

**VARIABLES QUE INFLUENCIAN EN EL
AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
SALUD REPRODUCTIVA**



VARIABLES QUE INFLUENCIAN EN EL AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO

**Autora: Lic. Yolimar Toro
Tutora: Magsc. Elka Montes**

VALENCIA, NOVIEMBRE 2012



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



VARIABLES QUE INFLUENCIAN EN EL AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO

**Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias
de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de**

**MAGÍSTER EN ENFERMERIA
EN SALUD REPRODUCTIVA**

Autora: Lic. Yolimar Toro

Tutora: Magsc. Elka Montes

VALENCIA, NOVIEMBRE 2012

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser quien guía mis pasos a diario

A mi familia, por su cariño y apoyo incondicional de una u otra manera

A la Profesora Elka Montes por ser mi maestra, por su dedicación, ayuda, apoyo y permitir que su experiencia me motive e inspire a otras personas

Igualmente, se lo dedico a las profesoras Milagros Varón y Amarilis Guerra por su apoyo incondicional y motivación

A los Centros de Salud Maternidad del Sur y Centro Médico “Dr. Guerra Méndez” por abrirme las puertas de la institución para obtener la información necesaria para el desarrollo de la investigación

A la Universidad de Carabobo, por abrirme las puertas y hacer posible uno de mis grandes sueños y/o metas como es el de seguir la preparación académica lo que permite avanzar como profesional; así como también, le agradezco por darme la libertad para crear

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada:

En primer lugar, a quienes me han dado la vida y me acompañan desde siempre en todo los momentos de mi existencia, por darme la oportunidad de ser lo que soy y de alcanzar todo lo que me he propuesto, a diario les doy gracias por seguirme acompañando en todo lo que emprendo en la vida, mi **DIOS**

Muy especialmente, a **JOSÉ** mi esposo, que estuvo siempre dándome apoyo espiritual, emocional, material y afectivo.

A mi **HIJO, Diego Fernando** que ha sido, es y será mi mayor inspiración e incentivo que me ha motivado a seguir adelante

A mis **PADRES**, por haber planificado mi existencia en este mundo, ellos con su educación, valores, principios, dedicación, apoyo y amor han contribuido a mis logros en todos los momentos de mi vida.

INDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria.....	v
Resumen.....	ix
Summary.....	x
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio:.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Justificación del Estudio.....	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	14
Antecedentes de la investigación.....	14
Bases Teóricas.....	23
Bases Legales.....	40
Definición de Términos.....	45
Sistema de Variables.....	47
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	48
Tipo y Diseño de Estudio.....	48
Población y Muestra.....	49
Procedimiento para la Recolección de Datos.....	49
Técnicas e Instrumento para la Recolección de datos.....	50
Confiabilidad y Validación del Instrumento.....	50
Procedimiento para la Recolección de Datos.....	51
Técnica de Tabulación de los Datos.....	51
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
Discusión de los Resultados.....	67
Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	70
Referencias Bibliográficas.....	71
Anexos.....	74

INDICE DE TABLAS

	Pág
	.
TABLA 1. Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida en la Escala de Latch según las variables: Contacto Precoz durante la Primera Hora de vida y Alojamiento Conjunto Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010.....	55
TABLA 2. Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según tipo de parto Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010.....	57
TABLA 3. Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según tipo de hospital Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010.....	61
TABLA 4. Valores de la Media (X) y Desviación Estándar (S) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según edad (años) Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010.....	64

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO 1A. Media de la puntuación total obtenida en las dimensiones de la escala de Latch, según sitio de amamantamiento	56
GRAFICO 1 B. Media de la puntuación total obtenida en la Escala de Latch según sitio de amamantamiento	56
GRAFICO 2A. Media de la puntuación total obtenida en las dimensiones de la escala de Latch, según tipo de Parto.....	58
GRAFICO 2B. Media de la puntuación total obtenida en la escala de Latch según tipo de parto.....	59
GRAFICO 3A. Lactancia materna exclusiva eficaz. Media de la puntuación total obtenida en las dimensiones de la Escala de Latch según tipo de hospital.....	62
GRAFICO 3B. Lactancia materna exclusiva eficaz. Media de la puntuación total obtenida en la Escala de Latch según tipo de hospital.....	63
GRAFICO 4A Media de la puntuación total obtenida en las dimensiones de la escala de Latch, según edad (Años).....	65
GRAFICO 4 B Media de la puntuación total obtenida en la Escala de Latch según edad (Años).....	66



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
SALUD REPRODUCTIVA



**VARIABLES QUE INFLUENCIAN EN EL
 AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO.**

Autora: Yolimar Toro

Tutor: Elka Montes

Noviembre 2012

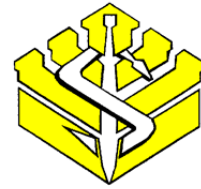
RESUMEN

El presente estudio está enmarcado en la Línea de Investigación “Cuidado Humano en la Experiencia Humana de la Salud Reproductiva,” correspondiente a la Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva de la Universidad de Carabobo, el cual está dirigido a Determinar el efecto de las variables contacto precoz en la primera hora después del nacimiento, permanencia en el mismo alojamiento, tipo de parto y tipo de hospital en el acto de amamantar, medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH), en tres grupos de púerperas de diferentes edades, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo. Es una investigación cuantitativa, con un diseño correlacional de campo. La población y muestra estuvo representada por el 100% de las púerperas del servicio de la maternidad de un hospital público y uno privado, en edades comprendidas: 15 a 19, 20 a 35, 36 a 45 años, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección de datos, el cual se estructuró en tres partes: la primera son los datos demográficos, la segunda parte evaluación de la práctica de Lactancia Materna según la escala de LATCH, esta escala mide cinco aspectos donde cada uno tiene un puntaje de cero a dos puntos y la tercera incluye tipo de hospital, y tipo de parto. Las técnicas de análisis de los datos estadísticos serán a través de lo descriptivo e inferencial. Con respecto a las variables contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento y permanencia en el mismo alojamiento y su relación con el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) no se encontró una diferencia bilateral significativa ($p > 0,05$), aunque en la variable contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento fue mayor la puntuación media por 0,38 puntos. Esto coincide con los resultados presentados por Percy e Hinojosa (15), que estudiaron por qué disminuye la frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) y determinaron el efecto de la lactancia precoz (LP) y contacto piel a piel (CPP) en la LME. Y obtuvieron como resultados que; en el grupo de LME estaba presente en 93,33% a los 5 días y en 73,33% a los 15 días en el grupo control, LME estaba presente en el 76,67% y 30% ($p=0,05$) respectivamente.

Palabras Claves: Lactancia Materna Exclusiva, Contacto Precoz, Alojamiento Conjunto, Parto Normal, Cesárea.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
SALUD REPRODUCTIVA



VARIABLES THAT INFLUENCE THE EXCLUSIVE BREASTFEEDING

Author: Toro Yolimar

Tutor: Elka Montes

November 2012

SUMMARY

This study is framed in the research "Humane Care in the Human Experience of Reproductive Health," under the Master of Reproductive Health Nursing at the University of Carabobo, which will be addressed to determine the effect of variables early contact in the first hour after birth, stay in the same accommodation, mode of delivery and type of hospital in the act of breastfeeding measured by the rating scale of breastfeeding (LATCH) in three groups of puerperal of different ages, in the city of Valencia, Carabobo State. It is a quantitative and a correlational design field. The sample population was represented by 100% of postpartum maternity service of a public and a private hospital, aged 15 to 19, 20 to 35, 36 to 45 years, who have applied to an instrument data collection, which was divided into three parts: the first is the demographic data, the second part of the evaluation of breastfeeding practice according LATCH scale, this scale measures five areas where each has a score of zero to two points, and the third includes hospital type, and type of delivery. Techniques of statistical analysis will be through the descriptive and inferential. Regarding variables early contact, in the first hour after birth and stay in the same accommodation and its relationship to the act of breastfeeding measured by the rating scale of breastfeeding (LATCH) no difference was found bilateral significant ($p > 0.05$), although the variable early contact, in the first hour after birth was higher mean score by 0.38 points. This agrees with the results presented by Percy and Hinojosa (15), who studied the frequency decreases why exclusive breastfeeding (EBF) and determined the effect of early lactation (LP) and SSC (CPP) on the LME. And as results obtained, in the SCI group was present in 93.33% at 5 days and 73.33% after 15 days in the control group, SCI was present in 76.67% and 30% ($p = 0.05$) respectively.

Keywords: Exclusive breastfeeding, Early contact, Rooming, Normal delivery, Cesarean.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, es la intervención más efectiva, pues con ella se garantiza cubrir las necesidades nutricionales, inmunológicas y de tipo afectivo que el niño requiere.

La leche materna por su composición y disposición a la hora y lugar que el niño la desee, es el alimento ideal. Sin embargo a pesar de lo importante que es practicar la lactancia materna y de las campañas de protección, promoción y apoyo que realizan diversos sectores a nivel mundial, nacional y regional, como lo son la Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Bienestar Social, Insalud, Instituto Nacional de Nutrición, los cuales establecen lineamientos a desarrollar en las instituciones de maternidad para favorecer el inicio y mantenimiento de la lactancia materna estos no se cumplen en su totalidad.

Lo señalado, hace que las madres introduzcan en ocasiones formulas artificiales llevando esto al fracaso de la lactancia materna exclusiva; por lo que la intervención del personal de salud, especialmente los profesionales de enfermería durante el embarazo, parto, y puerperio, son trascendentales, para garantizar el éxito del amamantamiento, pues la lactancia materna no es una conducta totalmente instintiva, algunas madres necesitan orientación, en cuanto a la técnica, conocer los beneficios tanto para el niño como para ellas misma, y de esa manera evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva.

El propósito del presente estudio es determinar el efecto de las variables: contacto precoz en la primera hora después del nacimiento, permanencia en el mismo alojamiento, en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) en tres grupos de puérperas en edades comprendidas: 15

a 19, 20 a 35, 36 a 45 años, tomando en consideración dos variables importantes como lo es el tipo de parto (vaginal y cesárea), al que es sometida la madre y el tipo de hospital (dependencia oficial y un hospital privado) en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

La presente investigación está estructurada en cuatro capítulos: **Capítulo I:** Se refiere al planteamiento del problema, los objetivos del estudio y la justificación. **Capítulo II:** Marco teórico, contiene los antecedentes del estudio, Bases teóricas y Legales, definición de términos y definición de variables. **Capítulo III:** Referente al marco metodológico donde se señala el tipo de estudio, población, muestra, los métodos y técnicas para la recolección de datos y finalmente las técnicas de tabulación y análisis de los mismos. Finalmente, el **Capítulo IV** donde se presentan los resultados y la discusión de los mismos; conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema, los objetivos del estudio y su justificación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna proporciona nutrición ideal y protección de la salud a los lactantes durante los primeros meses de vida, puesto que aporta todos los nutrientes, anticuerpos, hormonas, factores de inmunidad y antioxidantes que necesita el niño para su crecimiento y desarrollo. Protege al lactante contra las diarreas y las infecciones agudas de las vías respiratorias y estimula el sistema de inmunidad. La organización mundial para la salud (OMS) y el fondo de naciones unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido y seguir amamantando a partir de los seis meses al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. **(1)**

En contraste a su importancia por sus beneficios, la frecuencia y duración en la práctica de la lactancia materna disminuyó a principios del siglo XX **(2)** siendo una constante a nivel mundial con importantes implicaciones personales, sociales, y sanitarias. Según la Academia Americana de Pediatría, en 1995 la Lactancia Materna

en Estados Unidos de Norteamérica, al sexto mes era de 21%, en México, el Consejo Nacional reportó en 1997 una tasa de lactancia materna exclusiva en menores de cuatro meses de 33,6%. **(3)**

Según datos reportados por 94 países la OMS estima que la tasa de lactantes entre los 0 y 4 meses que son amamantados en forma exclusiva con leche materna es del 35%. **(4)**

Alrededor del 90% de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor, más del 90% que en América Latina y Caribe alrededor del 85%, la lactancia materna dura más o menos el 70% en niños asiáticos y africanos de seis meses de edad que todavía se alimentan del pecho. En cambio en América Latina y el Caribe la lactancia dura de dos a cinco meses en un promedio, y solo 35% a 60% sigue recibiendo lactancia a los seis meses. **(4)**

En España, según una encuesta Nacional de Salud, el 62% de las madres llegan a dar de mamar 6 semanas, y sólo el 24,2% lo hace hasta los 6 meses recomendados, en este mismo orden Estados Unidos se fijó lograr en el 2010 una tasa de inicio de 75%, y de 50% de mantenimiento a los 6 meses, la cual se está cumpliendo **(1)**, es por ello que las instituciones que apoyan la lactancia materna

saben que deben seguir esforzándose por mejorar las tasas de inicio y mantenimiento de la Lactancia Materna, a través del apoyo prestado a las madres en diferentes momentos del embarazo y el puerperio. **(4)**

La interrupción del amamantamiento materno exclusivo en las primeras horas, semanas o meses de vida, incrementa el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte infantil ya que la lactancia contribuye a la muerte prevenible de más de 1 millón de niños cada año, según afirmó la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna en el año 2008. **(4)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de Salud (OPS), señalan que en América Latina y el Caribe el riesgo de morir en niños menores de un año alimentados artificialmente es de 3 a 5 veces mayor que los alimentados con lactancia materna. La muerte se manifiesta por enfermedades diarreicas, en Latinoamérica ocurren 500.000 muertes anuales en menores de 5 años por infecciones intestinales de los cuales en niños alimentados artificialmente el riesgo es 14 veces mayor.**(4)**

Venezuela como país Latinoamericano no escapa a las elevadas tasas de morbi-mortalidad - infantil antes señaladas. El Ministerio del Poder Popular para la

Salud y Bienestar Social de la República Bolivariana de Venezuela , señala que la mortalidad Infantil fue de 17,5 (por 1.000 NVR), teniendo Carabobo registrado para ese año 624 muertes **(5)** , la cual se considera alta y guarda relación con la situación socio económica que atraviesa la mayoría de sus habitantes: bajos recursos económicos, condiciones inadecuadas de viviendas, escaso poder adquisitivo de alimentos, limitado aprovisionamiento de agua, energía eléctrica y el aumento de desempleo, aunado a todo esto hay una alta incidencia de embarazos no deseados lo que viene a agravar la situación

Lo antes descrito, evidencia que los avances logrados no están siendo suficientes, a pesar que ya hace 20 años de la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño establecida por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF) donde se establecen actividades a cumplir en las instituciones de maternidad para proteger, promocionar y apoyar la lactancia. Además, los factores que afectan a las tasas de lactancia materna son numerosos y complejos actuando de forma distinta en diferentes situaciones, esto puede deberse al débil cumplimiento de los lineamientos establecidos, factor determinante para el declive de las tasas de la lactancia materna. **(6)**

Sobre este particular se puede decir que en la República Bolivariana de Venezuela en Gaceta Oficial del seis de septiembre de 2007, se promulga la Ley de

Promoción y Protección de Lactancia Materna, la cual establece en sus diferentes artículos leyes basadas en los diez pasos para una lactancia exitosa que establece la OMS/ UNICEF debiendo ser aplicadas por el personal de salud que atiende a la madre y el niño; como son: el contacto precoz en la primera hora después del parto, el alojamiento conjunto las 24 horas del día en la misma habitación con su madre.(7) Asimismo, la capacitación permanente del personal en lactancia ayuda a las madres para iniciar la lactancia.

Sin embargo, por experiencia propia como trabajadora de un centro materno infantil, de la ciudad de Valencia, lugar donde se realizó, este estudio actualmente esta disposición legal no es conocida y mucho menos aplicada, sobre todo el paso número cuatro referido a que se debe ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto, el recién nacido es separado de la madre por la enfermera para realizarle los cuidados inmediatos procedimientos que según como lo es: corte del cordón umbilical, peso y talla, podógrama, aspiración de secreciones, profilaxis ocular, administración de vitamina K, permeabilidad rectal, procedimientos que deben ser realizados un vez se establezca la relación madre hijo.

En el mismo sentido, la realidad observada en las salas de partos de los centros de salud de Venezuela es: si el niño es nacido por parto normal, y tiene un Apgar mayor a 7 puntos, una vez realizados los cuidados mencionados, es colocado

en la camilla con su madre, y de allí trasladado a la sala de puerperio en alojamiento conjunto; caso contrario el del niño que nace en quirófano a través de cesárea, es separado y sólo el contacto con su madre es visual y momentáneo, la colocación al seno materno se hace aproximadamente de cuatro a seis horas, ya que toda persona al ser sometida a una cirugía como es el caso de la madre cesareada, se le aplican diversos medicamentos (anestésicos), por motivos de dolor en la herida, aunado a la somnolencia de la madre y del recién nacido, dificultad para la movilización, que puede experimentar.

Aunado a lo anterior se le suma las normas rígidas para permitir las visitas de los familiares a las salas de maternidad haciendo esto, que las madres permanezcan largo tiempo solas, sin tener un familiar de confianza a su lado que la pueda ayudar. Por esta razón, se hace mucho más tardío la colocación al pecho y el alojamiento conjunto.

Si se detalla aún más la práctica frecuente, contrario a lo establecido en los diez pasos, se puede referir que el paso número seis, relacionado a no dar a los recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado, no se cumple, ya que el niño al ser recluido en un área de recién nacidos se le prueba la vía oral con solución glucosada, y se le suministra formulas artificiales como alimento.

Es importante destacar que en un estudio realizado en Puerto Rico, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia del tipo de alimentación y el tipo de parto, se observó que las madres de parto vaginal escogen la lactancia como método de alimentación en un porcentaje mayor que las madres con cesáreas. La lactancia materna combinada se observó en mayor proporción entre las madres que tuvieron cesárea que las que experimentaron parto vaginal y el uso exclusivo de leche artificial o fórmula fue mayor en las madres con cesárea. La duración de la lactancia entre las madres que tuvieron un parto por cesárea durante el primer y segundo día fue mayor.

Por otro lado, se tiene que la intervención del personal de enfermería en el momento del parto, y posterior a este es importante para el inicio y mantenimiento de la lactancia, por lo cual debe estar capacitada en técnicas de consejería, obteniendo así herramientas que la orientarán en la evaluación del acto de amamantar pudiendo usar entre los diferentes instrumentos que existen la Escala de LACTH.

Por lo antes planteado, y ante la ausencia de antecedentes al respecto a nivel nacional, surgen las siguientes interrogantes de investigación: **¿Cómo se relaciona las variables contacto precoz, alojamiento conjunto, tipo de parto, tipo de hospital, con el inicio y mantenimiento de Lactancia Materna Exclusiva en grupo de madres?**

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de las variables contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento, alojamiento conjunto, tipo de parto y tipo de hospital en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) en tres grupos de puérperas en edades comprendidas: (15 a 19), (20 a 35), (36 a 45) años, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el efecto de la variable contacto precoz en la primera hora después del nacimiento, en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la Lactancia Materna: LATCH, en tres grupo de puérperas en edades comprendidas entre (15 a 19), (20 a 35), (36 a 45) años, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

2. Determinar el efecto de la variable alojamiento conjunto, en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la Lactancia Materna: LATCH, en tres grupo de puérperas en edades comprendidas entre (15 a 19), (20 a 35), (36 a 45) años, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

3. Determinar el efecto de la variable tipo de parto: normal y cesárea, en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la Lactancia Materna: LATCH, en tres grupo de puérperas en edades comprendidas entre (15 a 19), (20 a 35), (36 a 45) años, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

4. Determinar el efecto de la variable tipo de hospital: público y privado, en el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la Lactancia Materna: LATCH, en tres grupo de puérperas en edades comprendidas entre (15 a 19), (20 a 35), (36 a 45) años, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La lactancia materna es el mejor alimento para proporcionar al niño, recién nacido hasta los dos años de vida, no sólo por las sustancias nutritivas que necesita para su crecimiento y desarrollo, sino también, porque lo protege contra enfermedades, le da seguridad emocional y amor. El personal de enfermería juega un papel protagónico en el fomento de la misma, la primera hora después del nacimiento su intervención es fundamental en el contacto precoz y alojamiento conjunto, porque ayuda a garantizar la permanencia de la lactancia exclusiva hasta los seis meses. El personal de enfermería está llamado a emprender acciones dirigidas a la promoción

de la lactancia materna, en pro de la salud de los niños menores de un año, y las madres, utilizando como alternativa nutricional y psico-afectiva.

Desde el punto de vista contemporáneo, se puede decir que es importante por la crisis económica mundial actual, pues si conocemos los aspectos que obstaculizan la práctica de la lactancia materna exclusiva, disminuyen las tasas de desnutrición infantil y morbi-mortalidad infantil. Del mismo modo, se considera que corrigiendo ésta problemática el Estado ahorraría en alimentación y gastos de enfermedades prevenibles en los niños.

En el ámbito profesional; se cree relevante porque los resultados del estudio les dará a los profesionales de enfermería herramientas para que desarrollen sus roles de docencia, asistencia y administración, promoviendo, protegiendo y apoyando la lactancia materna como alimento exclusivo, en niños menores de seis meses, para así minimizar enfermedades, y por ende esto incidirá en la disminución de la morbi-mortalidad infantil.

Esta investigación para las instituciones de salud, aportará un diagnóstico situacional sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva, y la aplicación de la ley de promoción y protección de la lactancia materna tanto en instituciones públicas, como privadas, y mejorando según sea el caso la intervención por parte del

equipo de salud e implementar programas educativos dirigidos a las madres, personal de salud y familia.

Desde el aspecto científico; constituirá un aporte teórico y metodológico. Igualmente, dejará ventanas abiertas a otros investigadores que quieran incursionar en la Línea de Investigación Cuidado Humano en la Experiencia Humana de la Salud Reproductiva referido a la Lactancia Materna. También servirá como un antecedente de investigación a futuros trabajos dirigidos a fortalecer conocimientos sobre esta práctica de alimentación por parte del personal de enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los antecedentes de la investigación, referentes teóricos, sistema de variables y su operacionalización, sistema de hipótesis y la definición de términos básicos.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Correa, R., y Méndez, **(8)**, hicieron una investigación que lleva por título “Estudio de Comportamiento en la Lactancia Materna”, llevada a cabo en un Servicio de Ginecología de tres centros asistenciales: Hospital Universitario de Canarias, Hospital “San Rafael” de Madrid y Hospital Universitario “Nuestra Señora de la Candelaria”, Tenerife, para la cual se ha realizado una revisión aleatoria de una serie de mujeres que acuden a las consultas de ginecología de un grupo de centros sanitarios durante los últimos 10 años. Se pretende conocer su comportamiento frente a la Lactancia natural y la influencia que ejerce sobre la edad, el tipo de parto y el trabajo; las actitudes y argumentos para no iniciarla y para suspenderla y las preferencias por los métodos anticonceptivos. Se comparan los datos obtenidos con una serie histórica obtenida 60 años antes en el mismo medio, el método utilizado fue un análisis comparativo de las variables, cuyo resultado refleja que las mujeres que fueron sometidas a cesárea (17.3%) dieron de mamar en un 63%. **(8)** Consideramos que esta investigación servirá como referencia pues reseña al tipo de parto en un

nutrido grupo de mujeres de diferentes edades, variable la cual se detalla en el estudio.

Báez, C., y Blasco, R. **(9)** realizaron una revisión para el proceso de validación al castellano de un instrumento de evaluación de la Lactancia Materna: el LATCH (Jensen, Wallace & Kelsay). En una Unidad de Puerperio Quirúrgico, hospital Universitario la Paz, Madrid, España. Se exponen los datos referentes a la fiabilidad de la escala en su versión traducida. Dos enfermeras (jueces) evaluaron tres momentos de lactancia a lo largo de la estancia en el hospital de 20 diadas madre-hijo post cesárea, siguiendo la estructura del LATCH. En total se obtuvieron 58, pares de evaluaciones para cada elemento de la escala. En la última evaluación previa al alta el porcentaje de acuerdo entre evaluadores supera el 80% en todos los componentes de la escala y la fiabilidad interjueces analizada a través del coeficiente de correlación de Spearman es adecuada. **(9)**

Sin embargo se encuentran deficiencias en la fiabilidad del elemento de la escala relativa al confort en los otros dos momentos temporales de evaluación. Se hace necesario completar el estudio con el análisis de la validez predictiva de la escala sobre la duración de la lactancia materna tras el alta hospitalaria.

La utilidad del LATCH en las áreas asistenciales y de investigación será comentada, es de relevancia este estudio de validación al castellano por que las variables de esta investigación se harán utilizando esta escala. **(9)**

Rivera y otros **(10)** realizaron una investigación titulada prevalencia del tipo de alimentación de los recién nacidos y tipo de parto en una institución hospitalaria, en Puerto Rico, el diseño del estudio fue descriptivo transversal. Se realizó un muestreo al azar entre las madres por cesárea y parto vaginal para un total de 530. La planilla recogió datos sobre tipo de alimentación (lactancia exclusiva, fórmula y combinada) y duración en el hospital, cuyos resultados fueron el tipo de parto que varió de 39% a 61% tanto para los partos vaginales como para las cesáreas. Se observó que las madres de parto vaginal escogen la lactancia como método de alimentación en un por ciento mayor que las madres con cesáreas.

La lactancia materna combinada se observó en mayor proporción entre las madres que tuvieron una cesárea que entre las madres que tuvieron un parto vaginal y el uso exclusivo de leche artificial o fórmula fue mayor para las madres que tuvieron una operación cesárea. La duración de la lactancia entre las madres que tuvieron un parto por cesárea durante el primer y segundo día fue mayor que las que tuvieron una cesárea. **(10)**

Este estudio es de interés para la investigación porque se relaciona con las variables en cuanto a la lactancia materna exclusiva, artificial y combinada en parto normal y cesárea.

Cárdenas, M., y Montes, E. (11), realizaron una investigación correlacional titulada perfil biopsicosocial y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva de madres de una consulta de niños sanos en Venezuela. El objetivo fue establecer si existe relación entre el perfil biopsicosocial y el abandono de la lactancia materna exclusiva, en madres de una consulta de niños sanos. La metodología utilizada fue un diseño cuantitativo, de tipo corte transversal, enmarcado en la línea de investigación de crecimiento y desarrollo.

La población estuvo conformada por 106 madres de niños menores de seis meses que asistían a las consultas de niños sanos de la Unidad Sanitaria “Dr. Cándido Díaz Carballo” y el Grupo Médico Miranda. La muestra fue representativa del Universo conformada por 60 madres, estratificada con dos grupos de madres de 30 cada grupo unas que daban lactancia materna exclusiva y otras que habían abandonado la misma, se les aplicó un instrumento estructurado en dos partes, cuya confiabilidad fue de 0,76 en el Alfa de Crombach los datos se presentan en cuadros de distribución de porcentajes utilizando el estadístico de χ^2 cuadrado con corrección de Yates.

Se obtuvo como resultado que la edad y el aspecto psicológico guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva comprobándose dos de las hipótesis específicas. Al finalizar la investigación se pudo concluir que todos los factores biopsicosocial se pueden convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva.(11) Guarda relación con la investigación por una de las variables en estudio referida a la lactancia materna exclusiva.

Perales J. (12) realizó una investigación titulada: Relación entre el Alojamiento Conjunto y la adecuada Lactancia Materna Exclusiva en Puérperas Cesareada. El trabajo fue de tipo explicativo, prospectivo, prolectivo, longitudinal y comparativo, el cual se realizó en dos grupos: uno con mujeres puérperas post cesareada que estuvieron en alojamiento conjunto con su hijo, y el otro de puérperas post cesareada con las mismas características que no estuvieron en alojamiento conjunto, dicho trabajo se realizó en el Hospital San José de Chíncha, entre enero y marzo del 2005, mediante una guía de observación. Respecto a los resultados no se encontró relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva, entre el alojamiento conjunto y el medio de alimentación tampoco se pudo encontrar asociación.

Por el contrario si se pudo encontrar que el alojamiento conjunto se encuentra relacionado con el intervalo de lactancias, en donde las que tienen alojamiento dan de lactar en mejores intervalos que las que no tienen alojamiento. No se pudo encontrar relación entre el alojamiento conjunto y el tiempo de lactadas respecto a la complementación con otros líquidos, las mujeres sin alojamiento, dan más complementos y líquidos que las que tienen alojamiento. Tampoco pudo encontrarse relación entre el alojamiento conjunto y la posición del niño en el momento de lactar, sin embargo se encontró además que las madres sin alojamiento dan de lactar prioritariamente sentadas, mientras que las que tienen alojamiento, lo hacen acostadas. Finalmente se pudo concluir que las mujeres sin alojamiento conjunto dan de lactar más frecuentemente con la posición del pezón y la areola de forma correcta, que las que si tienen alojamiento. **(12)**

Estudio que guarda relación con la investigación por las variables:
Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna Exclusiva en Madres Cesareadas.

Berra y otros, en el año **(13)**, desarrollaron un estudio titulado alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato en Córdoba Argentina, donde el objetivo fue describir la modalidad de alimentación de los recién nacidos en instituciones públicas y privadas; y estudiar su relación con prácticas sanitarias de atención del parto y el puerperio con características sociodemográficas. Se

estudiaron 347 binomios madre-hijo representativos de los nacimientos en maternidades públicas y privadas. Las madres fueron entrevistadas entre las 24 y 48 horas posteriores al parto.

Mediante análisis de Regresión logística se estudió la asociación de las prácticas sanitarias con la modalidad de alimentación en la institución, controlando el efecto de factores sociodemográficos y peri natales, en instituciones públicas y privadas, cuyos resultados fueron que recibieron lactancia materna exclusiva el 60,4% de los nacidos en instituciones públicas y el 2,9% de los nacidos en instituciones privadas.

El riesgo de no tener lactancia materna completa en las instituciones públicas durante el posparto inmediato fue significativamente mayor cuando los niños recibieron un primer alimento diferente de leche materna; los autores concluyeron que la atención del parto y el puerperio no es acorde a las recomendaciones actuales e influye en la modalidad de alimentación del recién nacido independientemente de otros factores estudiados.

Este trabajo se relaciona con la investigación planteada porque se considero uno de los factores de este estudio, el tipo de alimentación, en instituciones públicas y privadas. **(13)**

Evies, A., y González, R. (14), desarrollaron una investigación denominada “Nivel de Conocimiento del grupo familiar de las adolescentes embarazadas sobre lactancia materna exclusiva”, cuyo objetivo general fue comparar el nivel de conocimiento del grupo familiar de las adolescentes embarazadas sobre ventajas y técnicas de la lactancia materna antes y después de participar en un programa educativo al respecto. El diseño de la investigación fue de tipo cuasi-experimental, prospectivo, con un solo grupo con pre y post test. La población y muestra estuvo conformada por 14 grupos familiares de la adolescente.

El instrumento fue elaborado por las autores cuya confiabilidad fue medida a través del método de Speeman-Brown, con una puntuación de 0,79, siendo estadísticamente significativo. Para el análisis de los resultados se utilizó la T de Student, medias, desviación Standard. Los resultados obtenidos revelan que los conocimientos del grupo familiar después del programa educativo aumentaron significativamente. Para la investigación reviste de importancia por que mide la variable Lactancia Materna Exclusiva, aun cuando el método utilizado no guarda relación.(14)

Percy, B., e Hinojosa, R. (15), realizaron una investigación titulada: Lactancia en la media hora postparto y su efecto en Lactancia Materna Exclusiva; cuyo objetivo estuvo estudiar por qué disminuye la frecuencia de lactancia materna exclusiva

(LME) y determinar el efecto de la lactancia precoz (LP) y contacto piel a piel (CPP) en la Lactancia Materna Exclusiva. Procedimiento: Grupo de estudio (n=30): contacto piel a piel y lactancia materna en la primera media hora postparto y control de LME a los 5 y 15 días. Grupo control (n=30): igual seguimiento pero sin CPP ni LP. Es un estudio longitudinal prospectivo realizado en un hospital en Perú.

Los resultados arrojaron que: en el grupo de estudio la lactancia materna exclusiva estaba presente en el 93,33% a los 5 días y en el 73,33% a los 15 días; en el grupo control, la Lactancia materna exclusiva estaba presente en el 76,67% y 30% ($p=0,05$) respectivamente. Grupos de riesgo que disminuyen Lactancia materna exclusiva: menores de 21 años, educación secundaria, procedencia urbana marginal y primíparas. Conclusión: La lactancia precoz y el contacto piel a piel es determinante para garantizar la lactancia materna exclusiva a corto plazo. **(15)**

Valderrama, A., y Bueno, A. (16), realizaron una investigación titulada; Influencia del Alojamiento Conjunto Precoz en la Lactancia Humana en Madres cesareadas. Esta se realizó en un hospital regional del Cusco. Cuyo objetivo fue conocer si las madres cesareadas tienen dificultades en el Inicio y establecimiento de la lactancia por prácticas hospitalarias Inadecuadas. Ya que los partos por cesárea representan el 9% del total de partos. Es un estudio comparativo, en el primer grupo el alojamiento conjunto y amamantamiento, se inician dentro de las tres horas

posparto y en el grupo control a las 12 horas del mismo. Se hace seguimiento por cuatro días midiendo la frecuencia de tetadas y al cuarto día se mide el volumen de secreción láctea por el método de la doble pesada. El grupo en alojamiento conjunto precoz tuvo mayor frecuencia de tetadas al día (11,3 vs. 7,3) en los 4 días de seguimiento y mayor volumen de secreción láctea al cuarto día (230ml vs. 158ml). El alojamiento conjunto precoz en cesareada es posible y es aceptado por las madres, induce mayor frecuencia de tetadas y mayor volumen de secreción láctea lo cual facilita el establecimiento de la lactancia humana. **(16)**

Este estudio guarda relación con la investigación en estudio, por las variables: lactancia humana, alojamiento conjunto y madres cesareadas.

BASES TEÓRICAS

La Lactancia Materna

La alimentación al pecho materno ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente al problema de salud suyo y de su madre. Esta afirmación tiene una base científica más robusta, una calidad de evidencia mayor y una fuerza de recomendación más elevada que muchos tratamientos de uso habitual. Sin embargo, en todo el mundo siguen habiendo bajas tasas de inicio de la lactancia materna y su duración media es corta por abandonos precoces. Ello condiciona pérdidas de protección de la salud con

consecuencias adversas importantes para mujeres y lactantes, y de protección social para la comunidad y el entorno. **(17)**

La lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de todos los niños. Lo mejor sería que la lactancia sea exclusiva durante los cuatro a seis meses de vida **(18)**; es necesario decir que la lactancia materna debe ser exclusiva por que a través de ella el niño recibe todos los aportes necesarios para obtener una nutrición adecuada; sin necesidad de darle al niño ningún tipo de bebida ni siquiera agua ya que esta la contiene de forma suficiente para cubrir este requerimiento aun en los climas calientes.

Sus virtudes no radican aisladamente en el contenido energético, de nutrientes esenciales y de otras sustancias de importancia para la vida, si no radican en su alta variabilidad o capacidad de cambio según las necesidades del lactante. Ejemplo de ello pueden ser las sutiles variaciones en su composición según el nivel de maduración del niño, edad, según la toma del día e incluso en el transcurso de cada mamada. En otras palabras, la leche humana es en cada momento el alimento más adecuado e idóneo para el lactante tanto en el orden cualitativo como cuantitativo.

Por otra parte, la leche humana es un alimento suficiente y necesario en los primeros seis meses de la vida, ya que proporcionan en inigualable armonía todo los

componentes para un óptimo funcionamiento de todo el organismo; por consiguiente la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar hasta los dos años complementándolo con otros alimentos.

Además de su valor nutritivo, contiene sustancias de singular valor para la defensa del niño menor de seis meses, hacia múltiples microorganismos patógenos, contra los cuales no han desarrollado la inmunidad necesaria.

Desde hace miles de años hasta principios del siglo pasado, la cultura del amamantamiento formaba parte de la cultura de los pueblos y se transmitía de madres a hijas. De esta manera, durante siglos, las mujeres han amantado a sus hijos de forma calida y familiar. Diversas circunstancias, a partir de la segunda década del siglo XX, han llevado a la extinción de la cultura de la lactancia y a la generalización de los sucedáneos en la alimentación de los niños. El sistema nacional que reforzaba el amamantamiento, mujeres apoyando a otras mujeres comenzó a fallar y la sociedad paso a considerar normal la alimentación de los niños con biberón.

Composición De La Leche Materna

La composición de la leche materna, la cual contiene todas las proteínas, grasas, vitaminas y además elementos indispensables para la alimentación del recién nacido y sigue siendo una fuente importante de nutrientes por lo menos hasta los dos

años; razones por las cuales la leche materna protege a los niños contra las infecciones.

Desde esta perspectiva, se tiene que existen múltiples ventajas de la lactancia materna, como son: los diferentes cambios que sufre la leche materna y su incidencia positiva en la salud y en la nutrición del niño; además, de que existen argumentos mediante los cuales se demuestra que la alimentación artificial genera múltiples problemas en los recién nacidos. La economía de la alimentación materna comparada es otro tipo de alimentos. La leche materna contiene todos los nutrientes indispensables para la alimentación del niño; además posee los elementos que lo protegen contra las infecciones. La alimentación mal llamada artificial puede ser la fuente de múltiples problemas tanto para el niño como para la familia. Según la OMS y UNICEF los centros asistenciales que prestan apoyo a las madres y a sus hijos deben poseer ciertas características para ser clasificados como hospitales amigos de los niños y de la madre entre las disposiciones que deben cumplir son las que se describen a continuación:

Paso 1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

Paso 3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

Paso 5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de él.

Paso 6. No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

Paso 7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.

Paso 8. Fomentar la lactancia natural a demanda.

Paso 9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.

Paso 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. **(19)**

Es por ello que los y las profesionales que atienden a la mujer o a la embarazada desempeñan un papel importante en la preparación para la lactancia materna, el contacto precoz entendiéndose este término como el contacto piel con piel entre el niño y su madre después del nacimiento. Se habla de contacto piel con piel

inmediato cuando es inmediato al nacimiento y de contacto precoz, cuando tiene lugar durante la primera media hora.

Contacto Precoz

La fisiología del contacto precoz durante las dos primeras horas después del nacimiento el recién nacido está en alerta tranquila, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto. **(20)**

El niño ha estado en contacto con el olor del líquido amniótico materno durante el embarazo. Los niveles elevados de noradrenalina en el encéfalo facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Si nada más nacer se deja al recién nacido en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda, (masticación, succión, de su puño, lengüetadas), se dirige hacia la areola, que reconoce por su olor y la succiona correctamente. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas con un agarre adecuado.

Este proceso requiere su tiempo: el 90% de los niños hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos. Sin embargo, la separación, aunque sea

durante unos minutos, altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas realizadas con éxito. Muchas veces, con el afán de ayudar al recién nacido a agarrarse al pecho, se esfuerza y se puede abolir estos reflejos de búsqueda y alterar la colocación de la lengua lo que da lugar a una técnica de succión incorrecta. Es mucho mejor que todo ocurra de forma espontánea y lo ideal es que la madre y el niño permanezcan en contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida. La anestesia materna puede modificar la actitud del recién nacido. Los niños cuyas madres han recibido dolatina están sedados y muchos no succionan al pecho.

Existe una relación entre la dosis de fentanyl que ha recibido la madre durante la anestesia epidural y el abandono de la lactancia materna al alta del hospital. Como consecuencia del estrés del parto, el recién nacido segrega cortisol y noradrenalina. El contacto piel con piel y la succión del pecho materno son estímulos vagales muy eficaces para que el niño se recupere antes del estrés del parto. Además, provocan un aumento de la secreción de oxitócica materna que provoca la contracción del útero, la eyección de calostro, ejerce un factor anti estrés y contribuye a la aparición del vínculo. El contacto estrecho madre-hijo es la norma biológica de la especie humana. Históricamente, ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. **(21).**

La separación precoz es la separación inmediata al nacimiento impuesta en muchas maternidades por la práctica médica habitual. La separación precoz impide que la primera toma al pecho se haga de forma espontánea y aunque se puede paliar mediante apoyo y consejería en lactancia materna, se ha descrito que es 2,2 veces menos probable que los niños separados continúen con lactancia materna entre el mes y los tres meses de edad.

Es por ello que se hace cada día más necesario evaluar la Lactancia Materna y para ello existen diferentes instrumentos entre los cuales podemos mencionar la escala de LATCH, algunos evalúan actitudes maternas, conocimiento o confianza. El LATCH incluye en su evaluación a la madre y a su hijo, y recoge información referente al agarre del pecho, deglución audible, tipo de pezón, comodidad y ausencia de dolor, y si se precisa ayuda externa en el mantenimiento de la posición. Se caracteriza por su sencillez y similitud con los aspectos que los profesionales suelen tener en cuenta a la hora de valorar la lactancia materna. La aplicación consiste en evaluar cada uno de estos aspectos en una escala de 0 a 2, de forma que 0 es la peor puntuación en relación a la eficacia de la lactancia, La puntuación máxima que se puede obtener sumando cada componente es 10. El LATCH se aplicaría para cada lo largo del tiempo si se van solventando las dificultades que el propio instrumento va reflejando.

El interés del LATCH por tanto, reside en su utilidad para:

1. Prevenir e identificar dificultades y complicaciones. Detección de áreas de mayor necesidad. Prevención del abandono de LM;
2. Predecir el mantenimiento de la LM;
3. Herramienta básica de investigación;
4. Transmisión de información entre profesionales; y
5. Conocer la eficacia de la intervención sobre la lactancia materna del personal de enfermería.

El LATCH pertenece a un tipo de instrumentos "clínicos" compuestos por ítems independientes entre sí (como el test elaborado por Virginia Apgar), mientras que por otro lado existen los instrumentos más psicosociales, en donde lo que se busca es la homogeneidad de los ítems. Aunque algunos diferencian los dos enfoques incluyéndolos dentro de dos diferentes disciplinas ("clinimetrics" frente a "psicometrics"), parece que simplemente son dos formas diferentes de construir instrumentos. La ventaja de índices clínicos del estilo del LATCH es que son fáciles y rápidos de utilizar. Además cuentan con una validez aparente importante ya que son elaborados a partir de lo que los profesionales suelen evaluar en relación a ese concepto. Los componentes del LATCH coinciden con lo que todas las enfermeras evalúan en su práctica diaria. Es el conocimiento del profesional la base y la fuerza sobre la que se apoya la elaboración de este tipo de instrumentos **(9)**. Así mismo es

importante que al niño se le ofrezca el pecho precozmente, a ser posible en la primera hora tras el parto. Después de la primera hora el recién nacido suele quedar adormecido unas horas.(22)

Asimismo, el comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría en la revista guía para profesionales refiere: “Es importante que al niño se le ofrezca el pecho precozmente, a ser posible en la primera hora tras el parto. Después de la primera hora el recién nacido suele quedar adormecido unas horas, durante este tiempo es recomendable que el niño permanezca con su madre aunque no muestre interés por mamar y que se estimule el contacto piel con piel entre ambos” (23)

Los beneficios positivos del contacto precoz entre la madre y su hijo en el periodo de adaptación del recién nacido en la actualidad son indiscutibles y su práctica ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos. Por otro lado, el tacto es el sentido de primera aparición en el desarrollo embrionario, siendo el primer medio de comunicación que posee el individuo para relacionarse con el medio ambiente, con todo lo que está más allá de la piel.

Las primeras nociones que tiene el recién nacido son de carácter táctil, ello hace que el contacto piel a piel entre madre e hijo sea de extraordinaria importancia

para el " apego", el reconocimiento mutuo, el intercambio afectivo emocional y para el éxito de la lactancia, es el contacto estrecho entre la madre y su hijo recién nacido (RN) es la norma biológica de la especie humana, históricamente, ha aportado protección, calor, estimulación social y nutrición al lactante. Sin embargo, el manejo médico perinatal moderno ha impuesto un patrón de separación temprana de madre y bebé. (23)

Después del nacimiento, la madre y el niño necesitan estar juntos. Las investigaciones demuestran que esto, es lo mejor para ambos, es decir que durante la estancia en el hospital el niño permanezca el mayor tiempo posible con su madre y que sean tratados ambos como un binomio madre-hijo, el estar juntos les permite conocerse y reconocer las demandas del pequeño, entender sus ruidos y movimientos y así poder proporcionarle atención a sus necesidades de la mejor manera, estableciendo y fortaleciendo el lazo de unión y confianza, sabiendo que el equipo de salud está para atenderlos y guiarlos y que las madres puedan atender y entender a su hijo.

Alojamiento Conjunto

El alojamiento conjunto consiste en que después del parto, el recién nacido permanezca todo el tiempo en la habitación con sus padres. Algunos hospitales favorecen esta práctica que en otros países es lo habitual. En Venezuela, los centros

de salud tanto públicos como privados a pesar de que se está poniendo en práctica los Hospitales Amigos del Niño (a) y de la Madre aún no tienen este programa; la costumbre de llevar a los bebés a los cuneros sigue siendo una práctica muy común.

Existen muchas ventajas para que el niño esté todo el tiempo con sus papás, en primer lugar es el que haya un buen inicio de la lactancia materna, ya que el bebé no recibe así ningún biberón con fórmula y es alimentado a libre demanda con lo que se evita el que confunda la manera de succionar, que es la principal causa de que aparezcan grietas en el pezón. El bebé muerde con sus encías el pezón como si fuera un biberón, en vez de succionar parte de la areola y el pezón como debe ser en la lactancia materna.

Del mismo modo, cuando hay una buena succión se favorece el que "baje la leche" en menos días y, el alojamiento conjunto es ideal para ello. Los padres también van conociendo los ruidos, gestos, evacuaciones y características de su hijo, pueden comentar con su pediatra las dudas y cuando se van a casa ya son expertos y así se sienten más confiados que aquellos a quienes les llevan el bebé de visita por un ratito mientras están hospitalizados, además esos bebés van dormidos porque ya les dieron de comer conforme a los horarios establecidos por el hospital. (24)

Debe tenerse muy en cuenta que en las primeras horas y días se produce calostro que contiene todos los nutrientes que necesita el recién nacido, igualmente de que lo protege contra infecciones ya que tiene 5 veces más IGA que la misma leche materna y enzimas que ayudan a evacuar el meconio que está en el intestino del bebé. Las IGA son inmuno globulinas, que son proteínas que tienen que ver con la respuesta inmunológica del organismo y lo protegen de las infecciones. Es importante dar de mamar a libre demanda, tan a menudo como sea posible. Por lo tanto, si un bebé es dormilón se recomienda despertarlo al menos cada 3 horas las dos primeras semanas y si se duerme durante la succión, es mejor darle de comer destapado.

El alojamiento conjunto facilita que se establezca la Lactancia Materna, pues la madre rápidamente podrá satisfacer la necesidad de alimento en el momento mismo que él lo solicite sin necesidad del llanto como señal.

En otro orden de ideas, es importante señalar que fue a principios del siglo xx, cuando aumento el numero de madres que daban a luz en los hospitales, se adopto la práctica de tener a los niños en una sala cuna, una de las consecuencias fue las infecciones cruzadas, lo que produjo epidemias de diarreas (Mcbryde y Durham) y de infecciones cutáneas estafilocócicas entre los recién nacidos (Rush, Chalmers; Enkin). Más recientemente algunos hospitales han instituido el alojamiento conjunto

y esta práctica se ha extendido, produciendo habitualmente un descenso de las infecciones. (25)

Sin embargo, en muchas maternidades sobre todo centros privados siguen teniendo salas de cuna para los recién nacidos sanos frutos de un parto normal. Otras mantienen alojamiento conjunto parcial, manteniendo a la madre y el niño juntos durante el día, pero poniendo a los niños en la sala cuna por la noche. A veces se despierta a las madres para dar pecho a su hijo; pero con frecuencia se les da leche artificial a los niños o agua mientras están en la sala cuna. Por el contrario, el alojamiento conjunto permite a las madres responder siempre que sus hijos dan señales de querer comer y estos les ayuda a establecer una buena producción de leche, la sala cuna interfiere con la Lactancia Materna a libre demanda y aumenta las probabilidades de dificultad con la Lactancia Materna.

Las investigaciones revisadas y tomadas como antecedentes del estudio, comprueban que las madres que reciben a sus bebés en habitación conjunta, continúan con la lactancia materna con mayor facilidad y por periodos más largos.

Tipos De Partos

Otro aspecto que se cree es influyente en la lactancia materna exclusiva es el parto, que es definido por los médicos como un proceso fisiológico por medio del cual nace un niño, la literatura nos describe varios tipos de parto, parto normal, y

cesárea. El parto es un momento muy especial en la vida de cualquier mujer. Por lo que es importante darles a conocer cada una de sus etapas y prepararlas para este proceso único.

Existen diferentes Clasificaciones de los nacimientos y también las alternativas de parto que puede escoger la madre para tener a su bebé, según las condiciones de salud e indicaciones médicas. Según el portal web facemama.com. El parto se clasifica de las siguientes maneras:

Parto Normal Con Anestesia.

Es el tipo de parto en el cual el bebé sale a través de la vagina, pero, a diferencia del parto natural, en éste se utiliza anestesia y medicamentos para el dolor. Usar o no algún tipo de analgesia durante el parto depende de la mujer y de sus circunstancias personales.

Parto Natural

Este tipo de parto significa riesgos mínimos porque no existe alteración alguna de la madre ni el feto por medio de medicamentos. El doctor basa su diagnóstico en los latidos del bebé y en la frecuencia e intensidad de las contracciones. Entre sus beneficios destaca el contacto inmediato del pequeño con su madre, desarrollando su autoestima, capacidad de entregar amor y relacionarse con el

resto. Si la madre opta por este tipo de parto, deberá prepararse para enfrentar los malestares propios de la fase final del embarazo por medio de cursos, yoga o hipnosis. Además, la anestesia puede hacer que la mujer controle su trabajo de parto y pre-parto con el mínimo dolor posible.

Parto Por Cesárea

Este tipo de parto se realiza cuando el bebé viene con los pies o nalgas hacia abajo o en posición transversal. También al surgir emergencias como una tensión fetal, cavidad pélvica menor al tamaño del bebé, sangrado vaginal o infecciones virales activas que afecten al cuello uterino; entre otras. La cirugía consiste básicamente en una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé. Existen dos tipos de cisura: una que se realiza de forma longitudinal del ombligo al pubis; y otra en forma transversal y a nivel supra-púbico.

La mayoría de los partos se desarrollan normalmente, sin embargo, pueden existir algunas complicaciones que podrían necesitar tratamiento especial. De todos modos, las potenciales dificultades podrán ser detectadas con antelación para recibir el tratamiento adecuado.

Otra Clasificación De Partos

Pero independientemente de la opción que elija la madre para dar a luz, el parto puede clasificarse **según el tiempo de gestación**

- Parto de término: es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- Parto pre-término: es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.
- Parto pos-término: cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

También recibe una clasificación **según la finalización**

- Parto eutócico: es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.
- Otra clasificación que recibe el parto es **según el comienzo**
- Parto espontáneo: cuando el feto presenta diversas variedades de presentación, diferentes al vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.

- Parto inducido-estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena. (26)

En cuanto a la teoría que ayuda afianzar esta teoría se menciona: la Teoría de Ramona Mercer esta teoría se basa en el rol materno donde refiere “Es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto periodo de tiempo y durante la cual la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencias en la realización de los cuidados relacionados con un rol donde expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo”

BASES LEGALES

El primer basamento legal de la lactancia materna es la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la cual en sus artículos 83 al 85 establece el derecho a la salud. Además, la lactancia materna cuenta con una Ley de Fomento, Apoyo y Protección que fue promulgada en 1995 y tiene como objetivo proteger el derecho natural del niño a la leche de su madre como el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.

En el cuerpo legal se menciona que la lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño cumpla los dos años de edad y que debe promoverse la educación sobre la temática entre las madres embarazadas así como la

eliminación de toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna

Gaceta Oficial N° 38.763 del 6 de septiembre de 2007, donde La Asamblea Nacional De La República Bolivariana De Venezuela. Decreta lo siguiente,

LEY DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Objeto

Artículo 1

Esta Ley tiene por objeto promover, proteger y apoyar la lactancia materna, como el medio ideal para la adecuada alimentación de los niños y niñas, a los fines de garantizar su vida, salud y desarrollo integral. (7)

Derecho a la lactancia materna

Artículo 2

Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones adecuadas que garanticen su vida, salud y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas, con el apoyo y colaboración de los padres. (7)

Los padres y demás integrantes de la familia deben alentar y brindar todo el apoyo necesario para que las madres puedan ejercer el derecho humano previsto en este artículo en beneficio de sus hijos e hijas.

El Estado, con la participación solidaria de las comunidades organizadas promoverá, protegerá y apoyará la lactancia materna exclusiva a libre demanda de los niños y niñas hasta los seis meses de edad y, la lactancia materna con alimentación complementaria oportuna, adecuada; inocua y debidamente administrada hasta los dos años de edad. El ministerio con competencia en materia de salud podrá incrementar esta edad mediante resolución especial.

Derecho a información sobre lactancia materna

Artículo 3

Todas las personas, especialmente las mujeres embarazadas, madres y padres, tienen derecho a recibir información oportuna, veraz y comprensible, así como a ser educados, sobre el inicio, mantenimiento y beneficios de la lactancia materna. (7)

Participación y corresponsabilidad social

Artículo 4

Todas las personas tienen el derecho a participar en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y el amamantamiento. En consecuencia, tienen

derecho a exigir el cumplimiento de la presente Ley, así como a denunciar su violación ante las autoridades competentes. (7)

En ejercicio del derecho de participación y en cumplimiento del deber de corresponsabilidad social, los Consejos Comunales, Comités de Salud y demás organizaciones comunitarias tienen derecho a ejercer la contraloría social para asegurar el cumplimiento efectivo de la presente Ley.

Definiciones

Artículo 5

A los fines de esta Ley se entenderá por:

1. Alimentación complementaria: El proceso mediante el cual se introducen nuevos alimentos en la dieta del niño o niña lactante, sin abandono de la leche materna a partir de los seis meses de edad, la cual deberá ser oportuna, adecuada, inocua, debidamente administrada y preparada en base a alimentos disponibles en la localidad.

2. Alimento complementario: Todo alimento, manufacturado o preparado localmente, que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para niños y niñas lactantes, cuando aquellas o éstas resulten

insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales, del niño o niña, incluyendo los agregados nutricionales.

3. Fórmula láctea adaptada para niños y niñas lactantes hasta seis meses de edad: Producto en forma líquida, sometido a un proceso de esterilización comercial o en polvo, elaborado de conformidad con las exigencias de las Normas COVENIN correspondientes y del Codex Alimentarius, destinada a utilizarse como sucedáneo de la leche materna en la satisfacción de los requerimientos nutricionales de los niños y niñas lactantes hasta los seis meses de edad, y adaptados a sus características fisiológicas, incluyendo las fórmulas alimenticias con propósitos médicos especiales.

4. Fórmula láctea adaptada para niños y niñas lactantes mayores de seis meses de edad: Producto en forma líquida, sometido a un proceso de esterilización comercial o en polvo, elaborado de conformidad con las exigencias de las Normas COVENIN correspondientes y del Codex Alimentarius, destinada a utilizarse como sucedáneo de la leche materna en la satisfacción de los requerimientos nutricionales de los niños y niñas lactantes a partir de los seis meses de edad, y adaptados a sus características fisiológicas, incluyendo las fórmulas alimenticias con propósitos médicos especiales.

5. Lactancia materna exclusiva: Alimentación de un niño o niña lactante hasta los seis meses de edad exclusivamente con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos.

6. Lactancia materna óptima: Práctica de la lactancia materna exclusiva a libre demanda durante los primeros seis meses de edad del niño o niña, seguida de la provisión de alimentos complementarios, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o hasta la edad establecida mediante resolución especial por el ministerio con competencia en materia de salud.

7. Leche entera: Leche cruda sometida a un proceso de esterilización aprobado por la autoridad de salud competente, en condiciones tales que garanticen la destrucción de microorganismos patógenos y la casi totalidad de los microorganismos banales que pudiesen estar presentes, sin que se alteren sensiblemente las características organolépticas, nutricionales y físico-químicas del producto con un contenido de grasa no menor del tres coma dos por ciento (3,2 %) en su forma líquida y del veintiséis por ciento (26 %) en su forma en polvo.

8. Leche modificada: Leche comercializada como apta para la alimentación de niños y niñas, según lo establecido por la autoridad de salud competente.

9. Producto designado: Se entiende por ello a: la FÓRMULA láctea adaptada para niños y niñas lactantes hasta seis meses de edad; formula láctea adaptada para niños y niñas lactantes mayores de seis meses de edad; leche entera; leches modificadas para niños y niñas; alimento complementario u otros alimentos o bebidas comercializado, suministrado, presentado o comúnmente usado para alimentar a niños y niñas lactantes, incluyendo los agregados nutricionales y cualquier otro que la autoridad de salud competente autorice, diseñado específicamente para niños y niñas hasta dos años de edad; teteras, tetinas, chupones, chuponetes, pezoneras, esterilizadores y todo material comercializado con relación a la preparación, administración e higiene de teteros; y, cualquier otro producto que el ministerio con competencia en materia de salud determine mediante resolución.(7)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Es cuando la madre alimenta al niño solamente con leche materna sin ningún otro líquido ni siquiera agua.

CONTACTO PRECOZ: Es el contacto de la boca del recién nacido con el pezón de la madre en la primera hora después del parto.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Corresponde a la permanencia del recién nacido junto a su madre en la habitación las veinticuatro horas del día.

PARTO NORMAL: Es el proceso fisiológico donde la mujer obtiene a su hijo por vía vaginal.

CESÁREA: Es un procedimiento quirúrgico que se le realiza a la mujer para obtener al recién nacido a través de una incisión abdominal.

SISTEMA DE VARIABLES

Determinar la relación de la lactancia materna eficaz con el contacto precoz, permanencia de alojamiento conjunto, tipo de parto y tipo de hospital, según edades de púerperas, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se señala el tipo de estudio, población, muestra, los métodos y técnicas para la recolección de datos y finalmente las técnicas de tabulación y análisis de los mismos.

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Esta investigación será de tipo cuantitativo y diseño descriptivo. Al respecto, los estudios descriptivos tienen como objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporcional al punto de partida para el desarrollo de la teoría. (27) Del mismo modo, es de diseño correlacional de corte transversal, de acuerdo con los objetivos propuestos, ya que permitirá establecer la relación entre la variable lactancia materna eficaz con las variables contacto precoz, permanencia en conjunto madre e hijo, tipo de parto, y tipo de hospital, según edades de púerperas, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra estuvo conformada por el 100% de las madres que acudieron total por 136 puérperas; de las cuales 91 pertenecen a centros asistenciales públicos “José María Vargas” y 45 corresponden a un hospital privado, en Sala de Parto y Unidades de Puerperio, durante el lapso de septiembre a diciembre 2009. La población se define como: “un conjunto de todos los sujetos u otros elementos de un grupo bien definido que tienen en común una o varias características semejantes, y sobre el cual trata la investigación y la muestra se define como un subconjunto de la población o un grupo de sujetos que forman parte de la misma **(28)**”.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el logro de esta investigación se seguirán los procedimientos metodológicos a través de las siguientes actividades:

- a) Se solicita autorización para la realización de la investigación en las instituciones seleccionadas.
- b) Elección de población y muestra
- c) Aplicación del instrumento.
- d) Tabulación y análisis los datos recolectados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario estructurado en 2 partes: la primera parte corresponde a todo lo concerniente a los datos sociodemográficos, al igual que el tipo de parto: normal y cesárea, tipo de hospital Público y Privado, la segunda parte se refiere a la escala de evaluación de la Lactancia Materna (LATCH), la cual evalúa cinco aspectos, con un puntaje de cero a dos puntos, teniendo un puntaje mayor a 10 puntos.

CONFIABILIDAD Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

En relación a la confiabilidad del instrumento esta se define como: “el grado de congruencia con que un instrumento cuantifica el atributo que pretende medir”.(27)

Para Ruiz, citado por Polit, "la validez es la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con un instrumento, en el sentido que mida realmente el rasgo que pretende medir" (27).

El instrumento utilizado la Escala de Lacht fue diseñado por, (Jensen, Wallace & Kelsay). y traducida al español por Báez y Blasco (9), la cual evalúa cinco aspectos relacionados con el acto de amantar, a cada uno de los aspectos se le asigna una escala de 0 a 2 puntos obteniéndose con puntaje mayor 10 puntos

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se procedió de la siguiente manera:

1. Se solicitó autorización a la Dirección de Enfermería regional (ISALUD) explicándoles previamente la importancia del estudio y la valiosa información que facilitará, haciéndoles partícipes del estudio.
2. Se solicitó autorización a la Dirección de Enfermería y Dirección Médica del Centro Médico Guerra Méndez explicándoles previamente la importancia del estudio y la valiosa información que facilitará, haciéndoles partícipes del estudio.
3. Se solicitó autorización a la Dirección de Enfermería de la Maternidad José María Vargas y de igual manera al Centro Médico Guerra Méndez
4. Una vez otorgados los permisos correspondientes se estableció un cronograma de trabajo para el área de sala de parto como las unidades de puerperio.
5. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos, a las madres en sus diferentes momentos Sala de parto, Salas de Puerperio.
6. Luego se pasa a su tabulación y análisis de información.

TÉCNICA DE TABULACIÓN DE LOS DATOS

A continuación se presenta los resultados del análisis estadístico realizado por medio del procesamiento de los datos recolectados, según los objetivos del presente estudio. El procesamiento de la información fue realizado mediante la utilización del paquete de computación SPSS versión 17.0 para ambiente Windows.

La información se presenta en tablas de distribución de asociación, en donde se muestran, los promedios de las puntuaciones medias alcanzadas por las pacientes investigadas en las dimensiones que constituyen la Lactancia Materna de acuerdo a la Escala de LATCH y en su total, según sitio de amamantamiento a la primera hora del recién nacido, tipo de parto, tipo de hospital y grupo de edad

Se utilizó como tests de significación estadística la T de Student para las diferencia de las puntuaciones medias según sitio, tipo de parto y tipo de hospital, empleándose la comparación de promedios de grupos independientes y para las diferencias de medias de las puntuaciones de las dimensiones y la Escala de LATCH fue utilizado el Análisis de Varianza de un factor. Así mismo, la información tabulada se complementa con las gráficas estadísticas correspondientes.

El criterio de significación utilizado en todos los análisis estadísticos es menor al 5% de error, es decir, ($P < 0,05$).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados del análisis estadístico realizado por medio del procesamiento de los datos recolectados, según los objetivos del presente estudio.

En relación a los valores de puntuación total obtenida en la Escala de Latch según las variables contacto precoz durante la primera hora de vida y alojamiento conjunto se obtuvo que:

En la Tabla 1, Gráficos 1A y 1B, se puede observar, los valores medios y desviación estándar de las variables contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento y permanencia en el mismo alojamiento y su relación con el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) en los tres grupos de puérperas en edades comprendidas: 15 a 19, 20 a 35 y 36 a 45 años, hubo una diferencia significativa ($p < 0,05$) a nivel bilateral en los valores medios de las puntuaciones de las dimensiones deglución audible ($p < 0,012$) y en tipo de pezón ($p < 0,039$), aclarando que ambas fue a favor al contacto precoz en la primera hora. En las otras dimensiones agarre, comodidad pecho-pezón, mantener colocado al pecho, no hubo diferencias bilaterales significativas ($p > 0,05$).

En cuanto a las medias de las puntuaciones totales de la Escala de Latch, tampoco se determinó una diferencia bilateral significativa ($p > 0,05$), aunque en la variable contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento fue mayor la puntuación media por 0,38 puntos.

En cuanto a los valores de la puntuación total obtenida en la Escala de Latch y sus dimensiones según tipo de parto se consiguió que:

En la Tabla 2, Gráficos 2A y 2B, se puede observar las dimensiones según el tipo de parto, se estableció que hubo diferencias bilaterales significativas ($p < 0,05$), en las puntuaciones promedios de las dimensiones agarre ($p < 0,001$), deglución audible ($p < 0,001$) y en comodidad pecho-pezones ($p < 0,043$), destacándose que en las dos primeras dimensiones fueron mayores las puntuaciones promedios en el tipo de parto vaginal y en la última dimensión mencionada sucedió en el parto por cesárea. En las otras dimensiones tipo de pezón y mantener colocado al pecho, no hubo diferencias bilaterales significativas ($p > 0,05$).

En cuanto a las puntuaciones medias totales de la Escala de Latch según tipo de parto, se determinó una diferencia bilateral significativa ($p < 0,003$), siendo mayor la puntuación promedio en el tipo de parto vaginal.

TABLA 1:
Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida
en la Escala de Latch según las variables: Contacto Precoz durante la
Primera Hora de vida y Alojamiento Conjunto
Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010

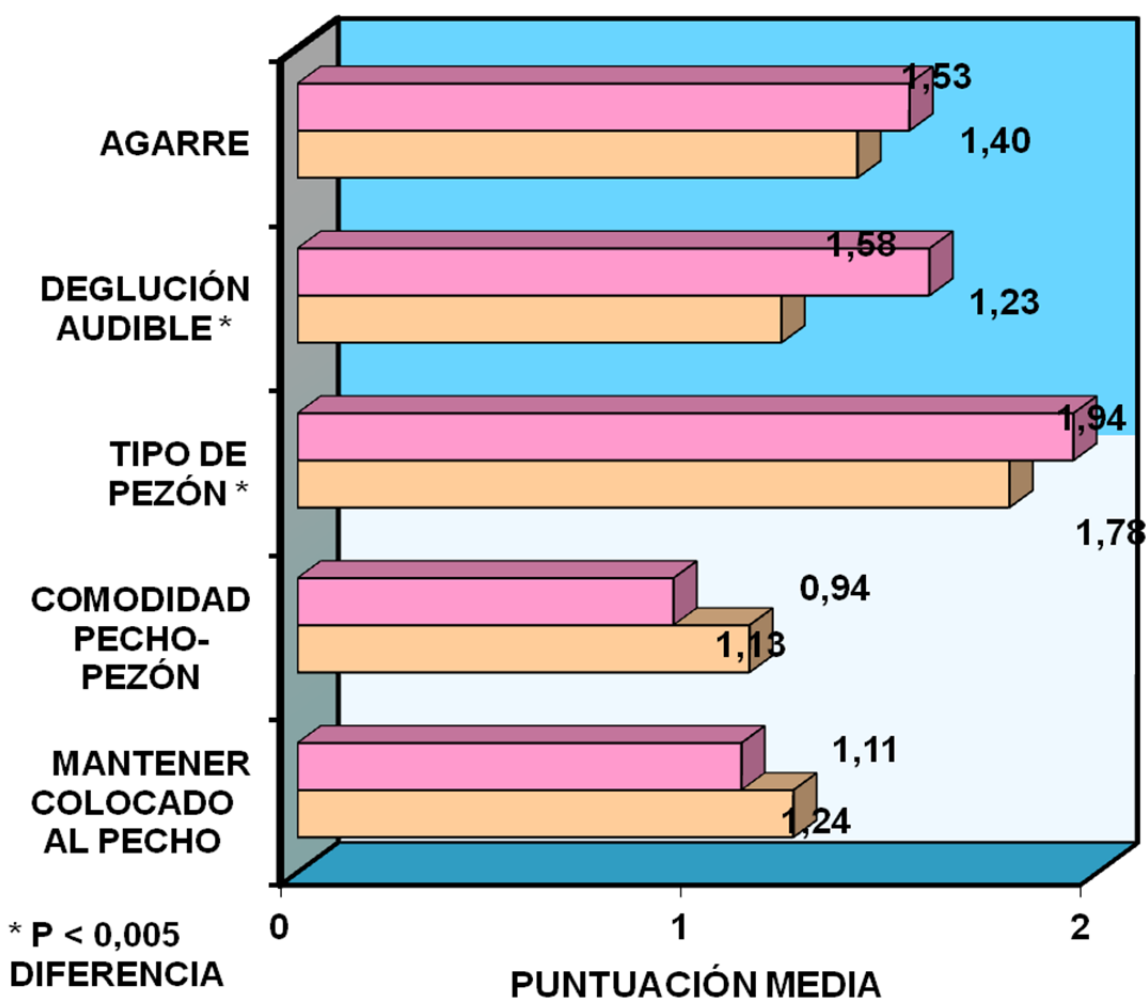
Dimensión	Contacto	Alojamiento	t STUDENT
Escala De Latch	precoz	conjunto	
(máxima	primera hora	x ± s	
puntuación)	x ± s	n = 82	
	n = 36		
Agarre	1,53 ± 0,51	1,40 ± 0,63	diferencia = ± 0,13
(2)			puntos
			t = ± 1,058
			g.l. = 116
			p < 0,292
Deglución	1,58 ± 0,50	1,21 ± 0,81	diferencia = ± 0,37
Audible			puntos
(2)			t = ± 2,568
			g.l. = 116
			p < 0,012
Tipo De	1,94 ± 0,33	1,78 ± 0,41	diferencia = ± 0,16
Pezón			puntos
(2)			t = ± 2,085
			g.l. = 116
			p < 0,039
Comodidad	0,94 ± 0,67	1,13 ± 0,69	diferencia = ± 0,19
Pecho-Pezón			puntos
(2)			t = ± 1,373
			g.l. = 116
			p < 0,172
Mantener	1,11 ± 0,67	1,24 ± 0,62	diferencia = ± 0,13
Colocado			puntos
Pecho			t = ± 1,047
(2)			g.l. = 116
			p < 0,297
Total escala de	7,14 ± 1,39	6,76 ± 2,04	diferencia = ± 0,38
Latch			puntos
(10)			t = ± 1,014
			g.l. = 116
			p < 0,313

FUENTE: Escala de Latch e instrumento aplicado (Toro, 2010)

GRÁFICO 1A.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ

MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA
EN LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE LATCH
SEGÚN SITIO DE AMAMANTAMIENTO



■ SALA DE PARTOS

■ ALOJAMIENTO CONJUNTO

FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

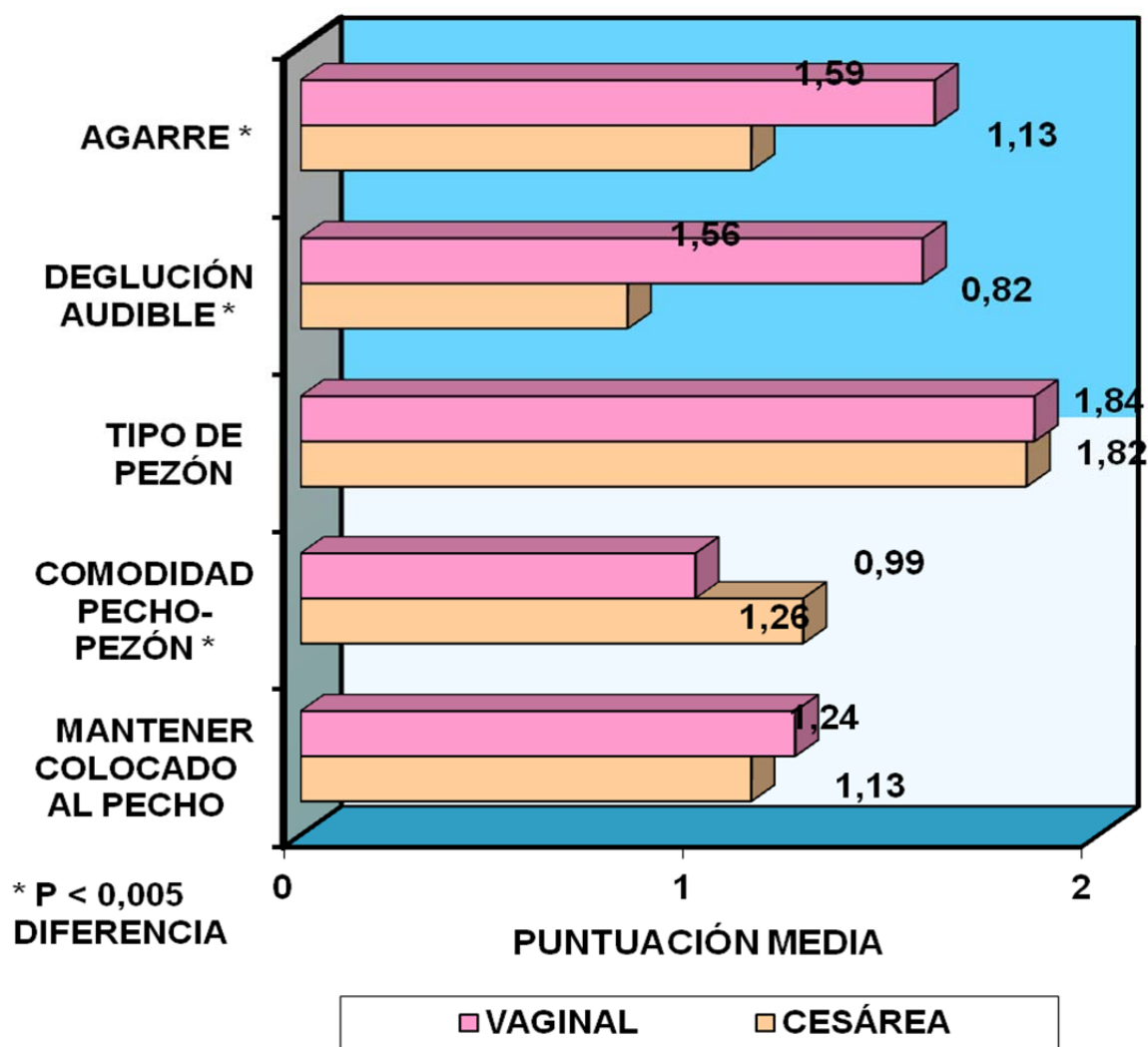
TABLA 2

Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según tipo de parto
Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010

Dimensión	VAGINAL	CESÁREA	t STUDENT
Escala De Latch (máxima puntuación)	X ± S n = 80	X ± S n = 38	
AGARRE (2)	1,59 ± 0,52	1,13 ± 0,62	DIFERENCIA = ± 0,46 PUNTOS t = ± 4,170 g.l. = 116 p < 0,001
DEGLUCIÓN AUDIBLE (2)	1,56 ± 0,55	0,82 ± 0,86	DIFERENCIA = ± 0,74 PUNTOS t = ± 5,694 g.l. = 116 p < 0,001
TIPO DE PEZÓN (2)	1,84 ± 0,40	1,82 ± 0,39	DIFERENCIA = ± 0,02 PUNTOS t = ± 0,275 g.l. = 116 p < 0,784
COMODIDAD PECHO-PEZÓN (2)	0,99 ± 0,67	1,26 ± 0,72	DIFERENCIA = ± 0,27 PUNTOS t = ± 2,044 g.l. = 116 p < 0,043
MANTENER COLOCADO AL PECHO (2)	1,24 ± 0,62	1,13 ± 0,66	DIFERENCIA = ± 0,11 PUNTOS t = ± 0,846 g.l. = 116 p < 0,399
TOTAL ESCALA DE LATCH (10)	7,23 ± 1,63	6,13 ± 2,18	DIFERENCIA = ± 1,09 PUNTOS t = ± 3,041 g.l. = 116 p < 0,003

FUENTE: Escala de Latch e instrumento aplicado (Toro, 2010)

GRÁFICO 2A.
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ
MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA EN LAS
DIMENSIONES DE LA ESCALA DE LATCH SEGÚN TIPO DE PARTO
VALENCIA, ESTADO CARABOBO. ENERO - MAYO 2010

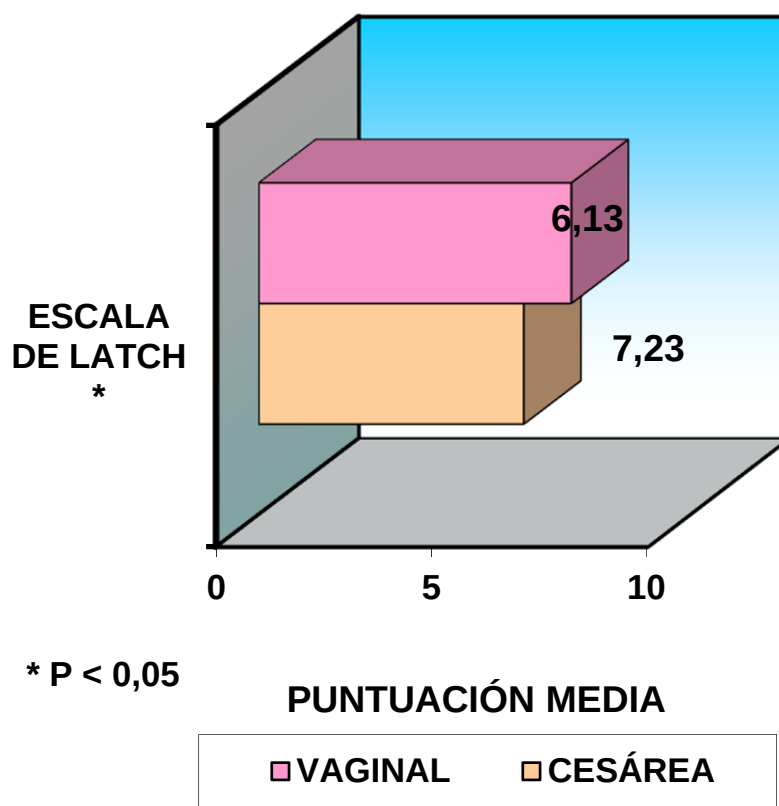


FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

Gráfico 2b.

**Media De La Puntuación Total Obtenida En
La Escala De Latch Según Tipo De Parto**

Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010



* $P < 0,05$

FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO

FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

Respecto a los valores puntuación total obtenida en la Escala de Latch y en sus dimensiones según tipo de hospital Valencia se obtuvo que:

En la Tabla 3, Gráficos 3A y 3B, se evalúa la diferencia de los promedios de las puntuaciones según el tipo de hospital, se aprecia que se dio una diferencia bilateral significativa ($p < 0,001$) en las dimensiones en agarre ($p < 0,001$) y en deglución audible ($p < 0,001$), siendo en ambas dimensiones mayor la puntuación promedio en los hospitales públicos. En las otras tres dimensiones tipo de pezón, comodidad pecho-pezón y mantener colocado al pecho, no se encontraron diferencias bilaterales significativas ($p > 0,05$). Con relación a las puntuaciones medias totales de la Escala de Latch, se determinó una diferencia bilateral significativa ($p < 0,001$), siendo superior la puntuación promedio en el tipo de hospital público.

Por su parte en la Tabla 4, Gráficos 4A y 4B, se puede observar que no se logró establecer, que hubiese diferencias significativas entre los grupos de edad, de acuerdo a las puntuaciones promedios en ninguna dimensión ni entre las puntuaciones promedios de la escala de Latch. Todos los análisis de varianza resultaron no significativos ($p > 0,05$). Sólo cabe destacar, que en las dimensiones agarre, deglución audible, tipo de pezón y en la Escala de Latch, los valores medios de las puntuaciones fueron mayores para el grupo de edad de 35 a 44 años, mientras que en comodidad pecho-pezón y en mantener colocado al pecho los valores medios fueron superiores en el grupo de edad de 15 a 24 años.

TABLA 3

Valores de la media (x) y desviación estándar (s) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según tipo de hospital
Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010

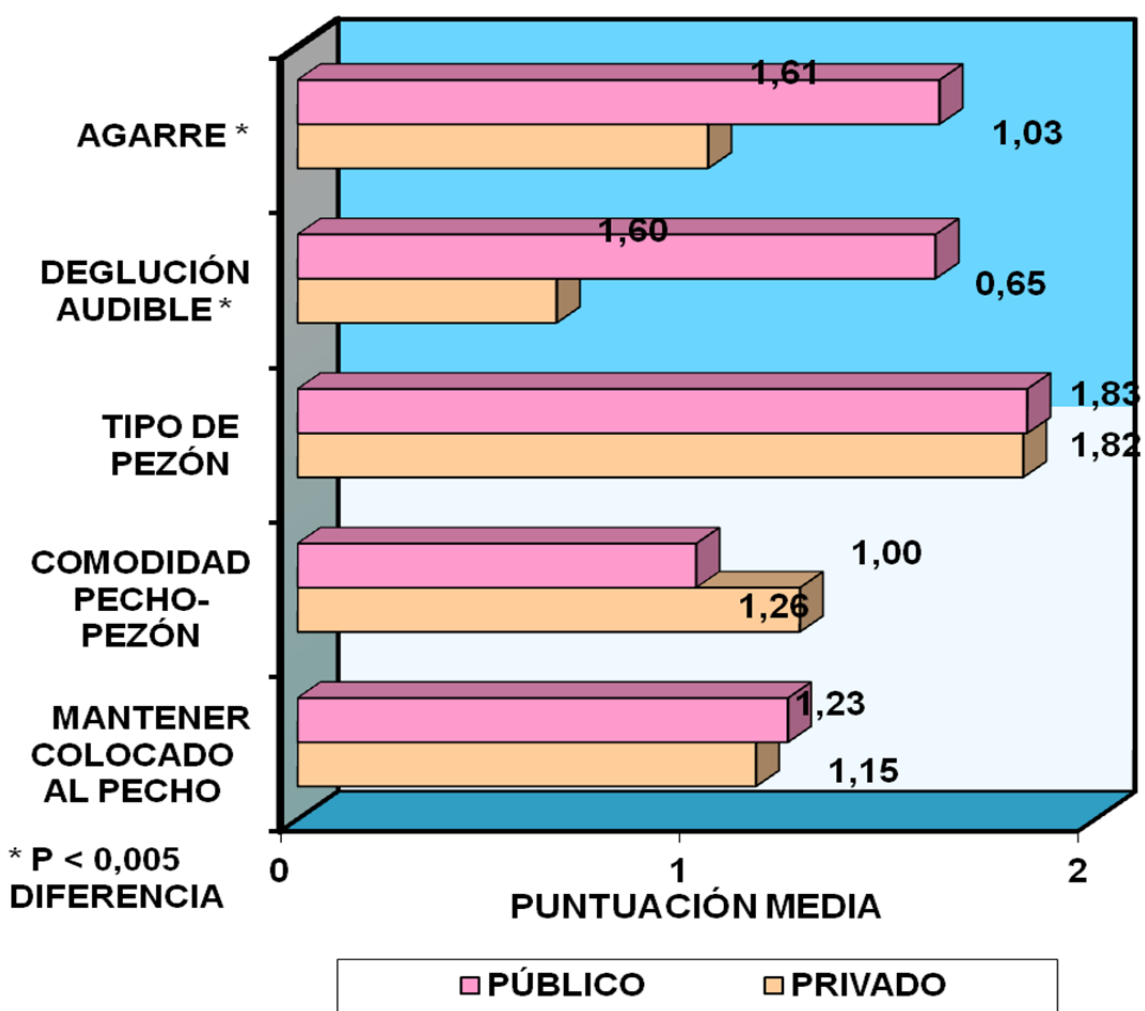
Dimensión	PÚBLICO	PRIVADO	t STUDENT
Escala De Latch (máxima puntuación)	X ± S n = 84	X ± S n = 34	
AGARRE (2)	1,61 ± 0,52	1,03 ± 0,58	DIFERENCIA = ± 0,58 PUNTOS t = ± 5,326 g.l. = 116 p< 0,001
DEGLUCIÓN AUDIBLE (2)	1,60 ± 0,52	0,65 ± 0,81	DIFERENCIA = ± 0,95 PUNTOS t = ± 7,574 g.l. = 116 p< 0,001
TIPO DE PEZÓN (2)	1,83 ± 0,41	1,82 ± 0,38	DIFERENCIA = ± 0,01 PUNTOS t = ± 0,120 g.l. = 116 p< 0,904
COMODIDAD PECHO-PEZÓN (2)	1,00 ± 0,67	1,26 ± 0,71	DIFERENCIA = ± 0,26 PUNTOS t = ± 1,898 g.l. = 116 p< 0,060
MANTENER COLOCADO AL PECHO (2)	1,23 ± 0,63	1,15 ± 0,65	DIFERENCIA = ± 0,08 PUNTOS t = ± 0,612 g.l. = 116 p< 0,542
ESCALA DE LATCH (10)	7,27 ± 1,61	5,88 ± 2,16	DIFERENCIA = ± 1,39 PUNTOS t = ± 3,832 g.l. = 116 p< 0,001

FUENTE: Escala de Latch e instrumento aplicado (Toro, 2010)

GRÁFICO 3A.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ

MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA EN LAS
DIMENSIONES DE LA ESCALA DE LATCH SEGÚN TIPO DE
HOSPITAL

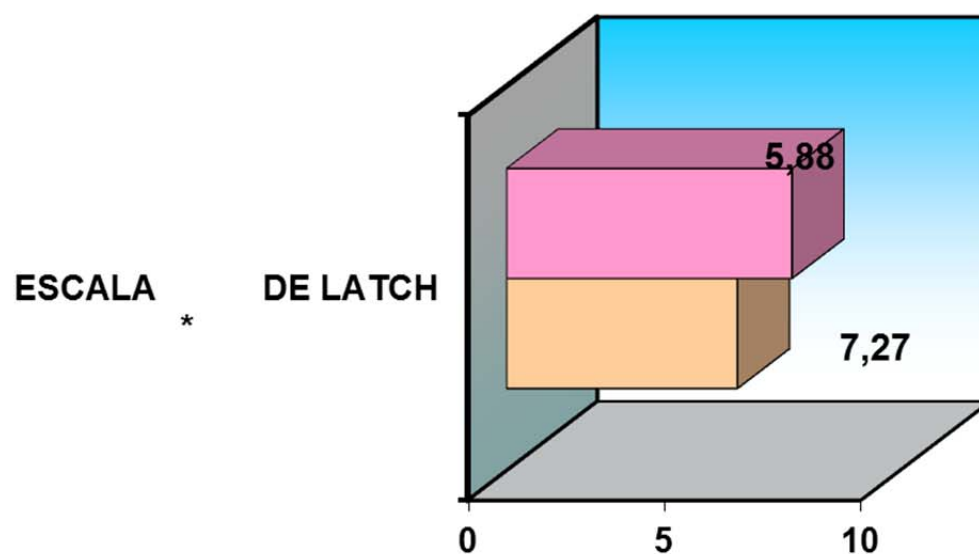


FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

GRÁFICO 3B.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ

MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA EN LA ESCALA DE LATCH SEGÚN TIPO DE HOSPITAL



* $P < 0,05$
DIFERENCIA

PUNTUACIÓN MEDIA



FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

TABLA 4

Valores de la Media (X) y Desviación Estándar (S) de la puntuación total obtenida en la escala de Latch y en sus dimensiones según edad (años)
Valencia, Estado Carabobo. Enero - Mayo 2010

Dimensión	15-24	25-34	35-44	ANOVA
Escala De Latch (máxima puntuación)	X ± S n = 39 (1)	X ± S N = 69 (2)	X ± S n = 10 (3)	
AGARRE (2)	1,38 ± 0,54	1,43 ± 0,63	1,70 ± 0,48	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,05 (1) y (3) = ± 0,32 (2) y (3) = ± 0,27 p < 0,324
DEGLUCIÓN AUDIBLE (2)	1,31 ± 0,69	1,30 ± 0,79	1,50 ± 0,70	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,01 (1) y (3) = ± 0,19 (2) y (3) = ± 0,20 p < 0,738
TIPO DE PEZÓN (2)	1,77 ± 0,42	1,86 ± 0,35	1,90 ± 0,56	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,09 (1) y (3) = ± 0,13 (2) y (3) = ± 0,04 p < 0,480
COMODIDAD PECHO-PEZÓN (2)	1,95 ± 0,66	1,10 ± 0,71	1,40 ± 0,52	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,85 (1) y (3) = ± 0,55 (2) y (3) = ± 0,30 p < 0,167
MANTENER COLOCADO AL PECHO (2)	1,23 ± 0,63	1,20 ± 0,63	1,10 ± 0,74	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,03 (1) y (3) = ± 0,30 (2) y (3) = ± 0,11 p < 0,324
ESCALA DE MATCH (10)	6,69 ± 1,77	6,86 ± 1,93	7,50 ± 2,01	DIFERENCIAS (1) y (2) = ± 0,17 (1) y (3) = ± 0,81 (2) y (3) = ± 0,54 p < 0,485

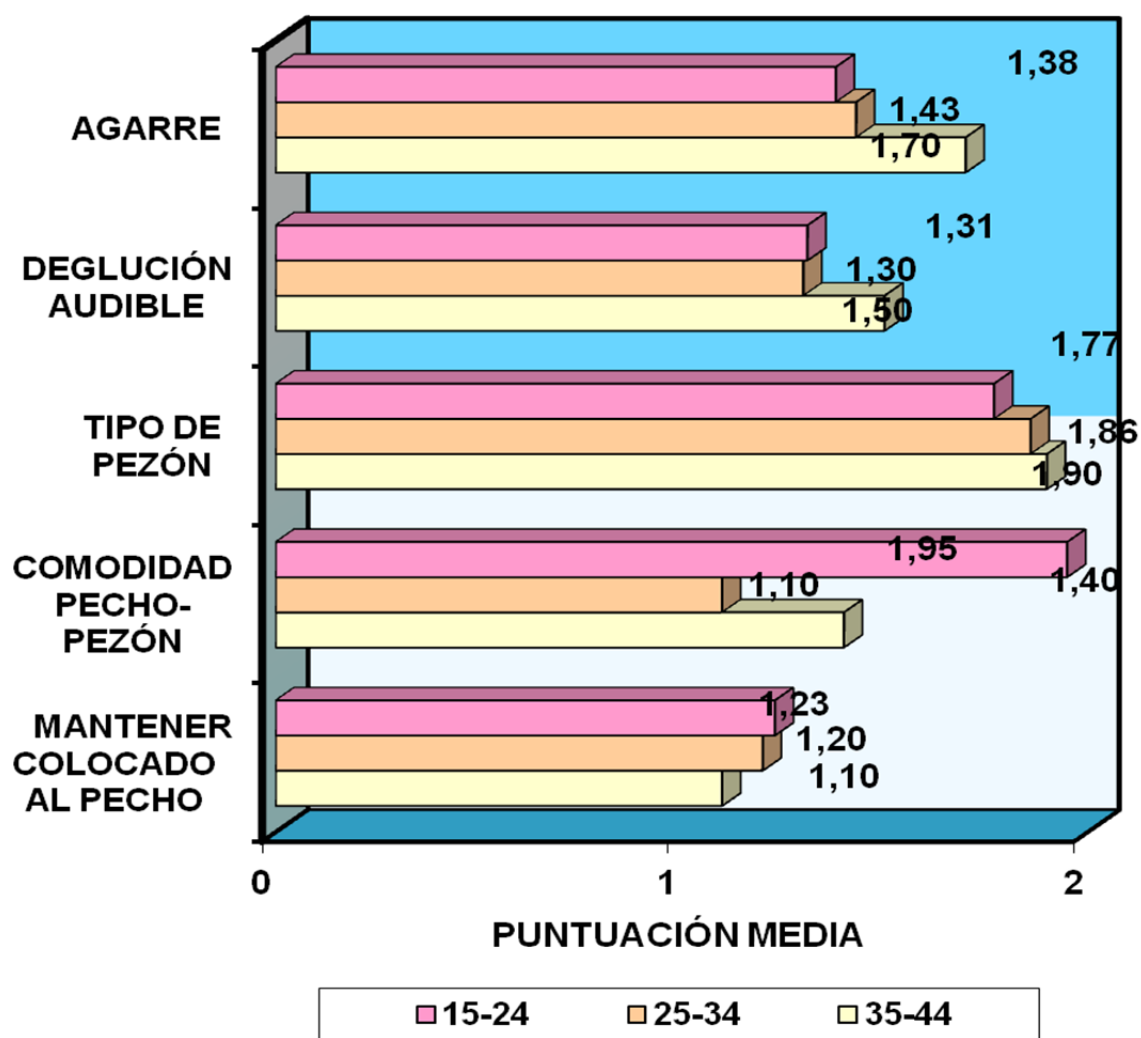
FUENTE: Escala de Latch e instrumento aplicado (Toro, 2010)

GRÁFICO 4A.

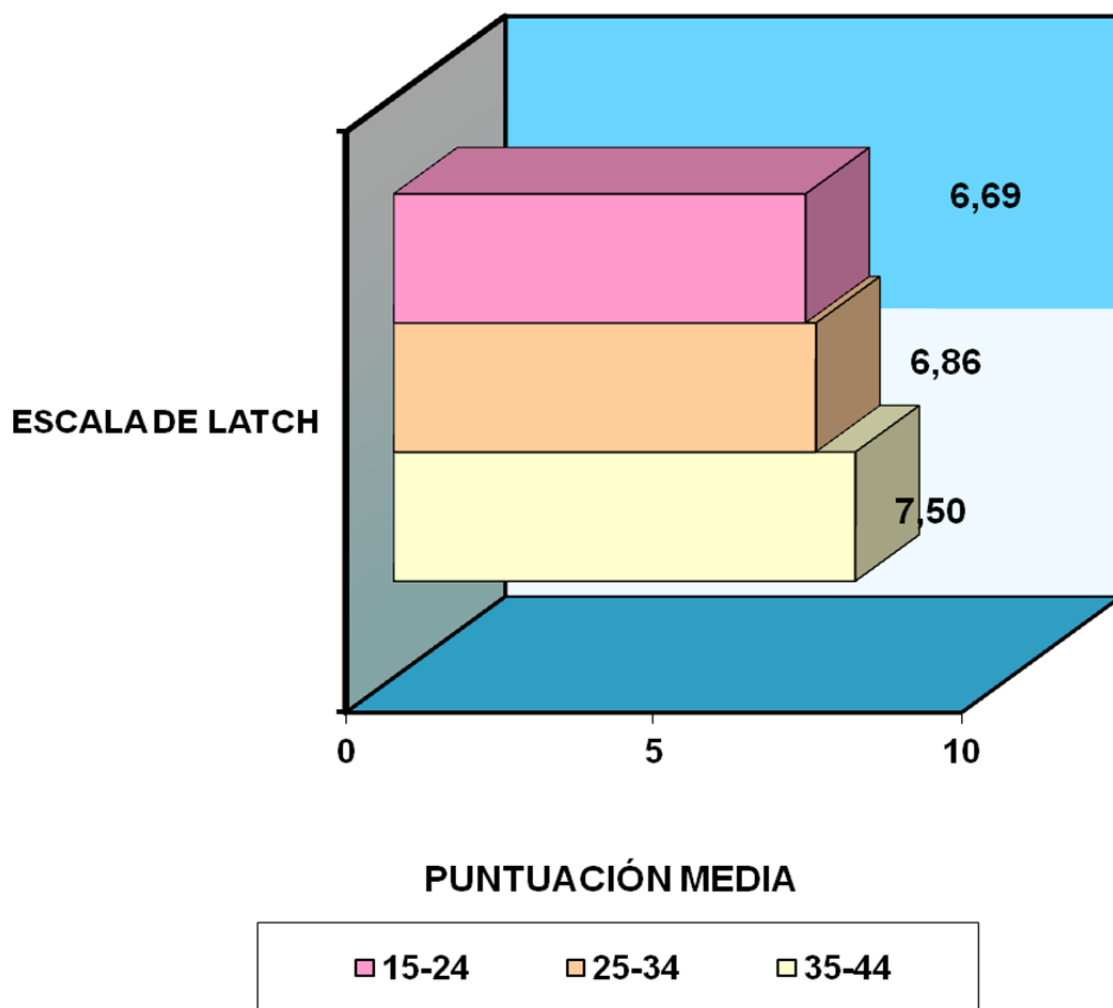
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ

MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA EN LAS
DIMENSIONES DE LA ESCALA DE LATCH SEGÚN EDAD (AÑOS)

VALENCIA, ESTADO CARABOBO. ENERO - MAYO 2010



FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)

GRÁFICO 4B.**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EFICAZ****MEDIA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA EN
LA ESCALA DE LATCH SEGÚN EDAD (AÑOS)****VALENCIA, ESTADO CARABOBO. ENERO - MAYO 2010****FUENTE: ESCALA DE LATCH E INSTRUMENTO APLICADO (TORO, 2010)**

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se encontró que la muestra estuvo conformada por 136 puérperas, La cual constituyo el 100% de madres que acudieron a los centros asistenciales, 92 de las madres a centros hospitalarios públicos, y 45 corresponden a un hospital privado, durante el lapso de tres meses.

Con respecto a las variables contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento y permanencia en el mismo alojamiento y su relación con el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) no se encontró una diferencia bilateral significativa ($p > 0,05$), aunque en la variable contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento fue mayor la puntuación media por 0,38 puntos. Esto coincide con los resultados presentados por Percy e Hinojosa (15), que estudiaron por qué disminuye la frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) y determinaron el efecto de la lactancia precoz (LP) y contacto piel a piel (CPP) en la LME. Y obtuvieron como resultados que; en el grupo de LME estaba presente en 93,33% a los 5 días y en 73,33% a los 15 días en el grupo control, LME estaba presente en el 76,67% y 30% ($p=0,05$) respectivamente.

Mientras que grupos de riesgo que disminuyen LME son generalmente menores de 21 años, procedencia urbana marginal y primíparas. Asimismo,

encontraron que la lactancia precoz y el contacto piel a piel es determinante para garantizar la LME a corto plazo.

En relación con los resultados de las variables del acto de amamantar y el alojamiento conjunto, estos hallazgos son similares con los obtenidos por Perales(12), donde no se encontró relación entre el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la variable tipo de parto, se encontró que el acto de amamantar medido a través de la Escala de Latch obtuvo mayor puntuación en el parto vaginal ($p < 0,003$). Estos resultados concuerdan con Rivera y col., donde se observó que el 100% de las madres con parto vaginal escogen la lactancia como método de alimentación, a diferencia de las madres con cesáreas. La duración de la lactancia entre las madres que tuvieron un parto vaginal durante el primer y segundo día fue mayor que las que tuvieron una cesárea (10).

CONCLUSIONES

1. Con respecto a las variables contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento y permanencia en el mismo alojamiento y su relación con el acto de amamantar medido a través de la escala de evaluación de la lactancia materna (LATCH) no se encontró una diferencia bilateral significativa ($p > 0,05$), aunque en la variable contacto precoz, en la primera hora después del nacimiento fue mayor la puntuación media por 0,38 puntos. Esto coincide con los resultados presentados por Percy e Hinojosa (15), que estudiaron por qué disminuye la frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) y determinaron el efecto de la lactancia precoz (LP) y contacto piel a piel (CPP) en la LME. Y obtuvieron como resultados que; en el grupo de LME estaba presente en 93,33% a los 5 días y en 73,33% a los 15 días en el grupo control, LME estaba presente en el 76,67% y 30% ($p=0,05$) respectivamente, ambas fueron a favor de lactancia materna exclusiva.

2. En cuanto a la variable tipo de parto, se encontró que el acto de amamantar medido a través de la Escala de Latch obtuvo mayor puntuación en el parto vaginal, donde se observó que el 100% de las madres con parto vaginal escogen la lactancia como método de alimentación, a diferencia de las madres con cesáreas.

3. En relación a la variable tipo de hospital al aplicar el instrumento se apreció que en la Tabla 3, Gráficos 3A y 3B, se evalúa la diferencia de los promedios de las puntuaciones según el tipo de hospital, se aprecia que se dio una diferencia bilateral significativa ($p < 0,001$) en las dimensiones en agarre ($p < 0,001$) y en deglución audible ($p < 0,001$), siendo en ambas dimensiones mayor la puntuación promedio en los hospitales públicos. En las otras tres dimensiones tipo de pezón, comodidad pecho-pezón y mantener colocado al pecho, no se encontraron diferencias bilaterales significativas ($p > 0,05$). Con relación a las puntuaciones medias totales de

la Escala de Latch, se determinó una diferencia bilateral significativa ($p < 0,001$), siendo superior la puntuación promedio en el tipo de hospital público.

4. En cuanto a la edad de las puérperas se pudo observar que no se logró establecer, que hubiese diferencias significativas entre los grupos de edad, de acuerdo a las puntuaciones promedios en ninguna dimensión ni entre las puntuaciones promedios de la Escala de Latch. Todos los análisis de varianza resultaron no significativos ($p > 0,05$). Sólo cabe destacar, que en las dimensiones agarre, deglución audible, tipo de pezón y en la Escala de Latch, los valores medios de las puntuaciones fueron mayores para el grupo de edad de 35 a 44 años, mientras que en comodidad pecho-pezón y en mantener colocado al pecho los valores medios fueron superiores en el grupo de edad de 15 a 24 años.

5. En cuanto al efecto de las variables contacto precoz durante la primera hora después del nacimiento, alojamiento conjunto según el tipo de parto y tipo de hospital, según los resultados obtenidos, que el efecto es positivo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

RECOMENDACIONES

- Promocionar la lactancia materna exclusiva en los centros hospitalarios públicos y privados
- Acatar los lineamientos de la OMS y UNICEF, en el cumplimiento de los diez pasos para una lactancia materna exitosa
- Incentivar a las madres a optar por un parto natural
- Promocionar, proteger la lactancia materna exclusiva en centros de salud privado
- Hacer un seguimiento a las madres en la primera hora después del parto, y en alojamiento conjunto con la escala de evaluación lacth
- Establecer la escala de lacth como instrumento para evaluar la lactancia materna en los centros de maternidad públicos y privados, como un método sencillo de aplicar
- Promocionar y establecer el contacto precoz entre la madre y el recién nacido para garantizar la lactancia materna

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial De La Salud. (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Estrategia Mundial Para La Alimentación Del Lactante Y El Niño Pequeño*. Ginebra, Organización Mundial De La Salud. 1994
2. Macías Menéndez. *La lactancia materna*. Rev Cubana Med Gen Integr; 6(1). 1990 7-10.
3. Academia Americana de Pediatría. *Guías sobre lactancia al seno materno y el uso de leche humana*. Pediatrics 2005; 115: 496–506, Febrero del 2005
4. Margaret Chan/OMS. *Semana Mundial De La Lactancia Materna*: Declaración de la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS Centro de Prensa. Agosto 2008. En: www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s08/es/index.html
5. Ministerio del Poder Popular para la Salud y Bienestar Social de la República Bolivariana de Venezuela. (MPPSBS). *Lactancia Materna*. Portal-Ministerio del Poder Popular para la Salud-Venezuela. Publicado en: 2004-08-19
6. Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF). *Iniciativa Hospitales Amigos De La Madre Y El Niño Establecida*. Proyecto Mundial. 1990.
7. República Bolivariana de Venezuela. *Ley De Promoción y Protección De Lactancia Materna*: Gaceta Oficial N° 38.763 del 6 de septiembre de 2007. 2007.
8. Correa, R., y Méndez. *Estudio De Comportamiento En La Lactancia Materna*. Madrid. 2008.
9. Báez, C., y Blasco, R. *Revisión Para El Proceso De Validación Al Castellano De Un Instrumento De Evaluación De La Lactancia Materna: El LATCH* (Jensen, Wallace & Kelsay, 1994). 2008.

10. Rivera, J., Rivera, J. I., Dávila, R., Parrilla, A.. *Prevalencia Del Tipo De Alimentación De Los Recién Nacidos Y Tipo De Parto en una Institución Hospitalaria*. Foro Investigación Lactancia. Puerto Rico. 2007. En: www.rcm.upr.edu/mch/foro_investigacion_LM.htm
11. Cárdenas, M., y Montes, E. *Perfil Biopsicosocial, Y Su Relación Con El Abandono De Lactancia Materna Exclusiva De Madres De Una Consulta De Niños Sanos En Venezuela*. Valencia: 2005.
12. Perales, J. *Relación entre el alojamiento conjunto y la adecuada lactancia materna exclusiva en puérperas cesareadas del Hospital San José de Chíncha*: Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 1(1), 2008. En: www.inppares.org/revistasss/.../8-%20Alojamiento%20Conjunto.pdf
13. Berra y otros. *Alimentación Del Recién Nacido En El Periodo De Posparto Inmediato*. Córdoba, Argentina: 2002.
14. Evies, A., y González, R. *Nivel De Conocimiento Del Grupo Familiar De Las Adolescentes Embarazadas Sobre Lactancia Materna Exclusiva*. Valencia, Venezuela: 1998.
15. Percy, B., e Hinojosa, R. *Lactancia En La Media Hora Postparto Y Su Efecto En Lactancia Materna Exclusiva*. Perú: 1995.
16. Valderrama, A., y Bueno, A. *Influencia Del Alojamiento Conjunto Precoz En La Lactancia Humana En Madres Cesareada*: 1994.
17. Hwang WJ, Chung WJ, Kang DR, Suh MH. *Factors Affecting Breastfeeding Rate And Duration*. J Prev Med. Pub Health 2006; 39.
18. Torres. *Lactancia Materna Exclusiva*. Rev. Española: 1994.
19. Organización Mundial De La Salud. (OMS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Hospital Amigo Del Niño (A) Y De La Madre*: 1994.
20. Aynsworth, M. *Contacto Precoz Madre Hijo*. Chile: 2006. Disponible en: http://www.hnt.cl/p4_hospital/site/pags/20021011165229.htm. Revisado el 24/04/2010.

21. Adolfo, G. *El Contacto Precoz Es Fundamental*. Hospital universitario de Tarragona Joan XXII, Comité de Lactancia Materna, de la Asociación Española de Pediatría.. Madrid, España: 2010. Disponible en: <http://marsupina.wordpress.com/2010/01/17/el-contacto-precoz-es-fundamental>. Consultado el 14/04/2010.
22. Lasarte, J. *Repercusión De La Deficiencia De Micronutrientes Y La Lactancia Materna*: 2003. Disponible en: <http://www.mednet2004.com.ar/itaes.org.ar/Articulos/Repercusiondeficienciasnutrientes.pdf>. Revisado el 12/03/2010.
23. Lasarte, J. *Curso De Lactancia Materna Para Residentes De Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Revista guía para profesionales. Teruel: 2008. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/>. Consultado el 26/04/2010.
24. Stoopan, M. *Alojamiento Conjunto*: 2006. <http://www.anipp.org.mx/alojamientoconjunto.html>. Revisado el 18/04/2010.
25. McBryde, Durham., Rush., Chalmers; Enkin, Fomentar la lactancia - Infecciones Cutáneas Estafilocócicas Entre Los Recién Nacidos: 1951/1989.libdoc.who.int - World Health Organizationwhqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
26. <http://www.facemama.tv.com/> tipos de partos y su clasificación. Santiago de Chile. 2007-2010 revisado 24/04/2010.
27. Polit, Denise, F. Hungler Bernadette P. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ta. edición. Mc-Graw Hill Interamericana, Editores, S.A. México, D.F. 2000.
28. Fortín, M., F. *El Proceso de la Investigación: de la concepción a la realización*. McGraw-Hill Interamericana México. 1999.

A N E X O S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ titular de la Cédula de Identidad N° _____, mayor de edad, expreso a través de este medio mi voluntad de participar libremente en el estudio titulado: **VARIABLES QUE INFLUENCIAN EN EL AMAMANTAMIENTO MATERNO EXCLUSIVO**, llevado a cabo por la Lic. Yolimar Toro, titular de la Cédula de Identidad N° 13.649.091; como requisito exigido en la Maestría de Enfermería, en Salud Reproductiva de la Dirección de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Expreso que se me ha informado las características de la Investigación, su propósito, riesgos y beneficios y voluntariamente me ofrezco a participar dando la información necesaria a través de entrevistas grabadas y escritas las veces que sean necesarias hasta finalizar la presente investigación, reservándome el derecho a omitir la información íntima que yo considere necesario.

Así mismo, expreso la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento de la entrevista. Manifiesto voluntariamente mi consentimiento que en caso de ser necesario se me entreviste en mi hogar o en cualquier lugar, incluso mi sitio de trabajo, donde me sienta cómodo (a) y seguro (a) para brindar la información necesaria.

Manifiesto voluntariamente que el investigador podrá solicitar mi apoyo y ayuda en los momentos que él considere necesario previo acuerdo. Igualmente, solicito que la información que proporcione sea resguardada sin dar a conocer mi identidad. Para finalizar, manifiesto toda mi disposición a contribuir al feliz término de dicho trabajo investigativo.

En Valencia a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA,
SALUD REPRODUCTIVA**



**INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE LAS
VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL AMAMANTAMIENTO
MATERNO EXCLUSIVO**

Autora: Lcda. Yolimar Toro

Tutor de Contenido: Mgcs. Elka Montes

**Tutor Académico: Dra. Carmen Amarilis Guerra
Valencia, Octubre 2012**

PRESENTACIÓN

El presente es un cuestionario para recolectar información sobre las Variables que Influyen en el Amamantamiento Materno Exclusivo. La misma forma parte de los requisitos para optar al Título de Magister en Enfermería en salud Reproductiva, tiene como objetivo determinar el efecto de las Variables Contacto Precoz en la Primera hora después del nacimiento, Alojamiento Conjunto, Tipo de Parto y Tipo de Hospital en el Acto de Amamantar medido a través de la Escala de Evaluación de Lactancia Materna (LATCH).

Está estructurado en dos partes:

I Parte: Datos socio demográficos (6 ítems) y,

II Parte: Escala de LATCH (traducida al castellano)

INSTRUCCIONES

A continuación se le ofrecen unas herramientas adecuadas para llenar el instrumento.

1. Lea cuidadosamente cada una de las interrogantes antes de marcar la opción
2. Utilice bolígrafo o lápiz para responder cada una de las preguntas
3. No deje espacios en blanco
4. Marque solo una opción de respuesta
5. Antes de cualquier duda consulte con el facilitador.

A continuación se le solicita llenar los datos solicitados, corresponde a una de las variables de estudio.

I PARTE**DATOS DEMOGRÁFICOS**

Edad de la madre: 15-19años _____ 20-35años _____ 36-45años _____

Fecha de nacimiento del RN: _____

Tipo de parto: Normal: _____ Cesárea: _____

Tipo de hospital: Público: _____ Privado: _____

Lugar de observación: Sala de Parto _____

Sala de Puerperio _____ Otro. (Especifique) _____

II PARTE

Marcar con una x el parámetro observado que corresponden al agarre (coger) del pecho de la madre, deglución, tipo de pezón, comodidad y confort, mantener colocado al pecho.

ESCALA DE LATCH TRADUCIDA AL CASTELLANO

PUNTAJE	0	1	2
COGER (AGARRE)	• Demasiado dormido • No se coge al pecho	• Repetidos intentos de cogerse • Mantiene pezón en la boca • Llega a succionar	• Agarra el pecho • Lengua debajo • Labios que ajustan • Succión rítmica
DEGLUCIÓN AUDIBLE	• Ninguna	• Un poco si se estimula	• Espontáneo e intermitente si menor de 24 horas de vida • Espontáneo y frecuente si mas de 24 horas de vida
TIPO DE PEZÓN	• Invertido	• Planos	• Revertidos tras estimulación
COMODIDAD CONFORT. (PECHO PEZÓN)	• Ingurgitadas • Grietas con sangrado • Ampollas o Magulladuras importantes • Disconfort dolor severo	• Mamas llenas cargadas • Pezón enrojecido • Pequeñas ampollas o rozaduras • Disconfort, dolor medio, moderado	• Mamas blandas • No dolor
MANTENER COLOCADO AL PECHO	• Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho).	• Mínima ayuda (colocar una almohada) • Si se le enseña de un lado la madre lo coloca del otro. • El personal lo coloca y luego la madre lo sigue	• No es necesario ayuda del personal • La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho
TOTAL			