



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**“PRÁCTICAS DE LACTANCIA CON SUCEDÁNEOS EN LACTANTES
MENORES DE 6 MESES, ATENDIDOS EN ESSALUD-IQUITOS DURANTE
EL AÑO, 2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

GIANFRANCO ARBILDO MATHEWS

ASESOR:

MC EDUARDO TOMÁS CHUECAS VELÁSQUEZ, Dr.

IQUITOS, PERÚ

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

N° 003/ CGT-FMH-UNAP-2021

En la Ciudad de Iquitos, Distrito de Iquitos, Departamento de Loreto, a los días **05 de mes de Marzo de 2021 a horas 12:30 m**, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulada **"Prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019"** aprobado con Resolución Decanal de sustentación Nro. **058 -2021 FMH-UNAP**. Presentado por el bachiller, Gianfranco Arbildo Mathews para optar el título profesional de Médico Cirujano. El Jurado Calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro. 033-2021-FMH-UNAP del 01 de Febrero del 2021.

- Dr. Edwin Villacorta Vigo.
- Mg. S.P. Jesús Jacinto Magallanes Castilla.
- Mg. S.P. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci.

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:.....eficientemente.....

El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública de la Tesis ha sido aprobado por unanimidad con la calificación de 16 (dieciseis).....

Estando el bachiller Apto..... para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las 13:00 horas se dio por terminado el acto académico.

Dr. Edwin Villacorta Vigo.

Presidente

Mg. S.P. Jesús Jacinto Magallanes Castilla.

Miembro

Mg. S.P. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci.

Miembro

Dr. Eduardo Tomás Chuecas Velásquez

Asesor

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE LA TESIS



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

Miembros del Jurado Examinador y asesor

Dr. Edwin Villacorta Vigo.

Presidente

Mg. S.P. Jesús Jacinto Magallanes Castilla.

Miembro

Mg. S.P. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci.

Miembro

Dr. Eduardo Tomás Chuecas Velásquez

Asesor

DEDICATORIA

A mi señora madre Marilyn Mathews, por ser mi fortaleza, ejemplo y motivación para superarme cada día. Por enseñarme el amor a Dios y al prójimo, inculcándome siempre valores como la responsabilidad, perseverancia y solidaridad; lo que me ha permitido lograr mis metas y objetivos satisfactoriamente.

Gianfranco Arbildo Mathews

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana y especialmente a la Facultad de Medicina Humana por permitirme formarme y capacitarme como un buen profesional de la salud.

A mis docentes por esmerarse en compartir sus conocimientos y experiencias e inculcarme buenos valores a lo largo de toda mi carrera universitaria.

A todo el personal que labora en el Hospital III de EsSalud Iquitos, lugar donde realicé el internado médico y adquirí importantes conocimientos y valiosas experiencias de índole profesional y personal.

A mi madre Marilyn Mathews por apoyarme incondicionalmente durante el transcurso de toda mi formación profesional.

Gianfranco Arbildo Mathews

ÍNDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	ii
MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR Y ASESOR DE LA TESIS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Bases teóricas	15
1.2.1. Lactancia materna.....	15
1.2.2. Lactancia materna exclusiva.....	15
1.2.3. Composición de la leche materna.....	15
1.2.4. Beneficios de la lactancia materna.....	17
1.2.5. Fórmulas lácteas.....	22
1.2.6. Indicaciones para la utilización de sustitutos de leche materna.....	23
1.2.7. Normativa peruana sobre lactancia materna.....	26
1.3. Definición de términos básicos	27
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
2.1. Formulación de la hipótesis	28
2.2. Variables y su Operacionalización	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33
3.1. Diseño metodológico	33
3.2. Diseño muestral	33
3.2.1. Población:.....	33
3.2.2. Muestra.....	33
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.3.1. Técnicas.....	34
3.3.2. Instrumento.....	34
3.3.3. Procedimiento de recolección de datos.....	35
3.4. Procesamiento y análisis de datos	35
3.5. Aspectos éticos	35

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
4.1. Características maternas de lactantes menores de 6 meses atendidos en Essalud Iquitos durante el año 2019.....	36
4.2. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, Essalud Iquitos, 2019.	37
4.3. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante la primera y segunda semana de vida neonatal, Essalud Iquitos, 2019.	39
4.3. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante los 6 primeros meses de vida, Essalud, Iquitos, 2019.	40
4.4. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas.....	41
4.4.1. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante el post parto, en el servicio de alojamiento conjunto, EsSalud Iquitos, 2019.	41
4.4.2. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante la primera y segunda semana de vida, EsSalud Iquitos, 2019.	43
4.4.3. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante los 6 primeros meses de vida, EsSalud Iquitos, 2019.	45
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	51
CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA	54
Anexo N° 1: Matriz de consistencia.....	60
Anexo N° 02: Ficha de recolección de datos.....	61
Anexo N° 3: Validación por juicio de expertos.....	64
Anexo N° 4: Aprobación del comité de ética – Essalud.....	67
Anexo N° 5: Consentimiento individual para participar en el estudio	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Disminución del riesgo de enfermedades, en porcentaje, de acuerdo al tipo de lactancia materna (LM)	22
Tabla N° 2: Operacionalización de variables	29
Tabla N° 3: Características maternas de lactantes menores de 6 meses, atendidos en Essalud Iquitos durante el año 2019.	36
Tabla N° 4: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, Essalud Iquitos, 2019.	38
Tabla N° 5: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante la primera y segunda semana de vida neonatal, Essalud Iquitos, 2019.	39
Tabla N° 6: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante los 6 primeros meses, Essalud Iquitos, 2019.	40
Tabla N° 7: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante el post parto, en el servicio de alojamiento conjunto, EsSalud Iquitos, 2019.	42
Tabla N° 8: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante la primera y segunda semana de vida, EsSalud Iquitos, 2019.	44
Tabla N° 9: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante los 6 primeros meses de vida, EsSalud Iquitos, 2019.	46

**PRÁCTICAS DE LACTANCIA CON SUCEDÁNEOS EN LACTANTES
MENORES DE 6 MESES, ATENDIDOS EN ESSALUD-IQUITOS DURANTE
EL AÑO, 2019.**

Arbildo Mathews, Gianfranco

RESUMEN

La práctica de Lactancia Materna Exclusiva desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida del niño, ha sido promovida como tal desde finales de los años 70. Sin embargo, aún se pueden encontrar prácticas inadecuadas de alimentación complementaria. Por lo que el objetivo del presente estudio es describir las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses atendidos en Essalud Iquitos durante el año 2019. Para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo. Concluyendo que el 13 % de las madres refieren haberle dado algún tipo de leche artificial al lactante durante el periodo postparto, el 13 % de las participantes aceptaron haber solicitado ayuda con algún tipo de leche para su bebé y el 3% de las madres aceptaron haber recibido recomendaciones de algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital, el 6 % de las participantes aceptó haber solicitado la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital. El 38 % de las madres refirieron haberle ofrecido algún tipo de leche artificial al neonato durante la primera y segunda semana, de ellas el 37 % refieren haberlo hecho debido a que los senos no los tenían lleno, la mayoría de ellas (22%) que ofrecieron a su bebé leche artificial el 22 % refiere que fue recomendado en la farmacia, el 12 % en el hospital y el 4 % refiere que le brinda leche artificial a su bebé por recomendación de otras personas. Respecto al uso de fórmulas durante los 6 primeros meses se encontró que el 13 % de las participantes refirieron que continúan ofreciéndole a su bebé la misma leche artificial durante este periodo, el 25 % refieren darle otro tipo de leche y el 62 % refieren que su bebé solo continúa recibiendo leche materna. El 1 % refieren haberle ofrecido al niño algún tipo de leche no maternizada como leche evaporada u otro tipo de leche en polvo. Se observó un incremento en el uso de leche artificial del 13 % al 38 % durante las 2 primeras semanas de vida del bebé.

Palabras clave: Sucédáneos de la Leche Materna. (Fuente: DeCS)

**BREASTFEEDING PRACTICES WITH SUBSTITUTES IN INFANTS
UNDER 6 MONTHS, TAKEN CARE OF AT ESSALUD IQUITOS DURING
THE YEAR, 2019.**

Arbildo Mathews, Gianfranco

ABSTRACT

The practice of Exclusive Breastfeeding from birth to the sixth month of the child's life has been promoted as such since the late 1970s. However, inadequate complementary feeding practices can still be found. Therefore, the objective of this study is to describe breastfeeding practices with substitutes in infants under 6 months of age attended at Essalud Iquitos during 2019. For this, a descriptive study was carried out. Concluding that 13% of the mothers report having given some type of artificial milk to the infant during the postpartum period, 13% of the participants agreed to have requested help with some type of milk for their baby and 3% of the mothers agreed to have received recommendations of some type of formula at the time of discharge from the Hospital, 6% of the participants accepted having requested the recommendation of some formula to use when leaving the Hospital. 38% of the mothers reported having offered some type of artificial milk to the newborn during the first and second week, of them 37% reported having done it because their breasts were not full, most of them (22%) that 22% of them offered artificial milk to their baby that it was recommended in the pharmacy, 12% in the hospital and 4% reported that they gave their baby artificial milk on the recommendation of other people. Regarding the use of formulas during the first 6 months, it was found that 13% of the participants reported that they continue to offer their baby the same artificial milk during this period, 25% report giving them another type of milk and 62% report that their baby just continues to receive breast milk. 1% report having offered the child some type of non-formula milk such as evaporated milk or another type of powdered milk. An increase in the use of artificial milk from 13% to 38% was observed during the first 2 weeks of the baby's life.

Keywords: Breastmilk Substitutes. (Source: MeSH)

INTRODUCCIÓN

Descripción de la situación problemática:

La práctica de Lactancia Materna Exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida del niño, ha sido promovida como tal desde finales de los años 70 (1), a partir de ese entonces, se ha logrado muchos avances, sobre todo, disminuir el reemplazo de leche materna por otros alimentos, específicamente durante esta primera etapa de vida. El Gobierno Peruano ha implementado lactarios a nivel nacional como un servicio para madres trabajadoras incentivando la Lactancia Materna Exclusiva (42), sin embargo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019, aún existe a nivel nacional un 36,0% de niños menores de 6 meses de edad que no cumplen con lactancia materna exclusiva. En la región de selva, esta cifra llega al 28,0% (43).

Cada vez se puede encontrar a más madres con conocimientos y actitudes sobre no introducir alimentos diferentes a la leche materna en sus hijos menores de 6 meses (2) (44). En los programas de crecimiento y desarrollo está determinado que la Alimentación Complementaria (AC) no deberá ser iniciada antes del sexto mes de vida (3) (44). Sin embargo, aún se pueden encontrar prácticas inadecuadas de AC, es así que encontraremos reportes sobre introducción de alimentos, como galletas, panes, plátano y/o líquidos antes de los 6 meses.

Existen muchas dudas en cuanto al tema referido a la alimentación con leche materna. Año tras año, la competencia es desleal y existe coerción “imitativa” de parte del personal de las salas de maternidad y neonatología, con presencia de propaganda y venta de sustitutos de leche materna. Esta situación continúa con la misma o mayor fuerza que hace 3 décadas. Es decir que, en nuestro medio, sobre todo en el medio urbano, muchas madres persisten en la práctica de alimentar a sus bebés con leches artificiales.

Ante la premisa de que realizar prácticas de lactancia utilizando leches sustitutas no garantiza una adecuada alimentación para los lactantes; el presente proyecto de investigación, busca mostrar las principales prácticas e indicaciones de lactancia artificial.

Formulación del problema

La lactancia materna, desde un enfoque biológico y social, es un hecho natural, que requiere la interacción entre dos personas, la madre y el lactante. El hecho de sustituir la lactancia materna, implica salir de una práctica natural. Es necesario recalcar que esta práctica es la forma de alimentación más completa, específica para cada niño, favorable en materia de costo-efectividad y constituyente esencial del apego madre-hijo. Lo que nos conlleva a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019?

Objetivos

Generales

- Describir las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019.

Específicos

- Identificar las características según: edad, paridad, procedencia, grado de estudios y situación laboral de las de las madres de lactantes menores de 6 mese, atendidas en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019.
- Describir las prácticas de lactancia respecto al uso de fórmulas durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019.
- Describir las prácticas de lactancia respecto uso de fórmulas durante la primera y segunda semana de vida neonatal en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019
- Describir las prácticas de lactancia respecto uso de fórmulas durante los 6 primeros meses en lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019.

- Describir las características según edad, paridad, procedencia, grado de estudios y situación laboral según uso de fórmulas durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, durante la primera y segunda semana de vida neonatal y durante los 6 primeros meses de vida del bebé de las madres de lactantes menores de 6 meses, atendidos en EsSalud-Iquitos durante el año, 2019.

Justificación

Importancia

Las prácticas de lactancia realizadas de forma adecuada, aseguran un crecimiento y desarrollo óptimo del niño. Así mismo, favorece el desarrollo y maduración de los órganos y sistemas; entre ellos, el sistema nervioso, que se refleja básicamente en el desarrollo y expresión de las funciones superiores (4). La LME constituye el tipo de alimentación más completa, específica para cada niño, con costo-efectividad favorable y que contribuye al desarrollo del apego madre-hijo (22).

Los avances sobre la formación de los hospitales amigos de los niños y de la madre, la promoción de las prácticas adecuadas de lactancia materna y el inicio apropiado de la AC; facilitan la adquisición y reforzamiento de conceptos y prácticas de las madres, respecto a la mejor alimentación de sus hijos en las primeras etapas de la vida.

Sin embargo, también observamos, que un número indeterminado de madres, optan por sustituir la leche materna por sucedáneos artificiales. Ante este hecho, nos planteamos las interrogantes que sustentan nuestra investigación: ¿Cómo la inician?, ¿Qué o quienes las indican o recomiendan?, ¿reemplazan estos sucedáneos, por otros sustitutos?

Existen situaciones específicas en las que se contraindica la lactancia con leche materna, como por ejemplo, las seropositivas al virus de la inmunodeficiencia, a quienes se provee un sucedáneo de leche materna para asegurar la alimentación de los recién nacidos y lactantes (5); sin embargo, aún no se conocen que prácticas de lactancia realizan las madres que por alguna razón, con justificación médica o no, optaron por alimentar a sus

pequeños hijos con sucedáneos de leche materna, y si estas prácticas son realmente correctas.

Este estudio tiene gran relevancia, porque a pesar de la mejora de las prácticas de lactancia materna exclusiva a nivel país, en la región Loreto se continúa realizando prácticas inadecuadas de lactancia con sucedáneos; por lo que es importante conocer y regular esta conducta para contribuir a la mejora de la nutrición infantil. Los resultados ayudarán a regular los protocolos sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria incorporando la pertinencia cultural en los mensajes proporcionados por el personal de salud a las madres. Además, los resultados obtenidos proporcionarán varias nuevas hipótesis para estudios posteriores.

Limitaciones

Al tratarse de un estudio con datos recopilados de forma retrospectiva, el entrevistado podría no recordar con exactitud algunos pasajes sobre las prácticas de lactancia que utilizó con su menor hijo desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida; esto puede conllevar a que las madres mientan sobre las interrogantes que se plantean en la encuesta.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el 2008, Venancio Sonia realizó un trabajo de investigación de tipo descriptivo que incluyó como población de estudio 26 241 niños menores de 6 meses, que forman parte del Proyecto de Lactancia Materna y Municipios (AMAMUNIC), en Sao Paulo- Brasil. La mediana de las edades de los niños fue de 93 días; en tanto que las madres fueron primíparas en un 45,6% de ellas eran primíparas, 22.4% eran, menores de 20 años, el 32.7% trabajaba fuera de casa y el 45% tenía 8 años o menos de escolaridad.

Los resultados de la investigación revelaron que el 80.3% de los niños con edades entre 0 y 6 meses habían sido amamantados dentro de las 24 horas desde su nacimiento; de los cuales el 26.8% de manera exclusiva y 19.1% de ellos de forma predominante. En los niños menores de 4 meses los resultados los resultados obtenidos mostraron patrones similares, en cuyo caso los porcentajes fueron 86.3%, 35.4% y 21.3%, respectivamente. Sin embargo, en este subgrupo de 35.4% definido como LME en los primeras 24 horas de vida, el 1.3% de ellos recibió agua, 5.1% recibió té y el 4,3% recibió leche artificial en su primer día en casa.

Se concluyó que la probabilidad de que se mantenga la LME es inversamente proporcional con respecto a la inclusión de otros líquidos y/o alimentos, en los primeros 6 meses de vida. De todos los niños que formaron parte del estudio, cerca del 50% recibieron LME en su etapa neonatal, y las tasas de LME disminuyeron en aproximadamente un 10% por mes durante los próximos 4 meses. Al cumplir 6 meses de edad, menos del 10% tenían LME. A los 15 días de nacimiento, la probabilidad de inclusión de té a la dieta de los niños fue de 32.9%, otra leche 23.1% y agua 10.7%. Así mismo, a diferencia de otros alimentos, el consumo de té es constante sin importar la edad analizada (6).

En un estudio de cohorte concurrente realizado por Cardoso Ingrid K. Et al., en 2010, con el fin de determinar la asociación entre la introducción precoz de SLM (sustitutos de lactancia materna) u otros líquidos y reducción de la incidencia de LME en el primer mes de vida de neonatos a término sanos. La

muestra estuvo conformada de 211 recién nacidos a término sanos del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, de los cuales 108 niños no recibieron suplementados artificiales y 103 recibieron suplementación con fórmula láctea o terapia intravenosa con dextrosa al 5% durante el tiempo que permanecieron en la Maternidad.

Se obtuvo como resultado, que después del primer mes de vida, el 40 % de recién nacidos suplementados habían dejado de recibir LME mientras que en los recién nacidos no-suplementados esta cifra fue de solo 25,7%, con un RR de 1,55 (IC95% 1,03-2,34). Las características maternas para ajustar los resultados fueron la edad de la madre, nivel de educación, experiencia previa de lactancia, nivel de educación en lactancia, proyección LME y apoyo paterno; mientras que por el lado del recién nacido las características fueron la vía de parto y peso al nacer, arrojaron que el riesgo de abandono de la LME al cabo del primer mes de vida fue 55% mayor en los recién nacidos a término suplementados en comparación con los no-suplementados.

El estudio concluye afirmando que la suplementación precoz de recién nacidos a término sanos con sustitutos de leche materna está asociada con un riesgo de abandono mayor de la LME en el primer mes de vida frente a la no suplementación (7).

En otro estudio prospectivo de cohorte realizado en 2016 por Boban M. y Zakarija-Grković I., con el fin de Investigar los motivos y las circunstancias en que se produce la suplementación con fórmula en el hospital y si los motivos indicados son médicamente aceptables. La muestra seleccionada estuvo conformada por 342 parejas de madres con sus bebés, internadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Split, en Croacia.

Los resultados indicaron que durante las primeras 48 horas y toda la estadía en el hospital, 49.5% y 62.8% de los bebés, respectivamente, recibieron suplementos, entre las 16.68 y las 18.6 horas después del parto. En el 94,1% de los lactantes suplementados, los recién nacidos sanos recibieron leche artificial; sin embargo, el 5,9% de las madres de dichos neonatos no habían sido notificadas. Las razones maternas más comunes para suplementar

fueron "falta de leche" (49.8%), un "bebé que llora" (35.5%), "cesárea" (11.5%), pérdida de peso en recién nacidos (10.6%) y dolor en los pezones (10.1 %). De todas las razones dadas, 24.6% fueron categorizadas como médicamente aceptables. Durante su permanencia en el hospital, las primíparas prefirieron utilizar suplementos para sus bebés en 1.3 veces más que las multíparas; mientras que estas tenían 1.3 veces más probabilidades de amamantar exclusivamente.

Se concluyó que la mayoría de las razones mencionadas para la suplementación con fórmula de recién nacidos a término sanos no eran médicamente aceptables, lo que indica la necesidad de un mejor apoyo materno, así como un ajuste en la política hospitalaria y mayor capacitación del personal (8).

En un estudio de tipo transversal realizado por López WC, Et al., en 2018, con el objetivo de analizar la introducción de alimentos complementarios y la prevalencia de la lactancia materna en bebés de cero a 24 meses, se contó con una base poblacional de niños menores de 24 meses de Montes Claros, Brasil. Los datos se recopilaron en 2015, mediante entrevistas con personas a cargo del cuidado infantil en la casa. El cuestionario administrado evaluó el estado sociodemográfico de la familia, las características maternas e infantiles y los hábitos de consumo de alimentos. El análisis de supervivencia se utilizó para calcular la mediana de la prevalencia y del tiempo que se mantuvo la lactancia materna.

Se obtuvo como resultados, que en los niños con 180 días de vida, el 4.0% recibieron lactancia materna exclusiva, 22.4% recibieron lactancia materna predominantemente y 43.4% fueron alimentados con leche materna como alimento complementario. En el tercer mes de vida, los niños consumían agua (56.8%), jugo o fórmula de frutas (15.5%) y leche de vaca (10.6%). A la edad de 12 meses, el 31.1% consumía jugo artificial y el 50.0% comía dulces. Antes de la edad de 1 año, el 25.0% de ellos ya había comido fideos instantáneos.

Se concluyó que la introducción de bebidas, miel, azúcar y dulces como alimento complementario era prematura; y los alimentos sólidos y semisólidos eran inapropiados. Los hábitos descritos pueden afectar directamente la

práctica adecuada de lactancia materna, al mismo tiempo que las prácticas alimentarias inadecuadas identificadas pueden comprometer la salud del bebé. En tal sentido, son importantes las acciones que promueven la lactancia materna y el comienzo de la alimentación complementaria en los periodos recomendados (9).

Otro trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal realizado por Quispe Ilazo, M. Et. Al en 2015, cuyo objetivo fue determinar las características y creencias maternas que se relacionan al cese de la lactancia materna exclusiva, la muestra estuvo conformada por 239 madres que tuvieron su el parto en el Hospital Regional del Departamento de Ica y luego acudieron al programa de Crecimiento y Desarrollo del Niño, del mismo hospital, para sus controles.

Entre los resultados que se obtuvieron, el abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 69 madres, que representa el 28,87 %, con una edad promedio de 23,54 años, mientras que la edad promedio en aquellas que no la abandonaron fue de 24,85 años. Las creencias inadecuadas que se encontraron fueron: “amamantar es doloroso”, “el biberón es la mejor forma de alimentar a mi bebé” y “amamantar al bebé daña mi estética corporal”; además, en las madres que tuvieron discrepancia con las afirmaciones “no es necesario otra cosa más que la lactancia materna exclusiva para saciar el hambre de mi niño” y “dar leche materna de forma exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se observó un abandono significativamente mayor de la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$).

Se concluyó que las creencias inadecuadas que tienen las madres sobre la lactancia materna están relacionadas a un mayor y precoz abandono de la lactancia materna exclusiva (10).

Un trabajo de investigación realizado por Carhuas Córdova, J., en un Centro de Salud de Lima en el 2016, de tipo descriptivo correlacional, transversal, enfoque cuantitativo y nivel aplicativo, con el objetivo de determinar aquellos factores maternos que se asocian al abandono de la lactancia materna exclusiva, tuvo una población de estudio que se conformó por todas las madres de niños menores de 12 meses que acudieron al control de

crecimiento y desarrollo durante el mes de noviembre en el C. S Leonor Saavedra, de la cual se extrajo una muestra de 55 madres.

Entre los resultados, se encontró que el 58% (32 madres) presentaron edades entre 20 y 29 años, el 47% (26) tiene de 2 a 3 hijos; el 53% (29) del total tienen hijos menores de 6 meses; el 45% (25) recibe alimentación exclusiva con leche materna; el 60% (33) son convivientes no casados; el 60%(33) son de procedencia costeña y el respecto el 65% (36) de madres culminó sus estudios de secundaria.

La conclusión del estudio fue que los factores maternos socioeconómicos y culturales no están relacionados con la interrupción de la LME (11).

En un estudio de tipo descriptivo, realizado por Ito Macedo, C. en el 2017, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la interrupción de la LME en madres de niños menores de 6 meses; se contó con una muestra de 150 madres de niños de 0 a 6 meses que acudieron al Centro de Salud Ñaña, Lima.

Los resultados demostraron que las características maternas sociodemográficas como: edad, número de hijos, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia, ocupación e ingreso económico mensual están relacionados con la interrupción de la LME. Así mismo, se observó un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna en el 88.7% de las madres, mientras que el 11.3% mostraron un bajo nivel de conocimiento. No se encontró ninguna madre con nivel de conocimiento alto. Así mismo, los motivos que refirieron las madres para interrupción de la LME fueron los siguientes: poca producción de leche, enfermedades del niño, enfermedades de la madre, porque el niño no presenta ganancia de peso, rechazo del pecho por el niño, por motivos laborales, por decisión propia y entre otros motivos. Finalmente, se encontró que las madres presentaron interrupción o abandono de LME en diferentes edades del niño.

El trabajo finaliza concluyendo que existen factores relacionados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva, entre los cuales se evidencia el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, factores sociodemográficos y otros motivos por el cual se interrumpieron. Estos factores influyen

directamente para el cese precoz de la lactancia materna exclusiva, lo que da como resultado a niños con un crecimiento y desarrollo deficiente (12).

Un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, fue realizado por Mosqueira Guillen Katiuzka J., en el 2017 con el objetivo de determinar el estado nutricional del lactante de uno a seis meses y su relación con tipo de lactancia administrada. Incluyó a la población de niños de uno a seis meses de edad atendidos en el Centro de Salud Progreso de Chimbote durante el 2016.

El estudio encontró 1,06% de casos (3) de desnutrición aguda; 1,76% casos (5) de desnutrición global; 7,75% (22) de desnutrición crónica; mientras que existieron 17,96% (51) y 8.10% (23) casos de sobrepeso y la obesidad respectivamente; así como 63.38% de niños (180) con estado nutricional normal. Se encontró la práctica de la lactancia materna exclusiva en el 51,41% de los casos (146); 33,80% de los casos con lactancia mixta y 14,79% (42) con lactancia artificial. No se encontró asociación entre el tipo de lactancia y cualquier forma de desnutrición con un chi-cuadrado de 20,94, para 2 grados de libertad ($p = 0,00003$).

Entre las conclusiones se encuentran que el estado nutricional eutrófico es principal, seguido del sobrepeso, obesidad y desnutrido crónico, con valores que bordean el 1,5% la desnutrición global y aguda. La lactancia materna exclusiva es el tipo de lactancia predominante, seguido de la mixta y la lactancia artificial; se concluye además que no existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia administrada y la presencia de alguna forma de desnutrición; sin embargo, la lactancia materna exclusiva favorece el estado nutricional eutrófico con respecto a los otros tipos de lactancia (13).

En un trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional; con un diseño no-experimental de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, desarrollado en 2016, por Rupaylla Ccenua, Camilo, se tuvo como objetivo determinar si los conocimientos que tienen las madres primíparas sobre la lactancia materna exclusiva y la lactancia artificial guardan relación con las prácticas de lactancia que estas realizan en sus niños de menos de seis

meses de edad. La muestra estuvo conformado por 248 madres primíparas que acudieron al control de crecimiento y desarrollo de sus niños en el Hospital Rezola de San Vicente Cañete, en Lima.

Los resultados obtenidos fueron que el 45,5% de las madres afirmaron conocer “a medias” sobre de las ventajas nutricionales e inmunológicas de la lactancia materna exclusiva, el 39,9% afirmaron que sí conocen el tema y el 14,6% desconocen dichas ventajas. Con respecto al conocimiento de los perjuicios nutricionales e inmunológicos de la lactancia artificial, el 58,2% de respondieron que conocen a medias. El 23% afirmaron conocer el tema y el 18,8% respondieron que lo desconocen. En cuanto al tipo de lactancia practicada: el 51,2% de las madres encuestadas afirmó practicar la lactancia mixta, el 46% practica la lactancia materna de forma exclusiva y solo el 2,8% ofreció alimentación con la lactancia artificial.

El estudio concluye que los conocimientos que poseen la mayoría de madres participantes sobre lactancia materna exclusiva y lactancia artificial se encuentran en un nivel intermedio. Así mismo, el tipo de lactancia practicado a nivel general, es variado. Además, el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y lactancia artificial, influye de forma directamente proporcional en las prácticas realizadas por las madres del presente estudio (14).

Además, en otro trabajo de investigación desarrollado por Soto Mayorca C., en 2017, de tipo descriptivo, explicativo y cuantitativo con diseño no experimental, se tuvo como finalidad identificar cuáles son las prácticas intrahospitalarias y las características biosociales maternas que intervienen en el abandono de la LME. La muestra estuvo conformada por madres que asistieron Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”, en Lima, para el control de sus niños. De las cuales 116 abandonaron la LME y 183 la mantuvieron.

Los resultados del estudio fueron, con respecto a las prácticas hospitalarias, la ausencia de contacto precoz y la alimentación con leche artificial en el hospital aumentaron 6 veces más de riesgo para que la madre abandone la LME; en lo concerniente al factor biológico, la presencia pezones agrietados

y la necesidad de indicar algún tratamiento médico a las madres antes de iniciar la lactancia, aumentaron de 9 a 10 veces el riesgo para abandonar la LME; respecto al factor socio-individual, las madres que no presentaron de apoyo de su pareja presentaron 15 veces más riesgo de abandono. Por último, la creencia materna de que el amamantamiento deformará la estética corporal, representa 8 veces más de riesgo para que la madre abandone la LME.

El estudio concluye que el retraso del inicio de la LM por algún tipo de condición médica es uno de los factores principales que aumenta el riesgo de abandono precoz de la LME. Así mismo, el apoyo del padre juega un papel importante para disminuir el abandono de la LME (15).

En un trabajo de investigación de tipo descriptivo, transversal, prospectivo desarrollado por Tuny Málaga J., en 2017, se tuvo como objetivo determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna en los 7 primeros días de vida del bebé. La muestra estuvo conformada por 121 madres puérperas que acuden al control de recién nacido en su séptimo día de vida, en el Hospital III Essalud de Puno, las cuales fueron encuestadas, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016.

Entre los resultados se obtuvo que el 81% (98) dieron lactancia materna exclusiva (LME), y el 19% (23) no; de las madres que no alimentaron a sus hijos LME, el 73,9% (17) no realizaron psicoprofilaxis y solo el 26,1% (6) recibió consejería sobre lactancia materna antes del alta.

Finalmente concluyeron que las madres puérperas, tienen un buen nivel de adherencia a la LME; mientras que su abandono está asociado tanto a la falta de psicoprofilaxis como de consejería sobre lactancia materna antes del alta hospitalaria (16).

En un estudio con un diseño observacional, descriptivo, de tipo transversal, prospectivo desarrollado por Vilca Laucata Aarón, en el 2019, con el objetivo de describir la práctica clínica de neonatólogos en el uso de sucedáneos de leche materna. Se contó con una muestra de 56 neonatólogos, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en establecimientos de salud del MINSA de Lima metropolitana. La técnica de recolección de datos fue la

encuesta constituida por 8 preguntas las indicaciones del uso de sucedáneos por parte de los neonatólogos.

En los resultados se encontró que el 60% (34) de los neonatólogos, prescribe el uso de sucedáneos de leche materna en casos de VIH, galactosemia y madres en radioterapia. El 97% (54), indicaron que el soporte científico es el factor que influye para prescribir algún tipo de sucedáneo; el 65% (36) refiere que la recomendación para la alimentación de recién nacidos de madres trabajadoras, es la extracción de leche materna en casa y centro laboral.

Se concluyó que los casos más frecuentes para que los neonatólogos prescriban el uso de sucedáneos de leche materna, son los casos de VIH, galactosemia y madres en radioterapia. El factor principal más influyente al indicar un tipo de sucedáneo a recién nacidos es el soporte científico médico. La recomendación en madres trabajadoras, es la extracción de leche materna en casa y centro laboral (17).

En un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de diseño correlacional y de corte transversal, realizado por Carcausto Machaca, A., con el objetivo de determinar los factores (biológicos, socioeconómicos y culturales) asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva madres con menores de 6 meses. Los datos se recolectaron mediante la utilización de encuestas. La población de estudio estuvo constituida por 103 madres de lactantes menores de 6 meses del C.S. Mariscal Castilla Arequipa.

Entre los resultados se obtuvieron que el 41% de las madres abandonan la lactancia materna exclusiva de manera completa entre los 0 y 03 meses, sustituyéndola por la alimentación con fórmula, mientras que el 59.0% abandona de manera parcial continuando la lactancia materna acompañado de sucedáneos y/u otro tipo de alimentación entre los 4 a 6 meses del niño.

En el trabajo se concluye confirmando que existen factores biológicos, socioeconómicos y culturales que están relacionados al abandono de la lactancia materna exclusiva (18).

En el 2018, Torres Hu, Wilson realizó un estudio de caso-control, de tipo observacional, analítico y retrospectivo para determinar los factores

sociodemográficos y maternos que se relacionan al cese de la lactancia materna exclusiva (LME). La muestra estuvo conformada por 180 madres de lactantes menores de 6 meses atendidas en el Centro de Salud San Juan, Iquitos.

Entre los resultados se obtuvieron que la edad promedio fue de 25 años, con un rango de entre 15-19 años. Las características sociodemográficas que se encontraron fueron el estado civil conviviente, procedencia de área urbana, nivel de educación secundaria, ocupación ama de casa y un ingreso económico bajo. En los casos que existió abandono de la LME, el 35% fue por alimentación complementaria precoz, el 33.33% por lactancia artificial y el 31.67% por lactancia mixta. A su vez los factores maternos más sobresalientes en aquellos casos que mantuvieron la LME, fueron la multiparidad, tipo de parto vaginal, adecuado control prenatal, recibir información sobre los beneficios de la LME y actitud favorable al respecto. Por otro lado, más del 50% mencionaron la presencia de grietas en el pezón y poca producción de leche. La mayor parte de los bebés iniciaron la lactancia en la primera hora de vida y el personal de salud influyó significativamente para el abandono de la LME.

Se concluyó que los factores de riesgo más importantes para el cese de la lactancia materna exclusiva fueron: control prenatal inadecuado, lactancia materna iniciada después de la primera hora, influencia del personal de salud, patología mamaria, sensación de la madre de producción de leche insuficiente, cesárea como vía de nacimiento, la multiparidad y antecedente de abandono de lactancia materna exclusiva en el anterior hijo (19).

En un estudio descriptivo de tipo cuantitativo y diseño correlacional desarrollado en el 2019 por Pérez Ríos A., se tuvo como objetivo determinar si los factores culturales, concernientes al cumplimiento la lactancia materna, que presentan las madres adolescentes guardan algún tipo de relación con la práctica de LME en la realidad. Se extrajo una muestra de 52 madres adolescentes que fueron atendidas en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del puesto de salud Fernando Lores Tenazoa, Iquitos.

En los resultados se obtuvo que el 61.5% de las madres que participaron en el estudio mostraron un buen nivel de factores culturales y a la vez presentaron un alto porcentaje de cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.819.

Finalmente se concluyó que existe una relación positiva directamente proporcional entre los factores culturales que presentan las madres adolescentes y el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva (20).

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Lactancia materna

La lactancia materna es una práctica innegable en todos los mamíferos que existen, incluido el hombre, que permitió la existencia y perduración de estas especies hasta nuestros días.

1.2.2. Lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva (LME), se refiere a la alimentación que recibe el lactante únicamente con leche materna sin introducir ningún tipo de alimento sólido ni otros líquidos (4). La OMS, en su 72^a asamblea, la recomienda como modo exclusivo de alimentación durante los primeros seis meses de vida, incluyendo la primera hora neonatal. Una vez transcurrido este periodo, se recomienda continuar la lactancia materna, como mínimo hasta los 2 años, complementada con otros alimentos inocuos (21).

1.2.3. Composición de la leche materna.

La leche materna es el alimento que contiene todos los elementos necesarios e indispensables para el recién nacido; además de proporcionarle protección contra las infecciones, es una fuente de nutrientes importante, que perdura incluso después de cumplir el primer año de vida (22).

Su composición tiene características dinámicas en lo referente a la edad gestacional adquirida por cada neonato y obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, jugando un rol importante en el funcionamiento celular (23).

Compuestos con contenido nitrogenado: La leche materna contiene dos fracciones nitrogenadas, una proteica (75% del total) y una no proteica (25%),

esta última conformada por urea, creatinina, creatina, ácido úrico, aminoácidos libres, amoníaco y cantidades menores de poliaminas, hormonas, factores de crecimiento, nucleótidos cíclicos y oligosacáridos que contienen nitrógeno (23).

La leche humana está compuesta por una amplia variedad de proteínas. Esto proporciona una fuente equilibrada de aminoácidos para los bebés que crecen rápidamente. Algunas proteínas, como la lipasa estimulada por sal biliar, la amilasa, la β -caseína, la lactoferrina, la haptocorrina y la α 1-antitripsina, intervienen en la digestión y utilización de micronutrientes y macronutrientes. Otras, como las inmunoglobulinas, β -caseína (predominante), la k-caseína (minoritaria), lisozima, lactoferrina, haptocorrina, α -lactalbúmina y lactoperoxidasa, tienen actividad antimicrobiana, son relativamente resistentes contra la proteólisis en el tracto gastrointestinal y contribuyen, en su forma intacta o parcialmente digeridas, en la defensa de los lactantes amamantados, contra bacterias y virus . En los últimos años se planteó que los fragmentos de caseína obtenidos de la digestión enzimática estimularían el sistema inmunológico y se cree que adquieren roles relacionados con la absorción de iones calcio, así como en la actividad antitrombótica y antihipertensiva (25), (23).

Las proteínas que se encuentran en la leche humana también están relacionadas con la actividad prebiótica, mediante la promoción del crecimiento de bacterias beneficiosas como lactobacilos y bifidobacterias. Esto puede limitar el crecimiento de varios patógenos a través del mecanismo de disminuir el pH intestinal. Algunos péptidos, como la lactoferrina y las citocinas tienen actividades inmunomoduladoras, mientras que otras, como el factor de crecimiento análogo de la insulina y factor de crecimiento epidérmico estarían vinculadas con el desarrollo de la mucosa intestinal y otros órganos de los recién nacidos. La lactoferrina, que tiene la capacidad de ligar dos átomos de hierro, predomina en estado no saturado y compite con algunas bacterias por el hierro, impidiendo la proliferación de estos microorganismos en el tracto intestinal del bebé, proporcionando un efecto bacteriostático en sinergismo con la IgA secretora. Así mismo, estudios recientes determinaron

que podría tener efecto bactericida al entrar en contacto con las paredes de los microorganismos, desestabilizándolas y facilitando su lisis celular (23), (25).

De este modo, las proteínas de la leche materna, en combinación con el resto de sus componentes, proporcionan una nutrición adecuada a los bebés amamantados, al mismo tiempo que contribuyen en la defensa contra la infecciones y favorecen el óptimo desarrollo de las funciones biológicas en los recién nacidos (25).

1.2.4. Beneficios de la lactancia materna.

La leche materna es el alimento indispensable para el recién nacido y el lactante, ya que disminuye el riesgo de aparición de muchas enfermedades; entre ellos, los trastornos infecciosos, alérgicos y las enfermedades autoinmunes. También ha sido considerada como un alimento con un alto nivel calórico, que garantiza tanto una excelente nutrición como un adecuado desarrollo psicomotor de los niños (4), (26).

Entre las ventajas de la leche materna se encuentran

- Prevención de enfermedades infectocontagiosas:

En términos generales, cualquier volumen de leche materna tiene efecto un protector. Su consumo está asociado a una reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas de hasta 64% y tiene un efecto protector residual que perdura hasta los dos meses después de suspender el aporte de leche materna (4).

Los lactantes menores de un año que son amamantados exclusivamente durante más de 4 meses, tienen 72% menos riesgo de hospitalización por infecciones del tracto respiratorio inferior. Los niños alimentados con LME por un tiempo mayor a seis meses tuvieron cuatro veces menos riesgo de neumonía en comparación con los que solo recibieron LME de 4 a 6 meses. Cualquier tipo de lactancia, independientemente de la duración, reducirá la incidencia de otitis media (OM) hasta en un 23% en comparación con la alimentación exclusiva con fórmula infantil. La LME administrada por tres meses o más, reduce el riesgo de otitis media hasta en 50% (27).

- Disminución del riesgo de Síndrome de muerte súbita del lactante:

Un conjunto de metanálisis que evaluaron la práctica de lactancia materna y su relación con los riesgos conocidos para la ocurrencia del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), señalan que la lactancia materna puede disminuir el riesgo de SMSL en 36%. En Estados Unidos se calculó que sería posible salvar más de 900 vidas de lactantes por año si se lograra que el 90% de las madres practiquen la LME durante 6 meses. Se considera que mantener la LME durante seis meses y realizar el destete progresivo después del primer año es la intervención más efectiva para prevenir la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo en más de 1 millón de casos por año, que son los lugares ocurre más del 90% de las muertes infantiles en el mundo, lo que equivale a prevenir 13% de la mortalidad infantil mundial (9).

Existe una correlación inversamente proporcional entre la LM y la enfermedad febril aguda en los primeros meses posteriores al nacimiento. Se ha observado que tanto la lactancia materna exclusiva como en su forma predominante es un factor protector para la hospitalización por enfermedad febril aguda en neonatos (28).

- Disminuye el riesgo de atopía, rinitis, alergias alimentarias y asma.

En niños finlandeses se determinó que existe una relación inversamente proporcional entre el tiempo de lactancia materna que recibieron y aparición de eczema, atopía, alergia alimentaria y alergia respiratoria. En los niños sin antecedentes familiares de atopía que fueron amamantados por al menos tres meses, la disminución del riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema fue de 27%. Así mismo, el riesgo de dermatitis atópica disminuye en un 42% en aquellos niños con antecedentes familiares de atopía que fueron alimentados con LME por al menos tres meses (4).

- Disminuye el riesgo de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes.

Los niños que son alimentados de forma exclusiva con leche materna en su etapa inicial de vida presentan un riesgo de obesidad de 15 a 30% menor durante su adolescencia y adultez. El tiempo de duración de la lactancia guarda una relación inversamente proporcional con el riesgo de sobrepeso. Por cada mes extra de lactancia hubo un 4% de disminución del riesgo. Estudios realizados en distintos países reportaron resultados similares. Este

efecto podría ser explicado por mayor cantidad de macronutrientes que presentan las fórmulas artificiales (4), (29).

Existen muchos mecanismos biológicos, patrones de comportamiento y algunas influencias fisiológicas mediante los cuales se podría explicar el rol protector que ejerce la leche materna para disminuir el riesgo de obesidad en el futuro. Así por ejemplo, en cuanto a los patrones de comportamiento, se podría plantear que la lactancia controla el patrón de alimentación, afectando el apetito y saciedad del bebé. Bajo esta misma influencia, podría mejorar el apetito de los niños en los últimos años de la vida. Así mismo, las diferencias que existen entre leche materna y fórmulas artificiales con respecto a nutrientes y contenido hormonal, son factores de riesgo para el desarrollo de obesidad en niños alimentados con fórmula. Por ejemplo, la presencia de leptina en las fórmulas artificiales y su carencia en la leche materna (29).

En cuanto a la hipertensión arterial, un estudio británico, en el que se hizo seguimiento de neonatos hasta la adolescencia, demostró que los niños con antecedentes de prematuridad, alimentados con leche materna, presentaron valores de presión arteriales medias y diastólicas significativamente menores, con respecto a los que recibieron fórmula para prematuros. Pero no existieron diferencias para la presión arterial sistólica. Otras revisiones sistemáticas concluyeron que existe una reducción de menos de 1,5 mm de Hg en la PA sistólica y no más de 0,5 mm de Hg de PA diastólica en adultos que recibieron lactancia materna en su infancia, en comparación con los alimentados con fórmula artificial (4), (27), (28). El efecto protector sobre la elevación de la presión arterial en la edad adulta, otorgado por la lactancia materna, podría ser explicado a través de los siguientes mecanismos: A) consumo reducido de sodio en la infancia, B) alto contenido de ácidos grasos insaturados de cadena larga en leche materna, importante en el funcionamiento del sistema endotelial coronario, C) protección contra la hiperinsulinemia en la infancia, así como para la insulinoresistencia desde inicios de la vida extrauterina hasta la edad adulta. Sin embargo, existen algunos estudios con resultados contradictorios y muchos otros estudios no confirmaron la presencia de este efecto (29).

En cuanto a la dislipidemia, algunos trabajos de investigación reportan que no existe relación con la LM. Por el contrario, en una revisión de estudios de cohorte y casos-control se encontró una reducción de los valores de colesterol total de 7 mg/dL y LDL de 7,7 mg/dL en adultos que recibieron LM durante su infancia (4).

En un estudio de casos y controles se comparó el riesgo de presentar diabetes en lactantes amamantados y no amamantados después del alta hospitalaria. De modo que al final del estudio, los no amamantados al alta presentaron un 33% más de riesgo de adquirir diabetes en los primeros 20 años de vida (30). Existen reportes que indican la reducción de 30% de la incidencia de DM tipo 1, en quienes recibieron LME al menos 3 meses; además, se observó una incidencia de DM tipo 2 que fue 40% menor en los que recibieron LME adecuada. Es posible que estos resultados estén relacionados al efecto positivo a largo plazo que otorga la LME sobre el control de peso y el autocontrol de la sobre-alimentación (4).

- Reduce el riesgo de leucemia

Una revisión sistemática reciente de estudios de los últimas cinco décadas, concluyó que la LM sostenida por seis meses o más se asociaba a un riesgo menor de 19% para presentar leucemia. En otro metanálisis se obtuvieron resultados similares. Se sabe también que el incremento del riesgo y la duración de la LM guardan una relación inversamente proporcional; sin embargo, el mecanismo específico que explique este efecto protector aún no pudo ser explicado del todo (4), (31).

- Disminución del riesgo de Enterocolitis necrotizante

La LM está relacionada a una disminución del riesgo de presentar enterocolitis necrotizante entre 58% a 77% en prematuros. Se estima que cada diez niños que son alimentados con LME se puede prevenir 01 caso de enterocolitis necrotizante. Así mismo, por cada ocho niños alimentados con LME, se puede prevenir un caso de muerte o que requiera cirugía por enterocolitis. En un estudio donde se evaluó el impacto de la alimentación con leche materna donada en bebés prematuros extremos que no tenían leche materna disponible o esta era insuficiente; se concluyó que el número de casos de

enterocolitis y de mortalidad por esta enfermedad fue significativamente menor en estos niños, comparado con aquellos que recibieron fórmula láctea (4), (32). En otras investigaciones se obtuvieron resultados similares (33).

- Favorece el desarrollo del Sistema Neurológico

En un estudio de cohorte donde se evaluó la relación entre la duración de la LM y el coeficiente intelectual en adultos mayores de 18 años utilizando la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) y la Borge Priens Prove (BPP). Se encontró que existe una relación positiva de tipo dosis-respuesta entre la duración de la LM y la puntuación del coeficiente intelectual. Por ejemplo, los que recibieron LM por un mes o menos, obtuvieron un valor de hasta 6,6 puntos menos con respecto a los que recibieron LM de 7 a 9 meses, según en la escala de WAIS. Esta diferencia fue de 2,1 puntos al utilizar la BPP (4).

Por otra parte, una revisión sistemática de estudios de cohorte y de casos y controles de tipo observacionales, llevados a cabo en diferentes países desarrollados encontró diferencia de 3,16 puntos, estadísticamente significativa, de desarrollo cognitivo favorable para los niños alimentados con LM en comparación con aquellos alimentados con fórmula (4), (34).

En otro estudio de cohorte que se llevó a cabo en niños que nacieron con muy bajo peso, se encontró una correlación positiva entre la alimentación con LME y la puntuación de coeficiente intelectual tanto en el área verbal como en el de ejecución, según la escala de Wechsler para niños de 7-8 años de edad (35).

- Beneficios para la salud materna

Los beneficios importantes de la LM también se extienden para la salud de las madres. Entre estos podemos mencionar, por ejemplo, a la disminución del sangrado postparto y rápida involución uterina, atribuible al aumento concentraciones de oxitocina; aumento del periodo intergenésico, posiblemente debido a amenorrea de la lactancia; recuperación temprana del peso corporal previo al embarazo, disminución del riesgo de cáncer de mama, disminución del riesgo de padecer cáncer ovárico y se cree que también

podrían disminuir el riesgo de fracturas de cadera y osteoporosis en el período postmenopáusico (27).

Tabla N° 1: Disminución del riesgo de enfermedades, en porcentaje, de acuerdo al tipo de lactancia materna (LM)

Patología	Porcentaje de disminución de riesgo	Tipo de Lactancia Materna
Gastroenteritis	64	Cualquiera
Infecciones respiratorias altas	63	LME menor de 6 meses
Infecciones respiratorias bajas	72	LME ≥ 4 meses
	77	LME ≥ 6 meses
Bronquiolitis por VRS	74	LME mayor de 4 meses
Otitis media aguda	23	Cualquiera
	50	LME ≥ 3 o 6 meses
Otitis media aguda recurrente	77	LME ≥ 6 meses
Dermatitis atópica	27	Mayor de 3 meses sin historia familiar
	42	Mayor de 3 meses con historia familiar
Anemia	26	≥ 3 meses sin historia familiar de atopia
	40	≥ 3 meses con historia familiar de atopia
Obesidad	24	Cualquiera
DM tipo 1	30	Mayor de 3 meses
DM tipo 2	40	Cualquiera
Leucemia	15-20	Mayor de 6 meses
Enterocolitis necrotizante	77	LHE durante hospitalización en UCI
Enfermedad celiaca	52	≥2 meses y exposición al gluten
Enfermedad inflamatoria intestinal	31	Cualquiera

Fuente: Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de su ausencia. Revista chilena de pediatría. 2017 (4).

1.2.5. Fórmulas lácteas.

Las fórmulas infantiles son productos elaborados con leche de vaca y otros ingredientes de origen natural complementados con sustancias artificiales, las cuales, en base a estudios científicos, han demostrado que pueden ser utilizadas para la alimentación infantil (36).

Tipos de fórmulas lácteas

Las fórmulas infantiles se pueden clasificar por su contenido de proteínas en 4 grupos principales:

- Fórmulas a base de leche de vaca (MBF)

Las fórmulas basadas en leche de vaca (Milk Based Formula - MBF) son las más utilizadas y se modifican para imitar a la leche materna. Entre estas modificaciones están la dilución del contenido de proteína para adaptarlo al funcionamiento del sistema tubular del riñón inmaduro del recién nacido, la sustitución de grasa animal por aceites vegetales, la sustitución de proteína animal por proteínas encontradas en la leche materna, modificación del contenido de minerales como por ejemplo, adición de hierro, ajuste de la relación calcio: fósforo, etc. (36).

- Fórmulas a base de soya (SBF)

Las fórmulas a base de soya (Soja Based Formula - SBF) contienen de proteínas de soya. Estas fórmulas están libres de lactosa, por lo que utilizan otra fuente principal de carbohidratos, como la sacarosa y/o jarabe de maíz. La Asociación Americana de Pediatría establece como parte de sus recomendaciones, el uso de SBF en niños que no toleran la proteína animal, y para bebés con galactosemia o deficiencia congénita de lactasa (37), (36).

- Fórmulas con proteína hidrolizada (PHF)

Las fórmulas basadas en proteína hidrolizada (Protein Hydrolyzed Based Formula - PHF) o fórmulas infantiles hipoalérgicas. Llamados así, porque contienen proteína hidrolizada de forma parcial o extensa y aminoácidos libres, lo que les permite ser toleradas por el 90% de los bebés con alergias documentadas (38).

- Fórmulas deslactosadas

Estas formulaciones son variaciones de MBF también que corresponden a sus presentaciones disponibles, ya sea con bajo contenido de hierro, para bebés con sistemas gastrointestinales sensibles; o en su presentación deslactosada para aquellos intolerancia a la lactosa (36).

1.2.6. Indicaciones para la utilización de sustitutos de leche materna.

En el protocolo de la ABO (Academy of Breastfeeding Medicine) se encuentran estipuladas las indicaciones en las que podría prescribirse la

utilización de sustitutos de leche materna en bebés nacidos a término (5). Estas indicaciones se describen a continuación:

Con relación al lactante:

- Hipoglucemia asintomática determinada por la medición de glucosa en sangre documentada en un laboratorio, que no responde a la práctica adecuada y frecuente de lactancia materna. Así mismo, los bebés sintomáticos o bebés con glucosa sérica menor de 25 mg/dL (<1.4 mmol / L) en las primeras 4 horas de vida o menor de 35 mg/dL (<2.0 mmol / L) después de 4 horas, deben tratarse con dextrosa por vía intravenosa. La lactancia materna deberá continuar sin ser interrumpida durante todo el periodo que dure la terapia intravenosa.

- Signos o síntomas de una ingesta inadecuada de leche materna:

- i) Signos clínicos o laboratoriales de deshidratación significativa, como hipernatremia, ausencia de llanto, letargo, etc., que no mejoran a pesar de realizar una adecuada práctica de la lactancia materna.

Pérdida del 8–10% del peso corporal en el quinto día de vida (equivalente a 120 horas o posterior) o pérdida de peso mayor que el percentil 75 correspondiente la edad, según nomogramas de pérdida de peso para recién nacidos sanos por hora de edad.

Aunque la pérdida de peso en el rango de 8-10% puede estar dentro de los límites normales, incluso si no hay síntomas de deshidratación y el examen físico es normal, debe realizarse una minuciosa evaluación para valorar el uso de leche artificial como apoyo a la lactancia materna. Así mismo, la pérdida de peso excesiva, puede ser indicación de transferencia inadecuada o baja producción de leche materna, pero se requiere una exhaustiva evaluación antes de indicar automáticamente la suplementación.

- ii) Tránsito intestinal lento, que se puede evidenciar en los casos con menos de cuatro deposiciones en el cuarto día de vida, o heces meconiales frecuentes en el día 5 de vida extrauterina.

- Hiperbilirrubinemia o ictericia manifiesta debido a ingesta insuficiente de leche materna por parte del neonato a pesar de la intervención adecuada.

Esta condición se puede evidenciar generalmente a partir de los 2–5 días de vida y está marcada por la pérdida de peso continua y eliminación escasa de heces con presencia de cristales de ácido úrico en la orina.

- Bebés con errores congénitos del metabolismo, entre ellos se encuentran la enfermedad clásica de galactosemia (por déficit de la enzima galactosa 1-fosfato uridiltransferasa), fenilcetonuria y enfermedad de la orina de jarabe de arce o leucinosis (5), (1).

Con relación a la madre:

- Secreción de leche materna que se retrasa de 3-5 días o más post parto.

- Madres con insuficiencia glandular primaria o hipogalactia verdadera. Esta condición está presente en una escasa proporción de mujeres menor al 5%, en las que se puede evidenciar clínicamente por un desarrollo anormal de las mamas, así como por un escaso crecimiento de estas durante el embarazo o nula activación secretora.

- Patología mamaria presente o cirugía mamaria previa que provoca una escasa producción de leche.

- Algunos tratamientos médicos seguidos por la madre, como por ejemplo la quimioterapia, o separación temporal de madre y el neonato, sin disponibilidad de leche materna extraída.

- Presencia de algunas infecciones maternas específicas como infección por el VIH, infección por el virus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1 o 2) hepatitis C, citomegalovirus, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas graves, brucelosis, tuberculosis activa y varicela; las cuales requieren una valoración individualizada. Además, algunas causas no infecciosas como miastenia gravis adquirida, cardiopatías, epilepsia, depresión, etc., cuya condición clínica de la madre lo permita o los fármacos consumidos sean compatibles con la lactancia materna (1), (27).

En los Estados Unidos y otros países como España, se aconseja a las madres portadoras del VIH que suspendan el amamantamiento a sus bebés (39). Por otro lado, en algunos países con menor desarrollo económico, puede existir mayor riesgo para los niños de adquirir otras enfermedades infecciosas y

deficiencias nutricionales que aumenten la mortalidad a causa de sustituir la leche materna por alimentación artificial (8), (1).

1.2.7. Normativa peruana sobre lactancia materna.

El Estado Peruano institucionaliza la lactancia materna por medio del Reglamento de Alimentación Infantil con Decreto Supremo N° 009-2006-SA, en su título segundo referente a la alimentación de los niños hasta cumplir los veinticuatro meses de edad (24), capítulo II: Lactancia materna y alimentación complementaria, con sus artículos 14 y 16 (40).

En el artículo 14°, se promueve la lactancia natural, respetando el consenso mundial de salud pública, en el cual se establece que los niños deben ser alimentados únicamente con leche materna desde el nacimiento hasta cumplir los 6 meses de edad, para lograr un nivel óptimo el crecimiento y desarrollo. Después de este periodo, los infantes recibirán alimentos complementarios nutricionalmente apropiados para su edad a fin de satisfacer sus nuevos requerimientos nutricionales, hasta los veinticuatro meses de edad, sin que esto signifique abandono la lactancia natural (6), (24).

Por otro lado, en el artículo 16° se enumeran las situaciones excepcionales para la prescripción de sustitutos de leche materna. Este acápite está limitado sólo para algunos casos específicos que cuenten con sustento médico. Estas preparaciones se realizaran en los servicios de salud, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El sustento médico de la prescripción terapéutica deberá ser registrado en la historia clínica del paciente.
2. El personal de salud correspondiente explicará a las madres que el uso de leches diferentes a la leche materna, aguas o infusiones, disminuye la producción de leche natural e incrementa el riesgo de adquirir infecciones por parte de su niño.
3. La demostración sobre cómo realizar dichas preparaciones se realizará de forma individualizada para cada caso, insistiendo en la importancia del uso de utensilios estériles y agua hervida.
4. La preparación de sucedáneos de la

leche materna para los casos indicados, se realizará en ambientes reservados, donde no exista participación de las demás madres.

1.3. Definición de términos básicos

Leche materna: Alimento de origen materno, que contiene todos los elementos indispensables para el neonato. Otorga protección contra las infecciones y es una fuente de nutrientes cuya vigencia se extiende incluso después del primer año de vida (41).

Lactancia Materna (LM): Acción en la que el lactante recibe leche materna ya sea directamente por amamantamiento o previamente ordeñada, que puede ser administrada de forma exclusiva o acompañada de otros alimentos (41).

Alimentación complementaria: Antiguamente llamada “ablactancia”. Es la administración de otros alimentos de tipo sólido, semisólido o líquido, además de leche materna, con la finalidad de cubrir los requerimientos nutricionales del niño (41).

Prácticas de lactancia: Se denomina así a las prácticas de lactancia que realizan las madres con sus hijos menores de 6 meses, ya sea utilizando únicamente leche materna o sus sucedáneos en forma parcial o total (42).

Sucedáneos de leche materna: Son todos los productos lácteos, en forma líquida o en polvo, que pueden ser elaborados con leche de vaca, soya o incluso proteína hidrolizada (36), que intentan imitar las propiedades de la leche humana en base a diversos estudios científicos que aportan información sobre sus componentes. Estos productos están disponibles para ser utilizados en los casos que se requiera sustituir la leche humana. Sin embargo, la leche materna es un fluido vivo, por lo tanto contiene elementos bioactivos irreemplazables, en especial los que aún no han sido identificados, que las fórmulas no poseen (42).

Sucedáneos no maternizados: Es todo alimento líquido o en polvo diferente de la leche materna y de menor calidad nutricional que las fórmulas maternizadas, que utilizan algunas madres durante el periodo en el que está indicado la Lactancia Materna Exclusiva. Entre ellos se encuentran algunos

productos lácteos de más bajo precio que las leches maternizadas, como por ejemplo leche evaporada o leche instantánea en polvo.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

El presente trabajo de investigación no requiere hipótesis por ser de carácter descriptivo.

2.2. Variables y su Operacionalización

- Características: edad, paridad, procedencia, grado académico y situación laboral
- Prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses

Tabla N° 2: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR		ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACION
Características (Variable interviniente)	Factores que representan a la muestra en estudio	Cuantitativa - Cualitativa	Edad en años		Razon	1	< 2 años	Ficha de recolección de datos
			Paridad		Ordinal	1	Primípara	
						2	Múltipara	
			Procedencia		Nominal	1	Urbana	
						2	Periurbana	
						3	Rural	
			Grado de estudios		Ordinal	1	Sin estudios	
						2	Primaria	
						3	Secundaria	
						4	Superior	
			Situación laboral		Nominal	1	Sí labora	
						2	No labora	
PRÁCTICAS DE LACTANCIA CON SUCEDÁNEOS EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES	Se denomina así a las prácticas de lactancia que realizan las madres con sus hijos menores de 6 meses, ya sea utilizando únicamente leche materna o sus sucedáneos en forma parcial o total	Cualitativa	Uso de fórmulas durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto en lactantes menores de 6 meses	Le dieron algún tipo de leche en el hospital?	Nominal	1	Sí	Ficha de recolección de datos
				Le informaron que marca de leche le dieron?	nominal	2	No	
						1	Sí	
						2	No	

					3	Mi bebé solo recibió leche materna durante su estadía en el hospital	
				Solicito algún tipo de ayuda con otra leche para su bebe?	nominal	1 2	Sí No
				Sabe usted cual es la razón por la que le dieron otra leche a su bebé?	nominal	1 2 3 4	Mi senos no producían leche Mi bebé lloraba mucho No lo sé Mi bebé solo recibió leche materna durante la hospitalización
				Conoce usted si en su anterior parto le dieron algún tipo de Leche a su bebé?	nominal	1 2 3	Si No Es mi primer bebé
				Le recomendaron algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital?	nominal	1 2	Si No
				¿Usted solicitó la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital?	nominal	1 2	Si No
					nominal	1	Por mi anterior bebé

					2	Porque voy a trabajar	
					3	Por sea caso	
					4	No lo considero	
			Porqué considera usted que debe darle algún tipo de fórmula a su bebé?				
			Uso de fórmulas durante la primera y segunda semana de vida neonatal en lactantes menores de 6 meses	Porque razón le da leche artificial a su bebe durante la primera y segunda semana de vida?	Nominal	1	Porque complementa su alimentación.
						2	Para ayudarlo, porque mi senos no se llenan
						3	Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida
				Dónde le indicaron la Leche que ofreció a su bebe durante la primera y segunda semana de vida ?	Nominal	1	En el hospital
						2	Acudí a la farmacia
						3	Otras personas
						4	Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida

			Uso de fórmulas durante los 6 primeros meses	Continúa dando a su bebé la misma leche artificial con la que inicio su lactancia artificial?	Nominal	1	Sí
						2	No
						3	Durante este tiempo mi bebé solo recibía leche materna
			Cuál ha sido el motivo del cambio de leche artificial?	Nominal	1	Costo más cómodo	
					2	Me indujeron en la farmacia	
					3	No le caía bien la primera leche	
					4	No he cambiado de leche artificial	
					5	Mi bebé solo recibe leche materna	
			Le ofrece a su niño otro tipo de leche que no sea las llamadas maternizadas? Por ejemplo, leche evaporada u otro tipo de leche en polvo no maternizadas	Nominal	1	Sí	
					2	No	
					3	Mi bebé solo recibe leche materna	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Método de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, con datos recopilados de forma retrospectiva.

- Es descriptivo: porque pretende mostrar las prácticas de lactancia, con sustitutos de leche materna, encontradas en madres de lactantes menores de 6 meses, atendidas en EsSalud-Iquitos durante el año 2019. Las madres entrevistadas brindaron datos que ocurrieron durante su estancia hospitalaria en alojamiento conjunto y en los 6 meses anteriores a la entrevista.

El área de estudio se encuentra dentro de la epidemiología, porque se pretende mostrar las prácticas de lactancia en lactantes menores de 6 meses, utilizando sustitutos de la leche materna, en el Hospital III de EsSalud Iquitos durante el año 2019.

3.2. Diseño muestral

3.2.1. Población:

Madres de niños que acuden al sexto control de Crecimiento y desarrollo en los centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud Iquitos.

3.2.2. Muestra

Durante el año 2019 se consideró atender aproximadamente a 1370 madres que acuden al control de Crecimiento y desarrollo en los centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud Iquitos. El cálculo de la muestra se realiza por la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas (n) para estudios descriptivos.

Fórmula para determinar tamaño de la muestra (n):

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

n = tamaño de la muestra
N= población
e = error estimado
p = probabilidad de que los lactantes menores de 6 meses hayan recibido leche artificial (0,5)
q = probabilidad de que los lactantes menores de 6 meses hayan recibido leche artificial (1 - p)
z = nivel de confianza (1,96)

Donde N= 1370; por lo tanto, n= 300. Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico de 300 madres que acudieron al programa de crecimiento y desarrollo (CREDE) para el control de sus hijos menores de 6 meses.

a. Criterios de inclusión

- En la presente investigación, se incluyen a todas las madres que llevan a sus menores hijos a su sexto control de Crecimiento y Desarrollo (CREDE), en los Centros Asistenciales de Essalud Iquitos.

b. Criterios de exclusión

- Madres que llevan a sus menores hijos que no sea el sexto control de Crecimiento y Desarrollo (CREDE), en los Centros Asistenciales de Essalud Iquitos.
- Madres de niños que tuvieron un percance de salud y requirieron ser hospitalizados al nacer.
- Madres de niños, que cursaron con hipoglicemia al nacer
- No se aplica la encuesta a los padres/o madres, cuyos hijos presenten enfermedades crónicas limitantes, y/o defectos congénitos.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

3.3.1.1. Entrevista: técnica que permitió la aplicación de la ficha de recolección de datos de forma directa a las madres seleccionadas.

3.3.2. Instrumento

3.3.2.1. Ficha de recolección de datos: Instrumento elaborado para la recolección de las características (edad, paridad, procedencia, grado de

instrucción y situación laboral) y prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses (durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, durante la primera y segunda semana, durante el control al sexto mes). (Anexo N°02).

3.3.2.2. Validez y Confiabilidad: La ficha de recolección de datos se sometió a validación mediante juicio de expertos (Anexo N°03).

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización al comité de ética de Essalud para la recolección de datos en madres de niños que acudieron al control de Crecimiento y desarrollo en los centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud Iquitos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

La información recolectada en la ficha de recolección de datos, fue ingresada en una hoja de cálculo del paquete estadístico SPSS versión 22.0. Se utilizó estadística descriptiva como tablas de frecuencia, media y desviación estándar para presentar las características de la muestra y las prácticas de lactancia con sucedáneo.

3.5. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación se sometió al comité de ética de EsSalud siendo aprobado con documento N° 002-C.E.E-RALO-2020 (Anexo N° 4), mantiene el anonimato de sus entrevistados, por ser de tipo descriptivo, no somete a experimentación y tampoco induce el tipo de alimentación que deben recibir los lactantes menores; únicamente recopila la información, sin identificación individual de las fuentes, donde van a aplicar el instrumento de investigación. De igual forma, para la aplicación de nuestros instrumentos (ficha de recolección de datos), se necesita la aprobación consciente y voluntaria de la madre, mayor de edad, a través del consentimiento informado, elegida para nuestra entrevista que se presenta en el Anexo N° 5 (43).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.

4.1. Características maternas de lactantes menores de 6 meses, atendidos en Essalud-Iquitos durante el año, 2019

En la tabla N° 3 se observa que la edad promedio de las madres fue de 25,8 (+ 2,7) años. El 72 % de las participantes son multíparas y el 28 % primíparas. La mayoría de las pacientes provienen de zona urbana (93 %), el 6 % de zona periurbana y el 1% de zona rural. Respecto al grado académico el 65 % de las participantes cuentan con estudios secundarios y el 35 % con estudios superiores. El 72 % de las participantes refirieron que se encuentran laborando y el 28 % refirieron que actualmente no se encuentran laborando.

Tabla N° 3: Características maternas de lactantes menores de 6 meses, atendidos en Essalud-Iquitos durante el año, 2019.

Características	Frecuencia (n=300)	
	N	%
Edad †	25,8	2,7
Paridad		
Primípara	84	28%
Multípara	216	72%
Procedencia		
Urbana	280	93%
Periurbana	18	6%
Rural	2	1%
Grado de estudios		
Analfabeta	0	0%
Primaria	0	0%
Secundaria	195	65%
Superior	105	35%
Situación laboral actual		
Se encuentra laborando	216	72%
No labora	84	28%

Fuente: Elaboración propia

4.2. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, Essalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 4 se observa que el 13 % de las madres refieren que le dieron algún tipo de leche artificial al lactante durante su estadía en el hospital, todas ellas refirieron no estar informadas respecto a la marca de leche que le dieron y el 87 % refirió que su bebé solo recibió leche materna durante la hospitalización.

El 13 % de las participantes aceptaron haber solicitado ayuda con algún tipo de leche para su bebé. De las 39 participantes que refirieron haber tenido ayuda con leche artificial, 19 declararon no saber el motivo de la administración del sucedáneo, 18 de ellas refieren su uso debido a que no tenían buena producción de leche materna. El 67 % declaró no saber si en su anterior parto le dieron algún tipo de leche a su bebé.

El 3% de las madres aceptaron haber recibido recomendaciones de algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital y el 97 % niega haber recibido recomendaciones.

El 6 % de las participantes aceptó haber solicitado la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital.

El 62 % no considera dar algún tipo de fórmula a su bebé. Mientras que el 17 % lo considera debido a que trabaja y el 15% refiere por sea caso.

Tabla N° 4: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante el post parto en el servicio de alojamiento conjunto, Essalud-Iquitos, 2019.

Pregunta	Frecuencia (n=300)	
	N	%
Le dieron algún tipo de leche en el hospital?		
Sí	39	13%
No	261	87%
Le informaron que marca de leche le dieron?		
Sí	0	0%
No	39	13%
Mi bebé solo recibió leche materna durante su estadía en el hospital	261	87%
Solicito algún tipo de ayuda con otra leche para su bebé?		
Sí	39	13%
No	261	87%
Sabe usted cual es la razón por la que le dieron otra leche a su bebé?		
Mi senos no producían leche	18	6%
Mi bebé lloraba mucho	2	1%
No lo sé	19	6%
Mi bebé solo recibió leche materna durante la hospitalización	261	87%
Conoce usted si en su anterior parto le dieron algún tipo de Leche a su bebé?		
Sí	14	5%
No	202	67%
Es mi primer bebé	84	28%
Le recomendaron algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital?		
Sí	9	3%
No	291	97%
¿Usted solicitó la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital?		
Sí	18	6%
No	282	94%
Porqué considera usted que debe darle algún tipo de fórmula a su bebé?		
Por mi anterior bebé	19	6%
Porque voy a trabajar	51	17%
Por sea caso	45	15%
No lo considero	185	62%

Fuente: Elaboración propia

4.3. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante la primera y segunda semana de vida neonatal, Essalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 5 se observa que el 38 % le dieron algún tipo de leche artificial al neonato, de ellos el 37 % refieren que lo hicieron porque los senos no los tenían lleno y el 1 % refirieron que complementa su alimentación.

Del 38 % que ofrecieron a su bebé leche artificial el 22 % refiere que fue recomendado en la farmacia, el 12 % en el hospital y el 4 % refiere que le brinda leche artificial a su bebé por recomendación de otras personas.

Tabla N° 5: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante la primera y segunda semana de vida neonatal, Essalud-Iquitos, 2019.

Pregunta	Frecuencia (n=300)	
	N	%
¿Porque razón le da leche artificial a su bebé durante la primera y segunda semana de vida?		
Porque complementa su alimentación.	4	1%
Para ayudarle, porque mi senos no se llenan	111	37%
Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida	185	62%
Dónde le indicaron la Leche que ofreció a su bebé durante la primera y segunda semana de vida?		
En el hospital	35	12%
Acudí a la farmacia	67	22%
Otras personas	13	4%
Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida	185	62%

Fuente: Elaboración propia

4.3. Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante los 6 primeros meses de vida, Essalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 6 se observa que el 13 % de las participantes refirieron que continúan ofreciéndole la misma leche artificial a su bebé durante los primeros 6 meses de vida, el 25 % refieren darle otro tipo de leche y el 62 % refieren que su bebé solo continúa recibiendo leche materna.

El 23 % refiere haber cambiado de leche debido a que el costo es más cómodo y el 2 % refiere haber sido inducida en la farmacia.

El 1 % de las participantes refiere haberle ofrecido al niño algún tipo de leche no maternizada como leche evaporada u otro tipo de leche en polvo

Tabla N° 6: Uso de fórmulas en lactantes menores de 6 meses, durante los 6 primeros meses, Essalud-Iquitos, 2019.

Pregunta	Frecuencia (n=300)	
	N	%
Continúa dando a su bebé la misma leche artificial con la que inicio su lactancia artificial?		
Sí	39	13%
No	76	25%
Durante este tiempo mi bebé solo recibía leche materna	185	62%
Cuál ha sido el motivo del cambio de leche artificial?		
Costo más cómodo	68	23%
Me indujeron en la farmacia	7	2%
No le caía bien la primera leche	0	0%
No he cambiado de leche artificial	40	13%
Mi bebé solo recibe leche materna	185	62%
¿Le ofrece a su niño otro tipo de leche que no sea las llamadas maternizadas? Por ejemplo, leche evaporada u otro tipo de leche en polvo no maternizadas		
Sí	3	1%
No	112	37%
Mi bebé solo recibe leche materna	185	62%

Fuente: Elaboración propia

4.4. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas.

4.4.1. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante el post parto, en el servicio de alojamiento conjunto, EsSalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 7 se observa que el 13 % de los lactantes recibieron sucedáneos durante su estancia en alojamiento conjunto.

Se aprecia que la edad promedio de las madres cuyos hijos recibieron sucedáneos durante su estancia en alojamiento conjunto fue de $27 \pm 2,1$ años. Mientras que en las madres que solo dieron leche materna fue de $25,9 \pm 2,6$ años.

En relación a la paridad, el 21 % y 10 % de las madres primíparas y multíparas respectivamente, aseguraron que sus bebés recibieron sucedáneos durante su estancia en alojamiento conjunto.

Respecto a la procedencia se observa que el 12 % y 33 % de las madres de zona urbana y periurbana respectivamente, mencionaron que sus bebés recibieron leche artificial.

Concerniente al grado de estudios se observó que el 12 % y 15 % de las madres con estudios secundarios y superiores respectivamente, respondieron que les brindaron sucedáneos a sus niños.

Además, se observó que el 9 % de las madres que se encuentran laborando, brindaron leche artificial a sus niños. Así mismo, el 24 % de las madres sin empleo realizaron esta misma práctica.

Tabla N° 7: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante el post parto, en el servicio de alojamiento conjunto, EsSalud-Iquitos, 2019.

Características	Uso de sucedáneos n=39 (13 %)		Lactancia Materna exclusiva n=261 (87 %)		Total n=300 (100 %)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad	27,0 (2,1)		25,9 (2,6)		25,8 (2,7)		
Paridad	Primípara	18	21%	66	79%	84	28%
	Múltipara	21	10%	195	90%	216	72%
Procedencia	Urbana	33	12%	247	88%	280	93%
	Periurbana	6	33%	12	67%	18	6%
	Rural	0	0%	2	100%	2	1%
Grado de estudios	Analfabeta	0	0%	0	0%	0	0%
	Primaria	0	0%	0	0%	0	0%
	Secundaria	23	12%	172	88%	195	65%
	Superior	16	15%	89	85%	105	35%
Trabaja?	Sí	19	9%	197	91%	216	72%
	No	20	24%	64	76%	84	28%

Fuente: Elaboración propia

4.4.2. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante la primera y segunda semana de vida, EsSalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 8 se observa que el 38 % de los lactantes recibieron sucedáneos durante la primera y segunda semana de vida neonatal.

Se aprecia que las edades promedio de las madres que ofrecen leches sucedáneas y leche materna a su bebé durante la primera y segunda semana de vida neonatal fueron de $25,0 \pm 2,0$ años y $25,9 \pm 2,6$ años respectivamente.

En relación a la paridad se observó que el 45 % y 36 % de las madres primíparas y multíparas respectivamente, ofrecieron sucedáneos a sus menores hijos durante la primera y segunda semana de vida neonatal.

Respecto a la procedencia se observó que el 37 % de madres procedentes de zona urbana alimentaron a sus niños con sucedáneos durante la primera y segunda semana de vida neonatal. Mientras que esta práctica se observó en el 61 % de las madres de zona periurbana.

En referencia al grado de estudios, se observó que el 36 % y 42 % de las madres con estudios secundarios y superiores respectivamente, brindaron leche artificial a sus niños durante la primera y segunda semana de vida neonatal.

Además, se observó que el 36 % de las madres que se encuentran laborando ofrecieron leche artificial a sus bebés durante la primera y segunda semana de vida neonatal. Así mismo, el 44 % de las madres que no laboran también realizaron esta práctica.

Tabla N° 8: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante la primera y segunda semana de vida, EsSalud-Iquitos, 2019.

Características	Uso de sucedáneos n=115 (38 %)		Lactancia Materna exclusiva n=185 (62 %)		Total n=300 (100 %)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad	25,0 (2,0)		25,9 (2,6)		25,8 (2,7)		
Paridad	Primípara	38	45%	46	55%	84	28%
	Múltipara	77	36%	139	64%	216	72%
Procedencia	Urbana	103	37%	177	63%	280	93%
	Periurbana	11	61%	7	39%	18	6%
	Rural	1	50%	1	50%	2	1%
Grado de estudios	Analfabeta	0	0%	0	0%	0	0%
	Primaria	0	0%	0	0%	0	0%
	Secundaria	71	36%	124	64%	195	65%
	Superior	44	42%	61	58%	105	35%
Trabaja?	Sí	78	36%	138	64%	216	72%
	No	37	44%	47	56%	84	28%

Fuente: Elaboración propia

4.4.3. Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante los 6 primeros meses de vida, EsSalud-Iquitos, 2019.

En la tabla N° 9 se observa que el 37 % de los lactantes recibieron sucedáneos durante los primeros 6 meses de vida.

Se aprecia que las edades promedio de las madres que ofrecen leches sucedáneas y leche materna a sus bebés fueron de $25,5 \pm 2,0$ años y $25,9 \pm 2,6$ años respectivamente.

En relación a la paridad se observó que el 45 % y 34 % de las madres primíparas y multíparas respectivamente, alimentaron a sus bebés con sucedáneos de leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

Respecto a la procedencia se observó que el 35 % de las madres procedentes de la zona urbana ofrecieron sucedáneos a sus niños en los 6 primeros meses de vida. Mientras que en las madres de zonas periurbanas, el uso de sucedáneos se realizó en el 61 % de los casos.

En referencia al grado de estudios se observó que el 36 % y 39 % de las madres con estudios secundarios y superiores respectivamente, alimentaron con sucedáneos a sus menores hijos durante los 6 primeros meses de vida.

Además, se observó que el 34 % de las madres que se encuentran laborando, ofrecieron leche artificial a sus bebés en los primeros 6 meses de vida. Así mismo, el 44 % de las madres que no laboran también realizaron esta práctica.

Tabla N° 9: Características maternas de lactantes menores de 6 meses y uso de fórmulas lácteas, durante los 6 primeros meses de vida, EsSalud-Iquitos, 2019.

Características		Uso de sucedáneos n=111 (37 %)		Lactancia Materna exclusiva n=189 (63 %)		Total n=300 (100 %)	
		N	%	N	%	N	%
Edad		25,5 (2,0)		25,9 (2,6)		25,8 (2,7)	
Paridad	Primípara	38	45%	46	55%	84	28%
	Múltipara	73	34%	143	66%	216	72%
Procedencia	Urbana	99	35%	181	65%	280	93%
	Periurbana	11	61%	7	39%	18	6%
	Rural	1	50%	1	50%	2	1%
Grado de estudios	Analfabeta	0	0%	0	0%	0	0%
	Primaria	0	0%	0	0%	0	0%
	Secundaria	70	36%	125	64%	195	65%
	Superior	41	39%	64	61%	105	35%
Trabaja?	Sí	74	34%	142	66%	216	72%
	No	37	44%	47	56%	84	28%

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Los países en desarrollo que tradicionalmente amamantan a sus bebés están experimentando ahora la creciente presión de la comercialización de la leche de fórmula. Esto puede poner en peligro vidas y socavar los esfuerzos de las políticas nacionales para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio.(45) Para identificar las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses, se realizó un estudio descriptivo en madres de niños que acuden al control de Crecimiento y desarrollo en los centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud Iquitos durante el año 2019.

Se encuestaron 300 participantes mostrando una edad media de 25,8 (+ 2,7) años. La edad promedio de las madres cuyos bebés recibieron leches sucedáneas y leche materna durante su estancia en alojamiento conjunto fueron de $27 \pm 2,1$ años y $25,9 \pm 2,6$ años respectivamente. Durante la primera y segunda semana de vida neonatal el promedio de edad fue de $25,0 \pm 2,0$ años en madres que usaron sucedáneos y $25,9 \pm 2,6$ años para las madres que solo usaron leche materna. Por otro lado, estos promedios fueron de $25,5 \pm 2,0$ años y $25,9 \pm 2,6$ años en la etapa correspondiente a los 6 primeros meses de vida del bebé. Respecto a la edad, Quispe *Et. al* (2015) en un estudio demostró que el 29%, de las madres con una edad media de 23,5 años mostraron abandono de la lactancia materna mientras que la edad promedio en aquellas que no la abandonaron fue de 24,9 años.(10)

Respecto a la paridad el 28 % de las participantes fueron primíparas y el 72 % multíparas. El 21 % de las primíparas refieren que sus bebés recibieron sucedáneos durante la estancia en alojamiento conjunto; mientras que el 10 % de las multíparas refieren dicho evento. El 45 % y 36 % de primíparas y multíparas respectivamente, ofrecieron sucedáneos de leche materna a sus bebés durante la primera y segunda semana de vida neonatal. Durante los 6 primeros meses de vida neonatal, el 45 % de las primíparas ofrecieron leche artificial a sus niños y el 34 % de las multíparas también lo hizo.

La mayoría de las pacientes provienen de zona urbana (93 %), de las cuales el 12 % refirieron que sus niños recibieron leche de fórmula durante su estancia en alojamiento conjunto, el 37 % ofreció leche artificial a sus bebés durante la primera y segunda semana de vida neonatal y el 35 % lo hizo durante los 6 primeros meses de vida.

El 65 % de las participantes contaban con estudios secundarios y el 35 % con estudios superiores. El 12 % de las participantes con estudios secundarios respondieron que sus bebés recibieron leche artificial en alojamiento conjunto y el 15 % de las que tienen estudios superiores respondieron igual. El 36 % y 42 % de las madres con estudios secundarios y superiores respectivamente, alimentaron a sus hijos con leche artificial durante la primera y segunda semana de vida neonatal. Además, esta práctica se observó en el 36 % y 39 % de los casos respectivamente, durante los 6 primeros meses de vida.

El 72 % de las participantes refirieron que se encuentran laborando y el 28 % refirieron que actualmente no se encuentran laborando. El 9 % y 24 % de las madres que laboran y no laboran respectivamente, mencionaron que les dieron leche artificial a sus menores hijos durante su estadía en alojamiento conjunto. El 36 % de las madres que laboran le dieron sucedáneos a sus bebés durante la primera y segunda semana de vida neonatal; mientras que esta práctica se observó en el 44 % de las madres que no se encuentran laborando. Durante los primeros 6 meses de vida, el uso de sucedáneos se presentó en el 34 % y 44 % de las madres que laboran y que no laboran respectivamente.

Se describieron las prácticas de lactancia respecto al uso de fórmulas durante el post parto, encontrando que el 13 % de las madres refieren que sus niños recibieron algún tipo de leche artificial durante su estadía en el hospital. Respecto a ello Venancio & Saldiva (2008) refieren que el 19.7% de los niños con edades entre 0 y 6 meses habrían recibido leche artificial dentro de las 24 horas desde su nacimiento. (6)

Dentro de los hallazgos también se observó que el 13 % de las participantes aceptaron haber solicitado ayuda con algún tipo de leche para su bebé. El

67 % declaró no saber si en su anterior parto le dieron algún tipo de leche a su bebé. El 3% de las madres aceptaron haber recibido recomendaciones de algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital, el 6 % de las participantes aceptó haber solicitado la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital. El 17 % consideró darle leche artificial debido a que trabaja y el 15% refiere "por sea caso".

Al estudiar las prácticas de lactancia y el uso de fórmulas durante la primera y segunda semana de vida neonatal se observó que el 38 % le dieron algún tipo de leche artificial al neonato durante esta etapa, de ellos el 37 % refieren que lo hicieron porque sus senos no se llenaban y el 1 % para complementar la alimentación del bebé. Del 38 % que ofrecieron a su bebé leche artificial el 22 % refiere que fue recomendado en la farmacia, el 12 % en el hospital y el 4 % refiere que le brinda leche artificial a su bebé por recomendación de otras personas. Respecto a las razones referidas por las madres Boban & Zakarija-Grković (2016) encontraron que las respuestas más comunes para suplementar fueron "falta de leche" (49.8%), un "bebé que llora" (35.5%), "cesárea" (11.5%), pérdida de peso en recién nacidos (10.6%) y dolor en los pezones (10.1 %) (8). Por ello estos autores afirman además la necesidad de un mejor apoyo materno, así como un ajuste en la política hospitalaria y mayor capacitación del personal (8). Quispe *Et. al* (2015) demostró que las creencias inadecuadas que tienen las madres en relación a la lactancia materna están relacionadas a un precoz abandono de la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$). (10) Lo que corrobora lo expresado por Soto (2017) quien refiere que la alimentación con leche artificial en el hospital aumentaron 6 veces más el riesgo para que la madre abandone la lactancia materna exclusiva, sin embargo, concluye también que el apoyo del padre juega un papel importante para disminuir el abandono de la lactancia materna exclusiva. (15) Estos hallazgos difieren de lo expresado por Carhuas (2016) y Pérez (2019) quienes refiere que los factores maternos socioeconómicos y culturales no están relacionados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$). (11, 20)

Al estudiar las prácticas de lactancia y el uso de fórmulas durante los 6 primeros meses se observó que el 13 % de las participantes refirieron que

continúan ofreciéndole a su bebé la misma leche artificial durante esta etapa, el 25 % refieren darle otro tipo de leche y el 62 % refieren que su bebé solo continúa recibiendo leche materna. El 23 % de ellas refieren haber cambiado de leche debido a que el costo es más cómodo y el 2 % refiere haber sido inducida en la farmacia. Respecto a ello Cardoso & Toso (2010) refieren que después del primer mes de vida, el 40 % de recién nacidos suplementados habían dejado de recibir lactancia materna exclusiva mientras que en los recién nacidos no-suplementados esta cifra fue de solo 25,7%. (7)

El 1 % de las participantes refiere haberle ofrecido al niño algún tipo de leche no maternizada como leche evaporada u otro tipo de leche en polvo. Venancio & Saldiva (2008) refieren que en los primeras 24 horas de vida, el 1.3% de ellos recibió agua, 5.1% recibió té y el 4,3% recibió leche artificial en su primer día en casa.(6) Mientras que López (2018) en un estudio demostró que en el tercer mes de vida, los niños consumían agua (56.8%), jugo o fórmula de frutas (15.5%) y leche de vaca (10.6%). (9)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Las características maternas de los lactantes menores de 6 meses son: promedio de edad 26 años, la mayoría son multíparas, de zona urbana, con secundaria completa y con empleo.
- Con respecto a las prácticas de lactancia con sucedáneos, se encontró que el 13 % de las madres refieren que sus hijos recibieron algún tipo de leche artificial durante su estancia en el servicio de alojamiento conjunto. El 38 % utilizaron sucedáneos durante la primera y segunda semana de vida neonatal. A su vez, el 38 % de madres continuaron alimentando a sus bebés con leche artificial durante los 6 primeros meses de vida. La principal razón del cambio del tipo de leche artificial fue por la percepción de un menor costo.
- El uso de sucedáneos durante la estancia en alojamiento conjunto fue mayor en madres primíparas (21%) que multíparas (10%). Con respecto a la procedencia, fue superior en las madres de zona periurbana (33%) que en las de zona urbana (12%). En relación al grado de estudios se observó un menor uso en las madres con estudios secundarios (12%) que con estudios superiores (15%). Además, las madres sin empleo usaron sucedáneos en mayor proporción (24%) que las que tenían empleo (9%).
- La alimentación de los bebés, con leche artificial, durante la primera y segunda semana de vida neonatal se presentó mayormente en madres primíparas (45%) que multíparas (36%). Con respecto a la procedencia, fue superior en las madres de zona periurbana (61%) que en las de zona urbana (37%). En relación al grado de estudios, este evento fue menor en las madres con estudios secundarios (36%) que con estudios superiores (42%). Además, las madres sin empleo usaron leche artificial en la mayoría de los casos (44%) frente a las que tenían empleo (36%).
- El uso de sucedáneos en los seis primeros meses de vida fue superior en madres primíparas (45%) que multíparas (34%). Con respecto a la procedencia, se observó mayormente en madres de zona periurbana (61%) que en las de zona urbana (35%). En relación

al grado de estudios, el uso fue menor en las madres con estudios secundarios (36%) que con estudios superiores (39%). Finalmente, las madres sin empleo usaron sucedáneos en mayor proporción (44%) que las que tenían empleo (34%).

CAPITULO VII: RECOMENDACIÓN

Se recomienda elaborar estrategias de educación respecto a la lactancia materna a las madres al momento del alta y durante la primera y segunda semana de vida neonatal pues se observó un incremento en el uso de leche artificial del 13 % durante la estancia del bebé en alojamiento conjunto al 38 % durante la primera y segunda semana de vida neonatal. Al mismo tiempo que este porcentaje se mantuvo igual a lo largo de los 6 primeros meses de vida del niño.

Además, debe implementarse grupos de apoyo para las madres que eligen no suspender el uso de estas sustancias, o no pueden hacerlo, en el que se brinde consejo individual sobre los riesgos de la lactancia artificial en función de sus circunstancias individuales.

Los hospitales y centros de salud deben estar concientizados en el fomento de la lactancia materna y deben tener personal capacitado en la consejería sobre lactancia materna, con habilidades de comunicación para dar consejería a las madres y sus parejas, desde la gestación.

Deben realizarse estudios analíticos posteriores para explicar los hallazgos encontrados en el presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO VIII: BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. La lactancia materna: guía para profesionales. Majadahonda (Madrid: Ergón; 2004.
2. Solorzano Aparicio M., Beltrán Huayta J., Barrientos Catalán N., Gonzáles Palma M., Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. Rev Cient CC SS [Internet]. 18 de julio de 2019 [citado 9 de enero de 2020];2(2). Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/RCCS/article/view/59>
3. Castro Sullca K. Tesis: Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015 [Internet]. 2015. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4699/Castro_sk.pdf.;jsessionid=68E4C0B608063F7C4D1DC69F1200746C?sequence=1
4. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgo de no amamantar. Revista chilena de pediatría. 2017; 88(1):07-14.
5. Kellams A, Harrel C, Et al. The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol N° 3. Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate. 2017. Breastfeeding Medicine. mayo de 2017;12(4):188-98.
6. Venancio S., Saldiva S. Interruption of Exclusive Breastfeeding and Associated Factors. State of São Paulo, Brazil. J Hum Lact. mayo de 2008;24(2):168-74.
7. Cardoso K., Toso M., Et al. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Revsita chilena de pediatría. [Internet]. agosto de 2010 [citado 31 de enero de 2020];81(4). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

8. Boban M, Zakarija-Grković I. In- Hospital Formula Supplementatio of Healthy Newborns: Practices, Reasons and Their Medical justification. *Breastfeeding Medicine*. noviembre de 2016;11(9):448-54.
9. Lopes WC, Et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. Junio de 2018; 36(2):164-70.
10. Quispe Ilanzo M. Et al. Características y creencias asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista cubana de salud pública*. 2015;41(No4):11.
11. Carhuas Córdova J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un centro de salud de Lima Metropolitana, 2015 [Tesis para obtener título de Licenciada en Enfermería]. [Lima-Perú]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
12. Ito Macedo C. Factores de interrupción de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud de Ñaña. Lima 2016 [Tesis para obtener título de Licenciada en Nutrición Humana]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Unión; 2017.
13. Mosqueira Guillen K. Estado nutricional del lactante de uno a seis meses en relación al tipo de lactancia en el centro de salud Progreso, 2016. [Tesis para obtener título de Médico Cirujano]. [Chimbote- Perú]: Universidad San Pedro; 2017.
14. Rupaylla Ccenua C. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y lactancia artificial en relación a las prácticas realizadas por madres primíparas, en el Hospital Rezola de San Vicente, Cañete-Lima, enero-diciembre, 2016. [Internet] [Tesis para obtener título de Obstetra]. [Cañete-Perú]: Universidad Privada Sergio Bernal; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/106/1/RUPAYLLA%20CCENUA%20Camilo.pdf>

15. Soto Mayorca C. Prácticas hospitalarias y características biosociales para el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que asisten a los servicios del centro de salud Materno Infantil «El Porvenir», Lima 2017. 2019. [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Administración en Servicios de Salud]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
16. Tuny Málaga J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna del neonato en la primera semana de vida, Hospital III EsSalud - Puno [Tesis para obtener título de Médico Cirujano]. [Puno]. Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
17. Vilca Laucata A. Práctica clínica de Neonatólogos en el uso de sucedáneos de leche materna en establecimientos de salud del MINSA, Lima Metropolitana 2019 [Tesis para obtener título de Médico Cirujano]. [Lima-Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019.
18. Carcausto Machaca A. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de menores de 6 meses en el CC.SS. Mariscal Castilla Arequipa, 2019 [Tesis para obtener título de Licenciada en Enfermería]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
19. Torres Hu W. Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud San Juan, en el año 2018 [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. [Iquitos - Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019.
20. Pérez Ríos A. Factores culturales y cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del puesto de salud Fernando Lores Tenazoa, el año 2019 [Tesis para obtener título de Licenciada en Enfermería]. [Iquitos - Perú]: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2019.
21. Organización Mundial de la Salud. Incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

Documento Normativo sobre metas mundiales de nutrición 2025-OMS. Ginebra, 2017;8.

22. Prentice A. Constituents of Human Milk. Food and Nutrition Bulletin United Nations University. Diciembre de 1996; volume 17 (Num. 4):1-10.
23. Matías DSM, Rodríguez S. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Revista Argentina de Pediatría, 2006. Volumen 104 (Num. 5); 8.
24. Lönnerdal B. Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. The American Journal of Clinical Nutrition. 1 de junio del 2003; 77(6):1537S-1543S.
25. Cevallos Paredes K., Castillo Ruiz L., Santillán Mancero E. Comportamiento de la lactancia materna en madres indígenas. Revista cubana de Medicina General integral, 2019. Volumen 35(3): 16.
26. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of Human Milk. Revist Pediatrics. 1 de febrero de 2005;115(2): 496-506.
27. Netzer-Tomkins H., Rubin L., Ephros M, Breastfeeding Is Associated with Decreased Hospitalization for Neonatal Fever. Academy of Breastfeeding Medicine Academy of Breastfeeding Medicine. Junio de 2016; 11(5): 218-21.
28. Kelishadi R., Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. Adv Biomed Res. 2014; 3(1); 3.
29. Victoria CG, Bahl R., Barros AJD, Et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. The Lancet. January 2016; 387(10017): 475-90.
30. Amitay EL., Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA Pediatr. 1 of june 2015; 169(6): e151025.

31. Herrmann K., Carrol K. An Exclusively Human Milk Diet Reduces Necrotizing Enterocolitis. *Breastfeeding Medicine*. May of 2014. 9(4): 184-90.
32. Meizen-Derr J. Et al. Role of human milk in extremely low birth weight infant's risk of necrotizing enterocolitis or death. The National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network *Revist Journal Perinatol*. January of 2009; 29(1): 57-62.
33. Bar S., Milanaik R., Adesman A. Long-term neurodevelopmental benefits breastfeeding: Current Opinion in *Pediatric*. August of 2016;28(4): 559-66.
34. Horwood LJ. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 1 of January of 2001;84(1):23Ff- 27.
35. Hinostroza Izaguirre M. Et al. Impacto de la lactancia no materna en el infante. *Revist COdont*. Diciembre, 2017; 733-43..
36. Koletzko B, Et al. Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. November of 2015; 41(5): 584-99.
37. Tan SF, Tong H, Tan SF. Et al. The cariogenicity of commercial infant formulas: a systematic review. *Eur Arch Pediatr Dent*. June of 2016; 17(3): 145-56.
38. MINSA-PERÚ. Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015 [Internet]. Hecho en el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018 12707; setiembre del 2018, Lima. Disponible en : https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_mortalidad.pdf
39. MINSA-Perú. Reglamento de Alimentación Infantil. Biblioteca Central del Ministerio de Salud del Perú. 2 de junio del 2017. Primera Edición: 36.

40. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño.pdf. Washington, D.C.: OPS, © 2010.
41. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento-USA. Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. Copyright de la traducción castellana: Bioeticaweb; 1979. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normainternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
42. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables, N° 10. 2013. Lactancia Materna – Un Derecho Universal. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_10_dvmpv.pdf
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
44. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. 2017. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/cred/NORMATIVA%20CRED.pdf>.
45. Barennes H, Empis G, Quang TD, Sengkhomyong K, Phasavath P, Harimanana A, et al. Breast-Milk Substitutes: A New Old-Threat for Breastfeeding Policy in Developing Countries. A Case Study in a Traditionally High Breastfeeding Country. PLoS One [Internet]. 9 de febrero de 2012;7(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276495/>

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

Título	Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección
PRÁCTICAS DE LACTANCIA CON SUCEDÁNEOS EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN ESSALUD IQUITOS DURANTE EL AÑO 2019.	¿ Cuáles son las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses, atendidos en Essalud-Iquitos durante el año, 2019?	Describir las prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses atendidos en Essalud-Iquitos durante el año, 2019.	El presente trabajo de investigación no requiere hipótesis por ser de carácter descriptivo .	Descriptivo Transversal Prospectivo	<p>Población: Madres de niños que acuden al control de Crecimiento y desarrollo en los centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud Iquitos.</p> <p>Muestra Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico de 300 madres que acudieron al programa de crecimiento y desarrollo (CREDE) para el control de sus hijos menores de 6 meses.</p> <p>a. <u>Criterios de inclusión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •En la presente investigación, se incluyen a todas las madres que llevan a sus menores hijos a su sexto control de Crecimiento y Desarrollo (CREDE), en los Centros Asistenciales de Essalud Iquitos. <p>b. <u>Criterios de exclusión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Madres que llevan a sus menores hijos que no sea el sexto control de Crecimiento y Desarrollo (CREDE), en los Centros Asistenciales de Essalud Iquitos. •Madres de niños que tuvieron un percance de salud y requirieron ser hospitalizados al nacer. •Madres de niños, que cursaron con hipoglicemia al nacer •No se aplica la encuesta a los padres/o madres, cuyos hijos presenten enfermedades crónicas limitantes, y/o defectos congénitos. 	Ficha de recolección de datos

Anexo N° 02: Ficha de recolección de datos

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON COINFECCION POR DENGUE Y COVID-19,
HOSPITAL ESSALUD III, IQUITOS, 2020.**

La siguiente ficha será completada con los datos referidos por la madre:

N° de H.C.I.: _____ N° FICHA: | 0 | - |__|__|__|

I. CARACTERÍSTICAS

1.1. ¿Cuál es la edad de la madre? _____ años

1.2. ¿Cuál es la paridad de la paciente?

Primípara Multípara

1.3. ¿Cuál es la procedencia de la madre?

Urbano Periurbano
 Rural

1.4. ¿Cuál es el grado de estudios de la madre?

Sin estudios Primaria
 Secundaria Superior

1.5. ¿Se encuentra laborando actualmente?

Sí No

II. USO DE FORMULAS DURANTE EL POST PARTO EN EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.

1. ¿Usted tiene conocimiento si a su bebé, le dieron algún tipo de leche en el hospital?

- a. Si
- b. No

2. ¿Le informaron que marca de leche le dieron?

- a. Si
- b. No
- c. Mi bebé solo recibe leche materna

3. ¿Usted solicito algún tipo de ayuda con otra leche, para su bebe?

- a. Si
- b. No

4. ¿Sabe usted cual es la razón por la que le dieron otra leche a su bebé?
 - a. Mi senos no producían leche
 - b. Mi bebé lloraba mucho
 - c. No lo sé
 - d. Mi bebé solo recibió leche materna durante la hospitalización
5. ¿Conoce usted si en su anterior parto le dieron algún tipo de Leche a su bebé?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Es mi primer bebé
6. ¿Le recomendaron algún tipo de fórmula al momento del alta del Hospital?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿Usted solicitó la recomendación de alguna fórmula para utilizarla al salir del Hospital?
 - a. Si
 - b. No
8. Porqué considera usted que debe darle algún tipo de fórmula a su bebé?
 - a. Por mi anterior bebé
 - b. Porque voy a trabajar
 - c. Por sea caso
 - d. No lo considero

III. USO DE FORMULAS DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA SEMANA DE VIDA NEONATAL:

1. ¿ Porque razón le da leche artificial a su bebe durante la primera y segunda semana de vida?
 - a. Porque complementa su alimentación..
 - b. Para ayudarle, porque mi senos no se llenan
 - c. Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida.
2. ¿Dónde le indicaron la Leche que ofrece a su bebe?
 - a. En el hospital
 - b. Acudí a la farmacia
 - c. Otras personas
 - d. Mi bebé solo recibió leche materna durante la primera y segunda semana de vida.

IV. III. USO DE FORMULAS ANTES DE LOS 6 MESES:

1. ¿Continúa dando a su bebe la misma leche artificial con la que inicio su lactancia artificial?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Durante este tiempo mi bebé solo recibía leche materna

2. ¿Cuál ha sido el motivo del cambio?
 - i. Costo más cómodo
 - ii. Me indujeron en la farmacia
 - iii. No le caía bien la primera leche
 - iv. Mi bebé solo recibe leche materna

3. ¿Le ofrece a su niño otro tipo de leche que no sea las llamadas maternizadas? Por ejemplo, leche evaporada u otro tipo de leche en polvo no maternizada.
 - a. Si
 - b. No
 - c. Mi bebé solo recibe leche materna

Anexo N° 3: Validación por juicio de experto

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto) Wilder Trigozo Babilonia
 1.2 Grado Académico Médico Cirujano
 1.3 Profesión Médico Cirujano con especialidad en Pediatría
 1.4 Institución donde labora Hospital III Es Salud - Tiquitos
 1.5 Cargo que desempeña Médico Asistente - Servicio de pediatría
 1.6 Denominación del Instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.7 Autor del Instrumento: Bach. GIANFRANCO ARBILDO MATHEWS

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL					30	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

3.1. Valoración total cuantitativa: 30 (treinta)

3.2. Opinión: FAVORABLE DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: ninguna

FIRMA Y SELLO

Wilder Trigozo Babilonia
 DR. WILDER TRIGOZO BABILONIA
 CMP 57681 RNE 02770
 PERU

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto) *Carlos A. Achaval Corral*
- 1.2 Grado Académico: *Médico Cirujano*
- 1.3 Profesión: *Médico Cirujano con especialidad en Pediatría*
- 1.4 Institución donde labora: *Hospital III Es Salud - Tiquitos*
- 1.5 Cargo que desempeña: *Médico Asistente - Servicio de Pediatría*
- 1.6 Denominación del Instrumento: *Ficha de recolección de datos*
- 1.7 Autor del Instrumento: *Bach. GIANFRANCO ARBILDO MATHEWS*

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles.					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable.					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					✓
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL					30	

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

3.1. Valoración total cuantitativa: *30 (trinta)*

3.2. Opinión: FAVORABLE DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: *Ninguna*

FIRMA Y SELLO

[Firma]
 DR. CARLOS A. ACHAVAL CORRAL
 MEDICO PEDIATRA
 CMP 47110 RNE 37403
 PPSalud

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS:

- 1.1 Apellidos y Nombre del informante (experto) Liz Del Pilar Díaz Flores
 1.2 Grado Académico Medico Cirujano
 1.3 Profesión Medico Cirujano con especialidad en Pediatría
 1.4 Institución donde labora Hospital III F. Salud - Iquitos
 1.5 Cargo que desempeña Medico Asistente - Servicio de Pediatría
 1.6 Denominación del Instrumento Ficha de recolección de datos
 1.7 Autor del Instrumento: Bach. GIANFRANCO ARBILDO MATHEWS

II. VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					✓
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables y relación medibles.					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica con los indicadores de la variable.					✓
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable.					✓
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento.					✓
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL				30		

III. RESULTADOS DE LA VALIDACION

3.1. Valoración total cuantitativa: 30 (treinta)

3.2. Opinión: FAVORABLE DEBE MEJORAR

NO FAVORABLE

3.3. Observaciones Ninguna

FIRMA Y SELLO



Dra. LIZ DEL PILAR DIAZ FLORES
 CMP 57419 RNE034361
 PEDIATRA

Anexo N° 4: Aprobación del comité d ética – Essalud



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

NOTA N° 002-C.E.E-RALO-2020

DE : **Dr. Ricardo Chávez Chacaltana**
Presidente del Comité de Ética de la Red Asistencial Loreto

A : **Bach. Med. Gianfranco Arbildo Mathews**
Investigador Principal del Trabajo de Investigación

Asunto : **Autorización del Trabajo de Investigación.**

Me dirijo a usted en mi calidad de presidente del comité de Ética de la Red Asistencial Loreto para informarle lo siguiente:


Que su trabajo de Investigación titulado "ESTUDIO PRACTICAS DE LACTANCIA CON SUCEDANEOS EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES ATENDIDOS EN ESSALUD IQUITOS DURANTE EL AÑO 2019", ha sido evaluado por el comité y cumple con lo establecido en las Directivas vigentes de EsSalud, por lo que cuenta con la autorización del Comité de Ética que presido para poder ser ejecutado en los Centros de Atención Primaria de EsSalud.

Asimismo, se le recuerda que durante la ejecución de su investigación deberá cumplir con todo lo estipulado en la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"

Al final de la investigación deberá entregar un ejemplar de su investigación a la Gerencia Departamental de Loreto.

Punchana, 24 de Noviembre del 2020

Atentamente,



Dr. Ricardo Chávez Chacaltana
Jefe Departamento Medicina
C.M.P. 17511 - R.N.E. 13413
Hospital II Iquitos - EsSalud

Anexo N° 5: Consentimiento individual para participar en el estudio

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

ENTREVISTA/ENCUESTA

Instituciones: Facultad de Medicina – UNAP

Investigador: Gianfranco Arbildo Mathews

Título: Prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses atendidos en Essalud Iquitos durante el año 2019

Propósito del Estudio:

La estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Prácticas de lactancia con sucedáneos en lactantes menores de 6 meses atendidos en Essalud Iquitos durante el año 2019”. Se trata de un trabajo desarrollado por investigadores pertenecientes a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Estamos realizando este estudio para obtener información que favorezca el mejoramiento de las prácticas de lactancia en los niños menores de 6 meses.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo en ser parte de este estudio le haremos algunas preguntas por aproximadamente 20 minutos.

¿Acepta la entrevista?: SI NO

Riesgos:

No se expone a ningún riesgo al participar de este estudio. Sin embargo algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

No existe algún beneficio directo para usted si decide participar de este trabajo de investigación. Se prevé que los resultados de este estudio ayudarán en el diseño de intervenciones para mejorar las prácticas de lactancia materna, que beneficiarán tanto a su comunidad como a usted.

Costos e incentivos:

Usted no deberá realizar ningún pago por participar en el estudio. Así mismo, tampoco recibirá ningún incentivo económico ni material, únicamente la satisfacción de colaborar para mejorar las intervenciones sobre las prácticas de lactancia materna.

Confidencialidad:

Su información no será guardada con nombres sino con códigos. En caso de que los resultados sean publicados, no se mostrará ninguna información de los participantes. Así mismo, ninguna persona ajena al estudio tendrá acceso a sus archivos sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Las grabaciones realizadas durante la entrevista se destruirán una vez sistematizada la información.

Derechos del participante:

Usted puede retirarse por completo del estudio en cualquier momento, o no participar de algún segmento de este, sin ningún perjuicio. Consulte cualquier duda al personal que realiza la encuesta, o llamar al celular 974160940.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los aspectos éticos de este trabajo de investigación, o considera que recibió un trato injusto, puede contactarse con el investigador al número mencionado anteriormente(974160940).

Consentimiento

Acepto participar de forma voluntaria en este estudio, comprendo a qué cosas me puedo exponer si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar o retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Testigo

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre:

DNI: