales que intentan homologar la leche materna adjunto a su marketing, el embarazo a temprana edad, el inicio tardío de la lactancia, multiparidad, bajo nivel económico, creencias y mitos culturales se toman como factores para un desarrollo ineficaz de la lactancia materna por lo que se hace necesario comprobar ¿Cuáles son las causas y repercusiones inmediatas de sustitución de lactancia materna por fórmula en lactantes del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral. Enero 2023 -Junio 2023?.

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar las causas y repercusiones inmediatas de sustitución de lactancia materna por fórmula en lactantes del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo Enero, 2023-Junio, 2023.

III.2 Específicos

1. Identificar la proporción de madres que acuden al hospital que están lactando y las que están dando formulas en el periodo de estudio.
2. Estimar con qué frecuencia las madres sustituyen la lactancia materna a la leche en fórmula.
3. Establecer las edades del lactante más frecuente en la cual las madres dejaron de lactar.
4. Identificar si las madres alimentan a sus lactantes con algo más que leche materna o leche en fórmula.
5. Determinar el conocimiento sobre la lactancia materna en las madres.
6. Identificar las causas de sustitución de lactancia materna por fórmulas en lactantes.
7. Establecer las consecuencias de sustitución de lactancia materna por fórmulas de lactantes.
8. Identificar la multiparidad de las madres y que tanto influye en su decisión de sustituir la lactancia materna por formula

IV.MARCO TEÓRICO

IV.1. Lactancia materna

IV.1.1 Historia

En la antigua Babilonia, se sugería el amamantamiento hasta una edad avanzada, aproximadamente los 3 años. En el Código de Hammurabi (1800 antes de Cristo), existen normas respecto sobre las nodrizas, regulando la paga y las formas de ofrecimiento de este servicio. Considerado trabajo honorable, se regulaba además las costumbres sexuales, la higiene y la vida social de estas mujeres.¹¹

En Egipto el amamantamiento se prolongaba también hasta los 3 primeros años de vida del niño lactante. La leche de mujer era el alimento imprescindible, y garantiza una vida hogareña para los lactantes bajo la tutela y amor de sus madres. La lactancia materna en Egipto, reafirmó y consolidó vínculos afectivos entre madre e hijo, con carácter tan perdurable, plasmadas en la tradición literaria y funeraria. La designación de la nodriza que regía en el Egipto faraónico ayudó a encumbrar y a respaldar el rango social de la mujer, siendo la nodriza del futuro faraón, el escalón máximo. Es posible encontrar descripciones literarias e iconográficas de escenas del amamantamiento del rey por diversas divinidades, incluso es posible encontrar en las Isis “Lactans” el modelo para la representación de la Virgen María con su Divino Hijo en el arte medieval. El amamantamiento entre los griegos también era considerado una práctica fundamental.¹¹

En Esparta, sólo podían ascender al trono, aquellos hijos del rey que habían sido alimentados por su madre. Plutarco (siglo I a C) refiere la anécdota de la posesión del trono del segundo hijo del rey Temistes, solo porque el primogénito había sido alimentado con leche de una extraña. Hipócrates (400 a C), en Aforismos divide las edades de la vida en siete, denominando la primera como infancia o edad de la lactancia. Incluso se le adjudica a este médico antiguo la frase “la propia leche es beneficiosa, la de otros es perjudicial”. Sin embargo, las nodrizas eran muy comunes en la Grecia clásica. Aristóteles (384-322 a.C.) en su

Historia Animalium se interesa por la lactancia y describe métodos para determinar si la leche de una mujer, sea la propia madre o de una nodriza es apta para el lactante, llegando a la conclusión de que la leche de los primeros días o calostro no debe ser consumida por el recién nacido.¹¹

En 1867, comenzó a venderse la primera fórmula infantil, desarrollada por el alemán Justus Von Liebig y rápidamente se popularizó en toda Europa. Según su creador, esta leche estaba compuesta por una combinación de ingredientes que le permitía producir un polvo que, agregado a la leche ya caliente, resultaba en un alimento «idéntico» a la leche materna. La fórmula consistía en harina de trigo, malta y bicarbonato de potasio.¹¹

En 1874, la fórmula original se mejoró y apareció la primera «leche artificial completa para alimentación infantil», compuesta por leche en polvo, harina de trigo, malta y azúcar. En 1885, en los EE.UU. y en Alemania se logró obtener la composición exacta de la leche materna, lo que permitió tener información completa para desarrollar fórmulas comerciales. Así, se pudo determinar que la leche materna tiene un bajo porcentaje de proteínas (1,1 g/100 ml) en comparación con la leche de vaca (3,5 g/100 ml). En esa misma época, comenzaron a venderse las mamaderas de vidrio y las tetinas de goma. En 1951 se lanzó a la venta la primera fórmula infantil líquida.¹¹

En la década de 1960, las fórmulas infantiles se fueron mejorando de acuerdo a los avances sobre la nutrición, como, por ejemplo, la incorporación de ácido láctico, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.¹²

En las civilizaciones más antiguas (Egipto, Grecia y Roma) la clase alta pensaba que dar de amamantar era algo que pertenecía a las clases sociales bajas, por lo que buscaban una nodriza o bien usaban, a modo de biberón, cuernos de vaca. Las mujeres griegas, además, pensaban que, si daban el pecho, envejecerían de forma prematura.¹²

En Alemania, durante la Edad Media, inventaron los primeros biberones de madera. De los siglos XVI al XVIII amamantar no estaba de moda; las mujeres pensaban que se envejecerían y afearían y no podrían vestirse según los cánones del momento. Además, en las clases altas, los deseos de tener

muchísimos hijos (herederos), hacía que los hombres no dejaran amamantar a las mujeres para que pudieran volver a quedarse embarazadas lo antes posible. Otros de los mitos que perjudicó a la lactancia materna fue la creencia de que la leche de mujeres menstruando o embarazadas, era de mala calidad para el bebé. La introducción de alimentos distintos a la leche durante los primeros meses o semanas de vida era muy frecuente: caldos, pan mojado o papillas. Los primeros ensayos en alimentación infantil con leche de vaca de la era moderna se realizaron en el siglo XVII y ocasionaron una gran mortalidad.¹²

La llegada de la revolución industrial y la incorporación de la mujer al trabajo (sobre todo de las clases sociales bajas o medias) no favorecieron en absoluto a la lactancia materna. En esta época se fomentó la leche de vaca como alternativa. El acceso a leche fresca sin pasteurizar, como en nuestros días, se mezclaba con agua (que en las ciudades estaba muy contaminada) y provocó que el cólera asolara parte de la población infantil. Entre el 60-90 por ciento de los niños lactantes no alimentados con pecho fallecía, sobre todo por la contaminación bacteriana de la leche (y el agua con que se diluía) que se les administraba.¹²

Los erróneos conocimientos médicos de la época tampoco la favorecían. Pensaban que dar de mamar más allá del noveno mes provocaba al bebé raquitismo, enfermedades mentales y pérdida de peso. Si a todo esto le añadimos que también creían que originaba cansancio, cefaleas, vértigos, sordera, ceguera y locura en la madre, no es de extrañar que a muchos niños lactantes no se les diera el pecho.¹²

IV.1.2. Definición

La Organización Mundial de la Salud define la lactancia materna como la ingesta de leche materna lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud, recomienda ofrecer lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, tiempo en que se inicia la introducción de alimentos seguros y nutritivos mientras la lactancia continua y puede extenderse hasta el segundo año de vida. Durante mucho tiempo el estudio de la lactancia materna era un tópico impreciso e inespecífico; sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX se han realizado avances extraordinarios en la identificación de los requerimientos nutrimentales de los recién nacidos y lactantes.¹⁴

Desde entonces, se han reconocido profundas diferencias entre la leche humana, los sucedáneos de la leche humana y leche de vaca. La creación del estándar de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud basado en una muestra internacional de lactantes sanos alimentados al pecho materno apoyo la percepción de que el crecimiento y el desarrollo cognitivo es óptimo y que los lactantes alimentados con fórmula se desvían de esta referencia.¹⁴

Se demostró que la alimentación exclusiva al pecho materno se asocia al mayor nivel de protección contra la mayoría de los problemas de salud para la diada madre-hijo, especialmente contra enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, atopia, asma y algunos tipos de cáncer.¹⁴

Además, las características del microbioma humano son únicas y con múltiples beneficios cuando el lactante ha nacido por vía vaginal y ha recibido lactancia materna exclusiva por seis meses. Desde 1991 existe un movimiento mundial muy importante de apoyo a la lactancia humana auspiciado por la Organización Mundial de la Salud para asegurar que todos los lugares en donde se lleven a cabo nacimientos se conviertan en centros de apoyo a la lactancia. Sin embargo, no todos los recién nacidos y lactantes tienen el privilegio de recibir lactancia materna; por ello, es necesario evaluar la eficacia de los sucedáneos de la leche humana de manera rigurosa, y esta evaluación debe ir más allá de los primeros meses de vida. Ley no.8-95 del diecinueve de septiembre del año mil novecientos noventa y cinco, que declara como prioridad nacional la promoción y fomento de la lactancia materna.¹⁴

De acuerdo a la constitución de la República, es deber del estado proteger la maternidad, a fin de lograr un sano desarrollo de la infancia dominicana, tomando todas las medidas que tiendan a promoverlo, contribuyendo en consecuencia a la disminución de la mortalidad infantil, se declara como prioridad nacional la promoción, enseñanza y difusión de la práctica de la lactancia materna, por ser esta indispensable para garantizar un sano desarrollo y crecimiento de los niños y niñas lactantes, quienes reciben de su madre no solo los nutrientes necesarios, sino también protección inmunológica y apoyo socio-afectivo.¹⁴

IV.1.3. Clasificación

-Lactancia materna exclusiva, es la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua.

-Lactancia materna predominante, es la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas.

-Lactancia materna complementaria, es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.

-Lactancia materna mixta o parcial, se presenta cuando el bebé es alimentado alternando la leche materna con biberones preparados con leche en fórmula. Se suele dar a partir de los 6 meses de edad.

Existen dos tipos de leches de fórmula indicadas según la edad que tenga el bebé que es la leche de fórmula de inicio, es aquella que se da a los bebés desde su nacimiento hasta los seis meses como único alimento. Está preparada de forma que contenga las propiedades nutritivas más parecidas a la leche materna. También está la leche de fórmula de continuación que es aquella que se administra a partir de los seis meses en conjunto con otros alimentos. La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (Espghan) recomienda su toma hasta los tres años, ya que ofrece mejores contenidos nutricionales que la leche de vaca.¹⁵

También existen dos leches de sustitución adicionales que pueden presentar aspectos de las dos anteriores, pero cuyos fines principales son otros, la leche de fórmula adaptada que es una leche que contiene sustancias como nucleótidos,

ácidos grasos poliinsaturados u oligosacáridos con efecto bidógeno que hacen que se parezca a la materna en cuanto a su fisiología. También está la leche de fórmula especial: es la leche que se prescribe a aquellos niños lactantes con alguna patología o trastorno (como diarrea, vómitos, dermatitis) y que presenta características especiales. También existen leches de fórmula especial para bebés prematuros, con una composición mayor en calorías.¹⁵

IV.1.4. Fisiología

En los cambios fisiológicos en la madre del lactante, un dato importante que tenemos en cuenta es considerar que la gestación completa abarca 9 meses de vida intrauterina y otros meses de exterogestación, que también integran el proceso evolutivo del recién nacido; el que necesita aproximadamente un año para empezar a caminar. A ese año se hace referencia cuando se habla de exterogestación. Los cambios neuro-endocrinológicos que experimenta la madre en la primera etapa postparto permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica. Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche. Se producen grandes cantidades de prolactina (hormona encargada de estimular la producción de leche) y de oxitocina (hormona responsable de la eyección de la leche durante la succión y de estimular las contracciones uterinas que facilitan la involución uterina).¹⁶La prolactina producida por la glándula pituitaria es responsable de la secreción de leche por las células epiteliales alveolares. Cuando el bebé succiona, el nervio que termina en el pezón lleva un mensaje a la hipófisis anterior, que a su vez libera prolactina y actúa sobre las glándulas alveolares de la mama para estimular la secreción de leche. Este ciclo desde la estimulación hasta la secreción se conoce como reflejo de prolactina o reflejo de secreción de leche. Reflejo de oxitocina (reflejo de eyección de leche): La hipófisis posterior produce oxitocina, esta es responsable de la contracción de las glándulas mamarias desde las glándulas hacia los senos galactóforos y los conductos galactóforos. La hormona se produce en respuesta a la estimulación

de las terminaciones nerviosas en el pezón por la succión, así como por el pensamiento, la vista o el sonido del bebé.¹⁷ El ovario está deprimido, ya que la hipófisis no produce suficientes gonadotrofinas para estimularlo. Durante las primeras semanas postparto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en otros aspectos de la fisiología de la mujer.¹⁸

Las glándulas mamarias alcanzan su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la segunda hasta la sexta costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media.¹⁸

La parte superoexterna se extiende hacia la axila, denominándose prolongación axilar de la mama. El pecho está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper. Alrededor de dos tercios de la glándula descansa sobre el músculo pectoral mayor; el resto sobre el serrato anterior, separado de estos por la aponeurosis profunda. La parte más profunda del pecho está separado de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retromamaria o espacio submamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular. Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo.¹⁸

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Contiene

fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. Algunas mujeres no tienen un área pigmentada visible, mientras que en otras ésta puede llegar hasta la mitad de la mama. La areola tiene numerosas glándulas de Montgomery, las cuales son glándulas sebáceas modificadas que se abren a la superficie de la areola a través de los tubérculos de Morgagni. Estas glándulas se atrofian durante la menopausia.¹⁸

En el periodo de gestación y lactancia se pueden apreciar claramente como son levantamientos bajo la piel. A estas glándulas se les atribuye un rol en la odorización de la mama (rol comunicativo), protección local y ductal contra patógenos, protección de la piel de la acción corrosiva de la saliva y estrés de la succión; además las secreciones de estas glándulas se pueden combinar con la saliva del lactante para favorecer el sello hermético que favorece una succión efectiva.¹⁸

Estudios actuales de la anatomía de mamas de mujeres en lactancia, con ultrasonido de alta definición, han mostrado que no se aprecia el ensanchamiento del conducto mamario denominado seno lactífero, sino que los conductos drenan directamente al pezón, y aumentan su diámetro durante la eyección de la leche. La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea. Pueden encontrarse pequeños pezones supernumerarios con vestigios glandulares a lo largo de toda la línea mamaria.¹⁸

En la irrigación arterial de la mama proviene de la arteria axilar para el cuadrante superior externo, de la arteria mamaria interna para los cuadrantes internos y de las arterias intercostales para el cuadrante inferior externo. Una extensa red anastomótica se distribuye por toda la superficie de la mama. Está dividido en sistema profundo y superficial. Las venas desembocan en la vena axilar y en la vena mamaria interna. Durante el embarazo y la lactancia se aprecia un aumento de la circulación venosa superficial de la mama; alrededor de la areola y el pezón se forma un plexo denominado círculo venoso. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa. Es

capaz de extraer desde el plasma sanguíneo, y a la vez sintetizar todos los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua.¹⁸

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Alvéolo o acino Célula secretora Lóbulos Conductos lactíferos Senos lactíferos Lobulillo Lóbulo Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos, de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche. Los cambios en el pezón son importantes para que el niño lactante pueda succionar eficientemente. Cuanto más protráctil es el pezón, más favorece la succión del niño lactante. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño lactante y la posibilidad de extraer eficientemente la leche. Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche.¹⁸

La composición de la leche materna: La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen alrededor de 200 componentes reconocidos.¹⁹

Durante los siete primeros días del posparto a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo porque su contenido de carotenos es casi 10 veces mayor que el que contiene la leche madura. Después de la primera semana la leche cambia su composición y dos a tres semanas después tiene la característica de la leche madura. La leche de madres con recién nacidos prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, adaptándose a las condiciones fisiológicas del recién nacido.¹⁹

-Proteínas: Se clasifican en caseína y proteínas de suero. Las caseínas de la leche humana son β -caseína y κ -caseína. De las proteínas del suero la α -lactoalbúmina. Se destaca por su calidad nutricia, es más fácil de dirigir y

favorece un vaciamiento gástrico más rápido, en tanto que la beta-lactoglobulina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada en bovinos. La leche humana contiene compuestos nitrogenados que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25% del nitrógeno total. Estos son aminoácidos libres, péptidos, N-acetil azúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos, cuyo papel en la respuesta inmunológica, digestión de grasas, desarrollo visual y del sistema nervioso central en el lactante ha adquirido relevancia los últimos años.¹⁹

-Lípidos: La cantidad de lípidos en la leche humana es de alrededor 35-45g/L y constituyen su mayor fuente energética, son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol.¹⁹

-Hidratos de Carbono: El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa, su concentración es de 70g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. Existen otros oligosacáridos cuya función se asocia a mecanismos de defensa contra la infección. Vitaminas y nutrientes inorgánicos. La leche humana contiene vitaminas hidrosolubles y liposolubles transferidas de la dieta y las reservas de la madre. La concentración de hierro en la leche humana es baja y altamente biodisponible. El calostro tiene concentraciones altas de zinc y cobre, que disminuyen sin relación con las reservas maternas.¹⁹

En la composición de la leche de fórmula esta es derivada de la leche de vaca modificada con el fin de asemejarse a la leche materna y adaptarla para la digestibilidad y tolerancia del recién nacido. Definitivamente es una buena opción cuando es necesario sustituir la leche materna. Para crear la leche de fórmula, la leche de vaca se somete a un procedimiento específico para que sea apta para los recién nacidos. En comparación con la leche materna, la leche de fórmula también proporciona energía, hidratación y nutrientes. Los componentes de la leche de fórmula varían entre las distintas marcas. Habitualmente, la leche de fórmula se elabora con leche de vaca desnatada y procesada.²⁰

Además, la leche de fórmula puede contener los siguientes ingredientes, lactosa, azúcares, aceites vegetales, ácidos grasos, vitaminas y minerales de origen vegetal y animal, enzimas y aminoácidos, probióticos.²⁰

Existen cuatro tipos de leche materna con diferentes características nutricionales, que produce la glándula mamaria de todas las mujeres en periodo de lactancia.

-Calostro: se produce durante los primeros tres a cuatro días después del parto. Es un líquido espeso, de color amarillento (por los betacarotenos, precursores de la vitamina A) y sabor salado (por contenido de sodio). Su composición, en comparación a la leche materna madura, es menor en lactosa, grasa y vitaminas solubles en agua, pero posee más proteínas, vitaminas solubles en grasa (vitaminas E, A y K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. Asimismo, contiene gran cantidad de inmunoglobulinas, sustancias que protegen al recién nacido contra enfermedades, ya que éste aún posee un sistema inmune inmaduro y frágil.²¹

-Leche de transición: se produce entre el cuarto y el día 15 después del parto, periodo en el cual se da un aumento brusco en el volumen de leche materna producida, hasta llegar a ser leche materna madura.²¹

-Leche madura: contiene una gran variedad de elementos, muchos aún desconocidos, y que varían no solo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones están directamente relacionadas con las necesidades propias del recién nacido.²¹

-Leche de destete: al ir introduciendo otros alimentos en la dieta del niño lactante, el volumen de leche materna va a disminuir ya que va a tener menos hambre, por lo tanto, va a succionar menos, y con esto se va a producir menos leche. Este tipo de leche posee cantidades mayores de proteína, sodio y hierro, mientras que se conserva la cantidad de grasas, calcio y de compuestos que protegen el sistema inmune del lactante.²¹

IV.1.5. Epidemiología

Según indica el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS en colaboración con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna. Podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentarían exclusivamente con leche natural a sus hijos durante los primeros cuatro meses de nacido. Datos proporcionados por la UNICEF afirman que anualmente mueren alrededor de 1.5 millones de lactantes por no haber sido amamantados lo suficiente. Aunque resulte difícil describir, alrededor de un 10% de las mujeres de todo el mundo no pueden lactar.²²

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna a nivel mundial. Se cree que solo el 62.7% de los niños lactantes, reciben lactancia materna exclusiva y a los 3 meses la prevalencia de este modo de alimentación se reduce a un 24.5%. A pesar de un amplio programa de promoción esta cifra sigue disminuyendo. A nivel mundial, la prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses es mayor en el África subsahariana, y al sur de Asia y partes de América Latina. En la mayoría de los países de altos ingresos la prevalencia es inferior al 20%. La mayoría de las madres en todos los grupos de países iniciaron la lactancia materna solo Francia, España y E.E.U.U. tuvieron tasas inferiores al 80% de lactancia materna en algún momento. A excepción del inicio temprano de la lactancia, la prevalencia de los demás indicadores disminuyó conforme al aumento de la riqueza nacional. Los países de bajos ingresos presentan una alta prevalencia de lactancia materna en todas las edades, Sin embargo, incluso en estos países las tasas de inicio y la lactancia materna exclusiva no fueron satisfactorias.²²

Los países de África Oriental y meridional tendían a tener en promedio tasas más bajas de lactancia continuada, pero tasas más altas de lactancia materna exclusiva que los de África Occidental. Ambos indicadores tienden a ser más bajos en América Latina y el Caribe, en Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes en África. Los países del sur de Asia tenían altas

tasas de ambos indicadores, mientras que en los países de Oriente Medio y el Norte de África tenían tasas más bajas.²²

Los países del Este de Asia y la región del Pacífico tenían una prevalencia moderada a alta de ambos indicadores. Las personas más pobres tienden a amamantar por más tiempo que sus homólogos más ricos en todos los grupos de países. Pero especialmente en los países de ingresos medios. En otros estudios se han encontrado resultados similares basados en 33 países. Los países de altos ingresos mostraron que las mujeres con mayor educación y mejores ingresos amamantan con más frecuencia que las de los grupos de bajos ingresos con menos años de educación formal. En los EE.UU. el inicio de la lactancia materna fue mayor en las madres con menor educación hasta la década de 1960, pero el gradiente social se ha invertido desde entonces.²²

En cuanto a la morbilidad infantil, 66 análisis diferentes, la mayoría de ellos realizados en los PMBI (países de bajos y medianos ingresos) y que incluyen tres ensayos controlados aleatorios, ofrecen pruebas contundentes de que la lactancia materna protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias. Alrededor de la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de las infecciones respiratorias se pueden evitar mediante la lactancia materna. La protección contra los ingresos hospitalarios debidos a estos trastornos es aún mayor: la lactancia materna podría impedir el 72% de los ingresos hospitalarios por diarrea y el 57% por infecciones respiratorias.²²

IV.1.6. Contraindicaciones

Para algunas madres, su principal preocupación con respecto a la lactancia son las enfermedades infecciosas de las que padecen, por ejemplo: Hepatitis B, Tuberculosis, Hepatitis C y el Virus linfotrópico T humano tipo 1.

-Hepatitis B: se ha detectado el virus de la hepatitis B en la leche materna pero no se ha demostrado que la lactancia aumenta el riesgo de infección del lactante. Si usted tiene una infección por hepatitis B, no es necesario que retrase el comienzo de la lactancia hasta que su recién nacido reciba la vacuna contra el hepatitis B.

Si la madre está infectada con hepatitis B, el recién nacido deberá recibir la vacuna contra el hepatitis B, junto con la inmunoglobulina antihepatitis B lo antes posible después del nacimiento. La aplicación de estas 2 inyecciones después del parto son sumamente eficaz para prevenir el contagio de la hepatitis B de la madre hacia el recién nacido.²³

-Hepatitis C: Las madres que tienen hepatitis C pueden amamantar con seguridad. Si bien un recién nacido podría infectarse con el virus de la hepatitis C durante el embarazo o el parto, los lactantes no tienen índices más altos de hepatitis C que los recién nacidos alimentados con fórmula. Incluso es posible que la lactancia ayude a evitar el contagio de a la hepatitis C de la madre al recién nacido al proporcionar anticuerpos que llegan al lactante a través de la leche materna. No obstante, si está infectada con hepatitis C y tiene los pezones agrietados, o le sangran, se aconseja suspender la lactancia (desechar la leche que se extraiga) hasta que los pezones sanen.²³

-Tuberculosis: si tiene tuberculosis podrá amamantar si está tomando medicamentos actualmente. Las madres con TB no tratada en el momento del parto no deben amamantar ni tener contacto directo con su recién nacido hasta que hayan empezado el tratamiento farmacológico adecuado y dejen de contagiar.²³

-Virus Linfotrópico T humano tipo 1 o HTLV 1 este es un retrovirus humano que causa una infección asintomática pero se asocia con una frecuencia del 1 al 10% con una serie de enfermedades degenerativas o inmunológicas como como paraparesia espástica tropical (TSP), leucemia o linfoma de células T, síndrome de Sjögren, artritis y uveítis, sarna noruega, infestación por *strongyloidesstercoralis* y mayor susceptibilidad al desarrollo de infección tuberculosa y otras. El HTLV-1 se transmite principalmente a través de la lactancia, especialmente si la lactancia dura más de 12 meses (Paiva 2018). La transmisión es más frecuente si hay mayor carga viral en la madre y hay hermanos afectados por HTLV-1. Además del ADN proviral de HTLV-1/2, se detectan anticuerpos IgG anti-HTLV 1 y 2 en la leche materna. Otros medios de transmisión son el contacto sexual y las transfusiones. La transmisión

transplacentaria y la transmisión durante el parto son muy raras. La prevención de la transmisión adoptada en algunos países altamente endémicos es la detección prenatal y la alimentación con fórmula.²⁴

La duración de la lactancia materna de hasta 6 meses no se asocia con una mayor transmisión de HTLV-1 que la alimentación con fórmula artificial: 4-6 %, mientras que la lactancia materna durante más de 7 meses se asocia con transmisiones del 14 % al 32 %, por lo que algunos autores sugieren la lactancia materna por un máximo de 6 meses cuando las condiciones socioeconómicas no permiten la alimentación con fórmula en condiciones seguras y sostenibles; en estas situaciones, las recomendaciones de no amamantar o suspender la lactancia deben hacerse cuidadosamente caso por caso. La alimentación con leche materna extraída congelada a -12° durante la noche se ha utilizado para anular la transmisión. La pasteurización también previene la transmisión. Aunque no existe un tratamiento conocido para el HTLV-1, se podría intentar la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión a través de la lactancia.²⁴

En mayoría de los casos se puede amamantar en forma segura después de haber tomado antibióticos durante unas dos semanas y de que su médico le haya dicho que ya no contagia, Debe empezar a extraerse leche poco después del parto; su pareja, una enfermera u otro cuidador podrán alimentar al lactante con esa leche extraída hasta que usted pueda amamantar directamente. Si tiene una prueba cutánea de tuberculosis positiva, pero una radiografía de tórax normal, hable con su médico para ver si es necesario que la trate con medicamentos pero, en este caso, podrá amamantar.²⁵

Fármacos contraindicados y controlados en la lactancia materna: Para que una sustancia tomada por la madre pueda llegar a afectar al lactante o a la lactancia debe, o bien interferir con la producción láctea, o bien llegar a la leche a partir del plasma sanguíneo materno. Algunos medicamentos pueden disminuir la producción láctea por inhibición de la prolactina: alcaloides del ergot, estrógenos, anticolinérgicos (antiespasmódicos o antihistamínicos de primera generación), el uso prolongado de diuréticos, especialmente tiazídicos, el abuso de

seudoefedrina, gonadotropinas, antiparkinsonianos precursores de la dopamina y prostaglandinas en la primera semana posparto.²⁵

Los medicamentos alcanzan el torrente circulatorio de la madre generalmente a partir de absorción intestinal o por inyección parenteral. Esto no sucede con medicamentos de uso tópico. Aplicados sobre la piel, la mayoría de las sustancias alcanzan niveles pequeños en la dermis y el tejido celular subcutáneo, pero insignificantes o nulos en plasma sanguíneo. Medicamentos de aplicación óptica no tiene absorción sistémica y muy escasa los de aplicación oftálmica. Muchos fármacos de administración parenteral y algunas de administración oral no se absorben en el intestino, como es el caso de muchos antiácidos, laxantes y antiparasitarios. Los medicamentos inhalados para tratamiento de asma y rinitis (broncodilatadores y corticoides) tienen una absorción sistémica no significativa.

Tras la llegada a plasma, muchos medicamentos sufren una metabolización hepática y solo un porcentaje de lo administrado acaba llegando realmente a plasma; es lo que se conoce como biodisponibilidad del medicamento.²⁵

Dentro de los fármacos contraindicados en la lactancia podemos mencionar los anticoagulantes como la fenindiona, dentro de los cardiovasculares encontramos la amiodarona (por el yodo) y los derivados del ergot como es la ergotamina (inhiben la prolactina), en los ginecológicos están los derivados de ergot (bromocriptina, carbergolina y lisurida), están los antineoplásicos, en los psicofármacos encontramos las anfetaminas, los yoduros incluso los tópicos. En las drogas de abuso social mencionamos (anfetaminas, cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, marihuana), y tenemos los reductores de colesterol en el cual encontramos las estatinas.²⁵

Los fármacos en los cuales tenemos que tomar precaución en la lactancia son los antibióticos y antiinfecciosos que son (amantadina, cloranfenicol, clindamicina y lindano), en los epilépticos tenemos (fenobarbital y primidona), los antihistamínicos para evitar los de primera generación, en los antiinflamatorios están las sales de oro, en los cardiovasculares esta la reserpina, dentro de los betabloqueantes están a elegir (labetalol, oxprenolol, propanolol o metoprolol) , los vasodilatadores antiadrenergicos están a elegir la metildopa o hidralazina, los

descongestionantes nasales y diuréticos como la tiazida, dentro de las drogas sociales están (alcohol, cafeína y tabaco). En cuanto a los endocrinológicos están algunos antidiabéticos orales como el estrógeno, en los gastrointestinales los laxantes activos, en los inmunosupresores están a elegir ciclosporina o azatioprina, los psicofármacos. En los antipsicóticos mencionamos la fenotiazinas (clorpromacina), litio el cual requiere control clínico y analítico del lactante, en las benzodiazepinas debemos elegir lorazepam como ansiolítico, en los antidepresivos están la doxepina, nefazodona (elegir sertralina, paroxetina o fluxetina) y otros como el codeína.²⁵

Dentro de las patologías más comunes y preocupantes que pueden padecer los lactantes encontramos las siguientes.

-La desnutrición, el 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. 200 millones de niños lactantes menores de cinco años sufren desnutrición crónica. Cerca de dos terceras partes de los niños lactantes entre seis meses y 2 años no reciben los nutrientes que necesitan para su crecimiento ya que no son lactados por leche materna si no por leche en fórmula. 155 millones de niños lactantes tienen retraso en el crecimiento, 59 millones de niños lactantes son muy delgados para su estatura y 340 millones de niños lactantes sufren deficiencias de vitaminas y nutrientes esenciales.²⁶

Dentro de los tipos de desnutrición infantil encontraremos la desnutrición crónica, en esta el niño lactante presenta retraso en el crecimiento. Su altura es demasiado baja para su edad. Conlleva consecuencias irreversibles, como retraso en el desarrollo motor, deterioro de la función cognitiva. La desnutrición aguda en esta el niño lactante pesa poco para su altura y el perímetro de su brazo está muy por debajo del estándar de referencia. Se trata de una de las principales causas de fallecimiento entre menores de cinco años. Suele producirse por una grave escasez de alimentos, y por último la denominada hambre oculta, como su propio nombre indica, es esa que no se ve. El niño lactante no está por debajo de su peso o de su altura, sino que carece de minerales y vitaminas necesarios para su correcto desarrollo. Puede conllevar deterioro mental, lentitud de reflejos o incluso la muerte.²⁶

Dentro de las causas de la desnutrición podemos mencionar, desplazamientos, conflictos, guerras, consumo insuficiente de alimentos, servicios de salud inadecuada o deficiente y falta de agua potable y sistema de saneamiento adecuado. Las consecuencias son la mortalidad, reduce la capacidad física y la productividad económica, disminuye la capacidad intelectual y de aprendizaje, también detiene el crecimiento y el desarrollo físico, causa deficiencias metabólicas y podría desencadenar enfermedades cardiovasculares.²⁶

-Infecciones respiratorias Agudas: Lactancia Materna Exclusiva no protege de las Infecciones Respiratoria leves en los primeros meses de vida, aunque sí se ha mostrado como un factor protector cuando se prolonga más de 90 días. Aunque se observa una tendencia a proteger de las infecciones más graves, representadas por aquellas que precisaron ingreso hospitalario, ni el tamaño de la muestra ni quizás la duración del seguimiento permitieron establecer resultados significativos. La presencia de hermanos en edad escolar resulta un factor de riesgo de presentar Infecciones Respiratoria clínica en los primeros meses de edad, aunque su efecto se ve amortiguado de forma significativa en los niños con lactancia materna exclusiva durante más de 90 días, respecto a otros patrones de menor duración.²⁷

Las tasas de infecciones de vías respiratorias, así como las defunciones causadas por estas, son menores en los lactantes amamantados de forma exclusiva, que entre los que se amamantan de forma parcial. Se ha comprobado protección frente a gérmenes como Sincitial respiratorio, Rinovirus, Haemophilusinfluenzae y Neumococo, con una duración de hasta 2 años después de suspendida la lactancia materna exclusiva, lo que es particularmente importante en la otitis media y neumonías. Estudios realizados en Suecia, por ejemplo, aportan entre 5 y 10 años de protección inmunológica en el caso de Haemophilus influenzae.²⁷

Otras investigaciones realizadas en los Estados Unidos y Canadá aseguran que los niños amamantados de forma exclusiva, en los primeros 6 meses de vida,

no solo reducen el riesgo de infecciones, sino que también dicho proceso exhibe un menor tiempo de evolución y menor gravedad.²⁷

Nuevos estudios realizados en las últimas décadas sugieren que la leche materna modula la función y la integridad del tracto gastrointestinal durante el tiempo de lactancia y la infancia. Esta funcionalidad se basa en distintas observaciones en niños lactantes alimentados con leche materna en las cuales los niños lactantes prematuros alimentados con leche materna parecen ser más resistentes a la enterocolitis necrotizante que los niños lactantes nacidos al final de la gestación alimentados con fórmulas infantiles, los niños lactantes alimentados con leche materna muestran pocos signos de inflamación intestinal durante las infecciones entéricas agudas, el riesgo de malabsorción intestinal debido a la intolerancia al gluten en niños es menor con la leche materna y el riesgo de sufrir diabetes tipo I, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide y linfomas en niños mayores parece estar reducido en niños alimentados con leche materna.²⁸

Una gran parte de estas acciones depende de compuestos que forman parte de la fracción nitrogenada no proteica, que en la leche materna supone un 18-30% del nitrógeno total, mientras que en la leche de vaca (con la que se elaboran las fórmulas infantiles) sólo constituye un 5 % del total (13). El resto de compuestos funcionales de la leche suelen ser oligosacáridos, muchos de los cuales contienen también nitrógeno en su estructura.²⁸

En un estudio multicéntrico prospectivo sobre 926 recién nacidos prematuros asignados formalmente a su dieta temprana, se desarrolló enterocolitis necrosante en 51 (5,5%). La mortalidad fue del 26% en los casos estrictamente confirmados. En los bebés alimentados exclusivamente con fórmula, la enfermedad confirmada fue de 6 a 10 veces más común que en los que se alimentaron solo con leche materna y 3 veces más común que en los que recibieron fórmula más leche materna. La leche de donante pasteurizada parecía ser tan protectora como la leche materna cruda. Entre los bebés nacidos con más de 30 semanas de gestación se confirmó la necrotización.²⁹

En las afecciones infantiles tenemos los lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada, los lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa. Lactantes con la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina y lactantes con fenilcetonuria, se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).³⁰

Los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos durante un periodo limitado, además de leche materna, tenemos los lactantes nacidos con peso menor de 1500 g (muy bajo peso al nacer), lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros) y recién nacidos con riesgo de hipoglucemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o un incremento de la demanda de glucosa, como los prematuros, los pequeños para la edad gestacional o los recién nacidos que han experimentado hipoxia significativa intraparto, así como aquellos que están enfermos o los hijos de madre diabética, si la glucemia no se controla con lactancia materna o con alimentación con leche materna extraída.³⁰

En la medicación materna los medicamentos psicoterapéuticos sedantes, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles. Es recomendable evitar el uso de iodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras; la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia. El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidona), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede provocar supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían evitarse. La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia. Las afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes tales como absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado;

el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento. La hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B en las primeras 48 horas o apenas sea posible después. Hepatitis C, mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección tuberculosis: el manejo de la enfermedad de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo con las normas nacionales.³⁰

Los abusos de sustancias ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados; el alcohol, los opioides, las benzodiazepinas y el cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como en el bebé. Se debe motivar a las madres a no utilizar estas sustancias y darles oportunidades y apoyo para abstenerse.³⁰

IV.1.6.1. Contraindicaciones absolutas

-La galactosemia es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono que se debe a deficiencias hereditarias de enzimas que convierten la galactosa en glucosa. Los signos y síntomas son disfunción hepática y renal, déficits cognitivos, cataratas e insuficiencia ovárica prematura. El diagnóstico se realiza por análisis enzimático de los eritrocitos y el análisis del DNA. El tratamiento consiste en la eliminación de galactosa de la dieta. El pronóstico físico es bueno con tratamiento, pero los parámetros cognitivos y de rendimiento suelen ser subnormales. La galactosa está presente en los productos lácteos, las frutas y las verduras. Las deficiencias autosómicas recesivas de la enzima causan 3 síndromes clínicos.³¹

La deficiencia de galactosa-1-fosfato uridil transferasa, esta deficiencia causan galactosemia clásica. La incidencia es de 1/62.000 nacimientos; la frecuencia de portadores es de 1/125. Los lactantes presentan anorexia e ictericia en el término de unos pocos días o semanas de consumir leche materna o fórmula con contenido de lactosa. Se producen vómitos, hepatomegalia, escaso crecimiento, letargo, diarrea y septicemia (en general, por *Escherichiacoli*), así como disfunción renal (p. ej., proteinuria, aminoaciduria, síndrome de Fanconi), que

provocan acidosis metabólica y edema. También puede haber anemia hemolítica. De no mediar tratamiento, los niños lactantes permanecen de baja talla y presentan déficits cognitivos, del lenguaje, la marcha y el equilibrio en la adolescencia; muchos también tienen cataratas, osteomalacia (causada por hipercalciuria) e insuficiencia ovárica prematura. Los pacientes con la variante Duarte tienen un fenotipo mucho más leve.³¹

En la deficiencia de galactocinasa, los pacientes presentan cataratas por producción de galactitol, que daña por un mecanismo osmótico las fibras del cristalino; la hipertensión intracraneal idiopática (seudotumor cerebral) es rara. La incidencia es de 1/40.000 nacimientos.³¹

La deficiencia de uridina difosfato galactosa 4-epimerasa, dentro de esta hay fenotipos benignos y graves. La incidencia de la forma benigna es de 1/23.000 nacimientos en Japón; no se conocen datos de incidencia sobre la forma más grave. La forma benigna se limita a los eritrocitos y leucocitos y no provoca ninguna alteración clínica. La forma grave causa un síndrome indistinguible del de la galactosemia clásica, aunque a veces con hipoacusia.³¹

Para su diagnóstico debemos conocer las elevadas concentraciones de galactosa y la presencia de sustancias reductoras distintas de glucosa (p. ej., galactosa, galactosa-1-fosfato) en orina sugieren y avalan clínicamente el diagnóstico de galactosemia, que se confirma mediante análisis de ADN o el análisis enzimático en eritrocitos, tejido hepático o ambos. Todos los estados requieren pruebas de cribado neonatales para investigar la deficiencia de galactosa-1-fosfato uridil transferasa. El tratamiento de la galactosemia consiste en eliminar todas las fuentes de galactosa de la dieta, en particular la lactosa (una fuente de galactosa), que está presente en la leche materna, todos los productos lácteos, incluidas fórmulas para lactantes basadas en leche, y es un edulcorante utilizado en numerosos alimentos. Una dieta sin lactosa ayuda a prevenir la toxicidad aguda y revierte algunas manifestaciones (p. ej., cataratas), pero puede no prevenir los déficits neurocognitivos. Muchos pacientes requieren suplementos de calcio y vitaminas. En los pacientes con deficiencia de epimerasa, cierta ingesta de galactosa es crucial para garantizar un aporte de

uridina-5'-difosfato-galactosa (UDP-galactosa) para diversos procesos metabólicos.³¹

-VIH: La American Academy of Pediatrics y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan a las madres estadounidenses infectadas con VIH que no amamenten, ya que el virus podría pasar al lactante a través de la leche materna. No obstante, pueden alimentar a sus bebés con leche materna pasteurizada de una donante, si estuviera disponible.³² Existen causas médicamente justificadas para evitar o limitar de forma temporal o permanente la alimentación de un recién nacido con leche materna. Es el caso de las madres infectadas por el VIH, se contraindica la lactancia si se garantiza la alimentación con fórmula exclusiva durante los primeros seis meses para el bebé y hasta el año en complemento con otros alimentos adecuados para su edad.³³

En diversas partes del mundo, los pacientes con Errores Innatos del Metabolismo Intermediario (EIMI), especialmente aquellos con una detección y tratamiento tempranos, han podido llegar a la edad adulta con éxito. Como consecuencia, algunas mujeres con EIMI han tenido embarazos saludables y han podido alimentar a sus hijos con seno materno de manera exitosa. En la literatura existen pocas contraindicaciones para la lactancia materna en madres con EIMI. Sin embargo, una de ellas es en mujeres con tirosinemia tipo 1 que reciben terapia farmacológica con nitisinona, en quienes la lactancia está contraindicada. Otra contraindicación se relaciona con el tratamiento con sapropterina en las pacientes con fenilcetonuria, ya que no existen datos sobre su excreción en la leche materna.³⁴

Lactancia Materna es un periodo de altas demandas nutricionales para la madre en el cual los requerimientos energéticos y proteicos se incrementan. Este incremento en las necesidades nutricionales, junto con una ingestión insuficiente de energía, pueden ser un desencadenante de descompensación metabólica, por lo que es necesario proveer un aporte adicional de energía para prevenir el catabolismo. Además, se recomienda que las madres con aminoacidopatías ingieren una cantidad adicional de proteína a través de la fórmula metabólica

correspondiente para cada enfermedad. En las madres con EIMI en periodo de lactancia es necesario suplementar vitaminas y ácidos grasos omega-3. La lactancia materna en madres con EIMI es factible y debe fomentarse bajo un estrecho control bioquímico, médico y dietético.³⁴

-Drogas: Entre la comunidad científica existe gran confusión sobre si las mujeres que consumen drogas de abuso deben o no dar de mamar a su niño lactante. Por ejemplo vamos hablar de Nicotina, cafeína y alcohol. La leche de las madres fumadoras contiene entre 2 y 240 nanogramos de nicotina por mililitro, lo que equivale a unas dosis en los bebés de 0,3 a 36 microgramos/kg/día. Estos lactantes suelen tener más cólicos y son más propensos a las infecciones respiratorias lo correcto es dejar de fumar durante el embarazo y la lactancia, o al menos limitar este hábito lo más posible. La cafeína presente en el café, el té, los refrescos de cola y medicamentos puede causar en el lactante irritabilidad e insomnio. Aunque su absorción varía mucho de una persona a otra, en los recién nacidos esta sustancia tiene un tiempo de vida media prolongado. Por ello es aconsejable restringir su consumo durante la lactancia a un máximo de 300 mg/día, unas tres tazas de café diarias. Respecto al alcohol, el riesgo exacto todavía no está bien definido y no hay estudios que correlacionen las dosis, pero algunas investigaciones apuntan daños en el desarrollo motor del lactante, así como cambios en sus patrones de sueño, reducción de las tomas y posibilidad de hipoglucemia.³⁵

Continuamos con lo que son otras de las más frecuentes Cannabis, cocaína y otras drogas: El cannabis, que se transmite tanto por la leche materna como por el humo, puede causar sedación, letargo, debilidad y hábitos alimenticios deficientes en los lactantes. Además se desconocen sus riesgos a largo plazo. Su consumo está contraindicado, pero si se utiliza marihuana ocasionalmente, los expertos aconsejan realizar la toma varias horas después y no exponer a los niños o niñas al humo. La cocaína está totalmente desaconsejada durante la lactancia. El primer caso de toxicidad inducida por esta droga vía leche materna corresponde a un niño lactante de solo dos semanas que, tras alimentarse, presentó irritabilidad, temblores, pupilas dilatadas, taquicardia e

hipertensión. También se desaconseja la lactancia si la madre toma anfetaminas. En los lactantes pueden causar agitación, llanto o falta de sueño. Además su uso reduce la capacidad de la madre para cuidar a sus hijos. Tampoco se recomienda amamantar si se consume heroína, que se excreta a la leche en cantidades suficientes como para causar adicción al lactante. En caso de necesidad, el consejo es dejar pasar al menos uno o dos días desde su consumo hasta la toma, y comenzar lo antes posible un tratamiento de sustitución, a ser posible con metadona.³⁵

-Quimioterapia materna: Durante el tratamiento de quimioterapia hay que interrumpir la lactancia debido a los efectos secundarios potencialmente graves para el lactante. Los tratamientos y procedimientos diagnósticos antimetabolitos, inhibidores hormonales, radioisótopos de las enfermedades proliferativas contraindican la lactancia mientras están siendo administrados y hasta un tiempo variable después. Los marcadores utilizados para la biopsia del ganglio linfático centinela (linfogammagrafía) pueden requerir una interrupción de la lactancia de hasta 24 horas; durante este tiempo, la leche debe extraerse y desecharse para mantener la producción de leche.³⁶

Un destete abrupto puede ser psicológicamente traumático tanto para la madre como para el lactante. Si la madre lo desea, la producción de leche puede mantenerse mediante extracción regular del pecho, pudiendo recuperar la lactancia entre ciclos, en los periodos en que no quedan trazas significativas del fármaco en la leche, o al finalizar el tratamiento.³⁶

Tras el tratamiento, la lactancia es posible algunos quimioterápicos con efecto antibiótico pueden alterar la composición de la microbiota (conjunto de bacterias o flora bacteriana) de la leche y la concentración de alguno de sus componentes. Posiblemente esto ocurre de forma transitoria con recuperación posterior, sin que por ello se supongan ni se hayan publicado efectos perjudiciales en lactantes amamantados.³⁶

Las mujeres en tratamiento quimioterápico durante el embarazo tienen menores tasas de lactancia por experimentar dificultades para amamantar o tener producción reducida de leche materna necesitando más apoyo para

conseguirlo. Dada la fuerza de la evidencia que existe sobre los beneficios de la lactancia materna para el desarrollo de los bebés y la salud de las madres, conviene evaluar el riesgo-beneficio de cualquier tratamiento materno, incluida la quimioterapia, asesorando individualmente a cada madre que desee seguir con la lactancia.³⁶

-En el Yodo Radiactivo (I131), el embarazo y la lactancia son contraindicaciones absolutas para administrar I131. El yodo se concentra en la leche materna, y es capaz de atravesar la barrera placentaria, para dañar la tiroides fetal. Se debe evitar el embarazo hasta al menos 6 meses después de recibir el tratamiento. La presencia de oftalmopatía tiroidea activa constituye una contraindicación relativa para la indicación del I131, porque este estimula la progresión de la oftalmopatía o su aparición, fundamentalmente en fumadores. Ese efecto contraproducente puede reducirse con la administración concurrente de glucocorticoides orales.³⁷

Si es necesario, se propone que una semana después de la administración de I131, se recomienda el tratamiento con ATS por un periodo entre 1 y 6 meses, combinado con una pequeña dosis sustitutiva de levotiroxina, que quedará o no como terapia de mantenimiento. Este esquema individualizado ayuda a evitar la inestabilidad transitoria de la función tiroidea, asociada a empeoramiento de la oftalmopatía. Respecto a otras consideraciones, el tratamiento concomitante de I131 con amiodarona reduce la entrada del I131 al tiroides, por lo que disminuye su eficacia, y se deben tomar precauciones adicionales para el uso de I131 en pacientes con incontinencia urinaria.³⁷

IV.1.7. Inconvenientes

Dentro de los obstáculos asociados a lactancia materna en la consulta de Atención Primaria es habitual que las madres lactantes consulten por múltiples dificultades relacionadas con la lactancia materna (LM), recordando que la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad, no están familiarizadas con el proceso de la lactancia materna, carecen de una red informal de apoyo para autocuidados. Incluso en su familia, la mayoría de las “abuelas” de hoy día han

utilizado biberones y consideran a los profesionales sanitarios, los interlocutores más adecuados para todas las cuestiones de salud.³⁸

Algunas mujeres inician la lactancia sin apenas ayuda y otras no encuentran la postura adecuada. Las consultas en relación con la lactancia materna que más habitualmente nos harán en el ámbito de la Atención Primaria de Salud podemos clasificarlas en:

-Dificultades relacionadas con los pechos y los pezones: No se debe olvidar que algunos de ellos pueden darse en etapas tardías, si bien son más raros. Es decir, que las grietas, las mastitis y los quistes de retención pueden ocurrir en mayor porcentaje durante las primeras semanas. Algunas mujeres pueden tener varios episodios de mastitis.³⁸

-Problemas en relación con el niño: La gran variabilidad del comportamiento de los bebés “normales” suele ser motivo de dudas para los padres, especialmente cuando a ello se suma la inseguridad de la lactancia materna, que no obedece a reglas. Los niños lactantes, igual que los adultos, son muy distintos unos de otros, no solo en su aspecto sino en su temperamento. Estos pueden ser el horario y ritmo de alimentación, horario y ritmo de sueño, llanto, cólicos, patrones de excretas.³⁸

-Problemas propios de la mujer: Las nuevas madres de nuestra sociedad deben enfrentarse casi solas a muchas responsabilidades desde que el lactante tiene 2 o 3 días de vida. Debemos ofrecerles ayuda y consejo para que su propia salud no se vea resentida o de lo contrario que podrá cuidar de su hijo/a

En estas podemos encontrar lo que son: las dietas maternas, Enfermedades maternas (tuberculosis en fase activa, Infección VIH), Fármacos y lactancia materna (Ej; Analgesico, un antibiotico), la Depresión posparto, Anticoncepcion, Crisis de la lactancia (es cuando se produce una disminución de la secreción láctea).³⁸

Los problemas sociales y el rechazo del pecho o huelga de lactancia son dos términos similares en cuanto al comportamiento del lactante: rechaza tomar el pecho. Las diferencias entre ambas situaciones son más difíciles de distinguir. Por lo general hablamos de rechazo del pecho cuando se trata de algo habitual y

mantenido, por lo general el lactante rechaza solo un lado, ese puede iniciarse en cualquier momento de la lactancia, pero a menudo ocurre desde el principio y se dan casos de rechazo permanente de un pecho, que llega a dejar de producir leche. Pero es posible continuar la lactancia con el otro pecho, como es lo habitual en algunas partes de China. Mientras que la llamada huelga de la lactancia suele ser: Bilateral, Transitoria e Intermitente. Las madres suelen vivenciar estas situaciones como un rechazo hacia ellas mismas como personas o que su leche es inadecuada o insuficiente. Pero todas ellas reflejan dificultades en el proceso de la lactancia, dudas habituales en una sociedad que ha olvidado el arte de amamantar.³⁸

IV.1.8. Postura para amamantar

Existen diferentes tipos de posiciones para amamantar pero lo más importante es que el lactante esté lo más pegado posible al cuerpo de la madre y en una posición de frente, que y que se agarre bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón.³¹

Agarre al pecho: Los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondeadas (no hundidas) cuando succiona. Si el bebé se coge bien al pecho la lactancia no duele.³⁹

Las posturas para amamantar correcta es la Posición sentada (o posición de cuna): Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultará el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.³⁹

-Posición acostada: La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la

espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días de lactancia.³⁹

-Posición crianza biológica: La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho).³⁹

-Posición en balón de rugby (o posición invertida): Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del recién nacido, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros.³⁹

-Posición de caballito: El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno, esta postura es útil en casos de grietas, en reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, en prematuros, mandíbula pequeña que se denomina (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del recién nacido.³⁹

V.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Lactancia	Acción en la cual la madre alimenta su hijo/a exclusivamente de leche materna.	-Acción de amamantar.	-Si -No -Lactancia materna exclusiva
Edad del Lactante	Lactantes que comprende entre 0 y 24 meses de edad.	-Presente -Ausente	-0-3 meses -4-6 meses -7-9 meses -10-12 meses -13-15 meses -16-18 meses -19-21 meses -22-24 meses
Edad de la madre	Periodo de vida que empieza desde que la madre queda embarazada hasta el momento del desembarazo.	-Años cumplidos	-12-17 años -18-22 años -23-27 años -28-32 años -33-37 años -38-42 años
Multiparidad	Condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos.	-Embarazos previos	-1-3 -4-6 -7-9 -10 o más

Sustitución	Cambiar algo material o inmaterial cumpliendo la misma función de una a la otra o una función similar.	-Acción de sustituir	-Si -No
Formula infantil	La fórmula infantil se define como un alimento para lactantes que es adecuado para sustituir total o parcialmente a la leche humana, satisfaciendo las necesidades nutritivas normales del lactante.	-Sustitución de la leche materna	-Formula -Te , Agua de arroz -Cereal -No aplica
Causa de la sustitución	Sustitución por descanso por maternidad, paternidad o riesgo durante el embarazo.	-Razón de sustitución	-Leche insuficiente -Dolor al amamantar - Enfermedad de la madre -Estetica -Rechazo al seno del bebe -No se sentía cómoda -Depresion post parto - Medicament os

<p>Consecuencia de la sustitución</p>	<p>Es la existencia de la libertad de autodeterminación que permite a la mujer sustituta decidir sobre su cuerpo sin ningún límite.</p>	<p>-Morbilidad de la sustitución de la lactancia</p>	<p>-Fiebre -Gripe - Enfermedad diarreica aguda - Convulsiones -Trastornos neurológicos - Malformaciones congénitas -Retraso del desarrollo -Otros</p>
---------------------------------------	---	--	---

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Es un estudio transversal el cual fue realizado de forma descriptiva, observacional con una recolección de datos prospectiva, con el principal objetivo de Determinar las causas y repercusiones inmediatas de sustitución de lactancia materna por fórmula en lactantes del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo Enero, 2023-Junio, 2023.

VI.2. Área de estudio

Este estudio tuvo lugar en el departamento de consulta externa de pediatría del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, localizado en la Avenida Abraham Lincoln. Sector El Millón II, Provincia Santo Domingo, República Dominicana. Delimitado al norte por la Avenida Independencia; al sur por la Calle Paul Harris; al este por la Avenida Abraham Lincoln y al oeste por la a Calle Horacio Vicoso (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa Cartográfico



Vista Aérea

VI.3. Universo

Estuvo representado por la totalidad de las pacientes que ve el departamento de consulta externa de pediatría.

VI.4. Muestra

Estuvo representada por 300 pacientes dentro de los cuales eran madres lactantes y no lactantes que contaban con infantes de 0-24 meses de edad y

fueron interrogadas por un cuestionario que constaba de 25 preguntas entre ellas abiertas y cerradas para de esta forma obtener la muestra.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Madres con infantes (≤ 2 años).
2. Edad de la madre sin límite de rango.
3. Madres que acepten firmar el consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Barrera del idioma.
2. Madres que se nieguen a participar en el estudio.
3. Madres con trastornos mentales.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consta de 19 preguntas, 6 abiertas y 13 cerradas, las cuales exponen datos sociodemográficos como edad, ocupación, escolaridad y datos sobre lactancia materna (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la unidad de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Luego de ser aprobado se envió al comité de investigación del Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral el cual se reviso y se aprobó. Al agotar estos procedimientos pasamos a localizar las madres de los consultorios de consulta externa y verificamos cuales de estas madres cumplían con nuestros criterios de inclusión y firmaran el consentimiento informado que se les desglosó con cuidado y claridad para poder participar en el estudio se entrevistaron lunes, miércoles y viernes en los consultorios que estén vacíos en el horario matutino ya cuando culminaban con su consulta médica. Estas eran entrevistadas con un cuestionario impreso que se les entregó, de no

saber llenarlo se le hicieron las mismas preguntas verbales y fueron llenadas por nosotros. Para la recolección de datos asistimos ambos sustentante, los días lunes, miércoles y viernes en el horario de 8am – 12pm. Esta investigación se realizó por los sustentantes en el periodo de Enero, 2023- Junio, 2023.

VI.8. Tabulación

Los datos recopilados fueron tabulados por el programa epi-info.

VI.9. Análisis

Los datos ya recolectados fueron analizados en frecuencia simple, y los resultados están representados mediante tablas y gráficos para su mayor comprensión.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴¹ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otras autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

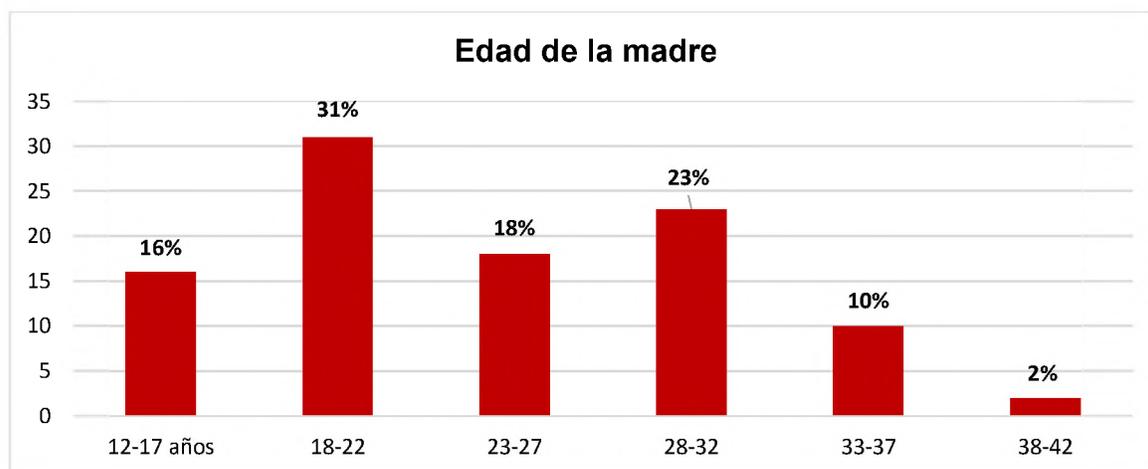
Cuadro I. Distribución de casos obtenidos según Edad de la madre en el Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Edad de la madre (Años)	Frecuencia	(%)
12-17 años	48	16,0
18-22	93	31,0
23-27	54	18,0
28-32	69	23,0
33-37	30	10,0
38-42	6	2,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos se evidenció que el rango de edad más frecuente en las madres fue 18-22 años con 93 madres, representando un 31,0 por ciento de los casos, seguidos por el rango de edad de 28-32 años con 69 madres que corresponde a un 23,0 por ciento, luego el rango de edad de 23-27 años, con una frecuencia de 54 madres representando a un 18,0 por ciento respectivamente, por consiguiente, el rango de edad de 33-37 años manifestó una frecuencia de 30 madres con un 10,0 por ciento y por último el rango de edad de 38-42 años fue el de menor porcentaje arrojando datos de un 2,0 por ciento de la muestra.

Gráfico 1. Distribución de casos obtenidos según Edad de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro I.

Cuadro II. Distribución de casos obtenidos según Edad del lactante. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, enero, 2023-junio, 2023.

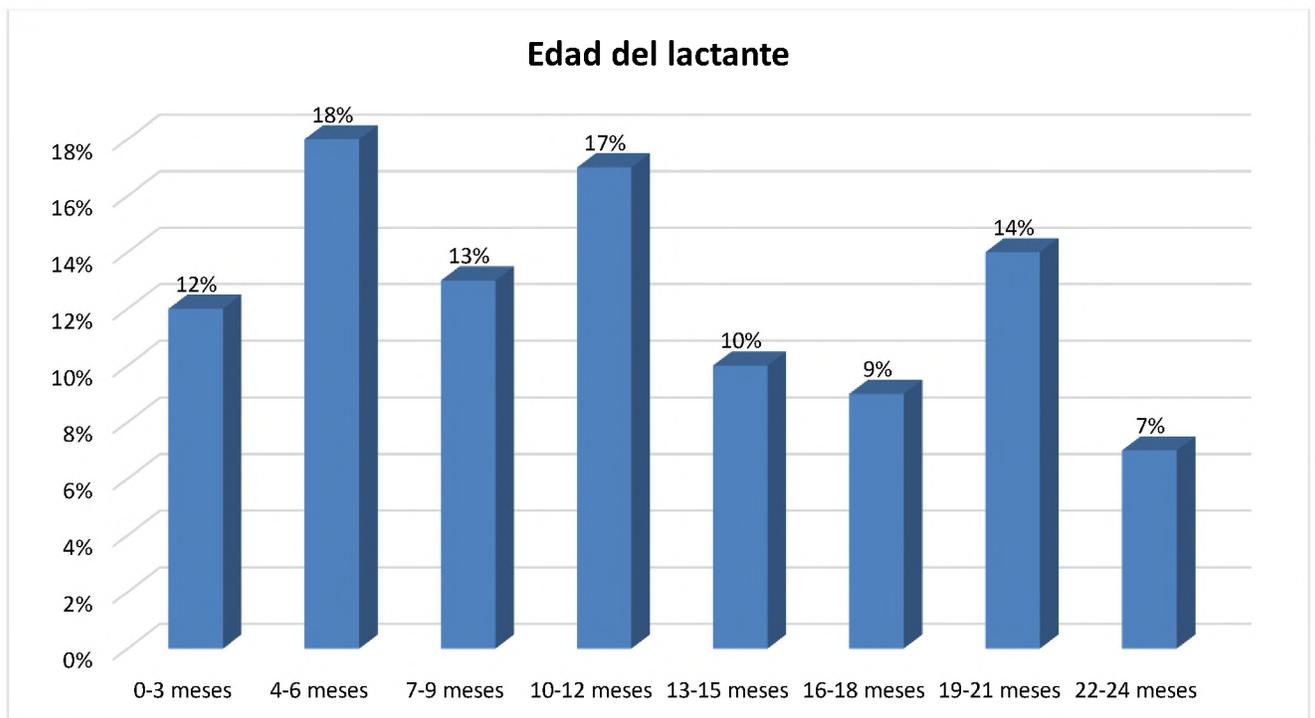
Edad del lactante (Meses)	Frecuencia	(%)
0-3 meses	36	12,0
4-6 meses	54	18,0
7-9 meses	39	13,0
10-12 meses	51	17,0
13-15 meses	30	10,0
16-18 meses	27	9,0
19-21 meses	42	14,0
22-24 meses	21	7,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se evidenció que el rango de edad más frecuente de los lactantes fue de 4-6 meses con 54 lactantes correspondientes, representando un 18,0 por ciento de los casos, seguidos por el rango de edad de 10-12 meses con 51 lactantes que corresponde a un 17,0 por ciento, luego el rango de edad de 19-21 meses, con

una frecuencia de 42 lactantes representando a un 14,0 por ciento respectivamente, por consiguiente, el rango de edad de 7-9 meses manifestó una frecuencia de 39 lactantes con un 13,0 por ciento, además, los pacientes con el rango de edad de 0-3 meses con una frecuencia de 36 lactantes correspondieron a un 12,0 por ciento, en cuanto al rango de edad 13-15 meses tuvo una frecuencia de 30 lactantes correspondiendo a un 10,0 por ciento, mientras que el rango de edad de 16-18 meses tuvo una frecuencia de 27 lactantes con un porcentaje de 9,0 por ciento, dando como resultado que el rango de edad con menos porcentaje fue de 22-24 meses con cifras de 7,0 por ciento.

Gráfico 2. Distribución de casos obtenidos según Edad del lactante. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro II.

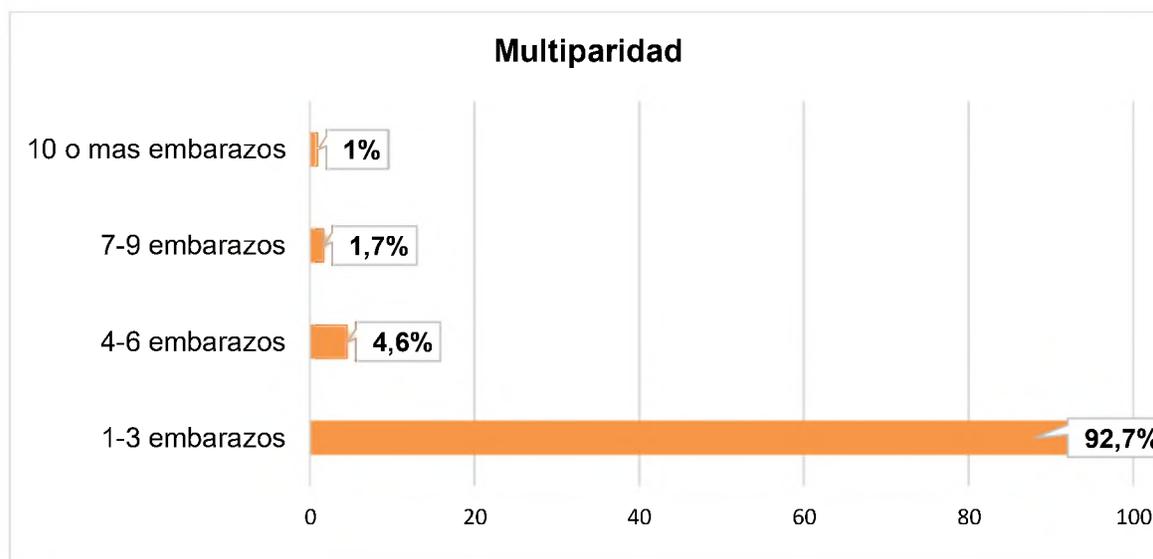
Cuadro III. Distribución de casos obtenidos según multiparidad de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Multiparidad	Frecuencia	(%)
1-3 embarazos	278	92,7
4-6 embarazos	14	4,6
7-9 embarazos	5	1,7
10 o más embarazos	3	1,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se determinó que la multiparidad de las madres con la mayor porcentaje fue de 1-3 embarazos con un 92,7 por ciento de la muestra, seguido por las madres que tenían de 4-6 embarazos con una frecuencia de 14 madres y arrojando con esto porcentajes de 4,6 por ciento, mientras que las madres que tenían de 7-9 embarazos determinó el 1,7 por ciento de la muestra, el menor porcentaje estuvo evidenciado por aquellas madres con una multiparidad de 10 o más embarazos con un 1,0 por ciento del estudio.

Gráfico 3. Distribución de casos obtenidos según multiparidad de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro III.

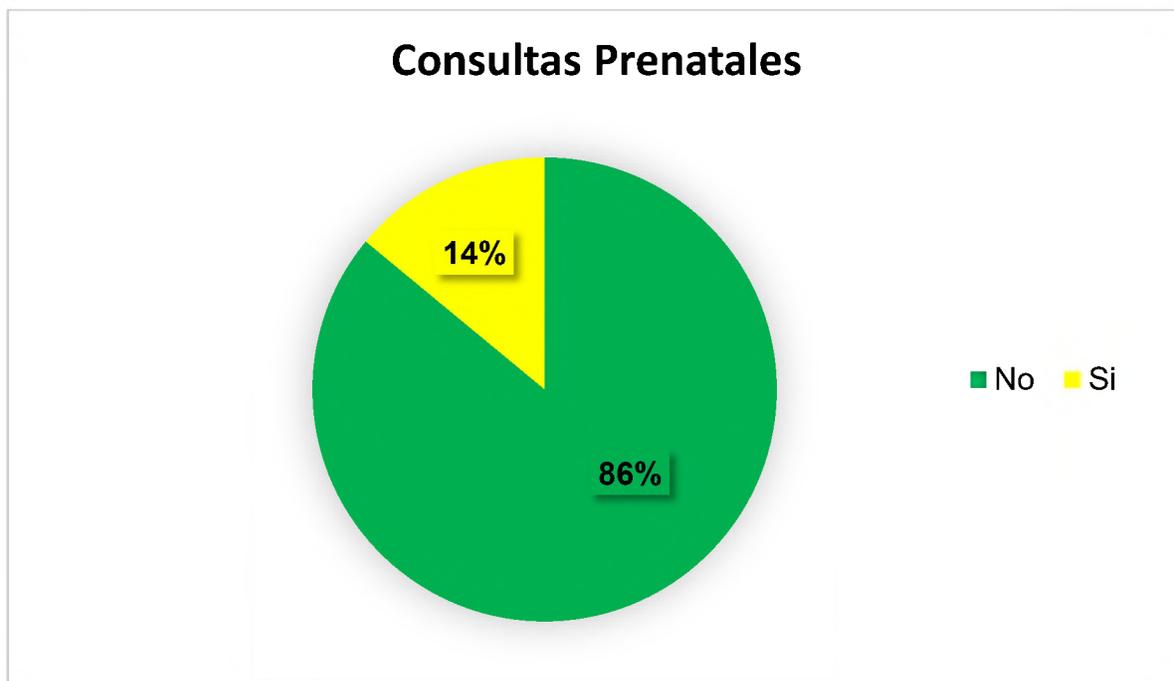
Cuadro IV. Distribución de casos obtenidos según consultas prenatales de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Consultas Prenatales	Frecuencia	(%)
No	258	86,0
Si	42	14,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos el 86,0 por ciento de las madres encuestadas no asistieron a sus consultas prenatales, mientras que 14 por ciento si acudieron a sus consultas prenatales.

Gráfico 4. Distribución de casos obtenidos según consultas prenatales de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro IV.

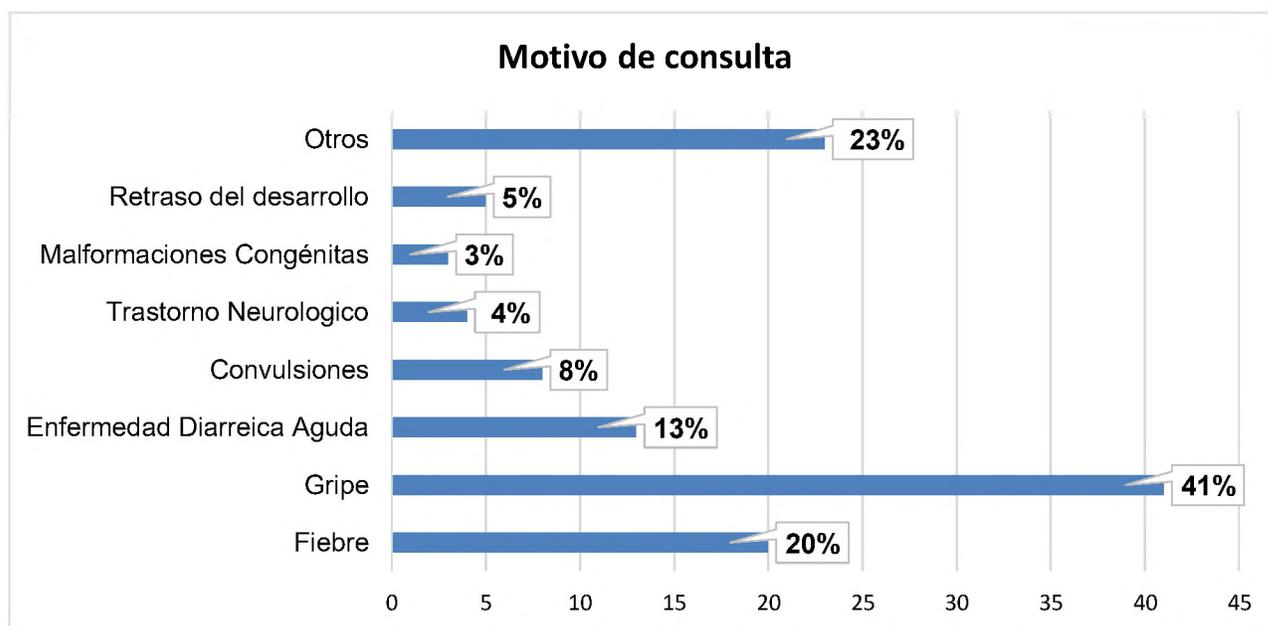
Cuadro V. Distribución de casos obtenidos según los motivos de consulta por los cuales las madres llevaban a sus bebés al centro. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Motivos de consulta	Frecuencia	(%)
Fiebre	60	20,0
Gripe	123	41,0
Enfermedad Diarreica Aguda	39	13,0
Convulsiones	24	8,0
Trastorno neurológico	12	4,0
Malformaciones Congénitas	9	3,0
Retraso del desarrollo	15	5,0
Otros	69	23,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El mayor porcentaje de los motivos de consulta fueron por gripe con una frecuencia de 123 lactantes que con un 41,0 por ciento, seguido de otras causas con un 23,0 por ciento de la muestra, el 20,0 por ciento presentaba fiebre, el 13,0 por ciento manifestó enfermedad diarreica aguda, el 8,0 por ciento desarrollo convulsiones, el 5,0 por ciento estuvo comprendido por los lactantes en los que se evidenciaba un retraso del desarrollo, el 4,0 por ciento evidenció que existía trastorno neurológico, mientras que el 3,0 por ciento estuvo a cargo de los lactantes que padecían malformaciones congénitas, caracterizando a este porcentaje como el más bajo de la muestra.

Gráfico 5. Distribución de casos obtenidos según los motivos de consulta por los cuales las madres llevaban a sus bebés al centro. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro V.

Cuadro VI. Distribución de casos obtenidos según motivos por el cual las madres no lactaron o suspendió la lactancia materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

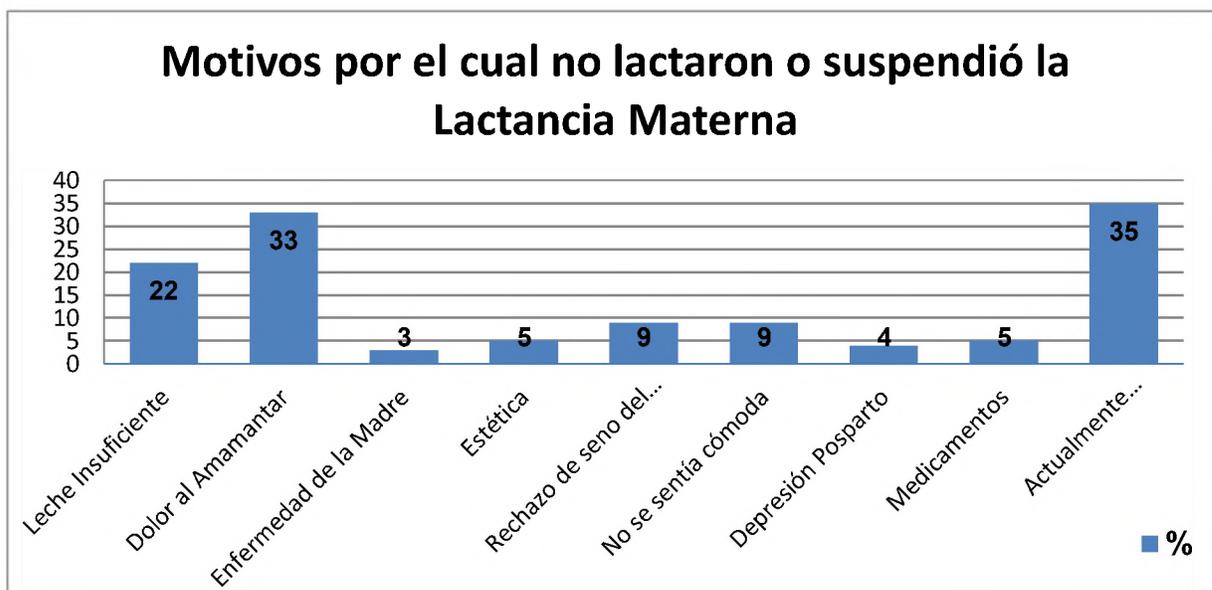
Motivos por el cual no lactó o suspendió la Lactancia Materna*	Frecuencia	(%)
Leche Insuficiente	75	22,0
Dolor al Amamantar	120	33,0
Enfermedad de la Madre	9	3,0
Estética	15	5,0
Rechazo de seno del Bebé	27	9,0
No se sentía cómoda	27	9,0
Depresión Posparto	12	4,0
Medicamentos	15	5,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La madre puede presentar dos o más motivos.

Según los datos obtenidos el mayor porcentaje de los motivos por el cual no las madres no lactaron o suspendieron la lactancia en un 33,0 por ciento fue por dolor al amamantar, seguido del 22,0 por ciento estuvo comprendido por aquellas madres que no tenían leche suficiente para lactar, el 9,0 por ciento manifestó que el lactante tuvo rechazo al seno, el 9,0 por ciento de las madres no se sentían cómoda al amamantar a sus hijos, el 5,0 por ciento no lacto o suspendió la lactancia materna debido a medicamentos, del mismo modo, el 5,0 no lacto o suspendió la lactancia debido a estética, el 4,0 por ciento sufrió de depresión posparto lo cual no amamantó a su bebé, mientras que el 3,0 por ciento estuvo comprendido por aquellas madres que poseían algún tipo de enfermedad y no pudieron amamantar o suspendieron la lactancia materna.

Gráfico 6. Distribución de casos obtenidos según motivos por el cual las madres no lactaron o suspendió la lactancia materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro VI.

Cuadro VII. Distribución de casos obtenidos según sustitutos de la leche materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

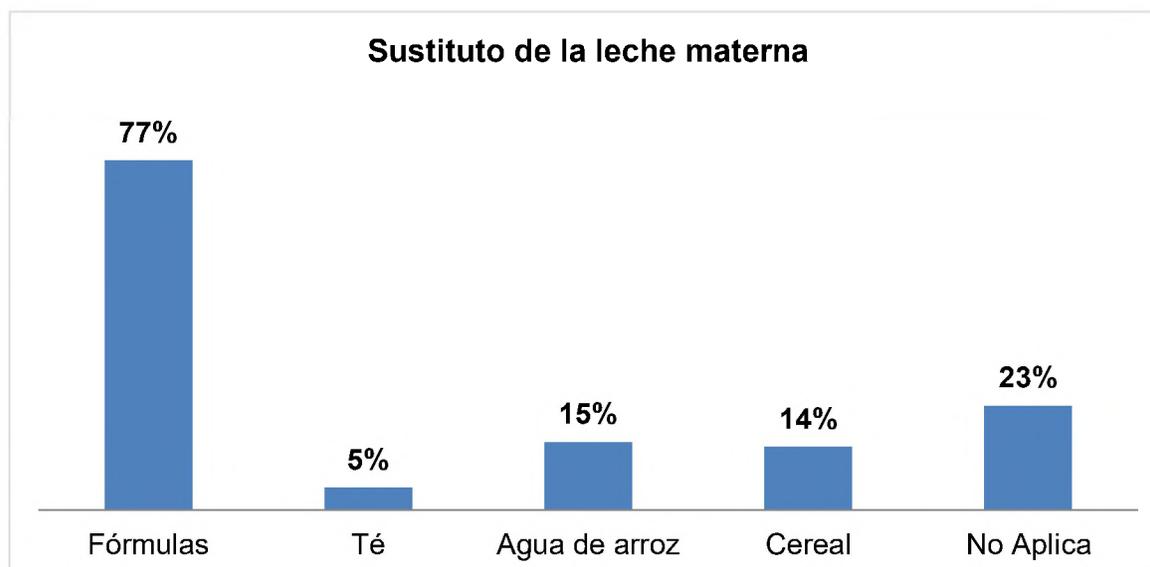
Sustituto de la Leche Materna*	Frecuencia	(%)
Fórmulas	231	77,0
Té	15	5,0
Agua de arroz	45	15,0
Cereal	42	14,0
No aplican estos alimentos	69	23,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

*las madres utilizaron dos o más sustitutos.

Según el informe obtenido el 77,0 por ciento sustituyó la lactancia materna por fórmulas, el 23,0 por ciento no aplicó sustitutos justificando con esto de que, si lactaron o no suspendieron la lactancia materna, el 15,0 por ciento de las madres utilizaron agua de arroz, el 14,0 por ciento de las madres implementó cereal en la alimentación del lactante, mientras que el 5,0 estuvo comprendido por el porcentaje más bajo el cual fue implementado por el uso de té.

Gráfico 7. Distribución de casos obtenidos según sustitutos de la leche materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro VII.

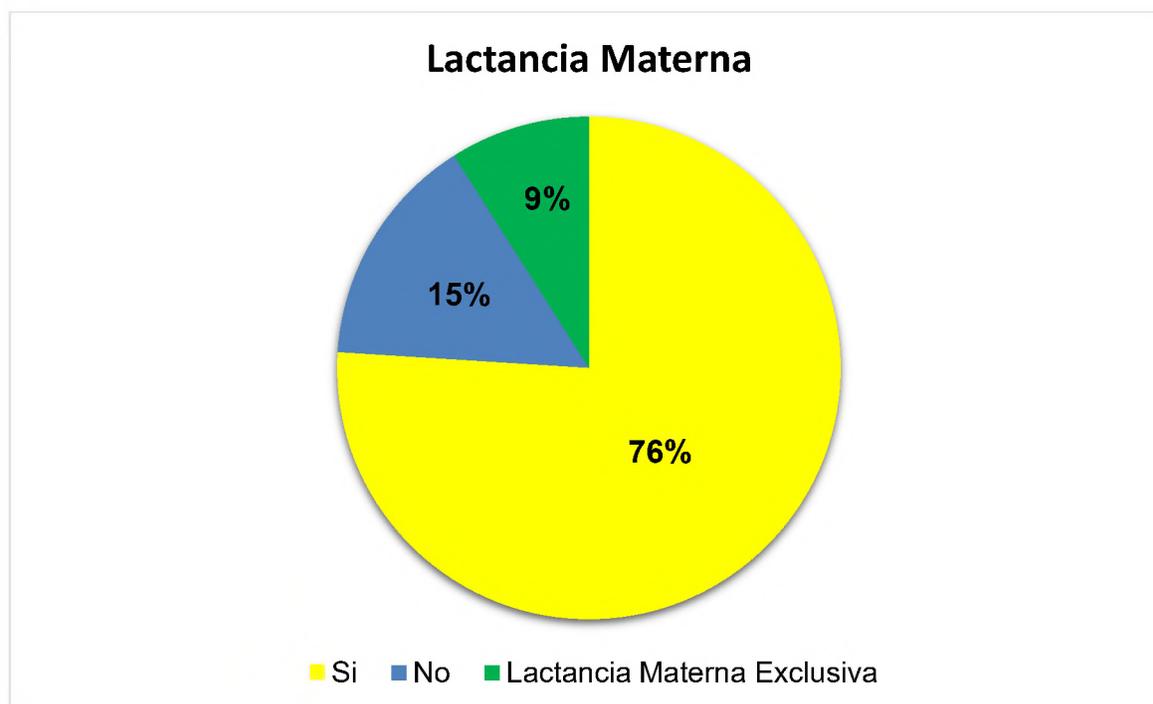
Cuadro VIII. Análisis de casos obtenidos según lactancia de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Lactancia Materna	Frecuencia	(%)
Si	228	76,0
No	45	15,0
Lactancia Materna Exclusiva	27	9,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos en el estudio el 76,0 por ciento de las madres si habían implementado la lactancia materna en sus hijos, seguido por el 15,0 por ciento que no lacto a sus hijos, mientras que el 27,0 por ciento utilizó lactancia exclusiva con lactante.

Gráfico 8. Observacion de casos obtenidos según lactancia de la madre. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro VIII.

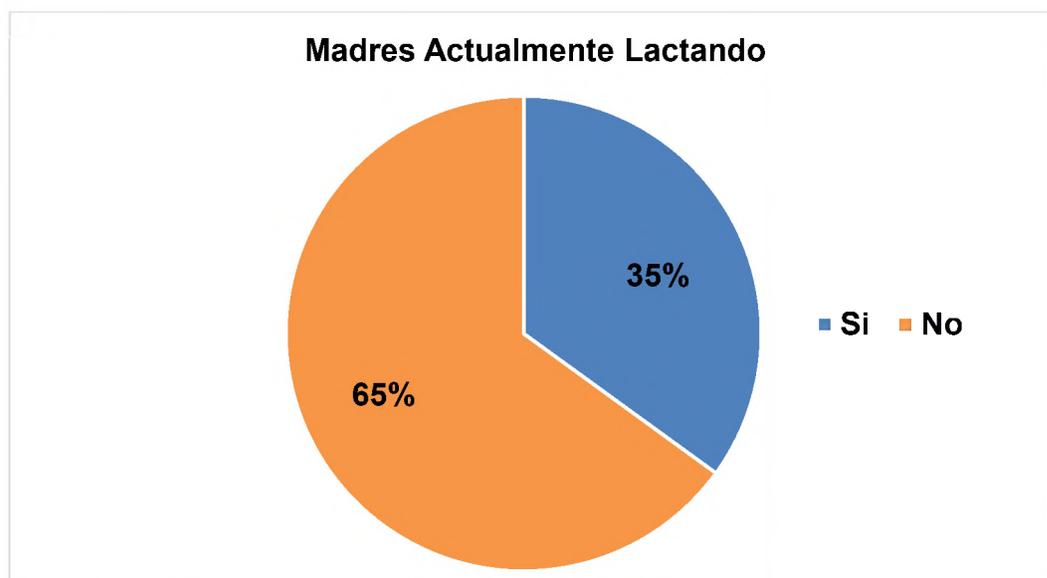
Cuadro IX. Distribución de casos obtenidos según madres actualmente lactando. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Madres Actualmente Lactando	Frecuencia	(%)
Si	105	35,0
No	195	65,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos el 35,0 por ciento estaban actualmente lactando a su hijo, el 65,0 por ciento actualmente no lactaba a su hijo.

Gráfico 9. Distribución de casos obtenidos según madres actualmente lactando. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro IX.

Cuadro X. Distribución de casos obtenidos según alimentos complementarios a la leche materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

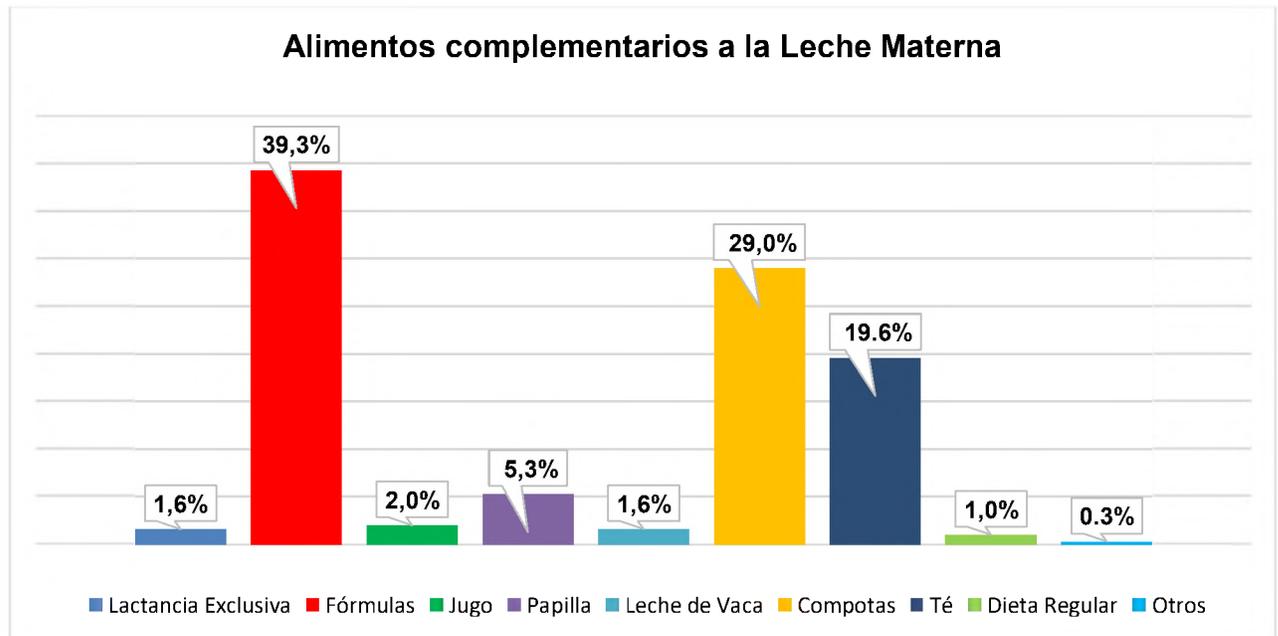
Alimentos Complementarios a la Leche Materna*	Frecuencia	(%)
Lactancia Exclusiva	5	1,6
Fórmulas	118	39,3
Jugo	6	2,0
Papilla	16	5,3
Leche de Vaca	5	1,6
Compotas	87	29,0
Té	59	19,6
Dieta Regular	3	1,0
Otros Alimentos no especificados	1	0,3
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

*Las madres utilizaron dos o más alimentos complementarios.

Según los datos obtenidos el 39,3 por ciento utilizaron las fórmulas como alimento complementario de la leche materna, obteniendo el mayor porcentaje de la muestra, seguido del 29,0 por ciento que utilizó compotas, el 19,6 por ciento se complementó con la utilización de té, el 5,3 por ciento estuvo representado por la utilización de papillas, el 2,0 por ciento complemento la lactancia con jugos, el 1,6 por ciento con leche de vaca y 1,6 por ciento de las madres optaron por la lactancia exclusiva, el 1,0 por ciento con dieta regular, el 0.3 por ciento estuvo comprendido por otros alimentos, caracterizando a este último con el menor porcentaje.

Gráfico 10. Distribución de casos obtenidos según alimentos complementarios a la leche materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro X.

Cuadro XI. Distribución de casos obtenidos según vía de orientación sobre lactancia materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

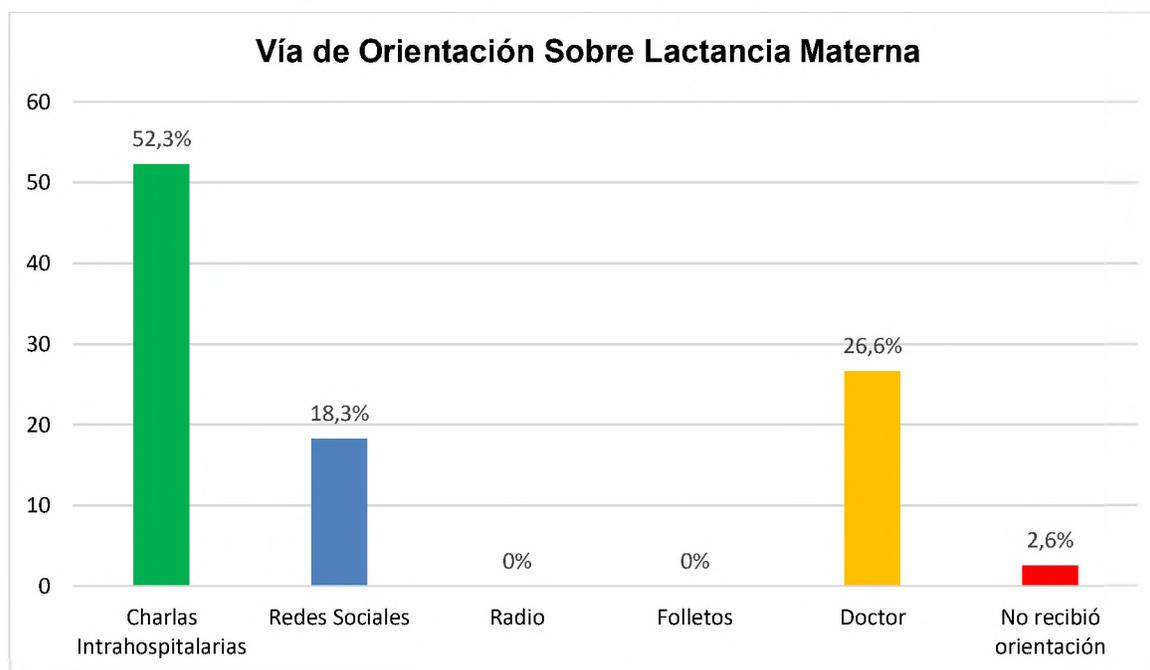
Vía de Orientación Sobre Lactancia Materna*	Frecuencia	(%)
Charlas Intrahospitalarias	157	52,3
Redes Sociales	55	18,3
Radio	0	0
Folletos	0	0
Doctor	80	26,6
No recibió orientación	8	2,6
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

*las madres recibieron orientación por dos o más vías.

Según datos obtenidos el mayor porcentaje estuvo comprendido por aquellas madres que recibieron orientación e información por charlas intrahospitalarias, arrojando datos de un 52,3 por ciento de la muestra, seguido del 26,6 por ciento cuya información y orientación fue suministrada por su doctor, del mismo modo el 18,3 por ciento recibió información por redes sociales, el 2,6 por ciento no recibió información.

Gráfico 11. Distribución de casos obtenidos según vía de orientación sobre lactancia materna. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro XI.

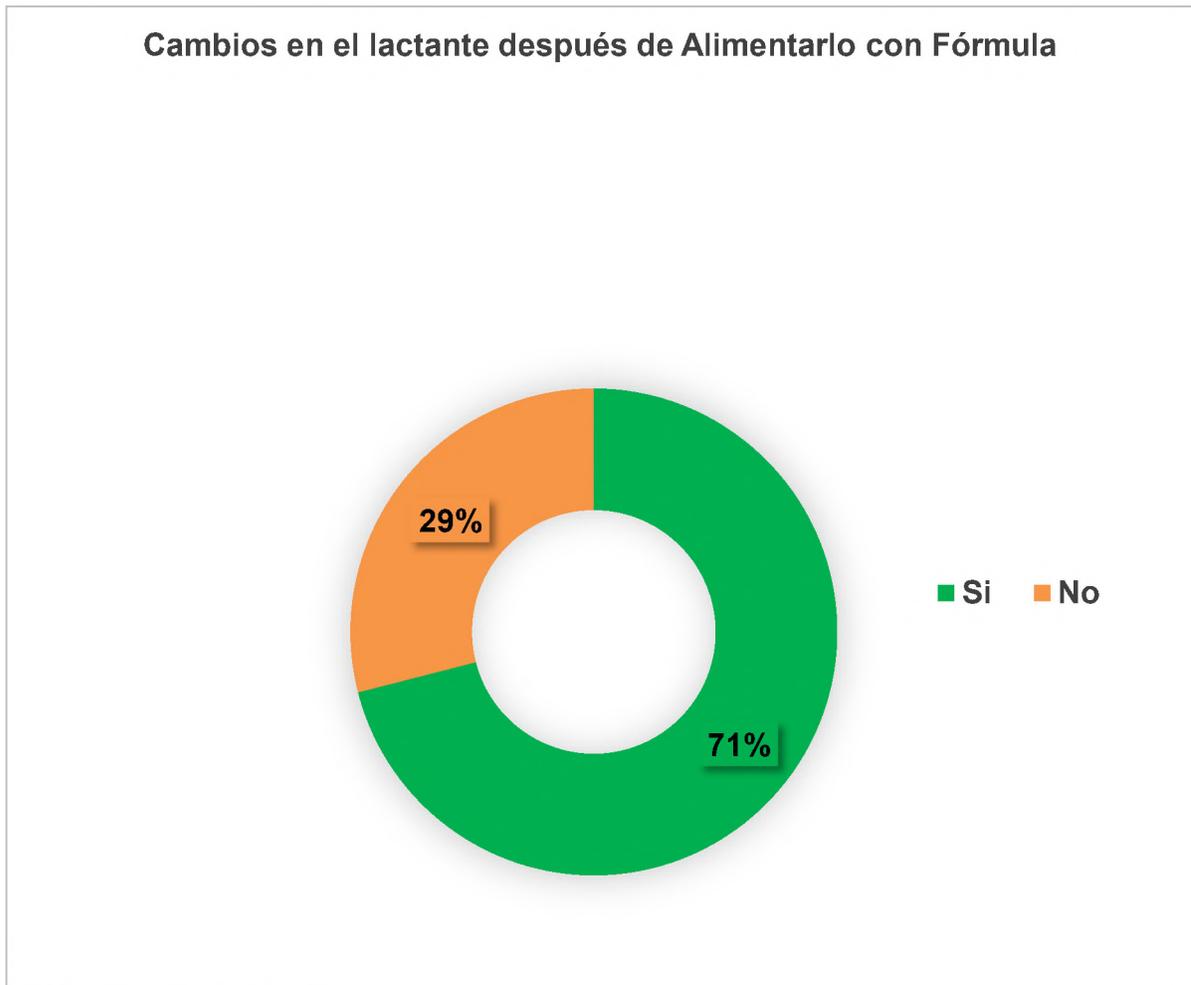
Cuadro XII. Distribución de casos obtenidos según cambios en el lactante después de alimentarlo con fórmula. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.

Cambios en el lactante después de alimentarlo con fórmula	Frecuencia	(%)
Si	213	71,0
No	87	29,0
total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos el 71,0 por ciento de las madres habían notado cambios en el lactante después de alimentarlo con fórmulas, mientras que el 29,0 por ciento de las madres no evidenciaban cambios en el lactante después de alimentarlos con fórmulas.

Gráfico 12. Distribución de casos obtenidos según cambios en el lactante después de alimentarlo con fórmula. Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Enero, 2023- Junio, 2023.



Fuente: Cuadro XII.

VIII. DISCUSION

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones con diferentes estudios relacionados a esta investigación.

Según los reportes obtenidos el 76,0 por ciento de las madres si habían implementado la lactancia materna en sus hijos, mientras que la organización mundial de la salud recomienda que los bebés sean amamantados durante los primeros 60 minutos de vida y que los lactantes continúen siendo amamantados durante los primeros seis meses de vida (OMS 2015).

La lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida se asocia con una menor mortalidad infantil y mejores resultados infantiles. La lactancia materna también puede fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé.⁷ Mientras que en nuestro estudio solo el 27,0 por ciento utilizó lactancia exclusiva con lactante.

Según el informe registrado en la entrevista a la madre, el 85,0 por ciento había recibido información sobre la lactancia materna, mientras que el 15,0 por ciento de las madres no habían recibido información sobre la lactancia materna. Mientras que en un estudio realizado por El Sistema de Integración Centroamericana (SICA) creado con la firma del Tratado de Tegucigalpa el 13 de diciembre de 1991 incluyeron leyes para incentivar, promover, proteger y apoyar la lactancia materna, (Honduras, 2013), (Nicaragua, 1999) (Congreso Nacional de la República Dominicana, 1995), (MSPAS Guatemala, 1983), (Leyes y El Salvador, 2013), (Panamá, 2012), (Costa Rica, 1994), así como la regulación de transferencias y transacciones. Nicaragua y Guatemala comenzaron en la década de 1980, seguidos por Costa Rica, Panamá y República Dominicana.⁹

Según nuestro estudio el mayor porcentaje estuvo comprendido por aquellas madres que recibieron orientación e información fue por charlas intrahospitalarias en un 52.3 por ciento de la muestra, seguido del 26.6 por ciento cuya información y orientación fue suministrada por su doctor, del mismo modo el 18 por ciento recibió información por redes sociales, el 2.6 por ciento no recibió información, el 0.0 por ciento a través de la radio y el 0.0 por ciento recibió información a través de folletos. Más recientemente, El Salvador y Honduras, las personas jurídicas

para la promoción se la lactancia materna incluyen: proveedores de atención médica, suplementos dietéticos, marketing, distribuidores, envases, marcas, fabricantes, muestras, vendedores, fórmula infantil, sistemas de salud, centros de enfermería, suministros y otros. De manera similar, los proveedores de atención médica y las organizaciones de salud tienen la obligación moral de promover la lactancia materna, no están afiliados a empresas de sustitutos de la leche y no reciben financiamiento para actividades educativas, subvenciones o investigación.⁹

Según expertos consultados por EFE, en la región europea, aunque la lactancia materna exclusiva está aumentando en España, esta cifra está lejos de la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud y según estadísticas de la Federación Española de la Infancia, esta cifra es del 72%. Bebés de seis semanas cuyas madres son amamantadas. Ese número se redujo al 66% a los tres meses y al 47% a los seis meses. Este número, que se ha mantenido constante durante los últimos 15 años, ha aumentado ligeramente entre tres y seis meses.⁹ .Mientras que en nuestro estudio el 76,0 por ciento de las madres si habían implementado la lactancia materna en sus hijos, dando resultados semejantes en cuanto a porcentaje se refiere.

El Parlamento de Dominica en apoyo al cuidado de madres e hijos:

En República Dominicana, el 30 de diciembre de 1896, 1948 se fundó el Instituto Dominicano de Seguridad Social para promover, educar y difundir la lactancia materna como prioridad nacional para la atención maternoinfantil. Esto ha contribuido de manera positiva ya que en nuestro estudio el 85,0 por ciento había recibido información sobre la lactancia materna gracias a charlas intrahospitalarias, por personales de la salud, por radio, folletos y redes sociales.

Según los datos obtenidos en nuestro estudio el 35,0 por ciento estaba actualmente lactando a su hijo, el 65,0 por ciento actualmente no lactaba a su hijo y el 76,0 por ciento de las madres si habían implementado la lactancia materna en sus hijos, mientras que en la Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra todos los años del 1 al 7 de agosto, por lo que UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) como parte de WABA (Alianza

Mundial por la Lactancia Materna) insta a las madres a seguir fomentando la lactancia materna. La carta señala que mientras República Dominicana registró una tasa de crecimiento de 4.7% en la encuesta ENHOGAR-MICS 2014, la tasa de crecimiento para ENHOGAR-MICS 2019 fue de 16%. 12,6% en las zonas rurales y afectan la dieta y nutrición de los niños. Adicionalmente, según nota de prensa enviada a estos sitios, la encuesta ENHOGAR-MICS 2014 arrojó que la lactancia materna en la primera hora alcanzó el 30% y la MICS 2019 alcanzó el 43%, mostrando un leve aumento.⁷

IX. CONCLUSION

1. Según los datos obtenidos pudimos evidenciar que el rango de edad más frecuente en estos casos es de las madres adultas jóvenes, mientras que el rango de las madres adultas arrojó un porcentaje menor a la muestra ya obtenida.
2. Se determinó en la investigación que el resultado más frecuente es de los recién nacidos correspondiente a las edades obtenidas, mientras que los lactantes obtuvieron un bajo nivel de porcentaje de los casos.
3. Se identificó que la multiparidad de las madres, es decir aquellas que dieron a luz a más hijos en diferentes embarazos tuvieron el mayor porcentaje de los casos, mientras que se evidenció por aquellas madres con una multiparidad doble a la que ya hemos visto en la investigación presentaron un nivel menor al porcentaje correspondiente.
4. Determinamos que el alto índice obtenido fueron de las madres que no asistieron a consultas prenatales mientras que la que sí asistieron a sus consultas obtuvieron un índice menor.
5. Se estableció que el mayor porcentaje fueron de los lactantes que fueron a consulta por gripe, mientras que los lactantes que padecían de malformaciones congénitas u otras enfermedades, caracterizados a este porcentaje como el más bajo de la muestra.
6. Según los datos obtenidos pudimos identificar a las madres que si estaban actualmente amamantando a sus hijos, mientras que a las madres que no lo estaban haciendo o suspendieron la lactancia.
7. Según la entrevista pudimos descubrir que hay madres que si recibieron información sobre la lactancia materna en charlas intrahospitalarias y un bajo índice a las que no recibieron ninguna información.
8. Según los resultados obtenidos pudimos determinar que habían madres que notaron cambios en sus hijos después de alimentarlo con leche de fórmulas, mientras que hubieron madres que no evidenciaron ningún cambio en sus hijos después de alimentarlos con fórmulas.

X. RECOMENDACIONES

A profesionales de la salud:

1. Promover la lactancia materna exclusiva: Recomendando a las madres que alimenten a sus bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, a menos que existan contraindicaciones médicas.
2. Informar sobre los beneficios: Educar a las madres y a sus familias acerca de los numerosos beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Estos incluyen la protección contra infecciones, el fortalecimiento del sistema inmunológico, el vínculo emocional, la reducción del riesgo de enfermedades crónicas y la recuperación posparto más rápida.
3. Apoyo y asesoramiento individualizado: Brindar apoyo emocional y técnico a las madres durante su experiencia de lactancia materna. Cada mujer y bebé son únicos, por lo que es esencial ofrecer una orientación individualizada para abordar los desafíos y las especificidades.
4. Fomentar el contacto piel con piel: Animar a las madres a tener contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del parto y durante las tomas. Esto ayuda a establecer la lactancia materna y promueve la liberación de hormonas que estimulan la producción de leche.
5. Enseñar técnicas de ajuste adecuado: Ayudar a las madres a aprender las técnicas correctas para asegurar un ajuste adecuado del pecho por parte del bebé. Un agarre deficiente puede provocar dolor en los pezones y una succión ineficiente.
6. Brindar información sobre la alimentación a demanda: Explicar a las madres la importancia de alimentar al bebé a demanda, es decir, cuando el bebé lo solicita. Esto ayuda a establecer una producción adecuada de leche y a satisfacer las necesidades nutricionales del bebé.
7. Abordar problemas comunes: Escudriñar y familiarizarse con los problemas comunes de la lactancia materna, como el dolor en los

pezones, la baja producción de leche o la mastitis. Asegurarse de poder brindar soluciones y, si es necesario, derivar a especialistas en lactancia materna.

8. Red de apoyo: Ayudar a las madres a conectarse con grupos de apoyo a la lactancia materna o con otros profesionales especializados en este campo. Estos grupos y profesionales pueden brindar un apoyo adicional y compartir experiencias similares.

A futuros investigadores:

1. Examinar los factores que influyen en la sustitución de la lactancia materna. Esto puede incluir factores individuales, como las creencias y actitudes de las madres, así como factores socioculturales, económicos y políticos que pueden tener un impacto en la decisión de las madres de no amamantar.
2. Estudiar las repercusiones para la madre y el bebé: Evaluando los efectos a corto y largo plazo de la sustitución de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé. Esto puede incluir aspectos relacionados con la salud física y emocional, el desarrollo infantil, el sistema inmunológico, la prevención de enfermedades y el bienestar general.
3. Investigar y Analizar las barreras y desafíos que pueden dificultar la lactancia materna y llevar a cabo su sustitución. Estos pueden incluir la falta de apoyo familiar, la falta de políticas de licencia de maternidad adecuada, la presión social o la falta de acceso a servicios de apoyo a la lactancia materna.
4. Considerar la posibilidad de realizar estudios prospectivos para recopilar datos primarios sobre las causas y repercusiones de la sustitución de la lactancia materna. Esto te permitirá obtener información específica más actualizada, así como identificar posibles asociaciones causales.
5. Realizar análisis comparativos entre grupos de madres que optan por la lactancia materna y grupos que la sustituyen. Esto te permitirá examinar

las diferencias en los resultados y determinar los factores asociados con la elección de la sustitución.

6. Tener en cuenta el contexto cultural y socioeconómico en el que se lleva a cabo la investigación. Los determinantes y las repercusiones de la sustitución de la lactancia materna pueden variar según el entorno cultural y las condiciones socioeconómicas de las poblaciones estudiadas.
7. Utilizar los resultados de investigación para abogar por políticas y programas basados en evidencia que fomentan la lactancia materna y aborden las causas subyacentes de su sustitución. Esto puede incluir recomendaciones para mejorar el apoyo a las madres, políticas de licencia de maternidad adecuadas y programas de educación sobre la importancia de la lactancia materna.

A la población en general:

1. Informarse sobre los beneficios: Es importante que las madres y sus familias se informen sobre los numerosos beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. La leche materna proporciona nutrientes óptimos, protección contra enfermedades, fortalece el sistema inmunológico, promueve el vínculo emocional y contribuye a la recuperación posparto de la madre.
2. Establecer una buena técnica de agarre: Aprender y practicar una técnica adecuada de agarre del pecho es fundamental para una lactancia materna exitosa. Asegurarse de obtener asesoramiento y apoyo de profesionales de la salud especializados en lactancia materna para asegurar de que el bebé se enganche correctamente al pecho.
3. Alimentar a demanda: La lactancia materna funciona mejor cuando el bebé es alimentado a demanda, es decir, cuando muestra señales de hambre. Esto garantiza que el bebé reciba la cantidad adecuada de leche y ayude a establecer una producción óptima de leche materna.
4. Establecer un entorno de apoyo: Buscar el apoyo de tu pareja, familiares, amigos y profesionales de la salud en tu decisión de amamantar. Un

- entorno de apoyo puede ayudar a superar los desafíos y brindarte la confianza y tranquilidad necesaria para tener éxito en la lactancia materna.
5. Cuidado de la salud materna: La madre debe cuidar de su propia salud durante el período de lactancia. Esto implica mantener una alimentación equilibrada, descansar lo suficiente, mantener hidratada y buscar atención médica si experimenta cualquier problema o preocupación.
 6. Conectar con grupos de apoyo a la lactancia materna: Participar en grupos de apoyo a la lactancia materna puede ser beneficioso para compartir experiencias, recibir consejos y apoyo emocional de otras madres que están pasando por experiencias similares. Estos grupos suelen estar disponibles en comunidades locales o en línea.
 7. Informar a otros: Compartir experiencias y conocimientos sobre la lactancia materna con amigos, familiares y la comunidad en general. Al hacerlo, puede ayudar a crear una cultura de apoyo y comprensión hacia la lactancia materna.

XI. REFERENCIAS

1. La Rioja [sede web]. España: Gobierno de La Rioja; 2019 [Acceso 2009]. Consejería de Salud y Servicios Sociales, Fundación Rioja Salud. La Lactancia materna, Información para amamantar [36 páginas]. Disponible en: <https://web.larioja.org/publicacion?n=pub-pu06153>
2. Diario Libre [sede web]. República Dominicana: Fernandez C. 2022 [Acceso 2 de Agosto 2022]. Solo el 16 % de los niños lactantes dominicanos recibe lactancia exclusiva los primeros seis meses [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/2022/08/01/solo-el-16--de-los-ninos-rd-recibe-lactancia-exclusiva/1983020>
3. Ley No. 8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna. 23 de Junio 1994.
4. Domínguez-Brito F. Código del trabajo ley 16-92 y normas complementarias. En Domínguez Brito; Código de trabajo. Santo Domingo (República Dominicana): Ministerio de trabajo, 2020: 79-207.
5. Reglamento sobre el subsidio por maternidad y el subsidio por lactancia (n.º 87-01) de nueve de mayo del año 2001.
6. INCAP [sede web]. República Dominicana: 2014 [Acceso 7 de agosto de 2014]. Anselmo Aburto A. Lactancia Materna en República Dominicana [31 páginas]. Disponible en: <http://bvssan.incap.int/local/M/MDE-213.pdf>
7. Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas *RevPediatriaIntegral* 2015; 19 (4): 243-250.
8. Siu-Bermudez C, Situación actual de la lactancia materna en centroamérica y república dominicana. *Revguadepia* 2017; 1(1): 1-9
9. EFE: SALUD [sede web]. España: 2014 [Actualizado 3 de agosto 2022] Lazaro A. Primer máster en España sobre “Manejo Avanzado de la Lactancia Materna” [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://efesalud.com/?s=lactancia>

10. INCAP [sede web]. República Dominicana: 2014 [Acceso 7 de agosto de 2014]. Anselmo Aburto A. Lactancia Materna en República Dominicana [31 páginas]. Disponible en: <http://bvssan.incap.int/local/M/MDE-213.pdf>
11. Puerto Crianza Blog [sede web]. España: 2019 [Acceso 3 de noviembre 2013] Puerto crianza. Nutrición: la historia de la leche artificial [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.puertocrianza.com/blog/informacion-medica-infantil/nutricion-la-historia-de-la-leche-artificial-2/>
12. Salud MAPFRE [sede web]. España: 2021 [Acceso 14 de marzo 2021] Martínez E. Leche artificial: Qué es, historia y tipos [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/nutricion-bebe/leche-artificial-que-es-historia-y-tipos/>
13. Aguayo-Maldonado J, Gómez-Papi A, Hernández-Aguilar T, Lasarte-Velillas J, Lozano-Torre J, Pallas-Alonso C. Historia de la lactancia; En: Landa-Rivera L, Paricio-Talayero J; *Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica*. Madrid (España): Editorial medica panamericana; 2009; 1ª Ed.
14. Ley No.8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna. 19 de septiembre 1995.
15. Cuidate Plus [sede web]. España: 2016 [Actualizado a: Miércoles, 23 Noviembre, 2016] Cuidate plus. Leche de fórmula [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/leche-formula.html>
16. Echenique, Montes R, Pinto Leiva A, Margarita. “Factores asociados al abandono total o parcial de la lactancia materna en niños lactantes de hasta 6 meses en Hospital Español de Mendoza” [Licenciatura en Enfermería], Mendoza (Argentina): Universidad Nacional de Cuyo; 2019.
17. SlideShare [sede web]. India: Medical college hospital Ahmedagar, 2021 [Acceso 21 de septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/drsunil1970/lecture-6-breast-milk-and-breast-feeding>

18. Echenique, Montes R, Pinto Leiva A, Margarita. "Factores asociados al abandono total o parcial de la lactancia materna en niños lactantes de hasta 6 meses en Hospital Español de Mendoza" [Licenciatura en Enfermería], Mendoza (Argentina): Universidad Nacional de Cuyo; 2019.
19. Savino M, Fissore M, Grassino E, Nani G, Oggero R, Silvestro L. Ghrelin, leptin and IGF-1 levels in breast-fed and formula-fed infants in the first years of life. *Rev Acta Paediatr.* 2005; 94: 537-7
20. Vaicol Medical [sede web]. Chile: 2020 [Acceso 4 de noviembre 2020] Motherna. Todo lo que debes saber sobre la leche de fórmula. [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://vaicomedical.com/todo-sobre-leche-formula/>
21. IOMA [sede web]. Argentina: 2020 [Acceso 5 de agosto 2020] comunicación institucional. Características de leche materna. [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.ioma.gba.gob.ar/index.php/2020/08/05/caracteristicas-de-la-leche-materna/>
22. SCRIBD [sede web]. Estados Unidos 2020 [Acceso 4 de abril 2020] Lactancia Materna e Historia 18. [27 páginas]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/427867292/lactancia-materna-e-historia-18-1-docx>
23. Healthychildren [sede web]. Estados Unidos 2017 [Acceso 14 de diciembre 2021] New Mother's Guide to Breastfeeding, 3rd Edition. Enfermedades graves y lactancia materna. [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/baby/breastfeeding/Paginas/Serious-Illnesses-and-Breastfeeding.aspx>
24. E-lactancia [sede web] APILAM. Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna; 2022 [actualizado 16 feb 2023; acceso 20 Febrero, 2023]. Disponible en: <https://e-lactancia.org/breastfeeding/human-t-lymphotropic-virus-type-1-htlv-1/product/>

25. Paricio-Talayero J, Díaz-Gómez M, Landa-Rivera L, Sánchez-Palomares M, Escrivá-Cholb L; Medicamentos y lactancia materna; *Revelsevier*. 2014; 12(5): 239-243.
26. UNHCR/ACNUR [sede web]. España: 2020 [Acceso 14 de mayo 2020] Acnur. Desnutrición infantil. [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/desnutricion-infantil-en-el-mundo>
27. Vega-Pažitková T, Pérez-MartínezV, Bezos-Martínez L; La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas; *Revscielo*. 2019; 26(3):1-7.
28. Gómez Gallego, C, Pérez Conesa, D, Bernal Cava, M, PeriagoCastón, M, Ros Berruezo, G; Compuestos funcionales de la leche materna functionalcompounds in breastmilk; *Revscielo*. 2019; 16:1-5.
29. Lucas A, Cole T; Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis; *Revthelancet*. 2021; 336: 1-2.
30. Organización mundial de la salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna; *Revscielo*. 2020; 12(48): 1-2.
31. Manual MDS [sede web]. Estados Unidos. Demczko M. 2021 [Modificado noviembre 2021]. Galactosemia [aproximadamente 2 pantalla]. Disponible en:<https://www.msmanuals.com/es-do/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-hereditarios-del-metabolismo/glucogenosis>
32. Healthychildren [sede web]. Estados Unidos 2017 [Acceso 14 de diciembre 2021] New Mother's Guide toBreastfeeding, 3rd Edition. Enfermedades graves y lactancia materna. [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/baby/breastfeeding/Paginas/Serious-Illnesses-and-Breastfeeding.aspx>
33. InPer [sede web]. Mexico: Instituto nacional de perinatología Isidro espinosa de los reyes; 2022 [Acceso 2 de abril 2022]. Disponible en:

<http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INPer/Riesgos-de-la-alimentacion-con-leche-de-formula-para-el-bebe.pdf>

34. Lopez-Mejia L; Actualización sobre la lactancia materna en los recién nacidos con errores innatos del metabolismo intermediario; *Revscielo*. 2022; 79(3):1-7.
35. Sinc [sede web] España.SINC.2020 [Acceso 23 de junio 2020].La leche materna trasmite las drogas y los medicamentos al bebé. [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-leche-materna-trasmite-las-drogas-y-los-medicamentos-al-bebe>
36. E-lactancia [sede web] APILAM. Cancer materno; 2022 [actualizado 12 octubre 2022]. Disponible en:<https://e-lactancia.org/breastfeeding/maternal-cancer/product/>
37. González-Rivero, Turcios-Tristá S, Velasco-Miraba M; Aplicaciones clínicas del radioyodo 131 (I^{131}) en las enfermedades del tiroides; *Revscielo*. 2019; 23(3):1-5.
38. Martínez-Rubio A. Problemas tardíos de la lactancia materna; En: Maldonado-Aguayo J; *La lactancia materna*; Sevilla (España); Universidad de Sevilla; 2004: 119-135.
39. Lactancia Materna [sede web]. España: 2022 [Acceso 2022] Díaz-Gómez M. Posturas para amamantar [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
40. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
41. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección del tema	2022	Agosto
Aprobación del tema		Septiembre
Búsqueda de referencias		
Elaboración del anteproyecto		Octubre-Noviembre
Sometimiento y aprobación	2023	
Sometimiento de la encuesta-entrevista		Enero-Febrero
Tabulación y análisis de la información		Febrero-Marzo
Redacción del informe		Marzo
Revisión del informe		Junio
Encuadernación		Junio
Presentación		Julio
		Agosto

XII.2. Instrumento de recolección de datos

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE SUSTITUCIÓN DE LACTANCIA MATERNA
POR FÓRMULA EN LACTANTES DEL HOSPITAL INFANTIL DOCTOR
ROBERT REID CABRAL. ENERO, 2023-JUNIO, 2023.

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Nombre de la Madre _____

Edad de la Madre _____ años.

Edad del Lactante _____

1. Motivo por el cual usted asistió al hospital?

- a. Fiebre.
- b. Gripe
- c. Enfermedad diarreica aguda.
- d. Convulsiones.
- e. Trastornos neurológicos.
- f. Malformaciones congénitas.
- g. Retraso del desarrollo.
- h. Otros _____

2. Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre
- d. Viuda

2. Nivel de educación:

- a. Primaria.
- b. Bachiller.
- c. Universitario.
- d. Ninguno

3. Procedencia:
 - a. Zona rural.
 - b. Zona urbana
4. ¿Ocupación?
 - a. Estudiante.
 - b. Empleado público.
 - c. Empleado privado.
 - d. Independiente.
 - e. Ninguno.
 - f. Otros _____
5. ¿Asistió usted a consulta prenatal?
6. Alguna vez ha recibido información sobre lactancia materna?
 - a. Si.
 - b. No.
7. ¿De ser si su respuesta, por cual vía recibió orientación sobre la lactancia materna?
 - a. Charlas intrahospitalarias.
 - b. Redes sociales.
 - c. La radio.
 - d. Folletos.
 - e. El doctor.
8. ¿Le dio el seno a su hijo/a? Exclusivo _____
 - a. Si.
 - b. No.
9. ¿Durante cuánto tiempo?

10. ¿Conoce usted los beneficios de amamantar?

- a. Si.
- b. No.

11. ¿De ser su respuesta si, podría mencionar algunos beneficios?

12. ¿Actualmente amamanta a su hijo/a?

- a. Si.
- b. No.

13. De no haber amamantado, cuál(es) fue el alimento sustituto de la leche materna?

14. ¿Motivos por el cual no lacto o suspende la lactancia materna?

- a. Leche insuficiente.
- b. El lactante llora mucho.
- c. El trabajo.
- d. Dolor al amamantar.
- e. Enfermedad de la madre.
- f. Enfermedad del lactante.
- g. Estética.
- h. El lactante no quiso el seno.
- i. No me sentía cómoda amamantando.
- j. Depresión postparto.
- k. Medicamentos

15. Además del seno le ha dado otro alimento a su hijo/a?

- a. Fórmulas.
- b. Jugo.
- c. Papillas.
- d. Leche de vaca.

- e. Compotas.
- f. Papillas.
- g. Té.
- h. Otros _____

16. ¿Quién la orientó a darle fórmula a su hijo/a?

17. ¿Ha notado cambios en su hijo/a después de alimentarlo con fórmula, de poner SI cuales?

18. Entendió usted las informaciones brindadas sobre los beneficios para usted y su hijo/a que le brinda lactar?

XII.3. Consentimiento informado

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de medicina. Hospital infantil Doctor Robert Reíd Cabral.

Descripción: Usted ha sido elegida para participar en esta investigación el cual tiene como objetivo comprender las causas y consecuencias de la sustitución de la lactancia materna por fórmula en lactantes menores de 2 años de edad, en el periodo de Enero 2023- Junio 2023 en este hospital.

Alternativa: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. En el momento que sienta que ya no quiere continuar con el formulario puede entregarlo tal cual como este sin importar el motivo , También puede negarse a responder cualquier pregunta que no sea de su agrado, si no desea participar esto no será penalizado ni reprochado de ninguna manera .

Confidencialidad: Su identidad y la de su hijo/a será protegida bajo un número que se le asignará en el cuestionario que usted va llenar no será necesario su nombre ni ninguna información adicional.

Costos Riesgos y beneficios:

Su participación en esta investigación no tiene ningún costo.

Su participación en esta investigación no pondrá ni representa ningún peligro para usted ni su hijo/a.

De sentirse incómoda con alguna pregunta tiene toda la libertad de simplemente no responder.

Ante cualquier inquietud o incomodidad con los sustentos puede comunicarse con la Doctora Daphne Ramos.

_____ Aceptó participar en esta investigación y de tal manera su publicación al público.

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros	2 libro	750,00	750,00
Revistas			
Otros documentos			
Referencias (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Subtotal			
Imprevistos 10%			
			Total \$11,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:



Wanda Eleana Toribio Llenas

14-1998



Luis Alberto Pimentel Jáquez

13-0048

Asesores:



Dra. Gladys Cerda Collado

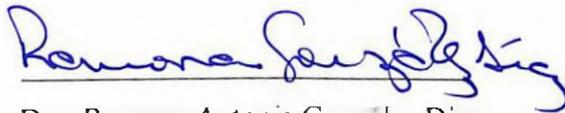
(Metodológico)



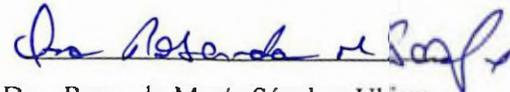
Dra. Daphne Ramos Zuleta

(Clínico)

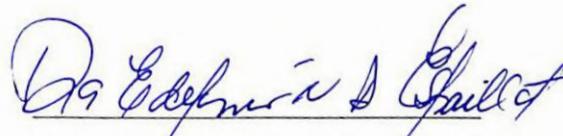
Jurado:



Dra. Ramona Antonia González Díaz



Dra. Rosanda María Sánchez Ubiera



Dra. Edelmira Altagracia Espailat Espailat

Autoridades:



Dra. Claudia María Scharf

Directora Escuela de Medicina



Dr. William Duke

Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 26/07/2023

Calificación: 96-A