



**UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

INVESTIGACION ASISTIDA PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

TITULO

**INFLUENCIA NUTRICIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN EL PESO DEL LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Junio – Diciembre 2015**

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA

Bach PAOLA DIAZ CHUMBE

ASESORA

Obst. NATALIK ESPINOZA RAMIREZ

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS – PERU

2017



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA

PROFESIONAL

En la ciudad de Iquitos, a las 7:00 p.m. horas del día 19 de diciembre del año 2016, se reunieron en Sala de Sesiones de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Jurado Examinador, conformado por el Docente : Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla como Presidente; el docente Méd. Jaime Zamudio Zelada y la docente Obst. Mgr. Betty Monzón Mariscal, como miembros, para evaluar la sustentación de la Bachiller en Obstetricia.

Srta. : PAOLA ONDINA DÍAZ CHUMBE

En la modalidad de: PROGRAMA DE TITULACIÓN, de Investigación de Suficiencia Profesional, con el Tema: "INFLUENCIA NUTRICIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PESO DEL LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS JUNIO-DICIEMBRE 2015"

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar, teniendo como Resultado:

Table with 4 columns: Indicador, Examinador 1, Examinador 2, Examinador 3. Rows include indicators like 'Dominio del Tema', 'Calidad de Redacción', etc., and final scores of 16 and 'DIECI SEIS'.

Aprobado por: UNANIMIDAD
Presidente : Méd. Mgr. Jesús J. Mgallanes Castilla
Miembro : Méd. Jaime Zamudio Zelada
Miembro : Obst. Mgr. Betty Monzon Mariscal

Handwritten signatures of the examiners: Mgallanes, Zamudio, and Monzon.

Leyenda:

Legend table with 2 columns: INDICADOR and PUNTAJE. Rows describe approval levels: Desaprobado, Aprobado por Mayoría, Aprobado por Unanimidad, Aprobado por Excelencia.

Nota: La calificación es en el sistema vigesimal (0 - 20) El puntaje mínimo aprobatorio es 13 (Trece)

La Universidad vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

SUSTENTACION DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

1	Nombre	3
2	Resumen	4
3	Introducción	7
4	Justificación	8
5	Planteamiento del problema	13
6	Objetivo	15
6.1	Objetivo General	15
6.2	Objetivos Específicos	15
7	Variables	16
8	Operacionalización de variables	17
9	Hipótesis	18
10	Metodología	19
10.1	Tipo y diseño de investigación	19
10.2	Población y muestra	19
10.3	Instrumentos	20
10.4	Procedimiento de recolección de datos	20
10.5	Análisis de datos	21
10.6	Control de calidad	21
11	Resultados	27
12	Discusión	31
13	Conclusión	34
14	Referencias	35
15	Bibliografía	38
16	Asesor	40

Med. Mgr. Jesus. J. Magallanes Castilla

Med.Mgr. Jaime Zamudio Zelada

Obst.Mgr. Betty Monzon Mariscal

Asesora:

Obst. Natalik Espinoza Ramirez

Índice de contenido

1.	Marco teórico	3
2.	Resumen	6
3.	Abstract	7
4.	Introducción	8
5.	Planteamiento del problema	13
6.	Objetivos	15
	4.1 Objetivo General	15
	4.2 Objetivos específicos	15
7.	Variables	16
8.	Operación de variables	17
9.	Hipótesis	18
10.	Metodología	19
	10.1 Tipo y diseño de investigación	19
	10.2 Población y muestra	19
	10.2.1 Población	19
	10.2.2 Muestra y muestreo	20
	10.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	20
	10.3 Técnicas e instrumentos	20
	10.4 Proceso de recolección de datos	20
	10.5 Análisis de datos	21
	10.6 Consideración ética	21
11.	Resultados	22
12.	Discusión	31
13.	Conclusión	34
14.	Recomendaciones	35
15.	Referencias Bibliográficas	36
16.	Anexos	40

Marco teórico.

Antecedentes.

Autores Regionales:

El Dr. Jimmy Esteves (2016), Gerente de la Red Asistencial Loreto, quien resaltó que los menores han superado esa condición gracias a la puesta en marcha de buenas prácticas del equipo multidisciplinario de la Unidad de Vigilancia Intensiva Neonatal, así como el Departamento Materno Infantil del nosocomio.

En lo que va del año, el Hospital III Iquitos de EsSalud en Iquitos salvó la vida a más de 170 bebés prematuros, o con complicaciones quienes necesitan de un soporte médico especializado para garantizar su buen desarrollo y salud.

Estos bebés reciben nutrición parenteral (lactancia materna), a través de la colocación de un catéter venoso central de inserción periférica, hasta que alcancen el peso adecuado y sean dados de alta, manifiesta la Dra. Nilda Seoane Aurich, Jefe del Departamento Materno Infantil del hospital de EsSalud Loreto.

También indicó que las buenas prácticas en el manejo del prematuro en EsSalud Loreto, contemplan la utilización del equipo de ventilación de alta frecuencia, que proporciona mejoras para la sobrevivencia del recién nacido prematuro.

Uno de sus ilustres médicos fue **El Dr. “Cesar Garayar García”**, que dedicó su vida tratando a los niños procedentes de los sectores más humildes de nuestra región. Promover la lactancia materna e incentivar la relación madre-recién nacido.

En el año 2015, el hospital de Iquitos atendió a 264 prematuros de los cuales 259 sobrevivieron y se desarrollan con normalidad. En lo que va del año, se ha atendido a 171 nacidos prematuros, que según la complejidad de su grado de prematurez reciben atención especializada y dándoles lactancia materna, refirió el funcionario.

Promover y orientar a las madres sobre la lactancia materna para prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades del recién nacido y del paciente pediátrico en el ámbito de su competencia, para lograr su desarrollo y crecimiento normal en la familia y la comunidad.

La lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Autores Nacionales:

García Carrión, Luis Alberto (2015) La lactancia materna exclusiva; es la alimentación solo con leche del seno materno durante los seis primeros meses de vida del lactante, contiene todos los elementos nutritivos necesarios para el crecimiento; recomendando el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se considera a la lactancia materna exclusiva como una práctica fundamental en la nutrición infantil con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas.

La elaboración de la leche materna comienza en las glándulas mamarias, cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos (cada lobulillo contiene de 10 a 100 alvéolos) y a su vez en pequeños racimos donde se encuentran células secretoras, en las cuales se produce leche materna, la secreción de leche depende de un sofisticado mecanismo fisiológico estimulado por hormonas que desencadenan una respuesta endocrinológica que comienza con el estímulo de succión del lactante

Otro beneficio para la madre también es la involución uterina, pues por la succión que ejerce el niño estimula la producción de oxitocina, esta a su vez contrae el útero y evita las hemorragias post parto, el efecto final es un menor riesgo de anemia debido a que la cantidad de hierro que la madre usa para la producción de leche es mucho menor que el que pierde en el sangrado menstrual. La lactancia materna exclusiva también es importante por sus propiedades anticonceptivas, manteniendo ausente la menstruación por un periodo de tiempo mayor a 90 días (amenorrea) protegiendo a la madre de un nuevo embarazo durante los 6 primeros meses en un 98% 12-13.

También previene el cáncer de útero, ovario y mama. En condiciones normales, se puede considerar que las dos teorías que pueden explicar la patogénesis de cáncer de ovarios son las repetidas ovulaciones: la ovulación en sí, supone un trauma para el ovario y a la consiguiente reparación.

Con la lactancia materna se observa que, por un lado, disminuirá el cáncer de ovarios porque se inhibe esa ovulación: hay disminución de las gonadotropinas, disminución del pico de la hormona luteínica (LH) y por lo tanto son periodos de amenorrea.

Delgado M y Nombera P. realizaron una investigación titulada *Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva Chiclayo, 2012* con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, para lo cual realizó un estudio descriptivo transversal en un grupo de 124 madres adolescentes a las que les aplicó una encuesta de conocimientos encontrándose que el 48.4% de madres adolescentes presentó un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento.

Autores Internacionales:

VILLALOBOS (2009) ¹evaluó la asociación entre el régimen de lactancia en el primer año de vida con él la evolución del peso y talla de niños <7 años de edad de Ciudad Juárez. A 65 niños <2 años (E) se les midió el peso (P), talla (T) y se determinaron la distribución percentil T/E y P/E individual a distintos tiempos de forma retrospectiva. En grupos estratificados por régimen de lactancia materna exclusiva (LME), fórmula láctea (FL) o mixta (LMI), se estudió el comportamiento del peso y talla de los participantes. Solo el 14 % de estas alimentaron a su hijo exclusivamente al pecho por un periodo no menor a 6 meses, mientras que el 65 y 21% lo fueron de forma mixta y solo fórmula Láctea, respectivamente. Los preescolares que recibieron LME tuvieron un aumento del peso (P/E) y de talla (T/E) más apegados y constantes al percentil estándar 50 que los otros regímenes de lactancia, con escasas desviaciones positivas o negativas en él. La lactancia materna exclusiva promueve un crecimiento lineal y aumento de peso más adecuado que el observado en la Lactancia Mixta o Lactancia Formula.

JIMENEZ (2011) ² en su estudio tuvo el objetivo de determinar los beneficios nutricionales de la LM en menores de 6 meses, evaluando a 380 lactantes; el 58% pertenecían al sexo femenino, el 77 % recibían lactancia materna exclusiva (LME); de aquellos con LME, el 75.5% se encontraban entre los desvíos standart de 0 a +3 de las tablas peso para talla en menores de 6 meses del AEIPI-Nut, mientras que sólo el 53.2% de alimentados con lactancia materna no exclusiva (LMNE) correspondían a estos mismos desvíos y de todos los lactantes el 50% recibía un número adecuado de tomas diarias. Demuestra que aquellos niños/as que reciben lactancia materna exclusiva presentan mejores curvas de crecimiento.

¹ Villalobos B. Tesis licenciatura en nutrición. Universidad Autónoma de CD. Juárez. 2009

² Jiménez R. y col. Rev Med La Paz, 2011; 17(2): 5-12

2. Resumen

INFLUENCIA NUTRICIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PESO DEL LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, Junio – Diciembre 2015

Bach PAOLA DIAZ CHUMBE

Introducción

La leche materna es el mejor alimento para el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños; sobre todo en los primeros 6 meses en la que debe ser exclusiva; en nuestro país hay una tendencia de disminución de la tasa de lactancia materna exclusiva con la aparición de otros tipos de alimentación; por lo que deseamos saber si existe un impacto de estos tipos de alimentación en el peso del lactante de 6 meses de edad.

Objetivo

Determinar la influencia nutricional de la lactancia materna exclusiva en el peso de los lactantes de 6 meses de edad.

Metodología

Se realizó un estudio fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo; con una población de 186 lactantes de 6 meses de edad, que fueron atendidos en el programa Crecimiento y Desarrollo del Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas entre Junio a Diciembre del 2015; obteniendo una muestra de 126, en los que se obtuvieron información de la madre (edad y paridad), y del lactante (sexo, talla y peso al nacer, peso a los 6 meses) y el tipo de lactancia que recibió en esos 6 meses.

Resultados

Las madres del lactante de 6 meses de edad que se atendieron en el CREDE del Hospital (33.3%); el 52.4% de los lactantes son de sexo femenino, nacieron con un peso entre 2500 a 4000 gr. (81.7%) y el 49.2% tuvieron un peso entre 7000 a 7999 gr. a los 6 meses de edad; el 71.4% presento alguna morbilidad, siendo las más frecuente infección respiratoria (27.0%), EDA (18.3%), dermatitis (11.1%) y fiebre (8.7%). El 32.5% recibió lactancia materna exclusiva; el 46.0% lactancia materna predominante y el 21.4% lactancia materna complementaria, no hubo diferencia con el sexo del lactante ($p=0.621$); la ganancia de peso fue entre los 5000 a 5999 gr. (68.3%), los lactantes que recibieron LME tuvieron una ganancia promedio de peso de 4122 gr. (DS 236 gr.); lo que recibieron LMP ganaron 4344 gr. (DS 326 gr.); y los que recibieron LMC de 4889 gr. (DS 312 gr.)

El promedio de peso de los lactantes que reciben LM exclusiva no se diferenció con el de los que LM predominante ($p=0.063$), pero si hubo una diferencias estadísticamente con los lactantes que consumen LM complementaria ($=0.038$).

Conclusión

La ganancia de peso de los lactante con LM exclusiva es menor que de los lactantes que reciben LM complementaria.

Palabras Claves: Lactancia materna, peso, lactante, Loreto

3. Summary (Abstart)

NUTRITIONAL INFLUENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING ON THE WEIGHT OF INFANTS 6 MONTHS OLD HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS, June-December 2015

Bach PAOLA DIAZ CHUMBE

Introduction

Breast milk is the best food for optimal growth and development of children; especially in the first 6 months which must be unique; in our country there is a tendency of decrease in the rate of exclusive breastfeeding with the development of other types of food; so we want to know if there is an impact of these types of food in the weight infant 6 months old

Objective

Determine the nutritional impact of exclusive breastfeeding on the weight of infants 6 months old.

Methodology

A study was conducted was a prospective quantitative descriptive cross-sectional design; with a population of 186 infants 6 months of age, who were seen in the Growth and Development Program of Hospital Santa Gema Yurimaguas from June to December 2015; obtaining a sample of 126, in which information from the mother (age and parity), and infant (gender, height and weight at birth, weight at 6 months) and the type of feeding received in those 6 months were obtained .

Results

Mothers of infants 6 months of age who were treated at the Hospital Santa Gema CREDE Yurimaguas present between 20-34 years old (64.3%); gilts (33.3%); 52.4% of infants are female, they were born weighing between 2500-4000 gr. (81.7%) and 49.2% had a peso between 7000-7999 gr. at 6 months of age; 71.4% showed some disease, the most common respiratory infection (27.0%), EDA (18.3%), dermatitis (11.1%) and fever (8.7%). 32.5% He received exclusive breastfeeding; 46.0% predominant breastfeeding and 21.4% complementary breastfeeding, there was no difference with infant sex ($p = 0.621$); weight gain was between 5000-5999 gr. (68.3%) infants who received LME had an average weight gain of 4122 gr. (DS 236 gr.); receiving the LMP won 4344 gr. (326 g DS).; and those who received LMC 4889 gr. (DS 312 gr.)The average weight of infants who are exclusively LM did not differ with those who LM predominate ($p = 0.063$), but if there was a statistically differences with infants who consume complementary LM ($= 0.038$).

Conclusion

The weight gain of infants with lower LM exclusive and that infants who receive complementary LM.

Key words: Breastfeeding, weight, infant, Loreto

4. Introducción

La leche materna, es el primer alimento del ser humano por excelencia. Contiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intrauterina a la extrauterina del niño, presenta múltiples nutrientes indispensables para su correcto desarrollo, protección contra las infecciones y le otorga inmunidad frente a las alergias ³.

Se entiende por lactancia materna el proceso de alimentación de la madre a su hijo utilizando la secreción proveniente de sus mamas.

La OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante⁴. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- Lactancia materna exclusiva: se define como la alimentación del niño solamente con leche materna en los primeros 6 meses de vida.
- Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

La lactancia materna exclusiva provee el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros 6 meses de vida ⁵ incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos salvo raras excepciones ^{6,7}. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, entre otras instituciones, recomiendan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida del

³ Zimmermann y col. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2011,207:1-5.

⁴ http://www.who.int/child-adolescent-health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf

⁵ Pérez R. Rev Panam Salud Pública 2001; 9(6):357 – 361.

⁶ Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005; 115(2):496-506.

⁷ Li R, et al. Pediatrics. 2003; 111(5):1198-1201.

niño y la continuación del amamantamiento, junto con las comidas complementarias adecuadas, hasta los dos años de edad ^{8,9}Algunos beneficios de la lactancia materna son ^{10, 11, 12,}

- a) La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus.
- b) Los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiaquía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica.
- c) Protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados.
- d) Los niños cuyo período de lactancia supera los 6 meses, tienen menos posibilidades de presentar leucemia aguda infantil, y linfomas. Los estudios lo han relacionado con la presencia de la proteína alfa-lac en la leche materna. Esta proteína induce a la reducción de células cancerígenas y células inmaduras y favorece el crecimiento de las células ya maduras y estables.
- e) El agarre del bebé al pecho, distinto al del biberón favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y las demás estructuras de la boca, evitando la necesidad de ortodoncias. También contribuye a la prevención de caries dentales.
- f) La leche materna es más digestiva. Es rica en probióticos por lo que la flora intestinal de los bebés amamantados presenta menos elementos patógenos.
- g) Reduce el riesgo de obesidad infantil porque contiene leptina, hormona que controla la obesidad en adultos. Está demostrado que cuanto más tiempo se dé de mamar menor será el riesgo de padecer obesidad.
- h) Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria frente a las vacunas es mejor con los niños alimentados con leche materna.
- i) Cuando el bebé succiona del pezón inmediatamente después del parto, produce la liberación de oxitocina en la madre. Esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta, que el útero vuelva a su tamaño natural, y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto.
- j) La disminución del sangrado en la madre mejora la anemia. Además la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses, y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro.
- k) Existen amplios estudios que constatan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario

⁸ OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS. 2003; 5 – 12

⁹ Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP2003; 1 – 6.

¹⁰ La leche humana... Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.

¹¹ Castellón M. Beneficios de la lactancia materna. www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf

¹²Schellhorn y col. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud Chile 2010

- l) El metabolismo cálcico se acelera durante la lactancia, y se movilizan los depósitos óseos, y este aumento de calcio en sangre se utiliza para la producción de leche. Pero para contrarrestar la pérdida de calcio se produce un aumento de la absorción de este mineral, y a largo plazo las mujeres que dan pecho ven disminuidas las probabilidades de sufrir fracturas de cadera y columna en la menopausia.

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida^{13, 14} Otra variable importante en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva^{15,16,17}.

La valoración del estado de nutrición del niño, especialmente del lactante, se relaciona con la medición del crecimiento. Consiste en la medición y evaluación del estado de nutrición de un individuo o comunidad, a través de una serie de indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos, bioquímicos y biofísicos cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad ^{15, 18-, 19}.

Una parte importante de la evaluación del estado nutricional en el lactante se relaciona con la alimentación. La leche materna es el alimento más importante para los recién nacidos ya que satisface durante los primeros seis meses de vida todas las necesidades nutricionales del infante (recomendada por la OMS y UNICEF) ^{15,17}.

La valoración del estado de nutrición en el lactante tiene como objetivos: Controlar el crecimiento y estado de nutrición del lactante sano identificando las alteraciones por exceso o defecto y Distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional. La antropometría permite valorar el tamaño

¹³ Thulier D, et al. Variables associated with breastfeeding duration. JOGNN. 2009; 38:259–68.

¹⁴ Li R, et al. 2008; 122:S69.

¹⁵ Ong G, et al. Eur J Pub Health. 2005; 15:424–30.

¹⁶ Li R, et al. Pediatrics. 2005; 115:e31.

¹⁷ Hernández M. Comité de lactancia materna de la AEP; Ed: Ergon; 1ª Edición 2004; p.27- 42.

¹⁸ IBFAN-Bolivia; UNICEF-BOLIVIA; 2001; p. 8-22.

¹⁹ Mohrbacher N. y col. “La lactancia materna libro de respuestas”; Edición 2002; p.: 154-153.

(crecimiento) y la composición corporal del lactante; siendo las medidas básicas peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial y pliegue tricúspital.

Existe evidencia disponible de que los lactantes alimentados a pecho materno exclusivo (sobre todo hasta los seis meses) se asocian a menor crecimiento de peso y talla a los 6 y 12 meses de vida. Ello está basado en estudios observacionales donde la posibilidad de sesgo (factores contundentes) puede ser importante en los resultados. Una explicación podría ser que una menor ingesta calórica repercute en un menor crecimiento a pesar de la menor prevalencia de las enfermedades infecciosas (diarrea) de los niños alimentados a pecho materno exclusivo sobre todo en países en vías de desarrollo^{20,21}

Por otro lado los resultados recientes realizados en Alemania muestran que los niños que toman pecho, exclusivo solo el primer mes tienen 2 veces más posibilidades de sobrepeso (a los dos años) que los que toman durante un mínimo de 6 meses. En otras palabras la lactancia exclusiva protegería sobre la obesidad y exceso de peso. Frente a estas controversias se ha planteado dudas sobre la recomendación de la óptima duración de lactancia materna exclusiva dilema que se multiplica en los países en vías de desarrollo.

Algunos estudios como el de MORAN (2009)²² muestra que los niños con lactancia materna exclusiva conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año de vida.

VILLALOBOS (2009)²³ evaluó la asociación entre el régimen de lactancia en el primer año de vida con él la evolución del peso y talla de niños <7 años de edad de Ciudad Juárez. A 65 niños <2 años (E) se les midió el peso (P), talla (T) y se determinaron la distribución percentil T/E y P/E individual a distintos tiempos de forma retrospectiva. En grupos estratificados por régimen de lactancia materna exclusiva (LME), fórmula láctea (FL) o mixta (LMI), se estudió el comportamiento del peso y talla de los participantes. Solo el 14 % de estas alimentaron a su hijo exclusivamente al pecho por un periodo no menor a 6 meses, mientras que el 65 y 21% lo fueron de forma mixta y solo fórmula Láctea, respectivamente. Los preescolares que recibieron LME tuvieron un aumento del peso (P/E) y de talla (T/E) más apegados y constantes al percentil estándar 50 que los otros regímenes de lactancia, con escasas desviaciones positivas o negativas en él. La lactancia materna exclusiva promueve un

²⁰ Kramer MS; et al. Adv Exp Med Biol. 2004; 554:63-77

²¹ Arenz S; et al. Int J Obes Relat Metab Disord, 2004;28:1247-56

²² Morán y col. Nutr. Hosp. 2009 24(2): 213-217

²³ Villalobos B. Tesis licenciatura en nutrición. Universidad Autónoma de CD. Juárez. 2009

crecimiento lineal y aumento de peso más adecuado que el observado en la Lactancia Mixta o Lactancia Formula.

JIMENEZ (2011)²⁴ en su estudio tuvo el objetivo de determinar los beneficios nutricionales de la LM en menores de 6 meses, evaluando a 380 lactantes; el 58% pertenecían al sexo femenino, el 77 % recibían lactancia materna exclusiva (LME); de aquellos con LME, el 75.5% se encontraban entre los desvíos standart de 0 a +3 de las tablas peso para talla en menores de 6 meses del AEIPI-Nut, mientras que sólo el 53.2% de alimentados con lactancia materna no exclusiva (LMNE) correspondían a estos mismos desvíos y de todos los lactantes el 50% recibía un número adecuado de tomas diarias. Demuestra que aquellos niños/as que reciben lactancia materna exclusiva presentan mejores curvas de crecimiento.

FIDELIBUS M. (2011)²⁵ evaluó la ganancia de peso en niños de seis meses de edad que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, en comparación con niños que consumieron otros tipos de leche, atendidos en Centros de Salud del Distrito Sur de la Municipalidad de Rosario durante mayo - junio de 2011. Se revisaron historias clínicas de niños de seis meses de edad atendidos en los centros mencionados y se registraron los pesos que los niños presentaron al nacer, al mes, a los dos, a los cuatro y seis meses y se los relacionó con el tipo de lactancia recibida. Se obtuvieron los siguientes resultados: de la muestra obtenida de 33 historias clínicas, el 67% correspondió a niños alimentados con lactancia materna parcial y el 33 % restante, a niños exclusivamente amamantados. Entre los niños alimentados con lactancia materna exclusiva, la ganancia de peso fue adecuada en el 64%, y excesiva, en el 36% restante, durante los primeros 4 meses de vida, en tanto que, de los 4 a los 6 meses, fue adecuada en el 55%; insuficiente en el 36%, y excesiva en el 9% restante. Con respecto a los niños alimentados con lactancia materna parcial, durante los primeros 4 meses de vida, el 64% presentó una ganancia de peso excesiva, el 32%, presentó una ganancia de peso adecuada, y el 4% restante, una ganancia de peso insuficiente. En cambio, de 4 a 6 meses, fue insuficiente en el 50%, excesiva en el 27%, y adecuada en el 23% restante.

Existen estudios que demuestran la influencia de la lactancia materna sobre la obesidad, como el de ARENZ (2004)²⁶ en su estudio de meta-análisis mostro que la lactancia materna reduce el riesgo de obesidad en la niñez de manera significativa, aunque depende de la duración; GUIJARRO (2009)²⁷ concluye que recibir LM durante al menos 3 meses conlleva un menor índice de obesidad, menor circunferencia de cintura y menos complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico durante la

²⁴ Jiménez R. y col. Rev Med La Paz, 2011; 17(2): 5-12

²⁵ Fidelibus M. Evaluación de la ganancia de peso ... <http://www.monografias.com/trabajos100/evaluacion-ganancia->

²⁶ Arenz S, et al. Int J Obes Relat Metab Disord 2004 Oct; 28(10):1247-56.

²⁷ Guijarro M. et al. Endocrinol Nutr 2009; 56 (8): 400-403.

infancia y la adolescencia; BUTTE (2009) ²⁸ concluye que la lactancia materna tiene un efecto protector contra la obesidad infantil.; THOMPSON (2013) ²⁹ en sus hallazgos concluye que las influencias de la alimentación complementaria en la edad temprana es un factor que puede aumentar el riesgo de obesidad a largo plazo mediante la conformación de un mayor apetito infantil, preferencias alimentarias y el metabolismo, por lo que es importante conocer el papel de la alimentación temprana en la formación de problemas de salud a largo plazo para el desarrollo de estrategias de prevención de la obesidad en la infancia. IMAI (2014) ³⁰ concluye en su estudio que la introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses aumenta el riesgo de un alto IMC de los bebés alimentados con fórmula, en comparación con los bebés alimentados con leche materna.

5. Planteamiento del Problema

En las últimas décadas, diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva, se define como la alimentación basada exclusivamente en leche materna (a excepción de suplementos vitamínicos, minerales o la toma de medicamentos), aporta beneficios tanto para el/la hijo/a como para la madre, a corto y largo plazo ^{31,32,33}

La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud infantil, disminuyendo la morbilidad y mortalidad ⁴ y en el desarrollo intelectual y motor del niño³⁴.

La situación de la lactancia materna en el Perú según el informe de Sánchez Griñán ³⁵, muestra que a pesar que un gran porcentaje tomo leche materna, algo más del 50% inicia su lactancia materna en la primera hora de nacido y una tercera parte recibe otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, esto ocurre mayormente en los niño/as que han nacido en un establecimiento de salud o que recibieron asistencia de un profesional de salud en el parto; en algunos departamento de la sierra como Ayacucho, Apurímac y Huancavelica hay mayor tasa de inicio de la lactancia que en la costa y que en Loreto; pero Lima tiene la menor tasa de lactancia materna exclusiva, esto es debido a la actividad

²⁸ Butte NF..J Nutr. 2009 Feb; 139 (2): 412S–6S.

²⁹ Thompson AL et al..Soc Sci Med 2013 Nov;97:288-96

³⁰ Imai CM et al. Nutrients 2014; 6(4):1608-17.

³¹ Morales E, et al. Clinical & Experimental Allergy. 2012; 42:918–28.

³² León-Cava N, et al. Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2002.

³³ Robinson S, et al. Nutrients. 2012; 4:859–74.

³⁴ León-Cava, N. Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington: OPS; 2002

³⁵ Sánchez-Griñán M., y col. La Lactancia Materna en el Perú ... OPS. Lima – Perú. 2010.

económica de la madre, la presión de la industria de ofertar leche maternizada para la comodidad de la madre, inicio de la ablactancia, insuficiencia en la producción de la leche y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna ^{36,37}.

ENDES 2011 Primer Semestre ³⁸ reporta que la lactancia materna es practicada, tanto en la Sierra como en la Selva, por más o cerca de ocho de cada diez madres de niños menores de seis meses que en términos porcentuales representan al 85,2% y 76,7% de ellos, respectivamente; proporciones que contrastan con la observada en la región de la Costa, donde solo seis de cada diez menores de seis meses son alimentados exclusivamente con la leche materna (62,2%).

Loreto es una de las 8 regiones donde se ha reducido la prevalencia de lactancia materna exclusiva, de 82.3% en el 2009 a 76.6% en el 2010, más en las madres de procedencia urbana que rural, con un promedio bajo en la primera de lactancia en la primera hora 48.2% y con un 15.2% de recién nacido habían recibido otro alimento antes de lactar ³³

En la rotación del internado de obstetricia en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, observe que con frecuencia las madres combinan la leche materna con otro tipo de alimento, lo que me motivó a realizar el presente estudio con la finalidad de demostrar si la lactancia materna exclusiva mejora la ganancia de peso en relación a otros tipos de lactancia.

¿CUAL ES LA INFLUENCIA NUTRICIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PESO DEL LACTANTES DE 6 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS JUNIO – DICIEMBRE 2015?

³⁶ Uchimura N S, y col. Acta sci 2001; 23(3): 713 – 718.

³⁷ Pérez RB. Tesis Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1990.

³⁸ INEI. ENDES. Primer Semestre 2011.

6. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la influencia nutricional de la lactancia materna exclusiva en el peso de los lactantes de 6 meses de edad atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre junio a diciembre del 2015.

Objetivos específicos

- Identificar las características de la madre del lactante de 6 meses de edad como: edad y paridad, atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre junio a diciembre del 2015.
- Identificar las características del lactante de 6 meses de edad como sexo, peso al nacimiento, peso a los 6 meses y morbilidad; atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre junio a diciembre del 2015.
- Identificar el tipo de lactancia materna de los lactantes de 6 meses atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre junio a diciembre del 2015.
- Determinar la ganancia de peso del lactante de 6 meses de edad, atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre junio a diciembre del 2015.
- Relacionar la ganancia de peso del lactante de 6 meses de edad con el tipo de lactancia materna.

7. Variables

Variable Dependiente

Ganancia de peso del lactante

- Diferencia del peso del lactante al nacimiento y los 6 meses de edad

Variables Independientes

Características de la Madre

- Edad
- Paridad

Características del Lactante

- Sexo
- Peso del lactante al nacimiento
- Peso del lactante los 6 meses de edad

Morbilidad del lactante

- Diarrea
- Neumonía
- Infección respiratoria
- ITU
- Otros

Variables Interviniente

- Edad del lactante 6 meses

8. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Características de la madre: Es el conjunto de características sociales y demográficos, de la unidad de estudio dentro de la población; como: Edad, paridad	Edad que anota la entrevistada,	Edad: tiempo de vida desde el nacimiento; se agrupan en tres grupos, < 19 años de edad, 20 a 34 años, de 35 a más años	Nominal
	Información otorgada por la madre en la encuesta	Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos(vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, múltipara y gran múltipara	Nominal
Características del lactante: Es el conjunto de características sociales y demográficos, del lactante como: sexo, peso, talla, IMC	Información de la historia clínica del lactante	Sexo: diferenciación biológica sexual del lactante, masculino y femenino	Nominal
		Edad: tiempo de vida desde el nacimiento hasta la inclusión en el presente investigación, el que abarca desde los seis meses un día (6.1 días) hasta los seis meses veintinueve días (6.29 días)	Nominal
		Peso del lactante al nacimiento. peso ponderal al nacimiento relación entre el peso y la talla al cuadrado	Razón
		Peso del lactante a los 6 meses de edad: peso ponderal a los 6 meses de edad	Razón
Alimentación del lactante: alimentación recibida por el lactante durante sus primeros 6 meses de vida	Información otorgada por la madre en la encuesta	Lactancia materna exclusiva: Solo leche materna durante los primero 6 meses de vida Lactancia materna predominante: A veces le da líquidos pero no otra leche Lactancia materna complementaria: Leche materna con otras leches y/o alimentos	Nominal
Morbilidad del lactante: enfermedad presentada por el lactante durante sus primeros 6 meses de vida	Información otorgada por la madre en la encuesta	Morbilidad del lactante: Diarrea Neumonía Infección respiratoria ITU	Nominal
Ganancia de peso: diferencia entre el peso a los 6 meses y peso del nacimiento	IMC a los 6 meses/IMC al nacimiento	Ganancia de peso: diferencia entre el peso a los 6 meses y peso del nacimiento	Proporción

9. Hipótesis

La lactancia materna exclusiva otorga en los lactantes mayor ganancia de peso que otros tipos de alimentación del lactante.

10. Metodología

10.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo.

- Cuantitativo: Porque cuantifica la influencia de la lactancia materna en el peso del lactante de 6 meses atendidos en el Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas.
- Descriptivo: Porque describe el aumento de peso según el tipo de lactancia materna que recibe el lactante.
- Transversal: Porque evalúa las variables en un solo momento o período de tiempo en que ocurre el estudio.
- Prospectivo: Porque la determinación de la influencia de la lactancia materna en el peso del lactante de 6 meses se determinó durante el estudio.

10.2, Población y muestra

10.2.1 Población

La población estuvo conformada por 186 lactantes de 6 meses de edad, que fueron atendidos en el programa Crecimiento y Desarrollo del Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas entre Junio a Diciembre del 2015.

10.2.2 Muestra y muestreo

La muestra fue de 126 lactantes de 6 meses de edad, la participación de las madres fue voluntaria.

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la fórmula para poblaciones finitas:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n / (1 + (n/N))$

$n = (Z^2) (p) (q) / e^2$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

p = 0.5

q = 1 - p = 0.5

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = 186 lactantes de 6 meses de edad

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/186)) = 126$$

10.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Lactante de ambos sexo de 6 meses de edad
- b) Información de peso registrada en el carnet o en la historia clínica del lactante.
- c) Aceptación de la madre a participar en el estudio

Los criterios de exclusión al estudio:

- a) Lactantes de ambos sexos menor o mayor de 6 meses de edad
- b) Ausencia de información del peso al nacimiento del lactante.
- c) No aceptación de la madre a participar en el estudio

10.3 Técnicas e instrumentos

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la recolección de información de fuente primaria a través de la aplicación de una ficha de recolección de datos, que consto con cuatro ítems, el primero recoge información sobre algunas característica de la madre como: edad y paridad; en el segundo ítem se recoge información del lactante como sexo, peso al nacer, peso actual; el tercer ítem el tipo de lactancia que recibe el lactante; y en el cuarto ítem la presencia de morbilidad del lactante.

10.4 Proceso de recolección de datos

Durante el internado en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas se recogió la información de la madre y del lactante de 6 meses durante su atención en el programa de crecimiento y desarrollo, realizando algunas preguntas a la madre, revisando la historia del lactante, y obteniendo su peso.

10.5 Análisis de datos

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, luego se procedió a realizar estadística descriptiva presentándolo en tablas de frecuencia y gráficos; la relación entre el tipo de lactancia y la ganancia de peso se determinó comparando las medias de la ganancia de peso en cada tipo de lactancia materna a través de la prueba de *t* de student.

10.6 Consideraciones Éticas

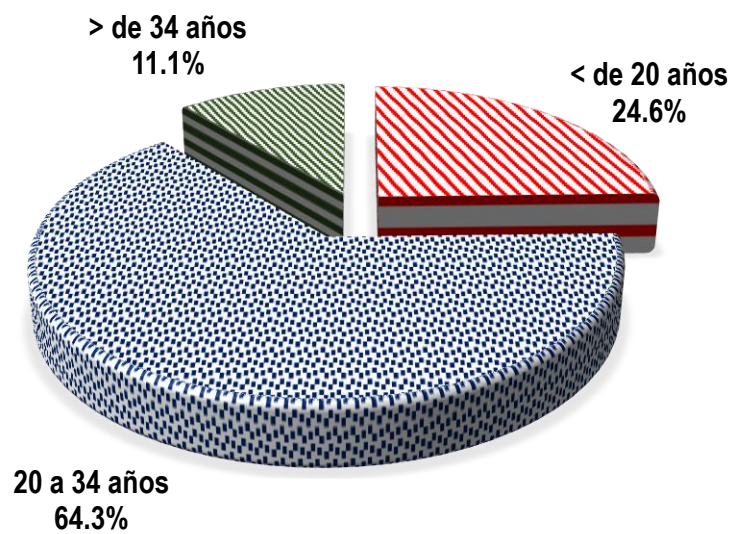
El presente estudio obtiene información de la madre, de la historia del lactante, el peso y talla del lactante, manteniendo las normas éticas y la confidencialidad de la declaración de Helsinki.

11 Resultados

a) Características de la madre del lactante de 6 meses de edad

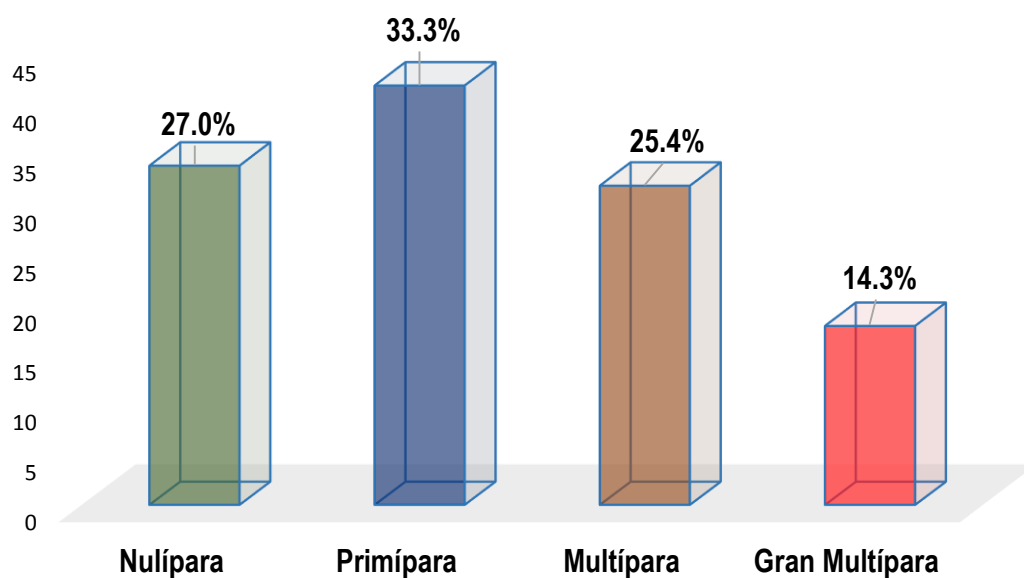
Gráfica N° 1
Edad de la madre del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 64.3% (81) de las madres del lactante de 6 meses de edad que se atendieron en el CREDE del Hospital Santa Gema de Yurimaguas solo presentan entre 20 a 34 años de edad, el 24.6% (31) son menores de 20 años y el 11.1% (14) son mayores de 34 años (Gráfica N° 1).



Gráfica N° 2
Paridad de la madre del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

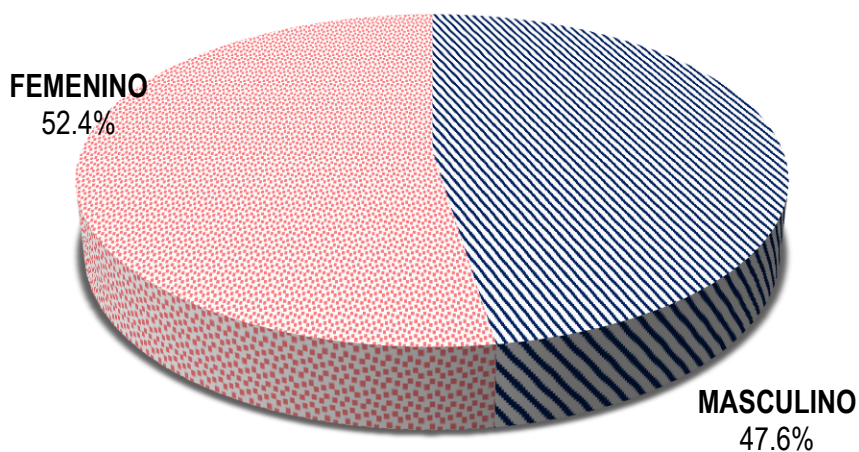
El 33.3% (42) de las madres del lactante de 6 meses son primíparas, el 27.0% (34) nulíparas, el 25.4% múltiparas y el 14.3% gran múltiparas (Gráfica N° 2).



b) Características del lactante de 6 meses de edad

Gráfica N° 3
Sexo del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 52.4% (66) de los lactantes de 6 meses de edad que se atendieron en el CREDE del Hospital Santa Gema de Yurimaguas fueron del sexo femenino y el 47.6% (60) fueron del sexo masculino (Gráfica N° 3).



Gráfica N° 4
Peso del recién nacido
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 81.7% (103) de los lactantes de 6 meses de edad nacieron con peso entre 2500 a 4000 gr. el 9.5% (12) con un peso menor 2500 gr. y el 8.7% (11) con un peso mayor 4000 gr. (Gráfica N° 4).

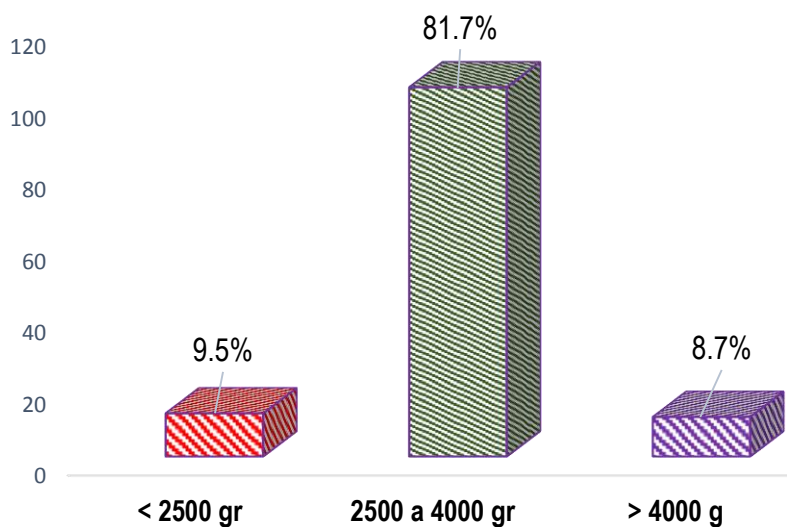


Tabla N° 1
Peso del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 49.2% (62) de los lactantes de 6 meses de edad pesaron entre 7000 a 7999 gr.; el 28.6% (36) entre los 8000 a 8999 gr. y el 19.9% (25) menos de 7000 gr. de peso (Tabla N° 1).

Peso	N°	%
< 6000 gr	2	1.6%
6000 a 6999 gr	23	18.3%
7000 a 7999 gr	62	49.2%
8000 a 8999 gr	36	28.6%
9000 gr a más	3	2.4%
Total	126	100.0%

Gráfica N° 5
Morbilidad del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 71.4% (90) de los lactantes de 6 meses de edad han presentado durante ese tiempo alguna morbilidad mientras que el 28.6% (36) no han presentado morbilidad (Gráfica N° 5).

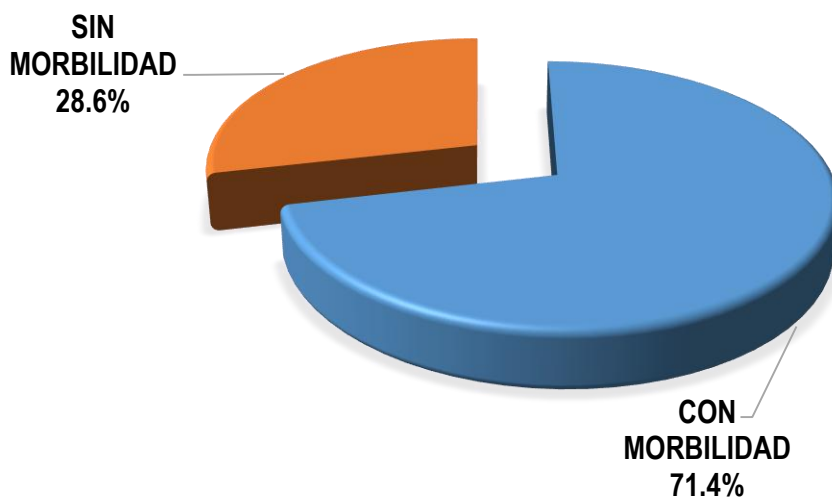


Tabla N° 2
Tipo de Morbilidad presentada por el lactante de lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

Morbilidad	N°	%
Infeción respiratoria	34	27.0%
EDA	23	18.3%
Dermatitis	14	11.1%
Fiebre	11	8.7%
Neumonía	9	7.1%
ITU	6	4.8%
Anemia	3	2.4%
Ninguna	36	28.6%

c) Tipo de lactancia materna de los lactantes de 6 meses

Gráfica N° 6
Tipo de Lactancia materna de los lactantes de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

El 32.5% (41) de los lactantes de 6 meses de edad han recibido lactancia materna exclusiva; el 46.0% (58) recibieron lactancia materna predominante y el 21.4% (27) lactancia materna complementaria (Gráfica N° 6).

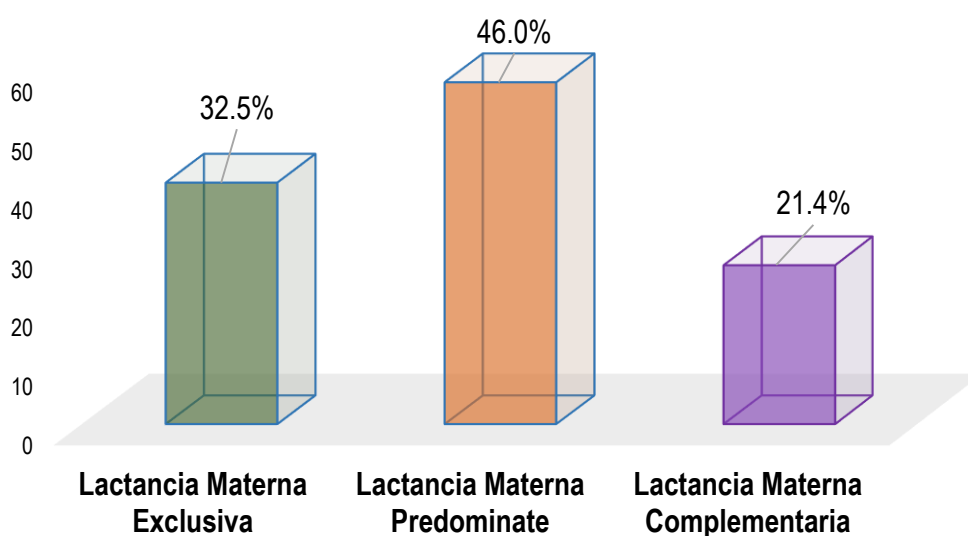


Tabla N° 3
Tipo de lactancia según sexo del lactante de lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

Tipo de Lactancia Materna	Masculino	Femenino	Total
Exclusiva	18	24	41
Predominante	28	27	58
Complementaria	14	15	27
Total	60	66	126

p = 0.621

El 46.7% (66) de los lactantes de 6 meses de sexo masculino y el 40.9% (27) del sexo femenino tuvieron lactancia materna exclusiva; no hubo diferencia significativa (p=0.621) (Tabla N° 3)

d) **Ganancia de peso del lactante de 6 meses de edad**

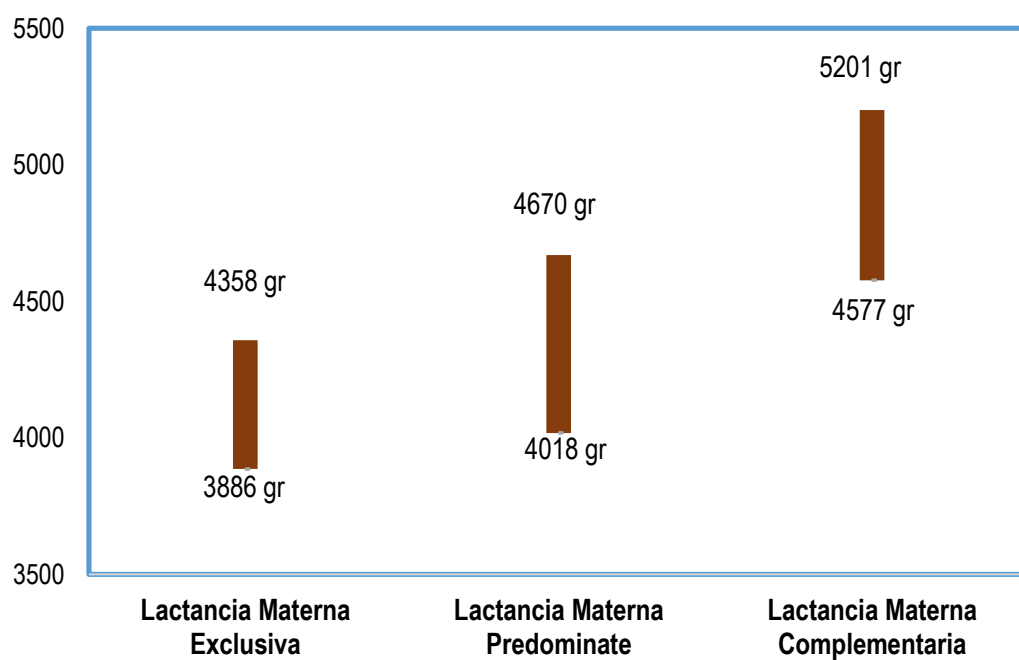
Tabla N° 4
Ganancia de Peso del lactante de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

Ganancia de Peso	N°	%
< 4000 gr	6	4.6%
4000 a 4999 gr.	26	20.6%
5000 a 5999 gr	86	68.3%
6000 gr a más	8	6.3%
Total	126	100.0%

El 68.3% (86) de los lactantes de 6 meses han tenido una ganancia de peso entre los 5000 a 5999 gr. de peso ponderal; el 20.6% han aumentado entre 4000 a 4999 gr.; el 4.6% (6) aumentaron menos de 4000 gr y el 6.3% (8) gano más de 6000 gr. de peso ponderal (Tabla N° 4).

- e) Relación entre tipo de lactancia materna y ganancia de peso del lactante de 6 meses de edad.

Gráfica N° 7
Ganancia de peso según el tipo de lactancia materna de los lactantes de 6 meses de edad
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015



El promedio de ganancia de peso de los lactantes de 6 meses de edad que han recibido lactancia materna exclusiva fue de 4122 gr. (DS 236 gr.); lo que recibieron lactancia materna predominante en promedio ganaron 4344 gr. (DS 326 gr.); y los que recibieron lactancia materna complementaria fue de 4889 gr. (DS 312 gr.) (Gráfica N° 7).

Tabla N° 5
Relación entre el tipo de lactancia materna y Ganancia de Peso del lactante de 6 meses
Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas
Junio a Diciembre 2015

Lactancia	Nº	Media de ganancia de peso	DS	P
LM Exclusiva	41	4122 gr	236 gr	0.063
LM Predominante	58	4344 gr	326 gr	
LM Exclusiva	41	4122 gr	236 gr	0.038
LM Complementaria	27	4889 gr	312 gr	

Al relacionar el promedio de ganancia de peso de los lactantes de 6 meses de edad que han recibido lactancia materna exclusiva con el peso promedio de lo que recibieron lactancia materna predominante no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.063$) (Tabla N° 5).

Al relacionar el promedio de ganancia de peso de los lactantes de 6 meses de edad que han recibido lactancia materna exclusiva con el peso promedio de lo que recibieron lactancia materna complementaria se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.038$) (Tabla N° 5).

12 Discusión

Los resultados de las características de la madre del lactante de 6 meses de edad que se atendieron en el CREDE del Hospital Santa Gema de Yurimaguas muestran que 1 de cada 4 son menores de 20 años, mostrando que el embarazo en la adolescencia en Loreto es un problema de salud, INEI ³⁹ reporta un aumento de la tasa de embarazo en adolescente, Loreto esta por debajo de Amazona y Ucayali que son los departamentos con mayor tasa de embarazo en adolescentes, considerando algunos factores como que la sociedad y los medios de comunicación están sumamente señalizado, la falta de interés del estado a que lo jóvenes accedan a una educación sexual, así como la ley General de Salud no permite que los adolescentes puedan acceder a método anticonceptivos sin la presencia de los padres y restringe la información que se le pueda dar a un menor en los establecimientos de salud.

Otro indicador encontrado fue la tasa de recién nacido de bajo peso, se encontró una tasa de 9.5%, una tasa similar a lo reportado para Loreto según ENDES 2013 ⁴⁰ del 9.6%; el bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia⁴¹; siendo un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre⁴².

ENDES 2011 Primer Semestre ⁴³ reporta que la lactancia materna es practicada, tanto en la Sierra como en la Selva, por más o cerca de ocho de cada diez madres de niños menores de seis meses que en términos porcentuales representan al 85,2% y 76,7% de ellos, respectivamente; proporciones que contrastan con la observada en la región de la Costa, aunque al comparar con lo encontrado en el presente estudio demuestra una situación diferente; según la información otorgada por la madre solo el 32.5% de los lactantes de 6 meses recibió lactancia materna exclusiva; el 46.0% lactancia materna predominante y el 21.4% lactancia materna complementaria.

La "Lactancia materna predominante" significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

³⁹ <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>

⁴⁰ ENDES 2013.

⁴¹ OPS/OMS. Publicación científica No.516. Washington, D.C.:OPS/OMS

⁴² Heredia P, y col. Ministerio de Salud. Bogotá D.C; 2002

⁴³ INEI. ENDES Primer Semestre 2011 Lima.

Existe un arraigo cultural en nuestra región la que las madres ingresan tempranamente alimentos diferentes a la leche materna como papillas, maduro, leche maternizada,

Los resultados en nuestro estudio muestran que los lactantes a los 6 meses de edad que recibieron lactancia materna exclusiva tienen una ganancia de peso significativamente menor que los lactantes que recibieron lactancia materna complementaria, no hubo diferencia significativa en relación a la ganancia de peso con los lactantes que tuvieron lactancia materna predominante.

Algunos estudios como el de MORAN ²⁰ muestran que los niños con lactancia materna exclusiva conllevan una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año de vida.

VILLALOBOS ²¹ en su estudio encuentra que los niños con lactancia materna exclusiva tuvo un patrón de crecimiento constante a diferencia de los que usaron fórmula láctea o mixta; mientras que JIMENEZ ²² en su estudio encuentra que los lactantes menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva presentan adecuadas curvas de crecimiento; FIDÉLIBUS ²³ encuentra que aquellos lactantes de 4 a 6 meses con lactancia materna parcial tuvieron un mayor porcentaje de peso excesivo que los lactantes con lactancia materna exclusiva. HUNSBERGER ⁴⁴ concluye en su estudio que la alimentación complementaria precoz (antes de los 4 meses) es un factor de riesgo de sobrepeso para los niños. JARPA ⁴⁵ encuentra en su estudio que el odds ratio de exposición a alimentación con lactancia materna versus fórmula láctea predominante durante los primeros 6 meses de vida en pacientes con malnutrición por exceso versus eutróficos fue de 0,442, verificando que la lactancia materna predominante los primeros 6 meses de vida actuó como factor protector contra malnutrición por exceso en niños preescolares chilenos tratados en este centro médico privado.

Cada vez son más los estudios donde se expone que las trasgresiones alimenticias durante el primer año de vida, principalmente durante el período de lactancia materna, se asocian con el desarrollo de sobrepeso u obesidad en edades posteriores ⁴⁶. En la mayoría de los grandes estudios^{47,48,49,50} se

⁴⁴ Hunsberger M1; Proc Nutr Soc 2014 Feb;73(1):132-6

⁴⁵ Jarpa C.; y col. Rev Chil Pediatr. 2015;86(1):32-37

⁴⁶ Gartner LM, et al. Pediatrics. 2005;115:496-506

⁴⁷ Liese AD. Int J Obesity. 2001;25(11):1644-50.

⁴⁸ Gillman MW, et al. JAMA. 2001;285(19):2461-8.

⁴⁹ Armstrong J. Lancet. 2002;359:2003-4.

⁵⁰ Taveras EM, et al. Pediatrics. 2004;114(5):577-83.

encuentra una relación inversa entre la duración de la lactancia materna y la presencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en niños y jóvenes, esto está sustentado por la presencia de diversas hormonas (leptina y ghrelina) que según estudios recientes estarían implicadas en la regulación del crecimiento y desarrollo durante la infancia. Estas hormonas también podrían influir en la regulación del equilibrio energético tanto en la edad pediátrica como en la adulta⁵¹.

⁵¹ Savino F, et al. Clin Endocrinol (Oxf) 2009; 71: 757–65.

13 Conclusión

- Solo el 32.5% de los lactantes de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva; el 46.0% lactancia materna predominante y el 21.4% lactancia materna complementaria
- Los lactantes de 6 meses con lactancia materna complementaria tienen un mayor incremento de peso que los lactantes que han recibido lactancia materna exclusiva ($p=0.038$).
- No se encontró diferencia en la ganancia de peso entre los lactantes de 6 meses con lactancia materna exclusiva y con los de lactancia materna predominante ($p=0.063$).
- El 24.6% de las madres del lactante de 6 meses que se atendieron en el CREDE del Hospital Santa Gema de Yurimaguas son adolescentes.
- El 9.5% de los lactantes nacieron con bajo peso.
- El tipo de morbilidad presentada por el lactante de 6 meses de edad fueron:

Morbilidad	Nº	%
Infección respiratoria	34	27.0%
EDA	23	18.3%
Dermatitis	14	11.1%
Fiebre	11	8.7%
Neumonía	9	7.1%
ITU	6	4.8%
Anemia	3	2.4%
Ninguna	36	28.6%

14 Recomendaciones

Los resultados del presente estudio nos permiten recomendar:

- Fortalecer la promoción de la lactancia materna exclusiva en las mujeres de la ciudad de Yurimaguas.
- Realizar un estudio de seguimiento del crecimiento ponderal y estatural del lactante en sus primeros 6 meses de vida según el tipo de lactancia.
- Promover la educación sexual y reproductiva en las adolescentes de la ciudad de Yurimaguas.

15 Referencias Bibliográficas

1. Zimmermann C., Medina S., Ortiz A., Miño C., Itatí G. Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia en el año 2010. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2011;207:1-5.
2. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting. Washington. 2007. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
3. Pérez – Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 9(6):357 – 361.
4. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005; 115(2):496-506.
5. Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of Breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2003; 111(5):1198-1201.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS. 2003; 5 – 12
7. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. *AEP*2003; 1 – 6.
8. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.
9. Castellón M. Beneficios de la lactancia materna. www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf
10. Schellhorn C.; Valdés V. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. 2010. web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
11. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN*. 2009;38:259–68.
12. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: mothers' selfreported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008;122:S69.
13. Ong G, Yap M, Ling Li F, et al. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Pub Health*. 2005;15:424–30.
14. Li R, Darling N, Maurice E, et al. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2005;115:e31.
15. Hernández M. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y España; En: comité de lactancia materna de la AEP; “Lactancia materna: guía para profesionales”; Ed: Ergon; 1ª Edición 2004; p.27- 42.

16. IBFAN-Bolivia; UNICEF-BOLIVIA; ICDC; PENANG-MALASIA; AIS-BOLIVIA; CODEDCO-BOLIVIA; FUNARI-BOLIVIA; "Nutrición infantil: realidades y distorsiones"; III Monitoreo del código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, OMS/UNICEF – Bolivia 2001; p. 8-22.
17. Mohrbacher N. y Stock J. Aumento de peso; En: Mohrbacher N. y Stock J LA LIGA DE LA LECHE INTERNACIONAL "La lactancia materna libro de respuestas"; Edición 2002; p.: 154-153.
18. Kramer MS; Kakuma R The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2004; 554:63-77
19. Arenz S; Ruckeri R; Koletzko B; Von Kries R. Breastfeeding and childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004;28:1247-56.
20. Morán Rodríguez M., Naveiro Rilo J. C., Blanco Fernández E., Cabañeros Arias I., Rodríguez Fernández M., Peral Casado A.. Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Jun 08]; 24(2): 213-217
21. Villalobos Salome B. Lactancia exclusiva y evolución del peso y talla corporales de preescolares fronterizos. Tesis licenciatura en nutrición. Universidad Autónoma de CD. Juárez. 2009
22. Jiménez R.; Aranda E., Aliaga P.; Alípez A.; López N.; Rocha S.; Salazar S.; Beneficios nutricionales de la lactancia materna en menores de 6 meses. *Rev Med La Paz*, 2011; 17(2): 5-12
23. Fidelibus M. Evaluación de la ganancia de peso en niños que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva. <http://www.monografias.com/trabajos100/evaluacion-ganancia-peso-ninos-que-fueron-alimentados-lactancia-materna-exclusiva/evaluacion-ganancia-peso-ninos-que-fueron-alimentados-lactancia-materna-exclusiva.shtml#ixzz4GoWBbPPx>
24. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(10):1247-56.
25. Guijarro MG, Monereo S, Civantos S, Iglesias P, Diaz P y Montoya T. Importance of Breastfeeding in the Prevalence of Metabolic Syndrome and Degree of Childhood Obesity. *Endocrinol Nutr* 2009; 56 (8): 400-403.
26. Butte NF. Impact of infant feeding practices on childhood obesity. *J Nutr.* 2009; 139 (2): 412S–6S.
27. Thompson AL1, Bentley ME. The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Soc Sci Med* 2013, 97:288-96.
28. Imai CM, Gunnarsdottir I, Thorisdottir B, Halldorsson TI, Thorsdottir I. Associations between infant feeding practice prior to six months and body mass index at six years of age. *Nutrients* 2014;7;6(4):1608-17.
29. Morales E, García-Esteban R, Guxens M, et al. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. *Clinical & Experimental Allergy.* 2012;42:918–28.

30. León-Cava N, Lutter C, Ross J, et al. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. En: Programa de Alimentación y Nutrición (HPN). Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2002.
31. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients*. 2012;4:859–74.
32. León-Cava, N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington: OPS; 2002
33. Sánchez-Griñán M., Oblitas J., Raffo M. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. OPS. Lima – Perú. 2010.
34. Uchimura N S, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P, Rocha S F. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. *Acta sci* 2001; 23(3): 713 – 718.
35. Pérez RB. Influencia de factores condicionantes sobre el conocimiento y práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres de niños de 6 a 12 meses de los asentamientos humanos del Centro de Salud Túpac Amaru – Independencia. [Tesis para Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1990.
36. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Primer Semestre 2011 Lima
37. Embarazo adolescente aumenta en Lima y la costa norte del Perú. <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>
38. ENDES 2013. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
39. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. Publicación científica No.516. Washington, D.C.:OPS/OMS.
40. Heredia P, Del Castillo S, Fajardo L. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional en Colombia. Modelo conceptual, técnico y operativo. Ministerio de Salud. Bogotá D.C; 2002
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Primer Semestre 2011 Lima.
42. Hunsberger M1; IDEFICS Consortium. Early feeding practices and family structure: associations with overweight in children. *Proc Nutr Soc* 2014 Feb;73(1):132-6
43. Jarpa C.; Cerda J.; Terrazas C., Cano C. Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(1):32-37

44. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. American Academy of Pediatrics. Section of Breastfeeding. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506
45. Liese AD. Asociación inversa del sobrepeso y la lactancia materna en niñas y niños alemanes de entre 9 y 10 años de edad. *Int J Obesity*. 2001;25(11):1644-50.
46. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*. 2001;285(19):2461-8.
47. Armstrong J. Lactancia materna y reducción del riesgo de obesidad. *Lancet*. 2002;359:2003-4.
48. Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics*. 2004;114(5):577-83.
49. Savino F, Fissore M, Liguori S, Oggero R: Can hormones contained in mothers' milk account for the beneficial effect of breast-feeding on obesity in children? *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009; 71: 757–65.

Anexo N° 1

**INFLUENCIA NUTRICIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PESO DEL
LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
JUNIO – DICIEMBRE 2015**

1. Características de la Madre:

Edad: 1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. > 34 años

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran Multípara

2. Características del Lactante:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Peso al Nacer: Peso Actual

Ganancia de Peso:

Diferencia de pesos = Peso a los 6 meses – peso al nacer

3. Alimentación del lactante:

Solo leche materna	()	LME
A veces le da líquidos pero no otra leche	()	LM predominante
Leche materna con otra leche u otros solidos	()	LM complementaria

4. Morbilidad del Lactante:

Diarrea ()

Neumonía ()

Infección respiratoria ()

ITU ()

Otros:

Ninguna ()

Anexo N° 2

Consentimiento informado

YO.....de.....años de edad, identificada con DNI N°....., manifiesto aceptar voluntariamente participar de una encuesta sobre Influencia Nutricional de la lactancia Materna Exclusiva en el peso del Lactante de 6 Meses de Edad .

He sido informada de los riesgos y beneficios de la encuesta, además la misma será anónima y con absoluta confidencialidad, cuyos datos serán utilizados solo para fines académicos en este proyecto de investigación de estudiantes de Obstetricia – Universidad Científica del Perú.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para someterme a la encuesta para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Iquitos.....de..... 2015

.....

Firma

DNI:

San Juan 05 de Diciembre 2016

