

10
1973 2012
1973

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**EFICACIA DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA
MATERNA EN RELACIÓN A LOS REINGRESOS DE NEONATOS
POR DESHIDRATACIÓN E ICTERICIA EN EL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD. TACNA - 2010**

TESIS

Presentada por:

Lic. Yuvel Soledad Ticona Paco

**Para optar el Título de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en
Neonatología**

TACNA - PERÚ

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Sección de Segunda Especialidad

**“EFICACIA DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA
MATERNA EN RELACIÓN A LOS REINGRESOS DE NEONATOS
POR DESHIDRATACIÓN E ICTERICIA EN EL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD. TACNA – 2010”**

TESIS

Presentada por:

LIC. YUVEL SOLEDAD TICONA PACO

Para optar el Título de Segunda Especialidad en
Cuidado Enfermero en Neonatología

Aprobado por; _____; ante el siguiente jurado.

Mgr. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta

Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor
Miembro de Jurado

Mgr. Ingrid Manrique Tejada
Miembro de Jurado

Mgr. Maria Del Carmen Silva Cornejo
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por ser fortaleza y guía en todo lo que me propongo hacer, por darme la oportunidad de trabajar y cuidar de la salud de las personas, en especial de los niños y a mi madre quien me da su apoyo incondicional y permanece junto a mi cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

- Al Hospital Daniel Alcides Carrión – ESSALUD, mi centro de Trabajo.
- A mis Amigos y Asesores: Carmen, Elide, Elvira y Javier, quienes me dieron el empuje de continuar y culminar la presente investigación.
- A mis compañeras de trabajo, con quienes comparto esta misión.
- A las Internas de Enfermería de la Universidad Jorge Basadre Grohmann, colaboradoras activas de la intervención.

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMEINTO.....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	1

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y Formulación de Problema.....	3
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Justificación.....	7
1.4 Hipótesis.....	10
1.5 Variables.....	10

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	12
2.2 Marco Teórico.....	18

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Diseño de la Investigación.....	45
-------------------------------------	----

3.2	Población y Muestra	45
3.3	Criterios de Inclusión y Exclusión	46
3.4	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	46
3.5	Control de Calidad	47
3.6	Procedimientos de recolección de datos	48
3.7	Procesamiento de datos	49

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1	Resultados.....	51
4.2	Discusión.....	90

CONCLUSIONES.....	100
RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
ANEXOS.....	113

RESUMEN

Motivo frecuente de readmisión hospitalaria es la deshidratación asociada o no a ictericia, que al no ser intervenidas adecuadamente, pueden interferir en la calidad de vida de los neonatos, condicionando alteraciones neurológicas y por ende secuelas a largo plazo. Bajo este contexto la investigación tiene como objetivo: Evaluar la Eficacia de un Programa Personalizado de Lactancia Materna en relación a los reingresos de neonatos por deshidratación e ictericia en el Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud. Tacna - 2010.

Estudio de cohorte observacional, analítico, longitudinal y prospectivo, donde se consideró a dos grupos de puérperas: al grupo intervenido se les aplicó las técnicas: de entrevista, observación y consejería personalizada.

Los resultados muestran una disminución en los reingresos de 5.82 % en el segundo trimestre (sin intervención), a 2.18 % en el tercer trimestre (con intervención); siendo el porcentaje de déficit de peso de 5 a 10 % un riesgo para el niño al alta. El Programa Personalizado de Lactancia Materna es EFICAZ, ya que aseguró el inicio temprano de la lactancia

materna y la educación continua durante la hospitalización.

Palabras claves: Lactancia Materna, Ictericia, Deshidratación, Programa Educativo.

ABSTRACT

Frequent cause of hospital readmission is dehydration with or without jaundice, which not being tapped properly, can interfere with the quality of life of newborns, neurological conditioning and thus long-term sequelae. In this context, the research aims: Assessing the Effectiveness of a personalized program of breastfeeding in relation to neonatal readmissions for dehydration and jaundice Daniel Alcides Carrión Hospital Essalud. Tacna - 2010.

Observational cohort study, analytical, longitudinal and prospective, which considered two groups of postpartum women: the intervention group were applied techniques: interview, observation and personal counseling.

The results show a decrease in readmissions of 5.82% in the second quarter (no intervention), to 2.18% in the third quarter (with intervention), the percentage of low weight of 5 to 10% a risk to the child high. The custom Program breastfeeding is effective because it said the early start of breastfeeding and continuing education during hospitalization.

Key words: Mother Lactation, Jaundice, Dehydration, Educational Program.

INTRODUCCION

La deshidratación asociada o no a ictericia va incrementando su incidencia en los reportes de la literatura mundial. Sus consecuencias, de no ser intervenidas adecuadamente, pueden interferir en la calidad de vida de los neonatos que la presenten, ya que puede condicionar alteraciones neurológicas y por ende secuelas a largo plazo.

La deshidratación, específicamente la deshidratación hipernatrémica es una condición potencialmente letal ocasionada predominantemente por una pérdida de agua extracelular que ocasiona edema cerebral, hemorragia intracraneal, hidrocefalia. Así mismo la Ictericia en grado mayor puede generar también lesiones graves en el bebe a nivel del sistema nervioso central, ocasionando secuelas alejadas siendo las más frecuentes la sordera, los trastornos motores y los problemas de conducta.

Se ha descrito en varios estudios que la deshidratación, fiebre y/o ictericia, está asociada a una deficiente alimentación al seno materno, alta precoz, pérdida de peso mayor al 10%, los cuales deben ser tomados en

cuenta durante la hospitalización de la madre y el niño hasta su alta respectiva.

El presente trabajo se realizó en Servicio Materno infantil del Hospital Daniel Alcides Carrión de Essalud – Tacna, en el 2do y 3er trimestre del año 2010, interviniendo a las puérperas durante su estancia hospitalaria, consta de cuatro capítulos, el primero nos enuncia y formula el problema, los objetivos, la justificación e hipótesis desarrolladas para el presente trabajo; en el segundo capítulo se describe los antecedentes de la investigación y el marco teórico; el tercer capítulo explica el diseño de la investigación, el tamaño muestral, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos y procedimientos para la recolección de datos; el último capítulo, el cuarto nos detalla los resultados y discusión de la investigación, finalizando con las conclusiones y recomendaciones del mismo.

La finalidad del presente estudio fue disminuir la incidencia de reingresos por deshidratación e ictericia a través del inicio precoz de la lactancia materna y la educación continua personalizada a las madres durante su hospitalización, generando confianza y seguridad entre ellas y el personal de salud.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El reingreso neonatal es un tema muy importante, con morbilidad significativa y costosa responsabilidad, por presentar un problema para el niño, la familia y el sistema de salud, la readmisión hospitalaria de los recién nacidos debe ser examinada desde el punto de vista de prevención de enfermedades.

Existen diversos reportes en el ámbito internacional, que concluyen que la principal causa de reingresos a sus centros hospitalarios es por presentar Ictericia asociada o no a la deshidratación¹. Sus consecuencias de no ser tratadas adecuadamente pueden interferir en la calidad de vida de los neonatos que lo presenten por alteraciones neurológicas y secuelas a largo plazo, se describen varios factores de riesgo, entre ellos está: la lactancia materna exclusiva pero inadecuada, la cesárea por el dolor y la baja producción láctea, el sobre abrigo que hace que los bebés duerman y succionen poco, madres primerizas mal preparadas, sin conocimiento y con mala

1 Orfel, J. (2005, Agosto). Ictericia en el Recién Nacido: Experiencia en el Hospital San José, Hospital Roberto del Río. Santiago de Chile - Chile. (Versión electrónica). Recuperado de: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PedSBA2005/6/2390#>

técnica de amamantamiento y con alta precoz².

El lapso que debe permanecer bajo observación un neonato, aún no ha sido definido, mientras que en 1960 del tiempo de hospitalización era de 3.9 días, para el año 1992 el periodo bajo a 2.2 días, actualmente se espera que cumpla las 24 horas, incluso menos, para determinar el alta.

La Academia Americana de Pediatría considera egreso temprano aquel neonato que egresa a su casa en las primeras 48 horas de vida extrauterina y califica como muy temprano al que se da en 24 horas o menos si es nacido por vía vaginal.

En el contexto nacional también se han encontrado reportes sobre los reingresos de recién nacidos asociados a ictericia y pérdidas de peso por encima del 10 %, donde se constituyen como factores de riesgo la edad de la madre, y la alimentación del bebe³. Esta variación en el peso de los recién nacidos sanos con lactancia materna exclusiva, constituye información importante con la que debe contar cada establecimiento de salud, para elaborar las

2 Olagaray, J., Daruic, L. (2009). Análisis de Utilidad de un Programa de Screening Neonatal de Hiperbilirrubinemia. 2006-2008. Hospital de Córdoba- Argentina. Experiencia Médica. Vol. 27. No. 1.4-11

3 Olagaray, J., Daruic, L. (2009). Análisis de Utilidad de un Programa de Screening Neonatal de Hiperbilirrubinemia. 2006-2008. Hospital de Córdoba- Argentina. Experiencia Médica. Vol. 27. No. 1.4-11

estrategias necesarias frente a esta situación como puede ser la prolongación de la estancia hospitalaria, educación y supervisión continua durante la hospitalización, el seguimiento precoz de la madre y el niño al alta, el uso de fórmulas de ser necesario. Así mismo se han desarrollado programas educativos que van orientados a concientizar la participación activa de los usuarios para mejorar sus actitudes fomentando su bienestar.

Sin embargo en el ámbito regional existen solo dos trabajos realizados en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el 2004 y 2009 ^{4,5}, que miden la incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica como consecuencia de sus reingresos, algunos asociados a ictericia, constituyendo el 15 % de sus recién nacidos patológicos, así mismo concluyen que la educación y seguimiento a la madre son un pilar fundamental en la alimentación adecuada del recién nacido.

En nuestro Hospital Daniel Alcides Carrión de Essalud, no existe bibliografía propia de investigaciones relacionadas al tema de estudio, solo existe un reporte mensual del área de estadística,

4 Ramírez, L. (2008). Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú.

5 Neyra, J., Tapia, A. (2005, Abril). Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en el servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Perú. 2004. Revista médica. Vol. 4. No. 1. 21-26

donde se reporta el total de recién nacidos patológicos que son atendidos en forma diaria, aquí se incluyen niños que nacieron con alguna patología y que permanecen en el servicio y los reingresos propiamente dichos.

Por otro lado la consejería es reconocida como la principal actividad para emitir los mensajes de Lactancia materna, el personal de salud juega un rol importante en apoyar las decisiones de las madres sobre continuar con la lactancia y/o modificar conductas en ella. La OMS y UNICEF han desarrollado cursos para capacitar al personal y mejorar sus habilidades y conocimientos, los cuales sirven de guía para mejorar las técnicas a aplicar.

Por la alta incidencia de reingresos con deshidratación e ictericia, en relación a nuestros nacimientos mensuales, y motivada por el contexto antes descrito, es que se formula el presente problema:

¿Es la aplicación de un Programa Personalizado de Lactancia Materna a puérperas tan eficaz como para disminuir los reingresos de recién nacidos por deshidratación e ictericia en el Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud. Tacna - 2010?

1.2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la eficacia de un Programa Personalizado de Lactancia Materna en relación a los reingresos de neonatos por deshidratación e ictericia en el Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud. Tacna - 2010.

Objetivos Específicos:

- a. Describir las características personales y Gineco obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud. Tacna 2010.
- b. Analizar si la educación recibida antes de la hospitalización de la madre contribuye a mejorar su conocimiento sobre la lactancia materna y su técnica de amamantamiento.
- c. Determinar el promedio de déficit de peso, al alta y al reingreso de los recién nacidos al Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2010.
- d. Determinar las características de los reingresos por ictericia y deshidratación al Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2010.

1.3. JUSTIFICACION

En el año 2009 se registraron 1084 nacimientos, de los cuales el

8,6 % (93 casos) reingresaron al Servicio de Neonatología por diferentes patologías, siendo su principal causa de reingreso: la Ictericia asociada o no a deshidratación con 69 casos, el cual constituye el 72 % de los reingresos. Durante todos los meses del año 2009, se observaron reingresos por ictericia, obteniendo un número mayor en los meses de enero (12 casos) y agosto (13 casos), según consta en el libro de ingresos y egresos del servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión.⁶

Se ha observado que la incidencia de reingresos por Ictericia asociado o no a deshidratación, son causa común de diversos trabajos de investigación, internacional, nacional y local, en nuestro medio un factor causante es la falta de aporte alimenticio, que ocasiona pérdida de peso mayor al 10 % de su peso inicial, deshidratación e Ictericia, ocasionado muchas veces por mala técnica de amamantamiento, desconocimiento y estrés de la madre, durante el puerperio inmediato y mediato.

Es también importante mencionar que el dolor, el estrés del parto son factores negativos que influyen en la madre y la condicionan a retardar el inicio de la lactancia materna, la cual con apoyo y

⁶ Atencio, S. (2010). Incidencia y Factores de Riesgo de la Deshidratación Hipernatémica Neonatal Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2005 – 2009. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna-Perú.

enseñanza se podrá mejorar la disposición de las mismas para alcanzar el objetivo deseado: una lactancia materna eficaz. Se ha observado también, que al egreso materno, la madre se distrae con facilidad, está ansiosa, preocupada, por el dolor, la incomodidad, el número excesivo de participantes, la premura de regresar pronto a casa, los cuales interfieren en la comprensión de la Charla Educativa.

Gran parte de los Recién Nacidos hospitalizados se han recuperado recibiendo hidratación intravenosa, fototerapia continua y alimentación complementaria con fórmula maternizada.

La investigación pretende dar respuesta al problema observado, como son los reingresos de neonatos y la escasa educación que se brinda a las madres durante su hospitalización. Por tal razón se hace necesario tener un Programa de Lactancia Materna que norme las actividades a realizar dentro de la estancia hospitalaria de la madre y el niño, desde el nacimiento hasta el alta, asegurando el inicio precoz de la lactancia materna y la educación continua a la madre. Educando, enseñando y supervisando a la madre, se logrará que la Lactancia Materna sea oportuna y eficaz para el bebé, evitando los posibles reingresos y disminuyendo así

los costos que ocasiona: tanto en la parte económico, social y afectiva.

1.4. HIPOTESIS

Si la aplicación de un Programa Personalizado de Lactancia Materna es eficaz, entonces es posible disminuir el número de reingresos de recién nacidos por deshidratación e ictericia al Hospital Daniel Alcides Carrión. Essalud. 2010

1.5. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Programa Personalizado de Lactancia Materna: Instrumento de enseñanza, aprendizaje, que cubre las necesidades básicas del bebe y de la madre, donde la enfermera imparte la educación mediante metodología participativa, demostrativa y supervisión, teniendo en cuenta:

- Inicio de la lactancia materna (antes de la hora de vida, entre 2 y 6 horas, más de 6 horas).
- Tiempo de cada lactada (menor a 10 minutos, 10 a 15 minutos, no succiona o es débil).
- Intervalo de amamantamiento (cada hora, cada dos horas,

cada 3 horas, más de 4 horas o cuando despierte).

- Pezones formados
- Técnica adecuada de enganche
- Estancia Hospitalaria (menos de 24 horas, 24 horas, mas de 24 horas)
- Comodidad materna
- Educación anterior al parto

VARIABLE DEPENDIENTE:

Reingreso por deshidratación e ictericia: Neonatos que clínicamente y con resultados de laboratorio de Bilirrubina Total mayor a 15 mg/dl, se hospitalicen para recibir tratamiento de fototerapia, teniendo en cuenta:

- Edad al reingreso: días de vida
- Esta Deshidratado
- Esta Ictérico
- Exámenes de laboratorio: Bilirrubinas total y fraccionada, Hemoglobina, hematocrito, electrolitos.
- Lactancia materna exclusiva

Operacionalización de variables: **(Anexo No. 01)**

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Jonguitud, A., Villa, H. (2005), México.⁷. En su Publicación: ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en recién nacidos?. Estudio descriptivo, realizado en el Hospital General de Río Verde, México, nos muestra la incidencia de casos de Deshidratación Hipernatrémica (DH), asociada a Ictericia en aquellos recién nacidos que reingresaron con el diagnóstico de Ictericia multifactorial, comparando sus manifestaciones clínicas y perinatales con el grupo de neonatos reingresados con ictericia sin hipernatremia. Concluyeron que la incidencia fue de 24 neonatos con ictericia multifactorial, de los cuales 12 cursaban con DH donde todos los niños recibieron lactancia materna exclusiva, los 12 restantes catalogados como ictericia sin DH, la pérdida ponderal de peso fue mayor en el grupo con deshidratación (más del 10 %). Se debe observar a los neonatos que son alimentados exclusivamente con leche materna, en donde la fiebre, la irritabilidad, la pérdida de peso y la ictericia deben alertar al personal de salud para

⁷ Jonguitud, A., Villa, H. (2005, Octubre). ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en Recién Nacidos?. México. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 76. No. 5; 471-478.

establecer un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento precoz, para evitar secuelas a largo plazo.

Peñalver, G., Mestrea, G. (2005), España⁸. Deshidratación Hipernatrémica asociada a lactancia materna, en el Hospital de Valencia España, mostraron que de un total de 89 neonatos que reingresaron por pérdida de peso, mayor al 10 %, el 27 % tenía deshidratación hipernatrémica, donde los síntomas más frecuentes fueron la letargia y la ictericia, todos los niños recibieron lactancia materna exclusiva, concluyendo que los niños grandes para la edad gestacional, nacidos por cesáreas, necesitan un complemento adicional.

Cargill Y, Martel MJ, (2007), Canada⁹. En su estudio Egreso Materno y del Recién Nacido. Canadá, concluyen que a partir de la reducción de la estancia hospitalaria de los recién nacidos, los rangos de readmisión aumentaron significativamente donde los neonatos presentaban pérdida de peso considerable, datos clínicos de deshidratación pero no se determinó el nivel de sodio al ingreso. El nivel de reincidencia por ictericia aumentó de 1.1 % a

⁸ Peñalver, G., Mestrea, G. (2005, Abril). Deshidratación Hipernatrémica asociada a lactancia materna. España. Revista de Pediatría (Barc). 61: 340-343.

⁹ Cargill Y, Martel MJ, (2007). Egreso Materno y del Recién Nacido. Sociedad de Tocólogos y Ginecólogos de Canada. 29:357-359

3.2%.

Piñango, D. (2007), Venezuela¹⁰. Con su Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a mujeres del Círculo de Madres que lactan. Venezuela. Determinó que el conocimiento de las madres acerca de La Lactancia Materna fue regular en un 54,2 %, malo en un 30,2 % y bueno en un 15 %, donde el porcentaje mayor corresponde a madres en edades de 20 a 24 años, con secundaria terminada y amas de casa.

Navarro, E., Mendieta, E., Mir, R. (2008), Uruguay¹¹. En su estudio Readmisiones hospitalarias en Recién Nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto, concluyo que de los 51 reingresos, el diagnóstico principal fue hiperbilirrubinemia (59%), 9 de ellos por mala técnica alimentaria, siendo el promedio de edad materna de 24 años, de parto cesárea y con controles prenatales insuficientes, lo cual indica que la educación juega un papel importante en el cumplimiento de nuestras actividades a desarrollar.

10 Piñango, D. (2007). Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a mujeres del Círculo de Madres que lactan. Trabajo de Investigación. Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Maracaibo, Venezuela.

11 Navarro, E., Mendieta, E., Mir, R. (2008). Readmisiones hospitalarias en Recién Nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. Centro Materno Infantil. Arch. Pediatría Uruguay 2008; 79 (1): 86-91

Valencia, N. (2007), Lima¹². En su artículo Ictericia Neonatal del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, concluye que del 4 % de sus reingresos, el 85 % son debido a Ictericia, así mismo las condiciones socio-demográficas y las perinatológicas juegan un papel importante en la reincidencia de los neonatos dentro de las 2 primeras semanas de vida.

Ramírez, J., Villavicencio, J. (2003), Tumbes¹³. En su estudio Efecto de la Aplicación de un Programa Educativo Personalizado en el nivel de conocimientos para el cuidado puerperal a las pacientes atendidas en el Hospital de Tumbes. Al evaluar la eficacia del programa personalizado en el nivel de conocimiento para elevar el cuidado puerperal y la del niño, tuvo como resultado que la educación personalizada y debidamente sistematizada mejora notablemente el nivel de conocimientos de las madres.

Calderón, O., Requejo, D. (2007), Lima¹⁴. Otro estudio, realizado a nivel de adolescentes, se determina la influencia de una

12 Valencia, N. (2007, Febrero). Ictericia Neonatal. Archivos del Servicio de Neonatología del Hospital Edgardo Rebagliatti. Lima - Perú. (Versión Electrónica). Recuperado de: www.prematuros.cl/webfebrero07/ictericia neonatal.pdf

13 Ramírez, J., Villavicencio, J. (2003). Efecto de la Aplicación de un Programa Educativo Personalizado en el nivel de Conocimientos para el Cuidado Puerperal, a las pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo José Mendoza Olavarría. Tumbes. 2003. Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Universidad de Tumbes-Perú.

14 Calderón, O., Requejo, D. (2008, Marzo). Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de auto-cuidado durante el puerperio en adolescentes. 2007. Revista de Enfermería Herediana. Lima- Perú. 01. (1). 11 – 18

intervención educativa en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre prácticas de auto cuidado durante el puerperio, fue personalizada, a través de exposición–diálogo y demostraciones, donde se concluye que la intervención personalizada influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de auto-cuidado en el puerperio.

Neyra, J., Tapia, A. (2004), Tacna¹⁵. En el ámbito local con su trabajo: Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en el servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, concluyeron que los reingresos de neonatos se debieron a deshidratación hipernatrémica asociado a Ictericia y baja de peso (33 casos descritos) acompañado por una insuficiente educación, el alta precoz y un número alto de cesáreas, que interfieren de manera negativa en la alimentación precoz del recién nacido.

Atencio, S. (2009), Tacna¹⁶. En este trabajo: Incidencia y Factores

15 Neyra, J., Tapia, A. (2005, Abril). Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en el servicio de Neonatología del H. H. U. Tacna- Perú. 2004. Rev. méd. Vol. 4. No. 1. 21-26.

16 Atencio, S. (2010). Incidencia y Factores de Riesgo de la Deshidratación Hipernatrémica Neonatal Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2005 – 2009. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna-Perú.

de Riesgo de la Deshidratación Hipernatrémica Neonatal Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2005 – 2009, también coincide con lo sustentado por Neyra y Tapia, añadiendo que la incidencia de deshidratación hipernatrémica ha tenido una tendencia elevada, sigue siendo asociada a ictericia, a madres añosas, amas de casa con desnutrición, productos de cesáreas y bebés macrosómicos.

Ferro, M. (2006), Lima¹⁷. En su estudio sobre el Nivel de conocimiento en Lactancia Materna y su Relación con factores socio-culturales en Puérperas del IEMP, concluye que el nivel de conocimientos de la madre sobre lactancia materna, fue entre regular y malo, a pesar de ser el IMPN Amigo de la Madre y el niño, las madres adolescentes, madres con grado de instrucción primaria, solteras, primerizas son quienes menos conocen sobre este tema vital. Existiendo discrepancia entre lo que saben y lo que hacen.

La evidencia actual sugiere que la causa más común de deshidratación es el bajo volumen ingerido por el neonato. Todos los casos referidos hasta ahora la describen como resultado de una alimentación al seno materno ineficaz así como una falla en la

¹⁷ Ferro, M. (2006). Nivel de conocimiento en Lactancia Materna y su Relación con factores socio-culturales en Puérperas del IEMP de octubre a diciembre 2005. Universidad Mayor de San Marcos. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima-Perú.

detección de hambre o sediento por parte del personal de salud y familiares.

2.2. MARCO TEORICO

PROGRAMA EDUCATIVO:

Allende, José. (2007). Nos dice que son instrumentos o herramientas de trabajo, en los cuales quedan indicadas actuaciones coherentes y organizadas. Estas actuaciones van dirigidas a alcanzar objetivos concretos en una población determinada, utilizando los recursos adecuados. Todo Programa de Salud tiene un componente muy importante: la educación¹⁸.

Los programas de salud son implementadas por el gobierno de un país, autoridades regionales, o simplemente personas que buscan el bienestar de la población, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población. De esta forma, las autoridades y/o autores promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención que corresponda.

¹⁸ Allende, J. (2007). Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria. 2da. Edición. Editorial Paraninfo. España. Pp 28.

Para diseñar un programa de salud se debe seguir estas etapas:

- Justificación: Explicar los motivos que conducen a elaborar el Programa.
- Establecimiento de prioridades: seleccionar primeras actividades a realizar.
- Formulación de objetivos: Deben quedar claros.
- Determinación y Organización: De los recursos y actividades.
- Ejecución y Realización: de las actividades
- Evaluación: Valorar los resultados.

Los programas de Salud se pueden clasificar:

- En función de las etapas del ciclo vital: dirigido a grupos de riesgo en función de la edad, Ejemplo: programa del anciano, del adulto, del niño.
- En función de las necesidades del individuo: Programa de diabetes, etc.
- Programas según el enfoque:
 - . Programas dirigidos a prevención primaria
 - . Programas dirigidos a prevención secundaria y terciaria

Ventajas y desventajas de la Enseñanza Programada: ¹⁹

Ventajas:

- Se eleva el nivel de aprendizaje y se incrementan los conocimientos.
- Se obtiene una reacción favorable de los usuarios
- Se logra la participación activa de los participantes

Desventajas:

- La aplicación del programa con amplios contenidos, corre el riesgo de anular la motivación del participante.
- Mal uso del programa.

Características del Programa Educativo de Enfermería:

- Es un proceso ordenado, lógico e integral porque se basa en principios y leyes de aprendizaje, tiene su origen en necesidades individuales y colectivas del contexto de salud integral.
- Incorpora criterios educacionales de planteamiento, desarrollo, evaluación y realimentación del proceso, proporciona mayor seguridad a quien participa en ella porque parte de una experiencia previa y la capacita para un desempeño específico.

¹⁹ Quispe, V. (2006). Efectividad de un Programa Educativo de Enfermería impartido al Cuidador, sobre la atención básica del Adulto Mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC. 2006. Lima-Perú. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO:

Es una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer”, que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información y es útil para la acción.

El conocimiento se deriva de la información, así como la información se deriva de los datos. Para que la información se convierta en conocimiento, las personas deben hacer todo el trabajo y esta se produce gracias a la:

- Comparación
- Consecuencias
- Conexiones
- Conversaciones

Si el aprendizaje es la adquisición de conocimientos, aptitudes, experiencias y la enseñanza es el arte de ayudar a aprender a otras personas, entonces resulta obvio que el proceso educativo, es eminentemente activo, pues requiere de la participación incondicional de un emisor (enfermera), y un receptor (madre del recién nacido), para lograr el fin deseado que es un cambio en la conducta de la madre para mejorar la alimentación del niño con la Lactancia materna exclusiva.

Un punto importante del programa es la evaluación que se hace al final de la intervención del programa con la finalidad de verificar si se han alcanzado los objetivos trazados de inicio.

EFICACIA: DEFINICIONES

- Chiavenato, la **eficacia** "es una medida del logro de resultados".²⁰
- Koontz y Wehrich, la **eficacia** es "el cumplimiento de objetivos".²¹
- Robbins y Coulter, **eficacia** se define como "hacer las cosas correctas", es decir; las actividades de trabajo con las que la organización alcanza sus objetivos.²²
- Simón Andrade, define **eficacia** como "actuación para cumplir los objetivos previstos, es la manifestación administrativa de la eficiencia, también se le conoce como eficiencia directiva".²³

Finalmente, el diccionario de la Real Academia Española, nos brinda el siguiente significado: **eficacia**: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

20 Chiavenato, I. (2004). Introducción a la Teoría General de la Administración. Mc Graw- Hill Interamericana. Séptima Edición. México. Pág. 52.

21 Koontz, H. y Wehrich, H. (2004). Administración: Una Perspectiva Global. 12 a. Edición. McGraw-Hill Interamericana. México. Pág. 14.

22 Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Eficacia: Administración. Octava Edición, McGraw-Hill Interamericana. México. Pág. 7.

23 Andrade, S. (2005). Diccionario de Economía. Tercera Edición. Editorial Andrade. México. Pág. 253.

Indicadores de eficacia: Teniendo en cuenta que eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito. Los indicadores de eficacia están relacionados con los ratios que nos indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: grado de satisfacción de los usuarios con relación al alivio y recuperación de su salud.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados.

COMPONENTES DEL SERVICIO DE CALIDAD

a. Efectividad

- El profesional está formado
- Los materiales y equipos son adecuados
- Se hacen operaciones correctas
- Los procedimientos son los idóneos

b. Eficacia

- Es satisfactorio para el cliente
- La aceptación es buena

- El cliente lo percibe como adecuado
- El cliente está contento con los resultados.

c. Eficiencia

- Satisfacción del profesional
- Satisfacción para el cliente
- La continuidad
- La accesibilidad

Errores de la Eficacia en las organizaciones: Según Peter Drucker, un líder debe tener un desempeño eficiente y eficaz a la vez, pero, aunque la eficiencia es importante, la eficacia es aún más decisiva. Muchos directivos fracasan por no concentrarse en la eficacia, señalando errores básicos como son:

- No ser uno mismo pretendiendo seguir el modelo de otra persona.
- En las empresas, especialmente las de familia, elegir el sucesor porque es igual a uno.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa

también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.

LACTANCIA MATERNA

Es el alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño a la vez que fortalece el vínculo materno-filial.

La OMS²⁴, recomienda el calostro, como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.

UNICEF²⁵, considera que la lactancia natural es la mejor opción para los bebés, les proporciona todos los nutrientes que necesitan y los protege contra enfermedades que pueden poner en peligro su vida.

24 OMS (2002). Organización Mundial de la Salud: Lactancia Materna. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra. (Versión electrónica). Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_

25 UNICEF. E.E.U.U.(2205). Lactancia Materna: La mejor opción para los bebés. (versión electrónica). Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_27817.html

Beneficios de la Lactancia Materna:

Para la Madre:

- Acelera la pérdida de la grasa acumulada durante el embarazo.
En términos fisiológicos estimula el catabolismo de las grasas.
- Reduce los riesgos de padecer cáncer de mama y ovario.
- Mejora la recuperación postparto.
- Produce bienestar emocional.
- Favorece el vínculo con el bebé.
- Reduce notablemente la depresión postparto.
- Le acelera la involución uterina, lo que significa que el útero regrese a su tamaño normal.

Para el bebe:

- La leche materna se adapta de forma exclusiva a los requerimientos del bebé, satisfaciendo todas sus necesidades.
- Le protege de infecciones y alergias.
- Es la única fuente de inmunoglobulinas.
- Al cambiar la composición durante la toma, el niño recibe exactamente los nutrientes que necesita en ese determinado momento.
- Predispone a buenos hábitos alimentarios en el futuro.
- Se digiere mejor.
- Facilita el vínculo afectivo con la madre.

- Previene problemas dentales.
- Previene contra la obesidad, la hipertensión, la diabetes y la arteriosclerosis.
- Previene alergias en el futuro ya que es bacteriológicamente segura y está siempre fresca.

Para la Familia:

- Supone un menor costo económico.
- Garantiza mayor comodidad e higiene: no hay que preocuparse porque se ha acabado la leche, no hay que preparar biberones, ni esterilizar el material, etc.

Para la Sociedad:

- Permite conservar recursos naturales.
- Ahorra recursos humanos y materiales en los hospitales.

Contraindicaciones

Sólo el SIDA, el Herpes simple en el pezón (pudiéndose amamantar del pecho sano y posteriormente de ambos pechos una vez curado el seno afectado) y la Galactosemia en el bebé (una grave enfermedad) son causas razonables para no amamantar. Existen numerosos medicamentos e intervenciones (operaciones, resonancias, rayos X, etc.) compatibles con la lactancia.

Reportan que en las dos últimas décadas la incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un problema de salud pública, la evidencia científica avala la superioridad nutricional de la leche materna para el recién nacido²⁶.

DESHIDRATACION

Ocurre cuando existe falta de líquidos en el cuerpo necesarios para que lleve a cabo sus funciones a nivel óptimo. Los bebés y los niños pequeños son los que corren más riesgo de padecerla, secundaria a vómitos, diarrea, sudoración, poca ingesta de líquidos, se caracteriza por presentar ojos hundidos, lengua y mucosas secas, fontanelas hundidas, falta de elasticidad en la piel.

La determinación del grado de deshidratación se basa principalmente en la clínica. La estimación clínica indica el tanto por ciento de disminución del peso corporal debido a la pérdida aguda de agua. Ej: Una deshidratación del 5% indica que se ha perdido el 5% del peso corporal, por pérdida aguda de líquidos²⁷.

La deshidratación hipernatrémica: es una entidad potencialmente grave, que puede estar asociada o no a la ictericia

26 Aguayo, J., Hernández, M. (2005). La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. España. Anales de Pediatría (Barc). Vol. 63. No. 4. 340-356

27 Nelson. J. (2006). Tratado de Pediatría. Edición 17. Editorial Grafos. Madrid-España. 249

y que parece estar incrementando su incidencia en los reportes de la literatura mundial.

En los últimos años, han aparecido publicaciones que ponen en alerta la presencia de deshidratación hipernatrémica en niños alimentados principalmente al seno materno²⁸.

La deshidratación es clasificada en isotónica, hipotónica o hipertónica, según la osmolaridad sérica, reflejada en los niveles de sodio sérico. La deshidratación hipernatrémica es un estado potencialmente grave con un sodio sérico igual o superior a 150 meq/lt. El sodio es el catión más importante del espacio extracelular, el cual determina el volumen intravascular. En la deshidratación hipernatrémica, el volumen de agua intravascular se conserva mejor e inicialmente los síntomas son menos severos, comparado con lo que ocurre en una deshidratación isotónica, aunque se haya perdido la misma fracción de agua corporal. Al haber una pérdida paulatina del agua extracelular se produce hipernatremia, que conduce a edema cerebral y trae como complicaciones: hemorragia intracraneal, trombosis de senos venosos, fiebre, acidosis metabólica, enterocolitis necrotizante, ictericia, hiper o hipoglicemia, choque hipovolémico o muerte.

28 Juliao, J. (2009, Mayo). Deshidratación hipernatrémica e hiperbilirrubinemia indirecta en el RN a término. 2007. Bogotá-Colombia. Revista Médica Sanitas. Vol. 12. No. 4. 34-42

Según el grado de deshidratación se dividen en:

Deshidratación leve: Déficit del 5%. Caracterizados por:

- La pérdida de líquido intersticial.
- Escasa temperatura cutánea.
- Fontanelas hundidas.
- Ojos hundidos.
- Sequedad de mucosas.

Deshidratación Moderada: Déficit del 5% al 10%. Todo esto refleja un compromiso hemo-dinámico importante.

- Pérdida de líquido intersticial más y déficit de líquido intravascular.
- Letargia.
- Taquicardia.
- Presión arterial baja.
- Disminución de la diuresis.

Deshidratación Grave: Déficit del 10% al 15%.

Están presentes todos los signos de depleción de los espacios intersticial e intravascular, además de signos como: palidez, flaccidez, pulso rápido y débil, hipotensión y oliguria, que indican colapso intravascular y shock.

ICTERICIA

Es un signo clínico caracterizado por la pigmentación amarilla de la piel y mucosas, se caracteriza por tener altos niveles de bilirrubina en la sangre, ocasionando la ictericia²⁹.

La ictericia en el Recién Nacido (RN), la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina (Bb), cuadro benigno y auto-limitado, que desaparece generalmente antes del mes de vida.

La bilirrubina es un pigmento amarillo que se crea en el cuerpo durante el reciclaje normal de los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la bilirrubina en la sangre de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.

Antes del nacimiento, la placenta (el órgano que nutre al bebé en desarrollo) elimina la bilirrubina del bebé, de manera que pueda ser procesada por el hígado de la madre. Inmediatamente después del nacimiento, el propio hígado del bebé empieza a encargarse del trabajo, pero esto puede tomar tiempo. Por consiguiente, los

²⁹ Nelson. J. (2006). Tratado de Pediatría. Edición 17. Editorial Grafos. Madrid-España. 592

niveles de bilirrubina en un bebé normalmente son un poco más altos después del nacimiento.

Los niveles altos de bilirrubina en el cuerpo pueden hacer que la piel luzca de color amarillo, lo cual se denomina ictericia. Así observamos

La traducción clínica de la bilirrubina acumulada en piel y mucosas, cuando esta es mayor de 5 mg/dl. en el suero del recién nacido. La ictericia avanza en sentido céfalo – caudal e inicialmente puede ser evaluada según las zonas dérmicas involucradas³⁰.

Zona Dérmica (mg/dl.)	Bilirrubina promedio sérica
1. Cabeza y cuello	6
2. Tronco (a ombligo)	9
3. Ingle y muslos	12
4. Rodillas y codos a tobillos y muñecas	15
5. Pies y manos, incluidas palmas y plantas	>15

30 Madrigal, G. (2003). Manual de Diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 1ra. Ed. Editorial de la Universidad de Costa Rica. p 129.

Ictericia Fisiológica: es la que aparece después de las 48 horas de vida y que se resuelve antes de los diez días. La mayoría de los RN desarrolla niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2 mg/dl durante la primera semana de vida.

La mayoría de los bebés presentan bilirrubina alta durante la primera semana de vida. La experiencia penosa del nacimiento puede enviar muchos glóbulos rojos a quedar fuera de circulación de manera temprana y los hígados de los bebés a menudo no están preparados para esa carga.

Ictericia patológica³¹. A diferencia de la ictericia transitoria fisiológica, la patológica necesita una evaluación y seguimiento para tomar las medidas necesarias y evitar su incremento y probable neuro-toxicidad. Se produce en las primeras 24 horas de vida, en presencia de un incremento superior a los 0,5 mg% por hora o los 5 mg% diarios; o bien, en caso de que supere los 12 mg% o 10 mg% en neonatos a término y pretérmino, respectivamente.

Este incremento se debe:

Por hemólisis:

- Incompatibilidad por factor Rh, ABO y grupos menores.

³¹ Mazzi, E. (2005). Hiperbilirubinemia neonatal. Revista Sociedad Boliviana de Pediatría. Bolivia. 44 (1): 26 -35.

- Defectos enzimáticos de los eritrocitos: deficiencia de la G6PD deficiencia de piruvato-cinasa, porfiria eritropoyética, etc .
- Defectos estructurales de los eritrocitos: esferocitosis, eliptocitosis.
- Administración de fármacos a la madre (ocitocina, nitrofurantoína, sulfonamidas, bupivacaína), o al niño (dosis alta de vit. K, penicilina).
- Infecciones y septicemia neonatal.

Por causas no hemolíticas:

- Céfalo-hematoma, hemorragias, sangre digerida.
- Policitemia: ligadura del cordón umbilical, transfusión feto-fetal, etc.
- Aumento de la circulación entero-hepática: ayuno, ingesta oral deficiente, obstrucción intestinal, ictericia por leche materna, etc.
- Disminución en la captación y conjugación hepática
- Hipotiroidismo e hipopituitarismo.
- Ictericia por leche materna
- Anomalías cromosómicas: síndrome de Turner, síndrome de Down.

- Drogas: acetaminofen, alcohol, rifampicina, eritromicina, corticosteroides, etc.

A cualquier bebé que parezca tener ictericia se le deben medir los niveles de bilirrubina inmediatamente. A través de un examen de sangre:

- Hemograma o conteo sanguíneo completo.
- Bilirrubina total
- Prueba de Coomb.
- Conteo de reticulocitos.

Ictericia secundaria a la leche materna: Ictericia infrecuente y más tardía, sin una patogenia definida, se culpa a la existencia de ácidos grasos o beta glucuronidasa en la leche que inhibe el metabolismo normal de la bilirrubina. La bilirrubinemia disminuye gradualmente y puede persistir por 15 días, ocasionada por mala técnica de lactancia materna, frecuencia y volumen de alimentación, ayuno prolongado, que resultan en estreñimiento y deshidratación. Además de escasa flora intestinal y mayor actividad de beta glucuronidasa que incrementan la circulación entero hepática.

Entre las complicaciones serias, pero poco comunes, de los altos niveles de bilirrubina están:

- Parálisis cerebral
- Sordera
- Kernícterus: daño cerebral a causa de los altos niveles de bilirrubina

El tratamiento a seguir en los recién nacidos a término y prematuros tardíos es el uso de fototerapia que generalmente se usa de acuerdo con las pautas publicadas por la Academia Americana de Pediatría en 2004. Estas pautas tienen en cuenta no sólo el nivel de bilirrubina sérica total, sino también la edad gestacional del neonato, la edad en horas desde el nacimiento y la presencia o ausencia de factores de riesgo³².

EL RECIEN NACIDO

El cuidado del recién nacido normal tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. A los padres, y, en especial a la madre les

32 American Academy of Pediatrics. (2001). Hiperbilirrubinemia: Uso de la Fototerapia en Neonatos. Revista Pediátrica. EEUU. 108:763-5.

competen el cuidado de su hijo recién nacido. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un hijo en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.³³ El cuidado de todo recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida:

- La atención inmediata al nacer
- Durante el período de transición (primeras horas de vida),
- Al cumplir alrededor de 6 a 24 horas
- Previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

Atención del RN en puerperio: Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo:

- **Alimentación natural:** Este es el momento para proporcionarle información a la madre respecto a la lactancia natural y sus ventajas, Debe recibir apoyo para su inicio y técnica y ser tranquilizada con respecto a problemas frecuentes que se

33 Ventura, P., Tapia, J. (2002). El Recién Nacido Normal, Cuidados de Transición y puerperio. Artículo del Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 5 páginas. (Versión electrónica), recuperado <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnateninm.html>

presentan en el amamantamiento. El apoyo de todo el personal de salud durante su estadía en Puerperio es decisivo para una buena lactancia.

- **Ictericia.** La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Al alta, se le debe indicar que en caso de que la ictericia aumente a las extremidades, debe consultar para que se evalúe su ictericia y se considere el tratamiento preventivo con fototerapia.
- **Evolución del peso.** En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 7mo día. Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño. Los niños de menos de 3 kg. en general bajan menos, y los de más de 4 kg. pueden

bajar más y demorarse más en recuperar su peso de nacimiento.

TEORIAS DE ENFERMERIA

JEAN WATSON: "TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO".³⁴

En la Teoría de Jean Watson se considera a la persona como "un ser en el mundo". Se considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones de la persona.

Esta teoría se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida, el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson

34 Avalos, L. (2009). Enfermería y Cuidado. Artículo en versión electrónica. Trujillo-Perú. Recuperado de <http://consejospracticoemergencia.blogspot.com/2009/04/teoria-del-cuidado-humano-jean-watson.html>

contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. Establece 10 factores como ciencia del cuidar:

1. El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista.
2. El tomar en consideración y el sostén de un sistema de creencias y de esperanza.
3. La cultura de una sensibilidad al yo y a los otros.
4. El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza
La ética del cuidar y la atención de enfermería.
5. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos
6. La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones.
7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o de corrección.
9. La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.
10. El tomar en consideración los factores existenciales-fenomenológicos.

RAMONA MERCER: “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”

La realización del papel de madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Tiene lugar durante un período en el cual la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre” tradicional, para abarcar varios factores maternos: edad de la madre, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante. Mercer tiene en cuenta el amor y el apoyo de la pareja y la alimentación como factores importantes para hacer posible que una mujer cuide a su hijo.³⁵

METAPARADIGMAS:

Persona: Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

Salud: La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.

Entorno: Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal.

35 Mercer, R. (1986). Teoría adopción del Rol Maternal, Alabama-EEUU. (Versión electrónica). Recuperado de: <http://www.quedarembrazada.com.ar/index.php/el-embarazo/21-salud-en-el-embarazo/497-teoria-adopcion-del-rol-maternal.pdf>

Enfermería: Se refiera a ella como una ciencia que está evolucionando desde su adolescencia a la edad adulta.

NOLA PENDER: “MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD”³⁶

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo.

Persona: Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: Representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

36 Cisneros, F. (2005). Teorías y Modelos de Enfermería. Colombia. (versión electrónica). Recuperada de <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermer%C3%ADa/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Esta última teoría, se aplica al presente trabajo de Investigación, prevenir antes que curar, pero la Promoción en base a la educación, debe ser clara, de acuerdo a su nivel de educación y al entorno de la usuaria, a fin de lograr en la madre el cambio esperado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Favorecer la Lactancia Materna eficaz.
2. Lactancia Materna ineficaz r/c dolor de la madre secundaria a intervención quirúrgica. 00107
3. Déficit de conocimientos de los padres r/c la inexperiencia en el cuidado infantil, mala interpretación de la información, falta de interés. 00126
4. Interrupción de la Lactancia Materna r/c pezones umbilicados, mastitis, enfermedad materna, enfermedad del neonato. 00105

5. Afrontamiento inefectivo r/c incomodidad, incertidumbre, soledad. 0069

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Contacto piel a piel luego del nacimiento.
- Brindar un ambiente cómodo a la madre.
- Inicio precoz de la Lactancia materna antes de la hora de vida.
- Brindar consejería personalizada a la madre.
- Promover el alojamiento conjunto inmediato.
- Brindar seguridad y confianza a la madre y la familia.
- Integrar al padre y la familia como participantes activos del cuidado de su hijo.
- Hablarle en tono adecuado.
- Enseñar y supervisar técnica de amamantamiento.
- Corregir conceptos erróneos de la madre.
- Vigilar la lactancia materna cada 2 horas.
- Responder cada duda y/o pregunta de la madre.
- Brindar ayudas audio-visuales con la explicación respectiva.
- Motivar a través de la música y la demostración.
- Supervisar la alimentación de la madre durante su hospitalización.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de cohortes, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo. Considerando:

- Un grupo expuesto, que corresponde a las madres que ingresaron al servicio durante el 2do. trimestre del año 2010, y
- Otro grupo no expuesto, quienes reciben la intervención, el cual corresponde a las madres que ingresaron servicio durante el 3er. Trimestre del año 2010.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

Universo: 100 % de la población de puérperas que están hospitalizadas en el servicio de Maternidad del Hospital Daniel Alcides Carrión. Essalud.

Muestra: Haciendo uso de la fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z Es el nivel de confianza: 95 %

- p** Es la variabilidad positiva: 0.6 %
- q** Es la variabilidad negativa: 0.4 %
- N** Es el tamaño de la población: 1084 recién nacidos
- E** Es la precisión o el error: 5 %
- n** Es el tamaño de la muestra: **275**

3.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de Inclusión

Formaran parte del estudio todas las puérperas de parto vaginal y por cesárea.

Criterios de Exclusión

Madres de bebés prematuros. (menor a 37 semanas de gestación).

Madres de bebés con enfermedades: asfixia, sepsis, aspiración meconial, malformaciones congénitas, Pierre robin, micrognatia, síndrome down, incompatibilidad de grupo que curse con ictericia dentro de las 24 horas de vida, u otras enfermedades asociadas.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El método para la recolección de datos se hizo a través de:

- Revisión de Historias clínicas, tanto de la madre hospitalizada

en maternidad, como la del neonato, para determinar aspectos relacionados con el ingreso y nacimiento, antecedentes gineco-obstétricos.

- La observación directa, para lo cual se elaboró un instrumento como Guía de Observación y Entrevista; el cual consta de 6 ítems, relacionados con los antecedentes maternos, datos del recién nacido, la intervención propiamente dicha, y el número de consejería brindada a las puérperas durante la hospitalización, valorando la succión del bebe y la bajada de leche. **(Anexo No. 02)**
- La demostración en cuanto a técnica de amamantamiento
- La consejería personalizada x 20 minutos
- La supervisión para rectificar y/o afianzar acciones de la madre.

3.5. CONTROL DE CALIDAD:

La validez del contenido del instrumento se obtuvo a través de una base teórica, el cual fue sometido a una prueba piloto de confiabilidad a través de:

- **Prueba Piloto:** Se realizó previamente antes de aplicar el instrumento, a fin de constatar su aplicabilidad y comprensión donde al azar se aplicó el instrumento a 30 madres hospitalizadas con sus bebes, en el servicio de maternidad del

Hospital Daniel Alcides Carrión, realizando las correcciones pertinentes. **(Anexo No. 03)**

- **Juicio de Expertos:** Conformado por un grupo de 3 enfermeras de la especialidad en Neonatología, dos del Hospital Hipólito Unánue y 1 del Hospital Daniel Alcides Carrión, y el Asesor estadístico, que través de métodos estadísticos determinan la validación del instrumento como instrumento confiable de recolección de datos. **(Anexo No. 04)**

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se inició el proyecto con una capacitación al personal del Servicio de Neonatología y Pediatría, presentando el Programa de Lactancia Materna Personalizada. **(Anexo No. 05)**. Puesto que la UCI Neonatal permanece activa, formaron parte del apoyo al proyecto, las internas de Enfermería que rotaron por el Servicio, previa capacitación y orientación sobre Lactancia Materna, consejería, supervisión y uso de material visual.

A todo niño que nació de parto eutócico se le aseguro el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, y los nacidos por cesárea lo más pronto posible, en un mínimo de tres horas, salvo complicación materna o del bebé, la primera consejería se

realizó luego del nacimiento, en el turno que correspondió a mañana, tarde o noche, la 2da., 3ra y próximas en los turnos siguientes, la supervisión se dio desde el nacimiento hasta el alta correspondiente.

Se aplicó la guía de observación y entrevista a la madre desde el inicio hasta su alta, donde se realizó la evaluación del progreso valorado. Las consejerías se dieron según esquema establecido en el Programa Personalizado de Lactancia Materna y el Manual de Consejería de la UNICEF el cual fue adaptado por la autora para su lectura y aplicación. **(Anexo No. 06)**. Formó parte de la educación complementaria a las madres, los videos motivadores visualizados en sus ambientes, los folletos y afiches motivacionales.

La ejecutora del proyecto asistió de lunes a sábado, y aseguró la Consejería en turnos de mañana y la supervisión de las actividades sugeridas para el mismo.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de obtener la información, según el tamaño muestral, se introdujo en una base de datos, donde se consignó codificaciones para cada indicador, haciendo uso del Software Estadístico SPSS –

14, se realizaron los cruces de variables y los cuadros estadísticos que requerimos para el análisis, se realizó la prueba de Chi 2 y T de Student, considerando un nivel de confianza de 95 % y un valor: $p < 0,05$, como estadística significativa.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACION DE CUADROS ESTADISTICOS

La información recolectada se presentará en los siguientes cuadros y gráficos:

CUADRO Nº 01

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PUERPERAS

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES

CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010

Características	Grupo de Puerperas				TOTAL	
	Intervenidas		No intervenidas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad (años)						
17 - 19	6	2.18	5	1.82	11	2.00
20 - 29	122	44.36	142	51.64	264	48.00
30 - 39	134	48.73	121	44.00	255	46.36
40 - 49	13	4.73	7	2.55	20	3.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Estado Civil						
Soltera	9	3.27	4	1.45	13	2.36
Casada	118	42.91	105	38.18	223	40.55
Conviviente	148	53.82	166	60.36	314	57.09
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Grado de Instrucción						
Primaria	8	2.91	9	3.27	17	3.09
Secundaria	107	38.91	120	43.64	227	41.27
Superior	160	58.18	146	53.09	306	55.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

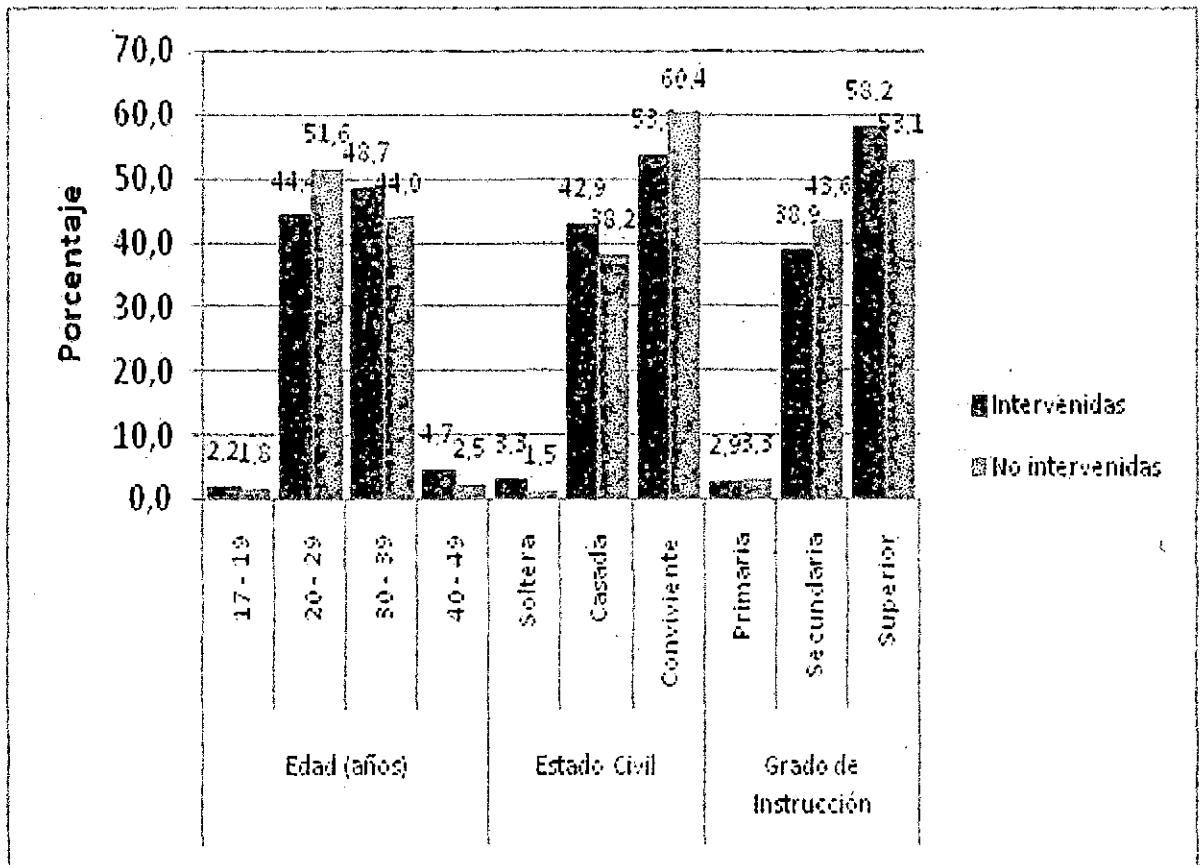
DESCRIPCION:

El primer cuadro muestra las características generales de la población de estudio, resaltando que el grupo de puérperas con programa personalizado en lactancia materna, presenta mayor porcentaje las edades de 30-39 años (48,73%), luego las de 20-29 años con 44,36%, que juntos suman el 93,09%. Entre las puérperas sin programa personalizado, predomina el grupo de 20-29 años (51,64%) seguido de aquellas entre 30-39 años con 44,0% y ambos suman el 95,64%.

Respecto al estado civil, notamos que las convivientes representan la mayoría entre el grupo de puérperas intervenidas (53,82%), luego las casadas con 42,91%. Algo similar se presentó en las puérperas no intervenidas, donde las convivientes conforman el 60,63% y las casadas el 38,18%. Resaltamos que el grado de instrucción superior predominó entre las puérperas con programa personalizado (58,18%), seguido de las que alcanzaron el nivel secundario con 38,91%. De forma similar se observa en el grupo no intervenido, donde el nivel superior represento el 53,09% y los de nivel secundario 43,64%.

GRAFICO Nº 01

**CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PUERPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010**



Fuente: Datos porcentuales del cuadro 1.

CUADRO N° 02

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS DE LAS PUERPERAS

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

- ESSALUD - TACNA - 2010

Antecedentes Gineco obstétricos	Grupo de Puerperas				TOTAL	
	Intervenidas		No intervenidas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Periodo intergenésico:						
0	106	38.55	101	36.73	207	37.64
1 - 2 años	41	14.91	30	10.91	71	12.91
3 - 4 años	43	15.64	44	16.00	87	15.82
5 a más años	85	30.91	100	36.36	185	33.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Número de hijos:						
Ninguno	104	37.82	129	46.91	233	42.36
1 - 2 hijos	161	58.55	134	48.73	295	53.64
3 - 4 hijos	10	3.64	12	4.36	22	4.00
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Alimentación anterior:						
Sin Lactancia	104	37.82	129	46.91	233	42.36
Solo LM	98	57.31	66	45.21	164	51.74
Mixta	73	42.69	80	54.79	153	48.26
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Tipo de Parto anterior:						
Sin hijos anteriores	104	37.82	129	46.91	233	42.36
Parto eutócico	120	43.64	100	36.36	220	40.00
Cesárea	51	18.55	46	16.73	97	17.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

Este cuadro nos muestra los antecedentes Gineco obstétricos, donde el 38,55% corresponde a las puérperas con programa de intervención que tuvieron su primer bebe, otro grupo representativo (30,91%) refirió un periodo mayor a 5 años y los de 1-2 años como de 3 a 4 años representaron alrededor de 15% cada uno.

Entre las puérperas no intervenidas, el nacimiento de su primer bebe y el de 5 años a más, constituyen la mayoría con 36,73% y 36,36%, en cuanto al número de hijos, la mayor parte de puérperas intervenidas manifestaron tener de 1 a 2 hijos (58,55%), seguido de las madres sin hijos con 37,82%. También observamos que la mayor proporción de puérperas no intervenidas, tuvieron 1 a 2 hijos (48,73%) y las que aun no concibieron representaron el 46,91%.

De las puérperas con hijos, en el grupo intervenido predomina la alimentación con lactancia materna exclusiva (35,63%) respecto a la alimentación mixta (26,55%). En cambio en el grupo no intervenido, preferentemente fue la lactancia mixta (29,09%) sobre la lactancia materna exclusiva (24,00%). Por último, el parto eutócico fue el más frecuente (43,64%) respecto a las cesáreas (18,55%) en las puérperas intervenidas. De forma similar en el grupo no intervenido, el parto eutócico predomina (36,36%) sobre las cesáreas (16,73%).

CUADRO Nro. 03

**EDUCACION RECIBIDA DE LAS PUÉRPERAS ANTES DEL
PARTO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION
- ESSALUD - TACNA - 2010**

Preparación antes del Parto	Grupo de Puérperas				TOTAL	
	Intervenidas		No intervenidas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educación en CPN						
NO	70	25.45	127	46.18	197	35.82
SI	205	74.55	148	53.82	353	64.18
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Sabe de la importancia de LME						
NO	37	13.45	83	30.18	120	21.82
SI	238	86.55	192	69.82	430	78.18
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Cómo están los pezones:						
No preparados	43	15.64	71	25.82	114	20.73
Preparados	232	84.36	204	74.18	436	79.27
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Le enseñaron a preparar pezones						
NO	103	37.45	42	15.27	145	26.36
SI	172	62.55	233	84.73	405	73.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

En este cuadro observamos que la mayoría de puérperas (74,55%) con programa de intervención refirieron haber recibido actividad educativa durante el control prenatal y un 25,45% no recibió. En el grupo no

intervenido el 53,82% se expusieron a la actividad educativa en el CPN y el 46,18% manifestó que no.

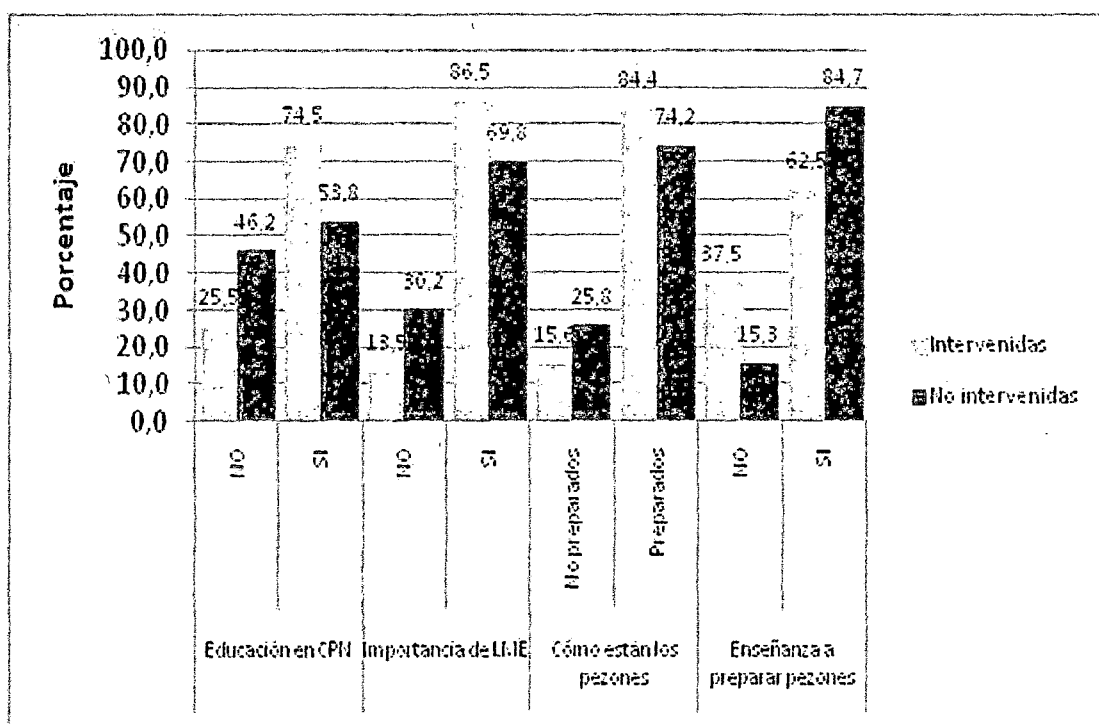
Se resalta que una mayor proporción de 86,55% en el grupo de puérperas intervenidas saben sobre la importancia de lactancia materna, respecto al grupo no intervenido (69,82%); mientras que de las puérperas sin conocimiento de su importancia, el grupo no intervenido supera (30,18%) sobre el grupo intervenido (13,45%).

Entre el grupo de puérperas con programa personalizado, en la mayoría (84,36%) se observó sus pezones preparados y el 15,64% no; también en el grupo no intervenido predomina las madres con pezones preparados (74,18%) respecto a las no preparadas (25,82%).

Las proporciones de las puérperas con pezones preparados son coherentes con los porcentajes de las madres que refirieron haber recibido enseñanza en su preparación, dado que las mayores porcentajes se observan en las que manifestaron haber recibido esta actividad, siendo el 84,73% para el grupo no intervenido y 62,55% para el grupo intervenido.

GRAFICO N° 02

**EDUCACION RECIBIDA DE LAS PUERPERAS ANTES DEL PARTO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION
- ESSALUD - TACNA - 2010**



Fuente: Datos porcentuales del cuadro 3.

CUADRO N° 04

CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ANTES DEL PARTO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESSALUD – TACNA – 2010

Preparación antes del parto	Grupo de Puérperas				TOTAL	
	Intervenidas		No intervenidas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conoce sobre LME						
NO	60	21.82	117	42.55	177	32.18
SI	215	78.18	158	57.45	373	67.82
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00
Enseñanza de lactancia al bebe						
NO	85	30.91	126	45.82	211	38.36
SI	190	69.09	149	54.18	339	61.64
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

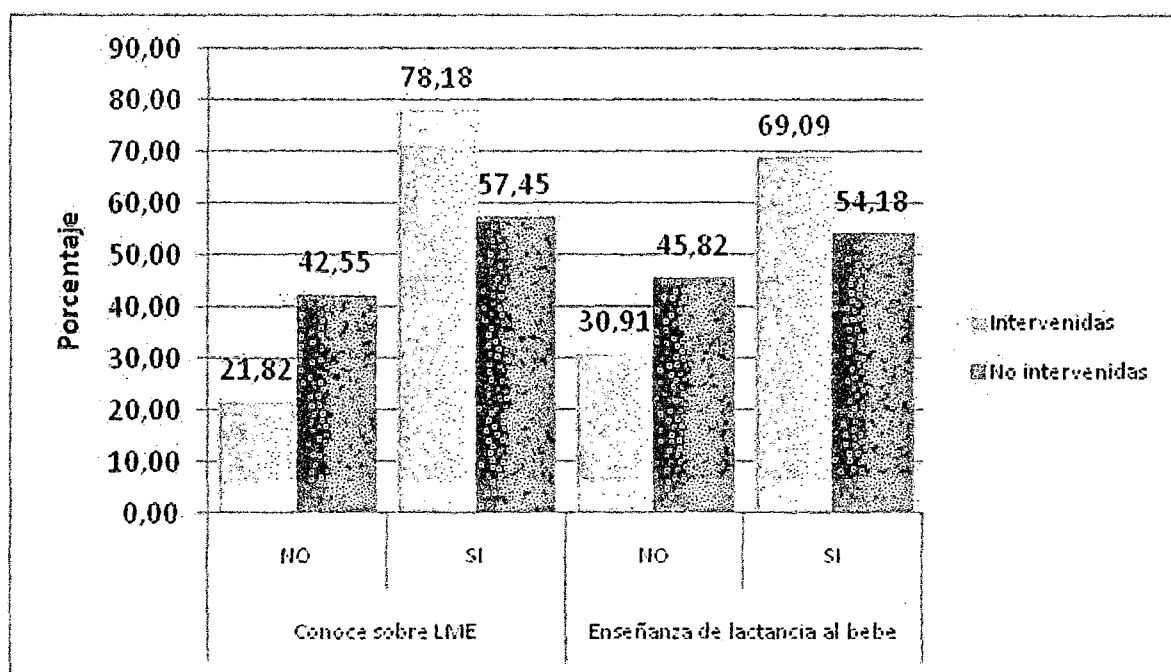
En el presente cuadro se destaca que existe una mayor proporción del grupo de puérperas intervenidas que conocen sobre la lactancia materna exclusiva (78,18%), comparado al grupo no intervenido (57,45%). Lo contrario se observa entre las puérperas sin conocimiento en este tema, dado que el grupo no intervenido supera (42,55%) al grupo intervenido (21,82%). También resaltamos que el mayor porcentaje del grupo de puérperas intervenidas recibieron enseñanza sobre cómo deben dar de lactar al bebe (69,09%), comparado al grupo no intervenido (54,18%).

GRAFICO N° 03

CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

ANTES DEL PARTO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESSALUD – TACNA – 2010



Fuente: Datos porcentuales del cuadro 4.

CUADRO N° 05

EDUCACION RECIBIDA Y CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA

MATERNA EN LAS PUERPERAS DEL HOSPITAL DANIEL

ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010

Preparación antes del parto	Conoce sobre LME									
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención				
	NO		SI		Total	NO		SI		Total
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Recibió educación										
NO	18	6.5	52	18.9	70	57	20.7	70	25.5	127
SI	42	15.3	163	59.3	205	60	21.8	88	32.0	148
Total	60	21.8	215	78.2	275	117	42.5	158	57.5	275
Prueba X²:	X²=0,836; P = 0,361					X²=0,527; P = 0,468				

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

En el grupo intervenido, se observa que el 78,2% conoce sobre lactancia materna y 21,8% no. Por otro lado, entre las que recibieron actividad educativa, la mayoría conoce sobre lactancia materna (59,3%) comparado a los que no conocen (15,3%) y de las puérperas que no recibieron educación, el 18,9% conoce sobre la lactancia materna y 6,5% no.

En el grupo no intervenido se aprecia que el 57,5% posee conocimiento sobre lactancia materna y el 42,5% no. De las puérperas que si recibieron

educación, un 32,0% conoce sobre la lactancia materna y 21,8% no; mientras que de las madres no expuestas a la actividad, el 25,5% sabe sobre lactancia materna y 20,7% no.

Se evidencia que en el grupo de puérperas intervenidas y no intervenidas, no se encontró relación significativa, entre, la actividad educativa con el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, dado que en ambos casos el p-valor fue $> 0,05$.

CUADRO N° 06

**EDUCACION RECIBIDA DE LA MADRE ANTES DE LA
HOSPITALIZACIÓN Y LA TECNICA DE AMAMANTAMIENTO,
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010**

Preparación antes del parto	Técnica de amamantamiento									
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención				
	SI, buen agarre		NO		Total	SI, buen agarre		NO		Total
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Recibió educación										
NO	52	18.9	18	6.5	70	37	13.5	90	32.7	127
SI	146	53.1	59	21.5	205	40	14.5	108	39.3	148
Total	198	72.0	77	28.0	275	77	28.0	198	72.0	275
Prueba X²:	X²=0,243; P = 0,622					X²=0,150 P = 0,698				

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

En las púerperas intervenidas se denota una ventaja favorable en el buen agarre de la técnica de amamantamiento (72,0%) respecto a los que no hicieron (28,0%). También se resalta que entre las que recibieron educación, predomina el buen agarre (53,1%) frente a los que lo hacen (18,9%) y de los que no se expusieron a la actividad educativa, el 18,9% tuvo buen agarre y 6,5% no.

En las púerperas no intervenidas se observa lo contrario, dado que la

mayoría (72,0%) no tuvo buen agarre en el amamantamiento y a pesar de que 148 puérperas recibieron actividad educativa, el 14,5% presentó buen agarre y entre las 127 madres que no se expusieron a la actividad, la mayor proporción no tuvo buen agarre (32,7%), respecto a los que lo hicieron (13,5%).

Tanto el grupo de puérperas intervenidas y no intervenidas no evidenciaron relación estadística significativa, entre, la actividad educativa con la técnica de amamantamiento, ya que en ambos casos el p-valor fue $> 0,05$.

CUADRO N° 07

**COMPARACION DE LOS VALORES RESUMEN DEL PESO DE LOS
RECIEN NACIDOS AL ALTA HOSPITALARIA - HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010**

Estadísticos	Peso al alta	
	Grupo intervenido	Grupo no intervenido
Número	275	275
Peso Mínimo	2470	2410
Peso Máximo	4250	4200
Media	3373	3305
Mediana	3350	3300
Desv. Típica	383.97	403.03
Rango	1780	1790
Límite de Confianza:		
- 0,95	3327.3	3256.9
+ 0,95	3418.5	3352.6

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

Prueba "t"

Student:

$t = 2,031$

$P = 0,043$

DESCRIPCION:

Los estimadores estadísticos de la variable peso al alta del recién nacido, permite conocer la validez de los resultados arribados en la investigación.

Las diferencias de las medidas de centralización, informan que las muestras comparadas, tienen tendencia simétrica (Gráfico 4-A Y 4-b). Las

discrepancias estrechas de los límites de confianza; confirman una pobre posibilidad de errores sistemáticos.

Las diferencias de promedios de los pesos de recién nacidos al alta hospitalaria de madres intervenidas y no intervenidas, tienen valores diferentes; esta asunción se confirma por el valor de la "t" de Student que es estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$). Es decir la variable peso de los recién nacidos de madres con intervención resulto ligeramente mayor respecto al peso de RN de madres que no participaron en el programa personalizado.

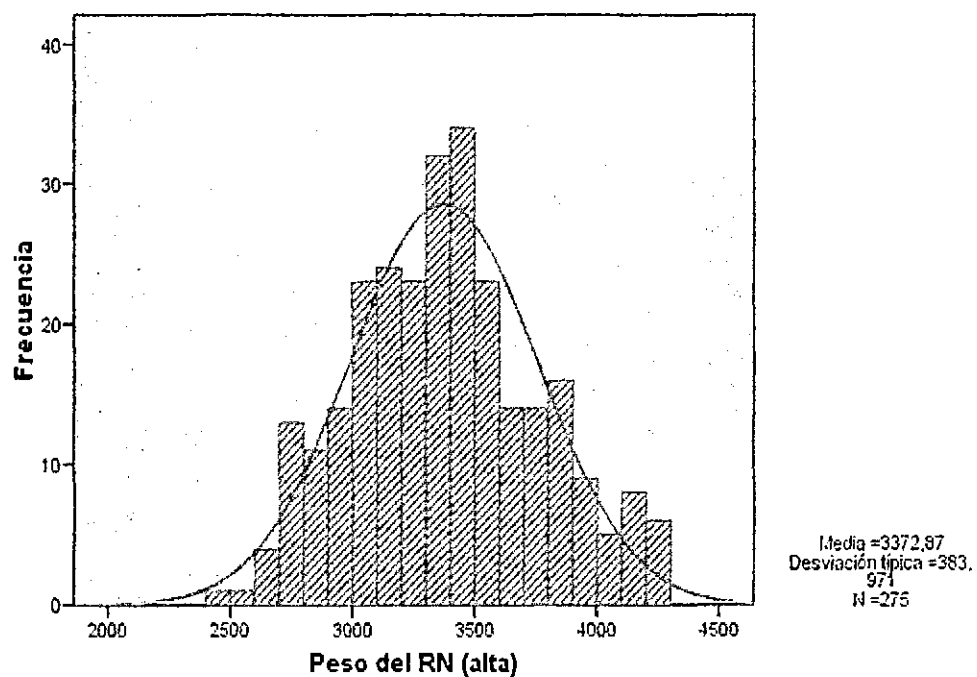
GRAFICO N° 04 - A

PESO AL ALTA DE LOS R. N. EN EL GRUPO DE MADRES INTERVENIDAS

EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION – ESSALUD

TACNA. 2010

Grupo de puerperas: Con intervención



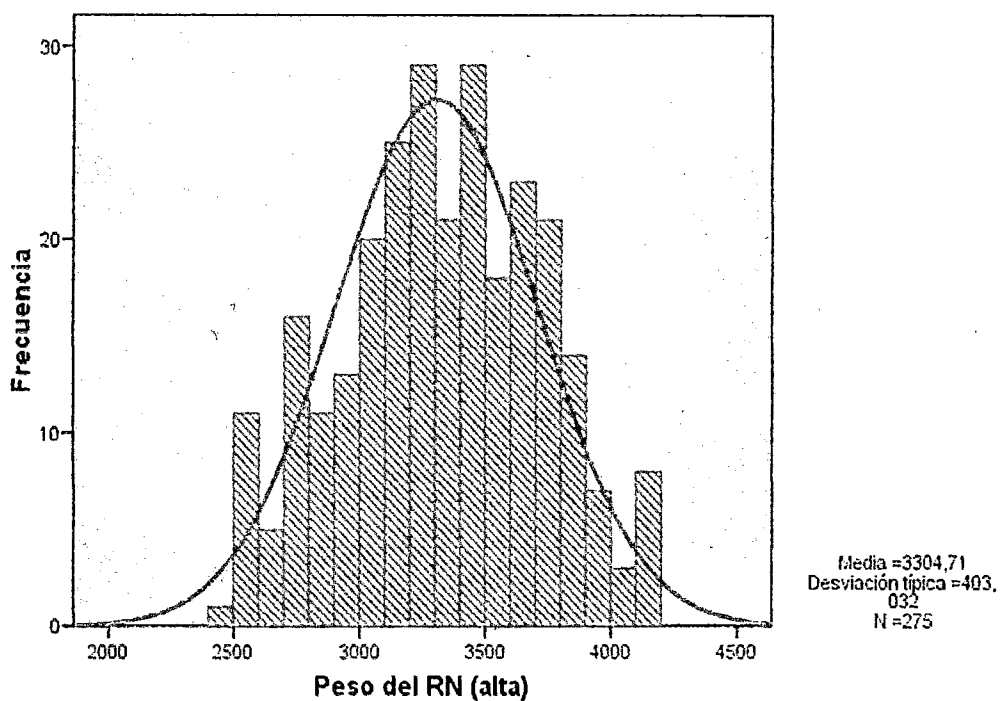
Fuente: Datos porcentuales del cuadro 7.

GRAFICO N° 04 – B

PESO AL ALTA DE LOS R. N. EN EL GRUPO DE MADRES NO INTERVENIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES

CARRION – ESSALUD TACNA. 2010

Grupo de puerperas: Sin intervención



Fuente: Datos porcentuales del cuadro 7.

CUADRO N° 08

COMPARACION DE LOS VALORES RESUMEN DEL DEFICIT DE PESO DE LOS RECIEN NACIDOS AL ALTA HOSPITALARIA

DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

- ESSALUD - TACNA. 2010

Estadística	Diferencia de peso	
	Grupo Intervenido	Grupo no intervenido
Número	275	275
Peso mínimo	0	5
Peso máximo	440	690
Media	171	258
Mediana	170	240
Desv. Típica	96.27	127.75
Rango	440	685
Límite de Confianza:		
- 0,95	159.26	242.76
+ 0,95	182.12	273.09

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

Prueba "t" Student: **t = -9,044** **P = 0,000**

DESCRIPCION:

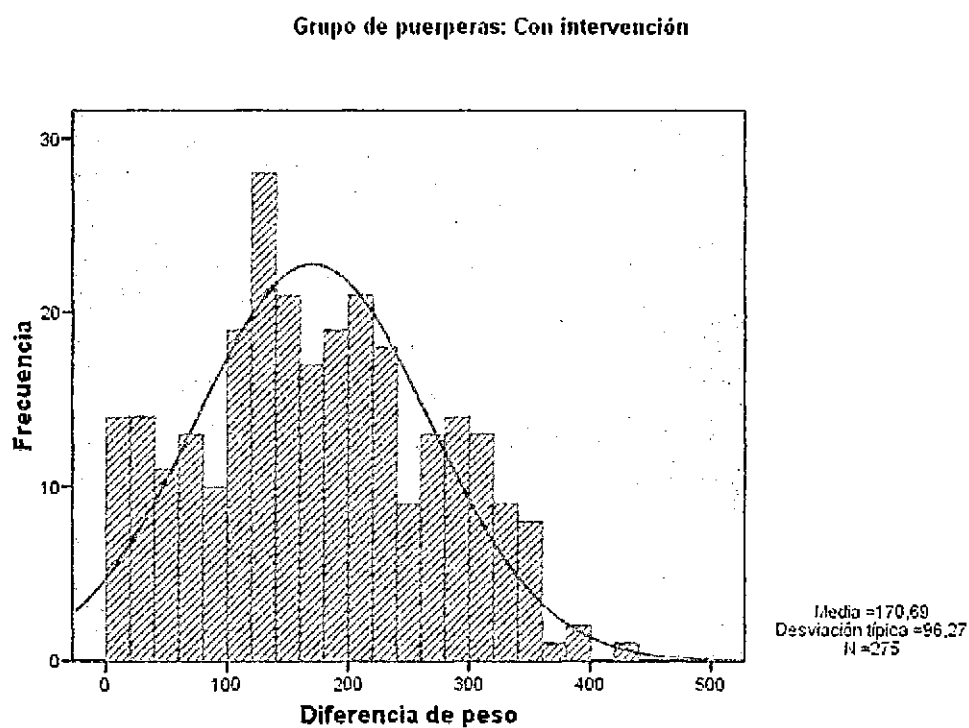
Los estimadores estadísticos de la variable déficit de peso del recién nacido, permite conocer la validez de los resultados. Las leves diferencias de las medidas de centralización, informan que las muestras comparadas, tienen tendencia simétrica (Gráfico 5.A y 5.B). Las discrepancias

estrechas de los límites de confianza; confirman una pobre posibilidad de errores sistemáticos.

Las diferencias de promedios del déficit de peso de los recién nacidos al alta hospitalaria de madres intervenidas y no intervenidas, tienen valores diferentes; confirmándose por el valor de la "t" de Student que es estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$). Es decir, el déficit de peso de los recién nacidos de madres con intervención resultó menor respecto al déficit observado en los RN de madres que no participaron en el programa personalizado de lactancia materna.

GRAFICO N° 05 - A

DEFICIT DE PESO DE LOS RECIEN NACIDOS EN EL GRUPO DE MADRES INTERVENIDAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD – TACNA - 2010

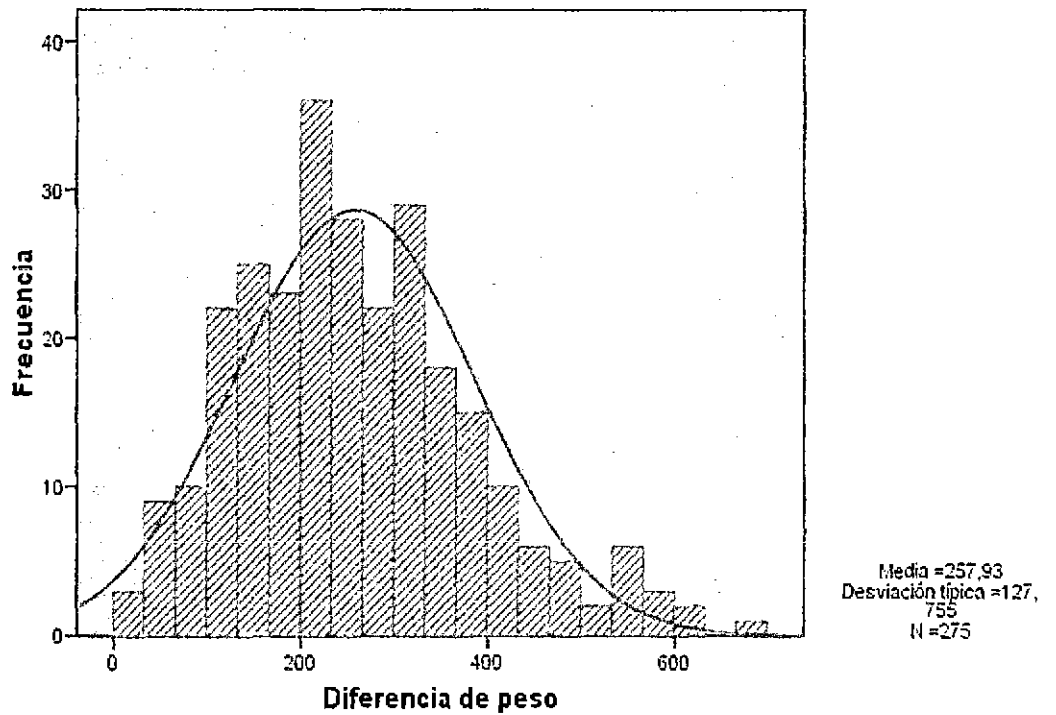


Fuente: Datos porcentuales del cuadro 8.

GRAFICO N° 05 - B

**DEFICIT DE PESO DE LOS RECIEN NACIDOS EN EL GRUPO DE
MADRES NO INTERVENIDAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN
ESSALUD – TACNA - 2010**

Grupo de puerperas: Sin intervención



Fuente: Datos porcentuales del cuadro 8.

CUADRO N° 09

**COMPARACION DE LOS VALORES RESUMEN DEL PESO DE LOS
RECIEN NACIDOS QUE REINGRESARON CON DESHIDRATACIÓN
Y/O ICTERICIA AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION –
ESSALUD – TACNA – 2010**

Estadística	Grupo intervenido		Grupo no intervenido	
	Peso al alta	Peso al reingreso	Peso al alta	Peso al reingreso
Número	6	6	16	16
Peso mínimo	2470	2400	2510	2400
Peso máximo	3830	3510	3760	2850
Media	3200	2918	3292	2628
Mediana	3210	2950	3270	2675
Desv. Típica	534.71	428.97	331.87	161.21
Rango	1360	1110	1250	450
Límite de Confianza:				
- 0,95	2638.85	2468.16	3115.04	2542.22
+ 0,95	3761.15	3368.51	3468.71	2714.03

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

*Prueba "t"
Student:*

t = 3,646 P = 0,015 t = 9,251 P = 0,000

DESCRIPCION:

El cuadro 9, informa que el promedio del peso al alta del recién nacido de madres intervenidas fue 3200 gr. ± 534,71 gr. y el peso en el reingreso hospitalario fue de 2918 gr. ± 428,97 gr. El peso máximo al alta hospitalaria fue 3830 gr. y en el reingreso 3510 gr. En el grupo de

madres no intervenidas el promedio de peso al alta fue 3292 g \pm 331,87 gr. y el peso al reingreso hospitalario fue de 2628 gr. \pm 161,21 gr. El peso máximo al alta fue 3760 gr. y en el reingreso 2850 gr.

Las diferencias de promedios del peso al alta y al reingreso hospitalario de los recién nacidos de madres intervenidas y no intervenidas, tienen valores diferentes, confirmado por el valor de la "t" de Student que es estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$). Es decir, el peso al alta, es mayor que el peso al reingreso del R.N. de madres que participaron en el programa personalizado de lactancia materna.

CUADRO N° 10

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS AL ALTA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010

% de pérdida de peso	Neonatos				TOTAL	
	Intervenido		No Intervenido			
	N°	%	N°	%	N°	%
0 %	4	1.45	0	0.00	4	0.73
0.1 a 5.0%	141	51.27	84	30.55	225	40.91
5.1 a 10.0%	127	46.18	135	49.09	262	47.64
Más de 10.0%	3	1.09	56	20.36	59	10.73
Total	275	100.00	275	100.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

Pruebas de chi-cuadrado $\chi^2=66,294$ $P = 0,000$

DESCRIPCION:

En este cuadro se muestra que los recién nacidos de madres intervenidas tuvieron menos porcentaje de pérdida de peso, dado que el 51,27% fluctúan entre 0,1 a 5,0% de pérdida y en el grupo no intervenido, casi la mitad (49,09%) pierde entre 5,1 a 10,0% que sumado a los que pierden más de 10%, representan el 69,45%, encontrándose estadísticamente significativo ($p=0,000$) en relación a los neonatos con o sin programa personalizado.

CUADRO N° 11

RECIEN NACIDOS QUE REINGRESARON CON DESHIDRATACIÓN E ICTERICIA AL HOSPITAL DANIEL ALCEDES CARRION – ESSALUD TACNA – 2010

Programa Personalizado de Lactancia Materna	Neonatos				TOTAL	
	Reingresantes		No reingresantes		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con intervención	6	2.18	269	97.82	275	50.00
Sin intervención	16	5.82	259	94.18	275	50.00
Total	22	8.00	528	192.00	550	100.00

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

**Prueba de chi-
cuadrado**

$X^2=4,735$

$P = 0,0296$

DESCRIPCION:

Este cuadro muestra claramente que existe una baja incidencia de recién nacidos que reingresaron en el grupo de púerperas intervenidas con la Aplicación del Programa Personalizado de Lactancia Materna, es decir, de 275 madres, el 2,18% retornaron por deshidratación e ictericia.

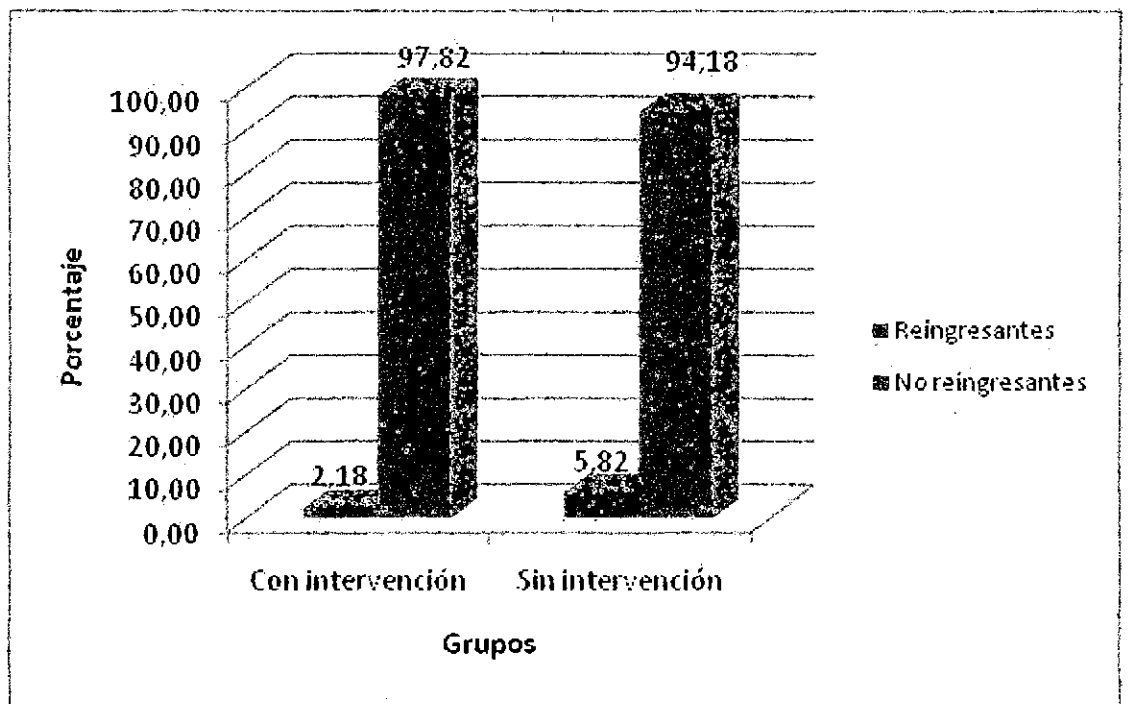
En cambio en el grupo sin intervención, la incidencia de reingresos fue mayor (5,82%) respecto al grupo intervenido.

Al análisis estadístico correspondiente, vemos que como $\alpha = 0.05$ es mayor a p-Valor = 0.029 en la prueba X^2 , Se rechaza la hipótesis nula, lo

que significa que existe evidencia que el Programa Personalizado se relaciona con la disminución de los RN que reingresaron después del alta. Esta evidencia valida o comprueba la hipótesis de investigación planteada (Eficacia del Programa Personalizado en Lactancia Materna).

GRAFICO Nº 6

**RECIEN NACIDOS QUE REINGRESARON CON
DESHIDRATACIÓN E ICTERICIA AL HOSPITAL DANIEL ALCEDES
CARRION – ESSALUD TACNA – 2010**



Fuente: Elaborado con datos del cuadro 11

CUADRO N° 12

**EDUCACION RECIBIDA E INCIDENCIA DE NEONATOS QUE
REINGRESARON AL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION – ESSALUD–TACNA – 2010**

Preparación antes del parto	Neonatos Reingresantes con Deshidratación/Ictericia										TOTAL	
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención						
	SI		NO		Total	SI		NO		Total	Nº	%
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%			
Recibió educación previa												
NO	4	1.5	66	24.0	70	11	4.0	116	42.2	127	197	35.8
SI	2	0.7	203	73.8	205	5	1.8	143	52.0	148	353	64.2
Total	6	2.2	269	97.8	275	16	5.8	259	94.2	275	550	100.0
Prueba X²:	X²=5,490; P = 0,019					X²=3,481 P = 0,062						

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

EL cuadro 12, muestra que de las madres expuestas a la actividad educativa en el grupo intervenido, la mayoría (73,8%) no regresa al hospital, pero el 0,7% si retorno con deshidratación e ictericia. Entre las púerperas que no recibieron actividad educativa, se duplicó a 1,5% el porcentaje de reingresos y un 24,0% no.

En el grupo de madres sin intervención que recibieron actividad educativa, el 1,8% de RN reingresó al hospital y el 52% no; no obstante, la proporción de reingresos aumenta a 4,0% para las que no recibieron

educación, pero el 42,2% no retorna.

Al comparar las proporciones de los reingresos en el grupo intervenido, se evidencia que el haber recibido educación, es estadísticamente significativo a la baja incidencia de reingresos de RN al Hospital ($P=0,019$). Lo contrario se evidencia en el grupo sin intervención, dado que estas variables son independientes ($P=0,062$).

CUADRO N° 13

**CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
y LOS REINGRESOS DE RECIEN NACIDOS AL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010**

Preparación antes del parto	Neonatos Reingresantes con Deshidratación/Ictericia										TOTAL	
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención						
	SI		NO		Total	SI		NO		Total		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%			
Conoce sobre LME												
NO	4	1.5	56	20.4	60	9	3.3	108	39.3	117	177	32.2
SI	2	0.7	213	77.5	215	7	2.5	151	54.9	158	373	67.8
Total	6	2.2	269	97.8	275	16	5.8	259	94.2	275	550	100.0
Prueba X²:		X²=7,233; P = 0,007					X²=1,305; P = 0,253					

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

El presente cuadro, indica que la mayor proporción de puérperas intervenidas (77,5%) refirió conocer sobre lactancia materna, de ellos, una baja incidencia (0,7%) reingresaron con deshidratación e ictericia al Hospital. Por otro lado, de las madres que no conocen sobre LM, se duplica los reingresos (1,5%) pero el 20,4% no retorno.

En cambio en el grupo no intervenido; de las madres que manifestaron conocer sobre LM, el 2,5% de RN reingresaron, aunque el mayor

porcentaje no (54,9%). Así mismo, entre las que no conocen sobre LM, la proporción de reingresos aumenta a 3,3%, pero resaltamos que el 39,3% no retorno.

Al comparar las proporciones de reingresos en el grupo intervenido, se evidencia que el conocer sobre lactancia materna, tiene una relación significativa a la baja incidencia de reingresos de RN al Hospital ($P=0,007$); mientras que en el grupo no intervenido, ocurre lo contrario, siendo independientes las variables evaluadas ($p=0,253$).

CUADRO N° 14

ENSEÑANZA DE LA TECNICA DE AMAMANTAMIENTO PREVIA AL PARTO Y LOS REINGRESOS DE RECIEN NACIDOS AL HOSPITAL

DANIEL ALCIDES CARRION – ESSALUD – TACNA – 2010

Preparación antes del parto	Neonatos Reingresantes con Deshidratación/Ictericia										TOTAL	
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención						
	SI		NO		Total	SI		NO		Total		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%			
Enseñanza de lactancia al bebe												
NO	5	1.8	80	29.1	85	9	3.3	117	42.5	126	211	38.4
SI	1	0.4	189	68.7	190	7	2.5	142	51.6	149	339	61.6
Total	6	2.2	269	97.8	275	16	5.8	259	94.2	275	550	100.0
Prueba X ² :	X²=7,894; P = 0,005					X²=0,745; P = 0,388						

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

En el grupo intervenido, existe una mayor proporción de puérperas que recibieron enseñanza sobre la técnica de amamantamiento antes del parto (68,7%) y solo 1 (0,4%) retorno con deshidratación e ictericia al Hospital; por el lado de madres que no recibieron esta enseñanza, 5 (1.8%) reingresaron y el 29,1% no.

Sin embargo, en el grupo de madres no intervenidas, se aprecia que el 42,5% no recibió enseñanza de lactancia al bebe, pero resaltamos que 9 neonatos (3,3%) reingresaron al Hospital. Por otro lado, de 149 puérperas que recibieron esta actividad, el 2,5% reingresa y 51,6% no.

Obviamente, estas proporciones evidencian que en el grupo de puérperas intervenidas, el haber recibido enseñanza sobre la técnica de amamantamiento es estadísticamente significativo a la baja incidencia de reingresos de neonatos ($p=0,005$); mientras que en el grupo no intervenido se demuestra que no hay relación significativa entre estas variables ($p=0,388$).

CUADRO N° 15

**TECNICA DE AMAMANTAMIENTO Y LOS REINGRESOS DE RECIEN
NACIDOS AL HOSPITAL DANIEL ALCEDES CARRION
– ESSALUD TACNA – 2010**

Preparación antes del parto	Neonatos Reingresantes con Deshidratación/Ictericia										TOTAL	
	Grupo con intervención					Grupo sin intervención						
	SI		NO		Total	SI		NO		Total		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%			
Técnica de amamantamiento												
NO	5	1.8	72	26.2	77	14	5.1	184	66.9	198	275	50.0
SI, buen agarre	1	0.4	197	71.6	198	2	0.7	75	27.3	77	275	50.0
Total	6	2.2	269	97.8	275	16	5.8	259	94.2	275	550	100.0
Prueba X ² :	X ² =9,316 P = 0,002					X ² =2,025 P = 0,155						

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

DESCRIPCION:

En el grupo de puérperas intervenidas, se tiene que la mayor proporción de recién nacidos (71,6%) tuvieron buen agarre en la lactancia y no regresaron al hospital, mientras que 1 (0,4%) reingreso después del alta, comparado al 1,8% de bebés que reingresaron y no tuvieron buen agarre, aunque un 26,2% de estos no reingresaron.

En el grupo no intervenido, se observa que la mayoría (198) no tuvo buena técnica de amamantamiento, de ellos, el 66,9% no reingresa y el 5,1% si lo hace, este porcentaje disminuye a 0,7% entre los RN que tuvieron buen agarre y el 27,3% no retorna.

Estas proporciones demuestran que en el grupo de puérperas intervenidas, el buen agarre en la técnica de amamantamiento tiene una relación estadística significativa con la baja incidencia de RN reingresantes ($p=0,002$); mientras que en el grupo no intervenido no existe relación significativa entre estas variables ($p=0,155$).

CUADRO N° 16

**CARACTERISTICAS DE LOS REINGRESOS DE RECIEN NACIDOS AL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION- ESSALUD –TACNA – 2010**

Características	R. N. Reingresantes				TOTAL		* Valor p
	Intervenidas		No intervenidas		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Días de vida al reingreso							
0-4 días	0	0.00	6	37.50	6	27.27	p=0,004
5-9 días	2	33.33	10	62.50	12	54.55	
10 -14 días	3	50.00	0	0.00	3	13.64	
15 a más días	1	16.67	0	0.00	1	4.55	
Total	6	100.00	16	100.00	22	100.00	
Recibe lactancia materna							
SI	4	66.67	9	56.25	13	59.09	p=0,523
NO	2	33.33	7	43.75	9	40.91	
Total	6	100.00	16	100.00	22	100.00	
Evidencia de leche (madre)							
Escasa	0	0.00	11	68.75	11	50.00	p=0,006
Suficiente	5	83.33	5	31.25	10	45.45	
Insuficiente	1	16.67	0	0.00	1	4.55	
Total	6	100.00	16	100.00	22	100.00	

Fuente: Guía de observación y entrevista en el H.D.A.C. - Tacna

* Se aplicó la Prueba exacta de Fisher por que la población es pequeña y existe celdas con frecuencia esperadas < a 5.

DESCRIPCION:

En este cuadro se aprecia, que los días de vida del recién nacido más frecuente al reingreso hospitalario, fue de 10-14 días (50%) en el grupo de

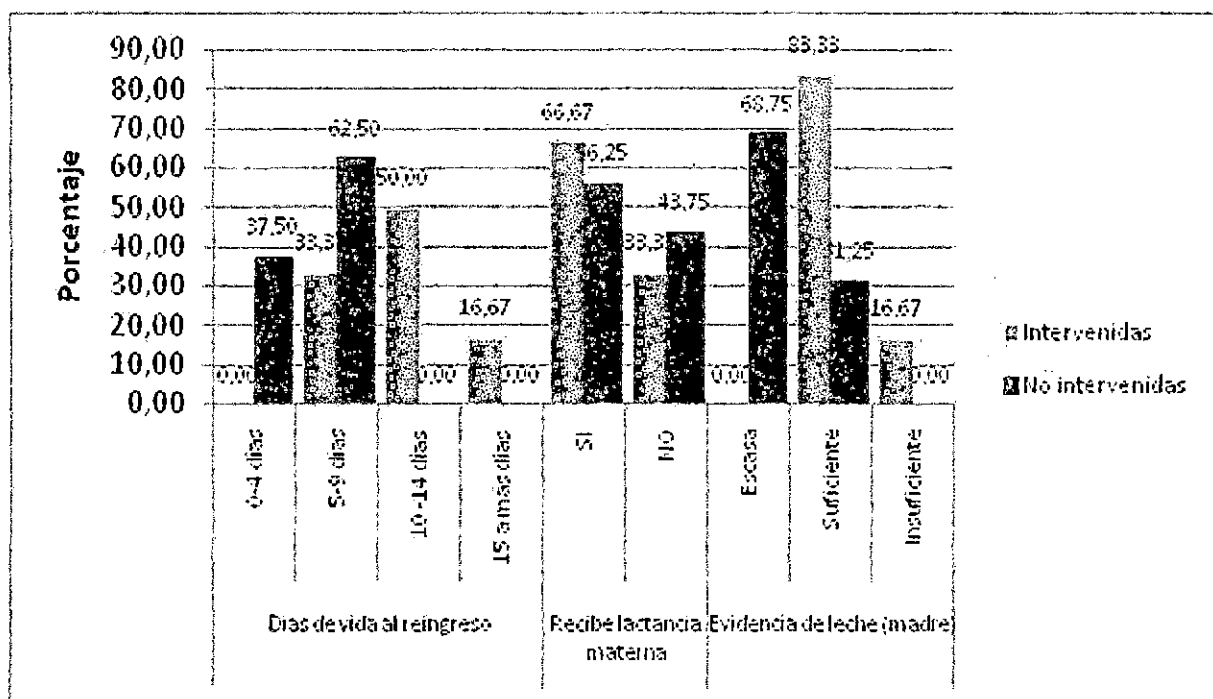
puérperas intervenidas; mientras que en las madres no intervenidas, fue entre 5-9 días (54,55%) y de 0-4 días (27,27%), encontrándose relación estadística significativa ($p=0,004$) con el reingreso hospitalario.

Respecto a la lactancia materna, la mayoría (66,67%) de madres del grupo intervenido, cumple con dar este vital alimento, este porcentaje es menor para las puérperas del grupo no intervenido (56,25%). Aunque no se evidencio relación con el reingreso hospitalario ($p>0,05$).

Se resalta que entre las madres de recién nacidos que reingresaron del grupo intervenido, la mayoría evidencia leche suficiente (83,33%). No obstante, en el grupo no intervenido ocurre lo contrario, dado que la mayor proporción evidencia escasa leche (68,75%), encontrándose relación estadística significativa ($p=0,006$) con el reingreso hospitalario.

GRAFICO Nº 7

CARACTERISTICAS DE LOS REINGRESOS DE RECIEN NACIDOS AL SERVICIO MATERNO INFANTIL – HDAC – ESSALUD – TACNA – 2010



Fuente: Elaborado con datos del cuadro 16.

4.2. DISCUSION

Este trabajo demuestra que el programa personalizado de lactancia materna aplicado a las puérperas, es eficaz, porque ha permitido disminuir el número de reingresos de recién nacidos por deshidratación e ictericia (2,18%) en el Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud, durante el periodo Julio-Setiembre del año 2010, que comparado a las puérperas atendidas en el segundo trimestre, la incidencia de reingresos fue de 5,82% y se mantenía desde el primer trimestre con un porcentaje similar (5,6%). Esta situación era preocupante para la salud del niño y la madre, motivando la implementación de este programa y consecuentemente valorando su eficacia (**Cuadro 11**), que resulto estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en relación a la disminución de la incidencia de reingresos hospitalarios de recién nacidos, creando en las madres un vínculo afectivo que les permitió seguridad y confianza con el personal de salud durante su periodo de hospitalización. Esta evidencia comprueba la hipótesis y cumple con el objetivo general planteado en la presente investigación. Si comparamos con el trabajo de Atencio, S. 2010 (**5**), reporta una incidencia de deshidratación Hipernatrémica en recién nacidos de 15,4% en el

año 2008 y 15,0% para el 2009 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, estos valores son superiores al reportado en este estudio.

Resultados similares obtiene Ramírez, J. y Villavicencio, J. 2003, **(13)** en un Hospital de Tumbes, que ha efecto de la aplicación de un programa educativo personalizado en el nivel de conocimiento para el cuidado puerperal, concluye que debidamente sistematizado, mejora notablemente el nivel de conocimiento y aceptación de las madres. Otro estudio realizado en el Hospital San Bartolomé por Calderón, O., Requejo, D. en el 2007, **(14)**, concluye que la intervención personalizada influyó significativamente en el nivel de conocimientos de las adolescentes en su cuidado puerperal. Estos hallazgos y el obtenido en el presente estudio, indica que los programas personalizados funcionan favorablemente para la prevención en salud perinatal. Por lo tanto, debe continuarse con tal actividad, fortaleciendo aún más las técnicas de apoyo que sirven de complemento para su entendimiento y adherencia a las madres durante la hospitalización, que consecuentemente aumentará su confianza y seguridad. Otros programas también son de utilidad en los neonatos, como el propuesto por Olagaray, J. y Daruic, L. 2008. Argentina. **(2)**.

Respecto a los aspectos socio demográficos, coherente con el primer objetivo específico (Cuadro y Grafico 1), la población del grupo intervenido y no intervenido, en su mayoría, lo conformó la edad de 20-39 años, estado civil conviviente y grado de instrucción superior, este último, contrasta con lo reportado por Ramírez, J. y Villavicencio, J. 2003, en Tumbes (13), en cuya población predominó el nivel secundario. En cuanto a los antecedentes Gineco obstétricos, el periodo intergenésico < a 1 año, tener 1-2 hijos y haber tenido parto eutócico anterior, constituyeron la mayoría para ambos grupos. Estas características pueden o no considerarse de relevancia para iniciar la lactancia materna, dado que en este acto, es suficiente la aceptación y disponibilidad de la madre, con la ayuda del personal de salud para realizarlo y guiarlo durante su estancia hospitalaria. Sin embargo, el tener antecedente de lactancia materna, sí es una experiencia de la madre que favorece al siguiente lactante, en este punto, el grupo intervenido presentó mayor porcentaje (78,18%) respecto a las no intervenidas (42,55%), los cuales probablemente hayan contribuido a la baja incidencia de los reingresos hospitalarios.

En el tema de educación previa al parto (**Cuadro 5**) congruente con el segundo objetivo específico, denotamos que el 78,2% de madres

en el grupo intervenido conocen sobre lactancia materna, superando al grupo no intervenido (57,5%). En particular, de las que recibieron actividad educativa, la mayoría conoce sobre lactancia materna (59,3%) en el grupo intervenido, disminuyendo la proporción para las madres sin intervención (32,0%). Aunque en ambos no se evidencio diferencia significativa ($p>0,05$), los más altos porcentajes de conocimiento en lactancia materna se muestran en el primer grupo. Este hallazgo concuerda con un estudio similar por Piñango, D. 2007. Venezuela. (10) y otro de Ramírez, J. y Villavicencio, J. 2003. Perú. (13), quien concluyó que el nivel de conocimiento para el cuidado puerperal al momento del alta y posterior a la aplicación de un Programa Educativo Personalizado se situó entre bueno y excelente para el grupo experimental y deficiente para el grupo control.

En cuanto a la técnica de amamantamiento (**Cuadro 6**), la mayor proporción (72,0%) de recién nacidos en el grupo intervenido tuvieron buen agarre, entre ellos, el 53,1% recibió educación previa al parto, superando a los que tuvieron buen agarre en las no intervenidas (28,0%), de ellos, solo el 14,5% recibieron educación. Aparentemente hay coherencia con los altos porcentajes en conocimientos sobre lactancia materna, dado que también se

evidencia en el buen agarre de la técnica de amamantamiento. Estos resultados sustentan que la educación previa recibida desde el control prenatal en Lactancia Materna, juega un papel importante en el nivel de conocimiento y aceptación de la madre durante el embarazo y puerperio, ya que se ve motivada por la llegada de su bebe, tendiente a una plena seguridad y confianza de lo que tiene que realizar con el apoyo del personal de salud.

Al referimos sobre el peso de los recién nacidos, coherente con el tercer objetivo específico (**Cuadro 7, 8, 9, y 10**). Primero, demostramos que el promedio del peso absoluto de recién nacidos de madres intervenidas, resulto ligeramente mayor respecto al peso de RN de madres no participantes en el programa, pero fue estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$). Segundo, evidenciamos que el déficit de peso absoluto al alta hospitalaria de recién nacidos de madres con programa (171gr. \pm 96,27gr.), resultó menor y estadísticamente significativo ($p \leq 0.05$) respecto al déficit observado en los RN de madres sin intervención (258gr. \pm 127,75 gr.), es decir, el grupo no intervenido pierde en proporción, el 51,1 % más peso en promedio que las no intervenidas. Un estudio de Ramírez, L. 2008. Lima (**3**), que evaluó Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna

exclusiva, encontró una pérdida en adolescentes de 210,89gr. \pm 136,57gr., en adultas de 260,96gr. \pm 145,95gr. y en añosas de 342,15gr. \pm 108,88gr., las dos últimas edades, superan en promedio el déficit de peso absoluto al alta de la población en este estudio, tanto del grupo intervenido y no intervenido.

Por otro lado, resaltamos que los recién nacidos de madres intervenidas tuvieron menos porcentaje de pérdida de peso al alta (51,27 %) que fluctuaron entre 0,1 a 5,0 % y en el grupo no intervenido, casi la mitad (49,09 %) pierde entre 5,1 a 10,0 % que sumado a los que pierden más de 10%, representan el 69,45 %, evidenciándose diferencia estadísticamente significativo ($p=0,000$). Los valores porcentuales del grupo no intervenido son similares a la pérdida porcentual reportada por Ramírez, L. 2008. Lima (5), sin embargo, son mayores a la pérdida porcentual obtenida en el grupo de madres intervenidas. El estudio de Covas, M., Alda, E. y Ventura, S. 2006. (35), demostró también que existe una correlación inversa de intensidad débil entre los 30 primeros días de vida con la disminución de pérdida de peso en recién nacidos a término sanos con lactancia materna exclusiva.

La literatura sustenta que podemos esperar hasta el 10 % de pérdida de peso en un recién nacido, que para nuestro estudio, el grupo intervenido y no intervenido conformaron la mayoría. Por la tanto, basándonos en estos resultados, debe establecerse como patrón de riesgo, aquel niño que registre un déficit de peso superior al 5 %, ya que el 50 % de neonatos que reingresaron del grupo intervenido perdieron un peso entre 5 a 10 % y el 93,75 % de los reingresos del grupo no intervenido perdieron más del 10 %. Entonces, el intervalo de 5 a 10 % de pérdida de peso, debe ser el indicador de alerta para mejorar la atención personalizada, inculcando a la madre las medidas correctivas para tal fin, como es, insistir en la alimentación materna eficaz y supervisada por controles continuos, y si el caso lo amerita, considerar un complemento adicional, previa lactancia materna durante la hospitalización.

El estudio de Atencio, S. 2003-2004, (5). Que concuerda con la asunción anterior, se realizó en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, durante los años 2003-2004, en la cual, reportaron que los neonatos reingresantes por deshidratación Hipernatémica (33 casos) estaban asociados a pérdidas de peso hasta el 10 %, acompañado o no de ictericia; por lo que actualmente suspenden el

alta del bebe cuando existe el riesgo de déficit de peso entre 5 a 10% como medida de prevención, supervisando la lactancia materna. Otro estudio realizado en un Hospital de México por Jonguitud, A. y Villa, H. (7), en el 2005, contrasta lo anterior, ya que sus reingresos experimentaron un déficit de peso mayor al 10 %, por lo que establecieron observar a los neonatos que son alimentados exclusivamente con leche materna, en donde la fiebre, la irritabilidad, la pérdida de peso y la ictericia deben alertar al personal de salud para brindar un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento precoz, evitando secuelas a largo plazo.

Al analizar la incidencia de neonatos que reingresaron con deshidratación e ictericia al Hospital, con educación recibida previa al parto (**Cuadro 12**), se evidenció que en el grupo intervenido la incidencia es más bajo y significativo ($P=0,019$) que los no intervenidos ($p=0,62$). También entre el grupo de púerperas con conocimiento sobre lactancia materna (**Cuadro 13**), el número de reingresos es menor y significativo ($p=0,007$) que las no intervenidas ($p=0,253$). Así mismo, el haber recibido enseñanza de cómo debe dar de lactar al bebe (**Cuadro 14**) y la técnica de amamantamiento (**Cuadro 15**) en el grupo intervenido, favorecen a la baja incidencia de reingresos hospitalarios ($p<0,05$) respecto al

grupo no intervenido ($p>0,05$). Estos hallazgos demuestran la eficacia del programa personalizado en lactancia materna, impartida a las puérperas atendidas en el Hospital ESSALUD durante el tercer trimestre del 2010.

Por último, otras condiciones aparte del peso que fue descrita anteriormente, se tiene que los recién nacidos de 10 a 14 días de vida fueron los más frecuentes en el reingreso hospitalario para el grupo de madres intervenidas, no obstante, el problema de deshidratación e ictericia fue más precoz en los neonatos de puérperas no intervenidas, donde la mayor proporción regreso a los 5-9 días de vida (54,55%) y de 0-4 días (27,27%), resultando estadísticamente significativo ($p=0,004$), mientras que los neonatos que recibían lactancia materna exclusiva no mostraron diferencia significativa respecto a los que tenían lactancia mixta ($p>0,05$). Por otro lado, en cuanto a la evidencia de leche en la madre, al reingreso, resaltamos que la mayoría del grupo no intervenido (68,75%) tenía escasa leche, cuyos neonatos fueron hospitalizados ($p=0,006$). **(cuadro 16)**.

Finalmente, ante los importantes hallazgos analizados en este trabajo, sustentamos que la necesidad de mantener un programa

personalizado en lactancia materna en el Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD, debe ser permanente. El modelo personalizado aplicado en este programa contribuye sustancialmente al conocimiento técnico- científico en el área de salud materno perinatal, ya que ha logrado disminuir los reingresos hospitalarios por deshidratación e ictericia en recién nacidos, comparado a los trimestres previos del año 2010, también indirectamente mejoró la prevención del abandono de la lactancia materna que actualmente es un problema de salud, de contexto regional, nacional y mundial y figura como una prioridad en nuestro medio; mejoró la preparación de los pezones y la técnica de amamantamiento con buen agarre en el recién nacido. Estas evidencias son razones fundamentales para continuar abordando y fortaleciendo el programa de atención personalizada, en el cual el rol de la enfermera es vital.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que entre los aspectos socio-demográficos, el grupo etareo de 20-39 años, el estado civil conviviente y grado de instrucción superior representaron la mayoría en los dos grupos. De la misma forma, el periodo intergenésico < a 1 año, tener 1-2 hijos y haber tenido parto eutócico anterior, constituyeron la mayoría para ambos casos, sin embargo, el tener antecedente de lactancia materna fue predominante en el grupo de madres intervenidas y en el otro preferentemente la lactancia mixta.
2. La educación impartida previo al parto en el grupo de puérperas intervenidas, evidencia que más de la mitad (53,1%) de los recién nacidos tienen buen agarre en la técnica de amamantamiento, comparado al 14,5% del grupo de madres no intervenidas. De igual forma se determinó que el 59,3% de las madres intervenidas, conocen sobre la lactancia materna, contra 32,0% del grupo no intervenido. Aunque no resultó estadísticamente significativo ($p > 0,05$), se resalta, los cambios favorables para la lactancia materna.

3. El promedio de la pérdida de peso absoluto al alta de los recién nacidos del grupo intervenido fue menor (171 gr.) que las no intervenidas (258 gr.) ($p < 0,05$). La diferencia de peso es más significativo al reingreso hospitalario; donde el déficit fue de 282 gr. para el grupo intervenido y 664 gr. para el no intervenido ($p < 0,05$). En términos porcentuales, más del 90 % de recién nacidos del grupo no expuesto al programa perdió un peso superior al 10 % de su peso al alta, constituyéndose en los de mayor riesgo al reingreso hospitalario, comparado al grupo intervenido ($p < 0,05$).
4. El Programa Personalizado de Lactancia Materna en el grupo de madres intervenidas ha demostrado eficacia, por la disminución de la incidencia de reingresos de neonatos con deshidratación y/o ictericia al hospital en el tercer trimestre del año 2010 (2,18 %), comparado con la incidencia de reingresos (5,82 %) del segundo trimestre ($p < 0,05$).
5. Los recién nacidos con deshidratación/ictericia del grupo de madres no intervenidas reingresaron en mayor proporción a los 5 a 9 días de vida (62,50 %) respecto al grupo intervenido que tardaron de 10 a 14 días de vida (50,0 %). En el primero se cumplió con la lactancia materna en una proporción de 56,25 %

y en el segundo se incrementa a 66,67 %, este último confirma la eficacia del programa personalizado de lactancia materna.

RECOMENDACIONES

1. Basándonos en el perfil de aspectos socio demográficos o perinatales de la población de estudio, amerita fortalecer el trabajo preventivo en la salud de las adolescentes, dado que se presentó embarazo precoz en esta etapa de vida y son la población considerada de riesgo durante el desarrollo gestacional, y como tal, deben tener una especial atención, preparándolas correctamente para iniciar la lactancia materna exclusiva.
2. En función a la eficacia demostrada por el programa aplicado en este estudio, se recomienda coordinar con el área de Obstetricia para incluir dentro de la Psicoprofilaxis de la gestante, un programa específico de Consejería en lactancia materna a fin de optimizar la disponibilidad de las madres a la hora de dar de lactar, operativizando el comité de Lactancia Materna del Hospital Daniel Alcides Carrión para tomar acciones que mejoren el bienestar del binomio madre-niño. De esta manera, se tendrá una política institucional, relativa a la lactancia natural que sistemáticamente estará disponible para el conocimiento de todo el personal de atención de salud.

3. Debido al déficit de peso obtenido al alta hospitalaria, se recomienda coordinar con el servicio de nutrición para que a las madres sean complementadas con dos jarras de bebidas nutritivas (quinua, quaker, soya, etc.) a fin de garantizar su alimentación en los turnos de mañana, tarde y noche, mientras dure su hospitalización. Además, se debe realizar ayudas audio-visuales de la institución, acorde a las costumbres y aspectos socio culturales de las madres, siguiendo los protocolos establecidos, que permitirá mejorar una nutrición saludable, sobre todo fortaleciendo la importancia de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida en el recién nacido.

4. Establecer un programa de capacitación al personal nuevo, sobre el Programa de Consejería Personalizada a las madres para mejorar los conocimientos en Lactancia Materna y la técnica de amamantamiento, dado que aún persiste un déficit de 28% en las madres evaluadas con el programa. Para ello, debe acondicionarse un consultorio de Lactancia materna con recurso profesional disponible, donde los recién nacidos puedan ser evaluados al alta y se continúe con la educación, resolviendo dudas y reafirmando sus conocimientos, sin necesidad de citas previas.

5. Se sugiere implementar un programa de seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Daniel Alcides Carrión – ESSALUD, fomentando la participación de promotoras o grupos de apoyo a la lactancia natural, así mismo establecer un contacto telefónico para resolver dudas inmediatas frente a cualquier dificultad que presente la madre con su niño, lo cual permitirá un seguimiento vía teléfono o domiciliario para así evitar complicaciones posteriores al alta como la deshidratación y/o ictericia en el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Olagaray, J., Daruic, L. (2009). Análisis de Utilidad de un Programa de Screening Neonatal de Hiperbilirrubinemia. 2006-2008. Hospital de Córdoba- Argentina. Experiencia Médica. Vol. 27. No. 1. 4-11.
- Ramírez, L. (2008). Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú.
- Neyra, J., Tapia, A. (2005, Abril). Incidencia y características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en neonatos admitidos en el servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Perú. 2004. Revista médica. Vol. 4. No. 1. 21-26.
- Atencio, S. (2010). Incidencia y Factores de Riesgo de la Deshidratación Hipernatrémica Neonatal Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2005 – 2009. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna-Perú.

- Libro de Ingresos y Egresos hospitalarios de los Recién Nacidos al Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión. Diagnóstico Situacional del Servicio de Neonatología 2009. Tacna. Perú.
- Jonguitud, A., Villa, H. (2005, Octubre). ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en Recién Nacidos? México. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 76. No. 5; 471-478.
- Peñalver, G., Mestrea, G. (2005, Abril). Deshidratación Hipernatrémica asociada a lactancia materna. España. Revista de Pediatría (Barc). 61: 340-343.
- Cargill Y, Martel MJ, (2007). Egreso Materno y del Recién Nacido. Sociedad de Tocólogos y Ginecólogos de Canada. 29:357–359
- Piñango, D. (2007). Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a mujeres del Círculo de Madres que lactan. Trabajo de Investigación. Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Maracaibo, Venezuela.
- Navarro, E., Mendieta, E., Mir, R. (2008). Readmisiones hospitalarias en Recién Nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto Departamento de Neonatología. Centro

Materno Infantil. Archivos de Pediatría del Uruguay 2008; 79(1): 86-91.

- Ramírez, J., Villavicencio, J. (2003). Efecto de la Aplicación de un Programa Educativo Personalizado en el nivel de Conocimientos para el Cuidado Puerperal, a las pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo José Mendoza Olavarria. Tumbes. 2003. Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Universidad de Tumbes. Perú.
- Calderón, O., Requejo, D. (2008, Marzo). Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de auto-cuidado durante el puerperio en adolescentes. 2007. Revista de Enfermería Herediana. Lima - Perú. 01. (1). 11 – 18.
- Ferro, M. (2006). Nivel de conocimiento en Lactancia Materna y su Relación con factores socio-culturales en Puérperas del IEMP de octubre a diciembre 2005. Universidad Mayor de San Marcos. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima-Perú.
- Allende, J. (2007). Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria. 2da. Edición. Editorial Paraninfo. España. Pp 28
- Quispe, V. (2006). Efectividad de un Programa Educativo de

Enfermería impartido al Cuidador, sobre la atención básica del Adulto Mayor dependiente en los Servicios de Medicina del HNDAC. 2006. Lima-Perú. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

- Chiavenato, I. (2004). Introducción a la Teoría General de la Administración. Séptima Edición McGraw-Hill Interamericana. México. Pág. 52.
- Koontz, H. y Weihrich, H.. (2004). Administración Un Perspectiva Global. 12 a. Edición. McGraw-Hill Interamericana. México. Pág. 14.
- Robbins, S. y Coulter, M. (2005). Eficacia: Administración. Octava Edición, McGraw-Hill Interamericana. México. Pág. 7.
- Andrade, S. (2005). Diccionario de Economía. Tercera Edición. Editorial Andrade. México. Pág. 253.
- Aguayo, J., Hernandez, M. (2005). La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. España. Anales de Pediatría (Barc). Vol. 63. No. 4. 340-356
- Nelson. J. (2006). Tratado de Pediatría. Edición 17. Editorial Grafos. Madrid-España. 249
- Juliao, J. (2009, Mayo). Deshidratación hipernatrémica e

hiperbilirrubinemia indirecta en el RN a término. 2007. Bogotá-Colombia. Revista Médica Sanitas. Vol. 12. No. 4. 34-42.

- Nelson. J. (2006). Tratado de Pediatría. Edición 17. Editorial Grafos. Madrid-España. 592
- Madrigal, G. (2003). Manual de Diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 1ra. Ed. Editorial de la Universidad de Costa Rica. p 129.
- Mazzi, E. (2005). Hiperbilirrubinemia neonatal. Revista Sociedad Boliviana de Pediatría. Bolivia. 44 (1): 26 – 35
- American Academy of Pediatrics. (2001). Hiperbilirrubinemia: Uso de Fototerapia en Neonatos. Revista Pediátrica. EEUU. 108:763-5.
- Covas, M., Alda, E., Ventura, S. (2006). Variación del peso durante el primer mes de vida en recién nacidos a término sanos con lactancia materna exclusiva. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Archivo Argentino de Pediatría 2006; 104(5). 399-405.

REFERENCIAS EN LA WEB

- Orfel, J. (2005, Agosto). Ictericia en el Recién Nacido: Experiencia en el Hospital San José, Hospital Roberto del Río. Santiago de Chile. (Versión electrónica). Recuperado de: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PedSBA2005/6/2390#>
- Valencia, N. (2007, Febrero). Ictericia Neonatal. Archivos del Servicio de Neonatología del Hospital Edgardo Rebagliati. Perú. (Versión Electrónica). Recuperado de: www.prematuros.cl/webfebrero07/Ictericianeonatal.pdf
- OMS (2002). Organización Mundial de la Salud: Lactancia Materna. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra. (Versión electrónica). Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_
- UNICEF. EEUU. (2005). Lactancia Materna: La mejor opción para los bebés. (versión electrónica). Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_27817.html
- Ventura, P., Tapia, J. (2002). El Recién Nacido Normal, Cuidados de Transición y puerperio. Artículo del Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 5 páginas. (Versión electrónica), recuperado

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/mateninm.html>

- Avalos, L. (2009). Enfermería y Cuidado. Artículo (version electronic). Trujillo - Perú. Recuperado de <http://consejospracticosemergencia.blogspot.com/2009/04/teoria-del-cuidado-humano-jean-watson.html>
- Mercer, R. (1986). Teoria adopción del Rol Maternal, Alabama-EEUU. (Versión electrónica). Recuperado de: <http://www.quedarembrazada.com.ar/index.php/el-embarazo/21-salud-en-el-embarazo/497-teoria-adopcion-del-rol-maternal.pdf>
- Cisneros, F. (2005). Teorías y Modelos de Enfermería. Colombia. (versión electrónica). Recuperada de <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermer%C3%ADa/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

ANEXOS

ANEXO No. 01

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA MED
ASPECTOS SOCIO- DEMOGRAFI- COS Y PERINATOLO- GICOS	1. Edad de la madre	. Menor de 22 años . De 23 a 38 . Mayor de 38	. Ordinal
	2. Estado Civil	. Soltera . Casada . Conviviente	. Nominal
	3. Grado de Instrucción	. Primaria . Secundaria . Superior	. Nominal
	4. Ocupación	. Ama de Casa . Profesional	. Nominal
	5. Periodo inter-genésico	. 1 año . 2 a 5 años . Más de 6 años	. Nominal
	6. Número de hijos	. Primero . Segundo . Más de 3	. Nominal
	7. Alimentación de hijos anteriores	. Solo L.M. . Mixta	. Nominal
	8. Sexo	. Femenino . Masculino	. Nominal
	9. Edad Gestacional	. 37 a 40 sem. . Más de 40 sem.	. Ordinal
	10. Tipo de Parto	. Eutócico . Distócico	. Nominal
	11. Peso:	. Al nacer . Del alta . Del reingreso	. Ordinal
	1. Inicio lactancia materna	. Antes de 1 horas . De 2 a 6 horas . Más de 6 horas	. Ordinal

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA	2. Tiempo de lactada	. <10 minutos . 10-15 minutos . No succiona, débil	. Ordinal
	3. Intervalo de amamantamiento	. Cada hora . Cada 2 hora . Cada 3 horas . Más de 4 horas	. Ordinal
	4. Pezones formados	. Si . No	. Nominal
	5. Técnica adecuada de enganche (acoplamiento)	. Si . No	. Nominal
	6. Estancia hospitalaria	. Menos de 24 horas . 24 horas . Más de 24 horas	. Ordinal
	7. Comodidad	. Si . No	. Nominal
	8. Recibió Educación durante el embarazo	. Si . No	. Nominal
	INGRESO POR DESHIDRATACION ICTERICIA	1. Edad al momento del Reingreso	. Días de vida
2. Deshidratación		. Si . No	. Nominal
3. Exámenes de laboratorio		. Hemograma . Glucosa, PCR . Electrolitos . Bilirrubinas . Sedimento Urinario	. Ordinal
4. Lactancia materna exclusiva		. Si . No	. Nominal

ANEXO Nro. 02

GUIA DE OBSERVACION Y ENTREVISTA

ANTECEDENTES MATERNOS:

Edad de la madre: _____ Estado civil: _____ Grado de Instrucción: _____

Ocupación: _____ Periodo intergenésico: _____ Nro. Hijos: _____

Alimentación de sus hijos anteriores: LM: _____ Mixta: _____

Edad gestacional: _____ Tipo de Parto anterior: _____

Recibió educación dentro del control prenatal acerca de la Lactancia Materna?

SI _____ NO _____

Sabe porque es importante la Lactancia Materna Exclusiva? SI _____ NO _____

Como están los pezones? _____

Le enseñaron como prepararse los pezones? SI _____ NO _____

Mencione al menos dos beneficios de porque su bebe debe recibir lactancia materna exclusiva? 1 _____ 2 _____

DATOS DEL RECIEN NACIDO:

RN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parto

actual: _____ SEXO: _____

Peso al nacimiento _____ Fecha de alta _____ Peso al alta _____

INTERVENCION:

Le enseñaron como debe dar de lactar a su bebe? _____ Cuando? _____

Luego del parto hubo contacto piel a piel: SI _____ NO _____

Permaneció el niño con Ud. Inmediatamente luego del nacimiento SI _____ NO _____

Porque _____

El niño inició la Lactancia materna de inmediato: _____ a la hora _____

A las 4 horas _____ a las 6 horas _____ porque _____

Se Observa técnica de amamantamiento: Buen agarre _____

Cuanto tiempo lacta su bebe: 10' _____ 15' _____ 20' _____ No succiona _____

Cada cuanto tiempo le debe dar de lactar: Cada momento _____ Cada dos horas _____

Cada hora _____ Cada tres horas _____ Cuando despierte _____

Cuanto tiempo permaneció en el Hospital: 24 hrs: _____ 48 hrs _____ 72 hrs _____ > a 4 días _____

Se siente cómoda en el Hospital: SI _____ NO _____

PARA EL PERSONAL DE SALUD:

Según evaluación: Es necesario que el bebe reciba complemento durante la hospitalización _____ Cuanto _____ Intervalo _____

La madre recibió alimentación adecuada luego del parto: _____

CONSEJERIA PERSONALIZADA x 20'

1ra. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor. _____

Calostro: _____
2da. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor.
Calostro: _____
3ra. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor.
Calostro: _____
4ta. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor.
Calostro: _____
5ta. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor.
Calostro: _____
6ta. _____ Turno _____ Fecha _____ Valorac. Succión: _____ Valor.
Calostro: _____

REINGRESO:

Fecha de Reingreso: _____ Peso _____ Diagnóstico: _____ Días de
vida _____ Deshidratado: SI _____ NO _____ Laboratorio:
Bilirrubinas: _____ Electrolitos: _____
Recibió Lactancia materna: _____ Recibió consejería y/o educación: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____

ANEXO No. 03

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR PRUEBA PILOTO

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 15 puérperas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, población con características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

Confiabilidad

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
GUIA DE OBSERVACION Y ENTREVISTA: EFICACIA DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA MATERNA EN RELACION A LOS INGRESOS DE NEONATOS POR DESHIDRATACION E ICTERICIA.	0,936	28

CONFIABILIDAD: En SPSS versión 19.0

Resultado [Documento1] - PASW Statistics Visor

Archivo Edición Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos

Resultado

- [-] Análisis de fiabilidad
 - [+] Título
 - [+] Notas
 - [+] Escala: TODAS LAS VARIABLE
 - [+] Título
 - [+] Resumen del procesamiento de los casos
 - [+] Estadísticos de fiabilidad
 - [+] Estadísticos de los elementos
 - [+] Estadísticos total-elementos

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	4	26,7
Excluidos ^a	11	73,3
Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,936	28

Estadísticos Total de Elementos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PerInterg_2	116,75	182,250	,654	,934
NroHijos	117,25	172,250	,723	,931
AliAnterior	116,75	194,917	-,275	,940
Partoanter	116,75	178,917	,449	,935
EducaAnteparto	116,50	185,667	,339	,936
Import_LM	117,00	191,333	,000	,937
Pezones	116,25	180,250	,807	,932

EnsPrep_pez	116,50	185,667	,339	,936
Benef_LME	117,00	175,333	,709	,932
Conoc_LME	116,50	185,667	,339	,936
Enseña_lacbebe	116,25	180,250	,807	,932
Ed_Gestacion	81,50	185,667	,171	,940
Parto_actual	119,00	191,333	,000	,937
ContacPielpiel	117,25	160,917	,903	,928
Permanelnmed	116,75	186,250	,354	,936
Inicio_LM	116,75	190,917	-,019	,942
TecAmaman_BA	117,00	171,333	,904	,929
Tiem_lactaBB	117,50	161,667	,853	,929
Perm_hospital	117,00	179,333	,518	,934
Siente_comodHos	116,50	177,000	,911	,931
BBrecb_complHos	117,50	177,000	,911	,931
Interv_tiem	117,25	160,917	,903	,928
Madre_rcbAlmAdPa	116,50	177,000	,911	,931
Consejeria_P	117,50	177,000	,911	,931
Reingreso	117,25	160,917	,903	,928
Diagnóst_o	117,00	179,333	,518	,934
Recib_LMEcasa	117,00	183,333	,332	,937
EvidencDeleche	117,25	160,917	,903	,928

ANEXO No. 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR CRITERIO DE EXPERTOS

**“EFICACIA DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA
MATERNA EN RELACION A LOS INGRESOS DE NEONATOS POR
DESHIDRATACION E ICTERICIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION ESSALUD TACNA. 2010”**

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

Se construyó una tabla donde se colocó los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de cada experto:

Nº de ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	4	4	4	4.00
2	4	4	4	5	4.25
3	4	5	4	5	4.50
4	5	5	4	5	4.75
5	4	4	3	5	4.00
6	5	5	4	5	4.75
7	5	5	4	4	4.50
8	5	5	4	5	4.75
9	5	5	4	4	4.50

1. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 1,58

2. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.
3. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de : Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$\max = 11,7$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Sien

A.

do:

0.00	2.34
------	------

B.

A y

B

:

Ade

cuac

ión

total

C.

4.68	7.02
------	------

D.

7.02	9.36
------	------

9.36

C

:

Ade

cuac

ión

promedio

E.

9.36	11.70
------	-------

11.70

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue 1,58 cayendo en la zona "A" lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO No. 05

**HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - ESSALUD –
TACNA**

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

**PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA MATERNA EN
RELACION A LOS REINGRESOS DE NEONATOS POR
DESHIDRATACION E ICTERICIA EN EL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRION
ESSALUD. TACNA. 2010.**

Autor: Lic. Yuvel Ticona Paco

TACNA – PERU

2010

INTRODUCCION

La maternidad lleva aparejada la necesidad de realizar una serie de elecciones, que dependerán de múltiples aspectos personales y del entorno de la mujer. La decisión de cómo alimentar al bebé debe ser una elección libre de la madre, informada previamente de las ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de alimentación del recién nacido

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su recién nacido, tanto por su composición como por el vínculo afectivo que establece entre ambos, que constituye una experiencia especial, singular e intensa. Hay pruebas científicas muy claras que demuestran las ventajas que la lactancia materna tiene para la madre, para el bebé y para la sociedad.

Es necesario revalorar y fomentar la lactancia materna exclusiva, como el mejor alimento para el bebe. Si el método al cual los bebes se han adaptado y sobrevivido durante millones de años es la lactancia natural, no hay duda que se trata de lo mejor para su desarrollo tanto fisiológico como psicológico.

También es importante mencionar que en casos especiales donde tras la evaluación de los neonatos, es necesario iniciar alimentación complementaria, se realizará, con supervisión y vigilancia de iniciar primero la Lactancia Materna.

PROGRAMA PERSONALIZADO DE LACTANCIA MATERNA

DATOS DEL PROGRAMA:

Servicio que desarrolla	: Servicio de Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión – Essalud - Tacna
Población dirigida	: Puérperas de parto Eutócico y Distócico del Hospital Daniel Alcides Carrión = Essalud Familiares
Ámbito	: Servicio de Neonatología y Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión – Essalud

JUSTIFICACION:

La lactancia materna es el recurso natural más importante para la nutrición del recién nacido, tanto en la etapa de lactante como en posteriores etapas. Sus ventajas han sido avaladas por un gran número de investigaciones que han puesto de manifiesto su papel en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil.

Este Programa está orientado a brindar educación a las madres en el posparto inmediato sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento, las ventajas y beneficios de la leche materna para el recién nacido y la madre.

La OMS y UNICEF desarrolla a nivel mundial desde 1989 programas para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, por tal razón es necesario revalorar el fomento del mismo.

OBJETIVOS:

- Lograr el apego precoz, durante el parto.
- Favorecer el alojamiento conjunto inmediato.
- Mantener una succión activa y prolongada por parte del bebe.
- Favorecer la Lactancia materna, que permita incrementar la prevalencia de inicio y mantenimiento.
- Sensibilizar a los usuarios sobre los beneficios de la lactancia materna, facilitando que las madres hagan una elección informada del tipo de lactancia para su bebé.

RESPONSABLES:

Lic. Yuvel Ticona Coordinadora del Servicio de Neonatología y Pediatría

Dr. Julio Neyra Médico Pediatra del Servicio de Neonatología
Enfermeras del Servicio de Neonatología y Pediatría, idóneas en el manejo de la lactancia y con trayectoria en el cuidado y atención a la madre y el neonato.

Internas de Enfermería.

ACTIVIDADES:

- Capacitación continúa al personal de salud del servicio de Neonatología: Enfermeras y Tco. En Enfermería, para lo cual se hará uso del Manual de Consejería de Lactancia Materna habilitado en los servicios de Neonatología, Pediatría y Gineco-obstetricia.
- Asegurar el contacto piel a piel durante el periodo del parto.
- Asegurar el alojamiento conjunto inmediato con supervisión y

consejería de la Lactancia Materna a libre demanda dentro de la primera hora de vida del neonato, para lo cual se aperturará la Guía de Observación y Entrevista, la misma que se mantendrá operativa hasta el día de su alta, y en los controles de enfermería en Consulta Externa.

- En el caso de neonatos nacidos por cesárea, se propiciará el alojamiento conjunto lo más pronto posible, previa valoración del estado de conciencia y dolor de la madre, de ser posible luego de tres horas de vida del bebé.
- Supervisión y consejería en turnos de mañana, tarde y noche: en cuanto a Lactancia Materna, de tal manera que las madres de Parto Eutócico reciban como mínimo 03 consejerías y supervisión personalizada, y las madres de Parto Distócico ó cesáreas de 04 a más.
- La consejería dada a las madres se dará tomando en cuenta el grado de instrucción, conocimiento y estado de la madre, enfatizando en cada consejería independientemente del orden la importancia de la Lactancia Materna, dentro del cual consideramos los siguientes puntos claves:
 - Importancia de la Lactancia Materna
 - Como colocar el bebe al pecho
 - Técnica de amamantamiento
 - Posiciones para dar de lactar
 - Evaluación de la Succión
 - Bajada de leche
 - Llanto del bebe, afecciones del pecho
 - Mitos y creencias de la lactancia materna
 - Aumento de la producción de leche
 - El bebé se niega a mamar

- Extracción de leche materna
- La alimentación complementaria, se dará solo en caso de ser necesario y bajo supervisión activa, la madre estará al tanto de ello. Podemos considerar algunos casos en los que es necesario complementar, como son: bebé macrosómico, pequeño para la edad gestacional, estado materno luego de la cirugía, baja producción de leche a pesar de buena técnica y succión efectiva del recién nacido.
- Educación complementaria haciendo uso de folletería impresa, afiches y videos motivadores, reforzando la educación al concluir la lectura del folleto y visualización de los videos.
- Es importante mencionar que el primer contacto con la madre, es cuando se toman los datos para la historia clínica del bebe, por lo que se debe adelantar algunos aspectos de la lactancia materna, como la importancia, para infundir el deseo materno a querer dar de lactar.
- Las notas de observación y consejería se realizarán en servicio, más no delante de la madre.
- Con la coordinación respectiva se les pedirá a los reingresos además del análisis de bilirrubinas T y F, los electrolitos para determinar el nivel del sodio.

ANEXO No. 06

**HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION- ESSALUD-TACNA
SERVICIO DE NEONATOLOGIA
MANUAL DE CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA - 2010**



Guía de Capacitación en manejo de lactancia de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF.
2002

Adaptación: Lic. Yuvel Ticona Paco - 2010

CONTENIDO

Introducción

Sesión 1 Por qué la lactancia materna es importante

Sesión 2 Cómo funciona la lactancia materna

Sesión 3 Evaluación de la Succión

Sesión 4 Cómo escuchar y aprender

Sesión 5 Prácticas de atención de la salud

Sesión 6 Cómo colocar el bebé al pecho

Sesión 7 Cómo reforzar la confianza y dar apoyo

Sesión 8 Afecciones del pecho

Sesión 9 El bebé se niega a mamar

Sesión 10 Extracción de leche materna

Sesión 11 Llantanto

Sesión 12 Aumento de la producción de leche y relactación

Glosario

Anexo

Criterios Globales: Razones Médicas Aceptables para suplementar.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna da a los niños el mejor comienzo posible en la vida. Según informe de la UNICEF, la situación de la lactancia materna en el mundo no es nada alentador, en los países desarrollados, hay una baja incidencia y prevalencia de la lactancia materna, así como una duración de la misma por debajo de las recomendadas.

La lactancia materna ya no supone una cuestión de supervivencia. Por ello, la forma de criar a los recién nacidos se ha convertido en una elección libre para la madre que desee vivir en su cuerpo una experiencia única y dar a su hijo lo mejor. Los profesionales de la salud y las mujeres saben que la lactancia materna proporciona innumerables ventajas para la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños, disminuye el riesgo de gran número de enfermedades agudas y crónicas.

Pese a ello, en las últimas décadas se ha observado una disminución del número de mujeres que amamantan a sus hijos, fenómeno relacionado con los nuevos estilos de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran influencia de la "cultura del biberón", etc.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida.

Con el objetivo de intentar recuperar el amamantamiento es preciso desterrar una serie de mitos e ideas irracionales, sin sentido real ni científico, que han arraigado en gran parte de la población. En un intento de compensar el gran impacto que tiene en la población la difusión de la lactancia artificial, es preciso informar sobre los conocimientos actualizados de la lactancia natural, no sólo en aspectos tan importantes como la nutrición, sino también de manejo práctico y

de consejos para la lactancia. Ello permitirá que la mujer tome una decisión informada en lo que respecta a la alimentación de su hijo, con el convencimiento de que, desde un punto de vista nutricional, el desarrollo del bebé está garantizado con la lactancia materna.

El personal de salud como usted, pueden ayudar a las madres y los niños bajo su cuidado a amamantar exitosamente. Es importante darles la ayuda no solamente antes del parto y durante el período prenatal, sino también durante la totalidad del puerperio inmediato hasta su alta, supervisando el peso en la primera consulta del neonato. Usted puede dar a las madres un buen consejo sobre la alimentación de los bebés en cualquier momento, ya sea cuando están bien o cuando están enfermos.

Quizás usted piense que no ha recibido la capacitación adecuada para dar este tipo de ayuda. Este manual se propone orientar y capacitar en habilidades de consejería básica de lactancia materna, consta de 12 sesiones que pueden adaptarse a las situaciones de cada usuaria.

Sesión 1: POR QUÉ LA LACTANCIA MATERNA ES IMPORTANTE

Antes de aprender a ayudar a las madres, usted debe comprender por qué la lactancia materna es importante y cuáles son sus beneficios. Necesita conocer las diferencias entre la leche materna y las leches artificiales y los peligros de la alimentación artificial.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Lactancia materna

Favorece el vínculo afectivo y el desarrollo

Ayuda a retrasar un nuevo embarazo

Protege la salud de la madre

Leche Materna

Nutrientes Perfectos

Fácil digestión

Uso eficiente



Cuesta menos

Protege contra las infecciones

RESUMEN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS LECHEs DIVERSAS

	LECHE HUMANA	LECHE DE ANIMAL	LECHE ARTIFICIAL
Contaminantes bacterianos	Ninguno	Probable	Probable al mezclarla
Factores antiinfecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
Factores de crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Cantidad correcta Fácil de digerir	Demasiada Difícil de digerir	Parcialmente corregidas
Grasa	Suficientes ácidos grasos esenciales Lipasa para la digestión	Faltan ácidos grasos esenciales No tiene lipasa	Faltan ácidos grasos esenciales No tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad Bien absorbida	Pequeña cantidad No se absorbe bien	Cantidad extra añadida. No se absorbe bien
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente Vit. A y Vit. C	Se le añaden vitaminas
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra

PROTECCION CONTRA LA INFECCION



VARIACION EN LA COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

Calostro

Por lo general, el calostro, la primera leche producida por sus senos, está presente hasta después del quinto o sexto mes del embarazo. Una vez que su bebé nace, el calostro está presente en pequeñas cantidades durante los primeros tres días, que es compatible con el tamaño pequeño del estómago del bebé. La mayoría de los bebés no necesitan nutrición adicional durante este período. Comience a amamantar tan pronto como sea posible después del parto. Amamante a su bebé cada 1 a 2 horas en un período de 24 horas (entre 8 y 12 veces en 24 horas) para que su bebé reciba esta preciada leche. El calostro y la leche madura están diseñados para satisfacer las necesidades especiales de un recién nacido. El calostro tiene un color amarillo, una consistencia espesa, un alto contenido de proteínas y un bajo contenido de grasas y azúcar. El contenido de proteínas es tres veces mayor que el de la leche madura, ya que es rico en anticuerpos que transmite la madre. Estos anticuerpos protegen a su bebé y actúan como laxante natural, lo cual ayuda a que su bebé elimine la primera deposición, denominada meconio.

Leche madura: Su leche cambiará y aumentará en cantidad aproximadamente 48 a 72 horas después de dar a luz. Puede tomar más tiempo, según cuándo comience a amamantar y con qué frecuencia lo haga. El cambio de la leche se produce un poco antes si usted ya ha amamantado anteriormente.

Leche inicial: Cuando comienza a amamantar, la leche que recibe el bebé se denomina leche inicial. Es poco espesa y acuosa, y tiene un tinte celeste. La leche inicial es más que nada agua que se necesita para saciar la sed de su bebé.

Leche final: La leche final es liberada después de varios minutos de haber comenzado a amamantar. Su textura es similar a la de la crema y tiene la más alta concentración de grasas. La leche final tiene un efecto relajante en su bebé. La leche final ayuda a su bebé a sentirse satisfecho y a aumentar de peso.

Alimente a su bebé hasta que note que se está quedando dormido y está satisfecho.

NOTA: La "leche materna débil" **no existe**. Su cuerpo combinará la cantidad exacta de ingredientes necesaria para satisfacer las necesidades de su bebé.

BENEFICIOS PSICOLOGICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente.

El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle. A este proceso se le llama vínculo afectivo. Los bebés lloran menos y posiblemente se desarrollen más rápido cuando permanecen cerca de sus madres y son amamantados inmediatamente después de nacer.

Las madres que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual.

Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.

PELIGROS DE LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

- Interfiere con el vínculo afectivo
- Más diarrea e infecciones respiratorias
- Diarrea persistente

- Desnutrición
- Deficiencia de vitamina A
- Mayor probabilidad de muerte
- Más alergia e intolerancia a la leche
- Mayor riesgo de algunas enfermedades crónicas
- Sobrepeso
- Puntajes menores en las pruebas de inteligencia

MADRE

- Puede quedar embarazada más pronto
- Mayor riesgo de anemia, de cáncer de ovario y de cáncer de pecho

RECOMENDACIONES

- Poner el bebé al pecho dentro de la primera hora después del parto.
- Amamantar de manera exclusiva hasta los 6 meses de vida.
- Comenzar la alimentación complementaria gradual a partir del 6 to. mes de edad.

ERRORES MÁS COMUNES

- Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez.
- Los bebés deben mamar diez minutos en cada toma, después sólo toman "aire".
- Los bebés deben alimentarse de un solo pecho en cada ocasión.
- Para que el niño "aguante" la noche, hay que darle un biberón.
- Un biberón es una "ayuda" para la madre y permite que los pechos se llenen mejor.
- No se puede dar de mamar a gemelos.

Sesión 2: CÓMO FUNCIONA LA LACTANCIA MATERNA

En esta sesión, aprenderán sobre la anatomía y la fisiología de la lactancia. Para que puedan ayudar a las madres, es necesario entender cómo funciona la lactancia.

No es posible aprender una forma específica de consejería para cada situación o cada dificultad. Pero si se entiende cómo funciona la lactancia, usted puede deducir qué está sucediendo y ayudar a cada madre a decidir qué es lo mejor en su caso.

ANATOMIA DEL PECHO

El pezón y la areola (el área oscura que se encuentra alrededor del pezón) se agrandan y oscurecen durante el embarazo. Esto puede ayudarle a su bebé a prenderse al seno, proporcionando un “blanco” claro. Las pequeñas protuberancias

la areola se denominan glándulas de Montgomery. Estas producen un aceite natural que limpia, lubrica y protege el pezón durante el embarazo y la lactancia. Este aceite contiene una enzima que mata las bacterias y elimina la necesidad de utilizar cremas para los senos.

Sólo utilice agua para limpiar sus senos. Los jabones, las lociones o el alcohol pueden remover este aceite protector. Cada pezón tiene entre 15 y 20 aberturas a través de las cuales fluye la leche. Cuando su bebé mama, la acción de la mandíbula y la lengua de su bebé, que ejercen presión sobre los senos galactóforos, genera succión. Esto hace que la leche fluya fuera de su seno dentro de la boca de su bebé.

EL REFLEJO DE BAJADA DE LECHE

Cómo responde su cuerpo a la succión de su bebé: La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola, las cuales envían una

señal a la hipófisis del cerebro para que libere dos hormonas: la prolactina y la oxitocina.

La prolactina: hace que sus alvéolos tomen nutrientes (proteínas, azúcares) de su suministro de sangre y los transformen en leche materna.

La oxitocina: hace que las células que se encuentran alrededor de los alvéolos se contraigan y expulsen la leche a través de los conductos galactóforos. Este paso de la leche a través de los conductos se denomina reflejo “de bajada de leche” (expulsión de leche). Es posible que usted tenga en sus senos una sensación de hormigueo o de que estos están llenos (después de la primera semana de amamantamiento) o que tenga calambres uterinos.

Para que salga la leche se necesita la hormona oxitocina; la secreción de esta hormona va a estar influida, además de por la succión del bebé, por el estado de ánimo de la madre; es decir, que si la mujer está nerviosa, incómoda, se siente juzgada, triste o tiene dolor, la oxitocina dejará de producirse y, aunque haya leche, no saldrá fácilmente; por el contrario, si se siente apoyada, protegida y segura, la oxitocina se producirá y la leche fluirá generosamente.

PROLACTINA

Secretada DESPUES de la succión. Para producir la PRÓXIMA lactada.

Prolactina en sangre

Impulsos sensoriales del el pezón

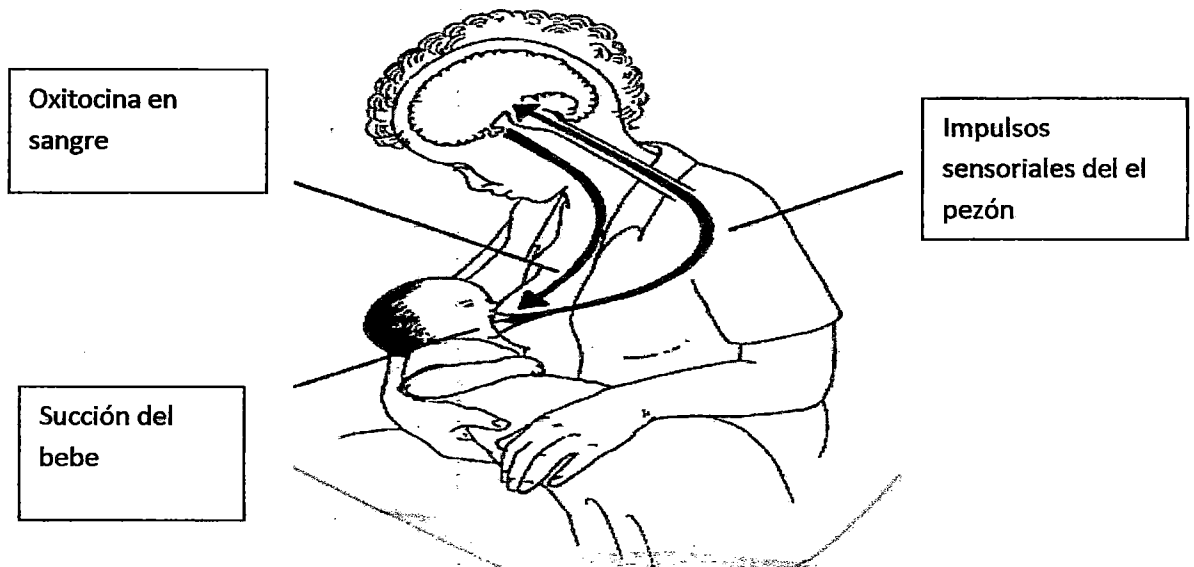
Succión del bebe

Más prolactina secretada en la noche

Suprime la ovulación

REFLEJO DE OXITOCINA

Trabaja ANTES o DURANTE la lactación
para hacer que la leche fluya



Hace contraer el útero

Cómo ayudar y cómo obstaculizar el reflejo de oxitocina



Esto FAVORECE el reflejo

Esto OBSTACULIZA el reflejo

SIGNOS Y SENSACIONES DE UN REFLEJO ACTIVO DE OXITOCINA

La madre puede notar:

- Una sensación de apretamiento o de hormigueo en sus pechos antes de dar de lactar a su bebé o durante la succión continua.

- La leche sale de sus pechos cuando piensa en su bebé o lo oye llorar.
- La leche gotea del otro pecho cuando su bebé está succionando.
- La leche sale de sus pechos en chorrillos finos si el bebé súbitamente abandona el pecho mientras está lactando.
- Dolor debido a contracciones uterinas, a veces con salida brusca de sangre, durante las amamantadas de la primera semana.
- Succiones lentas y profundas y deglución del bebé, lo cual demuestra que la leche está fluyendo en su boca.

CONTROL DE LA PRODUCCION DE LECHE DENTRO DEL PECHO.

Se preguntará por qué a veces un pecho deja de producir leche, mientras que el otro continúa produciéndola, aunque la oxitocina y la prolactina van igualmente a ambos pechos.

Existe una sustancia en la leche materna que puede reducir o inhibir la producción de la leche. Si se deja mucha leche en un pecho, el inhibidor detiene a las células para que éstas no secreten más. Esto ayuda a proteger al pecho de los efectos dañinos que se producen cuando está muy lleno.

Si se retira la leche materna ya sea por succión o por extracción manual o mecánica, se retira también el inhibidor. Entonces el pecho produce más leche.

Esto ayuda a entender por qué:

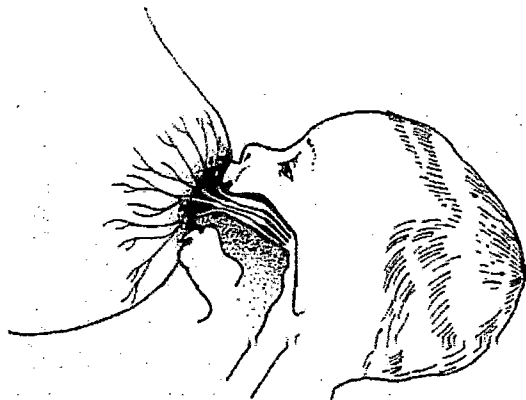
- Si un bebé deja de succionar de un pecho, ese pecho deja de producir leche.
- Si un bebé succiona más de un pecho que del otro, ese pecho produce más leche y se pone más grande que el otro.

También ayuda a entender por qué:

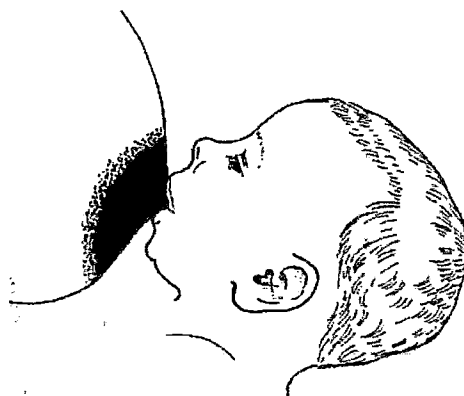
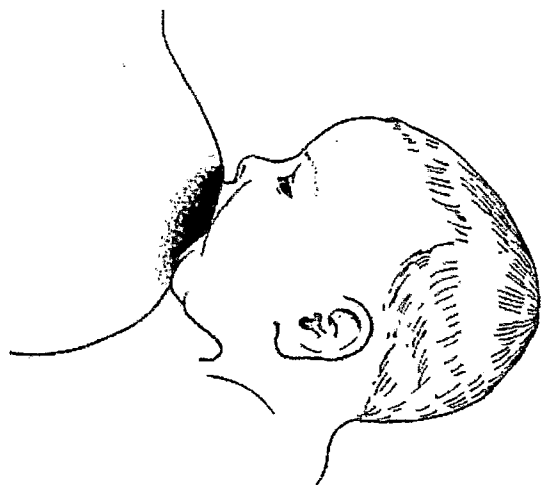
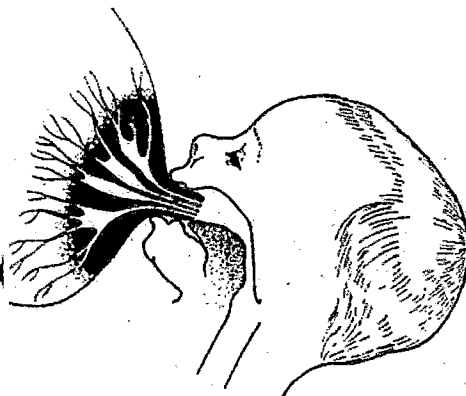
- Para que un pecho continúe produciendo leche, la leche debe ser retirada.
- Si un bebé no puede succionar de uno o ambos pechos, la leche debe ser retirada mediante extracción para permitir que la producción continúe.

Agarre bueno y agarre deficiente

Buen Agarre



Deficiente



RESULTADOS DE AGARRE DEFICIENTE

- Dolor y daño a los pezones	Pezones doloridos Fisuras (grietas)
- La leche no es retirada eficazmente	Ingurgitación (congestión, plétora, distensión)
- Bebé insatisfecho	Quiere mamar demasiado
- Aparente producción deficiente de leche	Bebé frustrado Se niega a mamar
- Los pechos producen menos leche	El bebé no sube de peso

CAUSAS DE AGARRE DEFICIENTE

Uso de biberón	- Antes de establecer la lactancia - Para dar suplementos más tarde
Madre inexperta	- Primer bebé - Usó biberones con sus anteriores bebés
Dificultad funcional	- Bebé pequeño o débil - Pecho poco protráctil - Comienzo tardío, plétora
Falta de apoyo competente comunitario	- Menos ayuda tradicional y apoyo

RESUMEN

- El flujo de leche materna depende en parte de los pensamientos, sentimientos y sensaciones de la madre. Es importante mantener a la

madre y su bebé juntos día y noche, y ayudar a las madres a que se sientan bien respecto a la lactancia.

- El agarre deficiente del pecho puede causar muchas dificultades comunes. Estas se pueden superar ayudando a la madre a corregir la posición de su bebé. Dichas dificultades pueden prevenirse ayudando a la madre a colocar bien a su bebé en los primeros días.
- La cantidad de leche que los pechos producen depende parcialmente de cuánto succione el bebé y de cuánta leche retire. Más succión produce más leche. La mayoría de las madres puede producir más leche de la que sus bebés toman y puede producir suficiente leche para gemelos.

LA LACTANCIA SERA EXITOSA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SI:

- La madre se siente bien consigo misma
- El bebé agarra bien el pecho y succiona de manera eficaz.
- El bebé succiona con tanta frecuencia y durante tanto tiempo como quiera.
- El medio que rodea a la madre apoya la lactancia.

Sesión 3: ¡EVALUACIÓN DE LA SUCCION!

La evaluación de la succión ayuda a decidir si una madre necesita ayuda o no, y cómo ayudarla. Usted puede entender bastante sobre qué tan bien o mal está funcionando la lactancia mediante la observación antes de hacer preguntas.

¿CÓMO EVALUAR UNA SUCCION?

1. ¿Qué nota acerca de la madre?
2. ¿Cómo sostiene a su bebé?
3. ¿Qué nota acerca del bebé?
4. ¿Cómo responde el bebé?
5. ¿Cómo coloca la madre a su bebé para que lacte?
6. ¿Cómo sostiene el pecho durante la lactancia?
7. ¿Se ve que el bebé agarra bien el pecho?
8. ¿Está el bebé succionando de una forma eficaz?
9. ¿Cómo termina la lactancia?
10. ¿Parece satisfecho el bebé?
11. ¿En qué condición están los pechos de la madre?
12. ¿Cómo se siente la madre de estar dando de lactar?

¿Cómo sostiene la madre a su bebé?

ADECUADO

Cuerpo del bebé cerca, frente al pecho
madre

La madre mira al bebé cara a cara

INADECUADO

Cuerpo del bebé separado de la

Cuello torcido

La madre no mira al bebé a los ojos

¿Cómo sostiene la madre su pecho?

- Dejando descansar sus dedos sobre la pared torácica, de manera que su índice forme un soporte en la base del pecho.
- Sosteniendo el pecho muy cerca del pezón

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LAS SUCCIONES

Nombre madre: _____ Fecha: _____ Nombre
bebé: _____

Signos de que la lactancia funciona bien POSICIÓN DEL CUERPO

- Madre relajada y cómoda el bebe.
- Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- (Nalgas del bebé apoyadas)

RESPUESTAS

- (El bebé busca el pecho)
- El bebé explora el pecho con la lengua
- Bebé tranquilo y alerta mientras mama
- El bebé permanece agarrado al pecho
- Signos de eyección de leche (chorros)

VÍNCULO AFECTIVO

- Lo sostiene segura y confiadamente
- torpeza
- La madre mira al bebé cara a cara
- Mucho contacto de la madre
- físico
- La madre acaricia el bebé

ANATOMÍA

- Pechos blandos después de la succión
- Pezones protráctiles
- Pechos redondeados mientras el bebé lacta

SUCCIÓN

- Más areola sobre la boca del bebé
- bebé
- Boca bien abierta
- Labio inferior evertido
- Mentón del bebé toca el pecho

Signos de posible dificultad

- Hombros tensos, se inclina sobre el
- bebé
- Cuerpo del bebé separado de la madre
- Cuello del bebé torcido
- (Sólo apoyados la cabeza o los
- hombros)
- (No se observa búsqueda)
- El bebé no se muestra interesado en el
- pecho
- Bebé inquieto o llorando
- El bebé se suelta del pecho
- No hay signos de eyección de leche

- Lo sostiene nerviosamente y con
- torpeza
- La madre no mira al bebé a los ojos
- Lo toca poco, no hay casi contacto
- físico
- La madre lo sacude

- Pechos ingurgitados (pletóricos)
- Pezones planos o invertidos
- Pechos estirados o jalados

- Más areola por debajo de la boca del
- bebé
- Boca no está bien abierta
- Labio inferior invertido
- Mentón del bebé no toca el pecho

- Mejillas redondeadas
- Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
- Succiones lentas y profundas, a veces con pausas
- Sólo succiones rápidas
- Se puede ver u oír al bebé deglutiendo
- Se oye al bebé chasqueando
- TIEMPO:** El bebé lactó durante _____ minutos
- El bebé suelta el pecho espontáneamente
- La madre retira al bebé del pecho

Sesión 4: CÓMO ESCUCHAR Y APRENDER

La consejería es una forma de trabajar con la gente en la cual usted trata de entender cómo se sienten y les ayuda a decidir qué hacer.

En esta sesión analizarán situaciones de madres que están amamantando y cómo se sienten. La lactancia materna no es la única situación en la cual la consejería es útil.

Las habilidades de consejería son útiles cuando usted habla con pacientes o clientes en otras situaciones. También podría encontrarla útil con su familia y sus amigos o con sus colegas de trabajo. Practique algunas de las técnicas con ellos. Puede que encuentre resultados sorprendentes.

Una madre lactante no siempre habla fácilmente sobre sus sentimientos, especialmente si es tímida, o está con alguien a quien ella no conoce bien.

Usted necesita tener la habilidad de escuchar y de hacerle sentir que usted está interesado en ella. Esto la animará a decirle algo más y habrá menos posibilidades de que se encierre en sí misma y no diga nada.

NOTAS SOBRE LAS HABILIDADES DE ESCUCHA Y APRENDIZAJE

HABILIDAD 1: USE COMUNICACIÓN NO VERBAL

Comunicación no verbal significa que usted muestra su actitud con su postura, su expresión a través del todo excepto del habla. La comunicación no verbal útil le hace sentir a la madre que usted está interesado en ella, lo cual le ayudará a hablarle.

HABILIDAD 2: HAGA PREGUNTAS ABIERTAS

Las preguntas abiertas son muy útiles. Para responderlas la madre debe dar alguna información. **Las preguntas abiertas usualmente comienzan con “¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?”.**

Por ejemplo: “¿Cómo está usted alimentando a su bebé?”

Las preguntas cerradas son usualmente menos útiles. Ellas dan a la madre una idea precisa de lo que usted espera, y ella puede responderlas con un "Sí" ó un "No". Estas preguntas por lo general comienzan con palabras como "¿Es usted? ¿Hizo? ¿Tiene? ¿Hace? ¿Dio?"

Por ejemplo: ¿Dio usted de mamar al último bebé? Si la madre dice "Sí" a esta pregunta, usted todavía queda sin saber si lo amamantó exclusivamente o le dio algunos alimentos artificiales.

Las preguntas abiertas son útiles para comenzar una conversación. Por ejemplo: "¿Cómo le está yendo con la lactancia?" Para continuar una conversación quizás sea útil hacer una pregunta abierta más específica.

Por ejemplo: "¿Cuántas horas después de nacido le dio la primera toma?" A veces es útil hacer una pregunta cerrada para tener certeza de un hecho. Por ejemplo: "¿Le está dando usted otro alimento o bebida?" Si la madre dice "Sí" usted puede continuar con una pregunta abierta para enterarse de algo más. Por ejemplo: "¿Qué la hizo decidir hacer eso?", o "¿Qué le está dando usted?"

HABILIDAD 3: USE RESPUESTAS Y GESTOS QUE MUESTREN INTERES

Otra forma de animar a la madre a hablar es usar gestos como asentir con la cabeza o sonreírse, y dar respuestas simples como "Mm.", "aja", "ya veo". Estos muestran que usted tiene interés en ella.

HABILIDAD 4: DEVUELVALE EL COMENTARIO A LA MADRE

Devolverle el comentario quiere decir que usted repite lo que la madre ha dicho para mostrar que usted la oyó y animarla a que diga más. Trate de decirlo de una manera ligeramente diferente. Por ejemplo, si la madre dice: "Mi bebé estuvo llorando mucho anoche". Usted podría decir "¿Su niño la mantuvo despierta llorando toda la noche?"

HABILIDAD 5: DE MUESTRAS DE EMPATIA- MUESTRE QUE USTED ENTIENDE COMO SE SIENTE ELLA

Mostrar empatía es poder identificarse mentalmente con alguien, de ponerse en su posición, de mirar las cosas desde su ángulo de visión. Por ejemplo si una madre dice: "Mi bebé quiere mamar a toda hora y me hace sentir tan cansada", usted podría decirle "¿Usted se está sintiendo muy cansada todo el tiempo?".

Esto muestra que usted entiende que ella se siente cansada, o sea que usted muestra empatía. Si usted en sí misma, responde con una pregunta muy ceñida a los hechos, por ejemplo: "¿Con qué frecuencia está mamando?", o "¿Qué otra cosa le da usted?", no está mostrando empatía.

HABILIDAD 6: EVITE EL USO DE PALABRAS ENJUICIADORAS

Palabras enjuiciadoras son términos como: correcto, incorrecto, mal, bien, bueno, suficiente, adecuadamente. Si usted usa estas palabras al preguntar, usted puede hacer sentir a la madre que está equivocada, o que algo anda mal con su bebé.

Sin embargo, a veces es necesario que usted use palabras enjuiciadoras "buenas" para aumentar la confianza de la madre

COMUNICACIÓN NO VERBAL ÚTIL

- Mantenga su cabeza al mismo nivel que la madre
- Ponga atención
- Quite las barreras
- Tómese su tiempo
- Haga contacto físico apropiado

HABILIDADES DE ESCUCHA Y APRENDIZAJE

- Use comunicación no verbal útil
- Haga preguntas abiertas
- Use respuestas y gestos que muestren interés
- Devuelva el comentario a la madre
- Dé muestras de empatía—muestre que usted entiende cómo se siente ella
- Evite palabras enjuiciadoras

Sesión 5: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Las prácticas de atención de la salud pueden tener un efecto muy grande sobre la lactancia materna. Las prácticas inadecuadas interfieren con la lactancia materna y contribuyen a diseminar la alimentación artificial. Las buenas prácticas apoyan la lactancia materna y hacen que sea más probable que las madres amamenten exitosamente y continúen haciéndolo durante un tiempo más largo.

Los servicios de maternidad ayudan a las madres a iniciar la lactancia materna en el momento del parto; y ayudan a establecer la lactancia en el período postnatal.

El contacto de la piel de la madre y la de su bebé en la primera hora después del parto ayuda a la lactancia materna y a la formación del vínculo.

PREPARACION PRENATAL PARA LA LACTANCIA

Con las madres en grupos

- Explique los beneficios de la lactancia
- Dé información sencilla sobre cómo amamantar
- Explique qué pasa después del parto
- Analice y responda preguntas con cada madre individualmente
- Pregunte sobre sus experiencias previas de lactancia
- Averigüe si tiene preguntas o temores
- Examine sus pechos si a ella le preocupan
- Refuerce su confianza y explíquele que la ayudará

VENTAJAS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LA ALIMENTACIÓN A DEMANDA

El alojamiento conjunto ayuda tanto al vínculo afectivo como a la lactancia materna.

- La madre puede responder mejor a las necesidades del bebé
- Como el bebé llora menos, existen menos tentaciones de darle biberones.

- La madre adquiere más confianza en sí misma para amamantar.
- La lactancia materna continúa por más tiempo.

Ventajas de la alimentación a demanda

- La leche materna "baja" más rápidamente
- El bebé sube de peso más rápidamente
- Se presentan menos dificultades como la ingurgitación
- La lactancia se establece más fácilmente

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE DURANTE LAS PRIMERAS HORAS POST PARTO

- Evite la prisa y el ruido.
- Hable en voz baja y no tenga prisa, aún si sólo tiene unos minutos disponibles.
- Pregunte a la madre cómo se siente y cómo va la lactancia.
- Déjela que le cuente cómo se siente antes de dar cualquier información o sugerencia.
- Observe como dá de lactar.
- Trate de ver a la madre cuando esté dando de lactar a su bebé y en silencio observe lo que está sucediendo. Si la posición y el agarre del bebé son buenos, dígale lo bien que ella y el bebé lo están haciendo. No es necesario que le muestre qué debe hacer.
- Ayúdela a colocar el bebé si fuera necesario.
- Si la madre tiene dificultades, o si el agarre del bebé no es bueno, dele la ayuda apropiada.
- Dele información pertinente.
- Cerciórese de que la madre entiende qué es alimentación a demanda, cuáles son las señales que el bebé da cuando está listo para mamar, y explíquele cómo bajará su leche.
- Responda las preguntas de la madre.
- Puede ser que la madre tenga algunas preguntas o, a medida que hable con ella, usted puede enterarse si algo le preocupa, o si no está segura de algo.

- Explique con sencillez y claramente lo que necesita saber.

QUE HACER ANTES QUE LA MADRE DEJE EL SERVICIO DE MATERNIDAD

- Averigüe qué tipo de apoyo tiene ella en casa.
- Si es posible, háblele a los miembros de la familia sobre las necesidades de la madre.
- Cítela a un control postnatal durante la primera semana, que incluya la observación de cómo da de lactar (además del control de rutina).
- Asegúrese que la madre sepa cómo contactar al personal de salud que podría ayudarle con la lactancia si fuese necesario.

PRÁCTICA: Cómo escuchar y aprender: Evaluación de la lactancia

- Permanezca callado observando a la madre y al bebé mientras la madre lo alimenta.
- Mientras observa, llene la Ficha de Observación de las lactadas.
- Escriba el nombre de la madre y del bebé, coloque un aspa al lado de cada signo que usted observe, anote el tiempo que dura la lactancia.
- Agradézcale a la madre por su tiempo y su cooperación y dígame algo elogioso que la apoye.

ERRORES QUE DEBEN EVITARSE

No diga que usted está interesado en la lactancia materna.

El comportamiento de la madre puede cambiar. Pueda que no se sienta libre de hablar sobre la alimentación. Es mejor que le diga que usted está interesado en la "Alimentación de los bebés" o en "Cómo se alimentan los bebés".

Tenga cuidado de que las fichas no se conviertan en una barrera.

El participante que habla con la madre no debe tomar notas mientras ella está hablando. El participante necesita consultar las notas para recordarse qué debe hacer, pero si quiere escribir, debe hacerlo más tarde.

Sesión 06: CÓMO COLOCAR EL BEBÉ AL PECHO

Siempre observe a una madre amamantando antes de ayudarla. Tómese el tiempo necesario para ver lo que ella hace, para que así usted pueda entender su situación claramente. No se precipite a forzarla a hacer algo diferente. Dé ayuda a la madre solamente si ésta tiene alguna dificultad. Algunas madres y sus bebés lactan satisfactoriamente en posiciones que serían difíciles para otros. No hay ninguna razón para tratar de cambiar la posición del bebé si éste está obteniendo la leche con eficacia y su madre está cómoda.

Deje que la madre haga todo lo que pueda por ella misma: Tenga cuidado en no ir a "reemplazarla". Explíquele qué es lo que usted quiere que ella haga. Si es posible demuéstrele con su propio cuerpo para mostrarle qué es lo que usted quiere decir.

Asegúrese que la madre entienda lo que usted hace, para que lo pueda hacer ella misma: Su objetivo es ayudarla a colocar su propio bebé. De nada sirve que usted pueda hacer que el bebé succione, si su madre no logra hacerlo.

IMPORTANCIA DE LA POSTURA: Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como y el niño están en una postura cómoda. El amamantar no duele y debe de ser algo placentero para ambos. La succión frecuente ayuda a que la leche baje más pronto.

LA MADRE: La mujer debe sostener al bebé cómodamente. La forma más fácil de aprender es sentada. Lo ideal es hacerlo en una silla baja o utilizar un banquito como reposapiés, para que los muslos no estén orientados hacia abajo; también puede ser útil colocar una almohada o un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al pecho, sin tener que cargar con todo su peso durante la toma. Esto elimina la tensión de la espalda y los hombros.

EL BEBE: El bebé debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho. Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta. Si la cabeza está

flexionada hacia delante, no podrá succionar. Es conveniente que esté ligeramente inclinado hacia atrás, de forma que su barbilla presione el pecho de la madre. La boca debe quedar a la altura del pecho para que no tenga que tirar de él hacia abajo o hacia un lado.

Cómo se adapta la boca al pecho: Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujete el pecho y elévelo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien.

El agarre al pecho depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se hace igual con todo tipo de pezones y tanto en niños grandes como pequeños. Sólo variará el tiempo que tardan en aprender a hacerlo. Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no coja sólo el pezón, sino también una buena parte de la areola por debajo.

La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedará el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce; vigile que los labios, sobre todo el inferior, estén evertidos, no “metidos” hacia dentro.

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE QUE ESTÁ SENTADA O RECOSTADA

- Salude a la madre, preséntese, y pregúntele su nombre y el del bebé. Pregúntele cómo está,
- Hágale una o dos preguntas abiertas sobre cómo le está yendo con la lactancia.
- Evalúe la técnica de amamantamiento.
- Pregunte si es posible que usted pueda ver cómo lacta su bebé y pídale que lo ponga a lactar de la manera usual. (Si el bebé acaba de mamar, puede que sea necesario volver más tarde). Observe la lactada.

- Si usted juzga que la madre necesita ayuda para mejorar el agarre del bebé:
- Primero diga algo motivador como: "A él realmente le gusta su leche materna. ¿No es verdad?".
- Luego explique qué podría servir y pregunte si ella quiere que le muestre.
- Por ejemplo diga: "Tal vez la succión de hijo (a) sea más cómoda si toma una porción más grande del pecho dentro de su boca. ¿Le gustaría que le mostrara cómo?"
- Si ella está de acuerdo, usted puede comenzar a ayudarlo.
- Asegúrese que la madre está sentada en una posición cómoda y relajada.
- Siéntese usted, para que también esté cómodo y relajado y en una posición conveniente para que pueda ayudar.
- Explique a la madre cómo alzar al bebé. Muéstrole lo que hay que hacer si es necesario.
- Aclare los siguientes **cuatro puntos clave**:
 - o La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar en línea recta.
 - o Su cara debe mirar el pecho, con la nariz frente al pezón.
 - o Su madre debe mantener el cuerpo del bebé pegado al de ella.
 - o Debe darle apoyo a las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros.
- Muéstrole a la madre cómo sostener el pecho con su mano al ofrecérselo al bebé: La madre debe descansar sus dedos sobre su pared torácica por debajo del pecho, de manera que su dedo índice forme un soporte en la base del pecho.
- Puede usar su dedo pulgar para hacer ligera presión sobre la parte superior del pecho.

Una madre alzando a su bebé usando la posición por debajo del brazo

Útil en el caso de:
Gemelos

Una madre alzando a su bebé el opuesto al pecho con que está amamantando.

Útil en el caso de:
Bebés muy pequeños

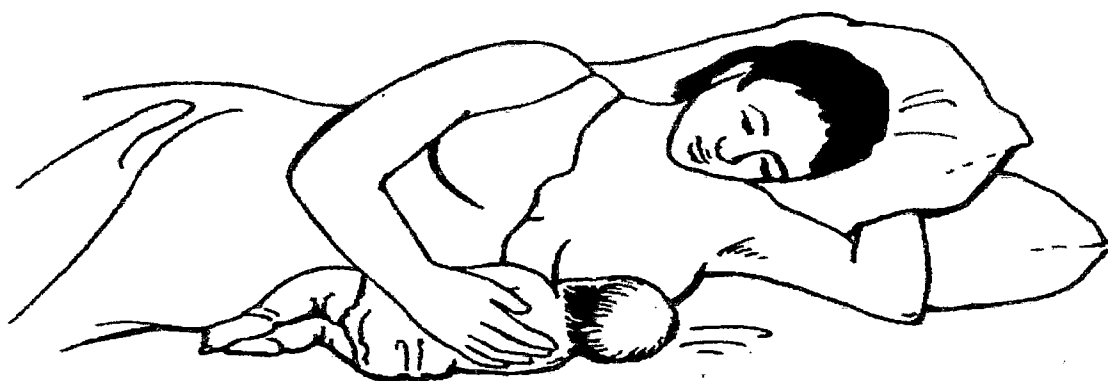
Conductos bloqueados



Bebés enfermos



Una madre amamantando a su bebé estando acostada



LACTANCIA MATERNA A DEMANDA

El significado de la alimentación a libre demanda supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma.

El niño debe estar bien sujeto al pecho y la toma debe durar el tiempo que quiera cada bebé, y aunque la mayoría termina en pocos minutos, algunos pueden succionar hasta media hora; hay que recordar que los que succionan lentamente reciben la misma cantidad que los que succionan rápidamente.

Sesión 07: CÓMO REFORZAR LA CONFIANZA Y DAR APOYO

La madre lactante fácilmente pierde confianza en sí misma. Esto puede hacerla dar alimentos artificiales innecesarios, y a ceder ante presiones de la familia y de los amigos para dar a sus bebés comidas artificiales. Usted necesita la habilidad para ayudarla a sentirse confiada y sentirse bien consigo misma. La confianza en sí misma puede ayudar a la madre a tener éxito con la lactancia. También le ayuda a resistir las presiones de las otras personas.

Es importante no hacer sentir a la madre que ella ha hecho algo mal. Fácilmente cree ella que algo está mal dentro de ella, o con su leche, o que no está haciendo las cosas bien. Es importante evitar decirle a la madre lactante qué tiene que hacer. Ayude a cada madre a que ella misma decida qué es lo mejor para ella y para su bebé. Esto le aumenta la confianza en sí misma.

HABILIDADES PARA REFORZAR LA CONFIANZA Y DAR APOYO

Habilidad 1: Acepte lo que la madre piensa y siente

En ocasiones una madre tiene una idea errónea con la cual usted no está de acuerdo. Si usted está en desacuerdo con ella, o la crítica, usted la hace sentir que ella está equivocada. Esto reduce la confianza en sí misma. Si usted no está de acuerdo con ella, más tarde será más difícil que le sugiera algo diferente. Es más útil aceptar lo que ella piensa. Aceptar quiere decir responder de manera neutral, sin ponerse de acuerdo pero sin estar en desacuerdo. Devolverle el comentario y dar respuestas que muestren interés, son maneras útiles de mostrar aceptación, al mismo tiempo son habilidades útiles de escucha y aprendizaje.

Algunas veces una madre se siente muy alterada por alguna razón que usted cree que no es un problema serio. Si usted le dice algo como "No se preocupe, no hay nada de qué preocuparse" usted le hace sentir que está mal que se sienta como lo está haciendo. Esto le hace sentir que usted no entiende y reduce

la confianza en sí misma. Si acepta que la madre está alterada, la hace sentir bien que se sienta como se siente, no reduciéndole así su confianza en sí misma. Dar muestra de empatía es una forma útil de mostrar que uno acepta cómo se siente la madre.

Habilidad 2: Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien

Nosotros, como personal de salud, hemos sido entrenados para buscar los problemas. Usualmente sólo vemos lo que creemos que la gente está haciendo mal y tratamos de corregirlos. Como consejeros debemos aprender a detectar y reconocer lo que las madres y los bebés hacen bien. Entonces deberíamos elogiar y mostrar que aprobamos las prácticas buenas. El elogio de las buenas prácticas trae los siguientes beneficios:

- Le refuerza la confianza a la madre.
- La estimula a que continúe con esas buenas prácticas.
- Hace más fácil que ella acepte sugerencias más tarde.

Habilidad 3: Dé ayuda práctica

Algunas veces es mejor dar ayuda práctica que decir algo. Por ejemplo:

- Cuando la madre se siente cansada, sucia, o incómoda.
- Cuando tiene hambre y sed
- Cuando ya ha recibido una gran cantidad de consejos
- Cuando usted desea demostrarle apoyo y aceptación
- Cuando la madre tiene un problema que es netamente práctico

Algunas formas de dar ayuda práctica son las siguientes:

- Ayúdela a que se limpie y se ponga cómoda
- Dele algo caliente de tomar o algo de comer
- Alce usted el bebé, mientras ella se pone cómoda, o se baña, o va al inodoro.

Habilidad 4: Dé información pertinente, clara y corta en el momento

La información pertinente es aquella información que es útil para la madre AHORA. Cuando usted le dé información a la madre, recuerde los siguientes puntos:

- Dígale las cosas que puede hacer hoy, no dentro de una cuantas semanas.
- Trate de darle solamente una o de informaciones cada vez, especialmente si está cansada o ya ha recibido muchos consejos.
- Espérese hasta cuando haya reforzado su confianza, aceptando lo que dice y elogiando lo que ella y su bebé hacen bien. No es necesario darle nueva información ni corregirle alguna idea equivocada inmediatamente.
- Dele información de una manera positiva, que no parezca que la está criticando. Esto es especialmente importante si usted quiere corregir alguna idea equivocada

Habilidad 5: Use lenguaje sencillo

Use términos familiares sencillos para explicarles las cosas a las madres. Recuerde que la mayoría de las personas no entiende los términos técnicos que el personal de salud utiliza.

Habilidad 6: Haga una o dos sugerencias, no dé órdenes

Tenga cuidado de no decir u ordenar a la madre que haga algo. Esto no le ayuda a sentirse confiada en sí misma.

En vez de eso, cuando le dé consejería a una madre, sugiérale que lo haga de una manera diferente. Esto la deja a ella con la sensación de estar en control y la ayuda a sentirse más confiada en sus propias habilidades.



Sesión 8: AFECCIONES DEL PECHO

Hay varias afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar:

- Pezones planos o invertidos, y pezones largos o grandes
- Ingurgitación (también llamada plétora, abotagamiento o distensión)
- Conductos obstruidos y mastitis
- Pezones inflamados y fisuras del pezón

El diagnóstico y el manejo de estas afecciones del pecho son importantes tanto para aliviar a la madre, como para permitir que la lactancia continúe.

**Hay muchas formas y tamaños diferentes de pechos.
Los bebés pueden amamantar de casi todos ellos**

PRIMEROS PROBLEMAS

Pezones planos o invertidos: No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de "fortalecimiento", pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aún blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.

La mejor forma de evitarla es mediante el inicio precoz de la lactancia, las mamadas frecuentes y una postura correcta.

Si no se consigue y la madre sigue deseando amamantar a su hijo, se puede extraer la leche manualmente o con mamadera y dársela al niño con vaso o cucharita ya que hay niños que consiguen agarrarse bien al pecho cuando son más mayores.

Grietas del pezón: la lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta.

Causas

Mala postura al amamantar (es la causa más frecuente).

La humedad de las “protectores” sobre todo si son plastificadas.

La fibra del sujetador. El uso de sustancias irritantes para el pezón como jabón, cremas, pomadas y desinfectantes.

Forma de evitarlas

Posición correcta.

Evitar la humedad y mantener el pecho seco y aireado entre tomas.

Procurar el uso de tejidos lo más naturales que sea posible (algodón, hilo).

Evitar el lavado del pecho antes y después de cada toma, así como las cremas o pomadas. Lo que se debe hacer es, al terminar la toma, en lugar de untar crema sobre el pezón, añadir unas gotas de leche y dejar secar.

Conducto obstruido: Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. A veces se puede notar un “bulto” en el pecho y causar sensación de dureza, tirantez o dolor. Hay que mejorar la posición, conviene probar diferentes posturas de madre y niño para que se drene el conducto obstruido.

Ingurgitación mamaria: suele aparecer entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en las madres, donde sus bebés no se han puesto a lactar desde su nacimiento y que no succionan a demanda. La mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola está tan tensa que al bebé le resulta muy difícil agarrarse. Puede aparecer febrícula o fiebre.

La mejor forma de evitarla es mediante el inicio precoz de la lactancia, las mamadas frecuentes y una postura correcta.

La forma de tratarla es aliviar los síntomas vaciando el pecho, aplicando calor local con compresas calientes, una ducha, etc., y un masaje suave para facilitar el reflejo de bajada. A veces es necesario extraer leche hasta que la areola está menos tensa y el niño puede hacer un buen “agarre”. Para aliviar el dolor y la inflamación, tras la extracción o la toma de pecho, se utilizan compresas frías.

Mastitis: La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho; el diagnóstico debe basarse en la clínica y en la búsqueda del microorganismo causante y administrar tratamiento antibiótico.

El niño puede mamar a pesar de que la madre esté tomando antibióticos.

Si no se consigue y la madre sigue deseando amamantar a su hijo, se puede extraer la leche manualmente y dársela al niño con vaso o cucharita.

ERRORES MÁS COMUNES

- Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia.
- Cuando un niño llora es por hambre.
- Mi leche no es buena porque está “aguada”.
- Si el bebé llora o no “aguanta” las tres horas, la leche de la madre no es suficiente.
- La lactancia es algo natural, si no funciona es que la madre tiene poca leche.
- En las mastitis hay que suprimir la lactancia.

MANEJO DE LOS PEZONES PLANOS E INVERTIDOS

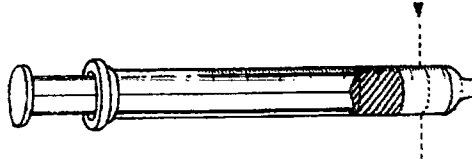
- El tratamiento prenatal probablemente no ayuda: por ejemplo, el estiramiento de los pezones o el uso de recolectores plásticos de leche alrededor del pezón no sirven. La mayoría de los pezones mejoran en el momento cercano al parto sin ningún tratamiento.
- Es de importancia primordial ayudar a la madre después del nacimiento, cuando el niño empiece a lactar:

- Refuerce la confianza de la madre
- Explíquelo que puede ser difícil al comienzo, pero con paciencia y persistencia puede lograrlo. Explíquelo que sus pechos mejorarán y se pondrán más blandos en la primera o segunda semanas que le siguen al parto.
- Explíquelo que el bebé succiona del pecho - no del pezón
- Su bebé necesita tomar una buena porción de pecho dentro de su boca.
- Explíquelo también que a medida que el bebé lacta, estirará el pecho y el pezón y hará que éste último salga.
- Anímela a que esté todo el tiempo que pueda en contacto con su bebé piel con piel y permita que su bebé explore sus pechos
- Deje que el niño trate de agarrar el pecho por su propia iniciativa, cuando quiera que se muestre interesado en hacerlo. Algunos bebés aprenden mejor por su propia cuenta.
- Ayúdela a colocar adecuadamente a su bebé
- Si un bebé no agarra el pecho bien por su propia iniciativa, ayude a la madre a colocarlo para que pueda agarrar mejor. Dé esta ayuda pronto, en el primer día, antes que la leche baje y sus pechos se llenen.
- Si es aceptable para ambos, el esposo de la madre puede succionar sus pezones unas cuantas veces para estirarlos.
- Si el bebé no puede succionar con eficacia en los primeros días, ayude a la madre a extraerse la leche y alimentar a su bebé utilizando una taza (la extracción de leche ayuda a que los pechos permanezcan blandos, para que el bebé pueda agarrar el pecho más fácilmente; ayuda además a mantener la producción de leche).
- La madre debe evitar el uso del biberón, porque esto hace que el bebé tenga más dificultad para agarrar el pecho.

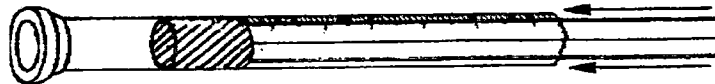
Cómo preparar y usar la jeringa para el tratamiento de los pezones invertidos

PASO UNO Corte
pivote una jeringa
cuchilla

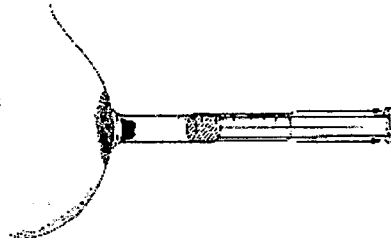
por el lado del
de 20 ml. con una



PASO DOS: Inserte el émbolo por el extremo cortado



PASO TRES: Colocar en el pezón de la madre y retirar el émbolo hacia afuera



RESUMEN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE PECHOS LLENOS E INGURGITADOS

PECHOS LLENOS	PECHOS INGURGITADOS
Calientes	Dolorosos
Pesados	Edematosos
	Tensos, especialmente el pezón
	Brillantes
	Pueden estar rojos
La leche fluye	La leche NO fluye
No hay fiebre	Puede haber fiebre por 24 horas

CAUSAS Y PREVENCIÓN DE LA INGURGITACIÓN

CAUSAS	PREVENCIÓN
- Mucha leche	
- Retraso en iniciar la lactancia	- Iniciar la lactancia pronto después del parto
- Agarre deficiente	- Asegurar un buen agarre
- Extracción infrecuente de leche	- Estimular la lactancia sin restricciones
- Restricción de la duración de cada lactada	

TRATAMIENTO DE LA INGURGITACIÓN

No “haga descansar” el pecho

Si el bebé puede succionar:	Succión frecuente
Si el bebé no puede succionar:	Extraer la leche manualmente o con jeringa
Antes de la succión para estimular el reflejo de oxitocina:	Compresas tibias o ducha tibia Masaje del cuello y la espalda Masaje delicado del pecho Estímulo de la piel del pezón Ayude a la madre a relajarse
Después de la dar de lactar para reducir edema:	Compresas de agua fría sobre los pechos

Aconseje a la madre:

- No es necesario lavar los pechos antes o después de las mamadas. Un baño normal, igual que para el resto del cuerpo, es todo lo que se necesita. El lavado retira los aceites naturales de la piel y hace más probable que se produzca la inflamación.
- Aconséjele que no use lociones, ni ungüentos medicados, porque estos pueden irritar la piel y no hay evidencia de que ayuden en nada.
- Sugierale que después de dar de lactar, frote un poco de leche materna extraída sobre el pezón y la areola. Esto promueve la curación.

Sesión 09: EL BEBÉ SE NIEGA A SUCCIONAR

Una razón comúnmente usada para suspender la lactancia es el rechazo. Sin embargo, frecuentemente puede ser superada. Esta negativa puede causar gran angustia y desazón a la madre, quien frecuentemente se siente rechazada y frustrada a causa de esta experiencia:

- A veces agarra bien el pecho, pero luego no succiona o no deglute o succiona muy débilmente.
- A veces el bebé llora y rechaza el pecho (pelea contra él) cuando su madre trata de amamantarlo.
- A veces el bebé succiona durante un minuto y entonces suelta el pecho, atorándose o llorando. Algunos niños pueden hacer esto varias veces durante una misma comida.
- A veces un bebé lacta de un pecho, pero se niega a hacerlo del otro.

POR QUÉ LOS BEBÉS SE NIEGAN A MAMAR

CAUSAS DE RECHAZO DEL PECHO

Enfermedad, dolor, sedación o infección Daño cerebral

Dolor por contusión (fórceps, ventosa)

Nariz obstruida

Boca inflamada (monilias)

Dificultad con la técnica de Lactancia

Biberones, "chupetes artificiales"

No obtiene mucha leche

(agarre pobre, ingurgitación)

Presión en la parte posterior de la cabeza al colocarlo

La madre agita el pecho

Restricción de mamadas

Producción excesiva de leche

Dificultad para coordinar la succión

El rechazo del pecho suele ser algo más habitual y mantenido, el bebé suele rechazar un solo pecho y ocurrir desde el inicio, aunque puede aparecer en cualquier momento.
La huelga de la lactancia suele ser transitoria, intermitente y de ambos pechos.

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE Y A SU BEBÉ A REINICIAR LA LACTANCIA

- Mantener al bebé cerca de ella. Nadie más debería ocuparse de él
- Dormir con su bebé
- Ayudar al bebé a tomar el pecho
- Extraer leche directamente a su boca.
- Colocarlo bien para que pueda agarrar el pecho adecuadamente.
- Evitar presionar la parte posterior de su cabeza o sacudir el pecho.
- Alimentar a su bebé con vasito o cucharita
- Darle su propia leche extraída cuando sea posible o, si es necesario, leche artificial.

Sesión 10: EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
- Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual.



Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche. Para ello se deben seguir tres pasos: **masajear, frotar y sacudir**.

1. Masajear: El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno.



2. Frotar: El pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.



3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.



Extracción manual

1. Se coloca el pulgar y el dedo índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).

Evite que el pecho descansa sobre la mano como si ésta fuera una taza.

2. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, conviene levantarlos antes de empujar

3. Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que rueden pero que no se deslicen.). Observe en el dibujo la posición de las uñas.

4. Repita rítmicamente para vaciar los depósitos (coloque los dedos, empujándolos hacia adentro, ruédelos.).

5. Rote la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho.



No exprimir No deslizar No estirar

La forma más útil de extraer la leche materna es por extracción manual. No se necesitan aparatos, así que la madre puede hacerla en cualquier lugar, en cualquier momento. Con una buena técnica, la extracción puede ser muy eficaz. Es fácil extraer la leche manualmente cuando los pechos están blandos. Es más difícil hacerlo cuando los pechos están ingurgitados y doloridos. Así que enséñele a la madre, en el primer o segundo día después del parto, cómo extraerse la leche.

Muchas madres son capaces de extraerse gran cantidad de leche usando técnicas bastante raras. Si el método de la madre le funciona, déjela que continúe haciéndolo a su manera. Pero si la madre está experimentando dificultades para extraerse la leche, enséñele una técnica más eficaz.

- Sentarse o quedarse de pie cómodamente y mantener el recipiente cerca del pecho.
- Comenzar a extraerse la leche en el primer día, dentro de las primeras 6 horas si esto es posible.
- Al comienzo podrá extraer tal vez solamente unas gotas de calostro, pero esto ayuda a que se inicie la producción de leche, de igual forma como la succión del bebé pronto después de nacer ayuda a iniciarla.
- Ella debe extraerse tanta leche como pueda con tanta frecuencia como lo haría su bebé si estuviera mamando.
- Debe hacerse por lo menos cada 3 horas, incluso durante la noche.
- Si ella se extrae la leche solamente unas pocas veces, o si hay intervalos largos de tiempo entre una extracción y la otra, tal vez no pueda producir suficiente leche.

- Para mantener la producción de leche necesaria para alimentar a un bebé enfermo: Debe extraerse tanta leche como pueda, con la frecuencia con que el bebé tomaría, al menos cada 3 horas.
- Para aumentar su producción de leche, si parece disminuir después de algunas semanas: La madre debe extraerse la leche muy frecuentemente durante unos pocos días (cada media hora o cada hora), y por lo menos cada 3 horas durante la noche.
- Después de un tiempo el dolor agudo de los pechos disminuye.

“NO TENGO SUFICIENTE LECHE”

Casi todas las mujeres pueden producir suficiente leche para uno o para dos bebés. Usualmente, aún cuando una madre piensa que no tiene suficiente leche, en realidad su bebé está obteniendo toda la que necesita.

Algunas veces, un bebé no obtiene suficiente leche materna. Por lo general se debe a que el bebé no está succionando lo suficiente, o no lo hace eficazmente. Rara vez se debe a que la madre no puede producir suficiente leche.

De manera que es importante no pensar sobre cuánta leche puede producir una madre, pero en cambio pensar sobre cuánta leche está obteniendo el bebé. Es decir, si la oferta (el aporte) de leche es suficiente para la demanda del bebé.

SIGNOS DE QUE EL BEBÉ PODRÍA NO ESTAR OBTENIENDO SUFICIENTE LECHE MATERNA CONFIABLES

- Ganancia inadecuada de peso (Pérdida de peso más del 10 % al 3er día)
(El bebé no recupera su peso al nacer después de 2 semanas)
- Pequeñas cantidades de orina: Concentrada. (Menos de 6 veces por día, amarillo intenso, olor fuerte)

POSIBLES

- El bebé no queda satisfecho después de mamar
- El bebé llora con frecuencia
- Succiones muy frecuentes
- Succiones muy largas
- El bebé se niega a mamar
- El bebé tiene deposiciones escasas, poco frecuentes
- La leche no sale cuando la madre trata de extraérsela
- Los pechos no aumentan de volumen (durante el embarazo)
- La leche no bajó (después del parto)

Pregunte a la madre con qué frecuencia está orinando su hijo. Pregúntele si su orina es de color amarillo oscuro o de olor penetrante.

ERRORES MAS COMUNES

- La leche materna "se estropea" enseguida.
- Cuando empiece a trabajar tengo que dejar de dar el pecho.
- Los niños necesitan tomar agua o biberones de leche artificial, no recibieron líquidos suficientes.
- El biberón no interfiere con la lactancia y es el mejor consuelo.

Sesión 11: LLANTO

Muchas madres comienzan a darle complementos innecesarios a su bebé porque piensan que sus bebés "lloran demasiado". Piensan que sus bebés están hambrientos y que ellas no tienen suficiente leche. Pero con frecuencia tales alimentos no hacen que el llanto disminuya. A veces el bebé llora más.

El llanto muy frecuente puede alterar la relación entre el bebé y su madre y puede causar tensión entre otros miembros de su familia. Una forma importante de ayudar a una madre lactante es darle "consejería" sobre el llanto de su bebé.

RAZONES POR LAS CUALES LOS BEBES LLORAN

- Incomodidad (Está sucio, calor, frío)
- Cansancio (Demasiados visitantes)
- Enfermedad o dolor (Los patrones de llanto son diferentes)
- Hambre (No está obteniendo suficiente leche, período de crecimiento rápido)
- Alimentación de la madre (Cualquier alimento)
- Sustancias que la madre toma (Cafeína, cigarrillos, otras sustancias)
- Producción excesiva de leche
- Cólico

CAUSAS DE LLANTO

- Hambre a causa de un período de crecimiento rápido (o "crisis de lactancia"): Un bebé parece estar hambriento durante unos pocos días, posiblemente porque está creciendo más rápidamente que antes y manifiesta el hambre muy seguido.
- Alimentación de la madre: Algunas veces la madre nota que su bebé se incomoda cuando ella come determinados alimentos. Esto se debe a que algunas sustancias de los alimentos pasan a su leche. Puede pasar con cualquier alimento, y no hay necesidad de aconsejarle a la madre que evite ninguno en especial, a no ser que ella note algún problema. Los bebés pueden volverse alérgicos a la proteína contenida en algunos

alimentos de la dieta de la madre. La leche de vaca, la soya, los huevos y el maní pueden todos causar este problema. Los bebés, por su parte, pueden volverse alérgicos a la proteína de la leche de vaca después de solamente uno o dos biberones de leche artificial.

- **Substancias que la madre toma:** La cafeína del café, del té y las gaseosas similares a las colas pueden pasar a la leche materna y alterar al bebé. Es más probable que los bebés de madres fumadoras, o de quienes toman otras sustancias lloren más que otros bebés. Si algún otro miembro de la familia fuma, eso también puede afectar al bebé.
- **Producción excesiva:** Ésta puede presentarse cuando el bebé agarra mal el pecho. El bebé puede succionar con demasiada frecuencia o por períodos muy largos y estimular el pecho excesivamente, por lo cual la producción de leche aumenta. También puede presentarse si la madre retira el bebé del primer pecho antes de haber terminado y lo pone a mamar del otro pecho. El bebé puede entonces obtener demasiada leche del comienzo y no suficiente leche del final. Tal vez presente deposiciones verdes sueltas y ganancia inadecuada de peso, o puede que crezca bien pero que llore y quiera lactar frecuentemente. Aunque tenga gran cantidad de leche, la madre puede pensar que no tiene suficiente para su bebé.
- **Cólico:** Algunos bebés lloran mucho sin que tengan ninguno de los problemas arriba mencionados. A veces el llanto tiene un patrón muy claro. El bebé llora continuamente en determinados momentos del día, usualmente al anochecer. Puede ser que el bebé doble sus piernas como si tuviera dolor abdominal. Parece como si quisiera mamar, pero es muy difícil calmarlo. Puede ser que los bebés que lloran de esta manera tengan un intestino muy activo, pero la causa de esto no está muy clara. A esto se le llama "cólico". Usualmente los bebés con cólicos crecen bien, y el llanto por lo general disminuye después de los 3 meses de edad.

- **Bebés que requieren mucha atención:** Algunos bebés lloran más que otros y necesitan que los alcen y los “paseen en los brazos”. En aquellas comunidades en donde las madres cargan a sus bebés con ellas, el llanto es menos común que en las comunidades en donde las madres prefieren dejarlos acostados, o en donde los ponen a dormir en cunas separadas.

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE CUYO BEBÉ LLORA DEMASIADO

Busque una causa

- Escuche y aprenda Ayude a la madre a expresar sus sentimientos (culpa, rabia).
- Muestre empatía.
- Obtenga una historia Averigüe cómo toma el bebé y cómo se comporta.
- Averigüe sobre la dieta de la madre, café, cigarrillo, drogas.
- Evalúe la lactancia, posición, duración de una lactada
- Examine el bebé Enfermedad o dolor (trátelo o remítalo según sea apropiado)
- Fíjese cómo está creciendo.

Refuerce la confianza de la madre en sí misma y dele apoyo

- Acepte Las ideas de la madre sobre la causa del llanto.
- Sus sentimientos sobre el bebé y su comportamiento.
- Elogie (Cuando sea apropiado)
- Dé información pertinente El bebé tiene necesidad real de que lo consuelen.
- No se recomienda medicinas para el cólico.
- No es necesario ni es útil darle otros alimentos, los bebés alimentados artificialmente también sufren cólicos.
- No hay ningún peligro porque el niño lacte para calmarse; sí lo hay al usar biberones y tetinas.
- Dele de un solo pecho en cada toma, ofrézcale el otro pecho en la siguiente toma.

Sesión 12: AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE Y RELACTACIÓN

Si el aporte de leche materna de una madre disminuye, ella necesita que éste aumente. Si una madre ha suspendido la lactancia, quizás quiera comenzar de nuevo. A esto se le llama relactación.

Las situaciones en las cuales las madres pueden querer relactar incluyen cuando:

- El bebé ha estado enfermo y ha dejado de succionar durante algún tiempo.
- El bebé ha sido alimentado artificialmente, pero la madre ahora desearía intentar la lactancia.
- La madre ha estado enferma y ha dejado de amamantar a su bebé.
- Una mujer adopta un bebé.
- La madre debe estar muy motivada y necesita muchísimo apoyo para tener éxito.

CÓMO AYUDAR A UNA MUJER A AUMENTAR SU PRODUCCIÓN DE LECHE

- Trate de ayudar a la madre y al bebé. A veces es útil hospitalizarlos durante una semana o dos para que usted pueda darles suficiente ayuda, especialmente si la madre pudiese sufrir en su casa presiones para usar de nuevo el biberón.
- Discuta con la madre cuál es la causa de su baja producción de leche.
- Explíquele lo que ella necesita hacer para aumentar su producción. Dígale que se necesita paciencia y perseverancia.
- Use todas las formas que ha aprendido para reforzar su confianza en sí misma. Ayúdela a creer que puede producir leche nuevamente o a aumentar su producción. Trate de verla y de hablarle frecuentemente, por lo menos dos veces por día.
- Asegúrese que la madre tiene suficiente de comer y de tomar.
- Anímela a que descanse más y a que trate de relajarse cuando amamante.

- Explíquelo que debe mantener al bebé cerca de ella, y hacer todo lo que pueda por su bebé ella misma.
- Explíquelo que lo más importante es dejar que su bebé succione más - por lo menos 10 veces en 24 horas, más si el bebé lo desea.
- La madre puede ofrecerle el pecho cada 2 horas.
- Debe dejarlo lactar cada vez que parezca interesado.
- Debe dejarlo succionar de cada pecho más tiempo de lo acostumbrado.
- Debe mantenerlo cerca de ella y amamantarlo de noche.
- A veces es más fácil hacer que el bebé succione cuando está soñoliento.
- Asegúrese que el bebé agarra bien el pecho.

QUE HACER EN LOS BEBÉS QUE NO PUEDEN LACTAR

- La madre no debe usar chupetes de entretención.
- Si su bebé se niega a succionar de un pecho "vacío" ayúdele a encontrar una manera de darle leche mientras succiona. Por ejemplo con un gotero.
- Para comenzar, la madre debe dar la cantidad total de alimento artificial según su peso o la misma cantidad que ha venido recibiendo. Tan pronto como empiece a salir algo de leche, puede reducir el total diario de 30 - 60 ml por día.
- Vigile la ganancia de peso del bebé o la producción de orina.

"El amamantar es un derecho"

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

1. Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán: Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.
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.

ANEXO N° 06

TRIPTICO DE LACTANCIA MATERNA

¿CÓMO SE QUE MI BEBE ESTA LACTANDO BIEN?

- Escucha el sonido de la deglución.
- La madre nota que la producción de leche es constante.
- El crecimiento de su bebé debe ser acorde a las pautas para su edad.
- Si el bebé lacta correctamente no produce dolor en la madre.

¿CÓMO DEBE SER LA ALIMENTACION DE LA MADRE?

- No fumar ni beber alcohol.
- No tomar café.
- Aprender a salir al momento de usar el diapasón de lactar, teta y chupón.
- Consumir buena cantidad de agua de 8 a 12 litros al día para favorecer la producción de leche.

RECUERDE:

Alimentar al bebé con leche materna es el mejor alimento que puede recibir durante su vida.

La lactancia materna es el alimento más saludable para el bebé.

¿QUÉ DUELE O SALEN GRIETAS?

Si el bebé no succiona correctamente, puede causar dolor en la madre. Si el dolor persiste, puede haber grietas en los pezones. Esto puede ser doloroso y puede afectar la producción de leche.


¿CÓMO SE PUEDE EVITAR?

El dolor y las grietas de la teta, al inicio de la lactancia, se deben a una mala técnica de succión. Si el dolor persiste, puede haber grietas en los pezones. Esto puede ser doloroso y puede afectar la producción de leche.

¿DEBO DARLE ALGUNA AYUDA?

La lactancia materna funciona "a demanda", cuanto más mame el bebé, más leche produce. Cuando mame mucho, más leche produce. Si el dolor persiste, puede haber grietas en los pezones. Esto puede ser doloroso y puede afectar la producción de leche.

LACTANCIA MATERNA: ALIMENTO PARA TODA LA VIDA



Servicio de Neonatología
Hospital Daniel Alcides Carrón - ESSALUD
Red Asistencial Tacna

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LECHE MATERNA?

La leche materna es el mejor alimento para su bebé. Le proporciona todos los nutrientes que su bebé necesita para crecer y desarrollarse. Además, le protege contra enfermedades.

¿CUALES SON LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA?

Contiene anticuerpos que lo protegen de enfermedades como diarrea, el resaca y la gripe.

Le ayuda a ganar peso y crecer de manera saludable. Además, le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

Contribuye a su salud emocional y a su desarrollo.

Es el alimento más saludable para su bebé.

Le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

Le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

Le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

BENEFICIOS PARA LA MADRE

Le ayuda a perder peso después del parto.

Le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

Le ayuda a desarrollar su sistema inmunológico.

¿CÓMO DEBO COLOCAR A MI BEBÉ EN EL PECHO?

1. Coloque al bebé en su posición correcta para que pueda succionar correctamente.
2. Cuando el bebé esté en su posición correcta, asegúrese de que su boca cubra el pezón y parte de la areola.
3. Cuando el bebé esté en su posición correcta, asegúrese de que su boca cubra el pezón y parte de la areola.

ANEXO N° 07

AFICHES SOBRE LACTANCIA MATERNA



VIDEOS DE MOTIVACION SOBRE LACTANCIA MATERNA

- . Un regalo para toda La vida
- . Tributo a la Lactancia Materna
 - . Lactancia Materna 1 - 2
- . Técnica de amamantamiento
- . Posiciones para dar de lactar
- . Ventajas de a Lactancia Materna