

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS
NEONATALES DE LA LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, DICIEMBRE 2010**

TESIS

Presentada por:

Bach. ALEX QUISPE MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ
2011

UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE GROHMANN"

Facultad de Ciencias de la Salud

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

**INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS
NEONATALES DE LA LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA. DICIEMBRE 2010.**

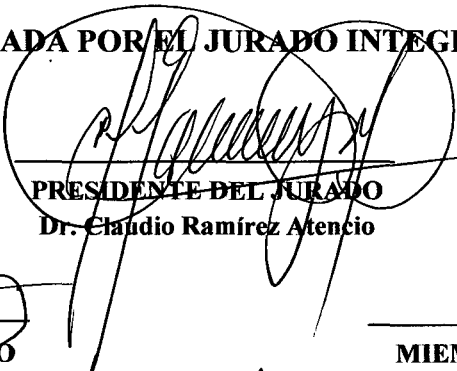
TESIS


Presentado Por:

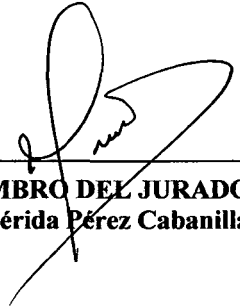
Bachiller: Alex Quispe Mamani


**Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

TESIS APROBADA POR EL JURADO INTEGRADO POR:


PRESIDENTE DEL JURADO
Dr. Claudio Ramírez Atencio

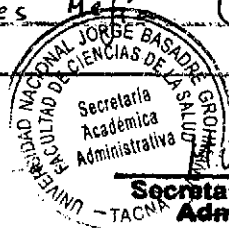

MIEMBRO DEL JURADO
Med. Mauro Robles Mejía


MIEMBRO DEL JURADO
Mgr. Nérida Pérez Cabanillas


ASESOR DE TESIS
Mgr. Leonidas Chavera Rondón

**Tacna - Perú
2011**

Registro N° _____ Escuela: Medicina Humana
Bachiller: Alex Quispe Mamani
Fecha de Sustentación: 12.04.2011
Aprobado por: Unanimidad Notas: 15
Calificativo: Bueno
Jurado: - Dr. Claudio Ramirez Alencio (Presidenta)
- Mqr. Néida Pérez Cabanillas (miembro)
- Méd. Mauro Robles Mejía (miembro)
Observaciones: _____



**Secretario Académico
Administrativo**

DEDICATORIA

A mi madre por su apoyo
incondicional, por creer siempre en mí
y por sus sabios consejos.

A mi padre por su apoyo, paciencia y
entera confianza siempre.

A mis hermanos por su apoyo y
estimulo todos los días.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Claudio Ramírez por sus sabios
consejos y mostrarnos el camino.

Al Dr. Leonidas Chavera por hacer
esto posible.

A mí enamorada por su apoyo y amor
incondicional.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I DEL PROBLEMA	3
1.1.- EL PROBLEMA	3
1.1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
1.3.- JUSTIFICACIÓN	7
1.4.- HIPÓTESIS	8
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	9
2.1.- ANTECEDENTES	9
2.1.1.- NACIONALES	9
2.1.2.- INTERNACIONAL	13
2.2.- MARCO TEÓRICO	22
CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	43
3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	43
3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	44
3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
3.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	46
3.7.- VARIABLES DE ESTUDIO	47
CAPITULO IV RESULTADOS	50
CAPITULO V DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es la forma de alimentación más adecuada en los primeros meses de vida. Debemos fomentarla mediante la información adecuada y técnica adecuada de la lactancia materna. El objetivo del presente estudio es identificar los factores de riesgo para lactancia materna ineficaz y los resultados neonatales adversos.

Método: Es un estudio prospectivo, transversal y correlacional. La población está conformada por las madres y recién nacidos en el mes de Diciembre en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se recolectó la información mediante un cuestionario a las madres y evaluación física del recién nacido.

Resultados: 65 de 302 recién nacidos presentaron lactancia materna ineficaz. Las principales características de la lactancia materna ineficaz son: edad materna entre 20-34 años (64,6%), nivel de instrucción secundaria (64,6%), madres casadas (70,8%), multiparas (49,2%), ≥ 4 controles prenatales (84,6%), anemia materna (95,4%), parto vaginal

(50,8%), contacto precoz (49,2%), recién nacido con peso 2500-3999 gr al nacer (90,8%) y Apgar al minuto 7-10 (98,5%).

Conclusiones: La incidencia de lactancia materna ineficaz fue del 21,5% y los principales factores de riesgo son: edad materna <20 años (OR=2,45), estado civil soltera/separada (OR=3,35), madre primípara (OR=1,88), <4 controles prenatales (OR=3,13), anemia materna (OR=12,4), y no recibir educación sobre técnica de lactancia materna (OR=324).

Palabras claves: Lactancia materna ineficaz.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma de alimentación más adecuada en los primeros meses de vida de un niño. Debemos fomentarla mediante la información adecuada a cada madre, así como también detectar problemas tanto en la técnica como en el volumen y componentes de la leche materna. Cuando esto no se cumple se puede afectar de diversas maneras al recién nacido alimentado exclusivamente a pecho.

La evaluación de la técnica de lactancia permite identificar dificultades y posibles riesgos, planificar cuidados al respecto e incluso poder predecir si la lactancia se mantendrá o no. La escala de LATCH constituye un instrumento validado que evalúa los cuatro atributos de una lactancia materna eficaz: la posición al lactar, el agarre al pecho, la succión y la transferencia de leche.

El propósito del presente trabajo de investigación es establecer la incidencia de la lactancia materna ineficaz en el Hospital Hipólito Unanue

de Tacna, los factores de riesgo y los resultados neonatales adversos asociados.

El estudio está dividido en cinco capítulos: en el primer capítulo se plantea el problema de estudio y los objetivos. En el segundo capítulo se hace referencia al marco teórico, en el tercer capítulo se expone la metodología utilizada para realizar el presente estudio. En el cuarto capítulo se presentan los resultados y en el quinto capítulo se analizan y discuten los resultados presentados. Finalmente se nombran las conclusiones y recomendaciones finales.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1.- EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es la forma de alimentación más adecuada en los primeros meses de vida de un niño. Debemos fomentarla mediante la información adecuada a cada madre, así como también detectar problemas tanto en la técnica como en el volumen y componentes de la leche materna. Cuando esto no se cumple se puede afectar de diversas maneras al recién nacido alimentado exclusivamente a pecho.

La evaluación de la técnica de lactancia por profesionales de la salud, permite identificar dificultades y posibles riesgos,

planificar cuidados al respecto e incluso poder predecir si la lactancia se mantendrá o no. La escala de LATCH constituye un instrumento validado que evalúa los cuatro atributos de una lactancia materna eficaz: la posición al lactar, el agarre al pecho, la succión y la transferencia de leche.

La pérdida de peso durante los primeros días de vida son complicaciones comunes. En el neonato de término completo, sano y amamantado, la causa sería la ingesta de poca cantidad de leche con la consecuente pérdida de peso que debe ser detectada temprano. Por eso la importancia de evaluar una adecuada técnica de lactancia materna.

Es conocida la asociación entre lactancia materna y pérdida de peso del recién nacido, pero son pocos los estudios que utilicen instrumentos validados para evaluar la técnica correcta de lactancia materna. Esta dificultad se evidencia en investigaciones retrospectivas. Es por eso que planteamos el presente estudio, se trata de un estudio prospectivo con el objetivo de conocer la frecuencia y los factores de riesgo de lactancia materna ineficaz y los

resultados neonatales adversos de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia, factores de riesgo y resultados neonatales de la lactancia materna ineficaz en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de Diciembre del 2010?

1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia, factores de riesgo y los resultados neonatales de la lactancia materna ineficaz en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de Diciembre del 2010.

1.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia de lactancia materna ineficaz en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del 2010.
2. Describir las principales características maternas y neonatales de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del 2010.
3. Identificar los principales factores de riesgo para lactancia materna ineficaz en los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de diciembre del 2010
4. Conocer los resultados neonatales adversos de la lactancia materna ineficaz de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el mes de diciembre del 2010

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Las afecciones originadas en el periodo perinatal son responsables del 73.15% de casos de morbilidad en menores de un año.

La lactancia materna es una estrategia básica de la promoción de la salud. Y a pesar de ser un tema de actualidad, con múltiples publicaciones internacionales, la bibliografía nacional al respecto de este tema es muy escasa. No existen estudios publicados que identifiquen los factores de riesgo asociados a la lactancia materna ineficaz ni su relación con los resultados neonatales adversos.

La pérdida de peso y deshidratación hipernatrémica, consiguiente a la técnica inadecuada de lactancia materna es considerada dentro de las diez primeras causas de morbilidad neonatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Según lo publicado a nivel internacional, son causas cada vez más frecuentes del incremento en las readmisiones hospitalarias.

Esta situación hace necesario el planteamiento y desarrollo de trabajos de investigación como el nuestro.

1.4.- HIPÓTESIS

H1: La incidencia de lactancia materna ineficaz en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del 2010 es mayor del 20%.

H2: Los factores maternos (edad menor de 20 años, analfabeta, primípara) y factores neonatales (bajo peso al nacer, Apgar <7) incrementan significativamente el riesgo de lactancia materna ineficaz.

H3: La lactancia materna ineficaz se asocia significativamente con deshidratación hipernatrémica neonatal y otros resultados adversos neonatales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

2.1.1.- NACIONALES

Tapia Cruz, A. Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en HAHUT periodo enero 2003 – diciembre 2004 (Tacna 2005)

Fue un estudio descriptivo, transversal que incluyó 33 casos de deshidratación hipernatrémica neonatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Determinó que la incidencia de deshidratación hipernatrémica fue de 0,49% de los recién nacidos vivos. Además describió algunas características maternas como: Edad materna promedio 26,2 +/- 6 años, mayoría eran primíparas (51%), el Parto vaginal fue más

frecuente en los neonatos con deshidratación hipernatrémica (72,7%), con peso promedio al nacer 3678,5 +/- 349 gramos. Además, la edad de ingreso fue al 1-2 día (39,4%) y 5-7 días (27,3%) de nacido, con un rango de 1 a 16 días. El 84,8% recibía lactancia materna exclusiva. La pérdida de peso promedio fue de 12,5 +/- 6%, y la pérdida por día 3,7 +/- , %. El valor de sodio promedio fue 160 +/- 12 mEq/l¹.

Atencio Yucra, S. Incidencia y factores de riesgo de la deshidratación hipernatrémica neonatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 a 2009 (Tacna 2010).

Es un estudio retrospectivo con el objetivo de determinar la incidencia y factores de riesgo de la DHN en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se conformó un grupo estudio de 1575 casos y un grupo control de 3150 casos con datos del Sistema Informático Perinatal, todos a término y en el periodo neonatal. Se uso el estadístico Chi² de Pearson para medir asociación de variables además del Odds Ratio (OR). El estudio demostró que la incidencia de DHN durante

¹ Tapia CA. Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en HAHUT periodo enero 2003 – diciembre 2004. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú. 2005.

el periodo de estudio fue 92,14 x 1000 RN. Los factores de riesgo maternos fueron: Edad Materna igual o mayor de 40 años (OR=1,52), IMC < 20 (OR=1,45), Ocupación No Trabaja (OR=1,17). Los factores de riesgo neonatales fueron: RN producto de cesárea (OR=1,26), Peso al Nacer \geq 4000 gr (OR=1,79), Recién Nacido GEG (OR=1,32). Se concluye que la incidencia de DHN ha tenido una tendencia ascendente y muy elevada en relación a estudios hospitalarios nacionales e internacionales. Y se asocia a una madre añosa, ama de casa y desnutrida cuyo recién nacido es producto de cesárea, de alto peso y macrosómicos².

Peñaloza Flores, S. Asociación de la lactancia materna ineficaz según la escala de LATCH y deshidratación hipernatrémica neonatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero del 2010.

Es un estudio correlacional, prospectivo y de corte transversal. El objetivo fue establecer si la eficacia de lactancia materna se asociaba a deshidratación hipernatrémica neonatal. Se definió DHN el cuadro clínico

² Atencio YS. Incidencia y factores de riesgo de la deshidratación hipernatrémica neonatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 a 2009. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú. 2010.

del recién nacido con sodio sérico >146 mEq/L. y pérdida de peso $\geq 5\%$ en las primeras 24 horas de vida o pérdida de peso $\geq 10\%$ después de las 24-48 horas post parto. Se calculó la pérdida de peso de 235 recién nacidos y se evaluó la técnica de la lactancia materna según la escala de LATCH. La tasa de DHN fue 34,9% y de lactancia materna ineficaz 39,1%. Los recién nacidos que presentaron mayor pérdida de peso fueron: Con peso al nacer <2500 gr. (8,9%), edad materna >40 años (6,9%), madres multíparas (6,8%), tener 1-3 CPN (10,3%), edad gestacional igual a 40 semanas (6,6%), mas de 72 horas de vida post parto (8,5%), Apgar a los cinco minutos igual a 8 (7,1%), sodio sérico 151-155 mEq/L. (9,7%) y lactancia materna ineficaz (8,6%). La autora concluye que existe asociación significativa entre la lactancia materna ineficaz con la deshidratación hipernatrémica y la pérdida porcentual de peso de los recién nacidos (0,000)³.

³ Peñaloza F S. Asociación de la lactancia materna ineficaz según la escala de LATCH y la deshidratación hipernatrémica neonatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero del 2010. Tesis de grado. Universidad Privada de Tacna. Perú. 2010

2.1.2.- INTERNACIONALES

Vitoria y cols. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. (España 2002)

Estudio con el objetivo de determinar la incidencia y complicaciones de la deshidratación hipernatrémica asociada a la lactancia materna, incluyeron 77 lactantes menores de 30 días de nacidos. Entre sus conclusiones afirman que la incidencia ha incrementado de 1,5 a 6,5 casos por 1000 neonatos con lactancia materna, el peso promedio al nacimiento fue 3313,9 +/- 543 gr. A término 9,22%, parto vaginal 74%, primera gestación en 73,3% edad al ingreso 4,3 +/- 2,8 días. Edad materna promedio 30,7 años. El porcentaje medio de pérdida de peso es 12,8% +/- 4,2. Natremia media 154,2 +/- 5,4 mEq/l⁴.

⁴ Vitoria, M. Oltra, C. Jovani, P. Ferrer y cols. "Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna". Anales de Pediatría. España. 2002. An Pediatr (Barc). 2002;61:587-95

Cancela Muñiz y cols. Lactancia materna exclusiva y pérdida de peso en el periodo neonatal. (España 2007)

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la pérdida de peso respecto al nacimiento y la concentración sérica de sodio, y describir las características de los recién nacidos ingresados por deshidratación con lactancia materna exclusiva. Describen que de 10.667 niños, treinta y cuatro (3%) ingresaron por deshidratación con antecedentes de lactancia materna exclusiva. La distribución por sexos era la siguiente: 10 mujeres (31%) y 22 hombres (69%). Catorce (44%) ingresaron desde Maternidad y 18 (56%) del exterior. Su peso medio al nacer era de 3.234,2 g, con un peso medio al ingreso de 2.868 g. Esto representa una pérdida media de peso de 11,1%. El peso medio al alta fue de 3.192,9 g. Todos ellos ingresaron con diagnóstico de deshidratación, siendo hipernatrémica (sodio en plasma mayor de 145 mEq/L) en 22 casos (69%) e isonatrémica en 10 casos (31%). En los casos de deshidratación hipernatrémica, el sodio sérico medio fue 149 mEq/L, y el 68% de ellos presentaban una pérdida de peso respecto al nacimiento superior al 10%. Al ingreso, la sintomatología acompañante

más frecuente fue la ictericia (34%). En ningún caso se encontraron complicaciones. La estancia media fue de 5,5 días. Al alta recibieron alimentación mixta 25 casos (78%), lactancia artificial 6 casos (19%) y 1 caso (3%) con lactancia materna exclusiva⁵.

Scardapane S y cols. Deshidratación hipernatrémica del recién nacido, Implementación de nueva estrategia para su reconocimiento Precoz. (Argentina 2007)

Estudio realizado en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna de Bahía Blanca de Argentina. Describen que de un total de 2307 recién nacidos sanos, en 169 (7,3%) se sospechó hipernatremia por clínica y descenso de peso, y se les realizó ionograma. En 51 casos (30%) la natremia fue ≥ 150 mEq/l. Así, la incidencia de hipernatremia en la población total fue 2,3 %. 11 niños se internaron en Neonatología (21,5 % de los hipernatrémicos y 0,47 % del total) y permanecieron internados 4,2 días en promedio. No hubo reingresos luego del alta de internación conjunta. De un total de 2036 recién nacidos de término

⁵ Cancela M I, Martí C E, Rezola A J, Echeverría L V, Collado E L, Paisan G E, Arroabarren A. Lactancia materna exclusiva, pérdida de peso y deshidratación hipernatrémica en el periodo neonatal. Reunión científica Donostia Octubre, 2007 España. vol. XL Num. 1 Bol Vasco-Nav Pediatr 2008; 40: 43-50

sanos, se diagnosticaron 17 casos de hipernatremia neonatal precoz (χ^2 $p < 0,001$), todos fueron internados en Neonatología (χ^2 $p < 0,001$) y permanecieron internados 5,4 días en promedio (*t test* $p = 0,465$), 10 fueron reingresos luego del alta de internación conjunta⁶.

Adriana Jonguitud A, Hugo Villa. ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en recién nacidos? (Chile 2007)

El objetivo del estudio fue conocer la incidencia de deshidratación hipernatrémica asociada a ictericia así como sus características clínicas en neonatos ingresados a un hospital general. Se incluyeron neonatos de término, ingresados por hiperbilirrubinemia, divididos en dos grupos, con y sin hipernatremia. Se ingresaron 24 pacientes en un año, de los cuales 12 tuvieron sodio sérico elevado, con un promedio de 163,92 mmol/L. La incidencia fue de 5/1 000 nacidos vivos. No se encontraron diferencias en cuanto a las características perinatales o cifras de bilirrubinas. La pérdida

⁶ Scardapane S, Jugo M, Muñoz Me A, Delgado E, González Y A. Deshidratación hipernatrémica del recién nacido, Implementación de nueva estrategia para su reconocimiento Precoz. Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna de Bahía Blanca. Argentina. 2007

ponderal fue mayor en el grupo con DHN. Dos pacientes presentaron alteraciones neurológicas y uno falleció⁷.

Caglar MK, Ozer I, Altugan FS. Factores de riesgo para la pérdida de peso excesivo y la hipernatremia exclusivamente en los lactantes. (Turquía 2006)

Es un estudio prospectivo en neonatos a término sanos con lactancia materna exclusiva nacidos de madres sanas sin complicación obstétrica, cuyo objetivo fue determinar factores de riesgo para la pérdida de peso excesivo y la hipernatremia en lactantes. Se determinó la asociación de la DHN con la y dificultad materna para amamantar ($P < 0,05$), primiparidad ($P < 0,005$), demora en la iniciación de la primera lactancia ($P < 0,01$), nacimiento por cesárea ($P < 0,05$). Además se correlacionó la pérdida de peso con los niveles séricos de sodio ($P < 0,02$)⁸.

⁷ Adriana J A, Hugo V. ¿Es frecuente la deshidratación hipernatémica como causa de readmisión hospitalaria en recién nacidos?. Chile 2005. Rev. chil. pediatr. v.76 n.5 Santiago. 2005

⁸ Caglar MK, Ozer I, Altugan FS. Factores de riesgo para la pérdida de peso excesivo y la hipernatremia exclusivamente en los lactantes. Facultad de Medicina, Universidad de Gaziosmanpasa, Tokat, Turquía. Braz J Med Biol Res. 2006 Apr; 39 (4) :539-44

**Unal S, Arhan E, Kara N, Uncu N, Aliefendioğlu D.
Lactancia materna y factores asociados asociados:
análisis retrospectivo de 169 recién nacidos a término.
(Turquía 2008)**

Es un estudio retrospectivo entre 2002 y 2005, para identificar a neonatos con lactancia materna, con el nivel de sodio sérico ≥ 150 mEq/L. El objetivo del trabajo fue determinar la incidencia, complicaciones, morbilidad y mortalidad de la deshidratación hipernatrémica debido a la inadecuada alimentación de pecho en una unidad de cuidados intensivos neonatales. La incidencia de la deshidratación hipernatrémica secundaria a la inadecuada alimentación materna fue de 4,1%, y sus principales características fueron: edad gestacional, 39,1 semanas (37-42 semanas), peso al nacer, 3.352 g (2200-4500 g), edad de la madre, 26,1 años (17-38 años), pérdida de peso, el 15,9% (5,4-32,7%), la proporción de partos vaginales espontáneos, el 75,7%, y la proporción de madres primerizas, el 74,6%. La mediana de sodio, nitrógeno ureico en sangre (BUN), y los niveles de creatinina de ingreso fueron 155 mmol / L (150-194 mmol / L), 35 mg / dL (7-253 mg / dL) y 0,9 mg / dL (0,2

-10 mg / dl), respectivamente. Hubo correlación positiva entre la pérdida de peso y de sodio en suero, nitrógeno ureico en sangre, los niveles de bilirrubina ($p < 0,01$); no hubo correlación entre la pérdida de peso y edad de las madres, el nivel de la educación, la ruta de entrega, o el estado de los primogénitos ($P > 0,05$)⁹.

O Peñalver Giner, J Gisbert Mestre, J Casero Soriano, A Bernal Ferrer, M Oltra Benavent, M Tomás Vila. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. Hospital Francesc de Borja de Gandía. (España 2004).

Es un estudio descriptivo de los casos de deshidratación hipernatrémica en lactantes con lactancia materna exclusiva. Las principales características e los lactantes fueron: edad gestacional media de 39,5 semanas; peso medio al nacimiento, 3.440 g; porcentaje de peso medio perdido, 13,7 %, y valor de sodio medio, 152,75 mEq/ml. En cuanto a las madres, el 83,33 % fueron primíparas, y el 16,67 %

⁹ Unal S, Arhan E, Kara N, Uncu N, Aliefendioğlu D. Lactancia materna-hipematremia y factores asociados asociados: análisis retrospectivo de 169 recién nacidos a término. Turquía. 2008. *Pediatr Int* 2008; 50:29-3

secundíparas. Concluyen que la hipernatremia asociada a lactancia materna es un proceso relacionado con una mala técnica de lactancia en madres inexpertas. Las soluciones hay que buscarlas en un mayor apoyo a la madre lactante por parte de los profesionales sanitarios¹⁰.

Chaudhuri KC. Presentación clínica de la deshidratación hipernatrémica en Recién Nacidos con lactancia materna exclusiva. (India 2008)

Con el objetivo de identificar el cuadro clínico de deshidratación en relación con el fracaso de la lactancia materna exclusiva en neonatos. Método: Estudio prospectivo realizado entre enero de 2000 y junio de 2003 en el Hospital Qassimi Al en el Emirato de Sharjah. Resultados: De 17.208 nacidos vivos, 29 recién nacidos entre las edades de 2-13 días han ingresado con pérdida de peso de entre 12 y 29% (grupo deshidratado). 27 pacientes habían deshidratación hipernatrémica con niveles séricos de sodio entre 150 a 195 mmol / l. La edad media de ingreso fue de 4,9 días. Motivos

¹⁰ O Peñalver G, J Gisbert M, J Casero S, A Bernal F, M Oltra B, M Tomás V. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia. España. 2004. An Pediatr (Barc) 2004; 61: 340 – 343. Disponible en la web: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13066432>

de ingreso fueron: signos de deshidratación (55%), hipertermia (55%), hipoglucemia (27%) e ictericia (59%). El grupo control incluyó 58 recién nacidos sanos. Su peso al nacer y la edad fueron comparables a los del grupo de deshidratados. En comparación con el grupo control, el parto por cesárea ($p < 0,0001$), menor nivel de conocimientos de lactancia materna ($p = 0,03$), transitoria cantidad insuficiente de leche materna ($p = 0,005$) y las anomalías del pezón ($P = 0,001$) fue significativamente más comunes en el grupo deshidratado. Menos micciones de orina (< 6 horas / día) y heces (< 3 veces / día) en las últimas 24 horas antes de la admisión se observan con mayor frecuencia en el grupo de deshidratación ($P < 0,0001$). Conclusión: El bajo nivel de conocimientos de la lactancia materna, la cesárea y la falta de un seguimiento postnatal temprana se asoció con la deshidratación neonatal. Disminución de la orina y la frecuencia de las deposiciones puede ser considerado como una advertencia para el fracaso de la lactancia¹¹.

¹¹ Chaudhuri KC. Presentación clínica de la deshidratación hipernatémica en Recien Nacidos con lactancia materna exclusiva. copublicado por Springer. Publicación Indian Journal of Pediatrics. India 2008

2.2.- MARCO TEÓRICO

2.2.1.- FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño. Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento¹².

El periodo más crítico y de mayor vulnerabilidad en el ser humano son los primeros meses de vida, donde la madre entrega a su hijo el alimento más importante e irremplazable durante los primeros 4 a 6 meses, la leche materna, y sigue siendo, durante mucho tiempo, una importante fuente de proteínas y de otros nutrientes, aún después de iniciarse la introducción de otros alimentos complementarios. Además, se establece una interacción afectiva entre el binomio

¹² Neville MC. Anatomía y fisiología de la lactancia. *Pediatr Clin North Am* (ed esp) 2001;1: 13-34

madre-hijo, imposible de lograr con algún otro método de alimentación artificial. Este hecho, junto a otros importantes efectos en la prevención de las infecciones, en la salud y el bienestar de la madre, en el espaciamiento de los embarazos, en la salud de la familia, en la economía de la familia, el país y en la producción de alimentos, hace de la lactancia natural un elemento clave de autosuficiencia, de la atención primaria de la salud y de los actuales criterios de desarrollo ¹².

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función. Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos formados por redondeadas cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna.

La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos,

localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón.

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión. La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos de algunas anastomosis de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria acromiotorácica. Aunque posee las venas correspondientes, gran parte de la sangre venosa para inicialmente a venas superficiales de grueso calibre que se advierten a través de la piel formando la Red de Haller ¹².

Diversos autores plantean que a las 16 semanas el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos se chupan el dedo en el útero.

Por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia y las crestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de Robin Magitot. Además, al examinarlos se encuentran casi sin excepción, una fase sagital de las apófisis alveolares en el sentido de una posición distal del maxilar inferior. También poseen 3 reflejos que hacen posible el amamantamiento que son: el de búsqueda, el de succión y el de deglución.

2.2.2.- AMAMANTAMIENTO:

Como lo expresa Guerra María E., Mujica, C. y otros (1999). La respiración es el primer estímulo paratípico permanente en el individuo desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento constituye el segundo estímulo. El niño cuando nace presenta unas exigencias metabólicas que va a suplir bien sea con la alimentación artificial, o natural a través del amamantamiento¹³.

¹³ Blanco L, Guerra M E., Mujica C.: Relación entre el amamantamiento, el tipo de perfil, oclusión y hábitos viciosos en preescolares. Archivos. Venezolanos de Puericultura y Pediatría. (1999); 62(3): 138-43

El amamantamiento consiste en la obtención de la leche directamente de la glándula mamaria por parte del lactante, se establecen que "el amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente". Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos; por medio del cual el niño se alimenta. Para que el acto de amamantamiento se pueda llevar a cabo, el reflejo eyectolácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos y desde allí es removida por la succión del lactante.

Primera mamada: Este es un acto de importancia capital, por lo que debe ser muy armoniosa, para evitar el "Trauma alimentario" (aversión al pecho). Por ello es muy importante educar a la madre para que está preparada para este momento, ya que este se da cuando la madre está echada, lo cual es muy incomodo ¹³.

En las próximas mamadas: Se puede usar cualquiera de las técnicas recomendadas, poniendo EL pecho a disposición de la boca del niño que debe estar frente a la madre, este debe

estirar el cuello hacia adelante junto con la mandíbula, para coger el pezón.

Mecanismo de la mamada. La succión y la deglución, son los dos mecanismos necesarios para la alimentación del niño. El acto de mamar demanda la realización de variados y coordinados movimientos, conformando la "unidad vital del acto de amamantamiento", en el que intervienen:¹³

Para la succión.- Labios, lengua, carrillos, paladar blando y mandíbula.

Para la deglución.- Faringe, laringe, hueso hioides y piso de boca.

En ambos casos, intervienen una diversidad de músculos de la cara, cuello y espalda. Toda esta dinámica produce estímulos funcionales para un armonioso desarrollo del órgano bucal, lo cual lleva a un gran agotamiento físico del niño por lo que con facilidad se queda dormido para recuperar fuerzas.

La succión requiere la completa introducción del pezón y areola dentro de la boca del lactante, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando, produciendo el sellado completo para crear el vacío. Para ello utiliza el reflejo de búsqueda desencadenado por el estímulo del labio inferior del niño, que produce la apertura de su boca y coloca la lengua aplanada en su piso. Con areola y pezón ya introducidos en la boca, la lengua desplazada hacia adelante sobrepasando la encía, comprime con ella la areola contra el paladar duro con movimientos ondulantes, (1 o más por segundo según el flujo de leche obtenida) y la exprime extrayendo y deglutiendo la leche. Recién introducidos areola y pezón, se desencadena una alta frecuencia de estos movimientos, como estímulo fisiológico para eyección de leche.¹³

En el lactante los labios, maxilares, encías, la lengua, los cojinetes grasos de las mejillas, el paladar duro y blando y la epiglotis, constituyen una estructura anátomo-funcional adaptada para el amamantamiento. En efecto, los labios presentan unas vellosidades muy vascularizadas, que se erectan durante el acto de amamantamiento y contribuyen al

cierre hermético para que se produzca la succión de la leche. El paladar es plano y está limitado por los burletes palatinos laterales, permitiendo el encajonado del pezón y la areola en la cavidad bucal, colaborando con el cierre hermético. En las mejillas encontramos la bolsa adiposa de Bichat, el cual es un conglomerado de grasa ubicado entre el buccinador y el masetero, que sirve de amortiguador muscular durante el acto de amamantamiento. La lengua se origina en el endodermo faríngeo, mesodermo branquial, y miotomas occipitales. Ya a los cincuenta días de gestación las papilas gustativas están formadas.¹³

El amamantamiento se realiza en 2 fases:

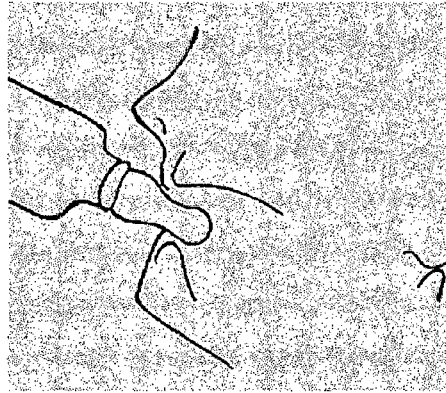
En la primera hay prehensión del pezón y la aréola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua.



1º fase del amamantamiento

2º fase del amamantamiento

En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento antero posterior. La lengua adopta forma de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando. El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión.



Posición distal de la mandíbula durante la succión del biberón.

Movimiento de avance mandibular al ordeñar el pecho: De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.

Sin embargo, con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. Un niño que aprende a chupar de un biberón

puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar la aréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia¹⁴.

Durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en el crecimiento de su desarrollo. Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos, son causa de mal oclusión en etapas posteriores¹⁵.

¹⁴ López Y, Arias M, Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. 1999

¹⁵ Sociedad odontológica de Venezuela. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezuela. 37(2): 6-10 2008

2.2.3.- IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida¹⁶.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente¹⁶

¹⁶ OMS - UNICEF. Breast feeding. EEUU. 2008

Es generalmente aceptado que el éxito de la lactancia depende de diversos factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como el bebé lo desee y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para educar al bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la areola y el pezón. Durante el amamantamiento la madre debe permanecer en reposo y tranquila. El niño debe estar colocado de manera que exista un ángulo de 45° con respecto a la madre y con la cara frente al pezón. Los pezones deben asearse previamente con agua hervida, estimulándolos para su erección.¹⁶

Posición correcta del niño en el momento de amamantamiento¹⁷.

- Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá. La boca y la mandíbula están pegadas al cuerpo de la madre.

¹⁷ Comisión nacional de Lactancia Materna CONALAMA: Curso de Capacitación Consejería en Lactancia Materna, Manual del participante. Venezuela. 2003

- La boca está completamente abierta y los labios se ven vertidos.
- La mayor parte de la aureola o toda ella está escondida dentro de la boca del bebé.
- El niño da chupadas grandes y despaciosas.
- El niño está relajado y feliz.
- La mamá no siente dolor en los pezones.

2.2.4.- EVALUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: LATCH

En la línea del compromiso que el personal de salud tiene con la promoción de la lactancia materna durante la estancia de la puérpera y su hijo en el hospital y tras el alta, varios estudios publicados utilizan la escala de LATCH para evaluar la eficacia de la lactancia materna.

La escala de LATCH es un instrumento clínico que evalúa la eficacia de la lactancia materna. Evalúa 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. Es un instrumento que 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. Es un instrumento de relevancia para la práctica asistencial y para el desarrollo de investigaciones al respecto¹⁸.

Esta escala 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. Su fiabilidad no ha quedado del todo clara y parece presentar hasta ahora una capacidad de predicción de LM modesta. Sin embargo estos autores defienden su utilidad para detectar mujeres con riesgo de abandono de lactancia materna¹⁹.

¹⁸ Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing*. 2004; 23: 27-32

¹⁹ Kumar SP, Money R, Wiesser LJ, Havstad MA. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*. 2006; 22: 391-397

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 sesión o momento de lactancia, de forma que es esperable que la puntuación mejore a lo largo del tiempo si se van solventando las dificultades que el propio instrumento va reflejando.¹⁹

ESCALA DE LATCH PARA LACTANCIA MATERNA

	0	1	2
L. Latch Coger	-Demasiado dormido -No se coge al pecho	-Repetidos intentos de cogerse -Mantiene pezón en la boca -Llega a succionar	-Agnara el pecho -Lengua debajo -Labios que se ajustan -Succión rítmica
A. Audible swallowing Deglución audible	-Algunas	-Un poco en la estimula.	-Respuestas rítmicas al menos de 2/h. -Españoles y rítmicas al menos de 2/h.
T. Type of Nipple Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
C. CUBER Comodidad, control (pecho, pezón)	-Españoles. -Enfatis -Distraído	-Muy fáciles -Resistente cuando -Distraído al pecho	-Muy fáciles -Adecuado
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho.	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Mínima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro -El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesario ayuda -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

FUENTE: Jensen D, Wallace S, Kelsay y cols. 1994²⁰

²⁰ Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing. 2004

2.2.5.- DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA ASOCIADA A LACTANCIA MATERNA

Se considera caso sospechoso de hipernatremia a todo paciente recién nacido que pierde > 5% de su peso de nacimiento por día en el primer día de vida, o más de 4% de peso por día de vida en los siguientes tres días, ó > 10% en cualquier momento. Se considera caso probable de hipernatremia a todo paciente recién nacido que pierde más del 5% de su peso de nacimiento por día en el primer día de vida, o más de 4% de peso por día en los siguientes tres días, o más del 10% en cualquier momento, y que además tenga fiebre (temperatura rectal < 37.5 °C). y caso confirmado por laboratorio a todo paciente nacido que tenga un sodio sérico $\geq 146\text{mEq/l}$.

La deshidratación hipernatrémica es un proceso potencialmente grave, al que puede asociarse complicaciones neurológicas graves. Tradicionalmente se ha asociado a la

alimentación con lactancia artificial, fundamentalmente debido a la utilización de fórmulas hiperconcentradas²¹.

En los últimos años ha habido varias publicaciones que alertan sobre la aparición de deshidrataciones hipernatrémicas en niños alimentados con lactancia materna. A partir de los años 1990 empieza a describirse este cuadro, fundamentalmente en países desarrollados que por otra parte, tienen elevados índices de lactancia materna.²¹

Diversos autores han estudiado la correlación entre los niveles de sodio de la leche materna y la aparición de hipernatremia en el recién nacido. La conclusión, que se obtiene tras el estudio de la literatura especializada al respecto es que las concentraciones elevadas de sodio en la leche materna son en realidad un marcador de bajo volumen. Lo que en definitiva indica una mala técnica alimentaria, ya que como es evidente, la hipogalactia primaria es un fenómeno muy poco frecuente²².

²¹ Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breastfeeding: A population study. Arch Dis Child 2001;85:318-20

²² Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremia dehydration associated with breast-feeding malnutrition: A retrospective survey. CMAJ 2000; 162:647-52

El perfil de las madres de los niños afectados de deshidratación hipernatrémica que más ampliamente se ha descrito en la bibliografía es el de una mujer primigesta con buen nivel cultural y un gran deseo de lactar. No es casualidad que a partir de los años 1990 sea cuando empieza a ser conocido este proceso, coincidiendo con un aumento de las tasas de lactancia en los países desarrollados. La preconización de la lactancia materna a demanda, unida a un cambio en las rutinas de las maternidades, que empiezan a dar el alta al recién nacido sano de forma más precoz a las 48 e incluso 24 h del nacimiento, podrían explicar una mayor incidencia de esta entidad ²².

Probablemente determinados cambios culturales en relación a la lactancia materna, acontecidos en los últimos años, han influido en la aparición de estos casos. Así por ejemplo, la modificación en las recomendaciones que propician una lactancia materna a demanda frente a un horario rígido, o el desaconsejar controles de peso frecuentes con el fin de evitar una ansiedad innecesaria a la madre, se han llevado a cabo

sin el debido apoyo por parte de los profesionales sanitarios. La hipernatremia en este contexto sería la punta del iceberg de un número de lactaciones inadecuadas en madres con poca experiencia, gran deseo de lactar e insuficiente apoyo sanitario.²²

Respecto al tratamiento es bien sabido que la corrección de la hipernatremia se ha de realizar de forma lenta. En estos casos se puede realizar tanto por vía oral como por vía intravenosa, dependiendo de la gravedad del caso. En nuestros casos el tratamiento se ha realizado en el 50 % de los casos por vía oral y en el otro 50 % por vía intravenosa. Creemos que la opción terapéutica elegida ha estado más en función de los hábitos del pediatra que atendió al recién nacido que de la gravedad del proceso.²²

Se ha sugerido el uso de aportes extra de agua como método de evitar la aparición de hipernatremias en niños alimentados con lactancia materna. Nosotros, como ya hemos señalado, pensamos que la causa del problema está en la falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios a la madre

lactante y, por tanto, es en este aspecto donde hay que buscar las soluciones.²²

En España, a diferencia de lo que ocurre en otros países, el cuidado del recién nacido y el alta del hospital está fundamentalmente a cargo del pediatra de atención primaria. La rigidez de un sistema sanitario excesivamente burocratizado dificulta muchas veces el acceso a la atención sanitaria. Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por su pediatra pasa un período de tiempo crucial y a veces excesivamente prolongado. Se da la paradoja de que si bien abundan los controles al niño sano en nuestros programas de salud materno-infantil, el niño en sus primeras semanas de vida no recibe la atención adecuada. Los casos de deshidratación hipernatrémica como indicador son deficientes²².

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño de estudio es prospectivo, transversal, y correlacional.

3.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La recolección de los datos se realizó previa coordinación con la Dirección del hospital y las Jefaturas del servicio de Neonatología y Gineco-Obtetricia del Hospital Hipólito Unanue.

La recolección de la información se realizó desde el 01 al 31 de Diciembre del 2010. Y se realizó de la siguiente manera: se realizó un cuestionario de la ficha de recolección de datos (anexo), y luego se procedió a la evaluación de la técnica de lactancia materna, según la escala de LATCH. La evaluación del neonato fue realizada antes de la visita pediátrica. Posteriormente, se calculó la

perdida porcentual de peso y se solicitó un control de electrolitos a todo recién nacido con pérdida de peso mayor al 5% dentro de las 24 horas nacidos por parto vaginal o cesárea; y/o a todo recién nacido con más del 10% de pérdida de peso a las 24-48 horas de nacimiento para confirmar el diagnóstico de DHN.

3.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el uso de la información se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo, y luego se procedió a realizar el análisis de la información utilizando el programa PASW statistic v18.0 (antes SPSS). Se realizó análisis de estadística descriptiva, mediante frecuencias absolutas y porcentuales. Además para identificar los factores asociados a la lactancia materna ineficaz se calculó el χ^2 con nivel de significancia $<0,05$ y prueba t de student para la comparación de la pérdida de peso por día. Además calculamos el ODDS RATIO para cuantificar la asociación existente entre nuestras variables de estudio. Además se crearon gráficos de barras para representar la información encontrada.

3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por 311 recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de Diciembre del 2010.

El estudio incluyó el 100% de los neonatos que cumplieron los criterios de inclusión, que fueron 302, debido a que se eliminaron 9 neonatos debido a que tenían contraindicado el amamantamiento (por diversas causas como: fisura palatina o asfixia neonatal) o fallecieron a pocos minutos de nacer. Por lo tanto no se utilizó ninguna técnica de muestreo

La muestra quedó conformada por 302 recién nacidos durante el periodo de estudio. La unidad de análisis fueron los cuestionarios realizados a las madres e historias clínicas y fichas perinatales de los recién nacidos seleccionados.

3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madre cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 01 y 31 de diciembre del 2010.
- Madres con recién nacido a término según el examen físico.
- Lactancia materna exclusiva.

3.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madre que se niegue a participar de la evaluación (test).
- Madre que presente alguna patología asociada que contraindique la lactancia.
- Recién nacido con malformaciones congénitas o alteración del nivel de conciencia.
- Recién nacido con edad gestacional menor a 37 semanas calculada por examen físico.

Las madres incluidas en el estudio serán divididos en 2 grupos según la puntuación de la evaluación de la eficacia de la lactancia materna según la escala de LATCH.

- Madres con lactancia materna ineficaz (puntuación de LATCH \leq 5 puntos).
- Madres con lactancia materna eficaz (puntuación LATCH $>$ 5 puntos).

3.7.- VARIABLES DEL ESTUDIO

3.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

Son características de la madre y del neonato que podrían aumentar directa e indirectamente la probabilidad de brindar lactancia materna ineficaz.

- **MATERNOS**
 - Edad
 - Grado de instrucción
 - Estado civil
 - Paridad
 - Controles prenatales

- Morbilidad materna: enfermedades crónicas, anemia, retención de membranas, infección puerperal
- Terminación del parto: vaginal, cesárea
- Recibió educación de lactancia materna antes del embarazo
- Le hicieron contacto precoz piel a piel
- DEL RECIEN NACIDO
 - Peso al nacer
 - Edad gestacional calculada por examen físico
 - Apgar: al 1º y 5º minuto

3.7.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE/DEPENDIENTE: LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

Proceso interactivo entre la madre e hijo, que ocurre cuando hay transferencia directa de leche del pecho de la madre al bebé, de una forma y en una cantidad que satisface las necesidades de ambos. La evaluación de la lactancia materna según la escala de LATCH permite clasificarla en eficaz e ineficaz. Esta escala evalúa la succión y eficacia de la

lactancia materna en cinco aspectos relevantes, cada uno de estos se puntúa de 0 a 2, según sea más o menos favorable.

La suma puede ser como máximo 10 puntos.

- LACTANCIA MATERNA EFICAZ: puntuación mayor a 5
- LACTANCIA MATERNA INEFICAZ: puntuación 5 o menos.

3.7.3.- VARIABLE DEPENDIENTE: RESULTADOS

NEONATALES ADVERSOS

- Porcentaje de pérdida de peso en el 1º, 2º y 3º día
- Deshidratación hipernatrémica ($\text{Na} > 145 \text{ mEq/l}$)
- Fiebre
- Ictericia

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA 01

INCIDENCIA DE LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
MES DE DICIEMBRE 2010.

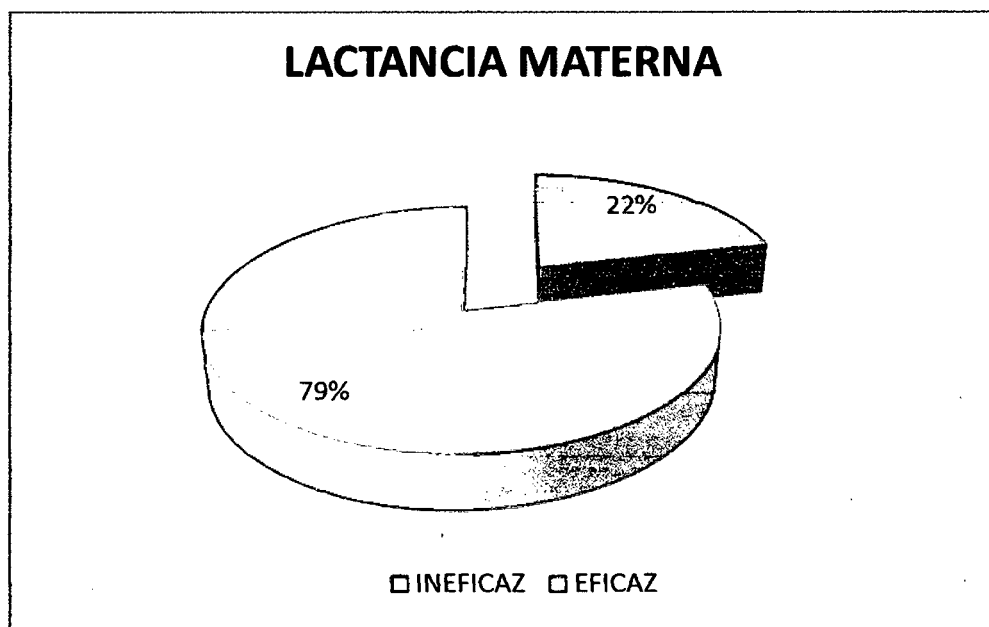
LACTANCIA MATERNA SEGÚN LATCH	INCIDENCIA	
	N	%
INEFICAZ	65	21,5%
EFICAZ	237	78,5%
TOTAL	302	100%

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

La incidencia de lactancia materna ineficaz en los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del 2010 fue del 21,5%.

TABLA 01

INCIDENCIA DE LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
MES DE DICIEMBRE 2010.



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 02

EDAD MATERNA ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
 DICIEMBRE 2010.

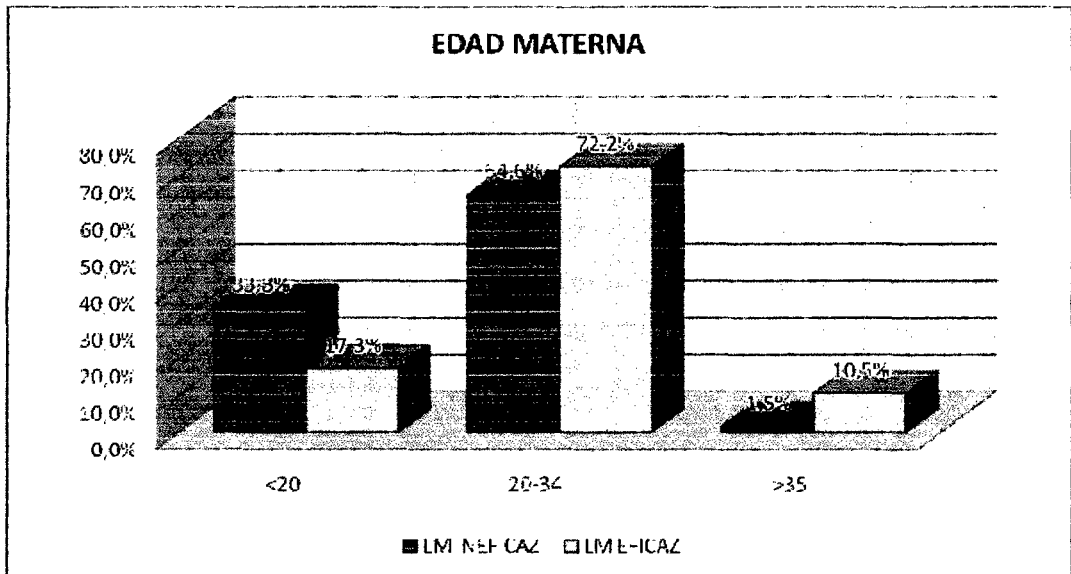
EDAD MATERNA	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
<20	22	33,8%	41	17,3%	63	20,9%	0,003
20-34	42	64,6%	171	72,2%	213	70,5%	
>35	1	1,5%	25	10,5%	26	8,6%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Sobre la edad materna, se evidencia que las madres con lactancia materna ineficaz eran más jóvenes que las madres con lactancia materna eficaz. Observamos que la mayoría de madres tenía entre 20 a 34 años (64,6% y 72,2%) seguidos de <20 años (33,8% y 17,3%) y finalmente >35 años (1,5% y 10,5%). Observamos que la edad materna está asociada significativamente con la eficacia de la lactancia materna. (p=0,003).

GRAFICO 02

EDAD MATERNA ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
DICIEMBRE 2010.



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 03

NIVEL DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL MES DE DICIEMBRE 2010

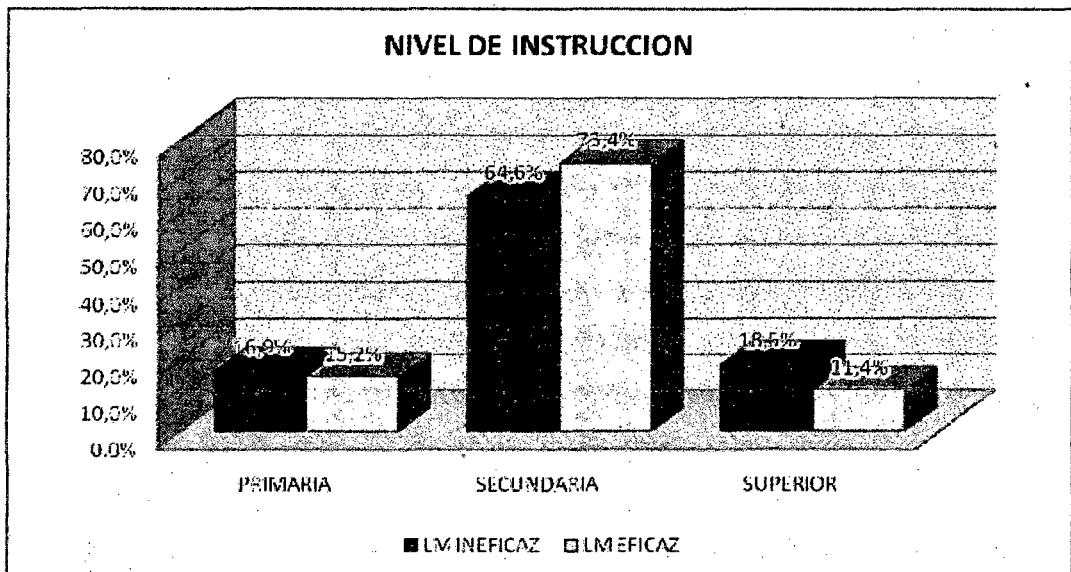
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
PRIMARIA	11	16,9%	36	15,2%	47	15,6%	0,269
SECUNDARIA	42	64,6%	174	73,4%	216	71,5%	
SUPERIOR	12	18,5%	27	11,4%	39	12,9%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

El nivel educativo de las madres fue similar entre el grupo con lactancia eficaz e ineficaz. En la tabla observamos que la mayoría tuvo nivel educativo secundario (64,6% y 73,4%), seguidos de los que tuvieron nivel primario (16,9% y 15,4%) y finalmente del nivel educativo superior (18,5% y 11,4%). Según el análisis estadístico, el nivel de instrucción no se asocia significativamente con la lactancia materna ineficaz.

GRAFICO 03

NIVEL DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 04

ESTADO CIVIL ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
DICIEMBRE 2010

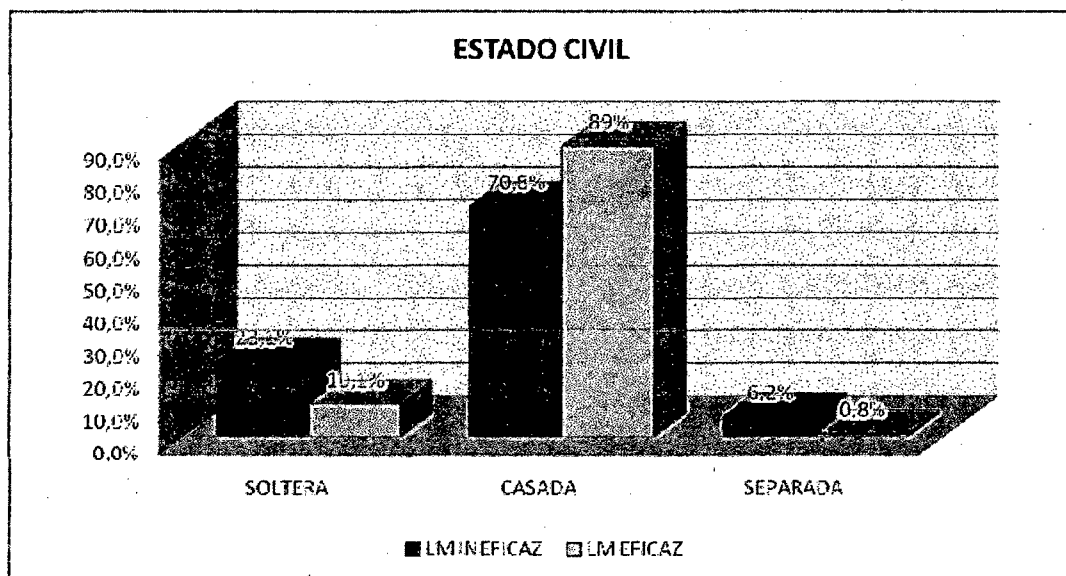
ESTADO CIVIL	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
SOLTERA	15	23,1%	24	10,1%	39	12,9%	0,000
CASADA	46	70,8%	211	89%	257	85,1%	
SEPARADA	4	6,2%	2	0,8%	6	2%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Existen diferencias sobre el estado civil de las madres según el tipo de lactancia materna. La mayoría eran casadas (70,8% y 89%), seguidos de las solteras (23,1% y 10,1%), y finalmente las separadas (6,2% y 0,8%). Observamos que el estado civil se asocia significativamente con la lactancia materna ineficaz ($p=0,000$).

GRAFICO 04

ESTADO CIVIL ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 05

PARTOS PREVIOS ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
 DICIEMBRE 2010

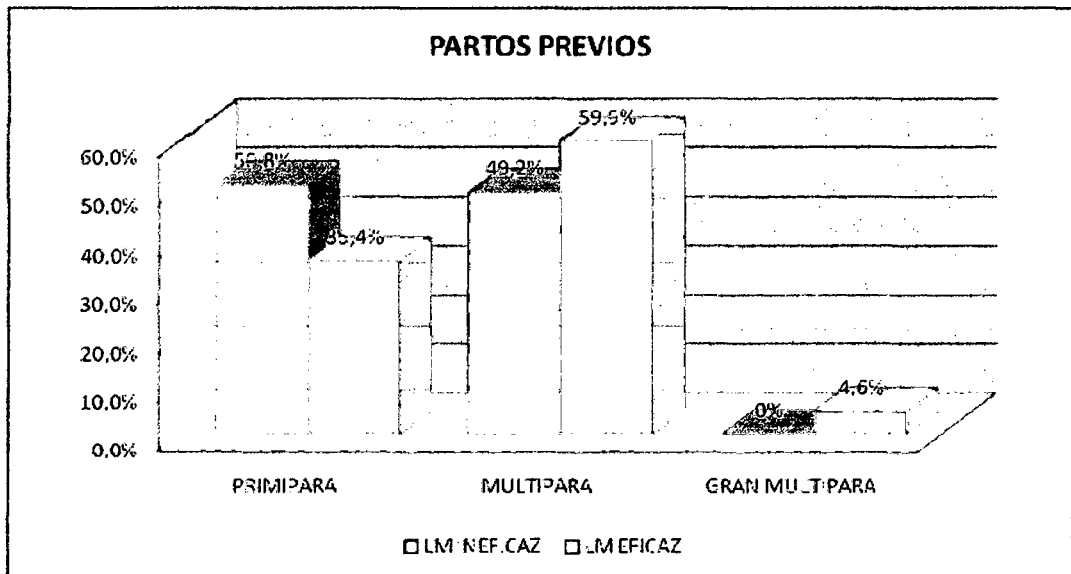
PARTOS PREVIOS	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		P
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
PRIMÍPARA	33	50,8%	84	35,4%	117	38,7%	0,028
MULTÍPARA	32	49,2%	142	59,9%	174	57,6%	
GRAN MULTÍPARA	0	0%	11	4,6%	11	3,6%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

La mayoría de madres con lactancia materna ineficaz eran primíparas (50,8% vs 34,4%), seguidos de las multíparas (49,2% y 59,9%), y las gran multíparas (0% y 4,6%). El análisis de CHI^2 muestra que los partos previos está asociado significativamente con la lactancia materna ineficaz ($p=0,028$).

GRAFICO 05

PARTOS PREVIOS ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 06

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO A LA
LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010

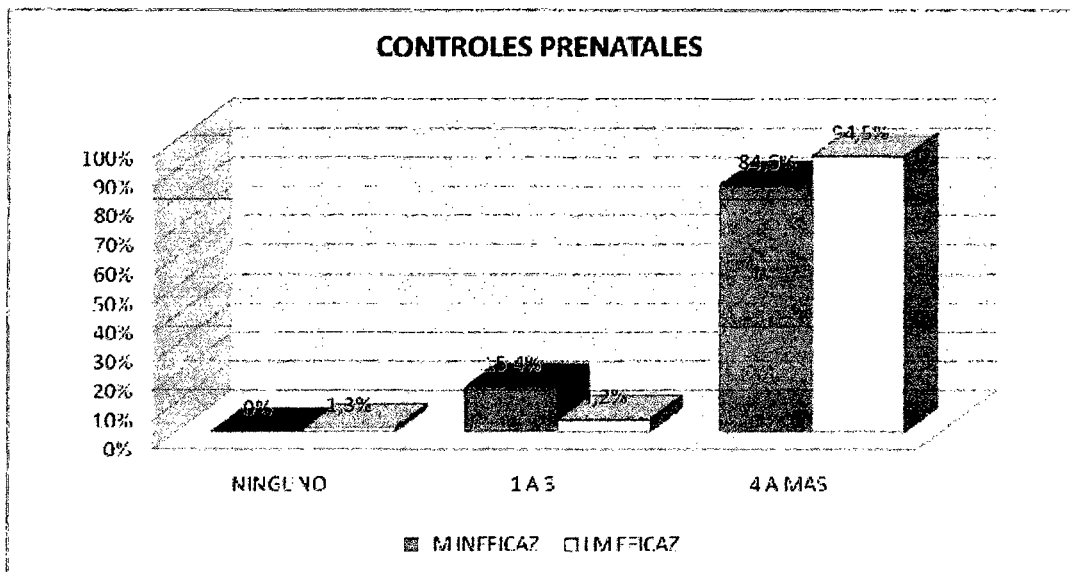
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
NINGUNO	0	0%	3	1,3%	3	1%	0,004
1 A 3	10	15,4%	10	4,2%	20	6,6%	
4 A MAS	55	84,6%	224	94,5%	279	92,4%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Sobre el control prenatal, observamos que las madres con lactancia materna ineficaz tenían menos controles prenatales que las madres con lactancia eficaz. La mayoría tuvo de 4 a más controles (84,6% y 94,5% respectivamente) seguidos de 1 a 3 controles (15,4% y 4,2%) y ningún tipo de control pre-natal. (0% y 1,3%). Según el análisis estadístico, demuestra que el número de controles prenatales, se asoció significativamente con la lactancia materna ineficaz. ($p=0,004$).

GRAFICO 06

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO A LA
LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 07

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADO A LA LACTANCIA
MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010

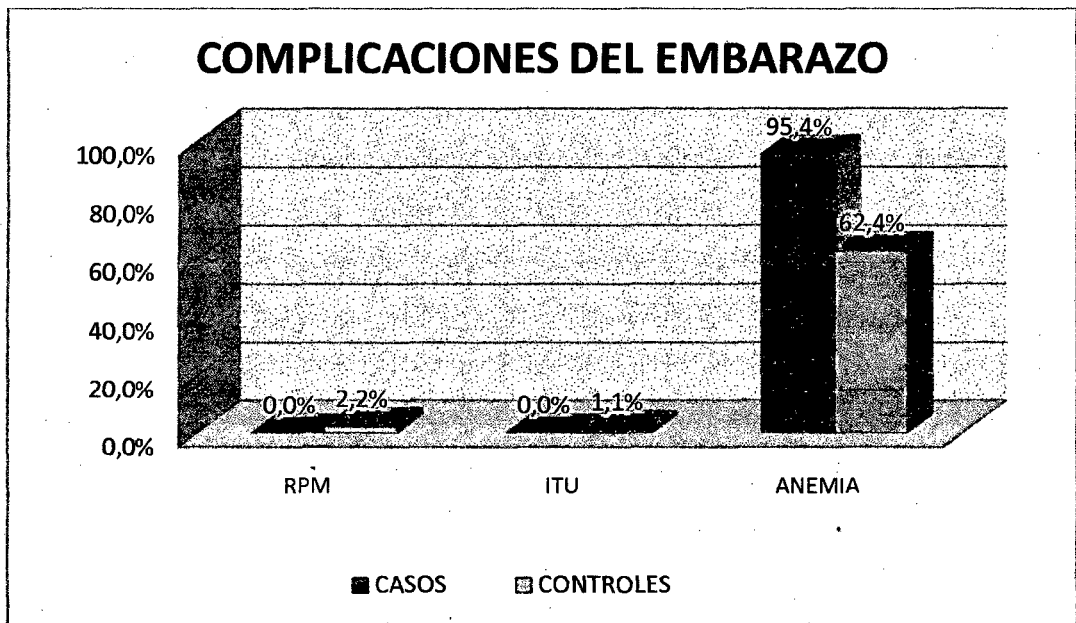
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
ANEMIA MATERNA	62	95,4%	148	62,4%	210	69,5%	0,000
RPM	0	0,0%	6	2,2%	6	2,0%	0,195
INFECCION URINARIA	0	0,0%	3	1,1%	3	1,0%	0,363
NINGUNO	55	84,6%	217	79,5%	272	90,1%	0,097
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

La mayoría de madres no presentaron complicaciones durante el embarazo. La complicación más frecuente fue la anemia (69,5%) que se asoció significativamente con la lactancia materna ineficaz ($p=0,000$). Otras complicaciones no se asociaron a la lactancia materna ineficaz.

GRAFICO 07

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADO A LA LACTANCIA
MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 08

EDUCACIÓN RECIBIDA SOBRE LA TÉCNICA DE LACTANCIA
MATERNA ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL MES DE DICIEMBRE 2010

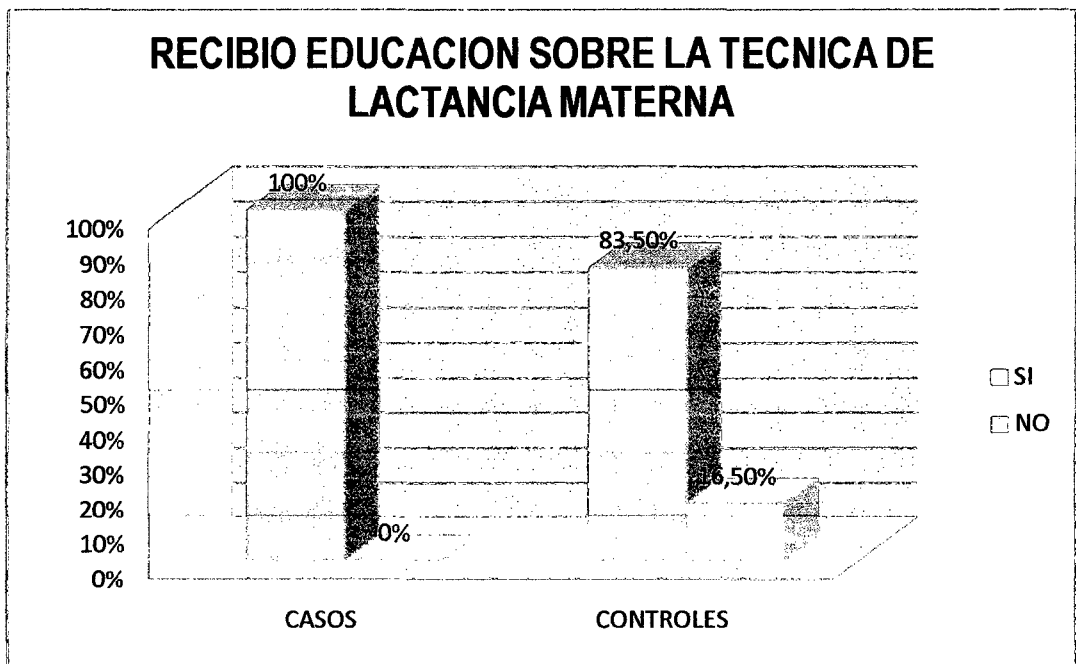
RECIBIÓ EDUCACIÓN SOBRE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
SI	0	0%	198	83,5%	198	65,6%	0,000
NO	65	100%	39	16,5%	104	34,4%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Ninguna paciente con lactancia materna ineficaz había recibido educación sobre la técnica de lactancia materna, a diferencia del 83,5% de las madres con lactancia materna eficaz que manifestó haber recibido educación sobre la técnica de lactancia. Se evidenció la asociación significativa entre recibir educación sobre la técnica de LM y la lactancia materna ineficaz ($p=0,000$).

GRAFICO 08

EDUCACIÓN RECIBIDA SOBRE LA TECNICA DE LACTANCIA
MATERNA ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 09

VIA DEL PARTO ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
 DICIEMBRE 2010

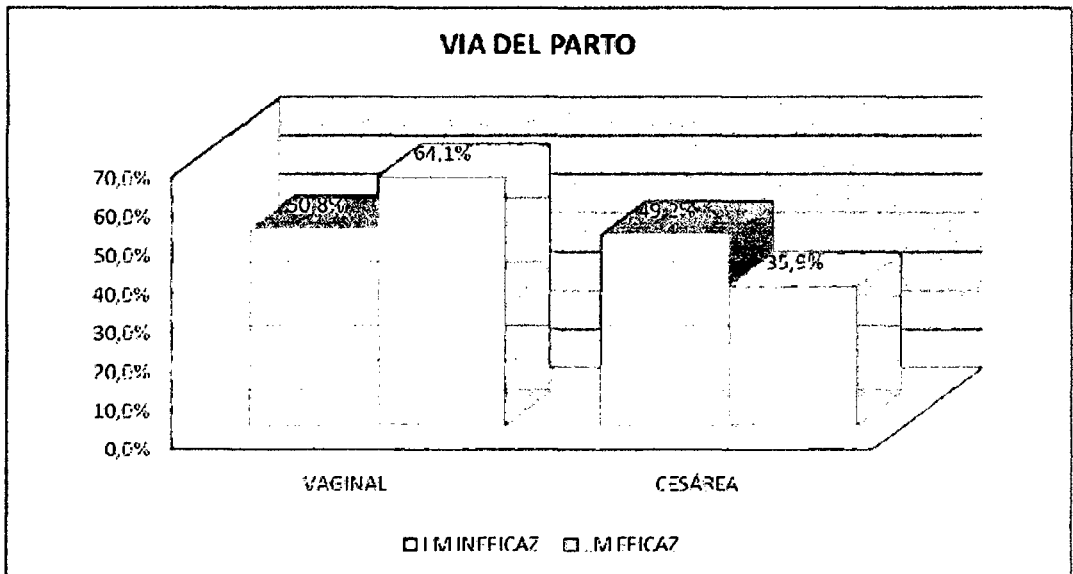
VIA DEL PARTO	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		P
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
VAGINAL	33	50,8%	152	64,1%	185	61,3%	0,062
CESÁREA	32	49,2%	85	35,9%	117	38,7%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Sobre la vía de parto, observamos que la mayoría presentó parto por vía vaginal (50,8% vs 64,1%) seguidos de las que presentaron cesárea (49,2% y 35,9%). La vía de parto no está asociada con la eficacia de la lactancia materna ($p=0,062$).

GRAFICO 09

VIA DEL PARTO ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 10

CONTACTO PRECOZ ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL MES DE DICIEMBRE 2010

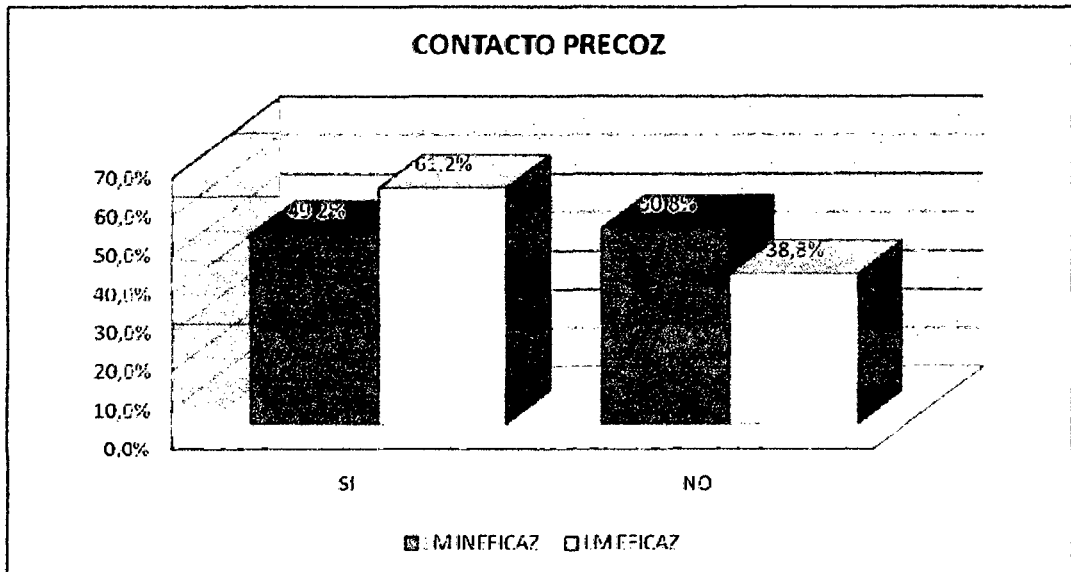
CONTACTO PRECOZ	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		P
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
SI	32	49,2%	145	61,2%	177	58,6%	0,09
NO	33	50,8%	92	38,8%	125	41,4%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

La mayoría de madres con lactancia materna ineficaz no tuvo contacto precoz (50,8%), a diferencia del grupo de madres con lactancia eficaz (38,8). El análisis estadístico, muestra que el contacto precoz no está asociado significativamente con la lactancia materna ineficaz (0,09).

GRAFICO 10

CONTACTO PRECOZ ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 11

PESO AL NACER ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
 DICIEMBRE 2010

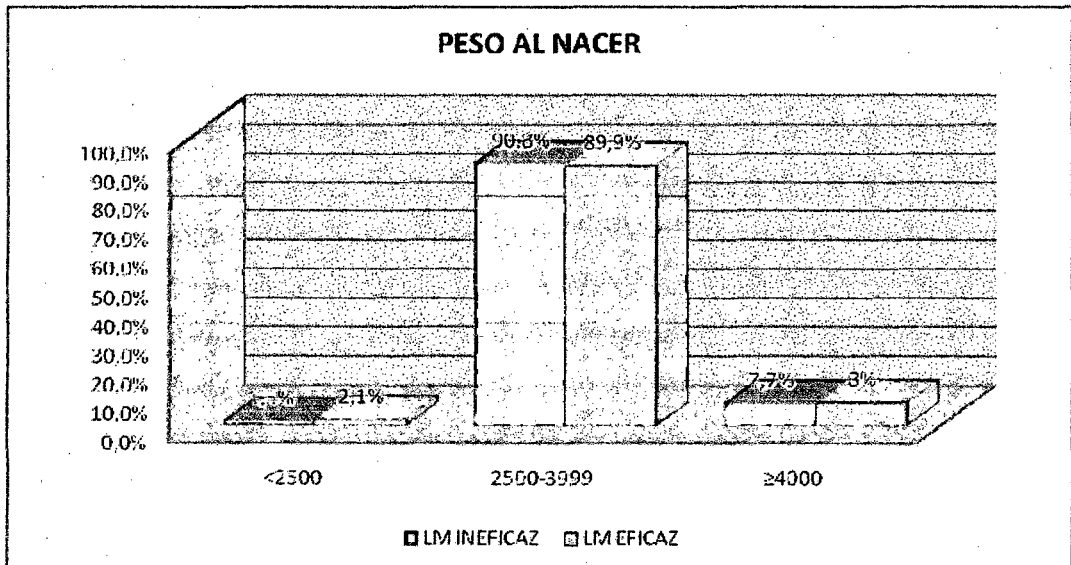
PESO AL NACER	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%	
	N	%	N	%			
<2500	1	1,5%	5	2,1%	6	2%	0,954
2500-3999	59	90,8%	213	89,9%	272	90,1%	
≥4000	5	7,7%	19	8%	24	7,9%	
TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Sobre el peso al nacer, observamos que la mayoría de recién nacidos nacieron con peso entre 2500 y 3999 gr. (90,8% y 89,9%), seguidos de peso ≥4000 gr. (7,7% y 8%) y con peso menor a 2500 gr. (1,5% y 2,1%). Se evidencia que el peso al nacer no está asociado significativamente con la lactancia materna ineficaz ($p=0,954$).

GRAFICO 11

PESO AL NACER ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 12

PUNTUACIÓN APGAR ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE
 DICIEMBRE 2010

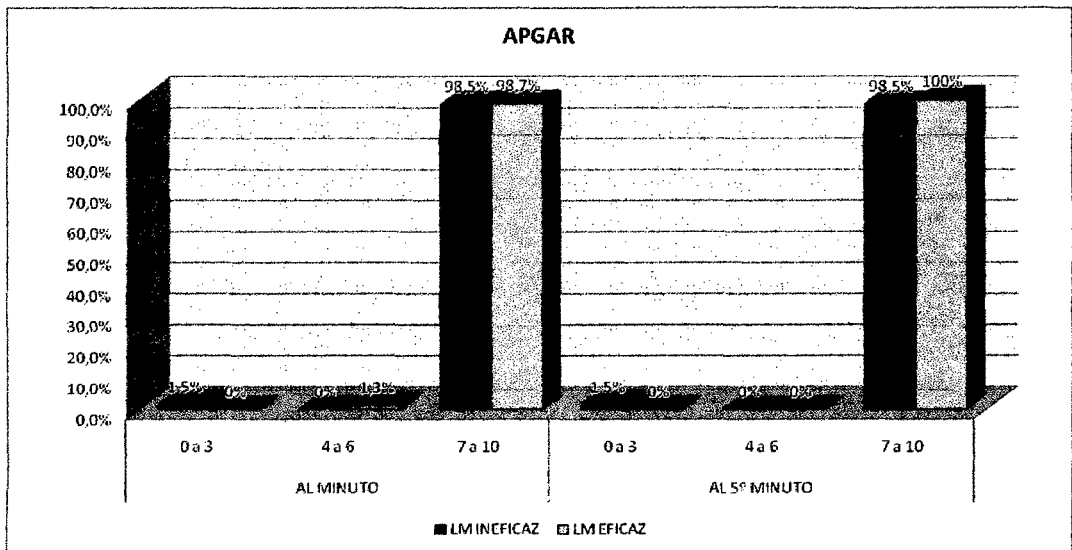
APGAR	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p	
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%		
	N	%	N	%				
AL MINUTO	0 a 3	1	1,5%	0	0%	1	0,3%	0,107
	4 a 6	0	0%	3	1,3%	3	1%	
	7 a 10	64	98,5%	234	98,7%	298	98,7%	
TOTAL		65	100%	237	100%	302	100%	
AL 5º MINUTO	0 a 3	1	1,5%	0	0%	1	0,3%	0,215
	4 a 6	0	0%	0	0%	0	0%	
	7 a 10	64	98,5%	237	100%	301	99,7%	
TOTAL		65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Sobre la puntuación Apgar al minuto, observamos que la mayoría obtuvo de 7 a 10 puntos (98,5% y 98,7%) (%). De igual manera, a los cinco minutos observamos que también la mayoría tuvo entre 7 a 10 puntos (98,5% y 100%). Sin embargo, el análisis de CHI2 demuestra que el Apgar no se asocia significativamente con la lactancia materna ineficaz.

GRAFICO 12

PUNTUACION APGAR ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 13

ENFERMEDADES NEONATALES ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA
INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
MES DE DICIEMBRE 2010

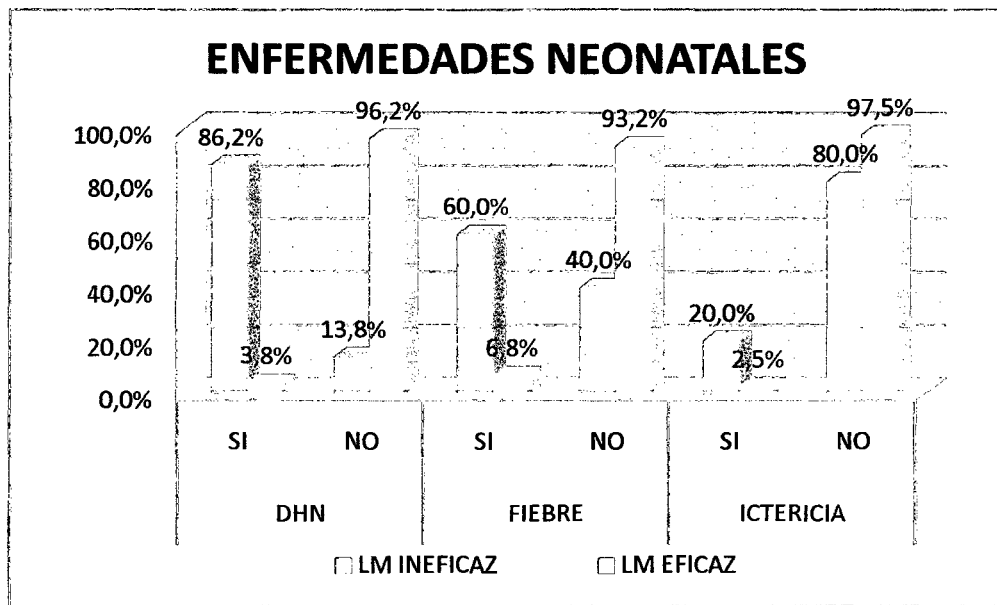
ENFERMEDADES NEONATALES	LACTANCIA MATERNA				TOTAL		p	
	INEFICAZ		EFICAZ		N	%		
	N	%	N	%				
DHN	SI	56	86,2%	9	3,8%	65	21,5%	0,000
	NO	9	13,8%	228	96,2%	237	78,5%	
	TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	
FIEBRE	SI	39	60,0%	16	6,8%	55	18,2%	0,000
	NO	26	40,0%	221	93,2%	247	81,8%	
	TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	
ICTERICIA	SI	13	20,0%	6	2,5%	19	6,3%	0,000
	NO	52	80,0%	231	97,5%	283	93,7%	
	TOTAL	65	100%	237	100%	302	100%	

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Las enfermedades neonatales más frecuentes fueron deshidratación hipernatrémica (21,5%), fiebre (18,2%) e ictericia (6,3%), siendo más frecuentes en los neonatos con lactancia materna ineficaz. El análisis estadístico demostró la asociación existente entre la clínica neonatal y la lactancia materna ineficaz ($p=0,000$ en todos los casos).

GRAFICO 13

ENFERMEDADES NEONATALES ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 14

PERDIDA DE PESO ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
 MES DE DICIEMBRE 2010

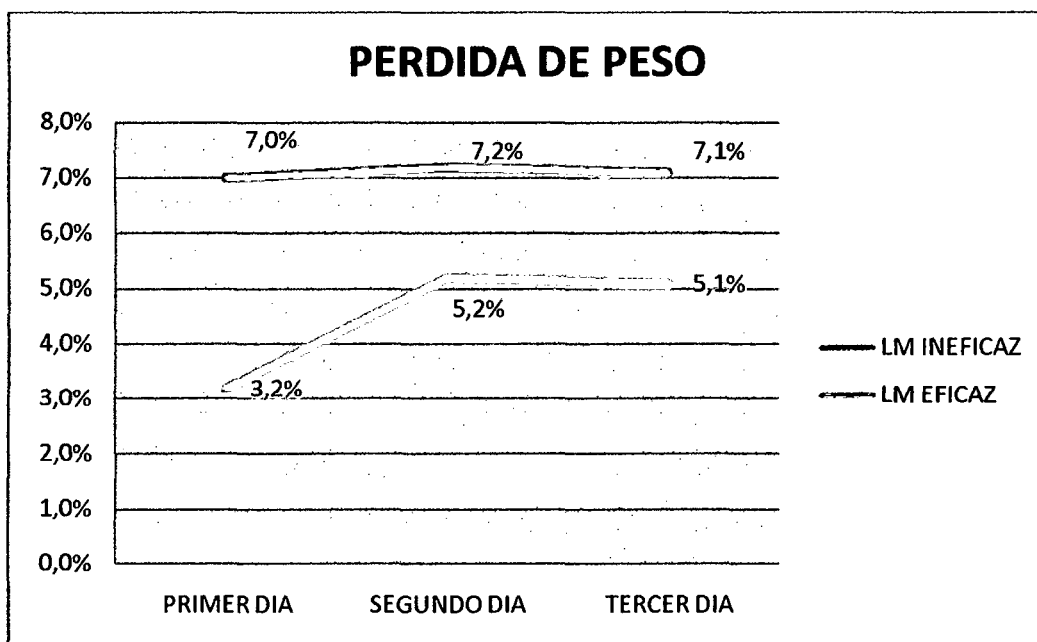
PERDIDA RELATIVA DEL PESO AL NACER	LACTANCIA MATERNA		DIFERENCIA	p	
	INEFICAZ	EFICAZ			
PRIMER DIA	Media	7,0%	3,2%	-3,8%	0,000
	Total	65	233		
SEGUNDO DIA	Media	7,2%	5,2%	-2,0%	0,000
	Total	40	123		
TERCER DIA	Media	7,1%	5,1%	-2,0%	0,000
	total	31	87		

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

La pérdida del peso de los recién nacidos fue mayor en aquellos con lactancia materna ineficaz. En el primer día la pérdida de peso de los recién nacidos fue de 7,0% y 3,2% según tenían lactancia ineficaz o lactancia eficaz, con una diferencia del 3,8%. Esta diferencia se mantuvo durante los días de hospitalización del neonato aunque con leve disminución. Al comparar las medias de los pesos perdidos con la prueba t evidenciamos que la diferencia fue significativa ($p=0,000$).

GRAFICO 14

PERDIDA DE PESO ASOCIADO A LACTANCIA MATERNA INEFICAZ
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
MES DE DICIEMBRE 2010



FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

TABLA 15

FACTORES DE RIESGO PARA LACTANCIA MATERNA INEFICAZ EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
MES DE DICIEMBRE 2010

FACTOR DE RIESGO	OR	IC 95%	
NO RECIBIÓ EDUCACIÓN SOBRE TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA	324	43	2412
ANEMIA MATERNA	12,43	3,79	40,77
SOLTERA/SEPARADA	3,35	1,71	6,56
PREECLAMPSIA	3,19	1,20	8,44
<4 CONTROLES PRENATALES	3,13	1,31	7,52
EDAD MATERNA <20 AÑOS	2,45	1,32	4,52
PRIMIPARA	1,88	1,08	3,27

FUENTE : Ficha de Recolección de Datos. Historias Clínicas. HHUT 2010

Los principales factores que incrementan significativamente el riesgo de lactancia materna ineficaz son: no recibir educación sobre la técnica de lactancia materna (OR=324), anemia materna (OR=12,4), estado civil soltera/separada (OR=3,35), preeclampsia (OR=3,19), <4 controles prenatales (OR=3,13), edad materna (OR=2,45) y primíparas (OR=1,88).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

De los 302 recién nacidos que participaron en nuestro estudio se encontró que 65 de ellos recibía lactancia materna ineficaz según la clasificación LATCH, lo que representó una incidencia del 21,5%. La frecuencia de lactancia materna eficaz durante el periodo de estudio, según la escala de LATCH, fue 78,5%. Este resultado es menor que lo reportado por Peñaloza en su estudio realizado en febrero del mismo año en el mismo hospital, la autora había reportado una frecuencia del 39,1% de lactancia materna ineficaz entre los recién nacidos usando la clasificación LACTH³. Aunque se evidencia una mejora de la técnica de lactancia materna, se podría mejorar mucho más.

La escala de LATCH evalúa diferentes aspectos de la técnica de lactancia materna como son: L: cogida y succión, A: deglución audible, T: tipo de pezón, C: confort y H: mantener colocado al pecho. Se otorgan entre 0-2 puntos por cada aspecto de evaluación, y de acuerdo a la sumatoria se

clasifica en lactancia materna ineficaz si la suma de puntos es 0-5, o lactancia materna eficaz si es 6-10 puntos.

Al analizar los factores maternos que se asocian con una técnica ineficaz de lactancia materna encontramos que la edad materna era un factor asociado ($p=0,003$). El 33,8% de las madres con LM ineficaz tenía menos de 20 años de edad mientras que en las madres con LM eficaz solo representaron el 17,3%. Lo que significó que las madres <20 años incrementaron significativamente el riesgo de lactancia materna ineficaz ($OR=2,45$). Al revisar la bibliografía, encontramos que la edad materna es un factor reconocido que influye en la prolongación de la lactancia materna; en un estudio realizado por Gonzales: sólo el 25% de las madres menores de 20 años mantuvo el pecho exclusivo hasta el 6º mes, cifra que ascendió a 75% en las madres de más edad²³.

Otro aspecto importante es el nivel educativo de la madre, y aunque no encontramos una asociación significativa entre el nivel educativo y la eficacia de la lactancia materna ($p=0,000$), encontramos que la mayoría de las madres tenían nivel educativo secundario (71,5%). Se sabe que las mujeres jóvenes y profesionales prefieren acortar al mínimo el tiempo de

²³ Gonzalez IA, Huespe MS, Auchter MC. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 177 – Enero 2008. Argentina

lactancia materna, incluso en algunos estudios han demostrados que la mediana de la duración de la lactancia exclusiva fue de sólo 2,3 y de 2,2 meses en mujeres en edad fértil²⁴. Y este problema se agrava no sólo por el temor de las mujeres de sufrir alteraciones de su cuerpo, sino también por problemas laborales y otros.

Encontramos que el estado civil si influye significativamente con la eficacia de la lactancia materna, evidenciamos que las madres solteras/separadas triplicaban el riesgo de LM ineficaz (OR=3,35). La frecuencia de soltera/separada en el grupo de LM ineficaz fue del 29,3% mientras que en el grupo de LM eficaz sólo representaban el 10,9%. A pesar de nuestros claros resultados, otros estudios han coincidido con nosotros, afirmando que las madres sin pareja aumentan el riesgo de incumplimiento de la lactancia materna, aunque sus resultados no fueron estadísticamente significativos²⁵.

Las madres que habían tenido hijos anteriormente representaron el 61,3% del total de las madres estudiadas. Sin embargo, se pudo observar que las primíparas fueron más frecuentes en el grupo de LM ineficaz que en el

²⁴ Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia; 2005.

²⁵ Rodríguez-G Jy Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. Rev. salud pública. 10 (1):71-84, 2008

grupo de LM eficaz (50,8% vs 35,4% respectivamente). Nuestro estudio evidencia que no sólo la paridad se asocia a la lactancia materna, sino que las primíparas incrementan el riesgo de lactancia materna ineficaz de manera significativa (OR=,188).

Los controles prenatales también son importantes para determinar la eficacia de la lactancia materna, mientras que en grupo de LM eficaz las madres con <4 controles prenatales representaba sólo 5,5%; entre el grupo de LM ineficaz al frecuencia fue mucho mayor, representando 15,4%. Además podemos afirmar que las madres con <4 controles prenatales triplican el riesgo de presentar lactancia materna ineficaz (OR=3,13).

Al estudiar las enfermedades del embarazo asociadas a la eficacia de la técnica de lactancia materna, encontramos que sólo la anemia materna aumentaba el riesgo de lactancia materna ineficaz (OR=12,4).

Un aspecto importante de nuestro estudio fue el comprobar que, aunque todas las madres entrevistadas aceptaban conocer la importancia de la lactancia materna, porque lo habían escuchado por medios de comunicación así como por personal de salud, solo el 65,6% del total

afirmaba que habían sido educadas sobre la técnica adecuada de lactancia materna, este problema fue muy significativo entre las madres con LM ineficaz: el 100% afirmaba no haber recibido ningún tipo de educación sobre la técnica de lactancia materna. Al analizar la importancia que representa esta característica, encontramos que es el factor de riesgo más importante, ya que las madres sin educación sobre la técnica de lactancia materna aumentaron el riesgo de lactancia materna ineficaz de manera muy significativa (OR=324).

Otros factores en los que no se ha demostrado su asociación con la eficacia de lactancia materna se encuentran: la vía del parto vaginal o cesárea ($p=0,062$), contacto precoz ($p=0,09$), peso al nacer ($p=0,954$), Apgar al minuto ($p=0,107$) o cinco minutos ($p=0,215$).

En la parte final de nuestro estudio, analizamos los resultados adversos asociados a la lactancia materna ineficaz. Y encontramos que la eficacia de la lactancia materna se asoció significativamente a la deshidratación hipernatrémica, fiebre e ictericia neonatal ($p=0,000$). Asimismo, al analizar la pérdida de peso según la eficacia de la lactancia materna, demostramos que la pérdida de peso fue significativamente mayor entre

los recién nacidos con lactancia materna ineficaz que en aquellos con lactancia materna eficaz (7,0% vs 3,2%) en el primer día de nacido.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de lactancia materna ineficaz en los recién nacidos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del 2010 es del 21,5%.
2. Las principales características de los recién nacidos con lactancia materna ineficaz son: edad materna entre 20-34 años (64,6%), nivel de instrucción secundaria (64,6%), madres casadas (70,8%), multíparas (49,2%), ≥ 4 controles prenatales (84,6%), anemia materna (95,4%), parto vaginal (50,8%), contacto precoz (49,2%), recién nacido con peso 2500-3999 gr al nacer (90,8%) y Apgar al minuto 7-10 (98,5%).
3. Los principales factores de riesgo que incrementan significativamente el riesgo para lactancia materna ineficaz son: edad materna < 20 años (OR=2,45), estado civil soltera/separada (OR=3,35), madre primípara (OR=1,88), < 4 controles prenatales (OR=3,13), anemia materna

(OR=12,4), no recibir educación sobre técnica de lactancia materna (OR=324).

4. La lactancia materna ineficaz se asocia significativamente a resultados adversos neonatales como: deshidratación hipernatrémica ($p=0,000$), fiebre ($p=0,00$), ictericia neonatal ($p=0,000$) y mayor pérdida de peso ($p=0,000$).

RECOMENDACIONES

1. Promover campañas de difusión masiva sobre la importancia y técnica adecuada de la Lactancia Materna y la técnica adecuada para disminuir la incidencia de lactancia materna ineficaz.
2. Promover la lactancia materna con técnica adecuada, sobre todo en las primeras 24 horas de vida post parto, ya que estos neonatos presentan la mayor pérdida de peso.
3. Identificar precozmente a las madres con riesgo de presentar lactancia materna ineficaz, como son: madres <20 años de edad, solteras/separadas, primíparas, <4 controles prenatales y que refieran no haber recibido educación sobre la técnica de lactancia materna.
4. Promover el uso permanente de la escala de LATCH para la evaluación de la eficacia de la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia CA. Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en HAHUT periodo enero 2003 – diciembre 2004. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú. 2005.
2. Atencio YS. Incidencia y factores de riesgo de la deshidratación hipernatrémica neonatal Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 a 2009. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú. 2010. Disponible en la web: http://facm.unjbg.edu.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=76:incidencia-y-factores-de-riesgo-de-la-deshidratacion-hipernatremica-neonatal-hospital-hipolito-unanue-de-tacna-2005-a-2009&catid=27:teseapmedh&Itemid=24.
3. Peñaloza F S. Asociación de la lactancia materna ineficaz según la escala de LATCH y la deshidratación hipernatrémica neonatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero del 2010. Tesis de grado. Universidad Privada de Tacna. Perú. 2010

4. Vitoria, M. Oltra, C. Jovani, P. Ferrer y cols. "Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna". *Anales de Pediatría. España*. 2002. *An Pediatr (Barc)*. 2002; 61:587-95.
5. Cancela M I, Marti C E, Rezola A J, Echeverría L V, Collado E L, Paisan G E. Arroabarren A. Lactancia materna exclusiva, pérdida de peso y deshidratación hipernatrémica en el periodo neonatal. Reunión científica Donostia Octubre, 2007 España. vol. XL Num. 1 *Bol Vasco-Nav Pediatr* 2008; 40: 43-50.
6. Scardapane S, Jugo M, Muñoz Me A, Delgado E, González Y A. Deshidratación hipernatrémica del recién nacido, Implementación de nueva estrategia para su reconocimiento Precoz. Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna de Bahía Blanca. Argentina. 2007
7. Adriana J A, Hugo V. ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en recién nacidos? Chile 2005. *Rev. chil. pediatr*. v.76 n.5 Santiago. 2005
8. Caglar MK, Ozer I, Altugan FS. Factores de riesgo para la pérdida de peso excesivo y la hipernatremia exclusivamente en los lactantes. Facultad de Medicina, Universidad de Gaziosmanpasa, Tokat, Turquía. *Braz J Med Biol Res*. 2006 Apr; 39 (4) :539-44

9. Unal S, Arhan E, Kara N, Uncu N, Aliefendioğlu D. Lactancia materna-hipernatremia y factores asociados asociados: análisis retrospectivo de 169 recién nacidos a término. Turquía. 2008. *Pediatr Int* 2008; 50:29-3
10. O Peñálver G, J Gisbert M, J Casero S, A Bernal F, M Oltra B, M Tomás V. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. Hospital Francisc de Borja de Gandía. Valencia. España. 2004. *An Pediatr (Barc)* 2004; 61: 340 – 343. Disponible en la web: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13066432>
11. Chaudhuri KC. Presentación clínica de la deshidratación hipernatrémica en Recién Nacidos con lactancia materna exclusiva. copublicado por Springer. Publicación *Indian Journal of Pediatrics*. India 2008.
12. Neville MC. Anatomía y fisiología de la lactancia. *Pediatr Clin North Am (Ed ESP)* 2001; 1: 13-34.
13. Blanco L, Guerra M E., Mujica C.: Relación entre el amamantamiento, el tipo de perfil, oclusión y hábitos viciosos en preescolares. *Archivos. Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. (1999); 62(3): 138-43.

14. López Y, Arias M, Zelenenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. 1999. Disponible en la web:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.html
15. Sociedad odontológica de Venezuela. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezuela. 37(2): 6-10 2008.
16. OMS - UNICEF. Breast feeding. EEUU. 2008. Disponible en la web:
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/es/index.html.
17. Comisión nacional de Lactancia Materna CONALAMA: Curso de Capacitación Consejería en Lactancia Materna, Manual del participante. Venezuela. 2003.
18. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing. 2004; 23: 27-32.
19. Kumar SP, Money R, Wiesser LJ, Havstad MA. The LATCH scoring sistem and prediction of breastfeeding duration. Journal of Human Lactation. 2006; 22: 391-397.

20. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing*. 2004
21. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breastfeeding: A population study. *Arch Dis Child* 2001;85:318-20.
22. Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremia dehydration associated with breastfeeding malnutrition: A retrospective survey. *CMAJ* 2000; 162:647-52.

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Numero de H.CL. _____
Numero de Ficha. _____
Fecha de recolección de datos _____

CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y NEONATALES

DATOS GENERALES

- Edad materna
1. < 20
 2. 20 - 34
 3. 35 - 39
 4. 40 a más
- Grado de instrucción
1. Analfabeta
 2. Primaria
 3. Secundaria
 4. Superior
- Estado civil
1. Soltera
 2. Casada
 3. Separada
 4. Viuda

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

- Número de partos previos
1. Primípara (1)
 2. Multípara (2-3)
 3. Gran Multípara (4 a +)
- Numero de controles prenatales
1. Sin control prenatal
 2. CPN inadecuado (1-3)
 3. CPN adecuado (4 a +)
- Morbilidad materna
1. Si. Cual? _____
 2. No

- Anemia
1. Si
 2. No
- Vía de terminación del parto
1. Vaginal
 2. Cesárea

SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

- Recibió educación sobre LM antes del embarazo?
1. Si
 2. No
- Le hicieron contacto precoz
1. Si
 2. No
- En el contacto precoz el RN lacto
1. Si
 2. No

DEL RECIEN NACIDO

- Edad gestacional por examen físico
1. <37 sem
 2. 37-42 sem
 3. >42 sem
- Peso al nacer
1. <2500
 2. 2500-4000
 3. >4000
- Apgar 1º minuto
1. 0-3
 2. 4-6
 3. >6
- Apgar 5º minuto
1. 0-3
 2. 4-6
 3. >6

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA LACTANCIA MATERNA SEGÚN LA ESCALA DE LATCH

Cogida y succión. L	0= Demasiado dormido o no coge el pecho	
	1= Repetidos intentos de cogerse o mantiene el pezón en la boca o llega a succionar	
	2= Agarra el pecho/lengua debajo/ labios se ajusta y succión rítmica	
Deglución	0= Ninguna	

audible. A	1= Un poco si se le estimula	
	2= Espontaneo e intermitente si es menor de 24 h./espontaneo y frecuente si mas de 24 h.	
Tipo de pezón. T	0= Invertidos	
	1= Planos	
	2= Evertidos tras estimulación	
Confort. C	0= Mamas Ingurgitadas/grietas/dolor severo	
	1= Mamas llenas/pezón lesionado/dolor moderado	
	2= Mamas blandas/no dolor	
Mantener colocado al pecho. H	0= Ayuda total	
	1= Mínima ayuda	
	2= No es necesario ayuda	
Puntuación total	1. INEFICAZ si 5 o menos	
	2. EFICAZ si mayor a 5	

RESULTADOS ADVERSOS NEONATALES

Porcentaje de pérdida de peso 1º día	_____ %
Porcentaje de pérdida de peso 2º día	_____ %
Porcentaje de pérdida de peso 3º día	_____ %
Fiebre	1. Si 2. No
Ictericia	1. Si 2. No
Deshidratación hipernatrémica neonatal	1. Si 2. N

ANEXO 02

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	
INDEPENDIENTE Factores de riesgo	Edad materna	Cualitativo	Ordinal	1. < 20 2. 20 - 34 3. 35 - 39 4. 40 a más
	Grado de instrucción	Cualitativo	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
	Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Separada 4. Viuda
	Número de partos previos	Cualitativo	Ordinal	1. Primípara (1) 2. Multipara (2-3) 3. Gran Multipara (4 a +)
	Numero de controles prenatales	Cualitativo	Ordinal	1. Sin control prenatal 2. CPN inadecuado (1-3) 3. CPN adecuado (4 a +)
	Morbilidad materna	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Vía de terminación del parto	Cualitativo	Nominal	1. Vaginal 2. Cesárea
	Recibió educación sobre lactancia materna antes del embarazo	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Le hicieron contacto precoz	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
	Edad gestacional por examen físico	Cualitativo	Ordinal	1. <37 sem 2. 37-42 sem 3. >42 sem
	Peso al nacer	Cualitativo	Ordinal	1. <2500 2. 2500-4000 3. >4000
	Apgar 1º minuto	Cualitativo	Ordinal	1. 0-3 2. 4-6 3. >6
	Apgar 5º minuto	Cualitativo	Ordinal	1. 0-3 2. 4-6 3. >6
	DEPENDIENTE/ INDEPENDIENTE:	Puntuación total	Cualitativo	Nominal

Lactancia materna ineficaz según la escala de LATCH	Cogida y succión. L	Cualitativo	Ordinal	0= Demasiado dormido o no coge el pecho 1= Repetidos intentos de cogerse o mantiene el pezón en la boca o llega a succionar 2= Agarra el pecho/lengua debajo/ labios se ajusta y succión rítmica
	Deglución audible. A	Cualitativo	Ordinal	0= Ninguna 1= Un poco si se le estimula 2= Espontaneo e intermitente si es menor de 24 h./espontaneo y frecuente si mas de 24 h.
	Tipo de pezón. T	Cualitativo	Ordinal	0= Invertidos 1= Planos 2= Evertidos tras estimulación
	Confort. C	Cualitativo	Ordinal	0= Mamas Ingurgitadas/grietas/dolor severo 1= Mamas llenas/pezón lesionado/dolor moderado 2= Mamas blandas/no dolor
	Mantener colocado al pecho. H	Cualitativo	Ordinal	0= Ayuda total 1= Mínima ayuda 2= No es necesario ayuda
DEPENDIENTE: Resultados adversos neonatales	Porcentaje de pérdida de peso 1º día	Cuantitativo	De razón	_____ %
	Porcentaje de pérdida de peso 2º día	Cuantitativo	De razón	_____ %
	Porcentaje de pérdida de peso 3º día	Cuantitativo	De razón	_____ %
	Fiebre	Cualitativo	Nominal	Si No
	Ictericia	Cualitativo	Nominal	Si No
	Deshidratación hipematrémica neonatal	Cualitativo	Nominal	Si No

ANEXO 03

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LATCH PARA LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

	0	1	2
L. Latch Coger	-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 se ajustan -Succión rítmica
A. Anorexia B. Biting C. Crying D. Drooling E. Ejecting F. Fussing G. Gaping H. Hiccups I. Irritability J. Jitters K. Kneading L. Lethargy M. Muzzling N. Nodding O. Overtired P. Pulling Q. Quivering R. Restlessness S. Sucking T. Tugging U. Unsettling V. Vomiting W. Wincing X. Xerostomia Y. Yawning Z. Zzzz			
T. Type of Nipple Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Mínima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro -El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesario ayuda -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

FUENTE: Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool.
Journal of Obstetric, Gynecologic, and neonatal Nursing. 1994