

11237

48
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
S. S. A.

"FACTORES ASOCIADOS AL RETARDO EN EL
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN
HOSPITAL "AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE"

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A :
DRA. CLAUDIA LOPEZ VAZQUEZ

ASESORES: DRA. ROSA ISELA GOMEZ NAJERA
DR. OSCAR C. THOMPSON CHAGOYAN



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE, 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

279783



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SIN
PAGINACIÓN

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

DIRECCION DE ENSEÑANZA

Dr. Héctor Villarreal Velarde
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

DIRECCION DE
INVESTIGACION

Dra. María de los Dolores Saavedra Ontiveros
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Dr. Ernesto Escobedo Chávez
SUBDIRECTOR DE PEDIATRÍA

Dra. Rosa Isela Gómez Nájera
ASESOR DE TESIS

Dr. Oscar C. Thompson Chagoyán
ASESOR DE TESIS

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Educativos

JUN 12 2000

Unidad de Servicios Educativos
PPL de Posgrado

A mi madre

Por todo el amor, sabiduría y fortaleza que legó a todos aquéllos quiénes tuvimos la fortuna de conocerla

A mi padre

Por ofrecerme una educación adecuada,
consejo oportuno, apoyo y estímulo continuos.

A mi hermano Gustavo

Porque su calidad humana, esfuerzo y superación
son para mí motivo de orgullo y ejemplo a seguir.

A Mamá Lupita, mi hermana y toda mi familia

Por su cariño, respeto y confianza.

A la Dra. Rosa Isela Gómez

Por creer en mí y apoyarme en la elaboración
y culminación de este trabajo.

Al Dr. Oscar Thompson

Por dedicar tiempo y paciencia en este proyecto
y aplicar su amplia experiencia en Investigación.

Al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

En especial a los médicos y personal del área de Pediatría
por recibirme y completar mi instrucción como médico Pediatra.

A DIOS

Por cada día de estos tres maravillosos años de residencia médica; en los que, sin dudarlo, los médicos nos adentramos; dejando a veces de lado familia y amigos; en una agotadora empresa, tolerando desvelos, *prolongados ayunos*, estudiando información que cada día se hace más extensa; llevando muchas veces a cuestas la *responsabilidad de una pequeña vida*.

Tres años, en los que pasamos tragos amargos, sobresaltos y angustias; pero también cargados de alegrías, satisfacciones, pequeños y grandes triunfos; y en los que adquirimos destrezas y conocimientos.

Todo esto con el único propósito de portar con orgullo el título de Médico Pediatra y ejercerlo con cariño y responsabilidad, en un objetivo común:

LOS NIÑOS

Fuente inagotable de conocimientos. Motor de nuestras vidas. Esencia del hombre. Regalo de Dios.

GRACIAS

Dra. Claudia López Vázquez

INDICE

ANTECEDENTES.....	1
Introducción.....	1
Alojamiento Conjunto.....	2
MARCO DE REFERENCIA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVO.....	4
HIPÓTESIS.....	4
DISEÑO.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
Universo de estudio.....	5
Captación de la Información.....	5
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	6
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	6
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXO 1.....	29
ANEXO 2.....	30

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

La alimentación ideal de un recién nacido es la leche de su propia madre.¹ El seno materno sigue teniendo ventajas prácticas, médicas y psicológicas sobre la alimentación artificial. La leche materna es la más apropiada de todas las leches disponibles para el recién nacido porque se adapta exclusivamente a sus necesidades.²

El tipo y concentración de los constituyentes de la leche humana no son intercambiables con las leches de otros mamíferos.³ Contiene el balance adecuado de nutrientes, enzimas, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas y una serie de elementos con capacidad para prevenir las infecciones.^{2,3,4,5} Asimismo, la leche materna parece ofrecer protección contra alergias, malabsorción, constipación y otras condiciones patológicas.^{2,4,5} Esta forma de alimentación es cómoda, barata, emocionalmente satisfactoria para el binomio; además de que favorece la contracción de la matriz y acelera el proceso de involución uterina; es útil también en el espaciamiento de los nacimientos cuando otros métodos de planificación familiar no son aceptados o no se encuentran disponibles.^{1,7,8}

Hasta hace algunas décadas, en México, la lactancia natural era la forma de alimentación más frecuente para los menores de un año de edad⁵, sin embargo, el abandono de la alimentación al seno materno ha sido una característica distintiva del siglo que está por concluir. Nuestro país desde los años 1970's se encuentra entre los cinco países con mayor proporción de niños nacidos vivos que jamás probaron la leche materna; además de que 40% de las mujeres que inician la lactancia, la abandonan durante el primer trimestre y sólo 37.8% la continúan mas allá del cuarto mes.^{9,10}

La modificación de los patrones de lactancia en el mundo ha sido explicada por un modelo de difusión cultural. La adopción de la alimentación artificial surge a partir de la industrialización y comercialización de los productos lácteos, que son introducidos como mercancías al mercado y consumidas en un principio por los grupos de élite. Posteriormente este patrón de consumo es adoptado por grupos urbanos pobres quienes a su vez, lo transmiten a las sociedades rurales;¹⁰ este comportamiento se ve facilitado por la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, con lo que tiene que separarse de su hijo por períodos largos del día.⁵

Por otro lado, muchos autores coinciden en que ciertas actitudes médicas influyen en gran parte en este abandono, entre ellas destaca la separación de los recién nacidos de sus madres en base a las costumbres adoptadas por las salas de hospitalización neonatal dentro de las instituciones, lo que propicia la lactancia artificial.^{10,11}

Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la

Secretaría de Salud han emitido una serie de regulaciones para la Industria Alimentaria, con el propósito de evitar la exposición de las madres a las fórmulas artificiales desde el momento del parto así como asegurar el uso apropiado de los substitutos de la leche materna, cuando se hace necesaria su utilización.^{1,12}

Durante la década pasada se llevaron a cabo proyectos para la promoción de la alimentación al seno materno en casi todo el mundo.⁹ De igual forma, se han generado diversas acciones para conservar y promover la lactancia natural en los países en vías de desarrollo, las cuales se resumen en los "Diez pasos para una lactancia exitosa" (Anexo 1), adoptados por la OMS en 1989, y que dan nacimiento a los Hospitales amigos del niño.^{13,14}

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Desde finales del siglo pasado hasta nuestros días han surgido intentos diversos por alojar al recién nacido con su madre durante la estancia hospitalaria.¹¹

Los primeros reportes sobre la idea de alojamiento conjunto datan de 1944, denominados como "Roaming-in". El primer programa en forma sobre este tópico se llevo a cabo entre los años 1946 y 1952 en Connecticut, Estados Unidos. Hacia la década de 1970's se establece la asociación entre Alojamiento Conjunto e inicio de amamantamiento en otros países.¹³

En América Latina, los primeros informes datan de 1975 en Uruguay y Argentina.¹³

En México se reporta el establecimiento del alojamiento conjunto de agosto de 1976 a diciembre de 1981 en el Hospital General de Tlalnepantría, de la Secretaría de Salud.¹¹ En 1979, el Hospital General de México destaca que el amamantamiento disminuye la morbilidad neonatal secundaria a infección. En 1982, el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia un programa llamado "Binomio madre-hijo".¹³

En 1991, se integra la Comisión Nacional de Lactancia Materna, en cumplimiento del Plan Nacional de Salud y al artículo 62 de la Ley General de Salud, en la cual se incluye a todas las instituciones del Sector Salud Mexicano. En ese mismo año, se funda el Centro Nacional de Capacitación para la Lactancia materna.¹³

Dos puntos importantes al respecto de la promoción de la lactancia materna son: en primer lugar la aparición en años recientes de la Liga de la Leche, que establece íntimas relaciones entre las madres que amamantan satisfactoriamente y las que necesitan ayuda¹, y la presentación, en 1989 de la iniciativa para el establecimiento de "El Hospital Amigo del Niño", en el cual se exige el estricto cumplimiento de los "Diez pasos para una lactancia exitosa".^{13,14}

A tres años de esta iniciativa, más de 70 países la habían adoptado y más de 800 hospitales en el mundo eran ya Hospitales amigos del niño.

México la adoptó hasta 1991 y para octubre de 1994 tenía 667 hospitales inscritos al programa, de los 763 existentes y 143 de estos ya se habían convertido en hospitales amigos del niño y de la madre.¹³

MARCO DE REFERENCIA

El cuarto de los "Diez pasos para una lactancia exitosa" señala la necesidad de 'ayudar a la madre a que inicie la lactancia dentro de la primera media hora posterior al parto'.

Muchos autores concuerdan en la importancia del contacto temprano madre-hijo, el cual se ve favorecido mediante el alojamiento conjunto.^{2,5,11}

La literatura internacional sobre el tema coincide en señalar que la alimentación al seno materno debe iniciar en cuanto la situación de la madre y el niño lo permitan, para mantener el metabolismo y el crecimiento normales durante la transición de la vida fetal a la extrauterina, para de esta forma, *estimular la unión madre-hijo y reducir los riesgos de hipoglucemia, hiperkalemia e hiperazoemia.*^{2,5,15}

Varios estudios demuestran que la duración de la lactancia al seno materno está íntimamente relacionada con el contacto temprano e inicio de la primera tetada. El contacto de piel con piel y la succión dentro de la primera media hora después del parto aumentan la duración media de la lactancia al pecho.⁶ Aunado a esto, las madres experimentan las ventajas de un reflejo de succión temprano, que estimula la producción de prolactina, estímulo necesario para la secreción láctea, y libera oxitocina, la cual produce el reflejo de eyección.^{2,6}

Con frecuencia, el período de postparto es una época de gran ansiedad e inseguridad para la madre primeriza, que durante algún tiempo puede verse *sobrepasada por las responsabilidades de la maternidad, por lo que el entorno hospitalario y el personal deben proporcionarle comodidad y apoyo mientras la madre encuentra y desarrolla la confianza en su capacidad para cumplir con su nuevo estado.*¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuánto tiempo transcurre desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia materna en la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) y la sala de Alojamiento Conjunto (SAC) del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"; y cuáles son los factores asociados a esta práctica?

JUSTIFICACIÓN

Las ventajas médicas, psicológicas y económicas que ofrece la lactancia al seno materno han sido comprobadas en todo el mundo.

También se ha destacado la importancia del acercamiento e inicio temprano de la succión, tanto para la relación madre-hijo, como para la adecuada producción láctea y el logro de una lactancia mutuamente satisfactoria, adecuada y prolongada.

Ante estos hechos, y considerando lo establecido por la OMS/UNICEF, en los "Diez pasos para una lactancia exitosa" en donde se hace énfasis en la necesidad de "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora posterior al nacimiento", origina la necesidad de conocer el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la lactancia con la finalidad de evaluar si se cumple con este importante paso, y en caso de no ser así, identificar los factores que condicionen esta desviación del tiempo ideal, con el fin de implementar acciones tendientes a corregir aquéllos factores que sean susceptibles de modificación.

OBJETIVO

Determinar el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia al seno materno en binomios sanos en la UTQ y la SAC del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

1.1. Medir el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia.

1.2. Comparar el tiempo obtenido con las recomendaciones internacionales (OMS/UNICEF).

1.3. Identificar los factores asociados para que este tiempo se presente.

HIPÓTESIS

Si el programa de Alojamiento Conjunto favorece el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos después del parto, y en nuestro hospital se cumple con este programa, entonces, en nuestro hospital el tiempo promedio para el inicio de la lactancia materna es menor a 30 minutos.

JUSTIFICACIÓN

Las ventajas médicas, psicológicas y económicas que ofrece la lactancia al seno materno han sido comprobadas en todo el mundo.

También se ha destacado la importancia del acercamiento e inicio temprano de la succión, tanto para la relación madre-hijo, como para la adecuada producción láctea y el logro de una lactancia mutuamente satisfactoria, adecuada y prolongada.

Ante estos hechos, y considerando lo establecido por la OMS/UNICEF, en los "Diez pasos para una lactancia exitosa" en donde se hace énfasis en la necesidad de "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora posterior al nacimiento", origina la necesidad de conocer el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la lactancia con la finalidad de evaluar si se cumple con este importante paso, y en caso de no ser así, identificar los factores que condicionen esta desviación del tiempo ideal, con el fin de implementar acciones tendientes a corregir aquéllos factores que sean susceptibles de modificación.

OBJETIVO

Determinar el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia al seno materno en binomios sanos en la UTQ y la SAC del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

1.1. Medir el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia.

1.2. Comparar el tiempo obtenido con las recomendaciones internacionales (OMS/UNICEF).

1.3. Identificar los factores asociados para que este tiempo se presente.

HIPÓTESIS

Si el programa de Alojamiento Conjunto favorece el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos después del parto, y en nuestro hospital se cumple con este programa, entonces, en nuestro hospital el tiempo promedio para el inicio de la lactancia materna es menor a 30 minutos.

JUSTIFICACIÓN

Las ventajas médicas, psicológicas y económicas que ofrece la lactancia al seno materno han sido comprobadas en todo el mundo.

También se ha destacado la importancia del acercamiento e inicio temprano de la succión, tanto para la relación madre-hijo, como para la adecuada producción láctea y el logro de una lactancia mutuamente satisfactoria, adecuada y prolongada.

Ante estos hechos, y considerando lo establecido por la OMS/UNICEF, en los "Diez pasos para una lactancia exitosa" en donde se hace énfasis en la necesidad de "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora posterior al nacimiento", origina la necesidad de conocer el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la lactancia con la finalidad de evaluar si se cumple con este importante paso, y en caso de no ser así, identificar los factores que condicionen esta desviación del tiempo ideal, con el fin de implementar acciones tendientes a corregir aquéllos factores que sean susceptibles de modificación.

OBJETIVO

Determinar el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia al seno materno en binomios sanos en la UTQ y la SAC del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

1.1. Medir el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia.

1.2. Comparar el tiempo obtenido con las recomendaciones internacionales (OMS/UNICEF).

1.3. Identificar los factores asociados para que este tiempo se presente.

HIPÓTESIS

Si el programa de Alojamiento Conjunto favorece el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos después del parto, y en nuestro hospital se cumple con este programa, entonces, en nuestro hospital el tiempo promedio para el inicio de la lactancia materna es menor a 30 minutos.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO

Se estudiaron 300 binomios madre-hijo que cumplieron con los siguientes requisitos:

- 1) Nacimiento en la UTQ del Hospital.
- 2) Madre sana con capacidad para lactar a su bebé.
- 3) Recién nacido con succión y deglución normales
- 4) Sin contraindicaciones para ser alimentado por vías bucal.
- 5) Edad gestacional de 36 a 42 semanas por Capurro.¹⁶

◆ Variables independientes:

Variables de la madre.- Malformaciones mamarias, sedación, preeclampsia, eclampsia, psicosis postparto, salpingoclasia, sangrado transvaginal persistente, uso de medicamentos, descompensación hemodinámica, fiebre, defunción.

Variables del niño.- Hipotermia, sedación, fiebre, succión débil, hipoglicemia, infección, malformaciones, defunción.

Variables ajenas al niño y la madre.- Cambio de turno, personal insuficiente, camas insuficientes, retraso en reparación de episiotomía, retraso en el cierre de cesárea.

◆ Variable dependiente:

Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la lactancia.

CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En todos los casos estudiados, durante el trabajo de parto, se recabaron datos personales de la madre mediante interrogatorio directo (edad, escolaridad, antecedentes ginecoobstétricos y lactancias previas). Una vez obtenidos estos datos, se esperó el momento del nacimiento, anotándose la

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO

Se estudiaron 300 binomios madre-hijo que cumplieron con los siguientes requisitos:

- 1) Nacimiento en la UTQ del Hospital.
- 2) Madre sana con capacidad para lactar a su bebé.
- 3) Recién nacido con succión y deglución normales
- 4) Sin contraindicaciones para ser alimentado por vías bucal.
- 5) Edad gestacional de 36 a 42 semanas por Capurro.¹⁶

◆ Variables independientes:

Variables de la madre.- Malformaciones mamarias, sedación, preeclampsia, eclampsia, psicosis postparto, salpingoclasia, sangrado transvaginal persistente, uso de medicamentos, descompensación hemodinámica, fiebre, defunción.

Variables del niño.- Hipotermia, sedación, fiebre, succión débil, hipoglucemia, infección, malformaciones, defunción.

Variables ajenas al niño y la madre.- Cambio de turno, personal insuficiente, camas insuficientes, retraso en reparación de episiotomía, retraso en el cierre de cesárea.

◆ Variable dependiente:

Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la lactancia.

CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En todos los casos estudiados, durante el trabajo de parto; se recabaron datos personales de la madre mediante interrogatorio directo (edad, escolaridad, antecedentes ginecoobstétricos y lactancias previas). Una vez obtenidos estos datos, se esperó el momento del nacimiento, anotándose la

forma en que se resolvió el embarazo, la hora de nacimiento, así como los datos concernientes a la anestesia, maniobras obstétricas y procedimientos médicos realizados durante el parto y posteriores al nacimiento. De igual forma se registraron los datos concernientes al producto: Apgar, Silverman, peso, sexo, talla, índice ponderal, edad gestacional y se vigiló durante su estancia en recuperación hasta que fué alimentado por primera vez por su madre, midiéndose el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera tetada. Para fines de comparación se formaron dos grupos: el grupo A inició la lactancia en menos de 30 minutos; y el grupo B cuando se inició después de este tiempo. La colección de datos se realizó en una hoja expofeso (Ver Anexo 2).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan utilizando tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud en los artículos 187 a 194, considerándose un estudio sin riesgo para el binomio.

RESULTADOS

En los 300 binomios estudiados, se encontró que la edad materna fué de 24.9 ± 6.06 (recorrido 13 a 43 años), de las cuales 18 (6%) no cursaron ni un año de instrucción primaria; 115 (38.3%) cursaron por lo menos un año de primaria; 115 (38.3%) al menos un año de secundaria o equivalente; 42 (14%) un año o más de preparatoria o equivalente y 10 (3.3%) estudiaron al menos un semestre de licenciatura. Asimismo, del total de las pacientes, 125 (41.6%) vivían en unión libre, 106 (35.3%) estaban casadas, 65 (21.6%) eran madres solteras, 3 (1%) estaban separadas y 1 (0.33%) era viuda.

En cuanto a la resolución del embarazo 182 niños (61.0%) nacieron por vía vaginal [173 (95.05%) fueron eutócicos y 9 (4.94%) distócicos, [2 partos

forma en que se resolvió el embarazo, la hora de nacimiento, así como los datos concernientes a la anestesia, maniobras obstétricas y procedimientos médicos realizados durante el parto y posteriores al nacimiento. De igual forma se registraron los datos concernientes al producto: Apgar, Silverman, peso, sexo, talla, índice ponderal, edad gestacional y se vigiló durante su estancia en recuperación hasta que fué alimentado por primera vez por su madre, midiéndose el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera tetada. Para fines de comparación se formaron dos grupos: el grupo A inició la lactancia en menos de 30 minutos; y el grupo B cuando se inició después de este tiempo. La colección de datos se realizó en una hoja expofeso (Ver Anexo 2).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan utilizando tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud en los artículos 187 a 194, considerándose un estudio sin riesgo para el binomio.

RESULTADOS

En los 300 binomios estudiados, se encontró que la edad materna fué de 24.9 ± 6.06 (recorrido 13 a 43 años), de las cuales 18 (6%) no cursaron ni un año de instrucción primaria; 115 (38.3%) cursaron por lo menos un año de primaria; 115 (38.3%) al menos un año de secundaria o equivalente; 42 (14%) un año o más de preparatoria o equivalente y 10 (3.3%) estudiaron al menos un semestre de licenciatura. Asimismo, del total de las pacientes, 125 (41.6%) vivían en unión libre, 106 (35.3%) estaban casadas, 65 (21.6%) eran madres solteras, 3 (1%) estaban separadas y 1 (0.33%) era viuda.

En cuanto a la resolución del embarazo 182 niños (61.0%) nacieron por vía vaginal [173 (95.05%) fueron eutócicos y 9 (4.94%) distócicos, [2 partos

forma en que se resolvió el embarazo, la hora de nacimiento, así como los datos concernientes a la anestesia, maniobras obstétricas y procedimientos médicos realizados durante el parto y posteriores al nacimiento. De igual forma se registraron los datos concernientes al producto: Apgar, Silverman, peso, sexo, talla, índice ponderal, edad gestacional y se vigiló durante su estancia en recuperación hasta que fué alimentado por primera vez por su madre, midiéndose el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera tetada. Para fines de comparación se formaron dos grupos: el grupo A inició la lactancia en menos de 30 minutos; y el grupo B cuando se inició después de este tiempo. La colección de datos se realizó en una hoja expofreso (Ver Anexo 2).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan utilizando tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud en los artículos 187 a 194, considerándose un estudio sin riesgo para el binomio.

RESULTADOS

En los 300 binomios estudiados, se encontró que la edad materna fué de 24.9 ± 6.06 (recorrido 13 a 43 años), de las cuales 18 (6%) no cursaron ni un año de instrucción primaria; 115 (38.3%) cursaron por lo menos un año de primaria; 115 (38.3%) al menos un año de secundaria o equivalente; 42 (14%) un año o más de preparatoria o equivalente y 10 (3.3%) estudiaron al menos un semestre de licenciatura. Asimismo, del total de las pacientes, 125 (41.6%) vivían en unión libre, 106 (35.3%) estaban casadas, 65 (21.6%) eran madres solteras, 3 (1%) estaban separadas y 1 (0.33%) era viuda.

En cuanto a la resolución del embarazo 182 niños (61.0%) nacieron por vía vaginal [173 (95.05%) fueron eutócicos y 9 (4.94%) distócicos, [2 partos

forma en que se resolvió el embarazo, la hora de nacimiento, así como los datos concernientes a la anestesia, maniobras obstétricas y procedimientos médicos realizados durante el parto y posteriores al nacimiento. De igual forma se registraron los datos concernientes al producto: Apgar, Silverman, peso, sexo, talla, índice ponderal, edad gestacional y se vigiló durante su estancia en recuperación hasta que fué alimentado por primera vez por su madre, midiéndose el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera tetada. Para fines de comparación se formaron dos grupos: el grupo A inició la lactancia en menos de 30 minutos; y el grupo B cuando se inició después de este tiempo. La colección de datos se realizó en una hoja expofeso (Ver Anexo 2).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan utilizando tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud en los artículos 187 a 194, considerándose un estudio sin riesgo para el binomio.

RESULTADOS

En los 300 binomios estudiados, se encontró que la edad materna fué de 24.9 ± 6.06 (recorrido 13 a 43 años), de las cuales 18 (6%) no cursaron ni un año de instrucción primaria; 115 (38.3%) cursaron por lo menos un año de primaria; 115 (38.3%) al menos un año de secundaria o equivalente; 42 (14%) un año o más de preparatoria o equivalente y 10 (3.3%) estudiaron al menos un semestre de licenciatura. Asimismo, del total de las pacientes, 125 (41.6%) vivían en unión libre, 106 (35.3%) estaban casadas, 65 (21.6%) eran madres solteras, 3 (1%) estaban separadas y 1 (0.33%) era viuda.

En cuanto a la resolución del embarazo 182 niños (61.0%) nacieron por vía vaginal [173 (95.05%) fueron eutócicos y 9 (4.94%) distócicos, [2 partos

pélvicos y 7 fórceps]; y 118 (39%) se extrajeron por operación cesárea (Tablas 1 a 2 y Fig 1).

Durante el trabajo de parto y el momento de la resolución del embarazo, 135 pacientes (45%) recibieron anestesia local; 110 (36.6%) bloqueo peridural; 43 (14.3%) no recibieron ningún tipo; once (3.6%) anestesia general y una (0.33%) bloqueo de nervios pudendos (Tabla 3 y Fig 2).

En relación a los productos; 160 fueron del sexo femenino (53.3%) y 140 del masculino (46.6%). El peso de los productos fué de $3,056 \pm 351$ gramos (recorrido 2,200 a 3,875 g). La talla fué de 50.3 ± 2.31 cm (40 a 56 cm); y el índice ponderal de 2.3 ± 0.27 (1.7 a 3.1) (Tabla 4 y Fig 3).

Doscientos noventa y nueve recién nacidos (99.6%) recibieron una calificación de Apgar de 7 o más y uno (0.33%) de 6. Con respecto a la calificación de Silverman, 296 (98.6%) obtuvieron 0; dos (0.67%) recibieron uno y dos (0.67%) obtuvieron dos. La edad gestacional osciló entre 36 y 42 semanas con una media de 39 ± 1.1 semanas; doscientos setenta y dos pacientes (90.6%) fueron a término y 28 (9.3%) de pretérmino (Tabla 4 y Figs 4 a 6).

El tiempo de inicio de lactancia varió de 10 a 540 minutos, con una media de 85.2 ± 73 minutos, observándose que 104 binomios (35%) iniciaron en un tiempo menor o igual a 30 minutos y 196 (65%) iniciaron posterior a los 30 minutos; encontrándose que el tiempo promedio fué 26.4 ± 4.48 minutos en el grupo A y 116.5 ± 73.9 minutos para el grupo B (Tabla 5 y Fig 7).

En relación a los factores asociados con el inicio de la lactancia en un tiempo mayor a 30 minutos, se encontró lo siguiente:

Factores asociados a la madre.- Sedación 16 casos (8.16%), con un tiempo de 169.2 ± 57 minutos (recorrido 45 a 217 min); agotamiento 13 casos (6.6%), en 107.7 ± 51.9 minutos (45 a 202 min); deseo de la madre de no lactar de inmediato, dos casos (1.02%), en 64.03 ± 22.6 minutos (50 a 82 min); enfermedad hipertensiva del embarazo dos casos (1.02%), con 73.8 ± 62.2 minutos (42 a 130 min); pezón plano un caso (0.51%), en 52 minutos; sangrado transvaginal persistente secundario a retención de restos placentarios un caso (0.51%), con inicio a los 227 minutos; sangrado transvaginal persistente secundario a desgarro de cérvix un caso (0.51%), en 240 minutos; parto fortuito un caso (0.51%), en 45 minutos (Tablas 6 y 7).

Factores asociados al producto.- Productos gemelares 8 (4.08%), con tiempo de 77.8 ± 68.6 minutos (recorrido 45 a 202 min); polipnea un caso (0.51%), en 194 minutos; succión débil un caso (0.51%), con 150 minutos; ictericia, con antecedente de madre O Rh negativo un caso (0.51%) en 540 minutos. (Tablas 6 y 7).

Factores ajenos a la madre y al producto.- Exceso de trabajo 68 casos (34.6%), en un tiempo de 101.9 ± 60 minutos (recorrido 42 a 322 min); relacionado con la identificación y aseo del producto 45 casos (22.9%), en 48 ± 19.9 minutos (31 a 145 min); permanencia en camilla por falta de camas 24 casos (12.2%), en 166.5 ± 52.6 minutos (40 a 300 min); y tiempo prolongado en el cierre de herida quirúrgica once casos (5.61%), en 97 ± 44.8 minutos (42 a 180 min) (Tablas 6 y 7).

Al comparar los binomios que iniciaron la alimentación al seno materno en un tiempo menor o igual a 30 minutos con aquéllos que iniciaron posterior a 30 minutos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad materna, estado civil, número de lactancias previas, ni en el recién nacido en edad gestacional, sexo, peso talla e índice ponderal; pero sí hubo diferencias significativas en relación a escolaridad materna, número de gestaciones, tipo de resolución del embarazo y sedación (Tabla 8 y 9).

Tabla 1.- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

RESOLUCIÓN	n	%
PARTO	182	61.0
CESÁREA	118	39.0
TOTAL	300	100

Tabla 2.- RESOLUCIÓN POR VÍA VAGINAL

VÍA VAGINAL	n	%
Eutocia	173	95.0
Distocia	9*	4.94
TOTALES	182	100

*Fórceps 7, parto pélvico 2

Tabla 3.- SEDACIÓN O ANALGESIA

ANESTESIA	n	%
Local	135	45
BPD	110	37
Ninguna	43	14
General	11	3.7
Bloqueo pudendos	1	0.3
TOTALES	300	100

Tabla 4- DATOS DE LOS PRODUCTOS

Características	n	%
SEXO		
Femenino	160	53
Masculino	140	47
EDAD GESTACIONAL		
Término	272	91
Pretérmino	28	9
APGAR		
≥ 7	299	99.7
< 7	1	0.3
SILVERMAN		
0	296	98.7
1	2	0.6
2	2	0.6

Tabla 5.- INICIO DE LACTANCIA

INICIO	n	%	tiempo
Menor o igual a 30 minutos	104	35	26.4±4.48*
Mayor de 30 minutos	196	65	116.5± 73.9*

* Media ± D.S.

Tabla 6.- FACTORES ASOCIADOS A TIEMPO MAYOR DE 30 MINUTOS

Factores	n	%	minutos
ATRIBUIBLES AL BINOMIO			
Sedación	16	8.16	169.2 ± 57 *
Agotamiento	13	6.60	107.7 ± 51.9
Productos gemelares	8	4.08	77.8 ± 68.6
Deseo de la madre	2	1.02	64.03 ± 22.6
Enf. hipertensiva del embarazo	2	1.02	73.8 ± 62.2
Pezón plano	1	0.51	52 **
Retención de restos	1	0.51	227
Desgarro del cérvix	1	0.51	240
Parto fortuito	1	0.51	45
Polipnea	1	0.51	194
Succión débil	1	0.51	150
Ictericia	1	0.51	540
NO ATRIBUIBLES AL BINOMIO			
Exceso de trabajo	68	34.6	101.9 ± 60
Identificación y aseo	45	22.9	48 ± 19.9
Permanencia en camilla	24	12.2	166.5 ± 52.6
Cierre de herida quirúrgica	11	5.61	97 ± 44.8

* Media ± D.S.

** Valor absoluto

Tabla 7.- FACTORES ASOCIADOS A TIEMPO MAYOR DE 30 MINUTOS

Factores	n	%	minutos
MATERNOS			
Sedación	16	8.16	169.2 ± 57 *
Agotamiento	13	6.60	107.7 ± 51.9
Deseo de la madre	2	1.02	64.03 ± 22.6
Enf. hipertensiva del embarazo	2	1.02	73.8 ± 62.2
Pezón plano	1	0.51	52**
Retención de restos	1	0.51	227
Desgarro del cérvix	1	0.51	240
Parto fortuito	1	0.51	45
PRODUCTO			
Productos gemelares	8	4.08	77.8 ± 68.6
Polipnea	1	0.51	194
Succión débil	1	0.51	150
Ictericia	1	0.51	540
AJENOS A AMBOS			
Exceso de trabajo	68	34.6	101.9 ± 60
Identificación y aseo	45	22.9	48 ± 19.9
Permanencia en camilla	24	12.2	166.5 ± 52.6
Cierre de herida quirúrgica	11	5.61	97 ± 44.8

* Media ± D.S.

** Valor absoluto

Tabla 8.- INICIO DE LACTANCIA

Factores	Grupo A	Grupo B	p
MATERNO			
Edad materna	34.82 ± 6.42*	25.02 ± 5.88	NS ²
Escolaridad			
ninguna	11**	7	<0.05 ¹
primaria	41	74	
secundaria	40	75	
preparatoria	12	30	
licenciatura	0	10	
Estado civil			
soltera	23	42	NS ¹
casada	29	77	
unión libre	50	75	
viuda	1	0	
separada	1	2	
Gestas			
primigesta	26	72	<0.05 ¹
multigesta	78	124	
Lactancia previas			
si	26	72	NS ¹
no	78	124	
Resolución del embarazo			
eutocia	80	93	<0.05 ¹
distocia	4	5	
cesárea	20	98	
Sedación o analgesia			
local	63	72	<0.05 ¹
bpd	20	90	
general	0	11	
ninguna	21	22	
otra	0	1	

1. Chi cuadrada

2. T Student

* Media ± D. S

** Valor absoluto

N.S. No significativo

Tabla 9.- INICIO DE LACTANCIA

Factores	Grupo A	Grupo B	p
PRODUCTO			
Edad gestacional			
pretérmino	10*	18	NS ¹
término	94	178	
Sexo			
masculino	44	96	NS ¹
femenino	60	110	
Peso	3072.3 ± 330.43**	3046.9 ± 362.3	NS ²
Talla	50.52 ± 2.43	50.27 ± 2.24	NS ²
Indice ponderal	2.39 ± 0.24	2.37 ± 0.26	NS ²
Apgar			
< 7	0	1	NS ¹
≥ 7	104	195	
Silverman			
0	104	192	NS ¹
1	0	2	
2	0	2	

1. Chi cuadrada

2. T Student

* Valor absoluto

** Media ± D.S.

N.S. No significativo

Fig 1.- RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

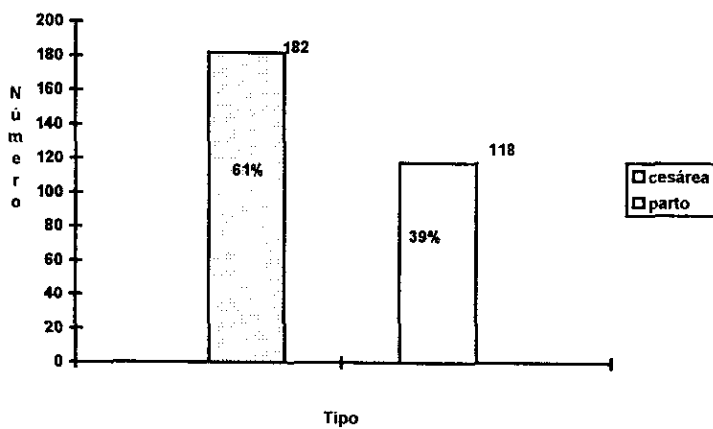


Fig 2.- SEDACIÓN O ANALGESIA

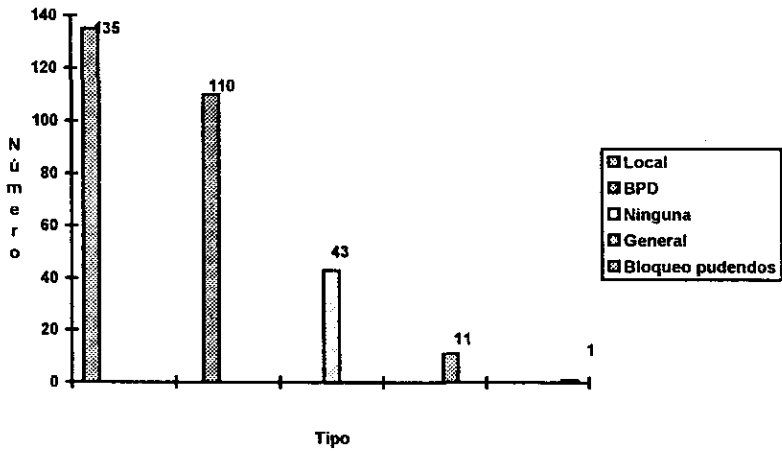


Fig 3.- SEXO DEL PRODUCTO

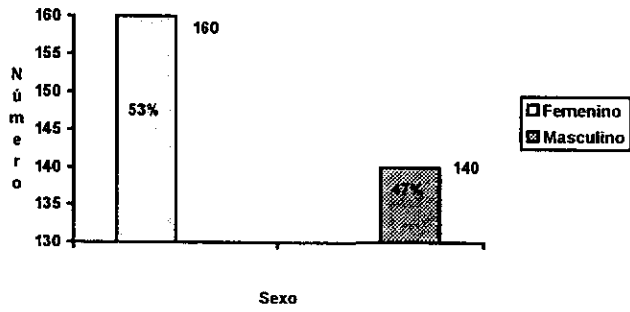


Fig 4.- EDAD GESTACIONAL

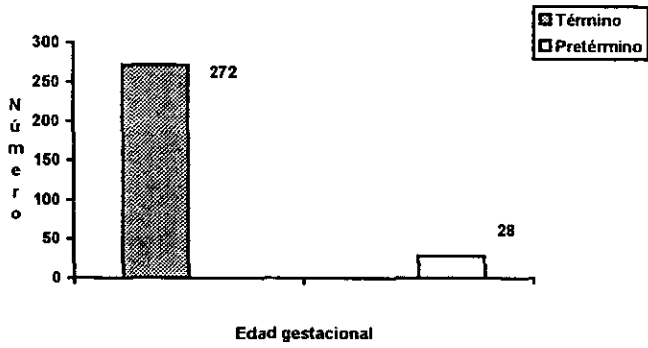


Fig 6.- PUNTUACIÓN DE SILVERMAN

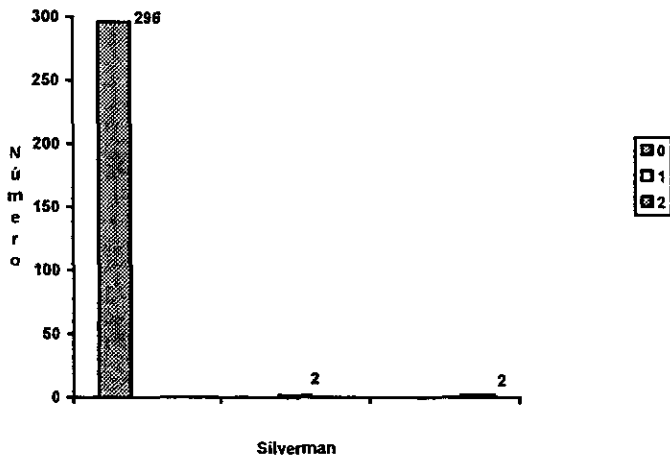
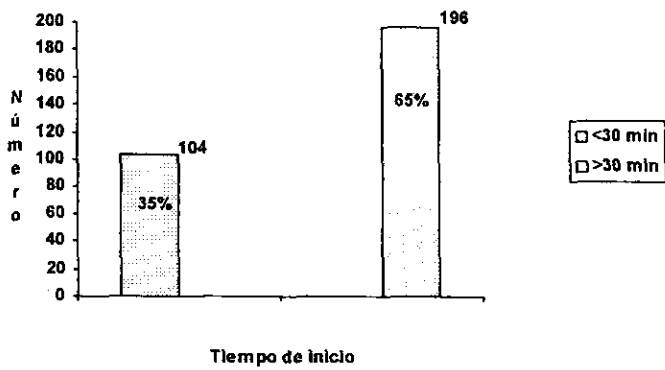


Fig 7.- TIEMPO DE INICIO DE LACTANCIA



DISCUSIÓN

El tiempo de inicio de la lactancia puede tener efectos profundos sobre el éxito definitivo de la alimentación al seno materno.

Estudios realizados en años previos han encontrado que las madres y sus recién nacidos con capacidad de iniciar la alimentación al seno materno dentro de la primera hora después del nacimiento tienen un índice de éxito mayor que aquéllos en quienes la primera tetada se retrasa por varias horas.^{17,18,19} A este respecto, se ha demostrado que la succión temprana se asocia con una lactancia prolongada,^{19,20,21,22} así como a secreción temprana de calostro, en respuesta a la producción de hormonas lactogénicas;²³ y al mismo tiempo, puede tener efectos positivos sobre el bienestar del producto y el comportamiento de la madre hacia su hijo.^{17,18,19}

A pesar de que diversos autores concuerdan en la importancia del contacto temprano y los múltiples beneficios de la alimentación al seno materno;^{2,5,6,11,15,17-23} en los estudios relacionados con el tema no se ha establecido un criterio uniforme con respecto al tiempo ideal para el inicio de la lactancia, ya que pueden apreciarse variaciones que van desde 30 minutos hasta 72 horas posteriores al nacimiento para iniciar la lactancia.^{6,13,14,17-24}

Por otro lado, al revisar la literatura de los últimos 30 años, no encontramos estudios similares al actual, siendo el más parecido, el realizado recientemente por Chapman y Pérez Escamilla,²⁴ en el cuál encontraron un tiempo de inicio de la lactancia de 66.9 horas posteriores al parto, con rango de 1 a 148 horas, e identificaron como factores de riesgo significativo a la alimentación exclusiva con fórmula antes del establecimiento de la lactancia; peso del producto menor de 3632 g.; cesárea no programada, parto vaginal con período expulsivo prolongado, compleción materna pesada-obesa y grupo étnico blanco/hispano.

Como puede observarse, la mayoría de los factores se relacionan con problemas ocurridos en el binomio, hecho que contrasta con los hallazgos de la presente serie, en donde los principales factores asociados al problema resultaron ser ajenos al mismo; en orden de frecuencia estos factores fueron, exceso de trabajo en la UTQ, retardo en la identificación del producto y número insuficiente de camas.

Sin embargo, algunas variables no tomadas en cuenta en nuestro estudio fueron detectadas como factores de riesgo significativo por Chapman y Pérez Escamilla²⁴ tales como el grupo étnico, posiblemente sin mayor relevancia en nuestro medio, ya que no es tan evidente la diferencia de razas como en Estados Unidos; el índice de masa corporal materna y algunas características de la vía de nacimiento, como período expulsivo prolongado, el cuál no se encontró en la presente serie y cesárea no programada.

Por otro lado, si bien el tiempo de inicio de lactancia que se registró en nuestro estudio es significativamente menor a lo obtenido por Chapman y col,²⁴ en ambos, sobrepasa las recomendaciones internacionales,¹⁴ lo que probablemente, influya en forma negativa en el éxito de la lactancia, así como

en su duración, tal y como ha sido previamente demostrado por varios autores^{17,18,19,20,21,22} lo que adicionalmente, puede a su vez, favorecer el uso de fórmulas suplementarias para la alimentación de estos recién nacidos.²⁵

Aunque en ambos trabajos se revisan los factores que pueden contribuir al retraso en el inicio de la lactancia, es difícil establecer comparaciones directas, ya que en la serie de Chapman y col,²⁴ la determinación del inicio de la lactancia se basó, en la percepción materna (síntomas mamarios: congestión, pesadez, dolor, escurrimiento); y en nuestro estudio, se definió al inicio como el momento en que se presentó la primera tetada, para lo cuál se realó observación directa desde el momento del nacimiento. De igual forma consideramos situaciones tanto relacionadas a la madre y al producto, como ajenos a los mismos.

Cabe mencionar que Thompson y col,²⁶ en un estudio de los factores asociados a la fiebre en el recién nacido manejado en el alojamiento conjunto de un Hospital del IMSS encontraron que también el tiempo de inicio de la lactancia materna fué superior a las recomendaciones internacionales y ello probablemente originó una producción insuficiente de leche en la madre y deshidratación en el bebé.

Nuestros hallazgos indican que el tiempo de inicio de la lactancia, en gran parte se vió influenciado en forma directa por la cantidad de población que recibe nuestro Hospital, en donde, el año previo a realizar este estudio se atendieron en la UTQ un total de 3557 partos y 1276 cesáreas,²⁷ lo que favorece que se presenten factores ajenos al binomio, al contrario de lo que ocurre en las otras series en donde seguramente se cuenta con menor cantidad de ingresos por año y mayor cantidad de personal para la atención del binomio. Los otros casos, atribuibles propiamente al binomio se derivan principalmente de la vía de nacimiento y de situaciones muy específicas, los cuales ocupan un porcentaje significativamente menor en relación al total de la muestra observada.

Adicionalmente a las recomendaciones de la OMS con respecto del inicio de la alimentación al seno materno, es indispensable unificar criterios con respecto del tiempo ideal para que esta se presente, debido a las implicaciones antes mencionadas.

CONCLUSIONES

- 1.- El promedio para el inicio de la lactancia materna en nuestro hospital, es superior al tiempo considerado por la OMS como el ideal para nuestros países (Mayor de 30 minutos después del nacimiento).
- 2.- Los factores que más frecuentemente retrasan el inicio de la lactancia materna son ajenos al binomio.
- 3.- Son necesarios estudios más amplios para confirmar los hallazgos previos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Flores AL, Vásquez EM, Romero E, Kumazawa MR, Nápoles F. Hábitos de alimentación en madres lactantes de la Ciudad de Tuxpan, Jalisco. *Perinatol Reprod Hum* 1992;6:151-6.
- 2.- Berhrman RE. Nutrición y trastornos nutricionales. *Tratado de Pediatría*. Ed. Interamericana. 14a. Ed. Vol. 1: 138-42.
- 3.- Castellanos RC, Solórzano F. Leche Humana: Propiedades inmunológicas y antimicrobianas. *Perinatol Reprod Hum* 1990;4:32-8.
- 4.- Freed GL. Breast-feeding. Time to teach what we preach. *JAMA* 1993;269:243-5.
- 5.- Villalpando S, De Santiago S. Bases biológicas de la lactancia materna. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:889-97.
- 6.- De Château P, Holmberg H, Jakobsson K, Winberg Jan. A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Develop Med Child Neurol* 1977;19:575-84.
- 7.- Vandale S, Zetina A, Montaña A, Reyes H, Tirado L. Estudio longitudinal sobre la lactancia humana y factores relacionados con la fecundidad en primíparas atendidas para el parto en el Hospital General de México, D.F. *Perinatol Reprod Hum* 1993;7:19-24.
- 8.- Pérez S, Díez S, Rueda F. Percepción de un grupo de mujeres sobre el amamantamiento y la maternidad: Una perspectiva sociológica y de género. *Perinatol Reprod Hum* 1993;7:25-34.
- 9.- Vandale S, Reyes H, Montaña A, López E, Vega EN. Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo. *Salud Pública Mex* 1992;34:25-35.
- 10.- Valdespino JL, Gómez H, Garnica ME, Lam N, Herrera MC. Encuesta Nacional de Salud 1986. Patrones de lactancia y ablactación en México. *Salud Pública Mex* 1989;31:725-34.
- 11.- Ledesma FX, Chi J, Rodríguez AR, Zamora I, Alojamiento conjunto: relación intrahospitalaria madre-hijo en el puerperio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1983;40:375-8.
- 12.- American Academy of Pediatrics. The promotion of breast-feeding. *Pediatrics* 1982;69:654-660.
- 13.- Cisneros IE, Flores S. Alojamiento conjunto de la madre y su hijo, hospitales amigo y promoción del amamantamiento en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52:135-40.
- 14.- World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. Geneve. 1989.
- 15.- Behrman RE. Nutrición y trastornos nutricionales. *Tratado de Pediatría*. Ed. Interamericana. 14a Ed. Vol. 1:136-7.
- 16.- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro Barcia. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1978;93:120.

- 17.- De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatr Scand* 1977;66:137-43.
- 18.- De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand* 1977;66:145-51.
- 19.- Sosa R. Maternal-infant interaction during the immediate postpartum period. *Adv Pediatr* 1978;25:451-65.
- 20.- Taylor PM, Maloni JA, Brown DR. Early suckling and prolonged breast feeding. *Am J Dis Child* 1986; 140:151-4.
- 21.- Taylor PM, Maloni JA, Taylor H, Campbell SB. II. Extra early mother infant contact and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1985 Suppl 316:15-22.
- 22.- Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978:1141-3.
- 23.- Sözmen M. Effects of early suckling of cesarean-born babies on lactation. *Biol Neonate* 1992;62:67-8.
- 24.- Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc* 1999;99:450-4.
- 25.- Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991;88:745-50.
- 26.-Thompson-Chagoyán OC, López FG, Maldonado, Villagómez SE, Sepúlveda VA, Alonzo VF. Fiebre en el recién nacido durante su estancia en el Alojamiento Conjunto. Enviado a publicación *Boi Med Hosp Infant Mex* 1999.
- 27.- Fuente: Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

ANEXO 1

Diez pasos para una lactancia exitosa¹⁴

- Tener normas escritas sobre la lactancia y darlas a conocer al personal.
- Capacitación al 100% del personal de salud.
- Informar a las embarazadas los beneficios de la lactancia materna.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora después del nacimiento.
- Mostrar a las madres como amamantar y continuar amamantando aunque estén separadas de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos otros alimentos, sólo leche materna, a menos que estén médicamente indicados.
- Practicar alojamiento conjunto las 24 horas del día.
- Aconsejar a las madres para que amamenten a libre demanda.
- No dar chupones o biberones a los niños que están amamantados.
- Establecer grupos de apoyo de lactancia materna.

Fuente: World Health Organization
A joint WHO/UNICEF Statement
Geneve 1989.

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número _____
Nombre _____ Registro _____
Cama _____
Edad materna _____ Escolaridad _____ Estado civil _____
G ___ P ___ C ___ A ___ Lactancias previas: si ___ no ___
Resolución del embarazo: eutocia _____ distocia _____
Cesárea _____ Motivo _____
Sedación o analgesia: Local ___ BPD ___ General ___ Duración ___ Ninguna ___
Otro _____

RECIEN NACIDO

Apgar ___ / ___ Silverman ___ / ___ Sexo ___ Capurro ___
Peso _____ Talla _____ Índice Ponderal _____
Hora de nacimiento _____
Inicio de la lactancia _____

FACTORES RELACIONADOS

-Maternos

Malformaciones mamarias ___ Sedación ___ Preeclampsia ___ Rechazo ___
Salpingoclasia ___ Agotamiento ___ Pezón plano ___ Parto fortuito ___
Sangrado transvaginal persistente _____ Uso de medicamentos _____
Descompensación hemodinámica ___ Fiebre materna ___ Defunción _____

-Del producto

Hipotermia ___ Sedación ___ Fiebre ___ Succión débil ___ Polipnea ___
Malformaciones _____ Ictericia ___ Gemelo ___ Hipoglicemia ___
Infección ___ Defunción _____

-Ajenos a la madre y al producto

Cambio de turno ___ Personal insuficiente ___ Camas insuficientes ___
Retraso en reparación episiotomía ___
Retraso en el cierre de cesárea ___
Retraso en identificación y aseo del producto _____

Otros _____

Observaciones _____

