



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Acciones de la Obstetra Partera que inciden sobre el conocimiento  
acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de  
puerperio, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell  
en el segundo semestre del año 2020**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORES/AS: Br. Valentina Perdomo  
Br. Florencia Pedraja  
Br. Martín Mendoza

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Mercedes Viera

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Silvana Gomez

Montevideo, Abril 2021

## Índice

Resumen		3
Summary		5
Capítulo I	Introducción	7
Capítulo II	Formulación del problema	12
Capítulo III	Objetivo general	15
	Objetivos específicos	15
Capítulo IV	Justificación	16
Capítulo V	Antecedentes	21
Capítulo VI	Metodología	25
	Tipo de investigación	25
	Enfoque	26
	Población	26
	Técnicas de recolección	26
	Criterio de inclusión y exclusión	27
Capítulo VII	Marco teórico	28
	Perfil de la Obstetra Partera/o	28
	Lactancia	32
	Fisiología de la lactancia	33
	Beneficios para el hijo	36
	Beneficios para la madre	40
	Comparación lactancia vs fórmulas	43
	Puerperio	45
	Cambios anatómicos	46
Capítulo VIII	Resultados	48
Capítulo IX	Conclusiones	57
Capítulo X	Anexos	64
	Cuestionario	64
	Consentimiento informado	68
Capítulo XI	Bibliografía	72

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Identificar acciones de la Obstetra Partera que inciden sobre el conocimiento acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de puerperio, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el segundo semestre del año 2020. Material y método: se realizó un estudio transversal y descriptivo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista focalizada a las madres elegidas previamente con criterios de inclusión y exclusión, la información se obtuvo por medio de encuestas elaboradas con anterioridad por los integrantes de este trabajo. Previo consentimiento informado a la paciente. El número estimado para nuestra investigación fue de 100 puérperas. Las variables a tener en cuenta para el estudio son edad, escolaridad, paridad, tipo de parto, cantidad de controles prenatales, asistencia a clases de preparación para la maternidad, momento de contacto con la partera y metodología utilizada por esta.

Resultados: Del grupo estudiado, un dato de interés para la conclusión de nuestra investigación era el tipo de parto, contemplando si este era vaginal o cesárea, y quien asistió el mismo. Notándose así una clara división en cuanto a los partos vaginales, los cuales casi en su totalidad fueron asistidos por una partera, y cesáreas realizadas por ginecólogos/as. Solo en dos ocasiones, los partos vaginales fueron asistidos por ginecólogos/as. PV 65% CST 35% (61 PV 33 CST). Del 65% de los partos vaginales el 97% fue asistido por una partera y el 3% por ginecólogo.

Conclusiones: El grupo encargado de la investigación encuentra primordial mejorar el incentivo de la concurrencia a las clases de preparación para la maternidad,

encuentros programados donde se da la posibilidad de realizar diferentes técnicas con el fin de lograr mayor adherencia hacia la lactancia y que la usuaria tenga más conocimiento para llevarla a cabo. Durante el puerperio se encuentra una mejor calidad de atención enfocada en la lactancia, con muchos técnicos enfocados en llevarla a cabo y asesorando, situación que se vio alterada por el COVID-19 y la situación a nivel epidemiológico del país, por estar las visitas y el tránsito dentro del hospital disminuido, y las pacientes estar más receptivas a recibir atención. Encontramos un ambiente con todas las condiciones en favor a la lactancia. Teniendo en cuenta también que 87 de las encuestadas contaban con acompañante, situación favorable conocida para poder llevar a cabo una lactancia exitosa.

Del total de las encuestadas 34 de ellas tuvieron complicaciones en cuanto a lactancia como dolor o grietas en el pezón, y tuvieron un técnico encargado de asesorar y ayudar a solucionar su problemática. 30 manifestaron hablar con parteras y ser estas quienes la ayudaron.

Queda de manifiesto la importancia de la partera en cuanto a la lactancia, ya sea para aplicarla por primera vez como para solucionar dificultades, como corrección en la técnica. Han logrado en la mayoría de los casos entablar una relación con la paciente, dirigiéndose en buenos términos y ayudando a esta en lo que necesite, de esta manera logra mayor receptividad a la hora de hablar con la misma en cuanto a lactancia o cualquier temática a tratar.

Palabras claves: Lactancia, puerperio, conocimiento.

## SUMMARY

The present investigation had as **objective**: To identify actions of the Obstetrician Midwife that affect the knowledge about lactation in mothers who are in their first 48 hours of puerperium, in the Pereira Rossell Hospital Center in the second semester of the year 2020. **Method**: a transversal and descriptive study was carried out. The data collection technique was the focused interview to the mothers previously chosen with inclusion and exclusion criteria, the information was obtained through surveys previously elaborated by the members of this work. Previous informed consent to the patient. The estimated number for our research was 100 postpartum women. The variables to be taken into account for the study are age, schooling, parity, type of delivery, number of prenatal controls, attendance to maternity preparation classes, time of contact with the midwife and methodology used by midwife.

Results: Of the group studied, a data of interest for the conclusion of our research was the type of delivery, considering whether it was vaginal or cesarean section, and who attended it. Noting thus a clear division in terms of vaginal deliveries, which were almost entirely attended by a midwife, and caesarean sections performed by gynecologists. Only on two occasions were vaginal deliveries attended by gynecologists. PV 65% CST 35% (61 PV 33 CST). Of the 65% of vaginal deliveries, 97% were attended by a midwife and 3% by a gynecologist.

Conclusions: The group in charge of the research finds it essential to improve the incentive to attend classes in preparation for maternity, scheduled meetings where there is the possibility of performing different techniques in order to achieve greater adherence to breastfeeding and that the user have more knowledge to carry it out.

During the puerperium there is a better quality of care focused on breastfeeding, with many technicians focused on carrying it out and advising, a situation that was favored by COVID-19 and the situation at the epidemiological level of the country, due to the visits and traffic within the hospital decreased, and patients were more receptive to receiving care. We found an environment with all the conditions in favor of breastfeeding. Also taking into account that 87 of the 94 respondents had a companion, a known favorable situation to be able to carry out a successful breastfeeding.

Of the total of those surveyed, 34 of them had breastfeeding complications such as pain or cracks in the nipple, and they had a technician in charge of advising and helping to solve their problems. 30 said they spoke with midwives and it was these who helped her. The importance of the midwife in terms of breastfeeding is evident, whether to apply it for the first time or to solve problems such as correction of the feeding. In most cases, they have managed to establish a relationship with the patient, addressing themselves in good terms and helping her with whatever she needs, thus achieving greater receptivity when talking to her about breastfeeding or any subject to try.

Keywords: Breastfeeding, puerperium, knowledge.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna exclusiva se define como la práctica donde los lactantes sólo toman leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

Esta constituye una de las prácticas más recomendadas, dentro de ellas también se encuentra el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y continuar la misma durante al menos 2 años de edad, o hasta que la madre y el hijo/a así lo decidan.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia materna al menos durante el primer año.

Entre las medidas propuestas para alcanzar este objetivo, la OMS-UNICEF recomiendan que se inicie la lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido, proporcionar al lactante únicamente leche materna, dar el pecho siempre que se reclame y no utilizar biberones, tetinas o chupetes.

Dentro de los tipos de alimentación que se le puede brindar al RN se encuentra la lactancia mixta, con la cual se trata de proporcionar leche artificial en combinación con la leche materna y además de esta, está la lactancia parcial complementaria la cual maneja el empleo de alimentación con sólidos o líquidos permitiéndose la leche no humana. Otra opción es la lactancia artificial la cual consiste en utilizar solamente leche de fórmula para alimentar al RN.

La lactancia materna exclusiva es la forma ideal de aportar al recién nacido todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo saludable tanto en el proceso de adaptación a la vida extrauterina como para el resto de su periodo de potencial crecimiento, por lo tanto, la información brindada a las mujeres es base fundamental para desarrollar la misma de manera saludable tanto para esta como para el recién nacido.

La leche materna aporta energía y nutrientes para los primeros meses de vida y cubre más de la mitad de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida. También permite transmitir defensas de la madre al lactante favoreciendo al binomio y proporcionando beneficios notorios para ambos.

En cuanto al RN

*“recibe defensas a través de la leche materna las cuales colaboran en la prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, reduce la mortalidad por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como diarrea y neumonía, ayuda a la recuperación más rápida de las enfermedades, además de tener notorias repercusiones en el crecimiento y desarrollo cognitivo del niño. La madre recibe un notorio beneficio en contra del cáncer de mama, ya que tanto el embarazo como la lactancia influyen positivamente en la diferenciación del epitelio mamario y en la reducción de los niveles de ciertas hormonas como los estrógenos, cuyos efectos se relacionan con el cáncer de mama.”* (M<sup>a</sup>. Aguilar; E. Cordero; J. Álvarez; C. Padilla; N. Mur; P. García; M<sup>a</sup>. Valenza. (2010).

También aumenta los recursos familiares, esto bajo el fundamento de que no requiere dinero para su elaboración ni elementos que la acompañen, es una forma de alimentación segura y no perjudica el medio ambiente.

A nivel mundial se estima que solamente el 35% de los lactantes recibe leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría reciben algún otro alimento o líquido en los primeros meses. En contraposición a lo desarrollado en el párrafo anterior se ha encontrado que los factores para dejar la lactancia materna son: razones sociales, económicas y culturales.

La ambigüedad entre los beneficios económicos de la lactancia y que esta misma razón sea motivo por la cual se abandona la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses radica en que las madres a veces no reciben educación en cuanto a lactancia dentro de su embarazo o puerperio y en el caso de las que sí la reciben, esta no está adecuada a su estilo de vida. Esto conlleva a que en muchas ocasiones las madres se vean obligadas a abandonar la lactancia materna y salir a buscar un sustento económico lo antes posible, desconociendo sus derechos y las obligaciones de los empleadores entre otras cosas.

*“Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindársele para decidir y llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva, el personal de salud debe conocer e informar los derechos de estas para llevarla a cabo de la manera deseada, las ventajas, técnica de amamantamiento, la conservación de la leche, si la madre tiene que incorporarse tempranamente el trabajo. A la madre de familia y su entorno siempre hay que proporcionarle alternativas para que su hijo/a reciba únicamente leche materna.” (I. Crowley; 2015)*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y a partir de estos, introducir alimentos gradualmente apropiados para su edad en concomitancia con la lactancia materna durante dos años o más, es por esto que la investigación de nuestro grupo de trabajo está centrado en la Obstetra Partera/o como profesional de la salud capacitado para educar acerca de la lactancia materna y su contribución hacia la población para que pueda llevar a cabo estas recomendaciones.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas. (OMS 2020)

La importancia que se le brinda a la lactancia materna exclusiva en el Uruguay hace varios años, ha ocasionado un impacto favorable en cuanto a la posibilidad de desarrollar la misma según la encuesta elaborada por la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil con el apoyo de UNICEF en el año 2003. En la misma encuesta se estudiaron las prácticas de alimentación de 2.986 niños y niñas menores de 2 años. Los resultados obtenidos fueron comparados con dos encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP.

Los resultados confirman que el Uruguay está transitando un camino de recuperación de una cultura nacional de la lactancia materna. Se advierte un punto de inflexión a partir de 1996, que acompañó un proceso mundial de trabajo intenso por la promoción,

la protección y el fomento de la lactancia materna, apoyado por los organismos internacionales y la puesta en marcha de estrategias y campañas en la materia. En parte los resultados obedecen a la apropiación por la población de esta práctica natural. Los tiempos de lactancia se han ido extendiendo: casi la mitad de los/as niños/as de 12 a 15 meses (47,0%) y un tercio de los/as de 20 a 23 meses (31,3%) continúan recibiendo leche materna.

Estos datos están en consonancia con las políticas establecidas como la legislación vigente (Nro.19.161), cuyo último avance abarca a la reglamentación de la ley sobre salas de lactancia materna en los lugares de trabajo (Nro. 19.530). Aportan a esta mejora y dejan de manifiesto la importancia que tiene la misma para la salud del RN. Se proyecta este trabajo con la intención de estudiar las diferentes acciones empleadas por la Obstetra Partera/o en virtud de incidir sobre el conocimiento acerca de lactancia materna en madres que cursan sus primeras 48 hs de puerperio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el segundo semestre del año 2020.

## **CAPÍTULO II: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La/el Obstetra Partera/o es un profesional capacitado para el apoyo de la lactancia materna, ya que una gran parte de su carrera se centra en procesos fisiológicos y el manejo de dificultades en la lactancia, haciendo que el contacto directo con las mujeres en este proceso, desde el comienzo de la formación académica, genere una gran experiencia.

La lactancia materna es la alimentación de leche del pecho de la madre. Es un alimento único que le transmite defensas de la madre al recién nacido, fortaleciendo así el vínculo madre-hijo.

¿Pero qué sucede si las personas no reciben la educación suficiente para llevar una lactancia exclusiva exitosa?

¿Qué pasa si el profesional de la salud encargado de realizar el seguimiento del embarazo parto y puerperio de estas madres, no enfatiza en la importancia y los aspectos prácticos de la lactancia?

De acuerdo al Informe Mundial sobre Estado de Infancia 2010 del UNICEF, la lactancia materna óptima salva cada año la vida de millones de niños menores de 5 años y mejora sustancialmente la calidad de vida de millones.

A pesar de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva, no se ha logrado mantener dentro de los periodos recomendados mundialmente por la OMS y el UNICEF, lo cual genera preocupación, por ser un factor de riesgo para el desarrollo del niño.

Según la encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia (2011), se comprobó que un 35,6% de los niños amamantados en Uruguay no llegan al sexto mes de lactancia.

Analizando este porcentaje, y la capacitación del equipo de salud, encontramos que la misma no se correlaciona con los resultados. Es aquí donde nuestra calidad de estudiantes juega un rol importante, ya que se nos da la oportunidad para entablar una relación, preguntar y asesorar a las usuarias.

Nuestra investigación se hace indispensable, ya que tenemos en claro, según la OMS, que se podrían salvar alrededor de un millón de vidas infantiles al año, si se trabajara en conjunto, con todo el equipo interdisciplinario para lograr la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida del niño.

Por tal motivo nuestra investigación será conocer las acciones de la/el Obstetra Partera/o que inciden sobre el conocimiento acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de puerperio.

De esta forma, identificar las distintas causas por las cuales a pesar de la gran formación del equipo de salud en cuanto a lactancia, las madres no llegan a establecer una lactancia materna exclusiva.

Cuáles son los puntos débiles en nuestro asesoramiento hacia las usuarias y cuál metodología obtiene mejores resultados.

También se maneja la posibilidad de que la usuaria no desee establecer una lactancia materna exclusiva. En este caso también está no solo la decisión de la reciente madre, la cual es muy importante, sino que también puede pesar la falta de información en cuanto a la importancia de establecerla.

Nuestro equipo de trabajo plantea la posibilidad de encontrar dificultades en el personal de salud al trabajar estos temas. Es sumamente importante que una mujer pueda establecer lactancia materna exclusiva si lo desea, o no hacerlo si no lo prefiere, pero esta decisión nunca debe ser tomada por falta de información o complicaciones en el proceso.

## **CAPÍTULO III: OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **Objetivo general:**

Identificar acciones de la Obstetra Partera que inciden sobre el conocimiento acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de puerperio, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el segundo semestre del año 2020.

### **Objetivo Específicos:**

1-Indagar dentro del período de internación, si durante la gestación o el periodo puerperal transcurrido recibieron información sobre lactancia por parte de una/un Obstetra Partera/o y si dicha información les fue útil.

2-Identificar la forma y el contexto que utilizó la/el Obstetra Partera/o para implementar sus acciones en el asesoramiento. Conocer la percepción de las usuarias sobre las acciones de las/los Obstetras Parteras/os en el asesoramiento en relación a la lactancia.

3-Identificar el estado de situación en relación a estas acciones y eventuales variables o aspectos a mejorar o fortalecer.

## CAPÍTULO IV: JUSTIFICACIÓN

Según un artículo publicado en la página web de UNICEF, se destaca que las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son importantes tanto en países en desarrollo como en países industrializados ya que sean cuales sean los factores en los cuales contribuye, económicos, ambientales, entre otros, se demuestra que la mortalidad es más baja en los casos donde la lactancia materna se mantiene por más tiempo.

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas .

*La gran diferencia radica en que en muchos países es imprescindible fortalecer una “cultura de la lactancia materna” y diferenciar destacando las posibles problemáticas de establecer una “cultura de la alimentación con fórmula” (OMS-The Lancet, 2000).*

En muchos casos las madres no amamantan exclusivamente durante los primeros seis meses de vida del bebé, ni continúan con los dos años o más recomendados de lactancia, y en lugar de ello reemplazan la leche materna con sustancias de la leche materna u otras leches comerciales. La alimentación artificial es cara y conlleva riesgos

de enfermedades adicionales y la muerte, sobre todo cuando los niveles de las enfermedades infecciosas son altos y el acceso al agua potable es deficiente. La alimentación con fórmula plantea numerosos problemas prácticos para las madres en los países en desarrollo, incluyendo asegurar que la fórmula se mezcle con agua limpia, que la dilución sea correcta, que se puedan adquirir cantidades suficientes de fórmula y que los utensilios para la alimentación, especialmente si se utilizan botellas, puedan limpiarse adecuadamente.

La fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna, porque la fórmula, incluso la mejor, sólo reemplaza la mayoría de los componentes nutricionales de la leche materna: es sólo un alimento, mientras que la leche materna es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, muchos de los cuales simplemente no pueden incorporarse en la fórmula.

Además, en los primeros meses, es difícil para el intestino del bebé absorber otra cosa que la leche materna. Incluso una alimentación con fórmula u otros alimentos puede causar lesiones en el intestino de las que el bebé tarda en recuperarse varias semanas.

Los principales problemas son la presión social y comercial para poner fin a la lactancia materna, incluidas la comercialización y la promoción agresiva por parte de los productores de fórmula. La orientación médica incorrecta por parte de los trabajadores de salud que carecen de conocimientos adecuados y capacitación en apoyo a la lactancia materna agravan a menudo estas presiones. Además, muchas mujeres tienen que volver al trabajo inmediatamente después del parto, y hacen frente a una serie de problemas y presiones que suelen obligarlas a dejar la lactancia materna exclusiva

antes de tiempo. Las madres que trabajan necesitan apoyo, incluidas medidas legislativas, para poder continuar con la lactancia.

Teniendo en cuenta la formación de nuestra carrera la cual cuenta con una fuerte carga en cuanto a la lactancia materna y el acompañar los procesos fisiológicos del cuerpo humano apoyando lo natural siempre que las condiciones geológicas lo permitan, el equipo de trabajo se plantea la siguiente interrogante.

¿Cómo aportamos como profesionales de la salud, a un proceso de tal importancia como es la lactancia materna?

¿Brindamos el conocimiento necesario para permitirle a la madre optar por hacerlo en caso de que lo desee?

¿Colaboramos con derribar mitos y posibles arraigos culturales que priven a la madre de hacer lo que quiere?

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño, la Niña y la Madre para lograr una lactancia materna eficaz dice que el profesional de la salud es indispensable en el proceso de la lactancia, porque capacita a la mujer embarazada y a familiares acerca de lactancia materna, ayuda a la paciente a iniciar la lactancia media hora posterior al nacimiento del neonato, además de enseñar a mujeres las técnicas de extracción manual de leche por el motivo que tengan que dejar a los lactantes por algún tiempo, debido a complicación de salud del lactante o en la propia paciente.

UNICEF menciona que lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindarle para decidir y llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva, el

personal de salud debe conocer las ventajas, técnica de amamantamiento, la conservación de la leche si la madre tiene que incorporarse tempranamente al trabajo.

“A la madre y su entorno siempre hay que darles alternativas para que su hijo/a reciba únicamente leche materna.” (I. Crowley. 2015)

Teniendo en cuenta esta mención de UNICEF cabe cuestionarnos estos puntos claves como lo son las técnicas de amamantamiento, conservación de la leche, y el empoderar en cuanto a los derechos que le corresponde a la madre en cuanto a lo laboral, para poder completar este proceso natural valioso algunas veces limitado por algo tan importante como es la falta de conocimiento.

Durante el año 2003 en Uruguay se realizó la encuesta elaborada por la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil con el apoyo de UNICEF, la cual se desarrolla en el capítulo de antecedentes, pero cabe destacar de esta, que parte de sus resultados confirman que disminuye notoriamente la lactancia materna exclusiva cuando el niño llega a los 3 meses (momento en el que coinciden varios factores como la presencia frecuente de las crisis transitorias de lactancia y el reintegro laboral de las madres que trabajan)

Basados en estos puntos destacados, se establece esta investigación con el fin de conocer un poco más a fondo el aporte de las/os Obstetras-Parteras/os hacia el conocimiento acerca de la lactancia en mujeres en etapa de puerperio inmediato, qué técnicas se aplican para brindar el conocimiento, si estas técnicas son eficaces y cómo son recibidas por las usuarias.

Investigar qué tan importante es el establecer contacto con una partera/o en el proceso de embarazo, parto o puerperio. Y que nos diferencia de los otros profesionales de la salud. Como futuras/os obstetras parteras/os contamos con ideas construidas

previamente sobre el porqué de cada punto destacados en esta investigación, pero en ella se optó por encuestar usuarias y basar la misma en ellas para así poder tener un punto de vista directo desde el usuario y con esto, tener la posibilidad de aportar conocimiento hacia nuestra futura carrera y reconocer fortalezas y debilidades de la misma para poder mejorar lo que está bien y corregir lo que no.

## **CAPÍTULO V: ANTECEDENTES**

Un estudio publicado en la revista "Salud en Tabasco", mexicana, realizó un estudio muy completo en relación a los conocimientos de las puérperas sobre la lactancia materna exclusiva en su volumen 20 publicado en enero del 2014.

Realizando un estudio de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. El grupo de estudio se conformó en un total de 300 puérperas las cuales respondieron preguntas sobre el contenido de la leche materna, el tiempo ideal de amamantar, el apego, lavado de manos, conservación de la leche y amamantamiento nocturno, clasificando sus respuestas en grupos dependiendo la edad, el número de hijos y la escolaridad de las usuarias.

El conocimiento de las madres en este estudio fue regular en cuanto a la lactancia, conocían los beneficios y la gran mayoría la reconoció como favorable para el binomio. (R. Gerónimo, M. Magaña, E. Zetina, Y. Herrera, J. Contreras, 2014).

Adentrándonos en nuestro territorio dentro del Hospital Británico se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal durante el 2008 analizando un total de 287 nacimientos. Donde el objetivo fue describir las características de la población asistida en la maternidad de dicho Hospital y su comportamiento frente a la práctica de la lactancia materna.

Se incluyeron todos los neonatos de término que nacieron en la maternidad y que al mes de junio 2006 cumplieron uno, tres y seis meses de vida. La información se obtuvo a través de la revisión de historias clínicas y mediante una encuesta telefónica.

El total de la población analizada fue de 265 recién nacidos. La práctica de lactancia materna exclusiva en función de la edad fue, en el grupo de un mes de 58,2%, en el de tres meses de 49%, y en el de seis meses de 4,7%.

Los resultados recabados permiten comunicar una menor prevalencia de lactancia materna exclusiva, con respecto a la 3a. Encuesta Nacional de Lactancia Materna realizada en el año 2003.

Las prácticas en el alojamiento madre-hijo/a no ofician como protectoras de la lactancia materna

Por tanto no se encontró adherencia a las recomendaciones de la OMS con respecto a las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño y Las prácticas en el alojamiento madre-hijo no ofician como protectoras de la lactancia materna. (P. Gómez, A. Bonino, J. Stewart, C. Ricceto, V. Tejera, 2008)

Durante el año 2003 en Uruguay se realizó una encuesta elaborada por la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil con el apoyo de UNICEF.

En la misma encuesta se estudiaron las prácticas de alimentación de 2.986 niños y niñas menores de 2 años. Los resultados obtenidos fueron comparados con dos

encuestas de idéntica metodología realizadas en 1996 y 1999 a través del apoyo de UNICEF al entonces Programa de Promoción de la Lactancia Materna del MSP.

Los resultados confirman que el Uruguay está transitando un camino de recuperación de una cultura nacional de la lactancia materna y se mencionan en el capítulo Introducción con mas detalle.

Al analizar las encuestas sobre la prevalencia de LME en cada mes de vida, se advierte una pequeña mejora de este indicador en 2003 (con respecto a 1999) en los/as niños/as de 0, 1 y 2 meses; respecto a años anteriores, disminuye notoriamente a los 3 meses (momento en el que coinciden varios factores como la presencia frecuente de las crisis transitorias de lactancia y el reintegro laboral de las madres que trabajan) y luego aumenta considerablemente en el grupo de niños/as de 5 meses (de 19,8% en 1999 a 31,9% en 2003). Esto último puede explicarse por la consolidación, en el ámbito de los organismos internacionales, de la recomendación de que la lactancia materna exclusiva se extiende hasta el 6º mes, en contraposición al ambiguo 4 a 6 meses recomendado en años anteriores.

La mejora de la lactancia exclusiva se ha logrado a expensas de una disminución de la lactancia predominante; es decir, lo que ha disminuido es la incorporación de agua, tés y jugos en los/as niños/as amamantados/as menores de 6 meses.

Es de destacar el aumento que presentaron las cifras de prevalencia de lactancia materna exclusiva en 1999 con respecto a 1996.

Por otra parte, el Hospital Británico realizó la encuesta nacional sobre lactancia, estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia 2010-2011.

La encuesta se realizó a madres y padres de niños/as menores de 2 años usuarios de servicios del subsector público y del subsector privado del Uruguay. Fue realizada con similar metodología a la de las cuatro encuestas nacionales previas (1996, 1999, 2003 y 2007), lo cual permite su comparación así como el análisis de las tendencias en el tiempo. Las encuestas anteriores fueron realizadas por RUANDI, UNICEF y el MSP.

En esta ocasión se sumó INFAMILIA – MIDES específicamente apoyando la realización del módulo de anemia. El estudio fue realizado por 27 encuestadores licenciados en Nutrición, en 57 servicios de salud del subsector público y privado cubriendo 13 departamentos del país. Se entrevistó a 2994 madres de niños/as menores de 2 años en el momento en que concurrían al control de salud de sus hijos/as. El trabajo de campo se desarrolló entre agosto de 2010 y junio de 2011 e incluyó una muestra ponderada por tipo de cobertura de salud y por edad del niño que resulta comparable con las encuestas de 1999, 2003 y 2007.

En cuanto a lactancia este estudio observó una mejora en cuanto a la adhesión a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. La tasa de lactancia exclusiva en niños/as menores de 6 meses experimentó un aumento respecto de las cifras de 2007 pasando de 57.1 % en ese año a 65.2 % en 2011 lo cual representa un cambio muy positivo. Ese aumento se logró a expensas fundamentalmente de un incremento de los niños/as amamantados en forma exclusiva al 6º mes.

Esta mejora deja en evidencia la mejoría en el profesional de la salud encargado de asesorar a la mujer en cuanto a lactancia, las políticas realizadas a favor de la misma y el interés público por conocer los beneficios de la misma con el fin de desarrollarla y disfrutar de ese proceso.

## **CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Según la planificación de la toma de datos se realizará un estudio transversal y descriptivo. El estudio es descriptivo ya que su objetivo es describir los problemas de salud en función de variables de persona, lugar y tiempo. Constituye el grupo de diseños epidemiológicos más frecuente, utiliza información bien recogida para el objetivo del estudio mediante encuestas o cuestionarios como es el caso de nuestra investigación.

De acuerdo al número de ocasiones en que se mide la variable; el estudio es de tipo transversal porque se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un solo corte en el tiempo.

**ENFOQUE:**

El enfoque del estudio de investigación fue el cuantitativo, en la que se utilizó la estadística para el análisis de los datos.

**POBLACIÓN:**

La población muestral son las madres que cursan sus primeras 48 hs de puerperio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. El número estimado para nuestra investigación es de aproximadamente 100 puérperas.

Las variables a tener en cuenta para el estudio son edad, escolaridad, paridad, tipo de parto, cantidad de controles prenatales, asistencia a clases de preparación para la maternidad, momento del contacto con la/el partera/o y metodología utilizada por la esta.

**TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La técnica de recolección de datos será la entrevista focalizada a las madres elegidas previamente con criterios de inclusión y exclusión, la información se obtendrá por medio de encuestas elaboradas con anterioridad por los integrantes de este trabajo. Se puede ver la entrevista utilizada en ANEXO 1 y 2.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

### **Criterios de inclusión:**

Mujeres que estén cursando sus primeras 48 hs. de puerperio, con recién nacido en alojamiento conjunto y lactancia materna exclusiva o mixta en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Mujeres que hayan tenido contacto con una partera en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio, de la gestación recién transcurrida o cualquiera cursada anteriormente.

### **Criterios de exclusión:**

Mujeres que se encuentren cursando patología psiquiátrica en tratamiento y mujeres con lactancia contraindicada (ej.: portadoras de VIH, con RN prematuro menor a 32s, patologías del RN.)

## **CAPITULO VII: MARCO TEÓRICO**

### **PERFIL DE LA OBSTETRA PARTERA**

Diversas dimensiones conforman el perfil y las competencias de la/el Obstetra Partera/o, dimensiones que sólo es posible aislar metodológicamente con el propósito de una mayor especificación de cada una de ellas.

Desde el punto de vista académico, la/el Obstetra-Partera/o es una persona que habiendo sido admitida para seguir el Programa educativo vigente de la Escuela de Parteras, reconocido por la Facultad de Medicina, perteneciente a la Universidad de la República, ha culminado con éxito el ciclo de estudios prescrito, obteniendo las calificaciones necesarias y el título correspondiente que le permitirá ejercer legalmente la práctica de la Partería dentro del territorio de la República Oriental del Uruguay.

Desde el punto de vista profesional, la/el Obstetra-Partera/o es la persona que con formación científica, motivación, aptitud y actitud responsable proporciona una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital en:

- Promoción de la salud
- Prevención de la patología
- Diagnóstico y rehabilitación de los procesos patológico

- Atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, en el diagnóstico, control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante.

Todo ello mediante el uso de los instrumentos clínicos y tecnológicos adecuados, interviniendo tanto en los procedimientos clínicos normales como en la ejecución de eventuales medidas de emergencia.

Asimismo, desarrolla asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y comunidad. Esto incluye la educación prenatal y preparación para el parto, nacimiento, puerperio y crianza, enfocada hacia la salud integral de la mujer y, en particular, hacia su salud sexual y reproductiva.

Desde el punto de vista laboral, la/el Obstetra Partera/o es un/a profesional de ejercicio libre, habilitada/o para trabajar en ámbitos públicos o privados. Asimismo, está facultada/o para desarrollar actividades preventivas, educativas, administrativas, de gestión, de capacitación, de investigación y docencia.

Desde el punto de vista ético, el/ la Obstetra-Partera/o incluirá los siguientes aspectos durante el desempeño de su labor profesional:

- Respetar a la mujer como sujeto de derecho trabajar individualmente y/o con otros profesionales de la salud
- Consultando y derivando el caso cuando exceda sus competencias profesionales

- Proporcionar cuidados para la(s) mujer(es) y sus familias respetando la diversidad cultural, con perspectiva de género y enfoque de riesgo, con un abordaje Bio-Psico-Social.
- Utilizar su conocimiento profesional para lograr prácticas de nacimiento seguras en base a las mejores evidencias científicas, en beneficio de la mujer y su familia, en todos los ambientes y culturas, respondiendo a las necesidades psicológicas, emocionales y socio-ambientales.
- Mantener la confidencialidad, cumpliendo con lo inherente al concepto de secreto profesional
- Rehusarse a participar en actividades que lesionen sus principios morales y/o ideológicos, sin dejar de proporcionar el servicio esencial de salud
- Propender al desarrollo del crecimiento personal, profesional, científico y académico, a través de la capacitación, actualización; integrando y compartiendo estos conocimientos con sus colegas y la sociedad.

Rol de la partera en lactancia materna en base a las competencias según la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

(Organización Panamericana de la Salud, Herramientas para el fortalecimiento de la Partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación, y educación de las parteras tradicionales. Segunda ed. Montevideo: CLAP/SR;2010.)

La partera posee conocimientos sobre:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor y otras partes pertinentes del cuerpo humano.
- Alimentación del lactante, con inclusión de las ventajas de lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo.

La partera posee actitudes básicas para:

- Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del bebé, a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.

La partera posee conocimiento sobre:

- Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no solo al aparato reproductor sino también a los demás aparatos y sistemas.
- La fisiología de la lactancia, como iniciar y mantener el amamantamiento, el reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.

La partera posee actitudes básicas para:

- Ayudar a la madre a colocar al RN para amamantarlo , evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre sobre posibles dificultades posteriores y para la detección precoz del problema.

- Instruir a la madre y a la familia sobre todos los aspectos de la alimentación del lactante, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.
- Enseñar a la madre a realizar correctamente la toma de leche y supervisarla.

## **LACTANCIA**

El hecho de amamantar favorece la aparición del vínculo materno y del apego del bebé con su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refieren como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa, suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a resistir las infecciones.

### **Fisiología de la lactancia:**

Es importante conocer que el pecho se desarrolla y prepara durante el embarazo para cumplir su función de alimentar al bebé cuando se rompa la conexión placentaria. El pecho está plenamente preparado para la lactancia desde la semana 16, sin ninguna

intervención activa de la madre. Se mantiene inactivo por el equilibrio de las hormonas inhibitoras que suprimen la respuesta de las células diana. En las primeras horas y días postparto, el pecho responde a los cambios en el ambiente hormonal y al estímulo de la succión produciendo y secretando leche.

El inicio de la secreción láctea o lactogénesis, se ha descrito mediante tres estadios:

- Estadio I: Se inicia unas doce semanas antes del parto.
- Estadio II: Se inicia clínicamente dos o tres días después del parto, cuando la secreción de leche es copiosa.
- Estadio III o galactopoyesis: Se considera el mantenimiento de la lactancia ya establecida.

La salida de la leche se produce por medio de dos procesos, los cuales son fundamentales para que el bebé obtenga el volumen necesario de leche así como la totalidad de nutrientes. Dichos procesos son la expulsión activa de la leche por parte de la madre mediante el reflejo de eyección y la extracción activa del bebé quien, actuando sobre los tejidos del pecho con la mandíbula y la lengua saca la leche de los conductos lácteos. Para ello, una postura correcta y un buen agarre al pecho son vitales.

La velocidad de producción de leche es directamente proporcional a la cantidad de leche extraída en la toma anterior. De este modo, la producción de leche se adapta perfectamente a las necesidades del lactante, de una toma a otra e independientemente para cada pecho.

Una vez la lactancia ha sido establecida, su continuación con éxito no depende tanto de los niveles de prolactina elevados, sino del drenaje eficaz de los alvéolos. Ya que, si no existe un drenaje eficaz de la glándula, los alvéolos quedan tan llenos que las células mioepiteliales son incapaces de contraerse con fuerza suficiente para hacer salir la leche. Esto conlleva una disminución de la producción láctea.

Mientras las células mioepiteliales se contraigan adecuadamente y creen una presión positiva en el sistema de canalículos, la leche llegará hasta los conductos galactóforos donde puede ser extraída como resultado de la acción de la boca y de la lengua del bebé.

Tras un estímulo de succión se generan unos impulsos nerviosos que estimulan la hipófisis posterior provocando la salida de oxitocina a la corriente sanguínea materna por un reflejo no condicionado. Dicha secreción afecta a todos los receptores de oxitocina situados en los distintos órganos maternos. Pero, además, la oxitocina se produce también por un reflejo condicionado al ver y escuchar al niño o como resultado de la preparación para amamantar.

El primer paso para una buena succión, es conseguir que la lengua trabaje sobre los senos galactóforos favoreciendo la extracción de la leche. La relación entre estos dos componentes es crucial para una buena toma; por lo tanto, asegurarse de que la mandíbula está muy por debajo del pezón es esencial para asegurar que se agarre bien al pecho. Para que esto se lleve a cabo correctamente el bebé deberá introducir en su boca el pezón y gran parte de la areola.

La leche se podrá sacar mientras exista un gradiente de presión en los conductos mamarios. Éste se crea a través de una presión positiva en el alveolo, debido a la contracción de las células mioepiteliales, así como la presión negativa ejercida sobre el pezón por la boca del niño.

Cambios en la composición de la Leche Materna durante el periodo de lactancia:

La lactancia en el humano tiene diferentes etapas y cada una varía en relación a volumen, duración y composición.

Calostro: Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100 ml al día en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene el 87% de agua; 2.9g/100 ml de grasa; 5.5g/100ml de lactosa y 2.3g/ 100 ml de proteínas proporcionando 58 Kcal/100 ml. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48 mg/100 ml, al día. Y su pH de 7.45 favorece el vaciamiento gástrico.

Leche de transición: Se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Su volumen es de 400 a 600 ml/día. Leche madura: Se produce a partir del décimo día. con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml.

Leche de prematuro: Las madres de prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio, proteínas, grasas, calorías y una concentración menor de lactosa. La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella.

La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y ocasionalmente de proteína en recién nacidos de menos de 1.5 kg, por lo que estos nutrientes deben ser suplementados a través de una mezcla para prematuros que combine leche humana y fórmula para favorecer las condiciones de digestibilidad e inmunológicas de la leche humana.

Leche madura: A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutritivas. Se produce en promedio 750 mL/d pero puede llegar hasta 1200 mL/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo.

### **Beneficios de la lactancia materna para el niño:**

### **Enfermedades infectocontagiosas**

La LME (lactancia materna exclusiva), definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos ha demostrado disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales. Cualquier volumen de LM (leche materna) es protectora, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos

meses después de suspendida la lactancia. Por otra parte, aquellos lactantes alimentados con fórmula exclusiva presentan un incremento del 80% en el riesgo de presentar diarrea.

Los lactantes alimentados con LM durante el primer año de vida presentan un 30% menos de riesgo de enfermarse de diarrea por rotavirus y además ha sido descrita como un factor protector contra la infección por *Giardia* tanto sintomática como asintomática. La frecuencia de diarrea prolongada también es menor en aquellos lactantes amamantados. Una revisión sistemática (RS) que evaluó el riesgo de presentar infecciones gastrointestinales inespecíficas en niños menores de un año de países desarrollados, reportó que aquellos niños alimentados con LM tenían menor riesgo de presentarlas.

Respecto a la enfermedad febril aguda, existe una correlación inversa entre la LM y ésta durante los primeros meses de vida. Específicamente en relación a los neonatos, se ha observado que la LME o predominante es un factor protector de hospitalización por esta causa. En relación a las infecciones respiratorias, comparado con aquellos niños con LME durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía. Y los niños entre los seis y veintitrés meses alimentados con fórmula complementada, presentan el doble de mortalidad por neumonía, que aquellos que mantuvieron la lactancia complementada hasta los dos años de vida.

El riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja durante el primer año de vida disminuye un 72% en niños alimentados con LME por al menos 4 meses. La severidad de la bronquiolitis por virus sincicial es un 74% menor en aquellos niños con LME por al menos 4 meses comparado con aquellos niños alimentados con lactancia parcial o

fórmula exclusiva. Por otra parte, los niños alimentados con cualquier volumen de leche materna tienen 23% menos riesgo de presentar otitis media aguda, y la LME por al menos tres meses disminuye el riesgo de ésta en un 50%, este riesgo es de 63% si se prolonga hasta los seis meses.

### **Atopía, rinitis, alergias alimentarias y asma**

Niños amamantados por menor tiempo presentan mayor frecuencia de eccema, atopía, alergia alimentaria y alergia respiratoria. En aquellos sin antecedentes familiares de atopía, la disminución del riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema es de 27% al ser amamantados por al menos tres meses, y el riesgo de dermatitis atópica disminuye en un 42% en aquellos niños con antecedentes familiares de atopía alimentados con LME por al menos tres meses. La LME por al menos cuatro meses protege contra la rinitis a repetición. En relación a la alergia alimentaria, hay una revisión que concluye que la LME por al menos cuatro meses disminuye la probabilidad de presentar alergia a la proteína de leche de vaca a los 18 meses.

La lactancia de al menos tres meses disminuye el riesgo de asma en un 27% en aquellos niños sin historia familiar de asma. Los con historia familiar de asma se benefician aún más, dado que la reducción del riesgo llega al 40% en niños menores de 10 años.

### **Obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes**

Aunque existen controversias, la LM tendría un rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la adultez. Las tasas de obesidad son significativamente menores en lactantes alimentados con LM.

Existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con LM durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. La duración de la lactancia está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. Respecto a la hipertensión, un estudio prospectivo británico que evaluó a niños nacidos de pretérmino y los siguió hasta la adolescencia encontró que aquellos alimentados con leche de banco de leche, presentaron significativamente menores presiones arteriales media y diastólica que aquellos alimentados con fórmula para prematuros.

Con respecto a la dislipidemia existe una reducción del colesterol total y LDL de 7 mg/dL y 7,7 mg/dL respectivamente, en adultos que fueron amamantados en su infancia comparados con los que no. En relación a la diabetes, un estudio de casos y controles comparó a lactantes amamantados y no amamantados al alta hospitalaria, aquellos no amamantados al alta tuvieron un 33% más de riesgo de presentar diabetes dentro de sus primeros 20 años de vida. Se ha reportado hasta un 30% de reducción en la incidencia de DM Y en quienes recibieron LME al menos 3 meses, además de una reducción de hasta un 40% de la incidencia de DM tipo 2.

**Enterocolitis necrotizante:**

LM está relacionada con un 58% a 77% de reducción del riesgo de presentar esta enfermedad. Cada diez niños alimentados con LME se previene una enterocolitis necrotizante, y cada ocho se previene una enterocolitis que requiere cirugía o una muerte por ésta.

**Otras patologías**

La LM también tiene un rol protector sobre la enfermedad celíaca, existe una reducción de un 52% de riesgo de desarrollarla en aquellos lactantes que están con LM al momento de exponerse a alimentación con gluten. Además, existe una asociación entre la duración de la LM y la reducción del riesgo cuando se evalúa la presencia de anticuerpos celíacos. Por otra parte, la LM está asociada con un 31% de reducción de riesgo de presentar enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia.

**Beneficios de la lactancia materna para la madre:**

- Recuperación post parto: ya que la lactancia materna ayuda a la liberación de la hormona Oxitocina, esta ayuda en la disminución del sangrado luego del parto y la contracción uterina.
- Protección sobre la depresión post parto: otro de los efectos de la oxitocina es el producir amor, apego y felicidad; por lo tanto en la medida que se instale la lactancia, la hormona estará presente, disminuyendo la depresión y aumentando el apego con el recién nacido.

- Beneficios para el sistema óseo, prevención de fracturas, osteoporosis y artritis: dar de mamar ayuda a remineralizar los huesos, trayendo de nuevo todos los minerales perdidos durante el embarazo.
- Menor riesgo de cáncer de ovario, útero y mama: por cada año de lactancia se reduce el riesgo de cáncer de un 4.3%.
- La lactancia retrasa la menstruación, ya que pospone la ovulación. Las mujeres que amamantan pueden demorar en restablecer sus ciclos hasta un año, sin embargo aquellas mujeres que optan por la alimentación artificial vuelven a menstruar a las 6 u 8 semanas post parto.
- Mayor reserva de hierro: ya que al no menstruar el organismo mantiene y reserva mayor nivel de hierro, con lo cual previene la anemia y la leche materna tiene mejor calidad.
- Mejora el peso: ya que dar de mamar ayuda a la reducción de peso mucho más rápido, ayudando a la madre a adquirir el peso preconcepcional más rápidamente.

### **Lactancia materna exclusiva:**

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera materna durante los primeros seis meses de vida.

La lactancia materna debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido. Otra de las razones es la importancia de brindar la primera leche, de color amarillo brillante conocida como calostro, la cual es vital por su función

de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión, tiene alto valor nutritivo y ayuda al niño a evacuar sus primeras heces.

El principal estímulo que induce la producción de la leche es la succión del niño por lo tanto, cuantas más veces la madre le brinda el pecho y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día. También varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo ya que durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; posteriormente aparece la leche madura, cuyo aspecto puede parecer “aguado” sobre todo al principio ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa “espesa”.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

La lactancia se inicia en la primera hora de vida.

El lactante solo recibe leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. La lactancia se hace a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche. No se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

### **Comparación de la lactancia materna con otras fórmulas:**

La organización mundial de la salud aclara que el alimento ideal para un bebe es la leche materna, contiene todos los nutrientes que necesita, además de que favorece una excelente relación emocional entre madre e hijo, sin embargo, para los bebés que no pueden ser amamantados se crearon las fórmulas lácteas, que, aunque no posean todas las cualidades de la leche materna, cubren sus necesidades nutricionales básicas. Ambos tipos de lactancia vienen con una serie de beneficios y desventajas que a continuación se dará a conocer:

Leche materna. Cuenta con un gran número de beneficios los factores inmunes y bio activos protegen al lactante de muchas infecciones y le ayudan a un mejor desarrollo físico y emocional que le permitirán gozar de una vida más saludable.

Se puede obtener a través del (extractor de leche materna) y guardarla para posteriormente dársela al niño. Esta no pierde sus propiedades y mantiene las características de protección y promoción del crecimiento hasta por 48 horas.

Leche artificial. Las fórmulas lácteas son el resultado de más de 100 años de investigación por encontrar un reemplazo adecuado de la leche materna. Su beneficio principal consiste en que ayudan a preservar la vida y la salud del bebe cuando por diversas razones este no puede recibir una lactancia materna natural, intenta reproducir la calidad nutricional de la leche materna, sin embargo no contiene las sustancias inmunológicas, y hormonas que promueven el crecimiento del niño.

### **Posiciones para una lactancia eficaz:**

- La madre sostiene el pecho con los dedos formando una “C”. La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
- Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.
- La panza del niño o niña debe estar pegada contra la panza de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre.
- Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.

**Posición sentada:** Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible.

**Posición de sandía:** Es una buena posición para después de una cesárea y para amamantar gemelos

**Posición acostada:** Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche. Hay muchas posiciones más, lo importante es que la madre pueda elegir entre ellas, para estar cómoda mientras amamanta a su bebé.

## **PUERPERIO**

Se define puerperio al período que comienza luego de la salida de la placenta y anexos hasta la restitución de las modificaciones gravídicas, tanto anatómicas como funcionales, abarcando entre 6 y 8 semanas de duración. Las modificaciones gravídicas involucionan hasta casi restituir las a su estado pre grávido, con excepción de la glándula mamaria, la cual alcanza su mayor desarrollo durante esta etapa para lograr establecer el proceso de lactancia.

Se divide al puerperio en:

- Puerperio inmediato: corresponde al periodo que transcurre durante las primeras 24 horas
- Puerperio mediato: corresponde al periodo que transcurre desde el primer día y finaliza en el día 10
- Puerperio tardío: corresponde desde el día 11 hasta el día 42
- Puerperio alejado: corresponde al tiempo que transcurre luego de los 42 días

## **CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS**

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales.

Durante el embarazo, la mama está preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios.

Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras. Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la aréola y pezón.

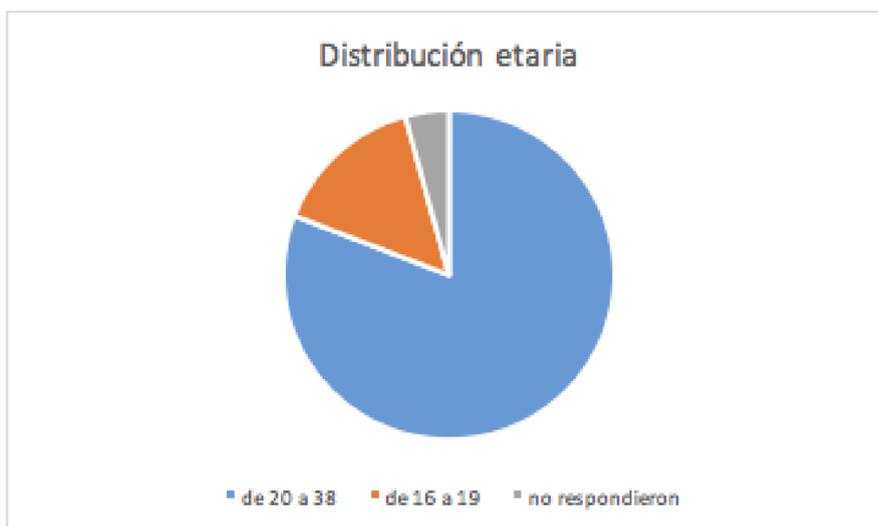
En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 mL por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

Histológicamente se aprecia una gran hiperplasia de los lóbulos y lobulillos, como en una verdadera adenosis mamaria en que alvéolos y conductillos se encuentran en íntimo contacto y aparecen dilatados con abundante secreción en su interior.



## CAPÍTULO VIII: RESULTADOS

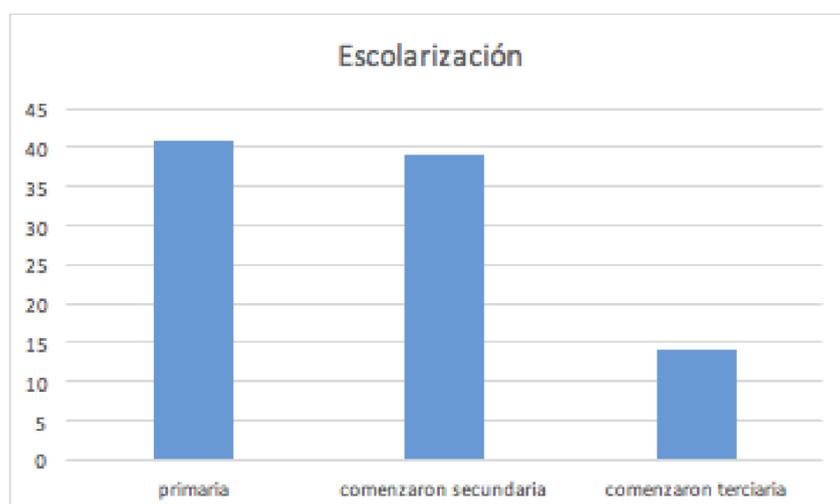
De un total de 100 encuestadas, el 81% de las usuarias comprenden el grupo etario entre 20-38 años (la edad reproductiva ideal según la OMS es de 15-49 años de edad), mientras que el 15% corresponden a adolescentes entre 16-19 años. 4 usuarias se negaron a responder.



Con respecto al nivel de estudios de las entrevistadas se tomó como posibles variables el finalizar la primaria, comienzo de estudio secundario y comienzo de estudios terciarios dejando sin representar a las usuarias que no culminaron la primaria ya que ninguna de las encuestadas cumplía con esa condición. Quedando así un marcado resultado en cuanto a las personas que terminan primaria, la gran mayoría de ellas comienzan la secundaria.

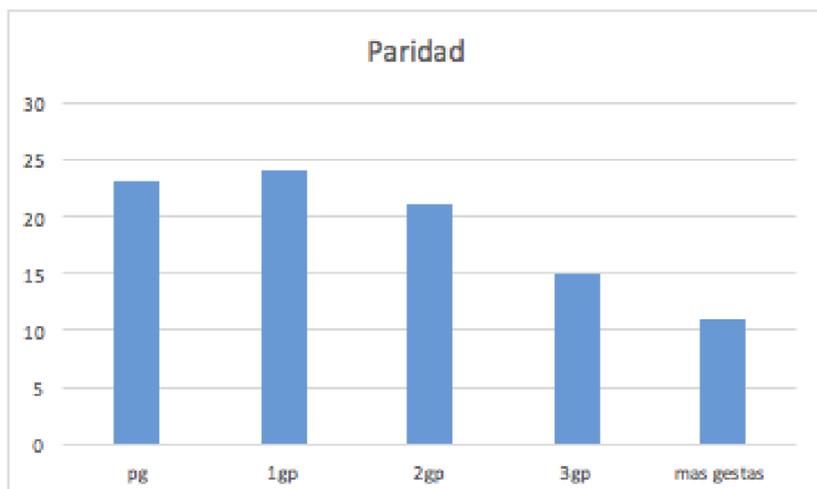
De las 41 usuarias que respondieron haber culminado la primaria, 39 de ellas manifestaron comenzar la secundaria.

Luego vemos un marcado escalón en cuanto a las personas que comienzan la secundaria y las que comienzan algún estudio terciario siendo un 35 % de ellas



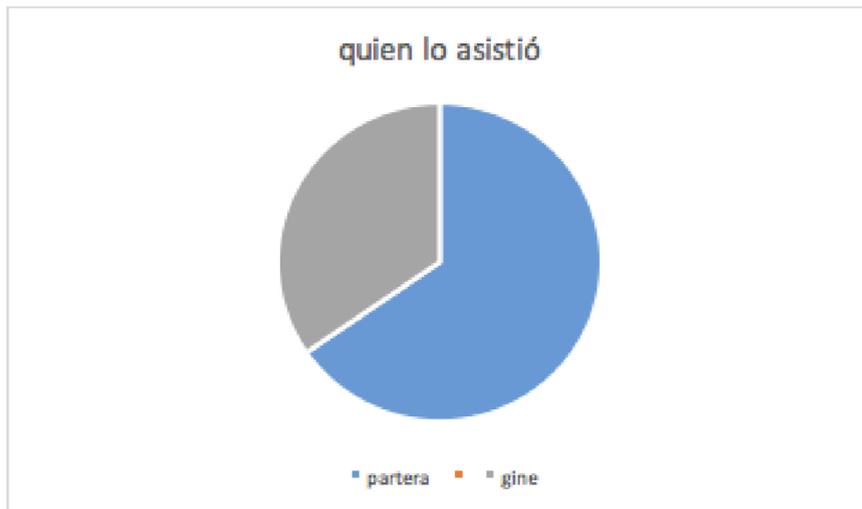
En cuanto a la paridad, tal y como se representa en la gráfica, se divide el número de gestas previas.

Si bien encontramos aquí una distribución variada en cuanto a las gestas previas destacamos que las gestas en nuestra investigación crecen exponencialmente con la edad de la usuaria, las gestantes añosas son las que cuentan con más cantidad de gestas previas.



Del grupo estudiado, un dato de interés para la conclusión de nuestra investigación era el tipo de parto, contemplando si este era vaginal o cesárea, y quien asistió el mismo. Notándose así una clara división en cuanto a los partos vaginales, los cuales casi en su totalidad fueron asistidos por una partera, y cesáreas realizadas por ginecólogos/as. Solo en dos ocasiones, los partos vaginales fueron asistidos por ginecólogos/as. PV 65% CST 35% (61 PV 33 CST). Del 65% de los partos vaginales el 97% fue asistido por una partera y el 3% por ginecólogo.





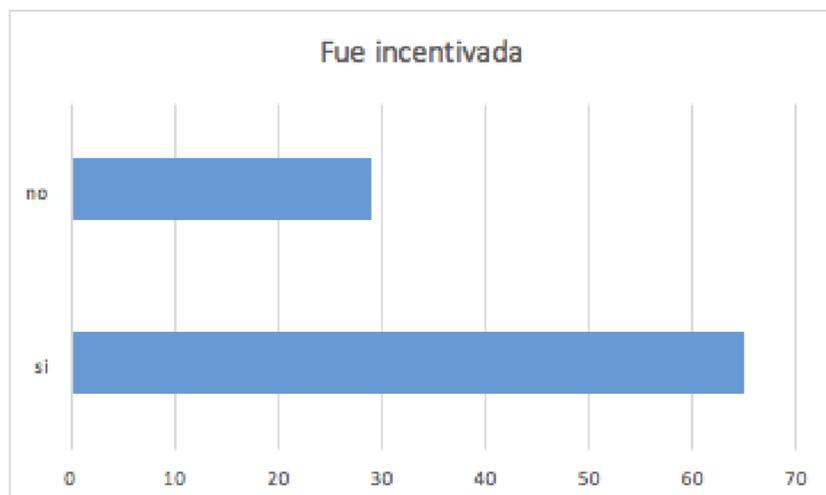
Para remarcar esta división se decidió colocar las gráficas de modo continuo para así notar la distribución de partos y cesárea y la disposición de los técnicos encargados de acompañar o resolver una u otra condición.

En cuanto a preparación para la maternidad encontramos que un 96% del grupo encuestado no asistió, conformando así un total de 93 personas, solo una usuaria (1%) asistió a las clases de preparación y dos usuarias (3%) respondieron que buscaron en internet información sobre las mismas, incluyendo dentro de esta información de lactancia.



Uno de los ejes y de las preguntas que adquiere mayor relevancia en cuanto a la investigación es saber cuántas de estas usuarias tuvieron contacto a lo largo de su embarazo con una partera, y de estas cuantas recibieron consejería en cuanto a lactancia. A esta pregunta se nos respondió en un 87% de las ocasiones que si, habían recibido atención por parte de una partera a lo largo de su embarazo lo que alcanza a un número de 79 encuestadas, y un 13% respondieron que no, lo que conforma un número de 15 personas.

También destacar que del 87% que manifestó tomar contacto con una partera, 51 fueron durante el parto. y solo 8 de las que manifestaron tener solo un contacto con parteras, manifestó ser este contacto durante el puerperio.



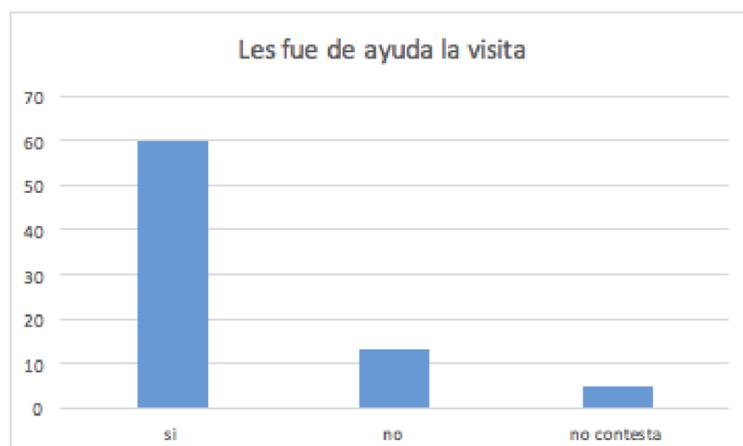
De la totalidad de usuarias que manifestaron tener contacto con una partera en cualquier parte del embarazo parto o puerperio, el 69% manifestó que fue incentivada a prender a pecho, un total de 65 encuestadas. Mientras que 29 de ellas respondieron no a la pregunta, lo que conforma solo un 31% del grupo.

Estas 29 son las que surgen del cruce de preguntas anteriores. Son usuarias que manifestaron tener un solo contacto y este se dio solamente durante el parto. U ocurrió durante la captación de embarazo y fue derivada por alguna patología.



La siguiente pregunta a analizar en nuestra encuesta fue la cantidad de técnicos que visitaron a la usuaria en su etapa de puerperio. A esta pregunta 75 usuarias respondieron que recibieron consejería durante el puerperio, un 87% y solo 16 respondieron que no, el 13%.

Decidimos separar por cantidad al número de técnicos que la asesoraron y la gráfica siguiente representa sus respuestas. 25 (33%) personas respondieron que solo un técnico las visitó. 53 personas (50%) respondieron que la visitaron 2. y el resto (11) respondieron que tres o más (17%)



Al preguntarles si les fue de ayuda la visita de un técnico en el periodo de puerperio 60 respondieron que sí, 13 que no y 5 se negaron a contestar, dando una marcada inclinación hacia el sí demostrado en la gráfica anterior.

De las mujeres que contestaron nuestra encuesta, 43 manifestaron conocer por lo menos un beneficio acerca de la lactancia y 39 prefirieron no hablar al respecto.

De las 53 que manifestaron conocer, todas pudieron decir por lo menos un beneficio de la misma.

Del total de las usuarias encuestadas, 87 estaban acompañadas y solo 7 no lo estaban.

## **CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES**

Al comienzo de este trabajo el grupo de estudio se planteó realizar una investigación acerca de la intervención de la/el partera/o a favor del conocimiento acerca de la lactancia.

Para lograr esto se decidió encuestar a mujeres que están cursando sus primeras 48 horas de puerperio en internación dentro del Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el fin de establecer un ambiente tranquilo para realizar las encuestas y contar con los primeros contactos del recién nacido con la madre, de esta manera la usuaria podía responder lo que estaba viviendo en ese momento, y si tenía dificultades en cuanto a la lactancia, que este sea reciente y no este aminorado con el paso del tiempo.

Así se logró realizar un total de 100 encuestas, de las cuales 4 usuarias se negaron a responder la totalidad de las mismas. Teniendo contacto con un total de 100 usuarias como se había establecido previamente.

Las respuestas que estas brindaron fueron separadas y graficadas de manera de contar con mejor material para el análisis de los resultados como se apreció en el capítulo anterior.

Se encuentra una correlación en cuanto al estar acompañada o no, ya que de las pacientes que manifestaron no estar acompañadas (7) la totalidad de estas se debía a

una cuestión del cuidado de sus otros hijos, relacionándose así con la cantidad de gestas.

Las 7 personas que respondieron no estar acompañadas durante el puerperio, son personas mayores de 20 años, y que tienen más hijos, esta situación hacía imposible el acompañamiento durante este periodo. Dentro de este grupo, todas supieron hablar de los beneficios de la lactancia y refirieron tener contacto con una partera, ya sea en este como en los embarazos anteriores. Su situación y la cantidad de gestas aumenta el contacto con los técnicos encargados de asesorar en cuanto a lactancia y aumenta también la experiencia, lo que conlleva a una mejor adaptación al puerperio y una mejor receptividad hacia la información brindada por los técnicos.

En cuanto a la escolarización, se observa en la gráfica que la totalidad de las encuestadas comenzó sus estudios primarios, y de estas casi la totalidad logró terminar primaria y comenzar secundaria.

No sucede lo mismo al analizar ese escalón, una cantidad muy pequeña de usuarias que logra terminar el nivel secundario e ingresar al terciario.

Si bien no se puede sacar una conclusión de esta pregunta incluida en el cuestionario, ya que, tanto la intervención de la partera/o como su capacidad de amamantar no se ve limitada por el nivel educativo de la usuaria, es un dato que no deja de ser útil teniendo en cuenta que las usuarias adolescentes (16), 7 de ellas, se encuentran cursando estudios secundarios en el momento, situación que el técnico encargado de asesorar

en lactancia tuvo que tener en cuenta en el momento de asesorar y solo la mitad de ellas manifestaron recibir consejería en cuanto a eso ( hacer hincapié en extracción de leche entres otras cosas).

En cuanto al tipo de parto, se corresponde en un número grande al técnico encargado de asistir el mismo y a la consejería. De las 100 gestantes encuestadas 61 de ellas tuvieron parto vaginal y 33 CST las cuales por competencias fueron realizadas por Ginecotocologo/a. De los 61 partos vaginales solo 2 fueron asistidos por ginecotocología/as mientras que el 97% fueron asistidos por parteras.

De estas 59 personas que recibieron atención por parte de una partera en el momento del parto. Una contaba con información en cuanto a lactancia por asistir a clases de preparación para la maternidad vía zoom dictadas por parte de una partera. Dos de estas buscaron información sobre lactancia durante el embarazo vía internet y esa fue su único contacto con la temática, cabe destacar que estas tres usuarias no contaban con gestas previas.

Las 56 restantes tuvieron contacto con una partera en el parto vaginal y todas manifestaron ser estimuladas a prender a pecho posparto práctica que es común en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Durante la etapa puerperal 45 de ellas manifestaron ser visitadas por parteras con intenciones de incentivar la lactancia y conversar sobre técnicas de amamantamiento, estas 45 supieron mencionar algún beneficio de la lactancia, y mencionaron ser visitadas por más de un técnico, no solo parteras, entre otros profesionales de la salud

mencionaron ginecología en 11 ocasiones, neonatólogo en 31 y casi la totalidad mencionó a personal de enfermería.

Teniendo en cuenta el número total de encuestadas (94) y que 65 de ellas fueron incentivadas y asesoradas en cuanto a lactancia, sólo 25 de ellas recibieron la visita de un solo técnico, el resto por dos o más de dos.

Solo 13 personas de este grupo manifestaron que recibieron información pero esta no fue útil, debido a que hubo barreras en la comunicación, no le supieron transmitir el conocimiento, o ella no se encontraba receptiva para la información brindada en ese momento.

Analizando el grupo de estudio y cada una de las variables mencionadas anteriormente el equipo de estudio obtiene como conclusión que las/los Parteras/os encargadas de brindar la atención en el momento del parto o del puerperio, han brindado información en cuanto a lactancia fomentando la misma y explicando siempre la importancia de ella. Como punto débil cabe destacar que en el 83% de los casos se utilizó la modalidad oral, y el restante además de brindar la información, ayudó mediante la práctica en sala, a mejorar la técnica y el confort de la madre a la hora de amamantar por lo que vemos imprescindible mejorar las modalidades por las cuales se brinda la información ya que gran porcentaje de las usuarias que manifestaron recibir asesoramiento, hubieran preferido que este se brinde de otra modalidad además de la empleada y se mostraron receptivas a concurrir en caso de existir talleres de lactancia.

En lo que respecta a la atención durante la gestación y los controles de embarazo, la investigación demuestra que no se trabajó la temática, el 98% de las puérperas manifestó no recibir información, pero el 63% de estas contaba con información previa obtenida por parte de familiares y amigos.

La fortaleza que se encuentra mediante las encuestas y los datos obtenidos en ellas es el incentivo hacia la lactancia en el momento inmediato posparto, y en los dos días posteriores de puerperio.

El grupo encargado de la investigación encuentra primordial mejorar el incentivo de la concurrencia a las clases de preparación para la maternidad, encuentros programados donde se da la posibilidad de realizar diferentes técnicas con el fin de lograr mayor adherencia hacia la lactancia y que la usuaria tenga más conocimiento para llevarla a cabo.

Durante el puerperio se encuentra una mejor calidad de atención dirigida a la lactancia, con muchos técnicos enfocados en llevarla a cabo y asesorando, lo cual se vio afectada por el COVID-19 y la situación a nivel epidemiológico del país, por estar las visitas y el tránsito dentro del hospital disminuido, y las pacientes estar más receptivas a recibir atención.

Encontramos un ambiente con todas las condiciones en favor a la lactancia. Teniendo en cuenta también que 87 de las 100 encuestadas contaban con acompañante, situación favorable conocida para poder llevar a cabo una lactancia exitosa.

Del total de las encuestadas 34 de ellas tuvieron complicaciones en cuanto a lactancia como dolor o grietas en el pezón, y tuvieron un técnico encargado de asesorar y ayudar a solucionar su problemática. 30 manifestaron hablar con parteras/os y ser estas quienes la ayudaron.

Como conclusión final queda de manifiesto la importancia de la partera/o en cuanto a la lactancia, ya sea para establecerla por primera vez, como para solucionar dificultades, como corrección en la técnica lo que demostró ser muy útil en el asesoramiento en primigestas, quienes no cuentan con experiencia previa, este dato surge, ya que del total de las encuestadas 64 de ellas estuvieron en contacto con parteras 19 eran primigestas y un 90% de estas manifestó mediante la encuesta que este asesoramiento le fue útil y necesario para llevar a cabo la lactancia hasta el momento. Las/los Obstetra Parteras/os lograron en la mayoría de los casos entablar una relación con la paciente, dirigiéndose en buenos términos y ayudando a esta en lo que necesite, de esta manera logra mayor receptividad a la hora de hablar con la misma en cuanto a lactancia o cualquier temática a tratar.

Consideramos que la investigación cumplió los objetivos planteados en la planificación, teniendo en cuenta que se realizó en contexto de pandemia por Covid-19 con las medidas sanitarias que coincidieron al momento de realizar las encuestas surge un dato muy relevante: del total de las encuestadas el 96% no concurrió o no participó a

las clases de preparación para la maternidad, planteándonos una nueva interrogante que no estaba contemplada:

¿Qué hubiera pasado con las clases de preparación para la maternidad si no hubiese pandemia? ¿El porcentaje de deserción sería tan alto si hubiesen sido presenciales?

Lo que sabemos es que estas en muchos de los casos se dictaron por aplicaciones dependientes de servicios de conectividad. Como posible respuesta podemos pensar que no pudieron realizarlas debido a que no contaban con internet en sus hogares, o de una computadora, o no podían conectarse por encontrarse con más hijos a cargo y por lo tanto no encontrar un ambiente propicio para la recepción de la información por la cantidad de barreras allí encontradas.

Quizá aquí encontramos nuevas necesidades de las mujeres, en donde debemos pensar en una herramienta que contemple el asesoramiento de las usuarias durante su etapa de gestación teniendo en cuenta al nuevo escenario que nos ha dejado la pandemia, y en cual debemos de doblar esfuerzos para brindar la mejor atención a las usuarias.

## CAPÍTULO X : ANEXOS

### ANEXO 1

Cuestionario

Iniciales:

Edad:

Escolaridad:

Paridad:

Tipo de parto:

Horas de puerperio:

Quien la acompaña:

¿Tuvo contacto con una Partera en el embarazo, parto o puerperio

de este o de sus otros embarazos (en caso de tener más de uno)?    Sí        No

¿Concurrió a los controles durante la gestación? Sí No

En caso de responder sí, ¿a cuántos?

\_\_\_\_\_

¿Participó de clases de preparación para la maternidad? Sí No

En caso de responder sí.

¿Estuvieron a cargo de una Partera? Sí No

Dentro de ellas ¿Obtuvo alguna información sobre lactancia? Sí No

Para tratar el tema ¿Qué metodología se utilizó? : \_\_\_\_\_

En caso de responder más de una:

¿Cuál le fue de más ayuda? \_\_\_\_\_

Inmediatamente luego del nacimiento el profesional encargado de su parto/cesárea

¿La incentivo a prender a pecho al recién nacido? Sí No

¿Recibió en este momento consejería sobre lactancia Sí No

por parte de alguna partera?

En caso de responder que sí

¿Qué metodología se utilizó? \_\_\_\_\_

En caso de responder más de una:

¿Cuál le fue de más ayuda?

---

Durante el puerperio

¿Ha venido alguna Partera a hablarle sobre lactancia?

Sí No

En caso de responder que sí,

¿Qué metodología se utilizó?

---

En caso de responder más de una:

¿cual le fue de más ayuda?

---

En cuanto al modo en el que fue asesorada

¿Le aportó conocimiento necesario para llevar a cabo la lactancia?

Sí No

¿En qué momento en la que fue asesorada la información le fue más

útil? \_\_\_\_\_

¿La metodología utilizada la favoreció a recordar la información

para luego aplicarla?

Sí No

¿Qué destacaría de la actitud comunicativa de la/las parteras que

le brindaron asesoría? \_\_\_\_\_

Elija una palabra dentro de las siguientes para definir el modo en el que se la asesoró:

A- Clara

B- Concisa

C- Práctica

D- Oportuna

E- Demasiada técnica

F- Demasiado invasiva

G- Poco entendible

**ANEXO 2:**

## HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO

Estimado/a:

En el marco de la elaboración del trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera/o de la Escuela de Parteras de Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica, se realizará una investigación titulada: “Acciones de la Obstetra Partera que inciden sobre el conocimiento acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de puerperio, en el Hospital Pereira Rossell en el segundo semestre del año 2020.”. El y las responsables de la misma serán Mendoza Martin, Pedraja Florencia, Perdomo Valentina, con la tutoría de la Prof. Adj. Lic. en Psicología Viera Mercedes y la cotutora de la Asistente Clínica OP Silvana Gómez Leis

Dentro de sus principales objetivos, se puede mencionar: Indagar dentro del período de internación, si durante la gestación o el periodo puerperal transcurrido recibieron información sobre la lactancia por parte de una partera y si dicha información les fue útil, identificar el contexto y metodología que utilizó la Obstetra Partera para reflejar sus acciones en el asesoramiento, realizar tablas comparativas con los datos recabados en dichas entrevistas, que nos permitan identificar el estado de situación y eventuales variables para poder plantear mejoras.

Para la consecución de este fin, se realizarán encuestas personalmente por él y las integrantes de este proyecto previo consentimiento informado de las usuarias.

Se realizará un estudio transversal y descriptivo en una muestra de 100 puérperas, las cuales van a ser seleccionadas mediante criterios de inclusión y de exclusión. Criterios de inclusión: Mujeres que estén cursando sus primeras 48 hs. de puerperio, con recién nacido en alojamiento conjunto y lactancia materna exclusiva o mixta en el Hospital Pereira Rossell.

Mujeres que hayan tenido contacto con parteras tanto en el embarazo actual como en embarazos pasados.

Criterios de exclusión: Mujeres con lactancia contraindicada (ej.: portadoras de VIH, con RN prematuro menor a 32s., patologías del RN.)

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal (no afectando la calidad de asistencia, en los casos que corresponda). Solamente tendrá que responder de la forma más clara y honesta que pueda algunas consignas.

La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las y los responsables de la investigación, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso. Se señala que las entrevistas serán grabadas, siendo las transcripciones llevadas a cabo por las y los investigadores, a los efectos de preservar su anonimato.

El tiempo dedicado por cada paciente será de 15 minutos en total.

La participación en la presente investigación, no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que esta investigación pueda realizar en torno a la temática central que aborda.

Asimismo, cabe destacar que esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo para los participantes, y que, en caso contrario, los investigadores a cargo serán

responsables de aquello que pudiera resultar un perjuicio para los mismos, así como de la búsqueda y obtención de los recursos que sea necesario desplegar para compensar la mencionada situación.

Por último, mencionar que la contribución de las pacientes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden rechazar la respuesta a cualquier pregunta y tienen derecho de desistir de participar en cualquier momento del proceso, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Por cualquier consulta o duda pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con él y las investigadoras responsables, Mendoza Martin 091052907, Pedraja Florencia 098182428, Perdomo Valentina 094453107.

Firma investigador/as responsables:

Aclaración de firma:

Martín Mendoza

Florencia Pedraja

Valentina Perdomo

Declaración de consentimiento:

En el presente documento, manifiesto que leí y escuché la información que se me ha brindado sobre la investigación: "Acciones de la Obstetra Partera que inciden sobre el conocimiento acerca de lactancia en madres que cursan sus primeras 48 horas de puerperio, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el segundo semestre del año 2020.". Se me ha concedido la posibilidad de plantear dudas y preguntas, ante lo cual considero satisfactorias las respuestas recibidas.

Acepto voluntariamente participar en la mencionada investigación y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona.

Acuerdo asimismo ser entrevistado y que la mencionada entrevista sea utilizada en la investigación.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

En caso de no consentimiento explicar brevemente los motivos del mismo:

---

---

## CAPÍTULO X: BIBLIOGRAFIA

A. Cáceres; M. Cárdenas; M. García; D. Quiñones; R. Matlin; A. Onice; A. Verastegui, (2016). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú, 81(4): 281 - 287

Muñoz Cruz, R; Rodríguez Mármol, M. (2016). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. Enfermería (Montev.). [Internet]. 2017 Jun.; 6 (1) 19-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>

R. Gerónimo, M. Magaña ,E. Zetina, Y. Herrera, J. Contreras (2014) Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Revista Salud en Tabasco Vol. 20, No. 1, Enero-Abril 2014, pp 14-20.

A. Bonino; P. Gómez; C. Ricceto; J. Stewart; V. Tejera. (2008) Perfil de la lactancia materna en la población del Hospital Británico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79 (1), 15-20. Recuperado el 12 de noviembre de 2019, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492008000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492008000100004&lng=en&tlng=es).

M. Gil; A. Lozano; M. Sacristán; A. Vega. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2011 Mar [citado 2020 Dic 10]; 13( 49 ): 33-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es).

P. Ladewig; M. London; S. Moberly; S.Olds 5ª Edición (2006), *Enfermería maternal y del recién nacido*, Mc Graw Hill. Interamericana.

E. Muñoz; O. Gil; C. Gil, 1era Edición (1985), *Conocimiento de nuestro cuerpo y sus cuidados*, Barcelona, Mundilibros S.A.

Dr. B. Abdu; Dra. F. Sabillón. Composición de la leche materna Revista Honduras Pediatría - Vol XVIII- No. 4, diciembre 1997 pp120-124 Disponible en:  
<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

P. Brahm; V. Valdés. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 10]; 88( 1 ): 07-14. Disponible en:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.

OMS lactancia materna exclusiva

[https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf)

O. Peralta. Aspectos clínicos del puerperio, instituto chileno de medicina reproductiva [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 03] disponible en:[https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio\\_octavio.pdf](https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf)

M<sup>a</sup>. Aguilar; E. Cordero; J. Álvarez; C. Padilla; N. Mur; P. García; M<sup>a</sup>. Valenza. (2010) Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n6/original6.pdf>

Y. Borre; G. González; C. Navarro; LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿LA CONOCEN LAS MADRES REALMENTE? Revista CUIDARTE, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 723-730. Disponible en:  
[https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html) unicef lactancia materna

UNICEF (2014). Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html) (Consultado en mayo 2016).

Crowley I. (2015). La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. UNICEF.

Disponible en:

[https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF\\_SuplementoAbril2015.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf) (Consultado en diciembre 2020).

M. Ortega-Ramírez. (2015). Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. *Acta pediátrica de México*, 36(2), 126-129. Recuperado en 27 de octubre de 2020, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912015000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200011&lng=es&tlng=es).

OMS-*The Lancet*, 2000. **Lancet** 2006; 367: 1541–47. 11 Hill K, AbouZhar C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality

for 1995. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 182–93. 12 AbouZhar C, Wardlaw T.

Maternal mortality in **2000**: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA

Tutora Prof. Adj. Lic. en Psicología Mercedes Viera CI: 3.621.680-7  
099095832 ([mercedesvieraazpiroz@gmail.com](mailto:mercedesvieraazpiroz@gmail.com))

Cotutora Asistente Clínica OP Silvana Leis CI: 4.351.670-1 099146213  
([silogle13@hotmail.com](mailto:silogle13@hotmail.com))

Valentina Perdomo CI: 43582.830-2 094453107  
([valentinaperdomo\\_4541@hotmail.com](mailto:valentinaperdomo_4541@hotmail.com))

Florencia Pedraja CI: 4.796.102-1 098182428 ([hanna.pc06@gmail.com](mailto:hanna.pc06@gmail.com))

Martín Mendoza CI: 4.538.108-9 091052907 ([marmensua@gmail.com](mailto:marmensua@gmail.com))