



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (3): 55-61

Lactancia en la media hora postparto y su efecto en lactancia materna exclusiva

[PERCY BELLIDO*](#), RAÚL HINOJOSA

Resumen

Objetivo: Estudiar por qué disminuye la frecuencia de Lactancia materna exclusiva (LME) y determinar el efecto de la lactancia precoz (LP) y contacto piel a piel (CPP) en LME. Procedimiento: Grupo de estudio (n=30): contacto piel a piel y lactancia materna en la primera media hora postparto y control de LME a los 5 y 15 días. Grupo control (n=30): igual seguimiento pero sin CPP ni LP Estudio longitudinal prospectivo. Resultados: En el grupo de estudio la LME estaba presente en el 93,33% a los 5 días y en el 73,33% a los 15 días; en el grupo control, la LME estaba presente en el 76,67% y 30% (p=0,05) respectivamente. Grupos de riesgo que disminuyen LME: menores de 21 años, educación secundaria, procedencia urbano marginal y primíparas. Conclusión: La LP y el CPP son determinantes para garantizar LME a corto plazo.

Palabras claves: Contacto piel a piel, lactancia precoz, lactancia materna exclusiva.

Summary

Objective: To study the diminishing frequency of exclusive breast feeding and the effect of precocious breast feeding (PBF) and skin- skin contact (SSC) in exclusive breast feeding (EBF). Procedures: Study group (n=30): Skin to skin contact and breast feeding in the first half hour of the child birth and EBF control within 5-15 days. Control group (n=30): The same procedure but without SSC and PBE Prospective longitudinal study. Results: In the study group EBF was present in 93,33% in the first 5 days and in 73,3% in the first 15 days; in the control group EBF was present in 76,67% and 30% (p<0,05), respectively. Risk groups in which EBF decreases: Less than 21 years old, high school urban-marginal procedence and primigravid. Conclusion: The PBF and SSC is determinant to guarantee EBF in a short period.

Key words: Skin to skin contact, precocious breast feeding, exclusive breast feeding.

Introducción

Los beneficios específicos de la lactancia materna, está extensamente documentados¹⁻¹⁰, alcanzando tanto a la madre como al lactante, en los aspectos biológicos, sicológicos y sociales.

Estos beneficios han sido plasmados para la presente década en la declaración de Innocenti (1 de agosto de 1990) elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de política sobre "la lactancia en el decenio: una iniciativa a nivel mundial" que tuvo lugar en el Spedale degli Innocenti, en Florencia Italia.

Es por ello que la OMS/UNICEF han desarrollado acciones a nivel internacional para retornar a la lactancia materna que, en nuestro país, ha permitido que los hospitales consoliden esta práctica a través de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (HANM), siendo el Hospital Goyeneche de Arequipa, uno de los que participa activamente en este proceso desde 1994.



La encuesta nacional demográfica y de salud familiar (ENDES) 1992 ⁽¹¹⁾ demostró que el 97,6% han lactado por lo menos una vez y que la duración promedio de lactancia materna es 18,3 meses.

Pero, no se trata de promover la lactancia materna, sino que esta sea "exclusiva" y ello se garantiza con el cumplimiento de los 10 pasos de la lactancia materna propuestos por la OMS/UNICEF.

La lactancia precoz (LP), iniciada en la primera media hora postparto, con la práctica del contacto piel a piel (CPP) (cuarto paso de la lactancia exitosa en HANM) es determinante en asegurar la lactancia materna exclusiva (LME), siendo este acontecimiento el tema de la presente investigación.

Tabla 1. Características generales de la población de estudio			
	LP/ CPP (N=30)	Control (N=30)	S
Edad materna	26,3 ± 4,9	28,6 ± 5,53	ns
Instrucción			
Primaria	26,7% (8/30)	23,3% (7/30)	ns
Secundaria	60,0% (18/30)	46,7% (14/30)	
Superior	13,3% (4/30)	30,0% (9/30)	
Procedencia			
Rural	6,7% (2/30)	13,3% (4/30)	ns
Urbanomarginal	50,0% (15/30)	46,7% (14/30)	
Urbana	43,3% (13/30)	40,0% (12/30)	
Paridad			
Primíparas	20,0% (6/30)	40,0% (12/30)	ns
Edad gestacional (sem)	39,3 ± 0,89	39,1 ± 1,19	ns
RN masculino	56,7% (17/30)	50,0% (15/30)	ns
RN femenino	43,3% (13/30)	50,0% (15/30)	
Peso RN (g)	3314,2 ± 297,31	3371,7 ± 343,14	ns
Apgar al minuto	7,8 ± 0,46	8,9 ± 0,37	ns
LP-CPP Lactancia precoz y contacto piel a piel. S: significancia			

Material y Métodos

El estudio se efectuó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Goyeneche de Arequipa, institución dependiente del Ministerio de Salud, el cual fue declarado Hospital Amigo del Niño y de la Madre en 1994. Atiende población de escasos recursos económicos y es hospital de referencia de los puestos y centros de salud de Arequipa metropolitana.

La población de estudio fue tomada por conveniencia incluyendo 60 parejas madre/recién nacido elegidas por sorteo (muestra aleatoria simple), constituyendo la mitad de ellas el grupo control. El estudio se efectuó en los meses de enero y febrero de 1995.

**Tabla 2.** Seguimiento de Lactancia Materna exclusiva (LME) en grupo LP-CPP y control

	LP-CPP	Control	S
- Al egreso LME	100% (30/30)	100% (3/30)	
Sin LME	0%	0%	
- A los 5 días LME	93,3% (28/30)	76,7% (23/30)	ns
Sin LME	6,7% (2/30)	23,3% (7/30)	
- A los 15 días LME	73,3% (22/30)	30,0% (9/30)	p<0,05
Sin LME	26,7% (8/30)	70,0% (21/30)	
LP-CPP Lactancia precoz y contacto piel a piel control: sin LP-CPP			

Tabla 3. Edad materna

	LP-CPP	Control	S
15-21 años			
- Egreso	100% (6/6)	100% (5/5)	
- A los 5 días	100% (6/6)	80% (4/5)	ns
- A los 15 días	83,3% (5/6)	20% (1/5)	s
22-28 años			
- Egreso	100% (13/13)	100% (9/9)	
- A los 5 días	2,3% (12/13)	77,7% (7/9)	ns
- A los 15 días	61,5% (8/13)	22,2 (2/9)	ns
22-28 años			
- Egreso	100% (11/11)	100% (16/16)	
- A los 5 días	90,9% (10/11)	75% (12/16)	ns
- A los 15 días	72,7% (8/11)	37,5% (6/16)	ns

Criterios de inclusión

- *Gestación a término*
- *Examen físico general normal*



- Ausencia de patología materna intercurrente ausente.
- Parto normal.
- Recién nacido sano con Apgar normal.
- Recién nacido con peso normal (2501 g a 3999 g).

Criterios de exclusión

- Complicaciones durante el parto
- Enfermedad intercurrente de la madre o recién nacido durante el estudio
- No seguir los controles de evaluación
- Síndrome de dificultad respiratoria del RN

Método

Se trata de estudio longitudinal prospectivo.

El grupo de estudio estuvo constituido por mujeres y recién nacidos en quienes se efectuaba LP y CPP. El procedimiento consistió en colocar al recién nacido desnudo sobre la región toracoabdominal desnuda de la madre, inmediatamente después de cortar el cordón umbilical, limpiar secreciones nasobucales y tener el primer llanto del bebe. Se cubrió al recién nacido con un cobertor para evitar pérdida de calor y se ayudó a la primera succión, explicando y motivando a la madre para la LME. Este procedimiento tuvo una duración no menor de media hora.

Luego se procedía al examen de rutina del recién nacido, a vestirlo y participar del alojamiento conjunto, siguiendo la vigilancia en el postparto inmediato.

En el grupo control, el recién nacido fue separado de la madre, en la primera media hora, tiempo en el cual se procedía al examen de rutina, vestirlo y colocarlo en una cuna del ambiente de recién nacido inmediato; luego pasaba al alojamiento conjunto al lado de su madre.

Ambos grupos fueron evaluados al momento del egreso del hospital, a los cinco y quince días posparto, en consultorio externo o en su domicilio, en caso de no acudir al control.

Instrumento

La observación, consejería y evaluación fueron efectuadas por el mismo investigador. Se utilizó encuesta para la evaluación del recién nacido y madre.

Diseño estadístico

De acuerdo a la tipificación de variables, indicador, unidad y escala, se utilizó la prueba del Chi cuadrado para comparación de proporciones y el análisis de varianza con la prueba de student para promedios.



Tabla 4. Grado de instrucción			
	LP-CPP	Control	S
Primaria			
- Egreso	100% (8/8)	100% (7/7)	
- A los 5 días	87,5% (7/8)	87,5% (6/7)	ns
- A los 15 días	87,5% (7/8)	57,1% (4/7)	s
Secundaria			
- Egreso	100% (13/13)	100% (14/14)	
- A los 5 días	94,4% (12/13)	71,4% (10/14)	ns
- A los 15 días	66,7% (8/13)	14,3% (4/7)	ns
Superior			
- Egreso	100% (11/11)	100% (16/16)	
- A los 5 días	100% (10/11)	75% (12/16)	ns
- A los 15 días	50%(8/11)	37,5% (6/16)	ns

Tabla 5. Procedencia			
Procedencia	LP-CPP	Control	S
Rural			
- Egreso	100% (2/2)	100% (14/14)	
- A los 5 días	100% (2/2)	75% (3/4)	ns
- A los 15 días	50% (1/2)	25% (1/4)	ns
Urbanomarginal			
- Egreso	100% (15/15)	100% (14/14)	
- A los 5 días	86,7% (13/15)	71,4% (10/14)	ns
- A los 15 días	80% (12/15)	14,3% (2/14)	p<0,05
Urbano			
- Egreso	100% (13/13)	100% (12/12)	
- A los 5 días	100% (13/13)	83,3% (10/12)	ns
- A los 15 días	61,5% (8/13)	50% (6/12)	ns
LP-CPP Lactancia precoz y contacto piel a piel Control que no se efectuó LP-CPP			



Tabla 6. Paridad			
	LP-CPP	Control	S
Primíparas			
- Egreso	100% (6/6)	100% (12/12)	
- A los 5 días	100% (6/6)	75% (9/12)	ns
- A los 15 días	100% (6/6)	25% (3/12)	s
Múltiparas			
- Egreso	100% (24/24)	100% (18/18)	
- A los 5 días	91,7% (22/24)	71,4% (14/18)	ns
- A los 15 días	62,5% (15/24)	14,3 (6/18)	ns

Resultados

La elección de pacientes se realizó en forma aleatoria y no hay diferencia significativa en cuanto a la edad, instrucción, procedencia, paridad, edad gestacional, sexo del recién nacido, peso y Apgar (Tabla 1).

Al realizarse el seguimiento luego de salir del hospital los pacientes del estudio y controles con 100% de lactancia materna exclusiva, a los 5 días disminuye el porcentaje de mujeres con lactancia materna exclusiva y a los 15 días la diferencia es significativa (Tabla 2).

En cuanto a la edad, las diferencias no son excepto en las pacientes de 15-21 años a los 15 días. (Tabla 3). En cuanto a la instrucción, solamente la educación secundaria tiene diferencia significativa (Tabla 4). Las pacientes catalogadas urbano marginadas tienen diferencia significativa a los 15 días (Tabla 5). Las primigestas tienen diferencia significativa a los 15 días del parto (Tabla 6).

Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la gran mayoría de mujeres (más del 97%) fisiológicamente son capaces de lactar de modo satisfactorio ¹². Manifestamos que la encuesta ENDES 92 mostró que el 97,6% han lactado por lo menos una vez; pero también encontró que la LME tiene una duración promedio de 2,1 meses.

Se considera lactancia materna exclusiva (LME) si se da leche materna sin ninguna adición de agua, líquido u otra durante los seis primeros meses de vida ¹³. Este concepto discutido y refirmado en el "II Curso regional de capacitación de capacitadores en la IHANM" realizado en, Asunción, Paraguay, en marzo de este año, en el que participó el autor de esta investigación.

Es la LME la que posibilita los grandes beneficios para la madre y el lactante y, además, en nuestros países en desarrollo, previenen las infecciones respiratorias y las diarreas del lactante ⁶.

Por qué entonces, muchas mujeres no mantienen la LME, e incluso la abandonan en las primeras semanas ¹⁵. Al respecto, un autor atribuye gran parte del fracaso de la lactancia materna a la ignorancia profesional ¹⁶.

La OMS/UNICEF conscientes de la problemática de la LME han desarrollado acciones para favorecerla. Una de ellas es la IHANM, estableciendo 10 pasos para una LME, siendo uno de ellos el promover la lactancia en la primera media hora del postparto, así como el contacto piel a piel en ese momento.

El impacto psicológico sobre la madre de sus primeras experiencias de lactancia es primordial. Está atenta a la manera como su bebe reacciona a su persona, consolidando sus sentimientos hacia su bebe. Si la primera toma



resulta satisfactoria, la madre llegará a la conclusión que su bebe la quiere, resultando esto esencial en la continuación de la lactancia a corto y largo plazo ^{17,18}.

En la presente investigación se efectuó la lactancia precoz y contacto piel a piel (LP-CPP) en el grupo de estudio, a diferencia del grupo control, en quienes no se efectuó tal procedimiento. Ambos grupos tuvieron características generales similares de edad materna, instrucción, procedencia, paridad, edad gestacional, peso de RN y Apgar del RN, sin diferencia significativa (Tabla 1) lo que los hace comparables.

Comparando la LME en los grupos con y sin LP-CPP (Tabla 2), encontramos dos aspectos importantes: al momento del alta (que en nuestro servicio se efectúa a las 24 horas postparto) ambos grupos mostraban una lactancia materna adecuada, resultado esperado, ya que en nuestro hospital se promueve la LME. De otro lado observamos que los recién nacidos que no tuvieron LP-CPP presentaron dificultades para LME en el 23,33% a los cinco días, y el 70% a los 15 días, a diferencia del grupo que sí tuvo LP-CPP, donde las dificultades se presentaron en el 6,67% y 26,6%, respectivamente, siendo esta última diferencia significativa.

Este beneficio ha sido sugerido por Lerinart ²⁰ Yoshitaya ²¹ y Maarshall ²²; otros estudios a pequeña escala en Estados Unidos ²³, Suecia ²⁴ y Canadá ²⁵ apoyan estos hallazgos. También notaron que la LP-CPP inflúan positivamente en el comportamiento o afecto de las madres hacia sus bebes.

Aunque los beneficios del contacto precoz para definir la lactancia materna, están bien documentados, aún existe controversia en cuanto a si es el contacto precoz piel a piel o la lactancia precoz la que contribuye a la mayor duración del periodo de lactancia. De un reciente estudio efectuado en Tailandia ²⁶ se desprende que la calidad del contacto también puede ser importante.

El recién nacido está listo para la lactancia desde los primeros minutos de vida ²⁷; el retraso en la primera toma, es más responsabilidad del personal de salud que del bebe²⁸. Es importante enseñar a la madre desde antes del parto e insistir en los primeros minutos del postparto, ya que el lactar, aunque es natural, no es instintivo ²⁹; incluso las multíparas necesitan de ayuda, sobre todo en una realidad como la nuestra, donde hasta hace dos años se separaba al recién nacido de su madre y retornaba horas después. Ahora se practica LP-CPP desde los primeros minutos de vida del recién nacido, se explica a la madre la importancia del calostro, de la adecuada postura para la lactancia, del porqué el bebe no necesita de grandes volúmenes de leche y por qué el recién nacido no necesita de otros líquidos.

Todo esto es importante, porque genera confianza en la madre y se garantiza la lactancia materna exclusiva, situación que se demuestra en la presente investigación, que es la primera efectuada fuera de Lima y expresa lo que ocurre para nuestra realidad y nuestra idiosincrasia,

Hay que reconocer que la LP-CPP no está exenta de dificultades. Nosotros las hemos tenido, siendo lo más importante la ausencia de personal entrenado. En nuestro servicio, encontramos a poco de ser declarados Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que el 36% de neonatos empezaban a lactar después de los 30 minutos de nacidos (30), situación que mejoró con la presente investigación, donde la totalidad de neonatos lactan antes de los 30 minutos.

Un último aspecto a comentar es que a los 15 días parto hubo un 26,6% de lactantes que, a pesar de tener LP-CPP, no continuaban con lactancia materna exclusiva. Esto nos demuestra que no todo depende de la educación de la lactante en su corta permanencia hospitalaria. Debemos hacer énfasis sobre la importancia de la preparación prenatal y en el apoyo y seguimiento que debe brindarse a la lactante en las primeras semanas, a cargo de los grupos de apoyo; la inexistencia de esto último en nuestro medio explica la disminución de LME en una cuarta parte de casos.

Pretendiendo encontrar otras circunstancias a las ya comentadas que expliquen la diferencia de LME a los 1,5 días entre los grupos de estudio y control, se estudió las variables edad, instrucción, procedencia, y paridad. Se encontró diferencia significativa en menores de 21 años, en el grupo de educación secundaria, en procedentes de zona urbano- marginal, y en primíparas, los que pueden corisituir, para nuestro medio, grupos de riesgo que evitan LME, cuyos efectos negativos pueden acentuarse a más largo plazo. Es necesario resaltar que estas variables recién influyen a partir de los 15 días, hallazgo que obliga a opinar sobre la importancia del apoyo a la lactancia en ese periodo.

En otros estudios ^{31,32} se encontró que entre los factores relacionados con el acortamiento del periodo de lactancia se encontraba: la residencia urbana, la baja paridad y los altos niveles de instrucción.



Hemos demostrado el efecto positivo de la lactancia precoz y del contacto piel a piel en la lactancia materna exclusiva, existiendo algunos factores de riesgo que pueden impedir esta saludable y necesaria práctica.

Es muy importante, además, brindar apoyo a la madre lactante durante las primeras semanas de lactancia, para consolidar la LME hasta los seis meses.

Referencias Bibliográficas

1. Garza C, Schanler RJ. Special properties of human milk. Clin. Perin. 1987; 14(1): 11-2.
2. Minchin M. Breast feeding Matters. Allen & Unwin. Australia 1985; pp. 6-36.
3. Riordan J, Countryman B. The biological specificity of breast milk. Riordan J. (De) A practical guide to breast feeding CV Mosby. St. Louis 1983; pp. 28-9.
4. American Academy of Pediatrics Committee of Nutrition. Pediat. 1978; 62: 591.
5. Howie P, et al. Protective effect of breast feeding against infection. Brit. Med. 1990; 300: 11-6.
6. Altobelli. Epidemiología de la lactancia materna exclusiva. Lecturas en lactancia materna. Boletín de la OPS 1972; pp. 29-30.
7. Macintyre UE, Walker AR. Lactation: how important is it? J. R. Soc. Health 1994; 114 (1): 19-28.
8. Herbst, et al. The epidemiology of ovarian carcinoma and the current status of tumor markers to detect disease. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 170(4): 1099-105.
9. Resta G. Pregnancy and breast feeding. Pediatr. Med. Chir. 1993; 15(5): 461-4.
10. Majinge CR, Lema VM. Pregnancy intervals: their determinants and fetal outcome at the KCMC, Moshi, Tanzania East Afr. Med. J. 1993; 70(9): 544-50.
11. UNICEF. Breast feeding: ten out of ten service. The state of the world's children. 1990.
12. Chetley A. 1986. The politics of babyfood. Successful challenges to an international marketing strategy. Francis pinter (En el que hace referencia al sumario provisional de la octava reunión del comité a la OMS, 33 Asamblea Mundial de la Salud, documento N.º A33/A SR/S; Ginebra, 17.º May 1980; p. 11).
13. Altobelli LC. Epidemiología de la lactancia materna exclusiva. Lectura en diarreas e infección respiratoria aguda en niños. Proyecto AID N.º 5270285. 2.ª impresión Lima, Perú 1994.
14. Hernández. Patrones tradicionales y tendencias. II Curso regional de capacitación de capacitadores en la IHANM. Asunción Paraguay. Mayo de 1995.
15. Infant feeding 1985. OPCS Social survey division.
16. Minchin M. 1985 po cit.(Breast feeding Matters) pp. 44-5.
17. De Chateau. The first hour after delivery. Its impact on synchrony of parent- infant relationship. Pediat. 1980; 9: 151-68.
18. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of feeding after early initiation and frequent feeding. Lancet 1978; 1141-3.
19. Villalon H, et al. Efecto a corto plazo del contacto piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos. Rev. Chilena Pediat. 1993; 64(2): 124-8.
20. Lennart R, Margaret DA. Effect of delivery room routines on success of first breast feed. Lancet 1990; 336: 1105-7.
21. Yoshitada, Itsuro Y. Breast feeding frequency during the first 24 hours after birth in full term neonates. Pediat. 1990; 86(2): 171-5.



22. Marshall H, Klaus, et al. Maternal attachment. Importance on the first post partum day. N. Eng. J. Med. 1992; 2: 460-3.
23. Winters NW. The relationship of time of initial breast feeding to success in breast feeding. Unpublished master's thesis university of Washington. Am. J. Mat. Child. Nursing Jan 1986; 12:16.
24. De Chateau P, Wilberg B. Long term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. Act. Ped. Scand. 1977; 66:137-41.
25. Thomsen ME, Harstock TG, Larson C. The importance of immediate postnatal contact; its effects on breast feeding. Canadian Family Physician 1979; 25: 1374-8.
26. Woolridge MW, Greasley V. The initiation of lactation effect of early delayed contact for suckling on milk intake in the first week post partum. A study in Chang Mai, Northern Thailand. Early Human Development 1985; 12: 269-78.
27. Widstrom AM, Rnsjo-Arvidson AB, et al. Gastric suction in healthy newborn infants. Act. Ped. Scand. 1987; 76: 566-72.
28. Garforth S, García J. In: Inch S. Difficulties with breast feeding midwives in disarray? J. Royal Soc. Med. 1987; 80: 53-57.
29. Hubther M. Instinct and the nursing couple. Lancet 1955; 575-8.
30. Bellido BP, Gómez YL. Efecto de la lactancia precoz en el periodo de alumbramiento. Hospital Goyeneche. Arequipa Perú. 1994.
31. Report of the task force on the assessment of scientific evidence relating to infant feeding practices and infant health. Supplement Pediatrics 1984; 74.
32. Vega López M, Gonzales PG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en Areas periféricas de Guadalajara, México Bol. San. Pan. 1993; 115(2): 118-22.