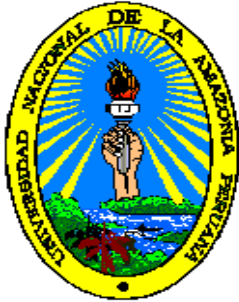


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TÍTULO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

BETSY LÓPEZ RUÍZ

ASESOR

Dr. JOSE W. SÁNCHEZ ARENAS

Punchana – Iquitos

Perú

2016

MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS

DR. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ
PRESIDENTE

DR. BEDER CAMACHO FLORES
MIEMBRO

DR. JESÚS MAGALLANES CASTILLA
MIEMBRO

DR. JOSÉ SÁNCHEZ ARENAS
ASESOR

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Índice de Gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	15
6. Variables	16
7. Operacionalización de variables	17
Capítulo III	
8. Metodología	20
8.1 Tipo y Diseño de investigación	20
8.2 Población y Muestra	20
8.3 Técnicas e Instrumentos	21
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	22
8.5 Análisis e Interpretación	22
8.6 Protección de los Derechos humanos	22
Capítulo IV	
9. Resultados	24
10. Discusión	35
11. Conclusiones	37
12. Recomendaciones	38
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	40
14. Anexos	43

Dedicatoria

Dedico de manera especial a mis padres, quienes fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentando en mi formación las bases de la responsabilidad y deseos de superación y a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial superando los retos que la vida me presento durante todo este camino que tuve que recorrer hasta llegar a mi meta.

Reconocimiento

Agradezco a Dios por protegerme durante todo este camino y darme fuerzas para superar los obstáculos que se me han presentado.

A mis maestros que a lo largo de mi formación profesional me han inculcado conocimientos necesarios e importantes para afrontar los retos y poder ayudar a salvar la vida de un ser humano.

Al Dr. José Sánchez Arenas por toda la colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto.

A mis padres por su apoyo incondicional, cariño y comprensión en el transcurso de mi carrera universitaria.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Repuestas de las puérperas sobre la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional de Loreto	24
Tabla N° 2	Edad de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Hospital Regional de Loreto	25
Tabla N° 3	Estado civil de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Hospital Regional de Loreto	26
Tabla N° 4	Procedencia de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Hospital Regional de Loreto	27
Tabla N° 5	Nivel de instrucción de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Hospital Regional de Loreto	28
Tabla N° 6	Paridad de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Hospital Regional de Loreto	31

Índice de Gráficas

Gráfica N° 1 Edad de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto	30
Gráfica N° 2 Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto	32
Gráfica N° 3 Procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto	32
Gráfica N° 4 Nivel de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto	33
Gráfica N° 5 Paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto	33
Gráfica N° 6 Nivel de conocimiento de las puérperas sobre la lactancia materna atendidas en el Hospital Regional de Loreto	34

Resumen

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, Noviembre y Diciembre del 2015 **Bach. BETSY LÓPEZ RUÍZ**

Introducción

En nuestro país seis de cada diez menores de seis meses son alimentados exclusivamente con la leche materna; mostrando una tendencia de disminución de la tasa de lactancia materna exclusiva en las ciudades que en la zonas rurales, los estudios consideran que se requiere una mejora en los niveles del conocimiento de las madres para cumplir con la lactancia materna exclusiva.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015

Metodología

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal prospectivo se evaluó a 201 puérperas de 422 gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015; se le aplicó un cuestionario de conocimiento que constó de 20 preguntas extraídas de la norma de lactancia materna del MINSA, aquellas que contesten entre 0 a 13 preguntas en forma correctas su conocimiento fue considerado no adecuado y adecuado a las que contesten entre 14 a 20.

Resultados

Se encuestaron a 201 puérperas, donde el 66.2% tienen 20 a 34 años de edad; el 42.8% son convivientes, el 67.2% proceden de la zona urbana, el 33.3% con instrucción secundaria y el 47.3% son multiparas.

El 48.3% de las puérperas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna.

El nivel de conocimiento fue mejor a mayor edad de la puérpera ($p=0.04$), con el estado civil de casadas y solteras ($p=0.000$), a mayor nivel de instrucción ($p=0.000$); no se asoció con la procedencia ($p=0.078$), ni con la paridad ($p=0.070$).

Conclusiones

Menos del 50% de las puérperas atendidas en el HRL tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, debiendo fortalecerse en el tiempo de lactancia, alimentos suplementarios y beneficios de la lactancia materna

Palabras claves: Lactancia materna, Conocimiento, puérperas, Iquitos

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La leche materna es el mejor alimento para un crecimiento y desarrollo óptimo de los niños y niñas acorde a sus necesidades y les brinda además una serie de ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y prácticas. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida garantiza la adecuada nutrición y salud de los niños pequeños, posteriormente deben recibir además alimentos complementarios adecuados, y continuar con la lactancia materna hasta los 24 meses de edad ¹.

La lactancia materna exclusiva provee el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros 6 meses de vida ¹¹ incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos salvo raras excepciones ^{2,6}. 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 niño y la continuación del amamantamiento, junto con las comidas complementarias adecuadas, hasta los dos años de edad ^{1,12}

La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud infantil, disminuyendo la morbilidad y mortalidad ^{2,3} y en el desarrollo intelectual y motor del niño ³. También beneficia la salud materna, perdiendo el peso ganado durante el embarazo más rápidamente, induciendo la involución uterina rápida y completa, permitiendo la salida precoz de la placenta y un menor sangrado posparto ⁴ y previniendo anemias y depresión posparto ⁵, mientras que sea exclusiva y la madre no presenta regla tiene un buen efecto anticonceptivo ³. Adicionalmente, beneficia psicológicamente el vínculo afectivo madre – hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos ⁶, permite ahorrar dinero y es un recurso natural y renovable ⁵.

La situación de la lactancia materna en el Perú según el informe de Sánchez Griñan ⁷, 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 económica de la madre, la presión de la industria de ofertar leche maternizada para la comodidad de la madre, inicio de la ablactancia, insuficiencia de la leche y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna ^{4,8,9}.

ENDES 2011 Primer Semestre ¹⁰ 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%); mostrando una tendencia de disminución de la tasa de lactancia materna exclusiva en las ciudades que en las zonas rurales, más en la costa que en la selva y sierra; en Loreto se ha reducido la prevalencia de lactancia materna exclusiva, más en las madres de procedencia urbana que las que proceden de la zona rural.

Los estudios tipo conocimientos han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a las instituciones u organizaciones con la finalidad de establecer estrategias de promoción de la salud y nutrición.

Es por ello que el presente estudio se ha planificado para determinar el nivel de conocimiento que tienen las puérperas que se atienden en el Hospital Regional de Loreto sobre el concepto de lactancia materna exclusiva, beneficios, técnica, tiempo; los resultados nos permitirá contribuir en el fortalecimiento de los conocimientos y cambio de actitud de las madres a cumplir con una adecuada lactancia materna.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015

3.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características de la puérpera atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015; como edad, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, información recibida de lactancia materna, tiempo de lactancia exclusiva en su último hijo, paridad.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna con las características de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Lactancia materna

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 lactante ¹³. 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.

4.2 Tipos de Leche Materna

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. El calostro contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, el calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido, como: facilita la eliminación del meconio, facilita la reproducción del lactobacilo en el lumen intestinal del recién nacido, entre otros ¹⁴

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto, va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos; los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas, inmunoglobulinas y enzimas ¹⁴.

4.3 Composición de la Leche Materna

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono (lactosa principalmente), grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. Minerales como calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor. Vitaminas liposolubles como la A, K, E, D depende su concentración de la grasa en la leche materna. Las vitaminas hidrosolubles (B, B12) pueden variar dependiendo de la dieta materna. Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. Además se encuentra hormonas como ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales, ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotrópina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno ¹⁴.

4.4 Beneficios de la leche materna

Algunos beneficios de la lactancia materna son ¹⁴⁻¹⁶:

- La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus.
- Los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiaquía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica.
- Protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados.

- 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.
- 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.
- La leche materna es más digestiva. Es rica en probióticos por lo que la flora intestinal de los bebés amamantados presenta menos elementos patógenos.
- 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.
- Se ha comprobado que la respuesta inmunitaria frente a las vacunas es mejor con los niños alimentados con leche materna.
- 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.
- 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.
- Existen amplios estudios que constatan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario
- 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.

4.5 Antecedentes de investigación

a) Internacionales

GAMBOA y col. (2008) ¹⁷ identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia en mujeres en edad reproductiva del establecimiento las Marías de la Municipalidad de Girón en el año 2005. Evaluaron a 96 mujeres, el 78,1% de los participantes había tenido hijos. 13% no tenía conocimiento sobre la forma correcta de la lactancia materna. 49% no conocen los métodos de conservación de la leche materna. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. La comida con la que más frecuentemente inició la alimentación complementaria fue el caldo (88%). El 24,0% de las participantes del estudio manifestó que esperaría dos horas o más, después del nacimiento, para iniciar la lactancia. Para el 97,9% de las mujeres, dar Lactancia Materna trae beneficios para su hijo, entre ellos, ayudar al crecimiento del bebé (44,7%), evitar enfermedades (43,6%), favorecer el vínculo afectivo (7,4%) y otros (4,3%). La mayoría de participantes conocen que la lactancia materna tiene un beneficio para ellas (53,1%). Las encuestadas consideran que el mayor beneficio es evitar el cáncer de mama (29,4%), favorecer el vínculo afectivo madre-hijo (25,5%), descongestionar las mamas (21,6%) y ahorrar dinero (11,8%). Para el 63,5% de las mujeres encuestadas, el calostro es necesario para la alimentación del bebé, frente a un 6,3% que considera lo contrario.

BERDASQUERA (2008) ¹⁸ realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el período comprendido entre enero de 2002 a diciembre de igual año en consultorios del Policlínico Docente Comunitario de Guanajay, La Habana, con el objetivo de identificar las principales causas de destete precoz en el municipio y poder trazar una estrategia de intervención. Se estudiaron 236 madres indagándose sobre diferentes variables tanto de las madres como de los recién nacidos. El 51,3 % de ellas destetaron precozmente a sus hijos, siendo más frecuente en adolescentes (41,0 %); en mujeres trabajadoras (47,1 %); con nivel escolar medio (44,1 %); con pareja estable (61,8 %) y primíparas (67,6 %). Se concluyó que en el municipio existen dificultades con la duración de la lactancia materna exclusiva que demandan de una rápida y oportuna intervención por parte de las autoridades sanitarias.

RODRIGUEZ y col. (2008) ¹⁹ en su estudio identificaron factores asociados con la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. En el análisis bivariado por las ciudades estudiadas, las variables asociadas significativamente con el tiempo de lactancia exclusiva fueron: uso del biberón en el hospital, ocupación, estado conyugal y relación con el jefe de hogar de la madre. En el análisis multivariado se encontró que el "no uso de biberón en el hospital" fue el factor más asociado con una mayor duración del tiempo de lactancia materna exclusiva, para el total de casos y la ciudad de Medellín.

AZNAR y col. (2009) ²⁰ determinaron 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, encuestando a 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007. El 90,64% (n: 455) de las madres amamantaron a sus hijos; la mayoría tenía un promedio de 2 ó menos hijos y provenía de áreas urbanas. El grupo etario que prevaleció fue de 26-35 años. El 55,12% (n: 113) de los niños recibió lactancia materna por un período de 6 meses o más. Sólo el 5,93% (n: 27) inició la lactancia materna antes de la primera hora post-parto. El 81,4% (n: 409) de las madres conocía las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, la mayoría de ellas conocía sólo los beneficios para el niño. El 55,18% (n: 277) de las madres tenía información sobre alguna forma de conservación de la leche materna una vez extraída. 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.

ZIMMERMANN y col. (2011) ²¹ evaluaron el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna (LM) de las puérperas antes de su egreso hospitalario, incluyendo a 364 mujeres en puerperio inmediato entre 15 y 40 años. El nivel de conocimiento: deficiente 12,09%; regular el 70,33%; bueno 17,58%. Conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9%; concubinato 54,6%. Conocimiento Regular: solteras 34,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento Bueno: 25% solteras, 25% casadas; 50% unión libre. Número de gestaciones, en nivel deficiente: 91%

primíparas, 9% multíparas; en nivel regular 51,6% primíparas, 48,4% multíparas; en nivel bueno 25% primíparas, 75% multíparas. Nivel deficiente: el 100% educación primaria incompleta; de nivel regular completaron primaria 42,2%; secundaria 48,5%; terciaria 3% y 6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento 68,7% completó primaria, 18,8% secundaria y el 12,5% terciaria.

DE SOUZA y col. (2015) ²² evaluaron a 309 mujeres que dieron a luz bebés en un hospital universitario en São Paulo, Brasil. El 30% de las mujeres reportaron haber introducido líquidos adicionales antes de que los bebés llegaran a los seis meses de edad, al mismo tiempo afirmaron haber dado lactancia materna exclusiva. Las siguientes variables se asociaron con la introducción temprana de líquidos: la falta de empleo ($p=0,0386$), edad materna juvenil ($p=0,0159$) y el primer embarazo ($p=0,003$). Conclusión: el concepto de la lactancia materna exclusiva puede no ser totalmente claro para las mujeres, ya que parecen creer que significa no alimentar a los niños con otros tipos de leche, pero que la administración de otros líquidos se permite. Esto demuestra que la promoción de la lactancia materna debería tomar en consideración creencias y valores para lograr el diálogo y la comprensión efectiva con las madres

b) Nacionales

BOCANEGRA (2007) ⁴ determinaron el nivel de conocimiento de cinco conductas óptimas de lactancia materna y su relación con algunos factores personales, educativos y socioeconómicos en 245 madres puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. Se halló que el 88,57% de las madres tuvo un nivel aceptable de conocimiento de las mismas; asimismo, que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia, ocupación, estado civil, paridad (factores personales), fuente de información (factor educativo) y estrato (factor) socioeconómico de las madres, salvo entre la primera variable y el grado de instrucción (factor educativo) de las mismas.

CARRASCO y col. (2009) ²³ identificaron en su estudio las prácticas de lactancia materna y los hábitos de succión no nutritivos en niños de 0-71 meses de centros poblados del Distrito de Carabaillo, Lima-Perú, como parte de un proyecto de

investigación de la Facultad de Estomatología de la UPCH. Se empleó una encuesta estructurada a las madres, cuya edad promedio fue de $28,0 \pm 5,3$ años y el grado de instrucción fue secundaria incompleta (33,8%). La edad promedio de los 133 niños fue $36,4 \pm 21,1$ meses. El 96,3% recibió lactancia materna, siendo exclusiva en el 80,2% hasta los 6 meses ($5,7 \pm 3,2$ meses). El uso del chupón se encontró en 9,2% de los niños y del biberón en 61,9%. La mayoría de las madres agregaban azúcar al biberón (63,1%) y el 10,5% de los niños han utilizado aguas (infusiones) azucaradas, siendo en media la edad introductoria de $8 \pm 5,4$ meses. El 47,4% usaban el biberón para dormir, y de éstos, el 50% contenían azúcar. Favorables hábitos de lactancia materna y baja prevalencia de hábitos no nutritivos fueron observados; sin embargo, una introducción temprana del azúcar en la dieta de los niños y un uso frecuente e incorrecto del biberón, también se detectaron, mostrando que es necesaria una mayor información a las madres sobre los factores de riesgo asociados a la instalación de caries temprana en la infancia.

VERAMENDI y col. (2012) ²⁴ asociaron los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre la lactancia materna de las madres con la frecuencia de DAI en los últimos seis meses del niño menor de dos años. Su estudio analítico de corte transversal. Lugar: Centro poblado Huaylas, Ancash-Perú, durante febrero de 2011. Participantes: 34 madres de niños menores de 2 años. Intervenciones: Encuesta CAP mediante entrevista a domicilio y revisión de las historias clínicas para confirmar DAI. Principales medidas de resultados: Puntaje obtenido en la encuesta para las distintas variables CAP. Se halló conocimiento de medio a bajo en 76,5% de las madres encuestadas, actitudes neutras en 58,8% y favorables en 20,6 y prácticas neutras en 64,7% e inadecuadas en 23,5%. No se encontró correlación entre estos.

CARDENAS (2014) ²⁵ determinó el nivel de conocimiento de las mujeres de 18 a 35 años del AAHH Fernando Belaunde Terry sobre la lactancia materna, Enero 2014; con una población de 316 mujeres de 18 a 35 años del AAHH Fernando Belaunde Terry, encuestó a 174 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. De las 174 de las mujeres encuestadas de 18 a 35 años de edad del AAHH Fernando Belaunde Terry; se caracterizaron por tener entre 24 a 29 años (36,8 años), convivientes (64,4%), educación secundaria (51,1%) y con información sobre lactancia materna (45,4%). El 23,5% se encontraban gestando, el 40,2% es

multípara; el 28.8% habían tenido su último parto hace 2 a 3 años. El 71.3% de las mujeres de 18 a 35 años del AAHH Fernando Belaunde Terry tienen un conocimiento adecuado sobre lactancia materna y el 28.7% tienen un conocimiento no adecuado. El nivel de conocimiento adecuado sobre la LM se relaciona con la mayor edad de la mujer ($p=0.000$), con el estado civil de conviviente ($p=0.002$), con la recepción de información sobre LM ($p=0.001$), con paridad ($p=0.000$) y con periodo entre partos de más de 2 años ($p=0.001$). No se encontró relación con el nivel de instrucción ($p=0.067$) y ser gestante ($p=0.160$).

5. HIPOTESIS

Las puérperas del Hospital Regional de Loreto tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna

6. VARIABLES

Variable Dependiente

- Conocimiento sobre la lactancia materna
 - Adecuado
 - No adecuado

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características ginecoobstétricas
 - Paridad

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS Es el conjunto de características demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir la cesárea o parto vía vaginal.	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal Casada: que tiene vinculo legal (civil) con su pareja	Nominal
	Dirección registrada en el SIS o historia clínica	Procedencia: se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio prospectivo. Urbano: que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción: registrada en el SIS o historia clínica	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. Sin instrucción: no curso estudios en un centro educativo Primaria: con estudios en centro educativo primario completa o incompleta. Secundaria con estudios en centro educativo secundario completa o incompleta.	Nominal
VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA

		Técnica : con estudios en centro educativo técnico completa o incompleta Superior : con estudios en centro educativo superior, completa o incompleta	
CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: paridad	Formula obstétrica registrada en la historia clínica	Paridad : Se dice cuando una mujer ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o abdominal)	Nominal
Conocimiento sobre la lactancia materna: conjunto de conceptos correctos sobre el amamamiento, tiempo, etc., de la lactancia materna	Repuestas de la encuesta de conocimiento	Cuestionario sobre conocimiento (Anexo N° 1) Conocimiento adecuado : aquellas que contesten entre 14 a 20 repuestas correctamente Conocimiento no adecuado : aquellas que contesten menos de 14 preguntas correctamente.	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal prospectivo

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas y obstétricas de las púerperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Prospectivo: Porque el evento (nivel de conocimiento) se determinara durante el estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población estuvo constituida por un promedio de 422 gestantes que tienen su parto en el Hospital Regional de Loreto, entre noviembre y diciembre del 2015

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 201 púerperas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral

El tamaño de la muestra se ha 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

$N =$ partos 422

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

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/422)) = 201$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Puérpera atendida entre noviembre y diciembre del 2015.
- Aceptación a participar en el estudio

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Puérpera que a pesar de haber aceptado participar en el estudio no desea continuar con la encuesta.
- Puérpera que desde un principio no ha aceptado participar en el estudio.

El muestreo fue no probabilístico, ya que la puérpera aceptara participaren forma voluntaria.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente primaria a través de una encuesta, los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos; que constaba de tres ítems, la primera donde se registró las características sociodemográficas, el segundo ítem sobre las características obstétricas y en el tercero una encuesta sobre el conocimiento sobre la lactancia materna.

El cuestionario de conocimiento consta de 20 preguntas extraídas de la norma de lactancia materna del MINSA, aquellas que contesten entre 0 a 13 preguntas en

forma correctas su conocimiento fue considerado no adecuado, a las que contesten entre 14 a 20 su conocimiento fue considerado adecuado.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Loreto para la realización del presente estudio, luego se procedió entrevistar a las puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, informándolas del estudio y previa aceptación se le procedió a realizar la encuesta.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Excell y procesada con el SPSS 21.0, luego se procederá a realizar análisis univariado, los resultados se presentarán a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos; las relaciones entre las variables se hará a través de la prueba estadística no paramétrica del chi cuadrado y los resultados s representan a través de tablas de contingencia.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el presente estudio no es experimental, consiste en una recopilación de información dada voluntariamente a través de un consentimiento informado, respetando la confidencialidad de la información.

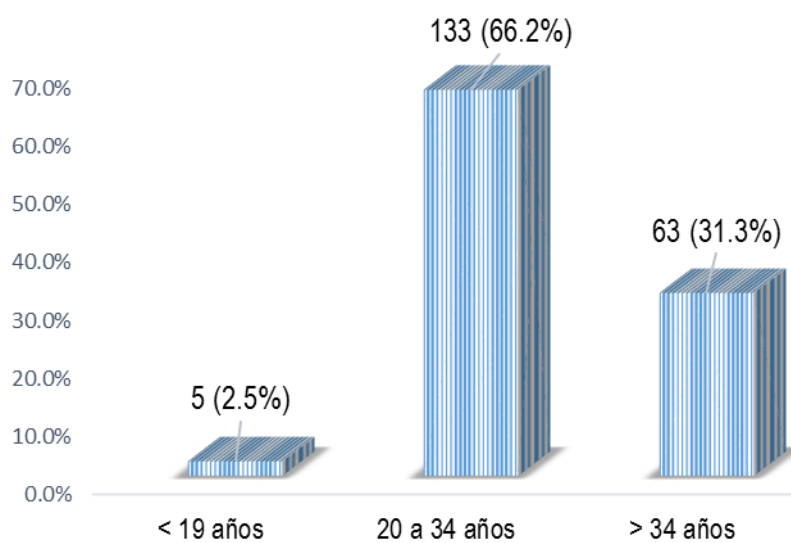
CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características de la puérpera atendidas en el Hospital Regional de Loreto

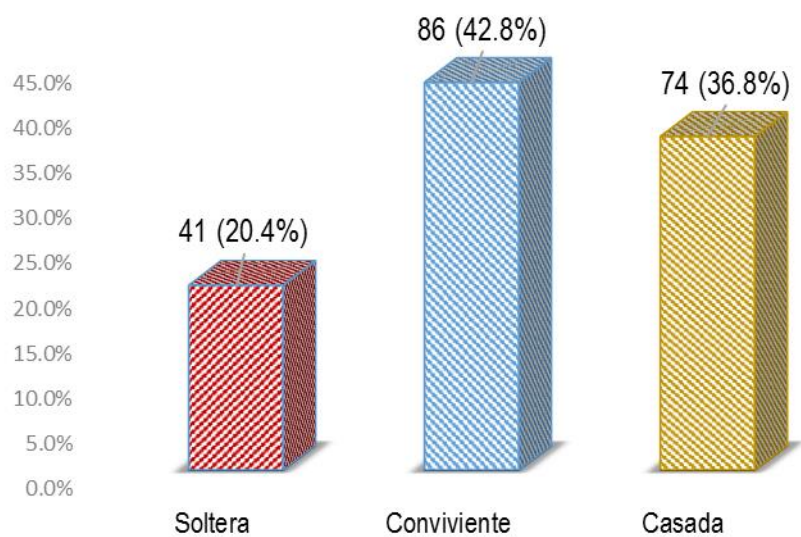
El 66.2% de las puérperas entrevistadas presentan entre 20 a 34 años de edad; seguidos de las mayores de 34 años (31.3%) y de los \leq 19 años (2.5%) (Gráfica N° 1).

Gráfica N° 1
Edad de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



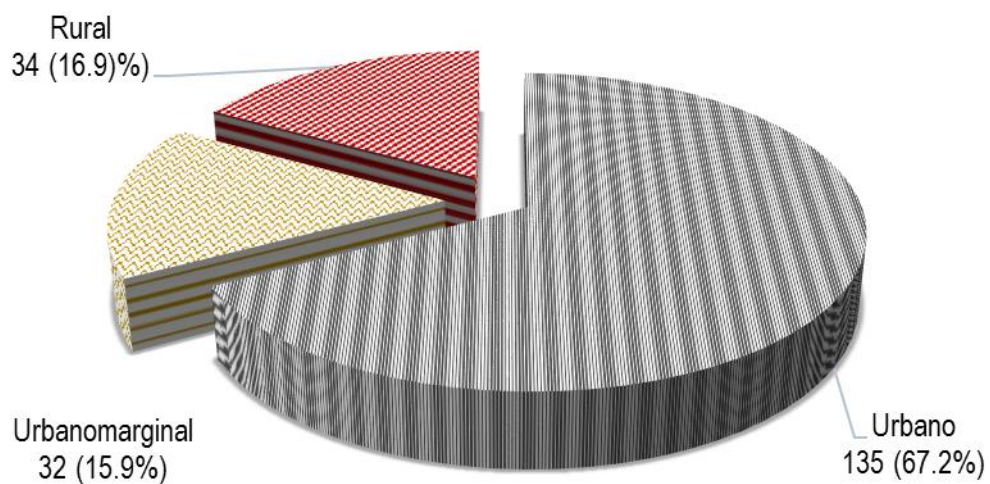
El 42.8% de las puérperas entrevistadas son convivientes y el 36.8% casadas; el 20.4% son solteras (Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



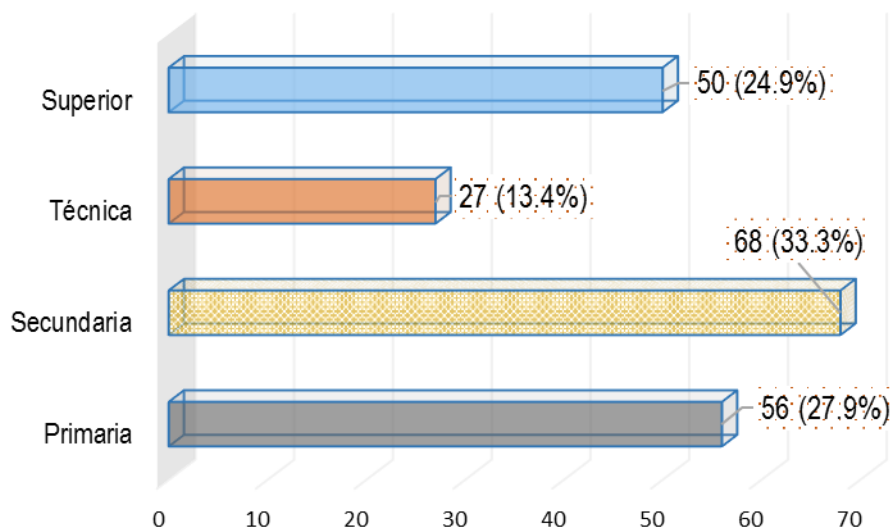
El 67.2% de las puérperas entrevistadas proceden de la zona urbana de la ciudad, el 16.9% de a zona rural y el 15.9% urbanomarginal (Gráfica N° 3).

Gráfica N° 3
Procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



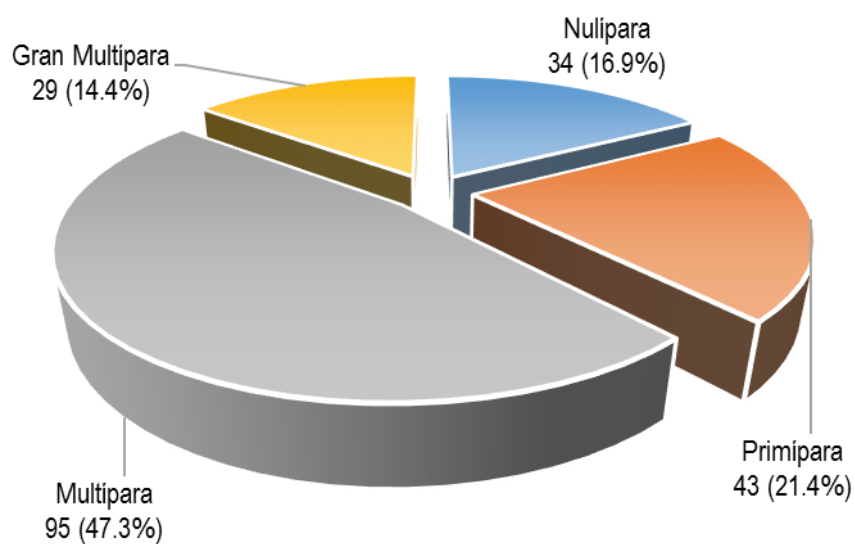
El 33.3% de las puérperas entrevistadas tienen el nivel de instrucción de secundaria, el 27.9% primaria, el 24.9% superior y el 13.4% técnica (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Nivel de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



El 47.3% de las puérperas entrevistadas son multíparas, seguidos de primípara (21.4%), nulípara (16.9%) y gran multípara (14.4%) (Gráfica N° 5).

Gráfica N° 5
Paridad de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



b) Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto

Más del 80% de las puérperas encuestadas en el Hospital Regional de Loreto saben que se le debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar, que la lactancia materna favorece la relación sicoemocional entre madre e hijo, que debe ser a libre demanda, cada vez que lo pida; que lo protege de infecciones y que se debe iniciar inmediatamente después del parto (Tabla N° 1).

Entre el 70 al 80% de las puérperas reconocen que no es conveniente dar agua o suero glucosado entre tomas; que la leche maternizada no tiene la misma composición que la leche de la mujer; que la leche materna tiene más requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas, que es útil para los recién nacido prematuro y que no existe leche materna de mala calidad (Tabla N° 1).

Entre el 50 al 70% de las puérperas reconocen que la lactancia materna de 4 meses no es lactancia materna exclusiva; pero saben que lo recomendable es dar hasta los 2 años de edad , que no hay que suspenderla si el niño tiene diarrea, y que la lactancia materna impide que la madre quede embarazada (Tabla N° 1).

Entre el 40 al 50% de las puérperas saben que no es necesario dar suplemento de leche artificial, que el niño alimentado al pecho no se deshidrata; que el tamaño del pecho no determina la cantidad de leche materna (Tabla N° 1).

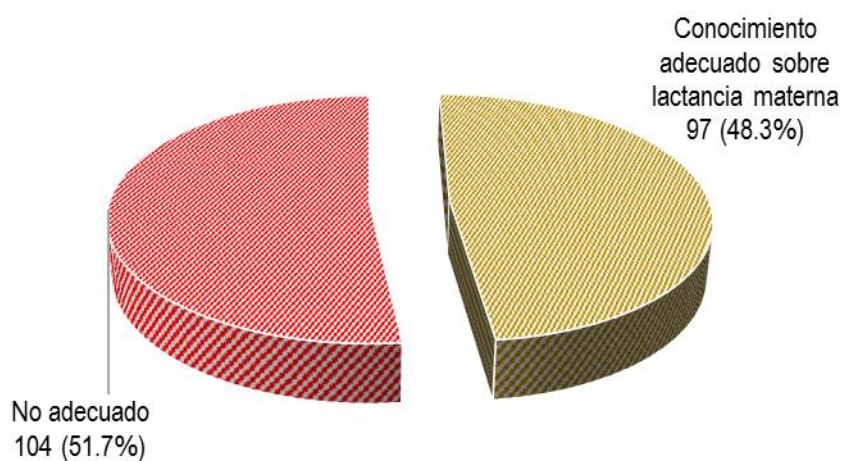
Menos del 40% de las puérperas conocen que la lactancia materna es beneficiosa reduciendo el riesgo de sangrado y que ayuda a recuperar el tamaño del útero (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Repuestas de las puérperas sobre la lactancia materna
atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Premisas	Correctas	
La madre debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar	185	92.00%
La lactancia materna favorece la relación sicoemocional entre madre e hijo	173	86.10%
La lactancia materna debe ser de libre demanda para el recién nacido	173	86.10%
Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.	172	85.60%
La leche materna protege al niño de infecciones	171	85.10%
La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.	169	84.10%
Es conveniente dar agua o suero glucosado entre tomas cuando el niño llora	151	75.10%
La leche maternizada tiene la misma composición que la leche de la mujer	151	75.10%
La leche materna tiene menos requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas	151	75.10%
La leche de la madre del recién nacido prematuro es adecuada para su alimentación	144	71.60%
Existe leche materna de mala calidad	142	70.60%
La lactancia materna debe ser exclusiva por 4 meses	138	68.70%
La lactancia materna debe de extenderse hasta los 2 años de edad	108	53.70%
Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia	108	53.70%
La lactancia materna impide que la madre quede embarazada	101	50.20%
Hay que dar suplemento de leche artificial a los niños que parecen insatisfechos después de las tomas	99	49.30%
El niño alimentado al pecho puede deshidratarse si no se le ofrecen líquidos entre tomas	93	46.30%
El tamaño de pecho determina la cantidad de leche materna	92	45.80%
La lactancia disminuye el riesgo de sangrado	74	36.80%
La lactancia materna ayuda a recuperar el tamaño del útero	72	35.80%

El 48.3% de las puérperas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, el 51.7% no tienen conocimiento adecuado sobre la lactancia materna (Gráfica N° 6).

Gráfica N° 6
Nivel de conocimiento de las puérperas sobre la lactancia materna
atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015



c) Relación entre las características de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto y su nivel de conocimiento sobre la lactancia materna

El 52.6% de las puérperas de 20 a 34 años y el 42.9% de las mayores de 34 años tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, el 100% de las adolescentes tienen un conocimiento no adecuado sobre la lactancia materna; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.04$) (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Edad de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna
Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Edad	Adecuado		No Adecuado		Total
< 19 años	0	0.0%	5	100.0%	5
20 a 34 años	70	52.6%	63	47.4%	133
> 34 años	27	42.9%	36	57.1%	63
Total	97	48.3%	104	51.7%	201

$p = 0.04$

El 64.9% de las casadas y el 53.7% de las solteras tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, el 31.4% de las convivientes tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$) (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Estado civil de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna
Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Estado Civil	Adecuado		No Adecuado		Total
Soltera	22	53.7%	19	46.3%	41
Conviviente	27	31.4%	59	68.6%	86
Casada	48	64.9%	26	35.1%	74
Total	97	48.3%	104	51.7%	201

$p = 0.000$

El 53.3% de las puérperas que proceden de la zona urbana tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, mientras que el 43.8% de las que proceden de la zona urbanomarginal y el 32.4% de la zona rural tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna; esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.078$) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Procedencia de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna
Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Procedencia	Adecuado		No Adecuado		Total
Urbano	72	53.3%	63	46.7%	135
Urbanomarginal	14	43.8%	18	56.3%	32
Rural	11	32.4%	23	67.6%	34
Total	97	48.3%	104	51.7%	201

$p = 0.078$

El 80.0% de las puérperas con nivel de instrucción superior y el 51.9% con instrucción técnica tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, mayores que lo encontramos con el nivel secundario (36.8%) y primario (32.1%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Nivel de instrucción de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna
Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Nivel de Instrucción	Adecuado		No Adecuado		Total
Primaria	18	32.1%	38	67.9%	56
Secundaria	25	36.8%	43	63.2%	68
Técnica	14	51.9%	13	48.1%	27
Superior	40	80.0%	10	20.0%	50
Total	97	48.3%	104	51.7%	201

$p = 0.000$

El 69.0% de las puérperas gran multíparas tienen con mayor frecuencia de un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, mayor que en las multíparas (48.4%), primíparas (41.9%) y nulíparas (38.2%); esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.070$) (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Paridad de las puérperas y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna
Hospital Regional de Loreto
Noviembre y Diciembre del 2015

Paridad	Adecuado		No Adecuado		Total
Nulípara	13	38.2%	11	61.8%	34
Primípara	18	41.9%	23	58.1%	43
Multípara	46	48.4%	55	51.6%	95
Gran Multípara	20	69.0%	15	31.0%	29
Total	97	48.3%	104	51.7%	201

$p = 0.070$

10. DISCUSION

Se esperaba que la población de puérperas sea con mayor frecuencia en mujeres en edad fértil, aunque la frecuencia de adolescentes fue mucho menor a lo reportado en las encuestas de ENDES; proceden de la zona urbana de la ciudad, con mayor tendencia que sean convivientes sin tener una unión legalmente formal, CARDENAS ²⁵ en su estudio también observa una mayor tendencia de convivientes, se observó una tendencia de nivel secundario y primaria, aunque una de cada 5 tenía educación superior; CARRASCO ²³ también encuentra la tendencia de instrucción secundaria; CARDENAS ²⁵, anota que más del 50% de las mujeres que entraron a su estudio tenían educación secundaria; se encontró mayor frecuencia de multíparas CARDENAS ²⁵ también encuentra esta tendencia de multíparidad.

El estudio encontró que el 48.3% de las puérperas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna; CARDENAS ²⁵, en su estudio encuentra una mayor frecuencia de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna (71.3%) en un asentamiento de la ciudad de Iquitos; BOCANEGRA ⁴ también encontró una mayor frecuencia de conocimiento aceptable (88,57%) en las puérperas encuestadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. ZIMMERMANN ²¹ encuentra en su mayoría conocimiento regular (70,33%)

Encontrando que el mayor desconocimiento estuvo en los beneficios que trae la lactancia materna sobre la mujer, el considerar que el niño requerirá líquidos y/o suplemento alimentario, así como el tiempo recomendado de dar lactancia materna y lactancia materna exclusiva. CARDENAS ²⁵ encuentra que el mayor desconocimiento fue el tiempo de lactancia materna, administración de agua o suero glucosado entre tomas, beneficios de la lactancia materna sobre la madre y su utilidad en los prematuros. CARRASCO ²³ reporta el uso de infusiones durante la lactancia. DE SOUZA ²² también encuentra la administración de líquidos adicionales en los primeros 6 meses de edad, estando relacionado a creencias de las madres. BERDASQUERA ¹⁸ en su estudio realizado en La Habana encuentra que más del 50% tienen un destete precoz antes de los 6 meses. AZNAR ²⁰ encuentra en las madres un alto porcentaje de los beneficios de la lactancia para el niño pero muy poco sobre los beneficios sobre la madre. GAMBOA ¹⁷ encuentra deficiencia en los conceptos de protección y beneficios de la lactancia materna.

El nivel de conocimiento fue mejor a mayor edad de la puérpera ($p=0.04$), con el estado civil de casadas y solteras ($p=0.000$), a mayor nivel de instrucción ($p=0.000$); CARDENAS ²⁵, en su estudio encuentra que el nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna también se relacionó con la mayor edad de la mujer pero a diferencia del nuestro el conocimiento se relacionó con el estado civil de conviviente, no encontró relación con el nivel de instrucción como el nuestro pero si con la paridad. BOCANEGRA ⁴ solo encontró asociación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción, no con otras variables. AZNAR ²⁰ en su estudio refiere que las mujeres que practican adecuadamente la lactancia materna están relacionado con la edad y paridad. ZIMMERMANN ²¹ reporta que el conocimiento de la lactancia está influenciado por el nivel de instrucción, con una educación mayor se encuentra un nivel de conocimiento bueno.

11. CONCLUSIONES

- Se encuestaron a 201 puérperas, donde el 66.2% tienen 20 a 34 años de edad; el 42.8% son convivientes, el 67.2% proceden de la zona urbana, el 33.3% con instrucción secundaria y el 47.3% son multíparas.
- El 48.3% de las puérperas entrevistadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna.
- Menos de 70% conocen el tiempo de lactancia materna exclusiva; que no requiere suplementos durante ese tiempo, el tiempo máximo de lactancia materna, los beneficios de la lactancia materna
- El nivel de conocimiento fue mejor a mayor edad de la puérpera ($p=0.04$), con el estado civil de casadas y solteras ($p=0.000$), a mayor nivel de instrucción ($p=0.000$); no se asoció con la procedencia ($p=0.078$), ni con la paridad ($p=0.070$).

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Fortalecer los conocimientos sobre la lactancia materna durante las atenciones prenatales en el Hospital Regional de Loreto.
- El fortalecimiento debe ser sobre:
 - El tiempo de lactancia materna exclusiva
 - El tiempo máximo de lactancia materna
 - El no uso de líquidos ni suplementos durante la lactancia materna exclusiva
 - Los beneficios de la lactancia materna en las madres.
- Realizar más estudios enfocados en identificar el verdadero nivel de conocimiento sobre la lactancia materna.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. OMS. 2003; 5 – 12
2. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005; 115(2):496-506.
3. León-Cava, N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington: OPS; 2002.
4. Bocanegra S. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Rev. Med. Vallejiana.2007, 4(2):109-120.
5. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría, Servicio Canario de Salud. recomendaciones para la lactancia materna. Dirección General de Salud Pública 2002; 1 – 20.
6. 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.
7. 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.
8. Uchimura N S, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato P, Rocha S F. Estudio dos fatores de risco para desmame precoce. Acta sci 2001; 23(3): 713 – 718.
9. 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.
10. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Primer Semestre 2011 Lima.
11. Pérez – Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. Rev Panam Salud Pública 2001; 9(6):357 – 361.
12. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. AEP2003; 1 – 6.

13. 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
14. 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.
15. Castellón M. Beneficios de la lactancia materna. www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf
16. Schellhorn C.; Valdés V. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. 2010. web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
17. Gamboa E., López N., Prada G., Yanitze K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Departamento de Salud Pública. Facultad de Salud, UIS. Bucaramanga. Colombia. 2008
18. Berdasquera Corcho D. Lactancia materna exclusiva en Guanajay. Revista de Ciencias Médicas La Habana (seriada en línea). 2008; 14 (3). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol14_3_08/hab03308.htm
19. Rodríguez-García J., Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. Rev. salud pública. 2008. 10 (1):71-84
20. Aznar Flor Elena, Salazar Scarlett, Delgado Xiomara, Cani Thaís, Cluet de Rodríguez Isabel. Evaluación del conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna: Estudio Multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Arch Venez Puer Ped [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2013 Dic 26] ;72(4): 118-122
21. 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 VIa Cátedra de Medicina. 2011;207:1-5.
22. De Souza A., Chaoul C., Carmona E., Higa R., Nogueira L., Prácticas de lactancia materna exclusiva reportadas por las madres y la introducción de líquidos adicionales. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):283-90
23. Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71

meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(2):83-90.

24. Veramendi Espinoza L., Zafra Tanaka J., Ugaz J., Soto L., Villa Santiago N., Torres Bravo L., Pinto Arica A., Moras Rosado M. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEL 2012; 17(2): 82-88
25. Cárdenas Pasmíño Claudia. Nivel de conocimiento de las mujeres de 18 a 35 años del AAHH Fernando Belaunde Terry sobre la lactancia materna, Enero 2014. Tesis para optar el título de Obstetra, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú. 2014

14. ANEXOS

ANEXO N° 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015

a. Introducción

Buenos días soy, Bachiller de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, que estoy invitando a las mujeres puerperas, atendidas en el Hospital Regional de Loreto participar en forma voluntaria al presente estudio, sobre cuanto saben sobre la lactancia materna, pudiendo consultar sus dudas sobre el estudio.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene el objetivo de conocer el nivel de conocimiento que poseen las puerperas sobre lactancia materna; con el propósito de que los resultados aporten estrategias educacionales para un mejor conocimiento oportuno de la importancia y aporte nutricional de la lactancia materna en los niños..

c. Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño descriptivo de corte transversal, que a través de una entrevista en un solo momento- se obtendrá la información sobre su nivel de conocimiento.

d. Participantes

Los participantes al estudio son mujeres puerperas que acuden a su atención en el Hospital Regional de Loreto; su participación es absolutamente voluntaria, luego que la participante lea detenidamente el presente consentimiento informado y aclarada su interrogantes acepte participar en el estudio, durante la entrevista el participante puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

e. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador iniciara la entrevista realizando preguntas sobre sus características sociodemográficas como su edad, estado civil, grado de instrucción, nivel de instrucción y recepción de información sobre el tema.
2. Luego preguntas sobre sus características obstétricas: paridad y número de atenciones prenatales.
3. El tiempo de participación en la entrevista se ha calculado no más de 15 minutos.

f. Confidencialidad

Las entrevistas son anónimas, no se registra nombres ni ningún documento de identificación; la información solo se usará para los fines del estudio; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas

g. Derecho del paciente

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACION DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Firma del Participante

DNI

Fecha:

ANEXO N° 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015

1. Características sociodemográficas

Edad: 1. < 19 años 2. 20 a 34 años 3. 35 a más años

Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria
4. Técnica 5. Superior

2. Características Ginecobstetricias

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

3. Conocimiento

Preguntas	De acuerdo	No de acuerdo	No se
1. La lactancia materna debe ser exclusiva por 4 meses			
2. La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.			
3. Hay que dar suplemento de leche artificial a los niños que parecen insatisfechos después de las tomas			
4. El niño alimentado al pecho puede deshidratarse si no se le ofrecen líquidos entre tomas			
5. La lactancia materna debe de extenderse hasta los 2 años de edad			
6. Es conveniente dar agua o suero glucosado entre tomas cuando el niño llora			
7. Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.			
8. La leche maternizada tiene la misma composición que la leche de la mujer			
9. La leche de la madre del recién nacido prematuro es adecuada para su alimentación			
10. Existe leche materna de mala calidad			
11. La lactancia materna impide que la madre quede embarazada			
12. La lactancia materna favorece la relación sicoemocional entre madre e hijo			
13. La leche materna protege al niño de infecciones			
14. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia			
15. El tamaño de pecho determina la cantidad de leche materna			
16. La lactancia disminuye el riesgo de sangrado			
17. La lactancia materna ayuda a recuperar el tamaño del útero			
18. La madre debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar			
19. La leche materna tiene menos requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas			
20. La lactancia materna debe ser de libre demanda para el recién nacido			

Puntaje:

Conocimiento: 1. No Adecuado 2. Adecuado

ANEXO N° 3
REPUESTAS AL CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Noviembre y Diciembre del 2015

Premisas	Correctas		No correctas	
1. La lactancia materna debe ser exclusiva por 4 meses	138	68.7%	63	31.3%
2. La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.	169	84.1%	32	15.9%
3. Hay que dar suplemento de leche artificial a los niños que parecen insatisfechos después de las tomas	99	49.3%	102	50.7%
4. El niño alimentado al pecho puede deshidratarse si no se le ofrecen líquidos entre tomas	93	46.3%	108	53.7%
5. La lactancia materna debe de extenderse hasta los 2 años de edad	108	53.7%	93	46.3%
6. Es conveniente dar agua o suero glucosado entre tomas cuando el niño llora	151	75.1%	50	24.9%
7. Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.	172	85.6%	29	14.4%
8. La leche maternizada tiene la misma composición que la leche de la mujer	151	75.1%	50	24.9%
9. La leche de la madre del recién nacido prematuro es adecuada para su alimentación	144	71.6%	57	28.4%
10. Existe leche materna de mala calidad	142	70.6%	59	29.4%
11. La lactancia materna impide que la madre quede embarazada	101	50.2%	100	49.8%
12. La lactancia materna favorece la relación sicoemocional entre madre e hijo	173	86.1%	28	13.9%
13. La leche materna protege al niño de infecciones	171	85.1%	30	14.9%
14. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia	108	53.7%	93	46.3%
15. El tamaño de pecho determina la cantidad de leche materna	92	45.8%	109	54.2%
16. La lactancia disminuye el riesgo de sangrado	74	36.8%	127	63.2%
17. La lactancia materna ayuda a recuperar el tamaño del útero	72	35.8%	129	64.2%
18. La madre debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar	185	92.0%	16	8.0%
19. La leche materna tiene menos requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas	151	75.1%	50	24.9%
20. La lactancia materna debe ser de libre demanda para el recién nacido	173	86.1%	28	13.9%