

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA - EXTENSION VALERA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR PEDRO EMILIO CARRILLO”**  
**POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.**

**CARACTERIZACIÓN DE LA LACTANCIA HUMANA EN LACTANTES**  
**MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL**  
**HUPEC DE AGOSTO 2012 A ENERO 2013.**

**AUTOR: DESIRÉE M. GUTIÉRREZ GRATEROL.**

**TUTORA: DRA. ANDREINA LA CORTE.**

**COTUTOR: DR. RAFAEL J. SANTIAGO P.**

**VALERA, 2013.**

**CARACTERIZACIÓN DE LA LACTANCIA HUMANA EN LACTANTES  
MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL  
HUPEC DE AGOSTO 2012 A ENERO 2013.**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO  
CIRUJANO DESIRÉE M. GUTIÉRREZ GRATEROL, C.I. V-16.584.346,  
ANTE EL CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DEL MÉRITO PARA LA  
OBTENCIÓN DE GRADO DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y  
PEDIATRÍA.**

C.C Reconocimiento

- AUTOR:** **DESIRÉE MARÍA GUTIÉRREZ GRATEROL.**  
Médico Cirujano.  
Residente del tercer año de postgrado de  
Pediatria y Puericultura ULA, Hospital  
Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.
- TUTORA:** **DRA. ANDREINA LA CORTE.**  
Pediatra Puericultor.  
Especialista 2.  
Jefe de Servicio de Emergencia Pediátrica  
Del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio  
Carrillo”.  
Profesor Asistente TCV ULA
- COTUTOR:** **DR. RAFAEL J. SANTIAGO P.**  
Pediatra Puericultor.  
Gastroenterólogo Pediatra.  
Especialista 1 Hospital Universitario “Dr.  
Pedro Emilio Carrillo”.  
Magister en Docencia para Educación  
Superior.  
Profesor Instructor Contratado ULA.
- ASESORA:** **BELKIS GONZÁLEZ DE VALERY.**  
Licenciada en Nutrición y dietética.  
Magíster Scientiarum en Docencia para  
Educación Superior.  
Nutricionista del Servicio de Nutrición y  
Dietética del Hospital Universitario de Valera  
“Dr. Pedro Emilio Carrillo”.  
Profesor Instructor (A Honores) Escuela de  
Nutrición, Universidad de los Andes, Extensión  
Valera.  
Profesor Instructor (Contratado), Eje de  
Investigación, Universidad Rafael Maria Baralt,  
Extensión Valera.

## DEDICATORIA

**A Dios y a La Divina Pastora,**

Gracias por la salud, inteligencia, paciencia y constancia que me has dado en mis estudios como Médico y hoy día como Pediatra.

**A mis Padres y Hermano: Noris, Felipe y Jorge,**

Mis columnas y fortalezas.

¡Gracias por su gran dedicación y apoyo, los Amo!

**A todos mis Pacientes,**

Sin ellos no hubiera sido posible llegar a donde estoy. ¡Gracias!

**Desirée M. Gutiérrez Graterol**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **AGRADECIMIENTO**

**A mis Tutores, Dra. Andreina La Corte, Dr. Rafael Santiago y Lic. Belkis González de Valery,**

Por el apoyo prestado y guiarme en este camino ¡Mil gracias!

**A mis Compañeros, Colegas y Amigos,**

Con quienes compartí momentos gratos e inolvidables.

**Al Departamento de Pediatría,**

Sede de esta investigación.

**Al Departamento de Pediatría y Puericultura,**

**Especialistas, Enfermeras, Secretarias y resto del personal,**

Gracias por su apoyo, colaboración y amistad.

**A la Universidad de los Andes, a la Escuela de Medicina,**

Que me permitió crecer aun más personal y profesionalmente.

**Al Dr. Gomer Chiquito y a la Lic. Dayana Chapon,**

Por su apoyo brindado incondicionalmente.

**A todos Gracias.**

**Desirée M. Gutiérrez Graterol.**

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Introducción</b>	1
Sistema de Variables	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	19
<b>Marco metodológico</b>	<b>20</b>
Tipo de investigación	20
Tipo de diseño	20
Población	20
Muestra	20
Materiales y métodos	20
Procedimiento de la investigación	20
Análisis estadístico	21
Validez y confiabilidad del instrumento	22
<b>Análisis de resultados</b>	<b>24</b>
<b>Discusión de resultados</b>	<b>42</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>47</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>50</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>51</b>
<b>Anexos</b>	<b>55</b>

**CARACTERIZACIÓN DE LA LACTANCIA HUMANA EN LACTANTES  
MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL  
HUPEC DE AGOSTO 2012 A ENERO 2013.**

**RESUMEN**

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación del lactante. Se ha observado un patrón del descenso en el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos años a nivel mundial. El principal objetivo de esta investigación fue caracterizar la lactancia materna en los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo Agosto 2012 – Enero 2013. Es un estudio descriptivo con diseño de campo, transversal no experimental realizado mediante la aplicación de una encuesta. La población de estudio fueron 275 lactantes menores ingresados en el Departamento de Pediatría durante el periodo Agosto 2012 – Enero 2013. 62,91% de las madres tenían experiencia previa en lactancia materna, aún así 51,63% administró lactancia mixta desde el nacimiento. 37,09% de las madres deseaban previamente al nacimiento practicar lactancia materna exclusiva, 60% lactancia mixta y 2,91% lactancia artificial. 102 de las madres refieren que nadie les enseñó alguna técnica en lactancia materna. De los lactantes que recibieron fórmula artificial, 41,96% fue introducida por la madre y 40,11% por el pediatra. 61,09% de las madres establecieron horarios de alimentación. Las causas más frecuentes de abandono de la lactancia materna exclusiva fueron: el bebé quedaba con hambre 34,82%, hospitalización 16,96%, rechazo del pecho 12,05%. Las características de la lactancia materna practicada no cumplen con los objetivos de la OMS. Se recomienda campañas efectivas para informar a la población de los beneficios para la madre y el niño de la práctica exclusiva de la lactancia materna.

**CHARACTERIZATION OF HUMAN BREASTFEEDING IN YOUNGER  
INFANTS ADMITTED IN THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS OF HUPEC  
AUGUST 2012-JANUARY 2013.**

**ABSTRACT**

Breastfeeding is the best form of infant feeding. There has been a pattern of decline in the performance of exclusive breastfeeding in recent years worldwide. The main objective of this research was to characterize breastfeeding in younger infants hospitalized in the Department of Pediatrics in University Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo" during the period August 2012 - January 2013. It is a cross-sectional descriptive study, non experimental made by applying a survey. The study population included 275 younger infants admitted to the Department of Pediatrics for the period August 2012 - January 2013. 62.1% of mothers had previous experience of breastfeeding, nevertheless 51,63% prefer to offer MBF. 37.09% of mothers decide previous to childbirth to practice exclusive breastfeeding, 60% MBF and 2.91% artificial feeding. 102 mothers refer anyone teach them any breastfeeding technique. Of the infants who received artificial formula was introduced by the mother in 41.96% and 40.11% by the pediatrician. 61.09% of mothers established feeding schedules. The most frequent causes of abandonment exclusive breastfeeding were: the baby was hungry 34.82%, hospitalization 16.96%, 12.05% breast refusal. The characteristics of the breastfeeding status not meet WHO targets. It is recommended that effective campaigns to inform people of the benefits to the mother and child to practice exclusive breastfeeding.

## INTRODUCCIÓN.

La lactancia materna es por naturaleza, la mejor forma de alimentación del lactante. Alimentar a los lactantes con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados, es la vía para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, además asegurar la salud futura de la madre ahorrando costos innecesarios a las familias y a la sociedad.

Es mundialmente conocida la importancia de la lactancia materna para el desarrollo inmunológico, nutricional, afectivo y psicológico de los niños y en los últimos años se han realizado innumerables estudios que resaltan los beneficios de la lactancia materna a corto y largo plazo. Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo exponen a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud presente y futura y acarreando perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente<sup>1</sup>.

La lactancia humana incrementa el nivel de oxitocina en la madre, lo que disminuye las hemorragias posparto y acelera la involución uterina; además recuperan con más rapidez el peso que tenían antes del embarazo; se retrasa la reanudación de la ovulación con mayor distanciamiento entre los partos, mejora la remineralización ósea posparto, con disminución de las fracturas de cadera en el periodo posmenopáusico y por otra parte se reduce el riesgo de cáncer ovárico y de mama pre menopáusico<sup>2</sup>.

Además de los beneficios individuales para el estado de salud, la lactancia materna provoca importantes efectos favorables de tipo social y económico, entre

estos la disminución de los costos por asistencia sanitaria y el ausentismo laboral para atender a los hijos enfermos. Así mismo, los beneficios económicos directos para la familia son igualmente importantes, lo cual se hace patente ante el ahorro en gastos de alimentación del lactante durante el primer año de vida<sup>2</sup>.

Se estima que a comienzos del siglo XX el porcentaje de madres lactantes se situaba en torno al 90%, pero a partir de los años 50 comienza un descenso progresivo de su número, alcanzándose el nivel más bajo en los años 70, momento en el que solamente el 25% de mujeres lactaban. A este abandono masivo contribuyeron situaciones como la incorporación de la mujer al mercado laboral, el traslado de los partos a centros hospitalarios con sus rígidas pautas, el impulso de la industria de las fórmulas lácteas, así como otros factores socioeconómicos y culturales, entre los que se pueden citar la promoción de la lactancia artificial como medio de liberación de la mujer<sup>3</sup>.

En relación a esto, en 1974, la 27<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud advirtió de ello en muchos países del mundo, relacionándolo con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras. En 1979, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF organizan una reunión conjunta internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, en la que se aprueba una resolución para la elaboración del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, que se aprueba posteriormente en 1981 como medida de protección de la lactancia materna<sup>3</sup>.

Por esta razón, se adoptan en pocos años diversas medidas a nivel mundial. En 1989, la OMS junto con la UNICEF elaboraron el documento Protección,

Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en el que se determinaron los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. En 1990, en Florencia surge la Declaración de Innocenti, en la que se insta a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para recuperar la cultura de la lactancia materna. Un año más tarde, en el Congreso de Pediatría de Ankara se presenta la iniciativa Hospital Amigo de los Niños que se extiende con rapidez a nivel mundial, galardonando a los hospitales que se distinguen en la aplicación de los diez pasos señalados anteriormente<sup>3</sup>.

En nuestro país, La Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría consciente del compromiso de lograr el bienestar físico, social e intelectual del niño y adolescente venezolano, a través de su Junta Directiva Central y de la Comisión de Lactancia Materna, revisó y actualizó el código de Ética para el Uso de Fórmulas Lácteas en los primeros 6 meses de vida, publicado en julio de 1980 y entró en vigencia a partir de marzo de 2002<sup>4</sup>. Así mismo, en los artículos 385, 391, 393, 394 de La Ley Orgánica del Trabajo, se manifiestan acciones que protegen la lactancia materna<sup>4</sup>.

El 25 de enero de 2007, La Plenaria de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, aprobó, en primera discusión, La Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, a fin de garantizar la vida, salud y desarrollo integral de los niños<sup>4</sup>. Otra ley que apoya la lactancia materna es la Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente en su artículo 46 en que resalta la importancia de esta práctica, donde se otorga a las madres trabajadoras un permiso diario para amamantar a sus hijos, incluyendo aquellas madres que se encuentran en privación de libertad<sup>4</sup>.

Existen varios factores que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna. Entre los factores positivos, se encuentran la edad, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, el haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la lactancia materna y el ambiente hospitalario favorable y posteriormente en el entorno materno<sup>5</sup>.

Entre los factores desfavorables se encuentran el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, el ofrecimiento precoz de biberones, el parto mediante cesárea, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer<sup>5</sup>.

En el estado Trujillo, no se conoce la prevalencia de la práctica exclusiva de la lactancia materna y no hay una campaña formativa e informativa para instruir a las madres sobre dichos beneficios y la correcta técnica para llevar a cabo una lactancia materna exitosa a excepción del Hospital de Carache, que es el único en el estado donde se lleva a cabo desde hace 10 años la iniciativa Hospital Amigo del Niño<sup>6</sup>.

El presente trabajo especial de grado se realizó con la finalidad de determinar las características de la lactancia materna practicada por las madres que acuden al Departamento de Pediatría del HUPEC ya que se desconocen datos actuales sobre la misma. El repunte de embarazo en adolescentes y la incidencia de familias monoparentales en nuestro país ha aumentado en los últimos años, tratándose de una población que no está preparada cultural, económica y psicológicamente en muchos casos para asumir las responsabilidades que acarrearán la crianza de un hijo. Todo lo expuesto anteriormente ha incidido en el

desconocimiento de las técnicas de amamantamiento y de los beneficios de la lactancia materna.

Asimismo, el hacinamiento en los centros hospitalarios específicamente en las consultas prenatales, pediátricas y en áreas de hospitalización materno infantiles, pueden estar ocasionando que tanto el personal médico como de enfermería no puedan dedicar suficiente tiempo a enseñar a las madres detalladamente los aspectos y la forma correcta de las técnicas de amamantamiento y extracción y conservación de la leche materna.

Del resultado de esta investigación, se espera esclarecer las causas que inciden en el abandono de la lactancia materna para establecer medidas que mejoren el conocimiento de las madres, familiares, escuelas, red ambulatoria, personal médico y enfermería sobre la adecuada forma de alimentación para los lactantes, lo cual contribuirá a una mejor salud poblacional a corto y mediano plazo, la reducción de los costos en salud y reforzar los factores que pueden llegar a favorecerla.

Al realizar una revisión en la literatura acerca de este tema, se encontró un estudio realizado en el país titulado: Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Estudio multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo<sup>2</sup>. Esta investigación tuvo como objetivo determinar los conocimientos básicos que poseen las madres sobre la práctica de la lactancia materna y relacionarlos con el inicio, la duración y forma de implementación del amamantamiento. Es un estudio transversal y descriptivo en el que se aplicó una encuesta a 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007. Arrojó como resultado

que 90,64% de las madres amamantaron a sus hijos; la mayoría tenía un promedio de 2 o menos hijos y provenía de áreas urbanas. El grupo etario que prevaleció fue de 26-35 años. El 55,12% de los niños recibió lactancia materna por un periodo de 6 meses o más. Solo el 5,93% inició la lactancia materna antes de la primera hora post-parto. El 81,4% de las madres conocía las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, la mayoría de ellas conocía solo los beneficios para el niño. El 55,18% de las madres tenían información sobre alguna forma de conservación de la leche materna una vez extraída. Los investigadores concluyeron que el porcentaje de madres que practican la lactancia materna es alto, y esto se relaciona con la edad de las madres, procedencia y paridad. Sin embargo, la duración y la forma del amamantamiento no es la esperada, debido a la falta de información sobre aspectos fundamentales de la alimentación natural.

En otro estudio titulado: Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad<sup>7</sup>, realizado en Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo, España, tuvo como principal objetivo estimar la prevalencia y duración de la lactancia materna y describir la evolución del peso en el primer año de vida y la demanda de consultas al pediatra en relación al tipo de lactancia. Se trató de un estudio transversal que utilizó datos retrospectivos. Se recogió una muestra aleatoria de historias clínicas de niños nacidos entre 2000 y 2005. Se determinó que iniciaron la lactancia materna exclusiva un 63,5 %. A los seis meses permanecieron un 22,6% .Un 80,5% comenzó lactancia materna total exclusiva o mixta. El 43,4 % de los niños que empezaron con lactancia materna exclusiva abandonaron a los tres meses y el 64,4% a los seis. Los niños con lactancia materna mixta suelen tener un peso medio mayor. Los alimentados con

la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses consultan al pediatra, un promedio de 4,5 veces durante el primer año. Los de lactancia artificial en unas 6,5 ocasiones. Los resultados apuntan a que la lactancia materna exclusiva conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año.

Otro estudio realizado en la ciudad de Rosario en Argentina y denominado: Patrón lácteo en menores de un año que asisten a los centros de atención primaria de la secretaría de salud pública, entre diciembre 2007 - diciembre 2008<sup>8</sup>, se realizó con el objetivo de establecer el patrón lácteo usual en menores de 1 año que asisten a la totalidad de los Centros de Atención Primaria de Rosario. Fue una investigación observacional, de tipo descriptiva y transversal cuyo tamaño de la muestra se determinó a partir de un muestreo estratificado, en donde los estratos fueron los seis distritos municipales y el número de entrevistas fue proporcional al tamaño distrital. Se demostró que la mayoría (94,3%) de los niños inició la lactancia materna. Aún sin el asesoramiento acerca de los beneficios de la lactancia materna, las madres amamantaron de todos modos. Del total de niños que recibieron leche materna, el 77% lo hizo alguna vez de forma exclusiva, pero en lo que respecta a la duración de la lactancia materna, solo el 27,5% de los niños alcanzó el 6º mes de vida de forma exclusiva. La mitad comenzó a consumir algún sucedáneo de la leche materna antes del 6º mes. Los resultados muestran que el asesoramiento respecto de la importancia de la leche materna en la alimentación del niño parece no influir demasiado en la administración de la misma a los niños por parte de las madres, aunque estas no hayan sido asesoradas suelen amamantar de todos modos, aunque la continuidad no sea la esperada y

los motivos que llevaron a las madres a interrumpir la lactancia materna exclusiva no son justificables.

Una investigación titulada: Situación de la lactancia materna en España<sup>3</sup>. Se basó en la revisión bibliográfica de estudios que aportaron información sobre la lactancia materna en España y de los factores que pueden favorecerla. Localizaron 382 artículos, se seleccionaron 69 y aceptaron 19 estudios que se incluyeron en la revisión. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria encontrada fue del 63,5-91,2%. Al sexto mes osciló entre 36,3 y 3,9%. Concluyeron que determinadas prácticas hospitalarias favorecen el inicio de la lactancia materna y en los Centros de Salud se puede ayudar a las madres en el afrontamiento para mantener la lactancia materna.

También se hace mención a otro estudio realizado en España: Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León<sup>5</sup> cuyo objetivo de los investigadores fue conocer la prevalencia de inicio de lactancia materna exclusiva en la comunidad de Castilla y León y los factores que influyen en su inicio y duración. Es un estudio descriptivo observacional realizado de enero a diciembre de 2007, en niños entre 6 y 12 meses de vida que acuden por cualquier motivo a las consultas de algún miembro del programa de Pediatría de la Red Centinela Sanitaria Castilla y León. El porcentaje de mujeres que eligieron lactancia materna exclusiva después del parto fue del 81,2%. 10,2 % optó por la lactancia artificial. El abandono de la lactancia natural fue progresivo mes a mes llegando al sexto mes solo el 36,5% de los niños que la habían iniciado. Se concluyó que los índices de lactancia materna exclusiva y sobre todo su

mantenimiento hasta los 6 meses de vida, continúan alejados de los estándares propuestos a nivel mundial.

El estudio titulado: Factores asociados a la lactancia materna exclusiva<sup>9</sup>, fue realizado porque existe limitada información de los factores que contribuyen a una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, datos necesarios para diseñar adecuadas políticas de intervención. Estudio de corte transversal en el que se aplicó una encuesta sobre características socio-demográficas, información recibida, inicio y duración de la lactancia y causas de destete. Por regresiones logísticas multivariadas se determinaron factores asociados a lactancia exclusiva de 6 meses. Fueron incluidas 256 madres del sector público y 158 del sector privado. Se observó mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar en sistema privado, 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos. Principales causas de destete: decisión materna (27,2%), percepción de hambre (24,1%), factores estéticos (17,3%) y enfermedad del niño (13,0%). La lactancia exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa, sexo femenino del hijo, menor escolaridad materna y sistema público de salud. Los investigadores concluyeron que el destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables socio-demográficas influyen en lactancia exitosa. Mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación<sup>9</sup>.

En el estado Trujillo se realizó un trabajo especial de grado titulado: Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad. Valera Octubre de 2004<sup>10</sup>. Se trató de estudio descriptivo realizado en el Ambulatorio Urbano Tipo II - Distrito Sanitario Valera del

Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo en el que se determinó los factores de abandono de la lactancia materna exclusiva en menores de un año que asistieron a la consulta de niño sano durante Abril de 2004 a Septiembre de 2004. De las 101 madres encuestadas, solo el 22% lactó de manera exclusiva en los menores de 6 meses y el 79% de forma no exclusiva. Se encontró que la mayoría de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva antes del primer mes de vida (61%) y los factores que se asociaron con mayor frecuencia a esto fueron las madres de 25 a 35 años de edad, madres trabajadoras, la creencia materna de que la leche humana no sustenta al niño, la falta de información sobre lactancia materna exclusiva por el personal médico y de las instituciones del sector salud<sup>10</sup>.

**Lactancia materna exclusiva.** La OMS la define como la alimentación del lactante con leche humana de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye al agua<sup>11</sup>.

**Contacto precoz (o contacto piel con piel inmediato).** Se ha comprobado que si se coloca al recién nacido a término nada más nacer en contacto piel con piel con su madre se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, aumenta la autoconfianza de la madre en el cuidado de su hijo, con el que se muestra más afectuosa, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido. Si no es separado de su madre durante los primeros 70 minutos, el recién nacido repta hasta el pecho y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna<sup>12</sup>.

Los niños que se dejan en contacto piel a piel con la madre mantienen la temperatura adecuada y pueden regular su frecuencia respiratoria y cardíaca. Lo

ideal sería evitar los procedimientos que involucren la invasión en la nariz, boca y garganta de los recién nacidos porque interrumpen los reflejos tempranos de succión o crean aversión al estímulo oral<sup>13</sup>.

**Destete natural.** Indica el abandono de la lactancia materna y de la dependencia del bebé del pecho de la madre. Desde el punto de vista fisiológico, este abandono del pecho materno supone un complejo proceso que exige ajustes nutricionales, microbiológicos, inmunológicos, bioquímicos y psicológicos de la madre e hijo <sup>12</sup>.

Este proceso no ocurre bruscamente de forma natural, sino que se instaura progresivamente durante un tiempo más o menos largo en el que sin abandonar por completo el pecho materno, el lactante empieza a probar nuevos alimentos. Si bien, durante el primer año, el lactante pasa varios momentos de aparente desinterés por el pecho, a partir del primer año el lactante amamantado rara vez se desteta voluntariamente antes de los 4 años<sup>10</sup>. Se debe evitar que ocurra conjuntamente con situaciones críticas o cambios en la rutina familiar. Se deben incrementar las manifestaciones de afecto y de esta manera el niño no lo interpretará como un rechazo por parte de la madre<sup>13</sup>.

**Destete precoz.** Ocurre cuando se retira el pecho materno antes de los 2 años o se introducen otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses. Una vez instaurada la lactancia, el destete brusco puede favorecer la aparición de mastitis y absceso mamario. Además, la supresión brusca de la lactancia puede ocasionar un cuadro de fiebre elevada, malestar general y escalofríos de 3-4 días de duración<sup>12</sup>.

Se ha descrito un aumento de incidencia de depresión postparto y desajustes emocionales y sociolaborales tras el destete, así como un aumento de riesgo de enfermedades maternas a largo plazo. La introducción precoz de sólidos en la dieta del lactante se ha relacionado con aumento de obesidad infantil y de enfermedades cardiovasculares en el adulto<sup>12</sup>.

La introducción precoz de alimentos como la leche de vaca, el arroz, el pescado o el huevo favorece la aparición de problemas alérgicos en el lactante. Se ha descrito un aumento de anemia ferropénica en lactantes con introducción precoz de alimentos sólidos en la dieta<sup>12</sup>.

**Destete forzado** Este ocurre cuando la madre impone el destete al lactante, por diversas causas sociales o médicas en cualquier momento de la lactancia. Este destete puede imponerse de forma brusca o gradual pero, si no estamos ante una indicación médica extrema, el pediatra siempre deberá aconsejar un destete lento, sabiendo, además, que el destete brusco puede ocasionar problemas al lactante y a su madre, sobre todo cuando se realiza mediante la administración de preparados farmacológicos<sup>12</sup>.

**Relactancia:** es la recuperación y el mantenimiento de la secreción láctea después de que una mujer ha dejado de amamantar por un período que puede ir de días a meses. Se refiere también al aumento de la producción insuficiente de leche para volver a la Lactancia Materna Exclusiva. La Inducción de la Lactancia es lograr la producción de leche en una mujer que no estuvo embarazada. Ambas se logran simplemente por la succión del pezón con la frecuencia suficiente<sup>15</sup>.

**Uso del chupete.** Su uso se ha relacionado con una menor duración y exclusividad de la lactancia materna, aumento de otitis media, problemas dentales y riesgo de accidentes<sup>16</sup>.

Algunos consideran que al satisfacer la necesidad de succión con el chupete, disminuye el estímulo y el vaciado del pecho materno, lo que conduce a una disminución de la producción láctea que podría condicionar un destete precoz. Otros autores encuentran una relación con el aumento de dificultades en el enganche y con alteraciones en el mecanismo de succión: el llamado “síndrome de confusión” y por último algunos autores como Kramer especulan que el uso del chupete no sea la verdadera causa del destete sino que se trate de un marcador de dificultades en la lactancia o de una escasa motivación para lactar<sup>16</sup>.

**Alimentación complementaria.** Es conocida también como alimentación adicional y se refiere a la alimentación que recibe un lactante distinto a la leche humana y/o fórmula infantil. No debe entenderse como la suspensión de la lactancia materna; por el contrario, estos nuevos alimentos deberán complementar los nutrientes de la leche materna<sup>13</sup>.

#### **Contraindicaciones de la lactancia materna.**

- **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).** Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. Diversos factores aumentan el riesgo de transmisión, y explican los índices variables que se han encontrado en diferentes estudios (5-53%). Entre estos factores de riesgo se encuentra: una carga viral alta, un recuento bajo de células CD4 y el padecimiento de mastitis, probablemente por la apertura de la vía

paracelular entre las células alveolares que facilita el paso del VIH a la leche materna<sup>14</sup>.

El riesgo de transmisión también aumenta con la duración de la lactancia, especialmente a partir de los 6 meses, si la madre ha contraído la infección justo antes del período de lactancia o durante el mismo y en la lactancia mixta, lo que puede obedecer a que se afecta la integridad de la mucosa intestinal, creando puertas de entrada para el virus<sup>14</sup>.

La infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial<sup>14</sup>.

La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde las enfermedades infecciosas y la malnutrición constituyen las principales causas de muerte en la infancia. En estas circunstancias la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponerse de alternativas seguras<sup>14</sup>.

En Venezuela se tiene como política de estado a través de la Norma Oficial para la atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva del 03 de junio de 2003 y publicado en Gaceta Oficial Nro. 37.705 del Año CXXX-Mes VIII del 05 de junio de 2003 cuyo alcance es "Priorizar la alimentación con leche materna a través de la provisión de la misma por los Bancos de Leche Humana, en los casos de que esté contraindicada la lactancia materna solo cuando existan obstáculos para este acceso se indicarán sucedáneos de la leche materna, como en el caso de las madres seropositivas"<sup>17</sup>.

- **Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-1).** Este virus causa la leucemia/linfoma de células T del adulto y una mielopatía crónica que se manifiesta por espasticidad o debilidad de las extremidades inferiores. Se ha demostrado la transmisión del HTLV-1 a través de la leche materna. El riesgo es mayor en las madres con una carga viral alta y cuando la lactancia se prolonga más de 6 meses. Es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos de la leche materna adecuados<sup>14</sup>.

- **Galactosemia.** La lactancia humana está contraindicada en los niños afectados de galactosemia, enfermedad metabólica que obedece a un déficit en alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa. La galactosa es necesaria para sintetizar glucolípidos y glucoproteínas complejas que forman parte del tejido cerebral<sup>14</sup>.

Su principal fuente es la lactosa contenida en la leche, aunque también se puede sintetizar a partir de la glucosa. Los niños afectados de galactosemia deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa o fórmulas de soja. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial<sup>14</sup>.

- **Fármacos y drogas contraindicadas durante la lactancia.** Pocas enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia por sus efectos nocivos en el niño al pasar a través de la leche. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales podemos citar la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer<sup>13</sup>.

Algunos casos de prolactinoma, especialmente los macroadenomas, requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina que contraindica la lactancia. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño<sup>14</sup>.

### **Falsas contraindicaciones para la lactancia materna.**

A menudo por desconocimiento o miedo, se suspende la lactancia por causas no justificadas a la luz del conocimiento científico, por lo que parece importante destacar que no contraindican la lactancia:

- **Infección materna por virus de la hepatitis B.** Los hijos de madre con hepatitis B deben ser vacunados y recibir inmunoglobulina al nacimiento<sup>13</sup>.
- **Infección materna por virus de la hepatitis C.** No hay casos descritos de transmisión de VHC a través de la leche ni el amamantamiento aumenta la incidencia de transmisión vertical<sup>13</sup>.
- **Infección materna por citomegalovirus.** La madre portadora de anticuerpos frente a citomegalovirus (sin seroconversión reciente) puede amamantar sin riesgo a su lactante sano a término. En la mayoría de los casos, el contagio se produce en el momento del parto y no durante el amamantamiento. Además, se debe tener en cuenta que la madre posee anticuerpos frente al citomegalovirus, por lo que en general los beneficios de la lactancia superan a los riesgos<sup>14</sup>.
- **Tuberculosis.** La tuberculosis activa en la madre no contraindica la lactancia materna. Si la madre es bacilífera, se debe iniciar tratamiento antituberculoso inmediatamente y administrar al lactante profilaxis con

isoniacida durante 6 meses y bacilo de Calmette-Guérin (BCG) después de terminado el tratamiento<sup>14</sup>.

- **Ingesta de alcohol.** Debe desaconsejarse a la madre lactante ya que se concentra en la leche materna, puede inhibir la lactancia y puede perjudicar el desarrollo cerebral del recién nacido, pero la toma ocasional de alguna bebida alcohólica de baja graduación (vino, cerveza) puede admitirse advirtiendo a la madre para que no amamante en las 2 horas siguientes a la ingesta<sup>14</sup>.
- **Ictericia neonatal.** No justifica la supresión de la lactancia, pudiendo ser tratada mientras esta se mantiene y si se desarrolla durante la primera semana, puede ser necesario aumentar el número de tomas al pecho. Si el neonato precisara fototerapia, se debe procurar el ingreso conjunto con la madre que permita un amamantamiento a demanda frecuente y la fototerapia doble para reducir la estancia hospitalaria y minimizar el riesgo de abandono<sup>14</sup>.
- **Fenilcetonuria.** Los lactantes fenilcetonúricos alimentados con leche materna complementada con fórmula pobre en fenilalanina en las cantidades que determinan los controles analíticos mantienen un mejor control de la enfermedad. La madre fenilcetonúrica también puede amamantar a su bebé, manteniendo un adecuado control dietético<sup>14</sup>.
- **Mastitis:** La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. La incidencia de este cuadro es variable, generalmente inferior al 10%. No sólo no contraindica la

lactancia, sino que el tratamiento más eficaz es el vaciado de la mama afectada por el lactante y se debe favorecer un mayor número de tomas<sup>12</sup>.

### **Sistema de Variables.**

#### **Variables independientes.**

- Edad materna.
- Procedencia.
- Nivel educativo.
- Estrato socioeconómico.
- Oficio.
- Antecedentes maternos y del recién nacido (hospitalización).

#### **Variables dependientes.**

- Tipo de lactancia: lactancia materna exclusiva, mixta o artificial.
- Tipo de fórmula artificial introducida.

#### **Variables intervinientes.**

- Tipo de parto.
- Complicaciones del parto.
- Experiencia previa en lactancia materna.
- Decisión materna antes del parto sobre tipo de lactancia a practicar.

### **Objetivo General.**

Caracterizar la lactancia humana en lactantes menores ingresados en el Departamento de Pediatría del HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.

### **Objetivos Específicos.**

- Determinar las características demográficas de las madres de los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría de HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013
- Establecer los antecedentes obstétricos de las madres de los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría de HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.
- Identificar las características de la alimentación en los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría del HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.
- Identificar el tipo de instrucción recibida sobre técnicas de amamantamiento practicadas por las madres de los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría del HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.
- Determinar las causas que motivan el abandono de la lactancia materna en las madres de lactantes menores que fueron hospitalizados en el Departamento de Pediatría del HUPEC.
- Determinar de quién recibió indicación la madre de introducir fórmulas artificiales en los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría del HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.
- Determinar la edad de inicio de la dieta complementaria de los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría de HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013

- Determinar la edad de destete en los lactantes menores hospitalizados en el Departamento de Pediatría de HUPEC de Agosto de 2012 a Enero de 2013.

### **Marco metodológico.**

#### **Tipo de investigación.**

La presente investigación es de tipo descriptiva y se realizó mediante la aplicación de una encuesta a las madres de los lactantes menores que fueron ingresados en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo en el periodo comprendido entre Agosto de 2012 a Enero de 2013.

#### **Tipo de diseño.**

Esta investigación se realizó mediante un estudio de campo, transversal no experimental.

#### **Población.**

Se trató de una población censal ya que se tomaron todos los lactantes menores que fueron ingresados en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” Valera, Estado. Trujillo, durante el periodo Agosto 2012 – Enero 2013.

#### **Muestra.**

La muestra de este estudio corresponde a todos los lactantes menores que fueron ingresados en el Departamento de Pediatría del HUPEC durante el periodo Agosto 2012 - Enero de 2013.

#### **Materiales y métodos.**

En esta investigación la técnica e instrumento que se utilizó para la recolección de información consistió en un cuestionario, el cual se constituyó con

preguntas cerradas que contenían alternativas de respuestas delimitadas; siendo redactadas con la intención de identificar las características de la lactancia materna practicada y los factores que inciden en el cumplimiento de la lactancia materna.

### **Procedimiento de la Investigación.**

El procedimiento utilizado para la realización de la presente investigación abarco los siguientes pasos:

- a) Identificar el tema de estudio, delimitarlo y establecer los objetivos y las variables a estudiar.
- b) Obtener la aprobación por parte del Departamento de Pediatría, del Servicio de Emergencia del HUPEC, del municipio Valera del Estado Trujillo y de la Subcomisión de postgrado de Pediatría y Puericultura de la Universidad de los Andes, Extensión Valera.
- c) Recolección bibliográfica.
- d) Diseño del instrumento de recolección de datos, validación del mismo y aplicación del coeficiente de Cronbach para verificar su confiabilidad.
- e) Aplicación práctica del instrumento de recolección de datos.
- f) Procesamiento y análisis de la información.
- g) Presentación y análisis de los resultados.
- h) Exposición de recomendaciones y conclusiones a que se llegaron luego de finalizar la investigación.

### **Análisis estadístico.**

Para realizar el proceso de tabulación y el análisis de los datos recolectados mediante la aplicación del instrumento, se utilizó el programa Microsoft Excel

(2010) lo cual facilitó la automatización requerida para el eficiente manejo de la información recabada. El análisis de los resultados se realizó utilizando la estadística descriptiva.

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

La validación del instrumento fue realizada por tres expertos en el tema, dichas actas de validación se encuentran incluidas en los anexos. Para el cálculo de la confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual consiste en aplicar el instrumento una sola vez a un grupo piloto con características similares a la población de estudio.

Para ello, se le aplicó una prueba piloto a 20 lactantes del Departamento de Pediatría de HUPEC, con similares características a la población objeto de estudio. Después se procesaron los resultados de los puntajes obtenidos para calcular el índice de confiabilidad del instrumento. Posteriormente se aplicó la fórmula respectiva para conocer su coeficiente y si sus valores se encuentran en el baremo de referencia de la siguiente manera: el cual sus valores fluctúan entre 0 y 1. La cual en la práctica se interpretará la magnitud del coeficiente de confiabilidad está enmarcada por la siguiente escala:

<b>Rangos</b>	<b>Magnitud</b>
<b>0,81 a 1,00</b>	<b>Muy Alta</b>
<b>0,61 a 0,80</b>	<b>Alta</b>
<b>0,41 a 0,60</b>	<b>Moderada</b>
<b>0,21 a 0,40</b>	<b>Baja</b>
<b>0,01 a 0,20</b>	<b>Muy Baja</b>

Para la aplicación de este coeficiente se utilizó la siguiente fórmula:

$$r_{tt} = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

$r_{tt}$  = coeficiente de Cronbach

$K$  = número de ítems

$\sum S_i^2$  = sumatoria de la varianza de los ítems

$S_t^2$  = varianza de los totales por sujeto

$$r_{tt} = \frac{14}{13} \left[ 1 - \frac{53,7737}{278,147} \right]$$

$$r_{tt} = 1,0769 \left[ 1 - 0,19333 \right]$$

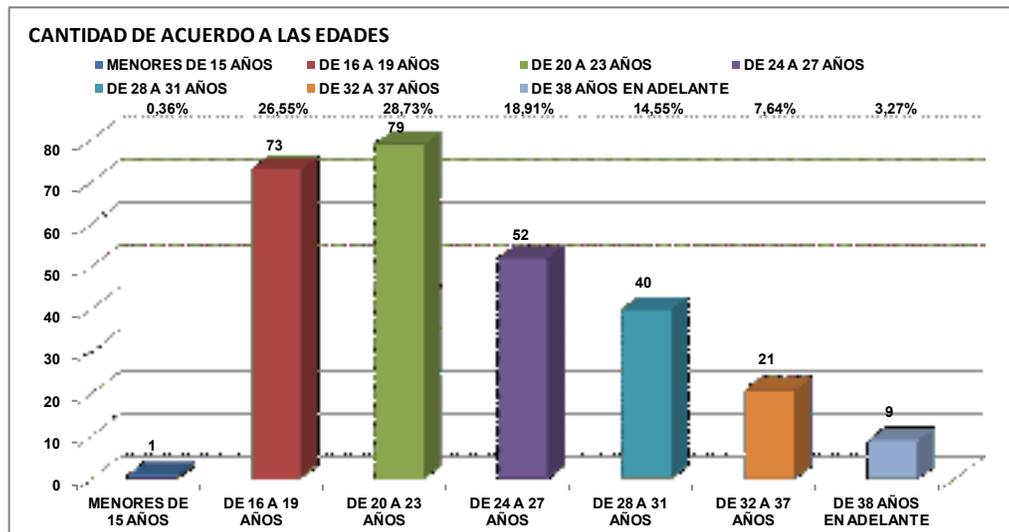
$$r_{tt} = 1,0769 \left[ 0,8067 \right]$$

$$r_{tt} = 0,8687$$

Al realizar los cálculos respectivos dio como resultado 0,8687 el cual establece que es altamente confiable para su aplicación (ver anexo).

## Análisis de resultados.

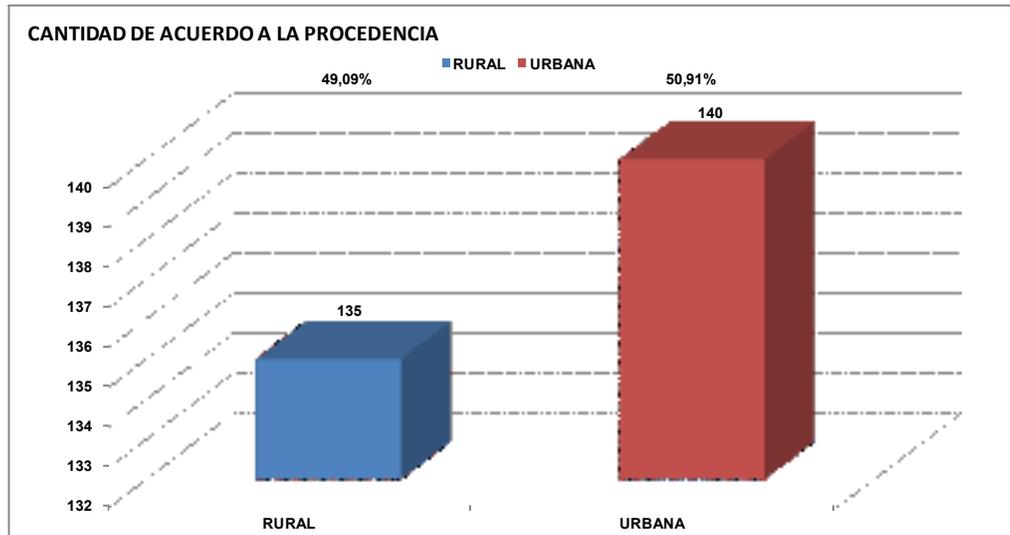
**GRÁFICO 1 - EDAD MATERNA DE LOS LACTANTES INGRESADOS  
EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC  
AGOSTO 2012 A ENERO DE 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Se encuestaron 275 madres de los lactantes que ingresaron el Departamento de Pediatría del HUPEC durante Agosto 2012-Enero 2013, cuyas edades estaban comprendidas entre 13 y 43 años, siendo mayor la frecuencia del grupo etario entre 18 y 23 años con 127. Menores de 18 años 26 madres, entre 24 y 30 años 85, y con más de 31 años 37.

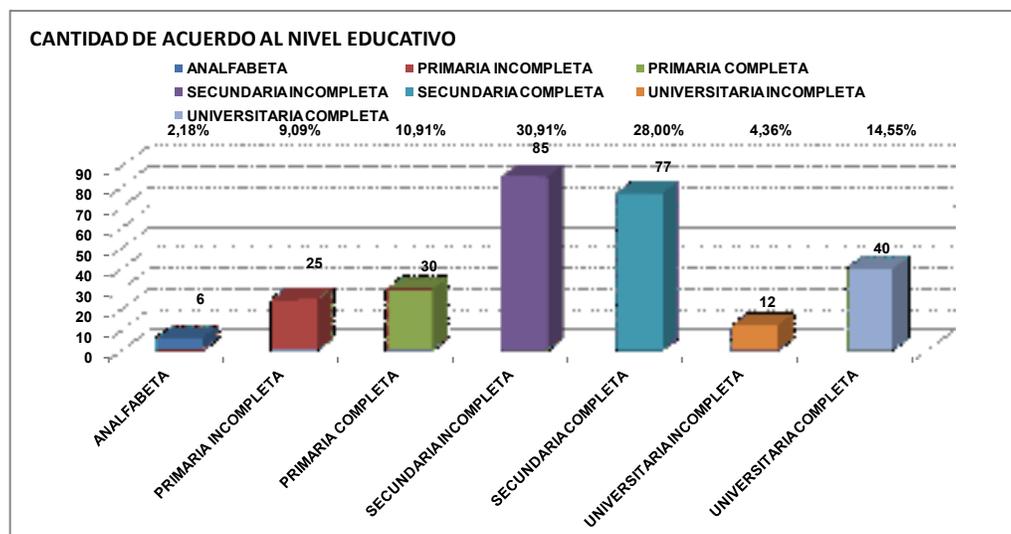
**GRÁFICO 2 - PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC AGOSTO 2012 A ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Del total de las 275 madres encuestadas, 135 pertenecían al medio rural y 140 a áreas urbanas.

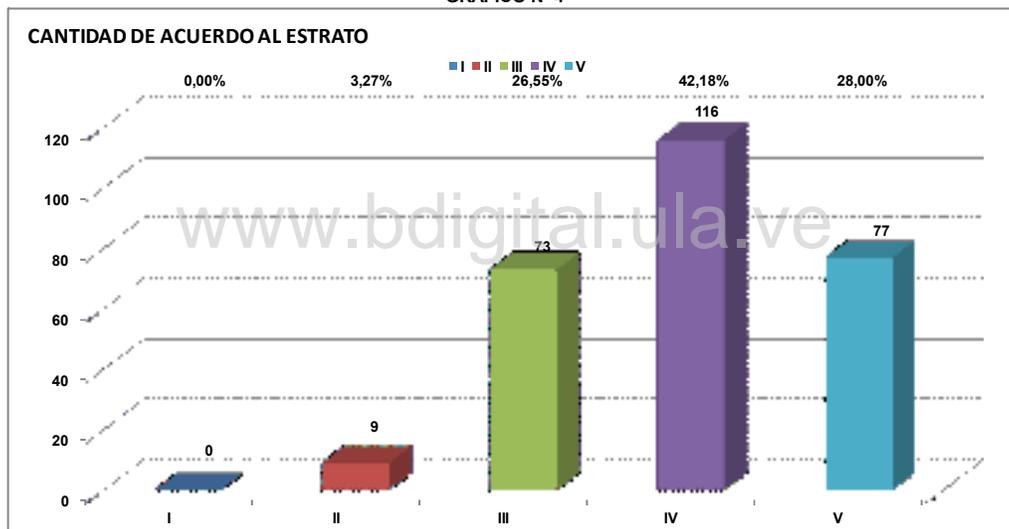
**GRÁFICO 3 - NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 A ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las madres encuestadas, 6 eran analfabetas, 25 cursaron con primaria incompleta, 30 educación primaria completa, 85 secundaria incompleta, 77 secundaria completa, 12 universitaria incompleta y 40 universitaria completa.

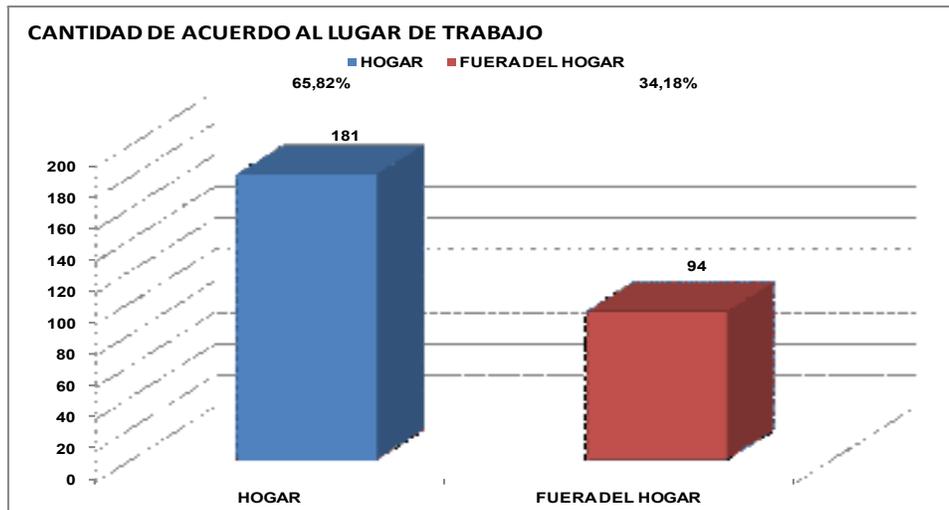
**GRÁFICO 4 - ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO SEGÚN GRAFFAR MENEZ-CASTELLANO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL HUPEC DE AGOSTO 2012 A ENERO 2013**  
GRÁFICO N° 4



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Según los estratos socioeconómicos de Graffar Méndez-Castellanos, 9 madres pertenecían al estrato II, 73 al estrato III, 118 al estrato IV y 77 al estrato V.

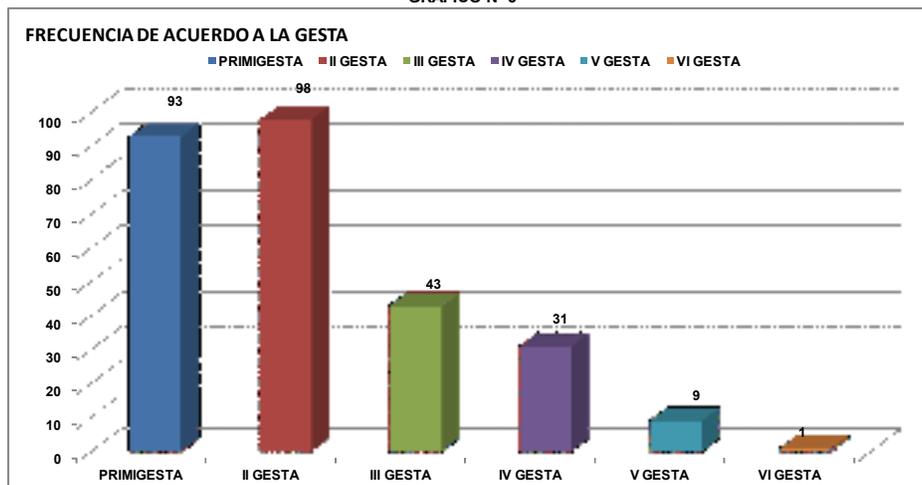
**GRÁFICO 5 - LUGAR DE OFICIO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Del total de 275 madres encuestadas, 181 se dedicaban a oficios del hogar y solo 94 trabajaban fuera del mismo.

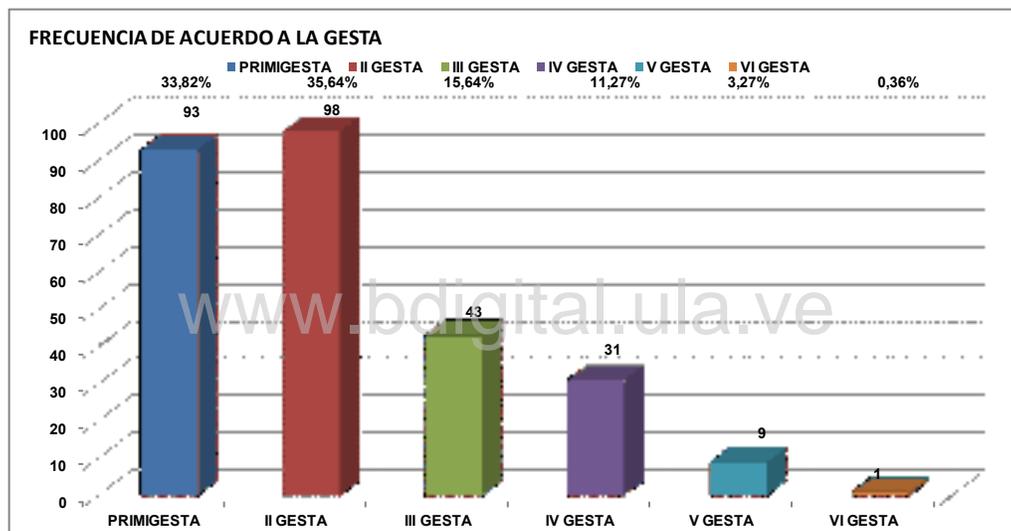
**CUADRO N° 6 - PARIDAD DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**  
GRÁFICO N° 6



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Se registró que 93 madres eran primigestas, seguidamente 98 madres II gestas, III gesta 43, IV gesta 31, V gesta 9 y VI gesta una sola madre.

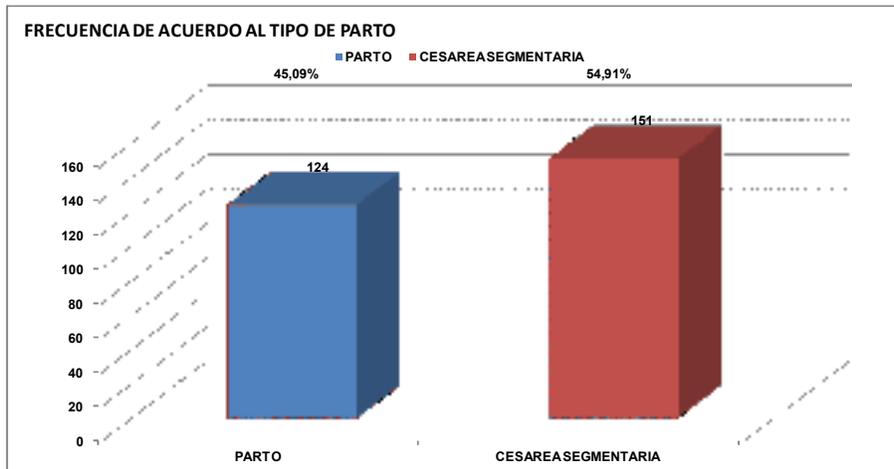
**GRÁFICO 7 - PARIDAD DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las madres entrevistadas 93 eran primigestas, 62 cursaron con un periodo intergenésico corto de un año, 39 con periodo de 2 años, 21 con un periodo intergenésico de 3 y 4 años respectivamente y 39 tuvieron un periodo intergenésico de 5 años o más.

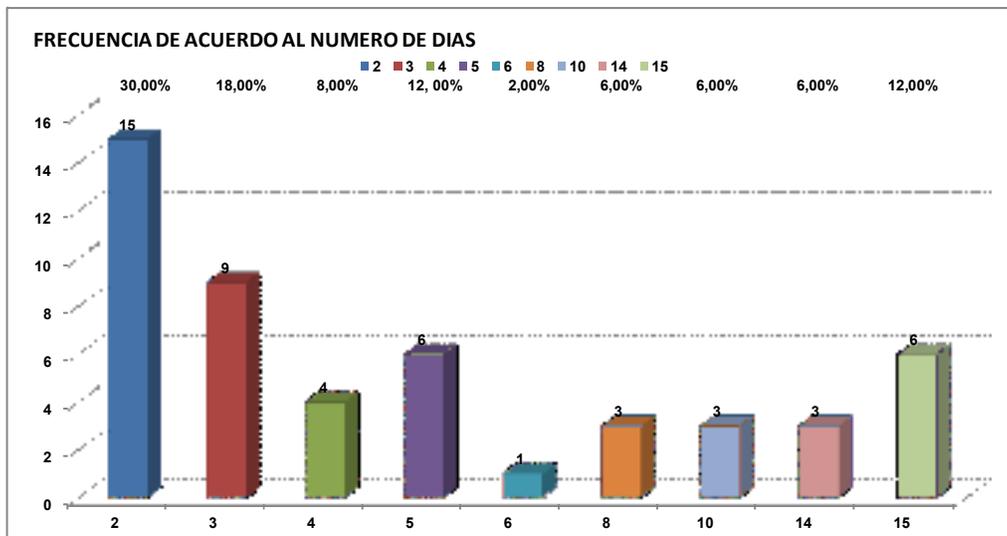
**GRÁFICO 8 - TIPO DE PARTO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES QUE INGRESARON EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las madres registradas, se les practicó a 151 cesárea segmentaria y 124 recibieron atención al parto.

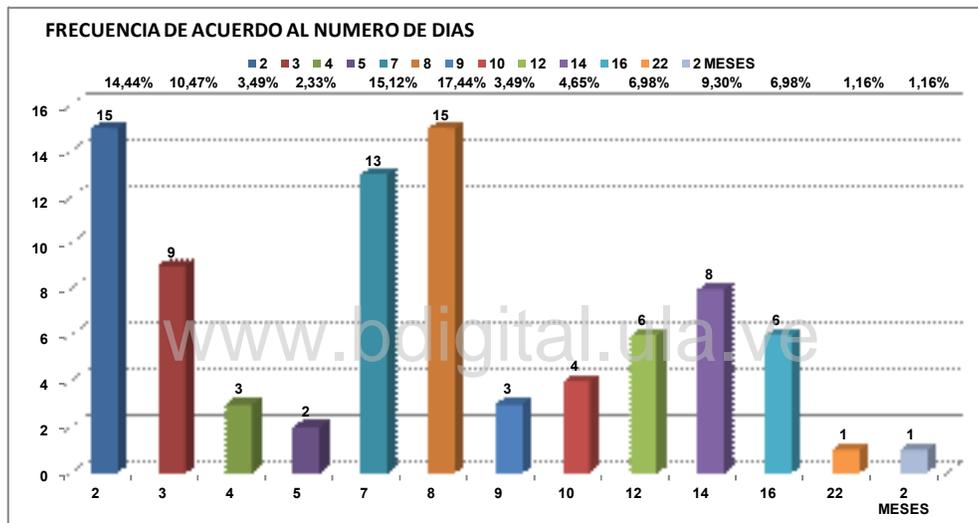
**GRÁFICO 9 - DIAS DE HOSPITALIZACIÓN MATERNA POSTERIOR AL PARTO DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

En cuanto a hospitalización de las madres surgidas de complicaciones en el área de puerperio, solo 50 de las 275 entrevistadas, permanecieron hospitalizadas 2 o mas días.

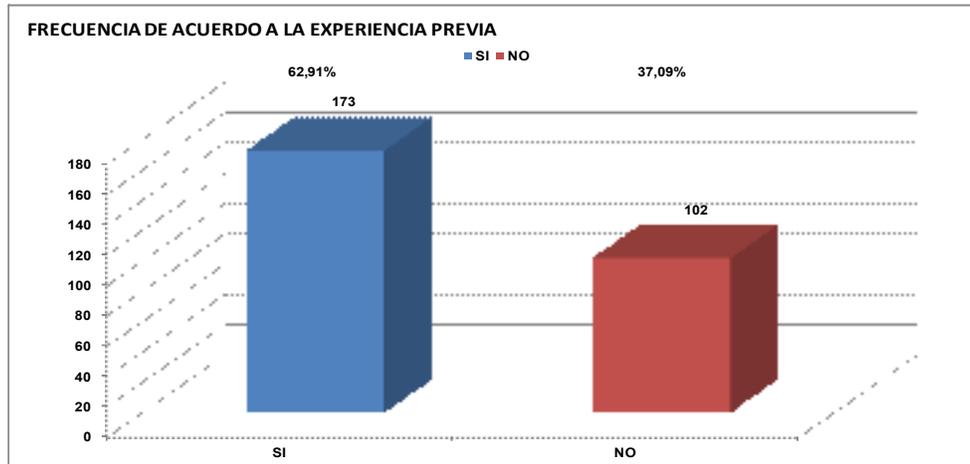
**GRÁFICO 10 - DIAS DE HOSPITALIZACIÓN POSTERIOR AL NACIMIENTO DE LOS LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De los 275 lactantes estudiados, durante su periodo neonatal 86 fueron hospitalizados por dos o más días, y todos ellos recibieron formulas artificiales durante este periodo y continuaron en su totalidad, recibiendo lactancia mixta posterior al alta.

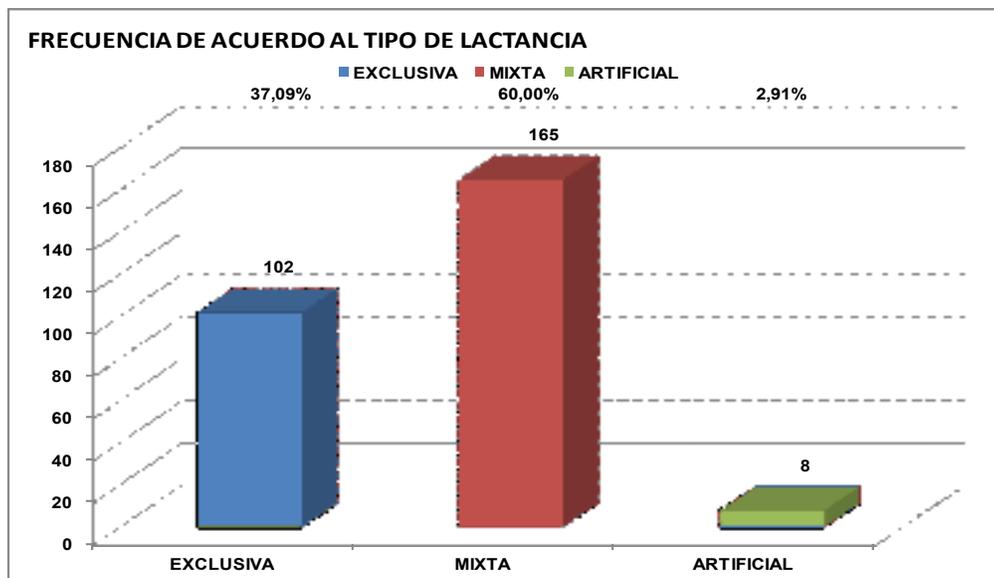
**GRÁFICO 11 - EXPERIENCIA PREVIA EN LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES QUE INGRESARON EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 A ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las 275 madres encuestadas, 173 tenían experiencia previa en lactancia materna y en 102 madres se trataba de la primera vez que lactaban.

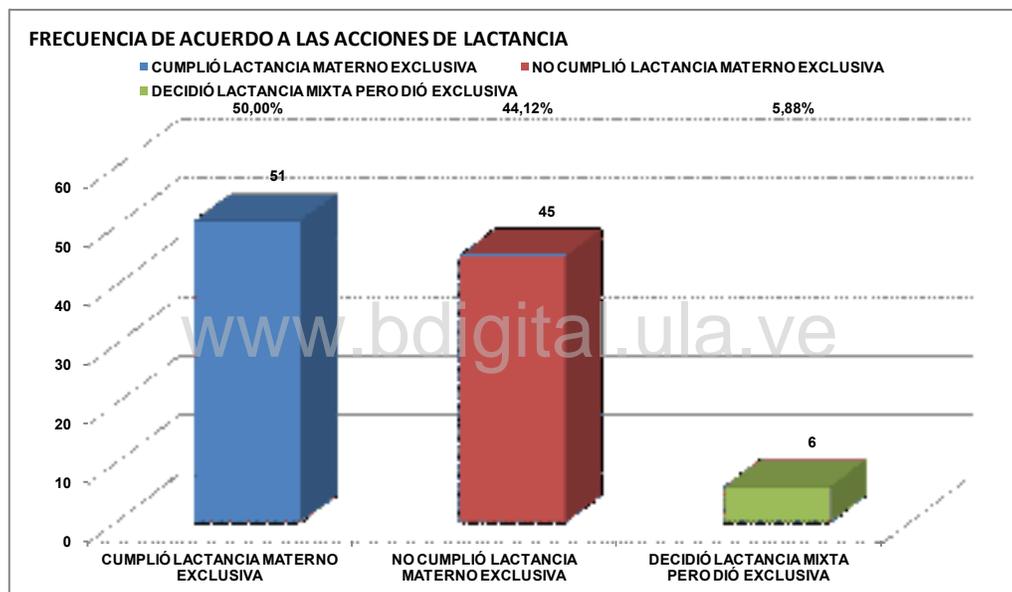
**GRÁFICO 12 - DECISIÓN MATERNA PREVIA AL PARTO SOBRE TIPO DE LACTANCIA A PRACTICAR AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las madres entrevistadas, 102 manifestaron el deseo previo al nacimiento de su hijo, de practicar lactancia materna exclusiva, 165 decidió dar lactancia mixta y solo 8 lactancia artificial.

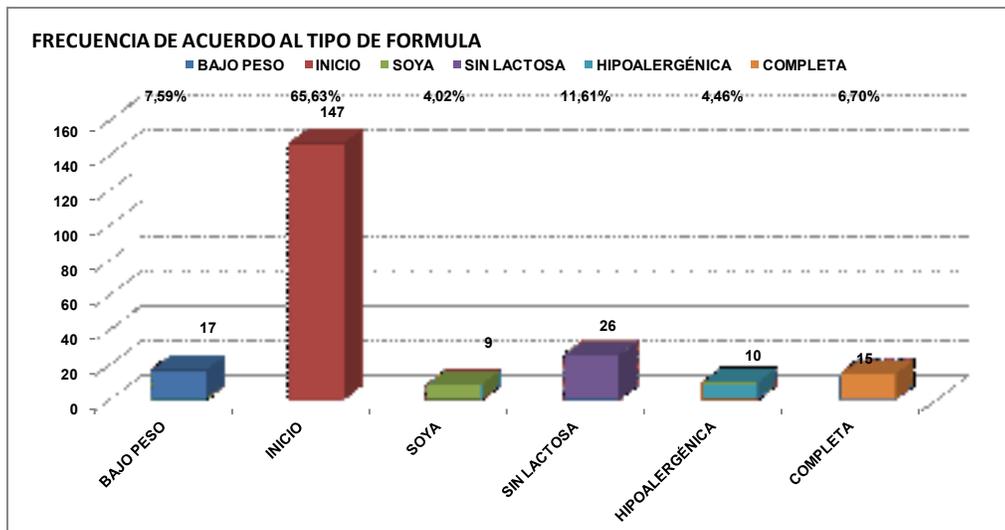
**GRÁFICO 13 - CULMINACIÓN DE LACTANCIA MATERNA  
AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De las 102 madres que habían decidido dar lactancia materna exclusiva, solo la mitad pudo cumplirla exitosamente, 45 no pudieron culminar, y de las madres que habían decidido dar lactancia mixta, 6 de ellas finalmente dieron lactancia materna exclusiva.

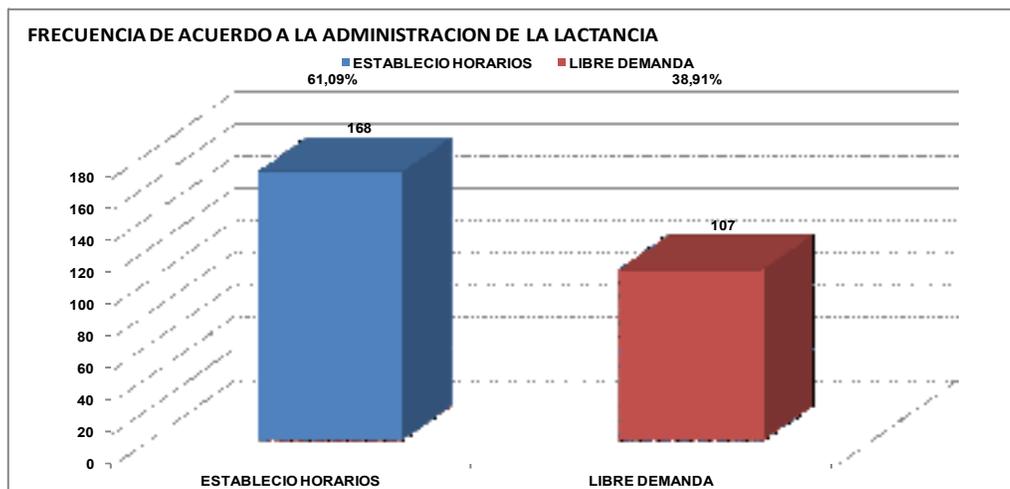
**GRÁFICA 14 - TIPO DE FORMULA ELEGIDA POR LAS MADRES QUE PRACTICARON LACTANCIA MIXTA Y ARTIFICIAL**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Los lactantes menores cuyas madres decidieron dar lactancia mixta, 147 comenzaron recibiendo fórmula de inicio, 17 fórmula para bajo peso, 9 soya, 26 fórmula sin lactosa, 10 hipoalérgica y 15 leche completa.

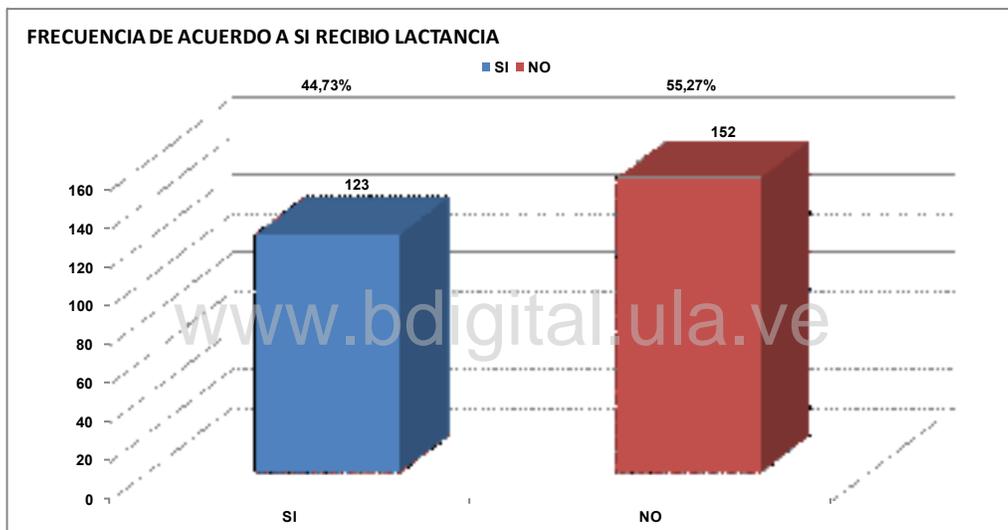
**GRÁFICO 15- FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA LACTANCIA**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De la totalidad de los lactantes ingresados, 168 de las madres afirmaron haber establecido horarios para alimentar a sus hijos y solo 107 administró la lactancia a libre demanda.

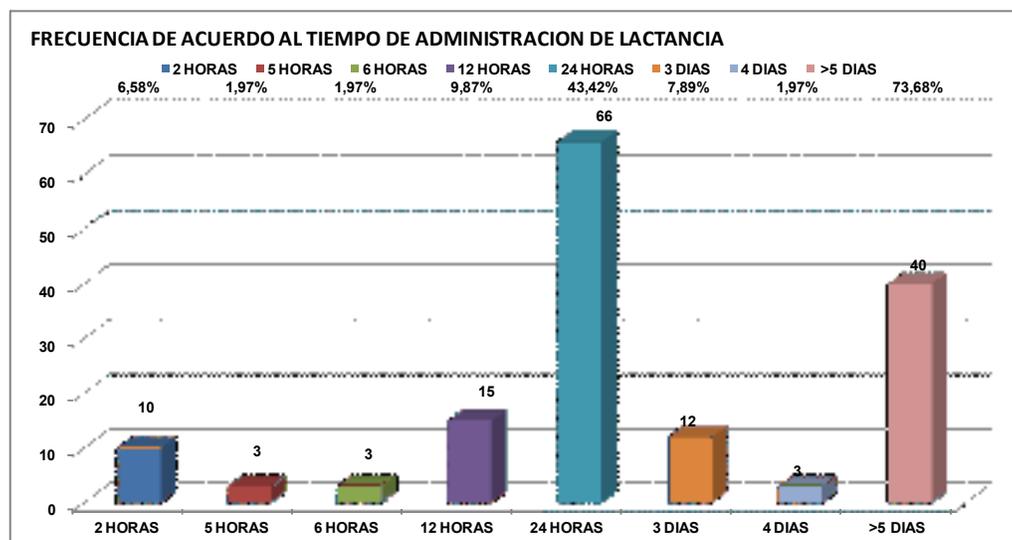
**GRÁFICO 16 - LACTANTES QUE RECIBIERON LACTANCIA 70 MINUTOS DESPUES DEL NACIMIENTO**  
AGOSTO A ENERO 2013



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Solo 123 de los lactantes ingresados recibieron lactancia materna dentro de los 70 minutos posterior al parto, 70 la recibieron posteriormente.

**GRÁFICO 17 - TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE LACTANCIA  
MATERNA POSTERIOR A 70 MINUTOS DEL NACIMIENTO**

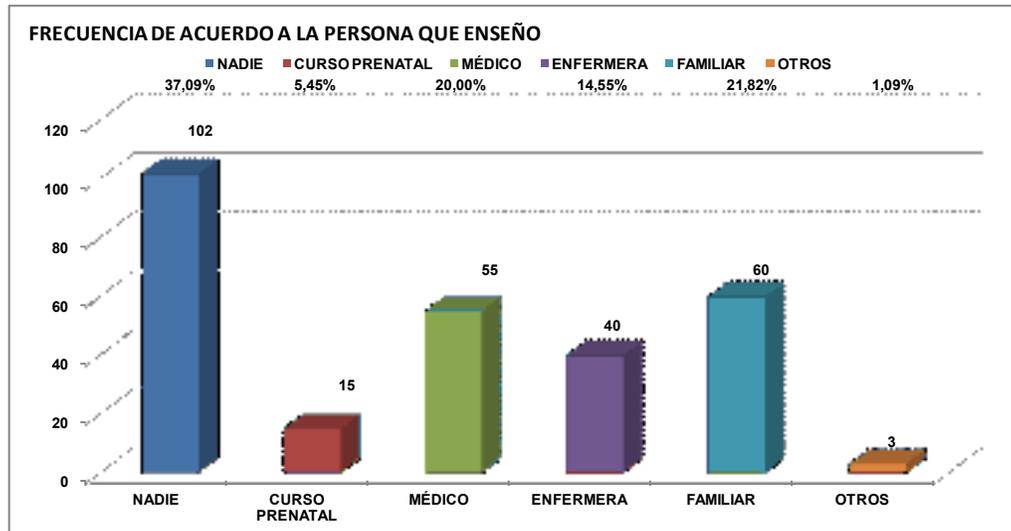


FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

El intervalo de tiempo en el que recibieron lactancia materna posterior a los 70 minutos comprende desde 2 horas hasta más de 5 días; recibieron posterior a 2 horas 10, entre 5 y 6 horas 3 respectivamente, a las 12 horas 15 y posterior a 24 horas 66. Vale destacar que de los lactantes que recibieron lactancia posterior a los 3 días 55 fueron hospitalizados en el servicio de neonatología.

**GRÁFICO 18 - PERSONA QUE ENSEÑÓ LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA A LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES QUE INGRESARON EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC AGOSTO 2012 ENERO 2013**

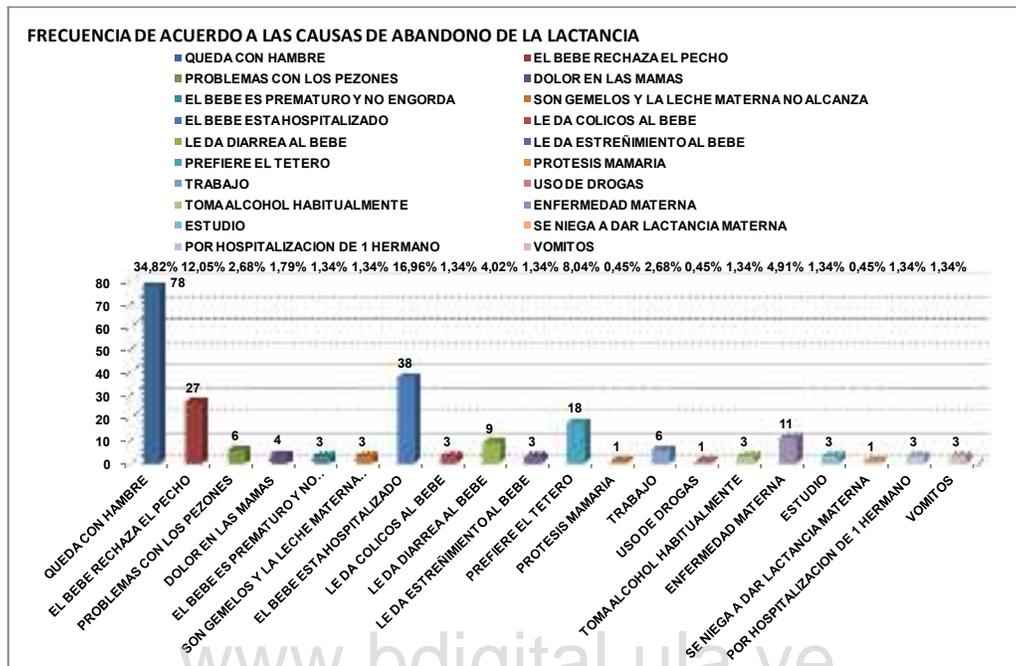


FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Del total de 275 madres encuestadas, 102 refieren que nadie les enseñó alguna técnica para practicar lactancia materna, 15 afirmaron haber recibido orientación en curso prenatal, 55 de las madres fueron instruidas por un médico, 40 por una enfermera y 60 por un familiar, en su mayoría les enseñaron la madre o suegra.

**GRÁFICO 19 - CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA  
POR LAS MADRES DE LOS LACTANTES MENORES QUE INGRESARON AL  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**

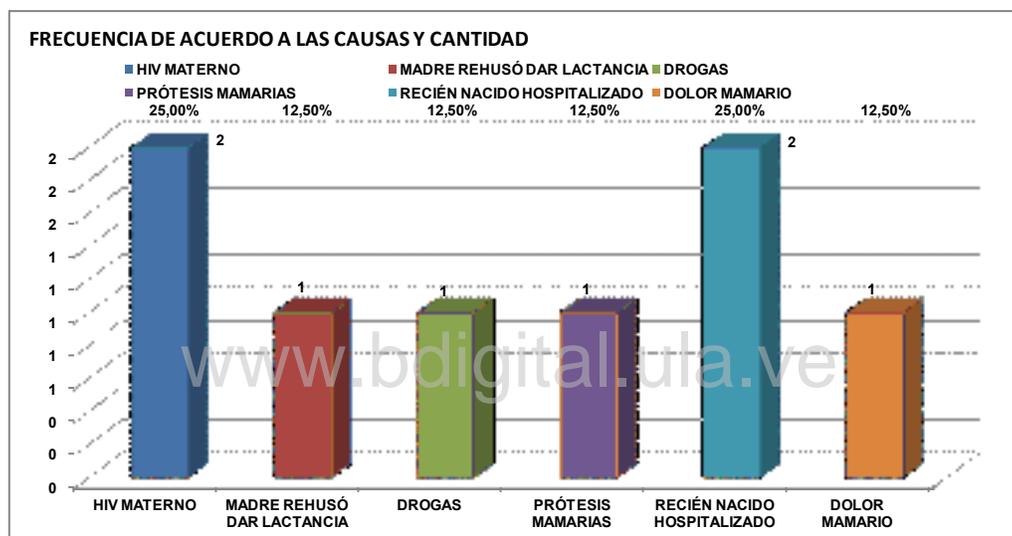


FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva por las madres fueron muy diversas, la más común reportada fue que el bebe quedaba con hambre con 78 casos, rechazo del pecho por el bebé en 27, problemas en los pezones en 6, dolor en las mamas en 4; el bebé es prematuro y no engorda, son gemelos y la leche materna no alcanza en con 3 casos para cada causa, el bebe está hospitalizado con 38, le da cólicos y estreñimiento con 3 para cada causa, le da diarrea con 9, prefiere el tetero con 18, prótesis mamaria, uso de drogas y madre que se niega a dar lactancia con un solo caso respectivamente, por trabajo en 6 casos, toma alcohol habitualmente y

por estudio en 3, por enfermedad materna en 11 de los casos, y por último madres que refirieron interrumpir la lactancia exclusiva por hospitalización de otro hijo y vómitos con 3.

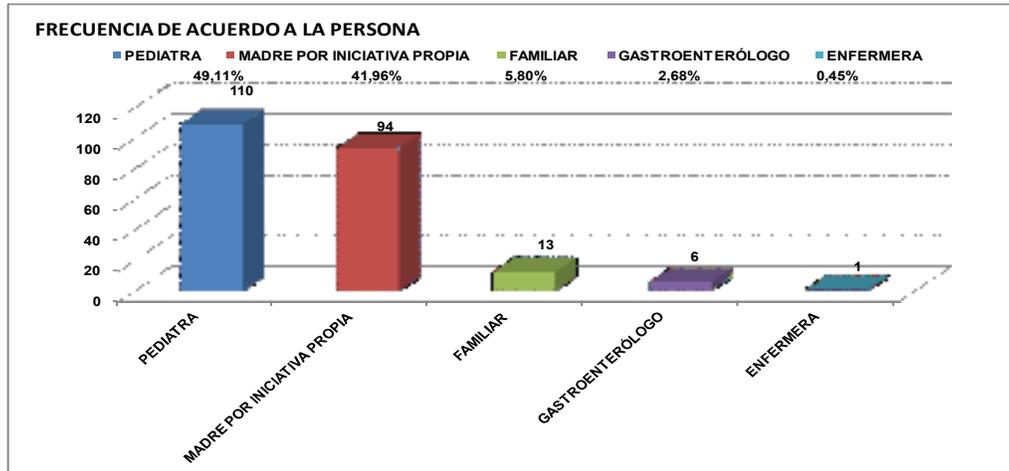
**CUADRO 20 - CAUSAS Y CANTIDAD DE LACTANTES QUE NUNCA RECIBIERON LACTANCIA MATERNA  
AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

Entre las causas por la que 8 madres refirieron haber alimentado a sus hijos solo con lactancia artificial destacan: HIV materno en 2 casos, una madre de 16 años que se rehusó a dar lactancia materna, una por ser consumidora habitual de drogas y cuyo hijo está siendo criado por la abuela desde el nacimiento, dos por hijo hospitalizado desde su nacimiento por tiempo prolongado y una adolescente de 13 años por dolor en las mamas.

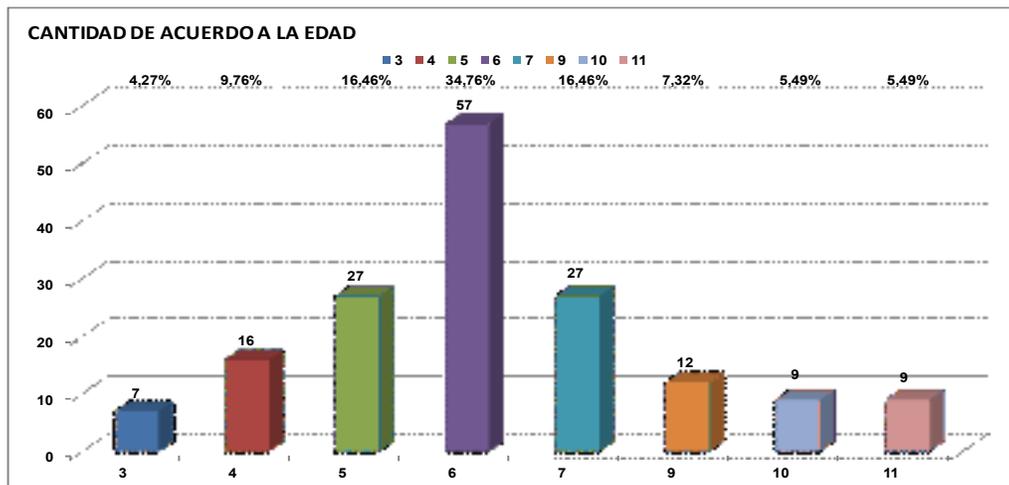
**GRÁFICO 21 - PERSONA QUE INTRODUJO LA FÓRMULA ARTIFICIAL EN LOS LACTANTES MENORES QUE INGRESARON EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 A 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De los 224 lactantes que recibieron fórmula artificial, en 94 de los lactantes fue introducida por iniciativa propia de la madre, la fórmula artificial fue indicada por el pediatra en 110 casos, 13 fue indicada por el familiar, 1 por la enfermera y 6 por el gastroenterólogo.

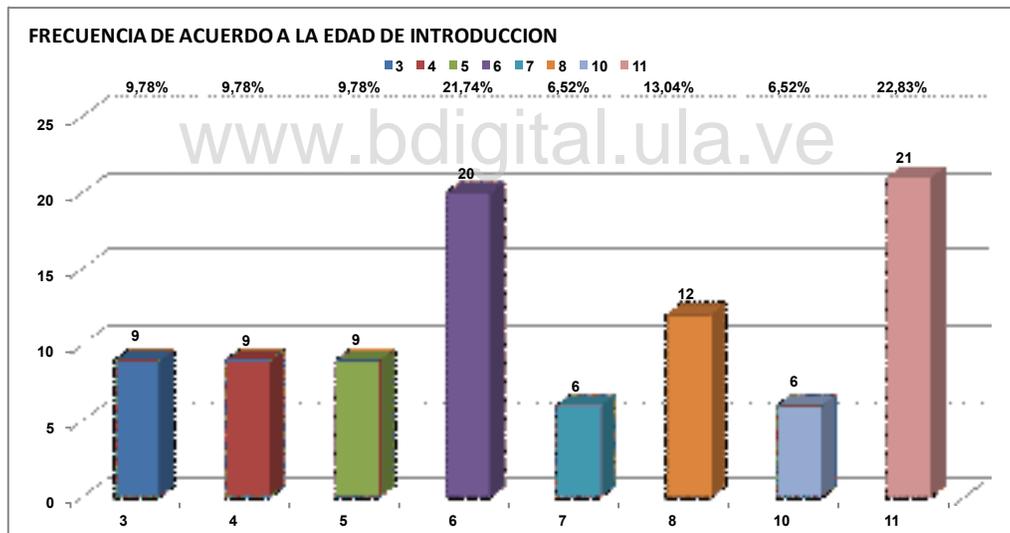
**GRÁFICO 22 - EDAD DE INICIO DE LA DIETA COMPLEMENTARIA DE LOS DE LOS LACTANTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De los 164 lactantes que habían iniciado dieta complementaria según las madres entrevistadas, 7 de ellos empezaron a los 3 meses de edad, 16 a los 4 meses, a los 5 y 7 meses 27 para cada grupo etario, a los 6 meses 57, a los 9 meses 12 y 18 lactantes iniciaron la dieta complementaria tardíamente a los 10 y 11 meses de edad.

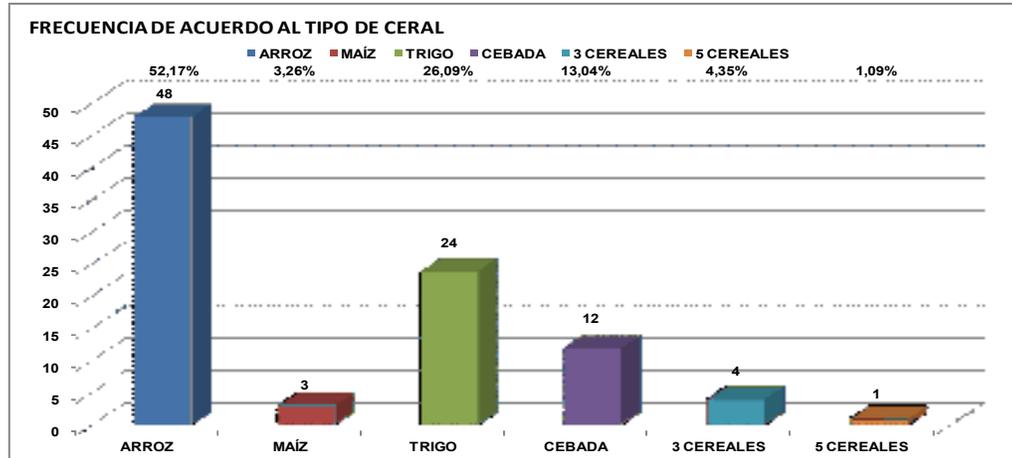
**GRÁFICO 23 - EDAD DE INTRODUCCIÓN DE CEREALES EN LA DIETA COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - ENERO A JUNIO DE 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

La edad de inicio de cereal a los 3, 4 y 5 meses de edad fue de 9 casos para cada grupo etario, de 6 lactantes para los 7 y 10 meses respectivamente, 20 a los 6 meses, a los 8 meses 12 de los casos y a los 11 meses 21.

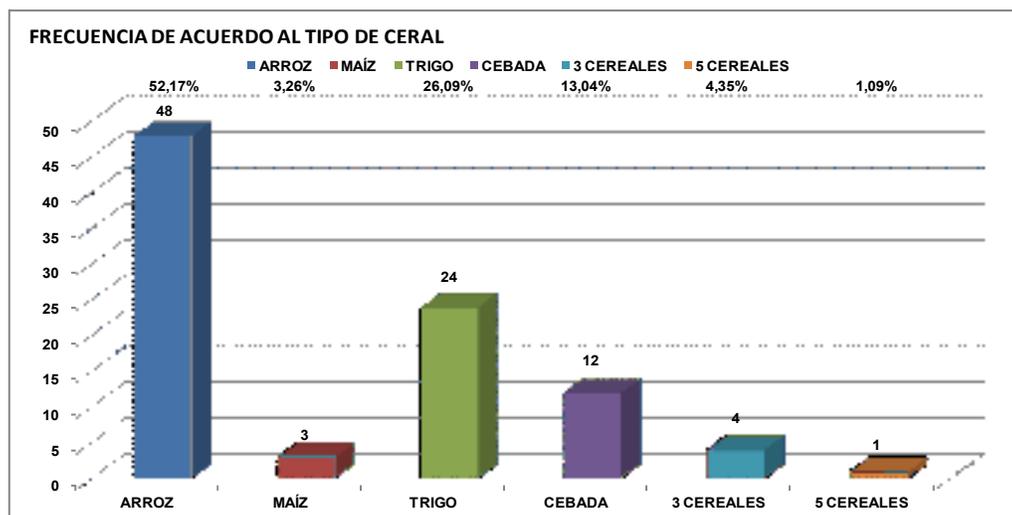
**GRÁFICO 24 - TIPO DE CEREALES INTRODUCIDO POR LAS MADRES EN LA DIETA COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

El tipo de cereal elegido por las madres encuestadas fue en su mayoría a base de arroz con una frecuencia de 48 lactantes, maíz 3, trigo 24, cebada 12, tres cereales 4 y cinco cereales 1. Muchas de las madres afirmaron que les daban a sus hijos el tipo de cereal que conseguían en el mercado.

**GRÁFICO 25 - TIPO DE CEREALES INTRODUCIDO POR LAS MADRES EN LA DIETA COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES INGRESADOS AL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HUPEC - AGOSTO 2012 ENERO 2013**



FUENTE: CUESTIONARIO CLM 2012

De los 87 lactantes que habían sido destetados, 9 de las madres refirieron haberlo hecho al mes de edad del lactante, 6 a los 2 meses, 27 a los 3 meses, 12 a los 4 meses, 21 a los 6 meses y 6 a los 8 y 11 meses respectivamente.

### **Discusión de resultados.**

En este trabajo especial de grado cuyo principal objetivo fue caracterizar la lactancia humana en lactantes menores ingresados en el Departamento de Pediatría del HUPEC, se estudiaron 275 lactantes cuyas madres tenían una edad que oscilaba entre 13 y 43 años, con un mayor promedio del grupo entre 18 y 23 años lo cual difiere con lo registrado en estudio realizado en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo donde el grupo etario de las madres que prevaleció fue el comprendido entre los 26 y 35 años de edad<sup>2</sup> al igual que lo reportado en Castilla y León<sup>5</sup> en que el promedio de edad para las primíparas era de 31,6 años y en este estudio fue de 19,8 años.

La mayoría de las madres entrevistadas pertenecían, según los estratos de Graffar Méndez-Castellanos a los sectores de la población más susceptibles y desfavorecidos de la sociedad. Las madres con estrato socioeconómico IV y V tienen una relación directamente proporcional con el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva, al igual que aquellas que

tienen mayor paridad y que cursan con un periodo intergenésico corto, difiriendo con el estudio realizado en Chile en el cual la lactancia materna exclusiva se asoció con menor escolaridad materna<sup>8</sup>. La relación encontrada en este estudio se asemeja a lo encontrado en Caracas y Maracaibo donde las el grupo de madres que prevaleció fue el ubicado en estrato IV<sup>2</sup>. En este estudio la escolaridad de las madres predominante fue la secundaria tanto incompleta como culminada, lo que contrasta totalmente con lo encontrado en Castilla y León donde la mayoría de las madres tiene estudios universitarios completos<sup>5</sup>.

Del total de madres encuestadas, 140 procedían de áreas urbanas y 135 a zonas rurales, con respecto al número de hijos: 93 madres tenían un hijo; 98 dos, 43 tres; 31 cuatro; 9 cinco y 1 sola tenía 6 hijos. Llama la atención la baja paridad de las madres estudiadas lo que a su vez coincide con lo que se describe en el estudio multicéntrico realizado en el área metropolitana de Caracas y Maracaibo en el que la mayoría provenía del área urbana y tenían solo 1 o 2 hijos<sup>2</sup>.

El 65,82% de las madres se dedican a los oficios del hogar y solo un 34,18% trabaja fuera del hogar lo que difiere de lo encontrado por Niño, Silva y Atalah en Chile donde la mayoría de las madres trabajaba fuera del hogar<sup>8</sup>. A pesar de que la mayoría de las madres trabajan en el domicilio, gran parte de ellas no dio lactancia materna exclusiva a sus hijos.

De las madres registradas, a 54,91% se les practicó cesárea segmentaria y 45,09% atención al parto, proporción similar a la encontrada en el estudio realizado en Chile en el 2012<sup>8</sup> y difiere de lo encontrado en Castilla y León donde solo el 26% fue atendido mediante cesárea<sup>5</sup>.

Cabe destacar que de los 275 lactantes estudiados, durante su periodo neonatal 86 fueron hospitalizados por dos o más días, y todos ellos recibieron formulas artificiales durante este periodo y continuaron en su totalidad, recibiendo lactancia mixta posterior al alta.

A pesar de que el 62,1% de las madres encuestadas tenían experiencia previa en lactancia materna, la gran mayoría prefirió administrar lactancia mixta desde el nacimiento de su hijo, lo opuesto a lo reportado en el estudio que se realizó en Chile donde la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa<sup>8</sup>.

De las madres entrevistadas, 37,09% manifestaron el deseo previo al nacimiento de su hijo de practicar lactancia materna exclusiva, 60% decidió dar lactancia mixta y solo 2,91% lactancia artificial, lo contrario a lo reportado en el estudio realizado en Castilla y León donde las madres que habían elegido administrar lactancia materna exclusiva fue del 81,2% y solo 10,2 por la lactancia artificial<sup>5</sup>.

Del total de 275 madres encuestadas, un 37.09% refiere que nadie les enseñó alguna técnica para practicar lactancia materna, lo que incidió directamente en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva, el desconocimiento de los beneficios de su práctica y técnicas de conservación de la leche materna, esto difiere de lo reportado en el estudio realizado en la municipalidad de Rosario en Argentina, donde el asesoramiento materno sobre la alimentación del niño no influyó en la administración de la lactancia materna aunque si en su continuidad<sup>7</sup>. También llama la atención la diferencia encontrada en comparación con el estudio realizado en Chile donde el 90,5% de las madres recibió información sobre la lactancia materna y la mayoría se proporcionó a las mismas en la consulta prenatal<sup>8</sup>.

Es de vital importancia destacar que de los 224 lactantes que recibieron fórmula artificial, 41.96% fue introducida por iniciativa propia de la madre, la fórmula artificial fue indicada por el pediatra en un 40.11%, 5.80% fue indicada por el familiar, 0.45 % por la enfermera y 2.68% por el gastroenterólogo.

De la totalidad de los lactantes ingresados, 61.09% de las madres afirmaron haber establecido horarios para alimentar a sus hijos y solo 38.91% administró la lactancia a libre demanda. La lactancia materna a libre demanda se destacó en España<sup>3</sup> por ser un factor protector de la lactancia materna exclusiva, contrario a lo reportado en este estudio,

Solo el 44,73% de los lactantes ingresados recibieron lactancia materna dentro de los 70 minutos posterior al parto, periodo durante el cual se establece la impronta que fortalece el vínculo madre-hijo. El intervalo de tiempo en el que recibieron lactancia materna posterior a los 70 minutos comprende desde 2 horas hasta mayor a 5 días; recibieron posterior a 2 horas 6.38%, entre 5 y 6 horas 1.97% respectivamente, a las 12 horas 9.87% y posterior a 24 horas 43,42%, vale destacar que los lactantes que recibieron lactancia posterior a los 3 días (36,18%) se encontraban hospitalizados en el Servicio de Neonatología similar a lo reportado por Aznar y Salazar<sup>2</sup>.

Las causas de abandono de la lactancia materna exclusiva por las madres fueron muy diversas, la más comúnmente reportadas fue que el bebe quedaba con hambre con un 34,82%, rechazo del pecho por el bebé en 12,05%, el bebe está hospitalizado en un 16,96%, prefiere el tetero en 8.04%, lo que coincide con los estudios realizados en Maracaibo y Caracas<sup>2</sup> Chile<sup>8</sup> y España<sup>3</sup>.

Entre las causas por la que 8 madres refirieron haber alimentado a sus hijos solo con lactancia artificial destacan HIV materno en 2 casos, una madre de 16 años que se rehusó a dar lactancia materna, una por ser consumidora habitual de drogas y cuyo hijo está siendo criado por la abuela desde el nacimiento, dos por hijo hospitalizado desde su nacimiento por tiempo prolongado y una adolescente de 13 años por dolor en las mamas. Cabe destacar que en Venezuela por protocolo del Ministerio del Poder

Popular para la Salud, las madres seropositivas no pueden dar lactancia a sus hijos<sup>17</sup>.

De los 87 lactantes que habían sido destetados, 10,34% de las madres refirieron haberlo hecho al mes de edad del lactante, 6,94% a los 2 meses, 31,03% a los 3 meses, 13,79% a los 4 meses, 24,14% a los 6 meses y 6.90% a los 8 y 11 meses respectivamente, similar a lo encontrado en el estudio realizado en por Aznar y Salazar<sup>2</sup>.

### **Conclusiones.**

En cuanto a las características demográficas de las madres de los lactantes hospitalizados en el Departamento de Pediatría, destaca que la gran mayoría son madres adolescentes, con escolaridad incompleta y procedentes de las áreas más pobres del Estado, lo que influye negativamente en el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y en general de la salud del niño.

Se pudo observar que un gran número correspondió a madres primigestas, seguida de las que tenían 2 o 3 hijos, las cuales tenían un período intergenésico corto que interfiere con la práctica de la lactancia materna.

Solo un pequeño porcentaje de las madres decidió antes del parto administrar lactancia materna exclusiva y muy pocas lo lograron exitosamente, y por el contrario, las madres tienen la concepción preparto de

que la lactancia mixta es la más adecuada a llevar a cabo, notando así, el desconocimiento general de una técnica adecuada, beneficios tanto para la madre como para su hijo que esta práctica implica, muchas veces como consecuencia de un mal control del embarazo, escolaridad incompleta, madres adolescentes que no están preparadas psicológica y económicamente para adquirir una familia en muchos casos monoparentales.

Las madres entrevistadas manifestaron en su mayoría que no haber recibido explicación alguna sobre las técnicas de lactancia materna ni sus beneficios, lo que implica que hay fallas tanto en educación prenatal y en orientación por parte del personal médico y enfermería a las madres durante su estancia en puerperio y previa al alta médica.

Más de la mitad de los lactantes no recibieron lactancia materna durante la primera hora posterior al parto, lo que es considerado como un factor protector de la lactancia materna exclusiva así como del establecimiento del vínculo madre-hijo, esto como consecuencia de que la mayor parte de las madres son atendidas mediante cesárea segmentaria, electiva o no, lo que influye en un mayor tiempo de recuperación y salida del quirófano, en muchos casos en los cuales ya el recién nacido ha sido trasladado a unidad neonatal de estancia corta. Otros de los motivos por el cual no se cumple la exposición temprana al pecho materno es por hacinamiento del área de puerperio inmediato y mediato que se traduce es un desfase entre la salida del recién nacido y de la madre de sala de parto, lo

que trae como consecuencia la administración temprana de sucedáneos de la leche materna.

Es de vital importancia destacar que las causas por las cuales se abandona la lactancia materna proceden de una mala técnica de la misma así como de mitos y percepciones subjetivas de la madre. También llama la atención de que más de la mitad de las madres afirmó que la fórmula artificial fue indicada por el pediatra, lo que hace pensar en una actitud muy flexible, complaciente y/o indiferente en cuanto a la importancia que se le da a la práctica de la lactancia materna por el personal médico.

En cuanto a la edad de destete, más de la mitad fue llevada a cabo antes de los 6 meses de edad, hecho que influye negativamente en la salud del lactante a corto y largo plazo. Referente al inicio de la dieta complementaria, en la mayoría de los casos se realizó durante los 5 y 7 meses de edad, con sopas, jugo, papilla y compota. La edad de introducción de cereales se realizó generalmente después de los 6 meses de edad, con un gran porcentaje de inicio con cereal de arroz, pero cabe destacar el inicio temprano con cereal a base de trigo y cereales combinado no aptos para el consumo antes del año de edad, lo que puede traer como consecuencias alergias alimentarias entre otros.

## **Recomendaciones.**

Es de urgente necesidad la prevención mediante campañas educativas para en primer lugar evitar el embarazo precoz en adolescentes por parte de entes públicos y privados así como implementar y popularizar la consulta de atención al adolescente, ya que por una parte influiría en la mejoría en la escolaridad de las futuras madres y de su nivel económico a largo plazo.

Exhortar al personal médico y de enfermería, tanto del área de obstétrica y pediatría, en impartir conocimientos acerca de la importancia de una práctica de la lactancia materna exclusiva, sus beneficios, técnicas adecuadas, métodos de conservación de la misma, así como dar a conocer que la ley del trabajo le permite tener un horario para llevar a cabo la lactancia materna.

No contribuir a mitos y falsas percepciones que influyen en el abandono de la lactancia materna así como la prescripción indiscriminada por parte de los pediatras y demás personal de salud de los sucedáneos de la leche materna.

Elaborar campañas de promoción de la lactancia materna y poner en práctica las iniciativas elaboradas por organismos mundiales, nacionales y regionales sobre la promoción, práctica y difusión de la lactancia materna exclusiva.

## Referencias Bibliográficas.

1. Lasarte J. Velillasa, Hernández M. Lactancia materna. Preguntas más frecuentes. Revista Pediatra Atención Primaria. Supl 17; N.11 405-s414 2009 [citado 10 junio 2012]. Disponible en: URL: <http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5lLjPqEwTL9H3hXACyHf4t43iMA>
2. Aznar F., Salazar S., Delgado X., Cani T., Cluet I., Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Estudio multicéntrico En las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Flor Elena Aznar (1), Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría Vol. 72. N. 4 118 – 122. 2009. [citado 10 junio 2012]. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000406492009000400003&lng=es&nrm=is](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406492009000400003&lng=es&nrm=is)
3. González M. Situación de la lactancia materna en España. Paraninfo Digital Monográficos de Investigación en Salud AÑO V – N. 12 – 2011. [citado 12 junio 2012] Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>
4. Brito M., Carvajal M., Delgado A., Escalona S., Galarreta D., Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas con menos de 30 semanas de gestación, Ambulatorio San José. Barquisimeto Edo Lara. Enero- Mayo 2007. [citado 12 junio 2012] Disponible en: URL: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TPWA310DV4D582007.pdf>

5. Sacristán A., Gil M., Lozano I., Vega A., Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Revista Pediatría de Atención Primaria vol XIII n. 4913:33-46 Enero /marzo 2011. [citado 14 junio 2012] Disponible en: URL:
6. Prensasud [en línea] Venezuela. Brigada Comunicacional Rafael Vázquez 2012 [citado 12 de Julio 2013] Disponible en URL: <http://bcrv.blogspot.com/>
7. Morán M., Naveiro J., Blanco E., Cabañeros I., Rodríguez M., Peral A. Casado. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutrición Hospitalaria. Vol. 24. N. 2. 213-217. 2009. [citado 17 junio 2012] Disponible en: URL: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4314.pdf>
8. Rubén M. Patrón lácteo en menores de un año que asisten a los centros de atención primaria de la secretaría de salud pública de la municipalidad de Rosario: diciembre/07-diciembre/08. 2010. [citado 19 junio 2012] Disponible en: URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=618597&indexSearch=ID>
9. Niño R, Silva G., Atalah E., Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 83. N. 2. 161-169. 2012. [citado 19 junio 2012] Disponible en: URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000200007&script=sci_arttext)

10. Avila Barreto Z. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses de edad. [trabajo especial de grado] Valera, Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. 2004.
11. Aguilar M., Fernandez M., Lactancia materna exclusiva. [citado 19 junio 2012] Disponible en: URL: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>
12. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia Materna: guía para profesionales. Barcelona: Ergon. Febrero 2004.
13. Comité Editorial. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Nutrición Pediátrica. Caracas: Panamericana. 2009
14. Hernández T., Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría. Vol. 64. N. 4. 340-356. 2005. [citado 21 junio 2012] Disponible en: URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/la-lactancia-materna-como-promover-apoyar-lactancia-13079817-asociacion-espa%C3%B1ola-pediatria-2005>
15. Cepeda M., Relactancia. [citado 21 junio 2012] Disponible en: URL: <http://biosalud.saber.ula.ve/lactancia/articulos/relactancia.html>
16. Lozano M., Pallás C., Hernández M., Aguayo J., Uso del chupete y lactancia materna. Anales de Pediatría. Vol 74. N. 4. 2011. [citado 24 junio 2012] Disponible en: URL:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v74n04a90002200pdf001.pdf>

17. Compilación sobre políticas públicas sobre VIH y SIDA en Venezuela.

Programa conjunto de Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [en línea]

2009 [citado 16 junio 2013] Disponible en URL:

<http://www.rvg.org.ve/admin/images/biblioteca/politicaspUBLICAS.pdf>

www.bdigital.ula.ve

**ANEXOS**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CUESTIONARIO CLM2012

		<b>Edad</b>	
Características demográficas	edad materna		años
	edad hij@		meses
		<b>Marque con una X</b>	
	procedencia	rural	
		urbana	
Estrato socio económico	Graffar Méndez	I	
	Castellano	II	
		III	
		IV	
		V	
		<b>si</b>	<b>no</b>
Nivel Educativo	Primaria incompleta		
	primaria completa		
	Secundaria incompleta		
	Secundaria completa		
	Universitaria		
		<b>si</b>	<b>no</b>
Oficio	Hogar		
	Fuera del hogar		
	No trabaja		
Antecedentes obstétricos maternos	Paridad.		# paras
	Periodo intergenésico		meses y/o años
	Experiencia previa. con lactancia materna	<b>si</b>	<b>no</b>
		<b>Marque con una X</b>	
Tipo de Parto	Parto		
	Cesarea		
Complicaciones Perinatales	Días Hospitalización materna		# días
	Días Hospitalización RN		# días
		<b>Marque con una X</b>	
Desición materna antes del parto sobre tipo de lactancia elegida a practicar	Lactancia materna exclusiva		
	Lactancia mixta		
	Lactancia artificial		

		si	no	
Tipo de formula elegida	prematuros			
	inicio			
	soya			
	sin lactosa			
	Hipoalergenica			
	Antirreflujo			
	Hidrolizadas			
	Completa			
		<b>Marque con una X</b>		
Conocimientos previos sobre lactancia	ninguno			
	Curso prenatal			
	consulta prenatal			
	Médico			
	Enfermera			
	familiar			madre
				suegra
			prima	
			tia	
	otros		<b>especifique</b>	
		<b>Marque con una X</b>		
Persona que indica introducción de formula artificial	iniciativa propia			
	pediatra			
	familiar			
	amistad			
	farmaceutico			
	enfermera			
	otras		<b>especifique</b>	
		si	no	
Características sobre lactancia actual	establecio horarios			
	libre demanda			
	recibio lactancia materna 70 min despues de nacer			
		<b>Edad</b>		
	edad de destete		meses	
	edad de ablactacion		meses	
		si	no	
	uso de tetero			
se ordeña				
usa formula artificial				
usa chupon				

Causas de	No tengo suficiente leche			
abandono de la	El bebe rechaza el pecho			
lactancia materna	Tengo problemas con los pezones			
	Me duelen las mamas			
	El bebe es prematuro y mi leche no lo engorda			
	Son gemelos y la leche no alcanza para ambos			
	El bebe esta hospitalizado			
				<b>especifique</b>
	Medicamento que contraindica la lactancia materna			
	Le da cólicos al bebé			
	Le da diarrea al bebé			
	Le da estreñimiento.			
	Prefiere el tetero.			
	Prótesis mamarias.			
	Trabajo			
				<b>especifique</b>
	Usa drogas.			
	Toma alcohol habitualmente			
	Fuma			
	Enfermedad materna			
	otras			
Ablactacion	edad		meses	
	tipo de alimento	sopa jugo compota		
		otros	<b>especifique</b>	
Introducción de	edad		meses	
		<b>Marque con una X</b>		
cereales	tipo de alimento	arroz maiz trigo cebada 3 cereales 5 cereales		

## **Método de estratificación socioeconómica según Graffar-Castellanos.**

### **Puntuación del 1 al 5 según:**

#### **I. Profesión del Jefe de Familia**

1. Profesión Universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales oficial de las Fuerzas Armadas Nacionales.
2. Profesiones técnicos o medianos comerciantes o productores.
4. Obreros Especializados.
5. Obreros no Especializados.

#### **II. Nivel de Instrucción de la Madre.**

1. Enseñanza Universitaria.
2. Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa.
3. Enseñanza Secundaria-Incompleta o técnica Inferior.
4. Educación Primaria o alfabeta.
5. Analfabeta.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

#### **III. Principal Fuente de Ingreso de la Familia:**

1. Fortuna heredada o Adquirida.
2. Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales.
3. Sueldo Mensual.
4. Salario Semanal.
5. Donaciones de origen Público o Privado.

#### **IV. Condiciones de Alojamiento.**

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitaria en ambiente de lujo.
2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin exceso de lujo, espacioso.
3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en ambientes reducidos:
4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y con deficiencia en las condiciones sanitarias.

5. Rancho o vivienda con espacio insuficiente y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas:

<b>PUNTAJE</b>	<b>ESTRATO</b>	<b>DENOMINACION</b>
4-6	I	ALTO
7-9	II	MEDIO ALTO
10-11	III	MEDIO MEDIO
12		MEDIO BAJO
13-16	IV	POBREZA RELATIVA(OBRERO)
17-20	V	POBREZA CRÍTICA

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

### Anexo de la confiabilidad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	2	4	5	3	2	2	2	4	8	6	6	18	3	6	71	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	16	
3	2	2	4	2	2	1	2	2	2	5	3	1	1	3	32	
4	1	4	2	1	1	2	1	3	1	6	4	3	2	2	33	
5	2	3	3	2	2	1	1	3	2	2	5	4	3	4	37	
6	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	19	
7	1	3	1	3	1	2	2	3	2	4	3	8	1	6	40	
8	2	4	3	3	2	2	2	4	7	6	6	11	3	5	60	
9	1	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	22	
10	2	3	3	1	2	1	1	1	6	6	5	2	2	4	39	
11	2	4	5	3	2	2	2	4	8	6	6	8	3	5	60	
12	1	3	4	3	2	2	1	3	5	2	1	15	2	2	46	
13	2	2	3	4	2	2	2	4	8	6	5	11	3	6	60	
14	1	2	3	2	2	2	1	3	4	1	3	7	1	3	35	
15	2	4	2	2	2	2	2	4	8	5	3	8	3	3	50	
16	1	4	2	2	2	2	2	4	5	5	5	14	3	6	57	
17	2	4	5	3	2	2	2	4	5	6	5	8	3	6	57	
18	1	5	2	2	2	2	2	4	5	5	5	11	3	5	54	
19	1	4	3	2	1	1	1	3	3	3	5	1	1	1	30	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
Sumatoria	29	61	55	43	34	32	31	59	83	79	76	135	44	71		
Promedio	1,45	3,05	2,75	2,15	1,7	1,6	1,55	2,95	4,15	3,95	3,8	6,75	2,2	3,55		
Varianza	0,261	1,418	1,776	0,766	0,221	0,253	0,261	1,208	7,292	4,261	3,011	28,408	0,695	3,945		53,7737
																278,147
					rtt =	0,8687										