

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Provincial Ricardo Limardo
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FACTORES
ASOCIADOS CON EL INICIO Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL RICARDO
LIMARDO PERIODO FEBRERO-MAYO 2022.



Tesis de pos grado para optar por el título de:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentantes:

Alberto Enmanuel Cepeda Ramírez

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Dra. Juana Llibre (Clínico)

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

R.D, Puerto Plata: 2022

CONTENIDO

Resumen

Abstract

I. Introducción.....	6
I.1 Antecedentes	8
I.2 Justificación.....	11
II. Planteamiento del problema.....	12
III. Objetivos	14
III.1. General.....	14
IV. Marco teórico	15
IV.1. Lactancia materna	15
IV.1.1. Producción de la leche materna.....	16
IV.1.2. Calostro.....	17
IV.1.3. Leche madura	19
IV.1.4. Recomendaciones para la lactancia materna	20
IV.1.5. Contraindicaciones de la lactancia materna.....	22
IV.1.5. Propiedades de la leche materna	23
IV.1.6. Ventajas de la lactancia materna	24
IV.1.7. Problemas de lactancia.....	26
IV.1.8. Tipos de alimentación	37
IV.1.9. Lactancia artificial	38
IV.1.10. Leches y otros líquidos	41
IV.1.11. Lactancia materna en republica dominicana	42
V. Hipótesis	45
VI. Operacionalización de las variables.....	45
VII. Material y métodos.....	46
VII.1. Tipo de estudio	46
VII.2. Ámbito del estudio	46
VII.3. Tiempo de realización	46
VII.4. Población	46
VII.5. Muestra	46

VII.6. Tipo de muestreo	46
VII.7. Criterio de inclusión.....	46
VII.8. Criterio de exclusión.....	46
VII.9. Fuente de información	47
VII.10. Método	47
VII.11 Técnica	47
VII.12. Procesamiento	47
VII.13. Análisis.....	47
VII.14. Aspectos éticos.....	47
VIII. Resultados	49
IX. Discusion	57
X. Conclusion	59
XI. Recomendaciones	59
XII. Referencias.....	62
XIII. Anexos.....	66
XIII.1. Cronograma	66
XIII.2. Instrumento de recoleccion de datos para determinar la	67
XIII.3. Costos y recursos	68
XIII.4. Evaluación	69

RESUMEN

Con el propósito de determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna en la consulta pediátrica del hospital provincial Ricardo Limardo, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal. Para el mismo se estudiaron 100 pacientes pediátricos atendidos en la consulta, obteniéndose los siguientes resultados: La frecuencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en el Hospital Provincial Ricardo Limardo es de 22%. El rango de edad de la madre más frecuente de las madres que lactaron fue 20-29 años. El nivel de escolaridad más frecuente de la madre fue la secundaria, esto se relaciona con un mayor nivel de conocimiento en las madres que optan por lactar a sus hijos. La nacionalidad más frecuente fue la dominicana. La motivación para el inicio de la lactancia materna más frecuente fue la decisión propia. Lo que indica que debe realizarse un mayor esfuerzo por parte del personal de salud para motivar a las madres a lactar. El tipo de lactancia materna más frecuente fue el mixto. La duración de la lactancia materna fue más de 6 meses en la mayoría de los casos. La principal causa para suspender la lactancia materna fue la baja producción de leche o hipogalactia.

Palabras clave: prevalencia, lactancia materna exclusiva, factores asociados.

ABSTRACT

In order to determine the prevalence of exclusive breastfeeding and factors associated with the initiation and duration of breastfeeding in the pediatric clinic of the Ricardo Limardo provincial hospital, a descriptive and cross-sectional study was conducted. For the same, 100 pediatric patients attended in the consultation were studied, obtaining the following results: The frequency of exclusive breastfeeding up to 6 months in the Ricardo Limardo Provincial Hospital is 22%. The most frequent age range of the mother of the mothers who breastfed was 20-29 years. The most frequent level of education of the mother was secondary, this is related to a higher level of knowledge in mothers who choose to breastfeed their children. The most frequent nationality was Dominican. The most frequent motivation for the initiation of breastfeeding was her own decision. This indicates that a greater effort should be made by health personnel to motivate mothers to breastfeed. The most frequent type of breastfeeding was mixed. The duration of breastfeeding was more than 6 months in most cases. The main cause for stopping breastfeeding was low milk production or hypogalactia.

Keywords: prevalence, exclusive breastfeeding, associated factors.

I. INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS), así como la Academia Americana de Pediatría (AAP) declaran que la lactancia materna o administración de leche humana es la practica optima en la alimentación y nutrición del lactante, ya que esta aporta ventajas médicas y en el desarrollo neuronal a corto y largo plazo¹.

La OMS recomienda alimentación exclusiva del lactante con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, no se debe administrar ningún tipo de alimento ni siquiera agua².

La lactancia materna forma parte de los programas de salud pública por su gran ventaja a la hora de satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, además de ser una opción económica para la madre y la familia, por otro lado, esta previene un gran número de enfermedades como son los trastornos nutricionales y enfermedades infecciosas, así como también disminuye el riesgo de sufrir enfermedades en la edad adulta como la diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad y síndrome metabólico.

Llevar a cabo una lactancia materna correcta depende de varios factores como son la educación de la madre, el apoyo familiar, económico y social, si la madre dio a luz en un centro de salud que cuente con un programa de lactancia materna y el seguimiento de la madre y el lactante en la comunidad.

Nuestro país cuenta con una de las tasas de lactancia materna más bajas de América latina y del caribe, siendo la 4ta más baja a nivel mundial, según datos obtenidos por la Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR MICS 2014), en República Dominicana solo el 4.7% de los lactantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente³.

Nuestro país cuenta con una alta tasa de mortalidad infantil (25 infantes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2017) esta nos ubica muy por encima del promedio de América Latina y el Caribe (15 infantes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2017) (World Bank Group, 2018)⁴. Al mismo tiempo, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) (2013)⁵, la tasa de lactancia materna exclusiva en el país, durante los primeros seis meses de vida, fue de apenas 7% (CESDEM, 2014)⁶. Comparando esta cifra con los datos de otros países recolectados por World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)⁷, esta es la cuarta tasa más baja en el mundo (promedio mundial es de 38%) y es la tasa más baja en América Latina y el Caribe (Gupta & Suri, 2016)⁸, habiendo incluso disminuido respecto a la observada en 2007, que era de 8% (CESDEM, 2008)⁹. Las estadísticas de amamantamiento son alarmantes, sobre todo si se tiene en cuenta que el país está catalogado como un país de ingresos medios-altos¹⁰. Los únicos países que superan las bajas tasas de lactancia son Singapur, Seychelles y Gabón (Gupta & Suri, 2016). Adicionalmente, según CESDEM (2014), pese a que un 89% de los bebés fueron alguna vez amamantados, sólo el 43% de ellos son amamantados en la primera hora vida, cifra que también disminuyó con respecto a 2007 (65%) (CESDEM, 2008).

I.1 ANTECEDENTES

María L., Liliana R., Patricia P. realizaron un estudio en República Dominicana en el año 2018, Lactancia materna en peligro de extinción, una llamada a iniciativas público-privadas en República Dominicana, se realizó un análisis detallado de la lactancia materna en República Dominicana con el objetivo de identificar las principales barreras a estas prácticas, se basó en un análisis cuantitativo y cualitativo obtenido del levantamiento de 500 encuestas a madres con hijos menores de a tres años, 24 encuestas a pediatras, 4 grupos focales y entrevistas a actores clave. Los principales resultados indican que, si bien las madres reconocen los beneficios de la lactancia, existe aún poco conocimiento y limitado asesoramiento sobre cuáles son las prácticas recomendadas¹¹.

La Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (WBTi) realizó un estudio en el año 2016 en República Dominicana, con el objetivo de evaluar el progreso de las políticas y programas de alimentación infantil de acuerdo a los indicadores de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y de niño/a pequeño/a (ALNP) de la OMS/UNICEF, con los instrumentos IBFAN (Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil), identificaron 15 indicadores los cuales fueron divididos y medidos en dos partes, la primera parte que consto de 10 indicadores se obtuvo una puntuación de 63 puntos lo cual no mostro un cambio significativo en relación a los resultados obtenidos en la medición anterior del año 2012, en el cual obtuvieron 61 puntos, en conclusión algunos indicadores mostraron un cambio significativo favorable. En la segunda parte se analizaron 5 indicadores donde se obtuvo una puntuación de 24 siendo 50 la máxima, lo cual indica una posición desfavorable de nuestro país en comparación con la puntuación de otros países¹².

Lisette D., Michelle L. realizaron un estudio en República Dominicana en el año 2020, Perspectiva de lactantes del Distrito Nacional sobre la lactancia, beneficios y su relación con el desarrollo motor en niños de 0 a 2 años, se les aplico un cuestionario a 70 madres del Distrito Nacional (DN), Santo Domingo, arrojando como resultado que un 55% de madres lactantes entienden que la leche

materna influye en el desarrollo motor, sin embargo solo el 13% indica que esta recibe relación al ser el infante estimulado a través del pecho de su madre¹³.

Madelen O., Aitana L., Mikel B. realizaron un estudio en España en el año 2015, Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa, se utilizó una población de estudio formada por 638 mujeres embarazadas seguidas desde el primer trimestre de embarazo hasta los 14 meses de edad de sus hijos, como resultado la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 84.8% al alta hospitalaria, el 53.7% a los 4 meses y el 15.4% a los 6 meses de vida, también las razones que describieron las madres sobre por qué abandonaron la lactancia materna exclusiva en la etapa temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia, otros factores que influyen son la paridad, la comarca de residencia y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad¹⁴.

Yeis B., Carolina C., Gisela G. realizaron un estudio en Colombia en el año 2014, Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?, se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de noviembre de Santa Marta (Colombia); seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. De las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello¹⁵.

Electra G., Justa C., Ana M., María S., Idalmis V., realizaron un estudio en el año 2018, Factores maternos asociados a practicas alimentarias de lactancia materna exclusiva, se realizó un estudio observacional, analítico, de cohorte, en niños de seis meses de edad y sus madres, que habitan en el área del policlínico Jimmy Hirzel, municipio Bayamo, provincia Granma, durante el periodo enero-

diciembre del 2018. Integraron la muestra 140 niños y sus madres, seleccionados por criterios de inclusión y exclusión. Se exploraron variables maternas: edad, escolaridad, ocupación, paridad, procedencia, conocimientos sobre lactancia materna y prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Como resultados relevantes, al caracterizar la muestra destacaron las madres de 20 a 34 años de edad (75,7%), nivel de escolaridad preuniversitario (37,1 %), trabajadoras (40,7%), con un solo hijo (66,4%), de procedencia rural (70,7%), con conocimientos adecuados sobre lactancia materna (63,6%). El 65 % ofreció a sus hijos LME por seis meses, la causa principal del abandono del amamantamiento exclusivo fue la hipogalactia materna (59%). Los factores maternos que se asociaron al abandono de la práctica antes de los seis meses fueron: edad (madres adolescentes o añosas 0,0165), menor nivel de escolaridad (0,0373), primiparidad ($p= 0,009$) y bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna (0,0001)¹⁹.

Marta D., María R., Susana A., Isabel E., Concepción D., realizaron un estudio en el año 2016, Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna, se realizó un estudio observacional transversal con 569 madres residentes en España, con hijos menores de 2 años que cumplimentaron un cuestionario estructurado, El 88% de las madres daban LM o lo habían hecho. La edad media del destete fue 6.4 (DE 3.8) meses. El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%) seguido de la incorporación al trabajo (18%). El 67% de las madres indicaron que la decisión de amamantar la habían tomado ellas mismas. La dificultad para combinar la LM con la actividad laboral (43%), dar el pecho en lugares públicos (39%), los despertares nocturnos (62%) y el menor aumento de peso del lactante (29%) fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial (34%) y para iniciar la lactancia parcial (39%)²⁰.

I.2 JUSTIFICACIÓN

La realización de estudios científicos en nuestros hospitales es de suma importancia, ya que a través de ellos nos podemos guiar para crear estrategias y trazar pautas que ayuden a resolver los problemas expuestos en el objeto de estudio, de aquí surge la motivación que nos impulsa a observar los fenómenos que ocurren en el ambiente hospitalario y así se construyen ideas para iniciar una investigación.

Nuestro país cuenta con una de las tasas de lactancia materna más bajas de América latina y del caribe, siendo la 4ta más baja a nivel mundial, según datos obtenidos por la Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples (ENHOGAR MICS 2014), en República Dominicana solo el 4.7% de los lactantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente³.

La falta de educación y conocimientos acerca de los beneficios que ofrece la lactancia materna aportan a que las madres no decidan darles este tipo de alimentación a sus hijos, a esto se le suma la gran cantidad de madres adolescentes que dan a luz hoy en día en nuestro país, ya que estas son menos experimentadas y cuentan con menos conocimientos, gracias a esto nos nace la idea de investigar este fenómeno en nuestro hospital, además de que con el tiempo hemos observado el gran número de pacientes pediátricos que diariamente son atendidos en la consulta de pediatría.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es un proceso a través del cual la madre utilizando sus senos alimenta a su hijo con leche materna, es el principal alimento para el bebe durante los primeros 6 meses de vida, ya que esta contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del lactante, por lo cual es de vital importancia que las madres brinden esta alimentación a sus hijos.

La organización mundial de la salud (OMS), así como la Academia Americana de Pediatría (AAP) declaran que la lactancia materna o administración de leche humana es la practica optima en la alimentación y nutrición del lactante, ya que esta aporta ventajas médicas y en el desarrollo neuronal a corto y largo plazo¹. Lamentablemente nuestro país cuenta con una baja tasa de lactancia materna y esto contribuye al aumento del uso de leches de formula, lo cual representa un gasto mayor o una elevación en el costo para la familia durante ese periodo de lactancia de los hijos y por consiguiente en muchos casos, se traduce en una alimentación deficiente para esos hijos que pertenecen a familias con escasos recursos. Según el boletín de estadísticas oficiales del Ministerio de economía, planificación y desarrollo de Republica Dominicana, la tasa de pobreza monetaria general paso de 21% en 2019 a 23.4% en 2020, esto implica en términos absolutos que 285,515 dominicanos y dominicanas cayeron en la pobreza general¹⁶.

La lactancia materna ofrece un gran numero de beneficios para el bebe, la madre y la familia. Protege al lactante de muchas enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias, de oído, entre otras. La leche materna es rica en inmunoglobulinas las cuales son vitales para el desarrollo del sistema inmune del recién nacido, previene la desnutrición y el sobrepeso, mejora el desarrollo neuronal y motor, promueve el vínculo madre-hijo, protege a la madre contra el cáncer de mama y ovario, disminuye los costos para la familia y la comunidad; un sin número de beneficios que por falta de educación y conocimientos no son disfrutados por nuestra población.

Durante nuestras rotaciones y servicios en el área de consulta y sala pediátrica hemos observado muchos casos de desnutrición, principalmente pacientes de nacionalidad haitiana y todos tienen la misma característica, de que no están siendo lactados o nunca fueron lactados con leche materna, situación que nos llama profundamente la atención y es que familias de escasos recursos desaprovechan la gran oportunidad de lactar a sus hijos con leche materna, además de ser un recurso con un costo económico casi inexistente, siendo para nuestro pensar la falta de información y educación la principal causa del rechazo a la lactancia materna. Todo esto nos motiva a querer investigar sobre la lactancia materna en los niños atendidos en las áreas de nuestro hospital y el propósito de esta investigación es conocer la frecuencia y características de la lactancia materna, ya que esta es una situación que requiere una valoración adecuada y un control continuo, para así nutrir y proteger de una mejor manera a nuestros niños.

Por lo anteriormente expuesto se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna en la consulta pediátrica?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna en la consulta pediátrica del hospital provincial Ricardo Limardo.

III.2. Específicos:

1. Identificar la edad de las madres que lactan.
2. identificar el nivel de escolaridad de las madres que lactan.
3. Identificar la nacionalidad de las madres que lactan.
4. Saber que motivó a las madres a iniciar la lactancia materna.
5. Determinar el tipo de lactancia materna utilizada.
6. Conocer la duración de la lactancia materna.
7. Establecer principal causa de abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.I. Lactancia materna

La leche materna es la primera fuente de alimento del bebe, es producida en el pecho de la madre, contiene una gran cantidad de nutrientes como grasa, proteínas, vitaminas, minerales, calcio, etc. Así como elementos necesarios para el desarrollo correcto del recién nacido y de su sistema inmunitario.

La organización mundial de la salud (OMS), así como la Academia Americana de Pediatría (AAP) declaran que la lactancia materna o administración de leche humana es la práctica optima en la alimentación y nutrición del lactante, ya que esta aporta ventajas médicas y en el desarrollo neuronal a corto y largo plazo¹.

La OMS recomienda alimentación exclusiva del lactante con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, no se debe administrar ningún tipo de alimento ni siquiera agua².

La lactancia materna les proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad²¹.

La lactancia materna debería continuarse tras la introducción de la alimentación complementaria durante 1 año o más, según decidan tanto la madre como el lactante. El éxito del inicio y el mantenimiento de la lactancia materna dependen de múltiples factores, como la educación sobre la misma, las prácticas y los protocolos del hospital sobre lactancia, el seguimiento habitual y oportuno y el apoyo familiar y social.

Las tomas deberían iniciarse poco después del nacimiento a menos que existan patologías médicas que las contraindiquen. Las madres deberían ser animadas a ofrecer ambos pechos en cada toma, comenzando con el pecho

ofrecido en segundo lugar en la última toma. No es infrecuente que el lactante se duerma durante el primer pecho y rechace el segundo. Es preferible vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo para permitir un vaciamiento completo de ambos pechos y con ello mejorar la producción de leche.

A las madres primigestas se les debería enseñar las señales que indican que el lactante está hambriento, la técnica de agarre al pecho, la posición del lactante y la frecuencia de la alimentación. También se sugiere que alguien con formación en lactancia observe una toma para evaluar la posición, el agarre, la respuesta a la transferencia de leche y de la madre y la saciedad del lactante. La atención a estos aspectos durante el ingreso por el nacimiento permite dialogar con la madre y la familia y puede evitar problemas que podrían producirse debido a una técnica o percepciones inadecuadas sobre la lactancia materna. Como parte del proceso de educación al alta, deberían analizarse aspectos sobre la alimentación del lactante, los patrones de eliminación, la ingurgitación mamaria, los cuidados básicos del pecho y la nutrición materna. Se recomienda una cita de seguimiento a las 24-48 h del alta hospitalaria.

IV.1.1. Producción de la leche materna

Durante el embarazo los estrógenos, progesterona, prolactina y lactógeno placentario preparan el cuerpo para amamantar. Los pechos crecen, areola y pezón se hacen más oscuros (para que el bebé los vea mejor), las glándulas de Montgomery (bultitos en areola) se desarrollan (fabrican grasita para lubricar el pezón) y la glándula crece mucho desarrollando más lobulillos. El cuerpo acumula grasa de reserva para fabricar la leche. El cerebro aumenta su sensibilidad a las hormonas de la lactancia (oxitocina y prolactina)²².

La placenta frena la acción de la oxitocina y la prolactina sobre las mamas, luego que se produce el parto y el alumbramiento, estas hormonas actúan de manera libre e inician la fabricación de leche, el contacto del bebe con la piel del pezón y la succión estimulan su producción.

A menudo, los senos se vuelven más grandes y más sensibles durante el embarazo. Esto es señal de que los alvéolos, las células que producen la leche materna, se están preparando para trabajar. Algunas mujeres no sienten estos cambios en sus senos. Otras mujeres suelen sentirlos cuando nace el bebé.

Los alvéolos producen leche en respuesta a la hormona prolactina. Los niveles de prolactina aumentan cuando el bebé succiona. Los niveles de otra hormona, la oxitocina, también aumentan cuando el bebé succiona. Esto hace que los músculos pequeños del seno se contraigan y trasladen la leche por los conductos. Este movimiento de la leche se «reflejo de bajada de la leche»²³.

Dentro de las mamas se encuentran las glándulas mamarias, tienen forma de racimo de uvas y están formadas por grasa, vasos y nervios. Las glándulas mamarias se dividen en lóbulos, estos se dividen en lobulillos y por último en alveolos. Dentro de los alveolos se encuentran los lactocitos, quienes son los encargados de producir la leche, la cual se forma a partir de los nutrientes transportados a través de la sangre que llevan los capilares a los alveolos. Los alveolos luego se llenan de leche durante la lactancia y la succión del bebe estimula los nervios y músculos de la mama, los cuales exprimen los alveolos expulsando así la leche a través de los conductillos, estos se van uniendo y formando conductos los cuales desembocan en el pezón.

IV.1.2. Calostro

El calostro es un líquido denso, cremoso y de color amarillento, que el pecho materno produce antes de la subida de la leche, que, generalmente, tiene efecto pasados unos tres días después del parto. Rico desde el punto de vista nutricional, y muy valioso para aumentar las defensas inmunitarias de un niño que acaba de nacer, el calostro es del todo suficiente como primer alimento, en espera de la llegada de la «auténtica leche»²⁴.

Principales características del calostro:

- Al principio, el calostro tiene un color muy pálido y, después, adquiere un tono amarillento, cada vez más intenso. Sin embargo, con el paso de los días, la leche se aclara, hasta llegar al color blanco, aunque no es del color de la leche de vaca; es más densa, porque es rica en proteínas, y también más transparente, porque es más aceitosa y rica en grasas, para que el desarrollo psicofísico del niño durante el primer año sea el adecuado.

- Una madre puede producir a diario de 7 a 120 mililitros de calostro, puesto que la glándula mamaria segrega calostro independientemente del peso de su niño y de su necesidad nutricional.

- El calostro tiene el mismo sabor que el líquido amniótico, y proporciona al recién nacido, que ya está acostumbrado a probarlo en el período fetal, un sentimiento de seguridad, pues percibe que existe una continuidad entre lo que probaba en la barriga y la nueva vida que le aguarda. He aquí porqué alimentarse pronto con este líquido es, para él, la mejor bienvenida al mundo.

- El calostro proporciona un consistente aporte de inmunoglobulinas A, importantes factores protectores que el organismo no es capaz de producir hasta el tercer mes de vida. Su función es la de proteger las paredes del intestino y el aparato respiratorio de los ataques de los microorganismos dañinos, neutralizando también sus toxinas.

El peso de un recién nacido puede disminuir inicialmente un 10% durante la primera semana, como resultado de la excreción del exceso de líquido extravascular y la limitada ingesta nutricional. La nutrición mejora conforme el calostro es sustituido por leche materna más rica en grasa, el lactante aprende a agarrar y succionar con más eficacia la mama materna y la madre domina mejor la técnica de alimentación. Los lactantes recuperan o superan el peso del nacimiento a las 2 semanas de edad y deben ganar alrededor de 30 g/día durante el primer mes de vida. Éste es el período de crecimiento posnatal más rápido. Los brazos descansan a ambos lados del cuerpo²⁵.

IV.1.3. Leche madura

En la mayoría de mujeres, la leche madura empieza a aparecer casi al final de la segunda semana después del parto. La leche madura se produce en un volumen tan grande como la leche de transición, pero es más rala y diluida o incluso azulada; algunas veces se describe con una apariencia parecida a la leche desgrasada cuando se produce por primera vez, hasta que la grasa se libera más adelante durante la toma y se vuelve más cremosa.

Sus pechos pueden parecer un poco más suaves y más pequeños de lo que se veían durante la etapa de la leche de transición, aunque aún serán más grandes que antes de su embarazo. Estos cambios en sus pechos y en su leche son normales y están diseñados para proporcionar justo lo que su bebé necesita para su nutrición, crecimiento y desarrollo.

Mucho más adelante, después de que su bebé empiece a probar otros alimentos líquidos y sólidos, la frecuencia de las sesiones de lactancia materna disminuirá. Algunas madres eligen continuar amamantando hasta que sus hijos empiezan a andar o hasta la edad preescolar. Para este momento, la contribución nutricional total de la lactancia materna ha disminuido proporcionalmente a la gran variedad de otras bebidas y alimentos sólidos que su hijo consume. Sin embargo, la leche humana sigue siendo igual de nutritiva que la leche de vaca. Los beneficios emocionales e inmunológicos de la relación de amamantamiento continúan durante el período de lactancia.

Composición de la leche madura:

- AGUA: Contiene un 88%. Su osmolaridad semejante al plasma, permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico.
- PROTEINAS: 40% de caseína (caseinato y fosfato de calcio). 60% de proteínas del suero.
- CARBOHIDRATOS: La Lactosa es el principal, facilita la absorción de calcio y hierro.

IV.1.4. Recomendaciones para la lactancia materna

1. Lactancia materna exclusiva durante aproximadamente 6 meses:

- Preferiblemente lactancia materna directa; como alternativa leche materna extraída o de donante
- Continuar durante al menos el primer año y más tiempo en función de los deseos tanto de la madre como del niño
- La alimentación complementaria rica en hierro y otros nutrientes deberían introducirse aproximadamente a los 6 meses de edad

2. Los protocolos y las prácticas periparto que optimizan el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento deberían ser compatibles con el protocolo hospitalario modelo de la academia medica de lactancia e incluyen lo siguiente:

- Contacto directo piel con piel con la madre inmediatamente después del parto hasta que se realiza la primera toma. Aconsejarlo durante el periodo posparto
- Retraso de las prácticas rutinarias (peso, medida, baño, análisis de sangre, vacunas y profilaxis ocular) hasta que se complete la primera toma
- Retraso en la administración de vitamina K intramuscular hasta que se complete la primera toma, pero antes de las 6 horas tras el nacimiento
- Asegurar 8-12 tomas de lactancia materna cada 24 h
- Asegurar evaluación y documentación formales de la lactancia materna por parte de cuidadores formados (incluyendo la posición, el agarre, la transferencia de leche, exploración) al menos una vez por cada turno de enfermería

- No administrar suplementos (agua, agua glucosada, leche artificial u otros líquidos) a los recién nacidos con lactancia materna a menos que esté médicamente indicado mediante las recomendaciones estandarizadas basadas en la evidencia para el tratamiento de la hiperbilirrubinemia y la hipoglucemia

- Evitar el chupete de rutina en el período posparto

- Comenzar suplementos diarios de vitamina D en gotas (400 UI) tras el alta hospitalaria

3. Todos los lactantes con leche materna deberían ser vistos por un pediatra entre 48 y 72 h después del alta hospitalaria:

- Evaluar el estado de hidratación (patrones de eliminación) • Evaluar la ganancia de peso corporal (pérdida de peso corporal no superior al 7% desde el nacimiento y sin mayor pérdida de peso en el quinto día: evaluar las tomas y considerar un seguimiento más frecuente)

- Analizar aspectos de la madre y del lactante

- Observar la toma

4. La madre y el lactante deberían dormir próximos uno del otro para facilitar la lactancia materna.

5. El chupete debería ofrecerse, al colocar al lactante boca arriba para dormir, no antes de las 3 a 4 semanas de edad y después de que la lactancia se haya establecido²⁶.

6. Ni los lactantes alimentados con leche materna ni los alimentados con leche artificial requieren ingestas adicionales de agua a menos que esté recomendado por una temperatura ambiental elevada. Los vómitos y las regurgitaciones son frecuentes en los lactantes.

IV.1.5. Contraindicaciones de la lactancia materna

1. Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y virus linfotrofo T humano (VLTH):

En Estados Unidos, la lactancia materna está contraindicada. En otros lugares, los riesgos de no dar lactancia materna deben ser valorados frente al riesgo de transmitir el virus al lactante.

2. Infección tuberculosa:

La lactancia materna está contraindicada hasta completar aproximadamente 2 semanas de tratamiento adecuado de la madre.

3. Infección por virus de varicela-zóster:

El lactante no debería tener contacto directo con las lesiones activas. El lactante debería recibir inmunoglobulina.

4. Infección por virus del herpes simple:

La lactancia está contraindicada en caso de lesiones herpéticas activas en la mama.

5. Infección por citomegalovirus (CMV):

Puede encontrarse en la leche de madres seropositivas para citomegalovirus (CMV). Transmisión a través de la leche humana. Es infrecuente que cause enfermedad sintomática en lactantes a término.

6. Infección por hepatitis B:

Los lactantes reciben inmunoglobulina y vacuna frente a hepatitis B de forma rutinaria si la madre tiene HbsAg positivo. No se requiere retrasar el inicio de la lactancia.

7. Infección por hepatitis C:

La lactancia materna no está contraindicada.

8. Ingesta de alcohol:

Limitar ingesta de alcohol materna a el equivalente a 2 latas de cerveza, 2 vasos de vino o 60 ml de licor.

9. Tabaquismo:

Desaconsejar el consumo de cigarrillos, aunque el tabaquismo no es una contraindicación de la lactancia materna.

10. Quimioterapia, radiofármacos:

Generalmente la lactancia está contraindicada²⁷.

IV.1.5. Propiedades de la leche materna

1. IgA secretora: acción antiinfecciosa específica dirigida al antígeno.
2. Lactoferrina: inmunomodulación, quelación de hierro, acción antimicrobiana, antiadhesiva, elemento trófico para el crecimiento intestinal.
3. k-caseína: antiadhesiva, flora bacteriana.
4. Oligosacáridos: prevención de la fijación de bacterias.
5. Citoquinas: función antiinflamatoria, barrera epitelial.
6. Factores de crecimiento.
7. Factor de crecimiento epidérmico: vigilancia luminal, reparación del intestino.
8. Factor transformador de crecimiento (TGF): promueve el crecimiento de las células epiteliales (TGF- β) y suprime la función linfocitaria (TGF- β).

9. Factor de crecimiento nervioso: promueve el crecimiento neural.

10. Enzimas.

11. Factor activador de plaquetas-acetilhidrolasa: bloquea la acción del factor activador de plaquetas.

12. Glutación peroxidasa: previene la oxidación lipídica.

13. Nucleótidos: potencia las respuestas de los anticuerpos, la flora bacteriana²⁸.

La leche materna brinda un efecto protector sobre algunas enfermedades como son: enfermedades agudas, Diarrea, Otitis media, Infección urinaria, Enterocolitis necrotizante, Sepsis, Botulismo infantil, Diabetes mellitus, Enfermedad celiaca, Enfermedad de Crohn, Neoplasia infantil, Linfoma, Leucemia, Otitis media recurrente, Alergias, Obesidad y sobrepeso, Ingresos hospitalarios y Mortalidad infantil.

IV.1.6. Ventajas de la lactancia materna

1. Ventajas para la madre:

- La placenta sale con más facilidad y rápidamente.
- La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia.
- La matriz recupera rápidamente su tamaño normal.
- La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche.
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace.
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche.
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre durante el día y la noche.
- La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija.

La leche materna está siempre lista y a la temperatura que al niño o niña les gusta. La madre lactante no se agota porque:

- No tiene que levantarse de noche.
- No necesita hacer preparaciones especiales, lavar biberones y chupones.
- No debe preocuparse por las infecciones que producen los biberones y chupones mal lavados que pueden llevar al niño o niña a una emergencia médica.
- No debe preocuparse por los gastos de leches, biberones y chupones.

2. Ventajas para la familia:

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

- Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos.
- Al no comprar otras leches, biberones, chupones y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor.
- El marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija.
- Los otros niños o niñas de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé.
- Protege la inteligencia y el crecimiento normal de su hijo o hija.

3. Ventajas para el país:

Las madres que amamantan contribuyen:

- A que menos niños se enfermen y se mueran y a que haya menos gastos hospitalarios.
- A utilizar el recurso natural renovable más valioso.
- A que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.
- A formar la inteligencia, productividad y el futuro del país.
- A saber que tienen un recurso irremplazable para criar las generaciones futuras.
- A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna²⁹.

IV.1.7. Problemas de lactancia

Durante los meses de lactancia pueden ocurrir algunos problemas o situaciones especiales que si no se les presta atención y buen manejo pueden provocar que la madre deje de dar de lactar.

Algunas de estas dificultades son las siguientes:

Dificultades de la madre:

- Pechos congestionados
- Dolor y grietas en los pezones
- Moniliasis
- Ductos obstruidos
- Mastitis o infección del pecho
- Leche insuficiente
- Problemas con la bajada de la leche
- La madre está enferma
- Cesárea
- Gemelos

Dificultades del niño o niña:

- Cólicos
- Diarrea
- Gripe, catarro
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Rechazo del pecho

Cuando la madre y el niño o niña se separan:

- Como sacarse la leche (ordeñarse)

Congestión mamaria:

Si la madre no le da de mamar desde el primer momento después del parto, es común que entre el segundo y el quinto día después del nacimiento la madre sienta los pechos hinchados, duros, calientes y con dolor. Más tarde, durante los meses de lactancia, si el niño o niña no succiona bien o no está mamando con

frecuencia, los pechos también se pueden congestionar. Para aliviar la congestión La madre debe ponerse paños de agua tibia en los pechos.

Si la areola está dura, para ablandarla la madre debe ordeñarse antes de poner el niño o niña al pecho. También puede darse masajes suaves en forma circular con la mano.

La madre necesita descansar y debe amamantar más seguido del pecho congestionado. Debe asegurarse que el niño o niña esté en buena posición (agarrando bien el pezón y parte de la areola).

Dolor y grietas en los pezones:

El dolor y las grietas en los pezones pueden suceder:

- Porque el niño o niña chupa solamente la punta del pezón
- Porque la madre se lava los pezones con jabón, limón o alcohol, lo cual produce resequedad y grietas.

Las glándulas de Montgomery lubrican y mantienen limpios los pezones, por lo tanto, las madres no necesitan usar otros limpiadores o lubricantes. La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente y debe lavarse los pezones solamente con agua. Si la madre tiene grietas en los pezones no necesita ponerse cremas ni otras medicinas. Estas no la aliviarán y pueden empeorar el dolor.

El dolor en el pezón es uno de los motivos de consulta más frecuentes en las madres lactantes en el período posparto inmediato. Una mala posición del lactante y un agarre inadecuado son las causas más frecuentes del dolor en el pezón más allá de las molestias leves que se sienten al inicio de la lactancia. Si el problema persiste y el lactante rechaza ser alimentado, debe considerarse la existencia de una candidiasis en el pezón. En este caso, la madre debería ser tratada con una crema antifúngica que debe limpiarse antes de la toma, y el lactante debe recibir tratamiento oral.

Para ayudar a cicatrizar las grietas:

- Antes de dar de lactar se recomienda sacar unas gotas de leche, ponerlas sobre las grietas y dejarlas secar al aire libre durante unos 5 minutos.
- Al final de dar de lactar se recomienda sacar un poco de leche, para ponerla en la grieta del seno y dejarla secar.
- La madre debe exponer los pezones por unos minutos al aire libre y a la luz del sol por lo menos 2 veces al día.

Moniliasis:

A veces, en cualquier momento después del nacimiento, la madre puede sentir dolor, picazón y presentar grietas o enrojecimiento en la areola y en el pezón. Si el niño o niña se siente incómodo y si tiene puntos blancos en la lengua y en las encías, se trata de moniliasis, mal de boca, sarro o algodoncillo.

Ductos obstruidos:

Los conductos lactíferos pueden obstruirse y es común que aparezca un punto blanco o bultitos duros alrededor de los cuales se siente presión y dolor. Para aliviar el dolor la madre debe asegurarse que el niño o niña está tomando bien el pecho y puede darse un masaje suave presionando el área dura y dolorosa mientras el niño está lactando. Si la obstrucción no desaparece con la lactancia y con los masajes, ésta puede convertirse en una infección del pecho o mastitis. Se recomienda que la madre se extraiga la leche manualmente.

Mastitis:

La mastitis se produce en el 2-3% de las mujeres lactantes, generalmente es unilateral y se manifiesta con calor, dolor, edema y eritema locales tras la segunda semana posparto. También puede producirse un inicio brusco de dolor mamario, mialgias y fiebre con astenia, náuseas, vómitos y cefalea. Los microorganismos implicados en la mastitis son *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, estreptococo del grupo A, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* y especies de *Bacteroides*.

El diagnóstico se confirma mediante exploración física. Los antibióticos y analgésicos orales, junto con la recomendación de la lactancia o el vaciamiento de la mama afectada, generalmente resuelven la infección. El absceso mamario es una complicación infrecuente de la mastitis, pero es una infección más grave que requiere antibióticos intravenosos, incisión y drenaje, junto con la interrupción temporal de la alimentación de esa mama.

Si la madre se siente enferma, agotada y si tiene fiebre, el pecho rojo, hinchado o caliente, tiene dolor, puede tener una infección del pecho (mastitis).

Para aliviar la mastitis la madre debe:

- Ir al centro de salud para que le receten las medicinas necesarias;
- Ponerse paños de agua tibia alternándolos con paños fríos, varias veces al día;
- Dar de lactar por lo menos cada 2 horas, aún con el pecho afectado;
- Descansar, tomar un analgésico y muchos líquidos.

Producción insuficiente de leche materna:

Muchas madres abandonan la lactancia porque creen que no tienen suficiente leche, tal vez porque el niño o niña:

- llora y no parece satisfecho.
- quiere lactar más y la madre no tiene suficiente tiempo.
- toma mucho tiempo en cada mamada.
- se impacienta con el pecho y no quiere lactar.
- se chupa los dedos.
- le dan biberón y duerme por un tiempo largo.
- la madre ya no siente los pechos tan llenos como antes o los siente más flojos.
- la leche ya no le gotea del pecho.
- alguien le ha dicho que no tiene suficiente leche.

Hay que asegurarle a la madre que si el niño o niña lacta a menudo de día y de noche y en buena posición ella tendrá suficiente leche para satisfacerlo y no tendrá que darle otras leches o comidas. La leche materna es el mejor alimento y si continúa alimentándolo ella producirá la leche necesaria.

Madre enferma:

Aunque la madre esté enferma, la leche materna siempre es buena. Por eso, ella si puede continuar dando el pecho cuando está con:

- Resfriados
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Tratamiento de la epilepsia
- Paludismo
- Enfermedades contagiosas como: Bronquitis y Hepatitis.
- Enfermedades de transmisión sexual.

Estas enfermedades no pasan al niño o niña a través de la leche. Por el contrario, la leche materna protege al niño o niña de estas enfermedades. Pero, en el caso de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se debe consultar con el personal de salud.

Dificultades del lactante:

1. El cólico del lactante o infantil (CL): es un síndrome conductual de etiología desconocida, que afecta a lactantes sanos, autolimitado a los cuatro primeros meses de vida, que se caracteriza por llanto inconsolable e irritabilidad, y que es vivido por los padres con gran angustia y desolación³⁰.

Durante los primeros 3 meses de vida algunos niños o niñas lloran por cólicos. Para tratar de calmarlos no se les debe dar agua porque disminuyen la leche de la madre. Generalmente, después de estos 3 meses los cólicos desaparecen. Cuando un niño o niña está con cólicos, enfermo o tenga diarrea hay que darle de mamar más a menudo para evitar deshidratación. Actualmente, la etiología del cólico del lactante es desconocida.

Existen varios factores que se han propuesto que favorecerían la aparición de cólico del lactante, pero con escasas pruebas de su validez. Estos factores pueden dividirse en tres grandes grupos: gastrointestinales, biológicos y psicosociales:

- Factores gastrointestinales:

- Proteínas de leche de vaca (PLV). La participación de las PLV en el CL es controvertida. La evidencia de intolerancia a PLV, se basa en dos revisiones sistemáticas (RS) clásicas con MA de Garrison, *et al.* (2000) y Lucassen, *et al.* (1998), y otra más reciente de Hall, *et al.* (2012), que, con algunas limitaciones metodológicas, concluyen que la sustitución de leche artificial por hidrolizado de caseína o soja y la administración de dieta hipoalérgica a la madre mejora significativamente la sintomatología (NE I)^{31,32}.

- Intolerancia a la lactosa. La evidencia, aunque escasa, rebela el escaso papel de la lactosa en el cólico del lactante. Dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con escaso tamaño muestral y algunas debilidades metodológicas, realizados en 1996 y 1999 empleando adición de lactasa a la leche artificial y a la leche materna, no encontraron diferencias significativas en la duración del tiempo del cólico.

- Intolerancia a azúcares. La evidencia es escasa, soportada por un ECA en el que a los recién nacidos a los que se les suplementaba con una solución rica en fructosa presentaban malabsorción de hidratos de carbono y aumento significativo en tiempo de llanto en comparación con los que no la recibían.

- Inmadurez intestinal. Basada en que la inmadurez del recién nacido para absorber completamente la lactosa de la dieta produciría aumento de gas por fermentación de las bacterias colónicas y, a su vez, distensión abdominal y dolor, hecho que no ha llegado a probarse por excreción de hidrógeno espirado en los niños afectados de cólico.

- Motilidad intestinal. Existe evidencia limitada en un estudio de casos control y en uno prospectivo de aumento de motilina significativamente mayor en los lactantes con cólicos. Mientras que para el aumento de péptidos vasoactivos no se encontraron diferencias significativas.

- Microflora fecal. Se ha descrito que los lactantes con cólico presentan mayor nivel de *Klebsiella*, bacterias gram negativas anaerobias y E. coli, que los niños sin cólico.

- Factores biológicos:

- Técnicas de alimentación. Se ha descrito que tanto la sobrealimentación, como la subalimentación y el aumento de la deglución de aire podrían ser causa del CL, hechos no confirmados con estudios controlados.

- Desregulación de la actividad motora intestinal. Estudios experimentales encontraron que la movilidad intestinal presente ya en prematuros aumenta significativamente de forma paulatina durante los primeros meses, hecho probablemente ayudado por la alimentación. Es posible que una desregulación por inmadurez de un subgrupo de lactantes favorezca el CL, pero esto no ha sido confirmado con estudios controlados³³.

- Aumento de serotonina. Se han encontrado niveles de 5-OH-indolacético significativamente aumentados en niños con CL respecto a los controles, queda por aclarar su significación clínica.

- Tabaquismo materno. Se ha descrito que el tabaquismo materno durante el embarazo está asociado a mayor riesgo de cólico del lactante. Más recientemente, en un trabajo retrospectivo se observó que los niños de las madres fumadoras durante el embarazo tenían mayor riesgo de CL, Sin embargo, las que habían dejado de fumar con el nacimiento del niño estaban en el límite de la significación estadística (OR: 1,6; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,0-2,5), tampoco hubo diferencias significativas en los hijos de los padres fumadores ajustando por madres fumadoras. Los mismos autores en la misma cohorte en otra publicación encuentran asociación entre el CL y el peso al nacimiento menor de 2000 g, y la edad gestacional menor de 32 semanas en el límite de la significación estadística^{34,35}.

- Otros. Recientemente, se ha descrito en un estudio caso-control la asociación de CL con la presencia de *H. pylori* en heces de recién nacidos, queda por saber su significación clínica.

- Factores psicosociales.

Se cree que el comportamiento del niño puede predisponer al CL. En este sentido, los niños más tranquilos que se desarrollan en un entorno saludable tendrían un efecto protector para el cólico. En el sentido contrario, la hipersensibilidad de la respuesta del niño al dolor y ante los estímulos externos, el estrés familiar, la depresión postparto y las alteraciones en la dinámica familiar potenciarían el CL. Se ha descrito que cuando los padres modifican el comportamiento ante la presencia de cólico del niño mediante asesoramiento de respuestas más eficaces disminuye en una hora de media el llanto de sus hijos. En un ECA de tamaño muestral pequeño se encontró que el apoyo a los padres fue más eficaz que la exclusión de las PLV al lactante y a las madres³⁶.

En resumen, podemos decir que la causa del cólico del lactante es desconocida, que probablemente su etiología sea una interacción compleja de varios factores predisponentes como hábitos alimentarios, ciertos alimentos como las proteínas de la leche de vaca, la microflora intestinal y la exposición a la nicotina materna. Todo ello sobre un subgrupo de lactantes predispuestos que podrían tener una desregulación intestinal o dismotilidad, con una respuesta hipersensible al medio que les rodea.

Diarrea en el lactante:

Las deposiciones normales de un niño o niña alimentado con leche materna varían en color desde amarillo hasta casi blanco. Las deposiciones pueden tener una textura blanda como huevos revueltos y un olor suave pero no desagradable. También la cantidad de deposiciones al día que pueden tener los niños saludables puede variar: pueden tener una cada vez que se alimentan o una cada 3 o 4 días.

Pero un niño o niña tiene diarrea cuando hace más deposiciones de las que acostumbra por varios días y si está decaído y no quiere amamantar o comer.

A un niño o niña con diarrea hay que ofrecerle el pecho más seguido para que no se desnutra ni se deshidrate. Si no quiere mamar, la madre puede ordeñarse la leche y dársela poco a poco y con mucha paciencia con una taza y cucharita

limpias. De la misma manera hay que darle suero de rehidratación oral. Si el niño o niña no quiere amamantar después de insistir varias veces, debe llevarse al centro de salud.

Causas de diarrea:

La diarrea en los bebés generalmente no dura mucho tiempo. Casi siempre, es causada por un virus y desaparece por sí sola³⁷. Su bebé también podría tener diarrea con:

- Un cambio en la dieta del bebé o un cambio en la dieta de la madre si está amamantando.
- Uso de antibióticos por parte del bebé, o de la madre si está amamantando.
- Una infección bacteriana. Su bebé necesitará tomar antibióticos para mejorar.
- Una infección parasitaria. Su bebé necesitará tomar medicamento para mejorar.
- Enfermedades poco frecuentes como la fibrosis quística.

La diarrea causa deshidratación:

Los bebés y los niños menores de 3 años pueden deshidratarse de manera rápida y enfermarse mucho. Deshidratación significa que su bebé no tiene suficiente agua o líquidos³⁸. Vigile a su bebé atentamente en busca signos de deshidratación, los cuales comprenden:

- Ojos secos y ausencia o pocas lágrimas al llorar
- Menos pañales mojados de lo habitual
- Menos activo de lo habitual, letárgico
- Irritable
- Resequedad en la boca
- Piel seca que no vuelve a su forma habitual después de pellizcarla
- Ojos hundidos
- Fontanelas hundidas (punto blando en la parte superior de la cabeza)

Infección respiratoria aguda en el lactante:

A veces las gripes y catarros se pueden empeorar si no se cuidan.

- Si el niño o niña tiene fiebre
- Si la madre oye ruido en el pecho del niño
- Si tiene respiración rápida
- Si tiene tos persistente
- Si tiene dolor y pus en los oídos

La madre debe continuar amamantándolo porque le da tranquilidad al niño o niña. La leche materna ayuda al niño o niña a luchar contra las gripes, los catarros, las bronquitis o la neumonía. La leche materna ayuda al niño a recuperarse rápidamente.

El virus respiratorio sincitial (VRS) y otros virus son causas conocidas de hospitalización en lactantes. Menos conocido es el patrón de virus en infecciones extrahospitalarias en menores de 6 meses. En nuestro medio las infecciones respiratorias de los lactantes son en su mayoría banales y no precisan atención hospitalaria. El rinovirus y el VRS son los principales agentes etiológicos. No se encontraron factores epidemiológicos relacionados con la infección respiratoria asociada a virus.

Rechazo del seno:

Después del tercer mes algunos niños o niñas rechazan el pecho de repente. Este rechazo puede suceder porque: el niño o niña ha tenido gripe, está molesto; ha estado separado de la madre por largo tiempo; le han dado biberones; la madre comió algo con sabor fuerte o muy picante que pasó a la leche.

En estos casos, la madre debe darle más atención al niño o niña: puede acariciarlo, darle masajes, cargarlo y procurar darle de mamar cuando esté casi dormido.

Si continúa rechazando el pecho puede ser porque el niño o niña está enfermo. En este caso la madre debe llevarlo al centro de salud. Pero si el niño o niña no recibe el pecho, la madre puede extraerse la leche y dársela con taza o con vaso que hayan sido lavados y hervidos. Para que el niño o niña trague bien la leche, debe colocar el borde de la taza o el vaso debajo del labio de arriba. Si la lengua toca el vaso, el niño lo empujará hacia afuera.

Recogida de la leche materna:

Para mantener la producción de leche cuando la madre tiene que separarse de su hijo o hija por más de 2 horas, se recomienda:

- No darle biberón
- Darle de lactar por la mañana, por la noche y durante los fines de semana

Aun cuando la madre no esté presente para dar el pecho, el niño o niña puede continuar recibiendo la leche materna. Si la madre se ordeña la leche cada 3 horas, la pone en una taza limpia y la guarda en un sitio fresco, la persona que este cuidando al niño o niña puede dársela durante la ausencia de la madre con un vaso o taza limpios.

La extracción de la leche materna es una práctica frecuente cuando la madre y el bebé están separados, por trabajo, por una enfermedad o ingreso hospitalario de la madre o el lactante. Debería destacarse la importancia de una buena higiene de manos. Los extractores eléctricos son más eficientes y mejor tolerados por las madres que los extractores mecánicos o la expresión manual. Los equipos de recogida deben limpiarse con agua caliente jabonosa, aclararse y secarse al aire tras cada uso. Para almacenar la leche deben utilizarse contenedores de cristal o plástico, y la leche debe mantenerse refrigerada y después ser utilizada en 48 horas. La leche materna extraída puede congelarse hasta 6 meses para su uso posterior. La leche debe descongelarse rápidamente manteniéndola bajo agua tibia corriente y usarse completamente en 24 horas tras la descongelación. La leche no debe ser nunca calentada en el microondas.

IV.1.8. Tipos de alimentación

- Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída.
- Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- Lactancia materna: Alimentación por leche de madre.
- Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.
- Lactancia de múltiples: Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.
- Lactancia diferida: Lactancia por leche materna extraída.
- Lactancia directa: Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho.
- Lactancia mercenaria: Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.
- Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana+leche no humana).

- Lactancia solidaria: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.
- Relactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia.

IV.1.9. Lactancia artificial

A pesar de los esfuerzos para promover la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, menos del 50% de las mujeres la continúan cuando el niño tiene 6 meses de edad. La mayoría de las mujeres toman la decisión sobre cómo alimentar a su hijo lactante en la primera parte del embarazo. La preferencia de los padres es el motivo más frecuente para utilizar leche artificial. Sin embargo, esta leche también está indicada en los lactantes en los que la ingesta de leche materna está contraindicada por factores del lactante (p. ej., metabolopatías congénitas) y maternos. Además, la leche artificial se utiliza como suplemento para favorecer una ganancia adecuada de peso en los lactantes alimentados con leche materna³⁹.

Las leches artificiales comercializadas en Estados Unidos son seguras y nutricionalmente adecuadas como única fuente de nutrición para los lactantes sanos durante los primeros 4-6 meses de vida. Las leches artificiales están disponibles en forma preparada lista para su uso, líquida concentrada o en polvo. Los productos listos para su uso generalmente proporcionan 20 kcal/30 ml y aproximadamente 67 kcal/dl. Los productos líquidos concentrados proporcionan una preparación con la misma concentración cuando se diluyen según las instrucciones. Las fórmulas en polvo se presentan en servicios individuales o múltiples, y cuando se mezclan según las instrucciones se obtiene una densidad calórica similar. Aunque las leches artificiales son fabricadas en cumplimiento de buenas prácticas de fabricación y son reguladas por la Administración de comidas y drogas (FDA), aun así, pueden producirse problemas de seguridad.

Las preparaciones en polvo no son estériles, y aunque el número de unidades formadoras de colonias bacterianas por gramo de leche artificial es generalmente inferior a los límites admisibles, se han registrado brotes de infecciones por *Enterobacter sakazakii*, especialmente en lactantes prematuros. Las preparaciones en polvo pueden contener otras bacterias coliformes, pero no se han asociado a enfermedad en lactantes sanos a término. También se debe tener cuidado y seguir las instrucciones de mezcla para evitar una dilución excesiva o inferior a la necesaria, utilizar agua hervida o esterilizada y emplear el medidor específico proporcionado por el fabricante, porque los tamaños varían. El agua que se ha hervido debería dejarse enfriar completamente para evitar la degradación de los nutrientes termolábiles, especialmente la vitamina C. El agua de pozo debería ser analizada regularmente para detectar contaminación por bacterias y toxinas.

El agua municipal puede contener concentraciones variables de flúor, y si las concentraciones son elevadas, debe usarse agua embotellada sin flúor para evitar su toxicidad. Se debe enseñar a los padres a utilizar técnicas adecuadas de lavado de manos cuando se prepare la leche artificial o cuando se alimente al lactante. También debería recomendarse seguir las instrucciones escritas para su almacenamiento. Una vez abierto, el contenedor de las preparaciones listas para su uso y concentradas puede cubrirse con papel de aluminio o envoltura de plástico y almacenarse en el frigorífico durante no más de 48 horas. La leche en polvo se debe almacenar en un lugar fresco y seco; una vez abiertos, los botes deben cubrirse con la tapa original de plástico o con papel de aluminio y el polvo puede usarse durante 4 semanas. Una vez preparados, todos los biberones independientemente del tipo de fórmula deberían ser utilizados en 24 horas. La fórmula debería utilizarse en las 2 horas posteriores a su salida de la nevera y, una vez que la toma ha comenzado, dicha fórmula debería ser utilizada en la hora siguiente o ser eliminada. La leche preparada almacenada en el frigorífico debería templarse colocando el contenedor en agua templada durante ~5 minutos. La leche artificial no debería calentarse en el microondas, porque puede calentarse

de forma poco uniforme y producir quemaduras a pesar de que parezca que se encuentra a la temperatura adecuada cuando se toca.

Las tomas de leche artificial deben ser a demanda, con el objetivo de lograr el crecimiento y el desarrollo acordes con el potencial genético del niño. La ingesta usual que permite una ganancia de peso de 25-30 g/ día es de 140-200 ml/kg/día en los 3 primeros meses de vida. Entre los 3 y los 12 meses de edad la velocidad de la ganancia de peso disminuye.

Leche artificial con proteína de vaca: las leches artificiales con proteínas intactas de leche de vaca en Estados Unidos contienen una concentración de proteínas que varía entre 1,8 hasta 3 g/100 kcal o (1,45-1,6 g/dl), considerablemente superior a la de la leche materna madura (~1,5 g/100 kcal). Esta mayor concentración está diseñada para cumplir las necesidades de los lactantes más pequeños, pero causa una ingesta excesiva en los lactantes mayores. Por el contrario, los lactantes alimentados con leche materna reciben una ingesta de proteínas que se ajusta a sus necesidades a las diferentes edades. La relación proteína sérica: caseína varía de 18:82 a 60:40; un fabricante comercializa una fórmula que es 100% proteína sérica. La proteína sérica predominante es la b-globulina en la leche de vaca y la a-lactoalbúmina en la leche humana. Ésta y otras diferencias entre la leche humana y la leche artificial con proteínas de leche de vaca tienen como resultado diferentes perfiles de aminoácidos plasmáticos en lactantes con diferentes patrones de alimentación, pero no se ha demostrado que estas diferencias tengan significado clínico.

Leches artificiales de soja: las leches artificiales con proteínas de soja comercializadas no tienen proteínas de la leche de vaca ni lactosa y utilizan sacarosa, grasa de jarabe de maíz y/o maltodextrina para proporcionar 67 kcal/dl. Cumplen las recomendaciones de la AAP y la FDA sobre vitaminas, minerales y electrolitos para la alimentación de lactantes a término. La proteína es un aislado de soja suplementado con l-metionina, l-carnitina y taurina para proporcionar un contenido proteico de 2,45-2,8 g por 100 kcal o 1,7-1,8 g/dl. La cantidad de grasas

específicas varía en función del fabricante y generalmente es similar a la leche artificial con leche de vaca correspondiente del fabricante. El contenido de grasa es de 5,0-5,5 g por 100 kcal o 3,4-3,6 g/dl. Los aceites utilizados tanto en la leche artificial con proteínas de leche de vaca como en la de soja incluyen soja, palma, girasol, oleína, cártamo y coco.

Leche artificial con proteínas hidrolizadas: Las leches artificiales con proteínas hidrolizadas pueden ser parcialmente hidrolizadas, las cuales contienen oligopéptidos con un peso molecular < 5,000 Da. o altamente hidrolizadas, las cuales contienen péptidos con un peso molecular < 3,000 Da. Las proteínas parcialmente hidrolizadas tienen mezclas de grasa similares a las leches artificiales con proteínas de la leche de vaca, y los hidratos de carbono son aportados por maltodextrina o jarabe sólido de maíz. Debido a que la proteína no está altamente hidrolizada, estas leches artificiales no deberían administrarse a lactantes que son alérgicos a la proteína de la leche de vaca.

Leche artificial con aminoácidos: las leches artificiales con aminoácidos no contienen péptidos sino mezclas de aminoácidos esenciales y no esenciales. Están diseñadas para lactantes con alergia a las proteínas lácteas que no crecen adecuadamente con las leches con proteínas altamente hidrolizadas. La eficacia de las leches artificiales con aminoácidos para prevenir la enfermedad atópica no ha sido estudiada.

IV.1.10. Leches y otros Líquidos

Ni los lactantes alimentados con leche materna ni los alimentados con leche artificial requieren ingestas adicionales de agua a menos que esté recomendado por una temperatura ambiental elevada. Los vómitos y las regurgitaciones son frecuentes en los lactantes. Cuando existe ganancia de peso y buen estado general, no se requiere cambiar el tipo de leche artificial.

La leche entera de vaca no debería introducirse hasta los 12 meses de edad. En los niños entre 12 y 24 meses de edad en los que preocupa el sobrepeso o la

obesidad o que tienen antecedentes familiares de obesidad, dislipemia o enfermedad cardiovascular, es adecuado el uso de leche con menor cantidad de grasa. En los demás casos se recomienda leche entera hasta los 24 meses de edad y a esta edad cambiar a la leche con 2% de materia grasa y a la de 1% a los 3 años de edad en niños sanos. Independientemente del tipo, toda la leche consumida debería ser pasteurizada. Los lactantes y los niños pequeños son especialmente sensibles a las infecciones por E. coli, Campylobacter y Salmonella que pueden encontrarse en la leche cruda o no pasteurizada. Por motivos culturales u otros, como la preferencia de los padres, en ocasiones se alimenta con leche de cabra en lugar de la leche artificial, aunque esto no se recomienda. La leche de cabra ha demostrado causar trastornos electrolíticos significativos y anemia debido a que tiene concentraciones bajas de ácido fólico.

IV.1.11. Lactancia materna en republica dominicana

La lactancia materna proporciona a cada niño y niña el mejor comienzo posible en la vida. Ofreciendo beneficios para la salud: nutricionales y emocionales, por igual, para los niños como para las madres. Además, forma parte de un sistema alimentario sostenible. Sin embargo, aunque la lactancia materna es un proceso natural, no siempre es fácil. «Las madres necesitan apoyo, tanto para comenzar como para mantener la lactancia materna», asegura Rosa Elcarte, Representante de UNICEF en el país⁴⁰.

Ambos organismos internacionales destacan que los servicios de esta consejería especializada pueden garantizar que las madres y las familias reciban este apoyo, junto con la información, el acompañamiento y la tranquilidad que necesitan para alimentar a sus bebés de manera óptima. El asesoramiento sobre la lactancia materna puede ayudar a las madres a generar confianza, mientras respetan sus circunstancias y elecciones individuales. El apoyo puede empoderar a las mujeres para superar los desafíos y prevenir las prácticas de alimentación y cuidado que pueden interferir con la lactancia materna óptima, como la provisión de líquidos, alimentos y sustitutos de la leche materna innecesarios para bebés y niños pequeños.

En ese sentido, recalcan que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementada con alimentos hasta los dos años, es la forma óptima de alimentación para los lactantes. No obstante, en República Dominicana solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente, según datos de la ENHOGAR MICS 2014⁴¹.

Para mejorar las cifras de lactancia materna, la agencia de la ONU dice que es necesario un trabajo conjunto de varios sectores y de la sociedad, desglosando los siguientes tres argumentos:

1. Del personal de salud, la responsabilidad de proveer información desde el embarazo sobre las ventajas de la lactancia materna y las técnicas de amamantamiento, poniendo al bebé piel con piel con la madre inmediatamente después del nacimiento, y apoyándola para que lo amamante en la primera hora de vida, no separando al recién nacido de su madre y no ofreciéndoles biberones en los hospitales, y apoyando y estimulando a la mamá para que continúe con la lactancia en los controles del bebé.
2. De los padres del bebé y los familiares, para que ayuden a la mamá, a que tenga la tranquilidad y el tiempo para poder amamantar a sus bebés.
3. Del sector privado, promoviendo la lactancia materna entre sus empleadas, teniendo comités de promoción de lactancia, que apoyen a la embarazada, y acondicionando salas de lactancia para que ellas puedan amamantar a su bebé o extraerse la leche para darla al salir del trabajo.

Recientemente, se han hecho esfuerzos en el país para aumentar estas cifras de lactancia, UNICEF se encuentra fortaleciendo exitosamente la implementación de la promoción de la lactancia materna en 24 hospitales públicos del país, y ya existen más de 100 salas de lactancia en varios centros de trabajo públicos y privados.

En definitiva, OMS y UNICEF indican que se hace preciso mejorar el acceso a asesoramiento especializado para la lactancia materna para que se pueda extender su duración y se promueva que sea exclusiva, ya que posee beneficios para los bebés, las familias y las economías. De hecho, en su análisis concluyen que las tasas crecientes de lactancia materna exclusiva, en algunos países, podrían salvar la vida de 820,000 niños cada año, generando US\$302 mil millones en ingresos adicionales. Por ello, exhortan a los gobiernos a que inviertan para poner a disposición de cada mujer esta consejería para lactancia materna; formando a las trabajadoras del sistema sanitario y protegiendo a los profesionales del área de la salud sobre la influencia de la industria de alimentos para bebés.

V. HIPÓTESIS

La lactancia materna mixta predomina sobre la lactancia materna exclusiva.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Escolaridad	Nivel de estudio recibido a través del sistema formal de educación	Analfabeto Primaria Secundaria Universitario	Ordinal
Lactancia materna	Alimentación que comienza después del nacimiento con leche producida en el seno materno	Exclusiva Mixta	Nominal
Duración de la lactancia materna	Tiempo desde que se inicia la lactancia materna hasta que culmina	Meses	Numérica
Abandono de lactancia materna	Destete o detener la lactancia materna	Causas de abandono	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal para determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna.

VII.2. Ámbito del estudio

Esta investigación se realizó con datos obtenidos en el Hospital Provincial Ricardo Limardo, es una prestadora de atención de salud de tercer nivel altamente especializada, perteneciente a la Región Norcentral, dedicada a brindar servicios calidad a nivel provincial en la ciudad de Puerto Plata.

VII.3. Tiempo de realización

Realizar esta investigación tomo alrededor de 9 meses, iniciando en septiembre del 2021 con la elaboración del anteproyecto y terminando el 17 de junio del 2022.

VII.4. Población

La población estuvo constituida por los pacientes pediátricos atendidos en la consulta pediátrica del Hospital Provincial Ricardo Limardo en el periodo febrero - mayo 2022.

VII.5. Muestra

En el presente estudio se trabajó con un total de 100 pacientes pediátricos atendidos en la consulta de pediatría del Hospital Provincial Ricardo Limardo.

VII.6. Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico.

VII.7. Criterio de inclusión

Madres lactantes de pacientes pediátricos con edad entre 6 meses y 1 año.

VII.8. Criterio de exclusión

Madres no lactantes.

VII.9. Fuente de información

La información se obtuvo realizando un cuestionario a las madres de los pacientes pediátricos atendidos en la consulta pediátrica del Hospital Provincial Ricardo Limardo en el periodo febrero - mayo 2022.

VII.10. Método

Se diseñó un cuestionario para la recolección de datos.

VII.11 Técnica

La técnica usada fue la entrevista a las madres de los pacientes pediátricos.

VII.12. Procesamiento

Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario electrónico a través de Google formularios y una vez recolectado los datos se procedió a su tabulación utilizando los programas Microsoft Word 2016 y la hoja electrónica Microsoft Excel para proceder a graficarlos, utilizando gráficos en barra y pastel.

VII.13. Análisis

Se trabajó con estadística descriptiva

VII.14. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).¹⁸ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán 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 Provincial Ricardo Limardo, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica 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 serán 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 del presente anteproyecto, tomada de otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

Cuadro N.I

Frecuencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en el Hospital Provincial Ricardo Limardo en el periodo febrero-mayo 2022.

Pacientes con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en el periodo febrero-mayo 2022	Pacientes con lactancia materna exclusiva menos de 6 meses en el periodo febrero-mayo 2022	Pacientes con lactancia materna mixta en el periodo febrero-mayo 2022	Frecuencia
22	16	62	22%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

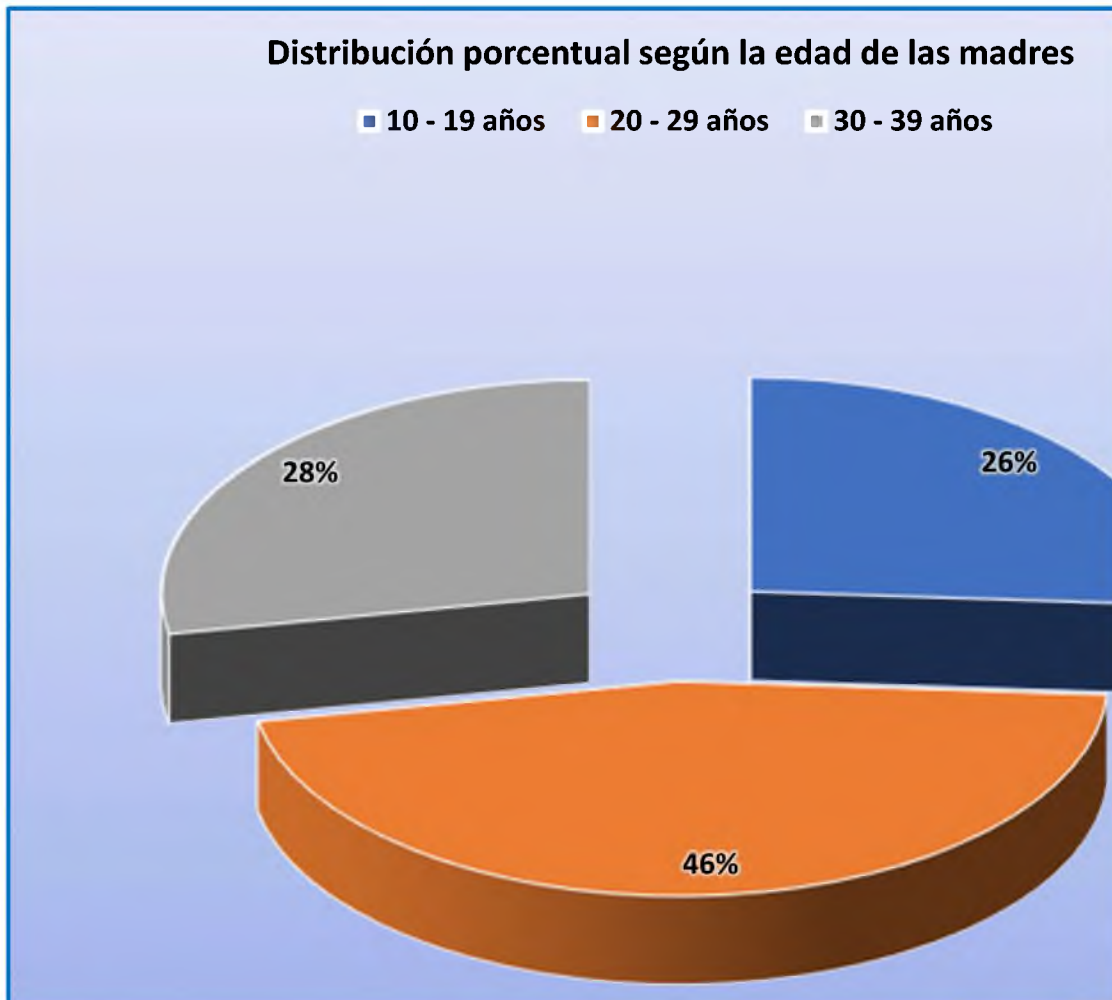
Cuadro N.II

Edad de las madres que lactan

Edades	Casos	Porcentaje
10 - 19 años	26	26%
20 - 29 años	46	46%
30 - 39 años	28	28%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico II



Fuente: Cuadro N.II

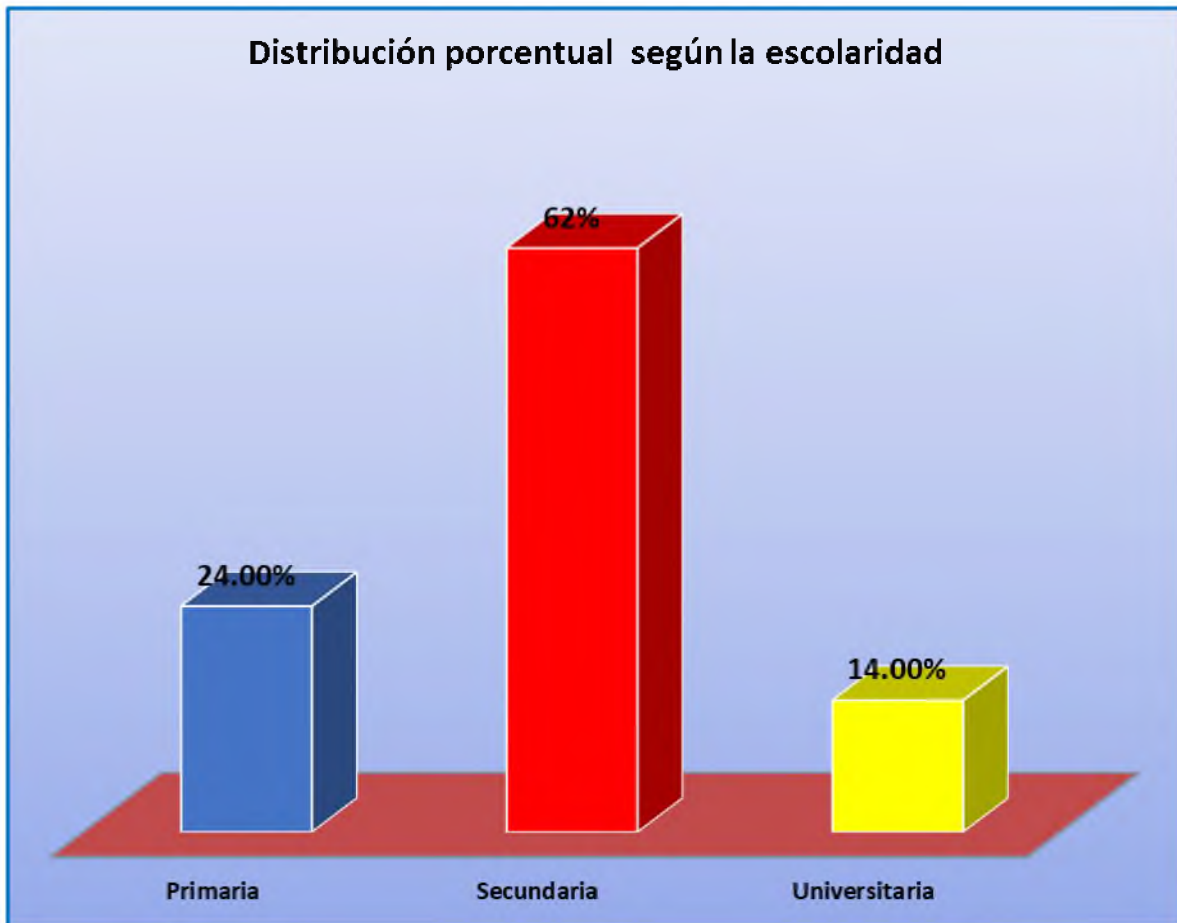
Cuadro N.III

Nivel de escolaridad de las madres

Nivel de escolaridad	Casos	Porcentaje
Analfabeto	0	0%
Primaria	24	24%
Secundaria	62	62%
Universitaria	14	14%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico III



Fuente: Cuadro N.III

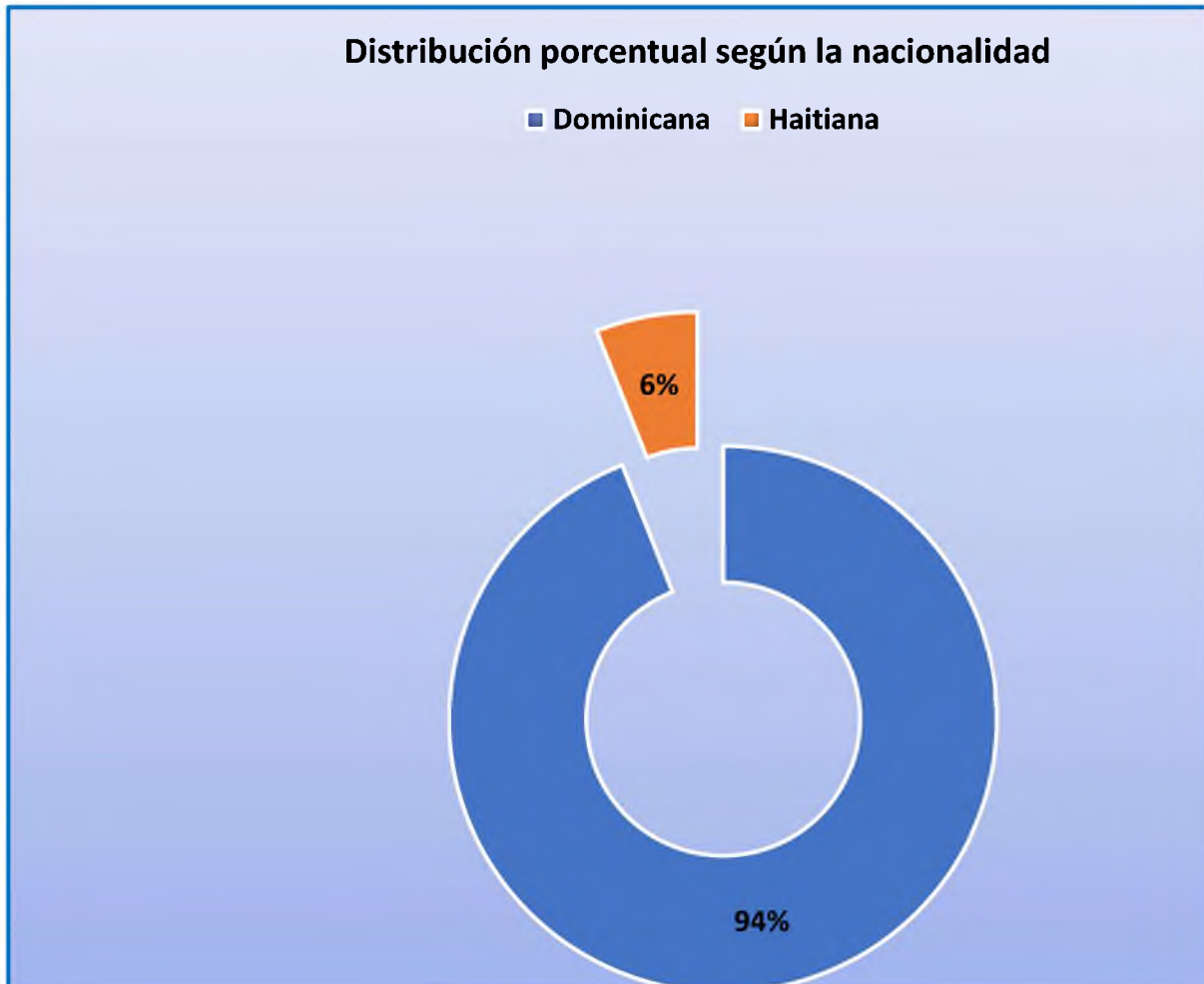
Cuadro N.IV

Nacionalidad de las madres

Nacionalidad	Casos	Porcentaje
Dominicana	94	94%
Haitiana	6	6%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico IV



Fuente: Cuadro N.IV

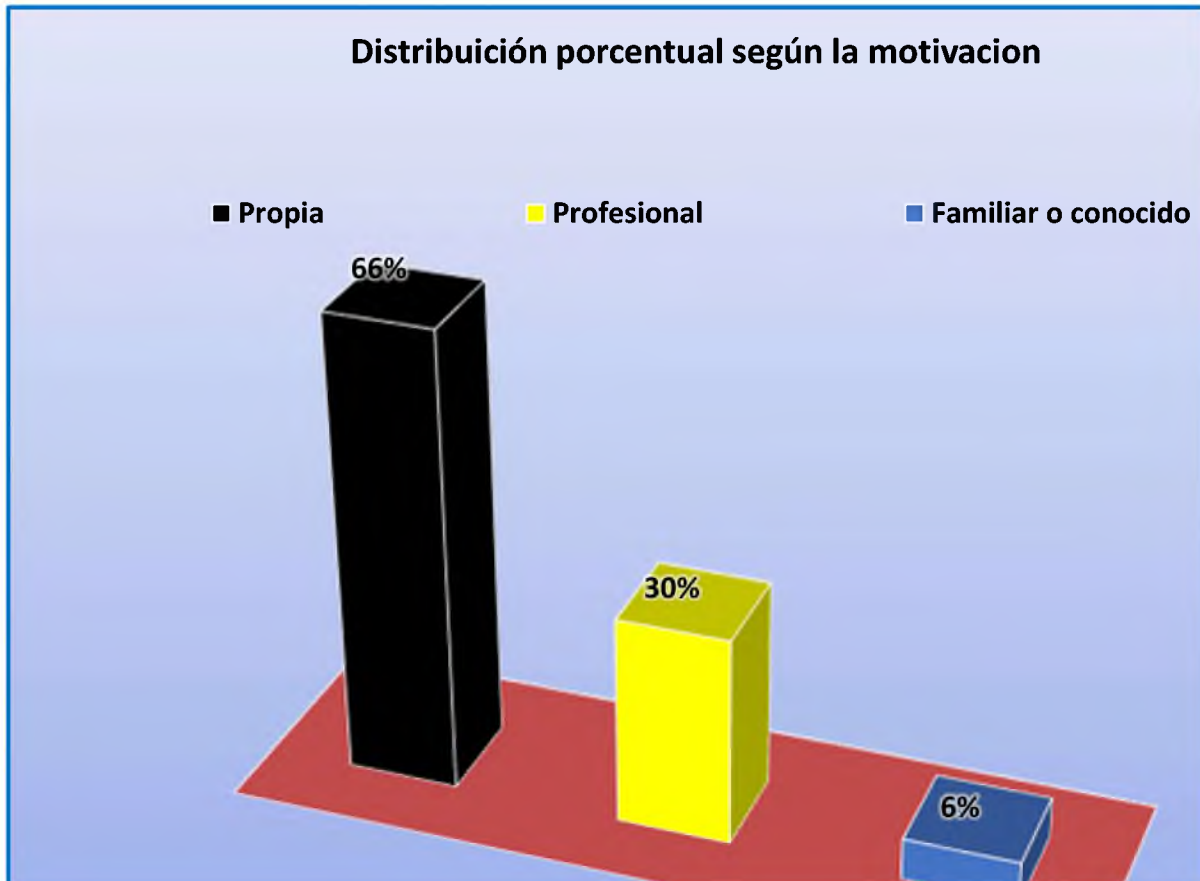
Cuadro N.V

Motivo de inicio de lactancia materna

Motivación	Casos	Porcentaje
Propia	66	66%
Recomendación de un profesional de la salud	30	30%
Recomendación de un familiar o conocido	4	4%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico V



Fuente: Cuadro N.V

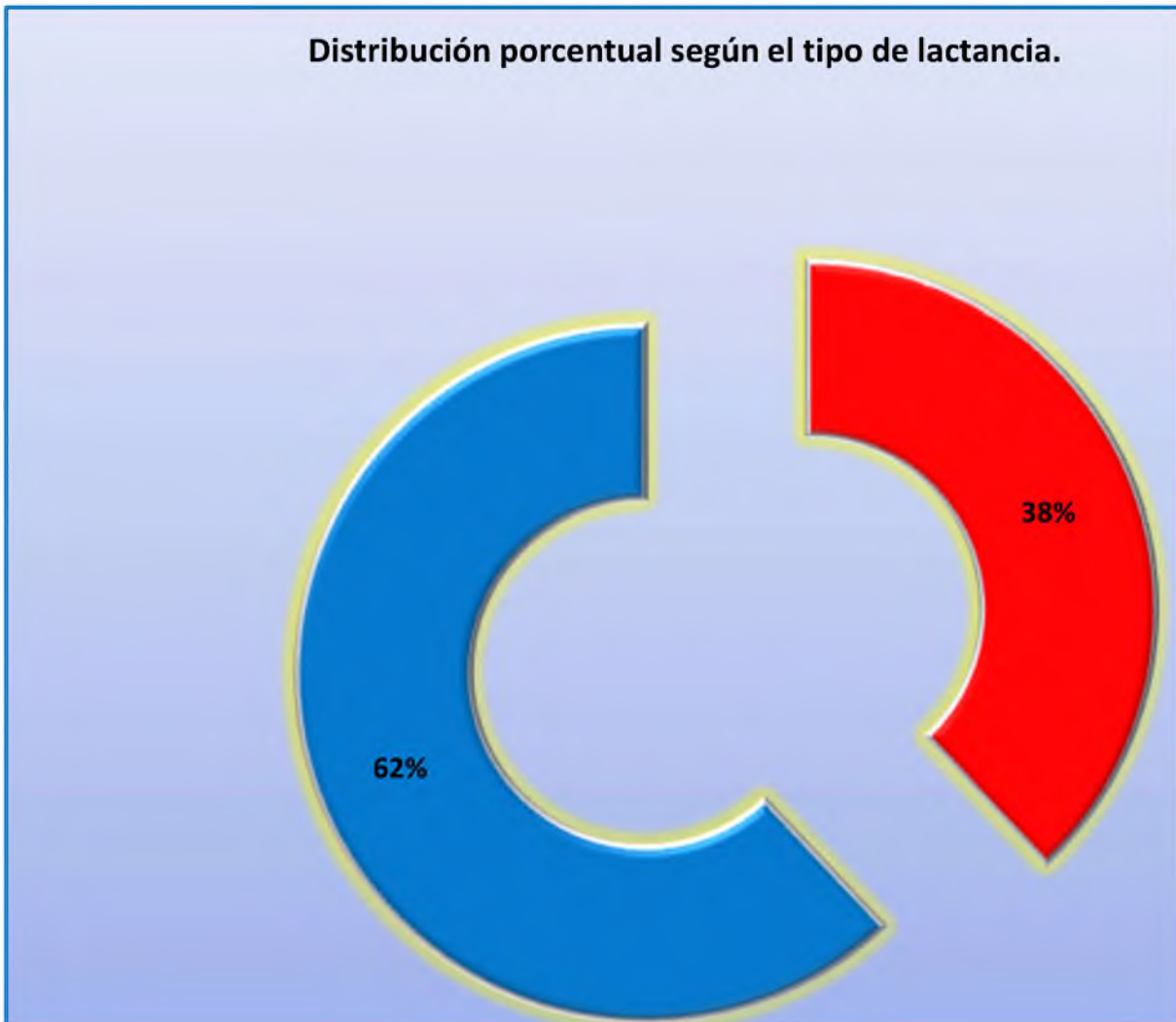
Cuadro N.VI

Tipo de lactancia

Tipo de lactancia	Casos	Porcentaje
Exclusiva	38	38%
Mixta	62	62%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico VI



Fuente: Cuadro N.VI

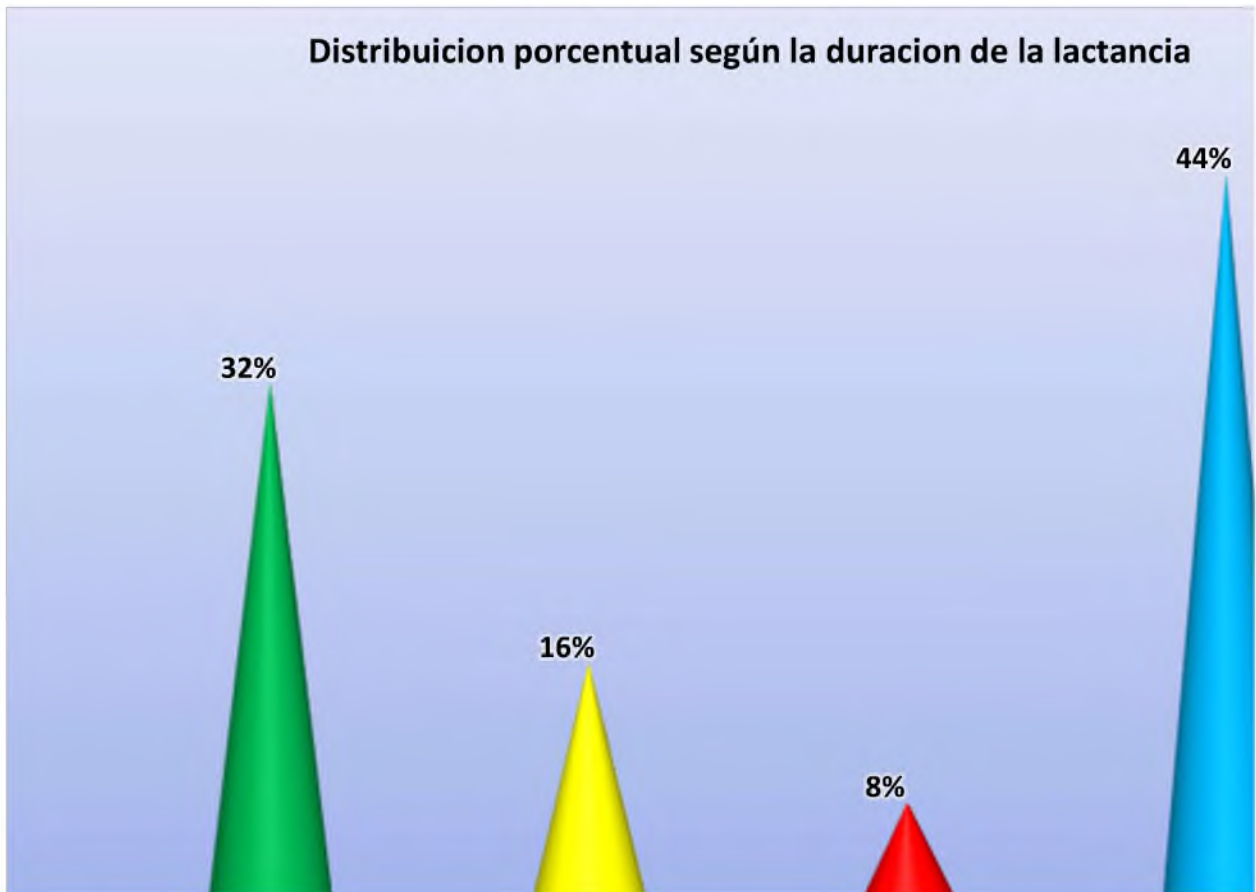
Cuadro N.VII

Duración de la lactancia materna

Duración	Casos	Porcentaje
1-2 meses	32	32%
3-4 meses	16	16%
5-6 meses	8	8%
>6	44	44%
Total	100	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico VII.



Fuente: Cuadro N.VII

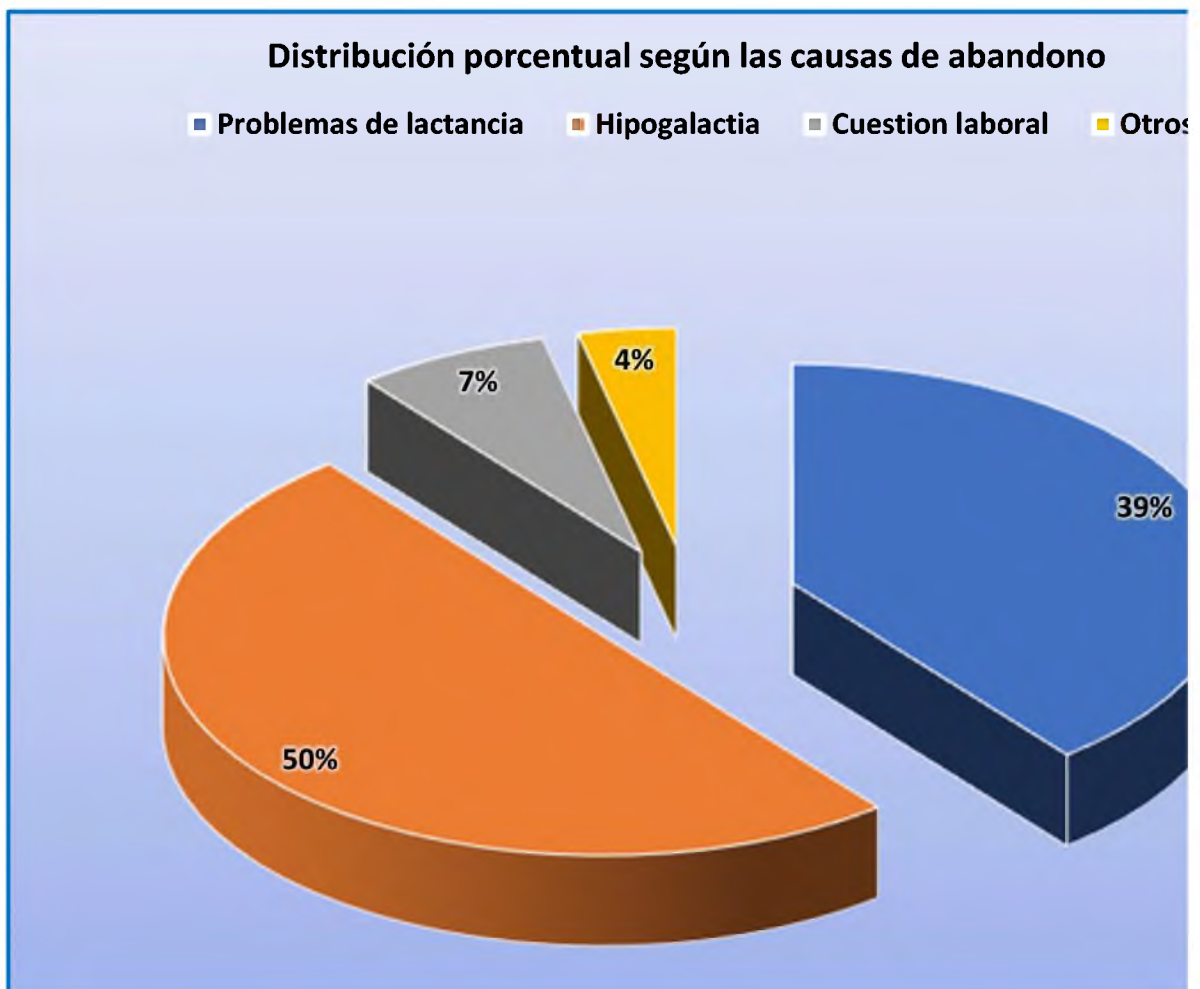
Cuadro N.VIII

Causas de abandono de la lactancia materna

Causas	Casos	Porcentaje
Problemas de lactancia	22	39.2%
Hipogalactia	28	50%
Cuestión laboral	4	7.1%
Otros	2	3.6%
Total	56	100.00%

Fuente: "Cuestionario de lactancia materna, año 2022"

Gráfico VIII



Fuente: Cuadro N.VIII

IX. DISCUSION

Según la prevalencia de la lactancia materna exclusiva obtenida 22%. Un estudio que difiere con el actual fue el realizado por Madelen O., Aitana L., Mikel B. en España en el año 2015, Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa, la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 84.8% al alta hospitalaria, el 53.7% a los 4 meses y el 15.4% a los 6 meses de vida¹⁴.

Según la edad de las madres que lactaron, predominó las edades comprendidas entre 20-29 años con un 46%, seguidas por las de 30-39 años con un 28% y las de 10-19 años con un 26%. Un estudio que difiere con el actual fue el realizado por Yeis B., Carolina C., Gisela G. en Colombia en el año 2014, Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?, se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de noviembre de Santa Marta (Colombia); seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. De las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años¹⁵.

Según la escolaridad de las madres encuestadas predominó la secundaria con un 62%, seguida por la primaria con un 24%, universitaria con un 14%, analfabetas 0%. Un estudio que difiere con el actual fue el realizado por Electra G., Justa C., Ana M., María S., Idalmis V., realizaron un estudio en el año 2018, Factores maternos asociados a prácticas alimentarias de lactancia materna exclusiva, en Cuba, donde predominó el nivel de escolaridad preuniversitario (37,1%)¹⁹.

Según la nacionalidad de las madres encuestadas predominó la nacionalidad dominicana con un 94%, seguida por las haitianas para un 6%. Estos datos indican que las madres dominicanas lactan con más frecuencia que las de nacionalidad haitiana.

Según la motivación para el inicio de la lactancia materna predominó la decisión propia con un 66%, seguida por la recomendación de un profesional de la salud con un 30%, recomendación por un familiar o conocido con un 4%. Un estudio que corrobora con el actual fue el realizado por Marta D., María R., Susana A., Isabel E., Concepción D., realizaron un estudio en el año 2016, Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna, donde el 67% de las madres indicaron que la decisión de amamantar la habían tomado ellas mismas²⁰.

Según el tipo de lactancia predominó la mixta con un 62%, seguida por la exclusiva con un 38%. Un estudio que difiere con el actual fue el realizado por Madelen O., Aitana L., Mikel B. en España en el año 2015, Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa, la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 84.8% al alta hospitalaria, el 53.7% a los 4 meses y el 15.4% a los 6 meses de vida¹⁴.

Según la duración de la lactancia materna predominó la LM por más de 6 meses con un 44%, seguida por 1-2 meses con un 32%, 3-4 meses con un 16%, 5-6 meses con un 8%. Un estudio que corrobora con el actual fue el realizado por Electra G., Justa C., Ana M., María S., Idalmis V., realizaron un estudio en el año 2018, Factores maternos asociados a prácticas alimentarias de lactancia materna exclusiva, en Cuba, donde el 65 % ofreció a sus hijos LME por seis meses¹⁹.

Según las causas de abandono predominó la hipogalactia con un 50%, seguida por los problemas de lactancia con un 39.2%, cuestión laboral 4%, otros 3.6%. Un estudio que difiere con el actual fue el realizado por Madelen O., Aitana L., Mikel B. en España en el año 2015, donde describieron que la principal causa de abandono de lactancia materna exclusiva en la etapa temprana son problemas de lactancia¹⁴. Un estudio que corrobora con el actual fue el realizado por Marta D., María R., Susana A., Isabel E., Concepción D., en España en el año 2016, donde el principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%)²⁰.

X. CONCLUSION

- La frecuencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en el Hospital Provincial Ricardo Limardo es de 22%.
- El rango de edad más frecuente de las madres que lactaron fue 20-29 años, seguida de las edades entre 30-39 años. Estos datos nos indican que las madres adolescentes le prestan menor importancia a la lactancia materna.
- El nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria, esto se relaciona con un mayor nivel de conocimiento en las madres que optan por lactar a sus hijos.
- La nacionalidad más frecuente fue la dominicana.
- La motivación para el inicio de la lactancia materna mas frecuente fue la decisión propia. Lo que indica que debe realizarse un mayor esfuerzo por parte del personal de salud para motivar a las madres a lactar.
- El tipo de lactancia materna más frecuente fue el mixto.
- La duración de la lactancia materna fue más de 6 meses en la mayoría de los casos.
- La principal causa para suspender la lactancia materna fue la baja producción de leche o hipogalactia.

XI. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos la frecuencia de lactancia materna exclusiva en nuestro hospital es baja y en base a esto recomendamos una mayor asesoría por parte del personal de salud a las madres en el proceso de lactancia, sabiendo que nuestro centro hospitalario cuenta con un programa de lactancia materna, el cual aborda a las madres justo después del parto, se debe realizar un mayor esfuerzo y empoderar a todo el personal de salud que labora en dicha área, con capacitación sobre la lactancia materna para poder así orientar y motivar a las madres a iniciar lactancia materna exclusiva. Crear una política de manera oficial relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud. Abrir un banco de leche materna en la provincia de Puerto plata, el cual beneficie a las madres que por alguna razón no pueden lactar.

Es importante involucrar de manera mas activa a los residentes de medicina familiar y comunitaria en la asesoría y educación de las madres sobre la lactancia materna, creando una rotación donde el residente se integre al programa de lactancia materna.

Fomentar un establecimiento del programa de lactancia materna, así como la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Es fundamental iniciar programas permanentes que se encarguen de la promoción y educación de la lactancia materna en los centros de atención primaria, crear clubes de madres en las comunidades, realizar charlas en las escuelas y medios de comunicación radial y televisivo para así poder aumentar el numero de madres lactantes en las comunidades. Además, es necesario el seguimiento de las madres en el periodo de postparto ya que es una gran oportunidad para estimular la lactancia y poder asistir a las madres si presentan algunas inquietud o problema durante el periodo de lactancia.

XII. REFERENCIAS

1. Kliegman RM, Stanton B, Geme J, Schor NF, editores. Nelson. Tratado de Pediatría. 20a ed. Elsevier; 2016.
2. Lactancia materna [Internet]. Who.int. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>.
3. Gob.do. ENHOGAR MICS 2014 [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://archivo.one.gob.do/Multimedia/Download?ObjId=6529>.
4. World Bank. 2018. Informe Anual 2018 del Banco Mundial. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30326> License: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.
5. Demográfica E. República Dominicana [Internet]. Dhsprogram.com. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>
6. CESDEM. (2014). Encuesta de Demografía y de Salud. República Dominicana 2013. ICF International. Rockville, Maryland, EEUU. Rockville, Maryland, EEUU: Centro de Estudios Sociales y Demográficos, ICF International.
7. WBTi [Internet]. Worldbreastfeedingtrends.org. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/>
8. Gupta, A., & Suri, S. (2016). Has Your Nation Done Enough to BRIDGE THE GAPS? 84 country report on status and progress of implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2008-2016. India: IBFAN Asia and BPNI.
9. CESDEM. (2008). Encuesta de Demografía y de Salud. República Dominicana 2007. Rockville, Maryland, EEUU: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y ICF International.
10. World bank country and lending groups – world bank data help desk [Internet]. Worldbank.org. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
11. Reporte: Lactancia materna en peligro de extinción. Una llamada a iniciativas público – privadas en República Dominicana [Internet]. Idbinvest.org. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.idbinvest.org/es/publicaciones/reporte-lactancia-materna-en-peligro-de-extincion-una-llamada-iniciativas-publico>

12. http://www.ibfan-alc.org/WBTi/inf_2016/Dominican%20Rep%20WBTi%202016.pdf [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.ibfan-alc.org/WBTi/inf_2016/Dominican%20Rep%20WBTi%202016.pdf
13. Perspectiva de lactantes del Distrito Nacional sobre la lactancia, beneficios y su relación con el desarrollo motor en niños de 0 a 2 años [citado el 26 de enero de 2022]. Disponible en: https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/147/1/17-0131_TF.pdf
14. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(1):4–9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv29n1/original1.pdf
15. Borre Ortiz YM, Cortina Navarro C, González Ruíz G. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿La conocen las madres realmente? *Rev Cuid* [Internet]. 2014;5(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5068993.pdf>
16. MEPyD. Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria en la República Dominicana año 6 • no 8 [Internet]. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). 2021 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/publicaciones/boletin-pobreza-monetaria-a6-no8>
17. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
18. 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.
19. Guerra DE, Cueto MJE, Machado SAM, et al. Factores maternos asociados a prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva. *Mul Med*. 2020;24(3):616-630.
20. Díaz-Gómez N Marta, Ruzafa-Martínez María, Ares Susana, Espiga Isabel, De Alba Concepción. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado el 7 de mayo de 2022]; 90: e40016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es. Epub 07-Jun-2021.

21. Organización Mundial de la Salud. Lactancia. [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
22. Leche materna: ¿cómo se produce? [Internet]. Familia y Salud. 2013 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/lactancia-materna/los-inicios-son-importantes/leche-materna-como-se-produce>
23. Producción de leche materna [Internet]. Womenshealth.gov. [citado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/breastfeeding/learning-breastfeed/making-breastmilk>
24. Que es el calostro: propiedades y características [Internet]. Suavinex.com. [citado el 23 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.suavinex.com/consejos/para-padres/calostro-el-oro-mas-blanco.html>
25. Kliegman RM, Geme JW III, Blum N, Shah SS, Tasker RC, editores. Nelson. Tratado de Pediatría. 21a ed. Elsevier; 2020.
26. American Academy of Pediatrics: Breast-feeding and the use of human milk, Pediatrics 129:e827-e841, 2012.
27. Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB (editores): Breastfeeding handbook for physicians, ed. 2, Elk Grove Village, IL, 2014, American Academy of Pediatrics, págs. 223-226.
28. Hamosh M: Bioactive factors in human milk, Pediatr Clin North Am 48:69-86, 2001.
29. Mondello F, Gandara CC. Este manual contiene la información que toda familia debe saber para alimentar al bebé durante los primeros dos años de vida. Presentado a través de extraordinarias ilustraciones y consejos prácticos, el manual es el producto del trabajo coordinado de 33 profesionales y 5 agencias internacionales en Honduras Manual original: UNICEF Honduras Adaptación UNICEF Ecuador 2012 [Internet]. Unicef.org. [citado el 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>
30. Ortega Páez E, Barroso Espadero D. Cólico del lactante. Pediatr aten primaria [Internet]. 2013 [citado el 25 de mayo de 2022];15:81–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300009
31. Garrison MM, Chistakis A. A systematic review of treatments for infant colic. Pediatrics. 2000;106:184-95.

32. Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, Van Eijk JTM, Van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic. *BMJ*. 1988;316:1563-9.
33. Baker J, Berseth CL. Postnatal change in inhibitory regulation of intestinal motor activity in human and canine neonates. *Pediatr Res*. 1995;38:133.
34. Milidou I, Henriksen T, Jensen M, Olsen J, Sondergaard C. Intrauterine nicotine exposure, birth weight, gestational age and the risk of infantile colic. Does central nervous system development play a role in infantile colic? *Neurology*. 2012;78:1.
35. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child*. 2000;83:302.
36. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ*. 1993;307:600.
37. Kotloff KL. Acute gastroenteritis in children. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 366.
38. Ochoa TJ, Chea-Woo E. Approach to patients with gastrointestinal tract infections and food poisoning. In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ, eds. *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2019:chap
39. Gamble Y, Bunyapen C, Bhatia J: Feeding the term infant. En Berdanier CD, Dwyer J, Feldman EB, editores: *Handbook of nutrition and food*, Boca Raton, FL, 2008, CRC Press, págs. 271-284
40. UNICEF: Solo el 4.7% de los infantes menores de 6 meses son amamantados exclusivamente en República Dominicana [Internet]. Unicef.org. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/unicef-solo-el-47-de-los-infantes-menores-de-6-meses-son-amamantados>
41. Oficina Nacional de Estadística (ONE) [Internet]. Gob.do. [citado el 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://archivo.one.gob.do/encuestas/enhogar/enhogar-2014>

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables		Tiempo: 2019
Selección del tema	2021	Agosto
Búsqueda de referencias		Agosto-diciembre
Elaboración del anteproyecto		Octubre
Sometimiento y aprobación	2022	Enero
Ejecución de las encuestas		
Tabulación y análisis de la información		Febrero
Redacción del informe		
Revisión del informe		Marzo
Encuadernación		Abril
Presentación		Mayo

**PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS
CON EL INICIO Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL RICARDO
LIMARDO PERIODO FEBRERO-MAYO 2022.**

XIII.2. Instrumento de recolección de datos para determinar la

1. Edad:

- 10-19
- 20-29
- 30-39
- >40

2. Nivel de escolaridad:

- Analfabeto
- Primaria
- Secundaria
- Universitario

3. Nacionalidad:

- Dominicana
- Haitiana
- Otra: _____

4. Motivo por el cual inicio la lactancia materna:

- Por decisión propia.
- Por recomendación de un profesional de la salud.
- Por recomendación de un familiar o conocido.
- Otra: _____

5. Tipo de lactancia materna:

- Lactancia materna exclusiva
- Lactancia mixta

6. Duración de la lactancia materna:

- 1-2 meses
- 3-4 meses
- 5-6 meses
- >6 meses

7. Razones para abandonar la lactancia materna antes de los 6 meses:

- Problemas de lactancia
- Hipogalactia
- Cuestión laboral
- Otra: _____

XIII.3. Costos y recursos

IX.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal medico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
IX.3.2. 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
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
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
IX3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
IX.3.4. 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 del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Imprevistos 10%			
Total			\$11,824.00

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

XIII.4. Evaluación

Sustentante:

Dr. Alberto E. Cepeda Ramírez

Asesores:

(Metodológico)

Dra. Juana Llibre (Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez

Autoridades:

Dra. Yasseiry Peña
Coordinador de la residencia

Dra. Yasseiry Peña
Jefe Departamento

Dr. Benjamín Reyes
Jefe de Enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora Unidad de pos grado y Residencias médicas

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____