

## Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados

### Ineffective Breastfeeding: prevalence and associated factors

Elvinia Pinilla Gómez<sup>1</sup>, Luis Carlos Orozco V.<sup>2</sup>, Fabio A. Camargo F.<sup>2</sup>, Erlith Patricia Alfonso H.<sup>3</sup>, Ednna Rocío Peña V.<sup>4</sup>, Liz Nathalia Villabona A.<sup>5</sup>, Yosmery Acevedo G.<sup>6</sup>

#### RESUMEN

**Introducción:** Es posible evitar muertes neonatales mediante la lactancia materna desde el primer día de vida, pues la leche materna es el alimento óptimo para el lactante por su contenido nutricional necesario favorecer el crecimiento y desarrollo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados al diagnóstico de enfermería “Lactancia materna ineficaz” en lactantes menores de 6 meses hospitalizados en una institución de tercer nivel. **Metodología:** Estudio de corte transversal. Se seleccionaron 108 binomios (madre e hijo) hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en el año 2009, se aplicó un formato validado para identificar el diagnóstico. Se realizó análisis Rasch a las variables que representan las características definitorias del diagnóstico, con el cual se creó una escala de 0 a 100 y se construyó un modelo de regresión lineal con las variables asociadas a la medida del diagnóstico. **Resultados:** la prevalencia del diagnóstico fue de 93,5 %, la característica definitoria más fácil de encontrar fue Incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno y la más difícil fue agitación y llanto del lactante dentro de la primera hora después de la lactancia materna. La regresión lineal mostró factores asociados como: género femenino, peso del lactante y necesidad de la madre de ir a orinar. **Conclusiones:** Existe una tendencia desfavorable tanto en la prevalencia como en la duración de la lactancia materna para los lactantes hospitalizados; la promoción de la lactancia materna debe ser un trabajo interdisciplinario; modificar las normas hospitalarias favoreciendo el contacto del binomio y la puesta temprana al pecho materno. *Salud UIS 2011; 43 (3): 271-279*

**Palabras clave:** Lactancia materna, diagnóstico de enfermería, lactante, prevalencia, factores asociados

1. Grupo de investigación GRINFER, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

2. Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

3 Área de Sala de Partos Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, Colombia.

4. Clínica Metropolitana de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

5. Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL. Bucaramanga, Colombia.

6. Fundación Cardiovascular de Colombia FCV. Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Elvinia Pinilla Gómez, Enfermera, Especialista en Enfermería Perinatal, Especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Pedagogía. Directora Grupo de investigación GRINFER, Universidad Industrial de Santander, elvinia@uis.edu.co. Conmutador: 6344000 Ext. 3173 – 3126, Teléfono: 6345745. Bucaramanga, Colombia.

**Recibido:** 21 de Julio de 2011 **Aprobado:** 26 de Septiembre de 2011

## ABSTRACT

**Introduction:** neonatal deaths can be prevented by breastfeeding from the first day of life, as is the optimal food for infants by their nutritional content required for better growth and development. **Objective:** To determine the prevalence and associated factors with nursing diagnosis “ineffective breastfeeding” in infants under than 6 months hospitalized in a tertiary institution. **Methodology:** Cross sectional study. We selected 108 pairs (mother and child) hospitalized in an institution of tertiary care in 2009, we applied a validated format to identify the diagnosis. Rasch analysis was performed for variables that represent the defining characteristics of the diagnosis, which created a scale of 0 to 100 and built a linear regression model the variables associated with the extent of diagnosis. **Results:** Prevalence of diagnosis was 93,5 %, the defining characteristic was easier to find the infant’s inability to hold on to the breast and the hardest was shaking and crying of the infant within the first hour after breastfeeding. Linear regression was associated factors such as: female gender, weight infant and the mother need to urinate. **Conclusions:** There is an unfavorable trend in both the prevalence and duration of breastfeeding for infants hospitalized, promotion of breastfeeding should be an interdisciplinary, modify hospital policies favoring the contact of the binomial and the early start to the chest maternal. *Salud UIS 2011; 43 (3): 271-279*

**Keywords:** Breastfeeding, nursing diagnosis, infant, prevalence, associated factors

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad, está definida como el acto instintivo, fisiológico, de herencia biológica y vital por el que la madre nutre a su recién nacido con la leche producida por sus mamas durante sus primeros meses de vida<sup>1</sup>, proporcionándole este alimento al recién nacido se puede reducir la morbimortalidad infantil, contribuyendo también a la salud de las madres, estableciendo un vínculo entre el binomio madre e hijo (recién nacido), favoreciendo el logro de los objetivos de desarrollo del milenio<sup>1,2,3</sup>. Diferentes estudios han demostrado los múltiples beneficios de la lactancia<sup>2,3,4</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *American Academy of Pediatrics* (AAP) consideran la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses como el alimento óptimo para el lactante, la cual tiene la composición ideal de los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este periodo y posteriormente, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida<sup>3,5,6</sup>.

Nueva evidencia científica y epidemiológica contribuye a nuestro conocimiento sobre el papel de la lactancia materna exclusiva e implica indudables ventajas para el niño y la madre, tanto en aspectos inmunitarios como nutritivos y psicológicos<sup>2,3,6,7</sup>. Desde principios de los años noventa han aumentado los índices de lactancia materna exclusiva, aunque éstos continúan siendo muy bajos en países en vía de desarrollo, la UNICEF en el 2008 registra que este tipo de alimentación puede evitar hasta en un 13% las muertes de niños y niñas menores de cinco años<sup>1</sup>. Según la UNICEF en Colombia durante el

periodo de (2000-2006) sólo el 47% de niños lactantes (<6 meses) recibieron lactancia exclusiva)<sup>8</sup>.

Al analizar estudios realizados acerca de la duración y/o abandono de la lactancia materna<sup>2,3,6,7,9,10,11,12</sup> sigue existiendo un gran porcentaje del binomio madre-hijo que presenta lactancia materna ineficaz<sup>13</sup> definida en la clasificación de diagnósticos de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como: La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna<sup>14,15</sup>, definiéndose lactante como: El niño que mama o que está en edad de mamar o alimentarse con leche<sup>16</sup>, de ahí el interés de diferentes estudios por presentar la prevalencia y/o los factores asociados a la lactancia materna ineficaz, resaltando que algunos factores son modificables desde el personal de salud y otros son independientes de este<sup>6,7,17</sup>.

Distintos estudios han descrito los factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna, encontrándose que la mayoría de las madres abandonan la lactancia materna antes de los 6 meses<sup>2,6,9</sup> y esta decisión está asociada a no haber recibido información sobre la lactancia materna por parte del personal de salud durante la gestación<sup>6,10,11</sup>, al déficit de conocimientos<sup>3,9,10</sup>, al tener una mayor o menor edad<sup>2,3,7,9,10,11</sup>, el nivel de escolaridad<sup>2,3,9</sup>, el nivel socio cultural<sup>10</sup>, la primiparidad<sup>2,9</sup>, el haber transcurrido mucho tiempo desde el parto hasta la primera puesta de pecho<sup>6,11</sup>, el tener parto prematuros y la falta de continuidad en la lactancia materna por la inestabilidad emocional<sup>9,10</sup>, la falta de apoyo instrumental necesarios durante este periodo<sup>6,9,11</sup>, la inexperiencia<sup>9</sup>, el desconocimiento de las técnicas de amamantamiento<sup>9</sup>, la presencia de

grietas<sup>6,7</sup>, el dolor mamario<sup>7</sup>, la mastitis<sup>3,7</sup>, la falta o poca leche<sup>2,3,7,9,10,11</sup>, hambre del bebé<sup>9,10</sup>, dificultades personales de la madre<sup>9,10</sup>, el ser estudiante<sup>9,10</sup>, el trabajar<sup>6,11</sup> y, al ser incapaces de solucionar las causas, adoptan directamente por la lactancia artificial.

Una buena educación sanitaria preparto y posparto brindada por el personal de enfermería es muy importante para hacer que inicie, continúe y aumente la prevalencia de la lactancia materna<sup>2,6,18</sup>. Si las intervenciones de enfermería van encaminadas a una preparación psicológica y física de la madre, asesorando y ayudando sobre: ventajas y dificultades en la lactancia materna, corrigiendo conceptos equivocados, mala información, frecuencia con que se da lactancia en relación a las necesidades del lactante, técnicas de amamantamiento y cuidado de las mamas se influiría positivamente confortando al binomio madre e hijo en el proceso de amamantamiento<sup>19</sup>.

Es por esto que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados al diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz en lactantes hospitalizados en una institución de tercer nivel.

## MATERIALES Y METODOS

### Tipo de diseño

Se realizó un estudio de corte transversal. La población de estudio correspondió al binomio madre e hijo (lactante menor de 6 meses), la muestra que se tomó para la investigación fueron las madres con hijos (lactantes menores de 6 meses hospitalizados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, (HUS) que fueron atendidos entre el segundo y tercer trimestre de 2009. Dentro de los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los binomios madre e hijo (lactante menor de 6 meses) hospitalizados en las salas 416, 420 y servicio de lactantes del Hospital Universitario de Santander (HUS) recibiendo lactancia materna. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta las siguientes: madres de lactantes que presenten alteraciones mentales, del lenguaje o auditivas; madres de lactantes que no se encuentren en el momento de la valoración de su hijo; y mujeres que hayan presentado parto múltiple.

Se calculó el tamaño de la muestra en el subprograma Statcalc de Epi Info 6.04d<sup>20</sup> de 108 binomios (madre e hijo) teniendo en cuenta los siguientes criterios: un nivel de confianza del 95 %, un poder estadístico del

80 %, una razón de expuesto no expuesto de 1:2 y una prevalencia del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz del grupo expuesto del 60 % para detectar asociaciones con una razón de prevalencia  $\geq$  a 2. De todos los binomios madre e hijo durante el período de reclutamiento o de recolección de la información se realizó un muestreo sistemático consecutivo.

Con respecto al procedimiento, se realizó una observación y valoración a cada binomio madre e hijo incluidos en el estudio, durante la hora de visita establecidas en las salas 416, 420 y en el servicio de lactantes del Hospital Universitario de Santander (HUS). Posteriormente se aplicó parte de un formato de valoración al recién nacido de alto riesgo<sup>21</sup> ya validado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) con modificaciones que fueron realizadas por el grupo de investigación, se revisaron las historias clínicas para corroborar y aclarar datos que la madre desconocía. Los datos obtenidos de las historias clínicas y de las entrevistas con las personas fueron de absoluta confidencialidad y se manejaron en la base de datos con un código numérico. Se identificó el diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz con la presencia de una o más de las características definitorias principales descritas en Carpenito<sup>15</sup>.

### Variabes

Variable Dependiente: Lactancia materna ineficaz. Características definitorias: Insatisfacción en el proceso de amamantamiento, inadecuación real o subjetiva de la secreción láctea, vaciado insuficiente de las mamas en cada toma, el lactante se muestra incapaz de coger correctamente el pecho materno, falta de signos de liberación de la oxitocina, falta de continuidad en la succión, insuficiente oportunidad de succionar los pechos, arqueamiento y llanto del lactante al ponerlo a mamar, agitación y llanto del bebé dentro de la primera hora y signos de aporte inadecuado para el lactante.

Variabes independientes: factores relacionados: anomalías de la mama, cirugía mamaria previa, reflejo de succión débil del lactante, falta de soporte de la familia o de la pareja, déficit de conocimientos, interrupción de la lactancia materna, ansiedad o ambivalencia maternal, prematuridad, anomalías del lactante, historia previa de lactancia materna ineficaz.

El procesamiento de datos fue doblemente digitado en el programa EPI-INFO 6.04d<sup>20</sup>, se contrastó en el subprograma VALIDATE y se utilizó el subprograma CHECK para restringir la captura de los datos y así

disminuir la presencia de errores de digitación. La base de datos se exportó al programa Stata 10.1<sup>22</sup> para su respectivo análisis.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo en Stata 10<sup>22</sup> para caracterizar la muestra, las variables cualitativas se presentaron por medio de frecuencias absolutas y relativas, las variables continuas con distribución normal se presentaron con media y desviación estándar, aquellas que no presentaron una distribución normal se describieron con la mediana y el rango mínimo y máximo. Se realizó la caracterización de la muestra al presente estudio por medio de aquellas variables sociodemográficas (edad, género, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, etc.). Posteriormente, se determinó la prevalencia del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz y al encontrarse que todos los binomios presentaban una o más características definitorias, se hizo un análisis Rasch<sup>24</sup> en Winsteps<sup>26</sup> a las características definitorias creando una escala de 0 a 100 que establece la severidad del diagnóstico. Con esta escala como variable de salida se construyó un modelo de regresión lineal para establecer las variables asociadas a la medida de severidad del diagnóstico Lactancia materna ineficaz. Cabe resaltar que el análisis Rasch consistió en la elaboración de un análisis del sesgo global por el modelo logístico, para identificar si el instrumento contiene sesgos por diseño. Para ello se utilizó el modelo Rasch, dado que la función logística es suficiente para la descripción de los constructos y para definir las medidas de los reactivos. La mayor ventaja del modelo de Rasch es la propiedad de medición conjunta: los parámetros de ítems y personas están en la misma escala<sup>24</sup>.

## RESULTADOS

En este estudio se valoraron 108 madres con su hijo(a) (lactante menor de 6 meses hospitalizado en el Hospital Universitario de Santander (HUS) que fueron atendidos entre el segundo y tercer trimestre de 2009 encontrando una prevalencia del 93.5% del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz, por la presencia de al menos una característica definitoria del diagnóstico según Carpenito<sup>15</sup>, como no había forma de comparación se realizó un análisis Rasch<sup>25</sup>.

Las siguientes tablas muestran el resultado de las variables del estudio agrupadas en categorías. (**Tabla 1, Tabla 2, Tabla 3, Tabla 4**)

**Tabla 1.** Variables socio demográficas de las madres.

Variables	n (108)	%
<b>Seguridad social</b>		
EPS	88	81.48
Vinculado	17	15.74
Contributivo	2	1.85
Particular	1	0.93
Procedencia Urbana	58	53.70
<b>Ocupación</b>		
Hogar	100	92.59
Independiente	10	9.26
Estudiante	3	2.78
<b>Estrato</b>		
1	79	73.15
2	26	24.07
3	23	2.78
<b>Lugar de nacimiento del hijo(a)</b>		
Hospital Universitario de Santander	88	81.48
Área metropolitana	8	7.37
Fuera del área metropolitana	12	11.15
<b>Pareja estable</b>		
Pareja estable	93	86.11
Convive con la pareja	90	83.33
	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
Edad en años	21	16-40
Años cursados y aprobados	6	0-11

**Tabla 2.** Variables descriptivas relacionadas con los lactantes.

Variables	n (108)	%
Género masculino	53	49,07
Presencia de anomalías	3	2,78
<b>Diagnósticos médico de su hospitalización</b>		
Metabólico	13	12,06
Respiratorio	38	35,19
Infecioso	44	40,72
	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
Edad gestacional al nacimiento (semanas)	38	30-41
Edad en días	4	2-162
Días de hospitalización	3	1-27
Talla actual (centímetros)	50	40-65
Peso actual (gramos)	3010	1430-8000

**Tabla 3.** Variables descriptivas de las características definitorias del diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz según Carpenito.

Variables	n (108)	%
Satisfacción con la lactancia materna	93	86,11
Percepción de suficiente suministro de leche	85	78,70
Percepción mamas desocupadas en cada toma	64	59,26
Lactante con labio inferior evertido con cubrimiento total de areola	99	91,67
Mientras el lactante succiona de un seno le gotea leche del otro seno	82	75,93
Tiene sensación de llenura u hormigueo en sus senos después de la 1a semana de amamantamiento	67	62,04
Le baja leche cuando piensa o escucha a su lactante	65	60,19
Baja leche en su hora programada para amamantar	78	72,2
Sensación de sed en la etapa de lactancia,	51	47,2
Succión presente,	105	97,22
Succión Vigorosa,	88	81,48
Coordina succión, deglución y respiración,	102	94,44
Succiona activamente	97	89,81
Traga activamente	96	88,89
El lactante se agita y llora a la hora siguiente a la tetada	15	13,89
El lactante se arquea y llora para resistirse a mamar	39	36,11
	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
Veces en el día que amamanta al hijo al día	4	2-12

**Tabla 4.** Variables descriptivas de los factores asociados al diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz según Carpenito y Nanda.

Variables	n (108)	%
Apoyo en la lactancia	107	99,07
Cirugía mamaria previa	1	0,936
Presencia de anomalía en los pezones	7	6,48

Aumento de la necesidad de orinar en la etapa de lactancia,	39	36,11
Tiene tantas ocupaciones que no puede dar lactancia materna a su hijo	21	19,44
<b>Conocimientos de la Lactancia Materna</b>		
La lactancia materna se debe iniciar a la primera hora de vida del recién nacido,	89	82,41
La mejor forma de alimentar a su hijo hasta los seis meses es únicamente con lactancia materna,	99	91,67
La primera leche que sale de la mama debería dársele al lactante	104	96,3
Sabe cómo conservar la leche materna	42	38,89
Sabe extraerse la leche materna	63	58,33
Siente ansiedad o tristeza ahora que esta lactando	34	31,48
	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
Edad en la cual debería ser introducida el agua y otros líquidos en la alimentación del lactante	6	3(0,26-12)
Edad en la cual debería ser introducida otros alimentos sólidos en alimentación del lactante	9	5,5(3-12)
Tiempo que consideran se debe brindar leche materna al lactante	12	12 (2-36)
Período intergenésico (meses)	<b>30</b>	<b>1-156</b>

### Análisis Rasch

Se hizo un análisis Rasch<sup>25</sup> con las variables que representan las características definitorias del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz. Se creó una escala para medir LMI midiendo la ausencia o presencia de las características definitorias, donde 0 corresponde a “ausente” y 1 a “presente”. Algunos de los ítem establecidos en la escala fueron agrupados de la siguiente manera: los signos de liberación de la oxitocina L5 son: mientras el bebé succiona de un seno le gotea leche del otro seno, se siente sedienta, tiene en sus senos una sensación de hormigueo o de

que estos están llenos después de la primera semana del amamantamiento, presenta el reflejo de bajada de leche cuando usted piensa en su bebé, escucha a su bebé o a otro bebé llorar, presenta el reflejo de bajada de leche cuando es su hora programada para amamantar, se presenta la característica definitoria si la madre presenta menos de tres signos de los cinco mencionados anteriormente. Para el ítem L6 falta de continuidad en la succión del pecho, los signos son: succión presente, succión vigorosa, succión continua, coordina eficazmente succión-deglución-respiración y el bebé traga, si se encuentran menos de los seis signos se presenta la característica definitoria, para los signos de aporte inadecuado del lactante L10 se considera presente la característica definitoria si la madre lacta menos de cuatro veces en el día al bebé, cuatro veces es el horario máximo para amamantar, establecido en el servicio donde se aplicó el estudio. (Tabla 5)

**Tabla 5.** Escala para medir la lactancia materna ineficaz.

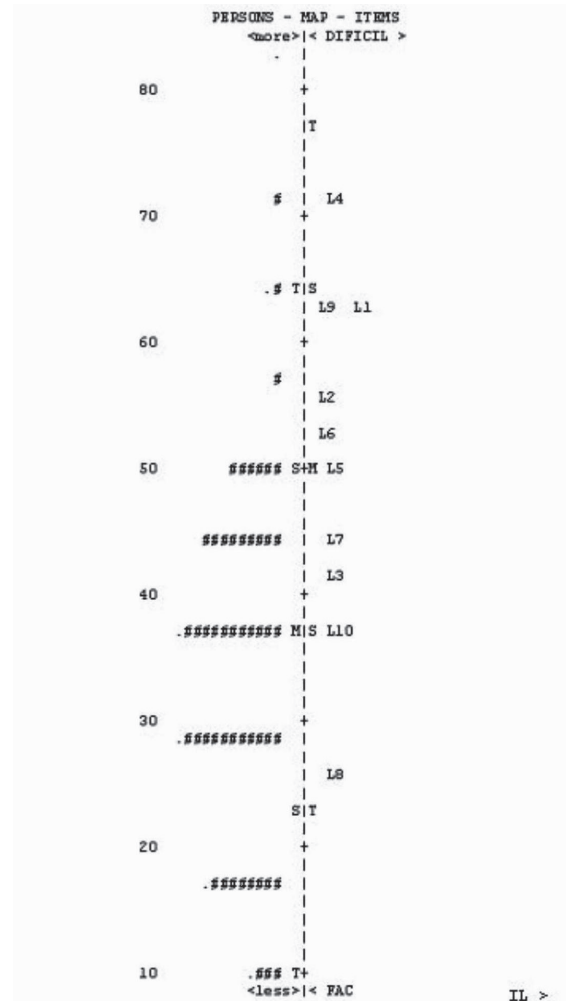
	<b>Lactancia materna ineficaz</b>	<b>%</b>
L1	Insatisfacción con el proceso de amamantamiento.	14
L2	Insuficiente suministro de leche.	21
L3	Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.	41
L4	Incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno correctamente.	8
L5	Signos de liberación de oxitocina: se presenta la característica definitoria si presenta menos de 3 signos.	28
L6	Falta de continuidad en la succión del pecho: menor de 6 signos presenta la característica definitoria.	25
L7	Insuficiente oportunidad de succionar los pechos.	36
L8	Arqueamiento y llanto del lactante al ponerlo a mamar.	64
L9	Agitación y llanto del lactante dentro de la primera hora después de la lactancia materna.	14
L 10	Signos de aporte inadecuado al lactante está presente la característica definitoria si la madre lacta menos de 4 veces en el día al lactante.	47

Al analizar los ítems, se encontró una confiabilidad 0.93, una separación de 3.76 logrando agrupar 5.3 estratos, para las personas se encontró una confiabilidad

de 0.39, una separación de 0.80 agrupándose en 1.4 estrato (grupos).

El ajuste del modelo fue cuantificado con valores de Infit (productividad): 0.98, un Outfit (improductividad): 0.98 para los ítems. Los valores de Infit para cada uno de los ítems en el modelo Rasch<sup>25</sup> se encuentran dentro del margen 0.79 a 1.20 lo cual indica que los ítems son productivos para la medición. Los valores del outfit se encontraron dentro del rango 0.48 a 1.58; de los 10 ítems correspondientes a la escala Lactancia Materna Ineficaz el ítem L9 estuvo con improductividad para la construcción de la medición, pero no degradante (descartable) presentando un Outfit de 1.58, el ítem L4 estuvo con un Outfit de 0.48 indicando menos productividad para la medición, pero no degradante y puede producir confiabilidad engañosamente buena.

En el mapa de Wright se muestra la ubicación de los ítems y las personas en la escala vertical. (Figura 1)



**Figura 1.** Mapa de Wright. Ver imagen JPEG

El ítem más fácil fue L4: Incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno correctamente Y el ítem más difícil fue L8: Agitación y llanto del lactante dentro de la primera hora después de la lactancia materna. El promedio de dificultad de los ítems fue mayor que nivel de habilidad de las personas.

La unidimensionalidad de la escala se sustenta en que con el análisis de componentes principales de los residuales el primer contraste solo contiene dos autovalores.

Al terminar el análisis Rasch, la escala generada tuvo un promedio de 34,73%, con una desviación estándar de 16.1 y un valor mínimo de 0,11 y máximo de 83,04. (Tabla 6)

**Tabla 6.** Modelo final de la regresión lineal para lactancia materna ineficaz

<b>Modelo final de la regresión lineal para lactancia materna ineficaz</b>		
<b>Factor relacionado</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>IC* 95%</b>
Aumento en la necesidad de ir a orinar	7,6	2,6-12,6
Género Femenino del lactante	-6,6	-11,3 a -1,7
Peso en Kg del lactante	-3,2	-5,3 a -1,25

En el análisis de regresión lineal se encontró un valor de intercepto de 52,55, siendo este el promedio del valor de la escala cuando las variables explicatorias son cero. La necesidad de ir a orinar aumenta 7,6 puntos la escala de la severidad de lactancia Materna Ineficaz. También se encontró que el género femenino del lactante disminuye 6,6 puntos la severidad del diagnóstico. De igual forma, se encontró que el peso en kilogramos del lactante disminuye en 3,2 puntos la intensidad del diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Los resultados demostraron que la prevalencia del diagnóstico de enfermería lactancia materna ineficaz fue del 93.5% lo cual significa que aunque la lactancia materna está reconocida científicamente como la mejor forma de nutrición en los primeros seis meses de vida junto con una alimentación complementaria hasta los dos años de vida, las madres no están lactando

adecuadamente a sus hijos<sup>3,5,6</sup>. Ha sido revelador para los investigadores encontrar una prevalencia tan alta del diagnóstico en comparación con otros estudios realizados, donde se muestran prevalencias más bajas como en el estudio realizado por Vilhena<sup>13</sup> y colaboradores 1997 en un hospital, donde la prevalencia del diagnóstico fue del 66.6%. Se atribuyen las causas de la prevalencia tan alta a factores como son: La hospitalización de los lactantes, quienes en su mayoría requieren cuidados intermedios, los horarios establecidos por el servicio de pediatría en las salas de cuidados intermedios; lo anterior, se debe a que las madres solo tienen cuatro oportunidades de lactar a sus hijos durante el día, además, estos niños también reciben leche de fórmula por tetero y es probable que el diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz sea demasiado exagerado al establecer la presencia del diagnóstico con una sola característica definitoria como lo establece Carpenito<sup>15</sup>.

En cuanto a los factores asociados al abandono de la lactancia materna en el presente estudio no se relacionaron los siguientes factores encontrados en estudios precedentes: la edad de la madre, que en este estudio tuvo una mediana de 21 años y un rango que oscila entre los 16 y 41 años de edad, el nivel educativo de la madre que tuvo una mediana de 6 años cursados y aprobados y un rango que oscila entre no haber ido al colegio y haber terminado el grado 11, la presencia de anomalías en la mama, la primiparidad, el tener cirugía mamaria previa, el nivel de conocimiento de las madres, pues se encuentran porcentajes altos como nivel de conocimientos sobre la lactancia materna, inicio y forma de alimento, pero no conocen aspectos como extracción y conservación de la leche materna, además se encontró que la principal causa de suspensión de la lactancia materna al hijo anterior fue la escasa leche presentándose en un 20,9% al igual que en el estudio realizado por Chávez y colaboradores en el 2002 donde se encontró que la causa del abandono más frecuente fue la disminución de la producción leche<sup>7</sup>.

Si se comparan estos datos con otros estudios donde se ha demostrado que muchos de estos factores tienen relación con el abandono de la lactancia materna se encontró: el estudio realizado por la ENDS 2005<sup>27</sup> donde muestra que el principal motivo para no brindar lactancia materna fue porque no le bajó leche 28% seguido por lactante que rehusó 17%, muerte del lactante 17%, madre enferma 14%, lactante enfermo 13%, problemas de pezón 4%, problema de succión por parte del lactante 2% y otros motivos<sup>27</sup>. Así mismo, en el estudio realizado por Cabrera y colaboradores en el

2003 se encontró que el 75% de las mujeres mencionaron no saber cómo extraer y conservar la leche materna<sup>12</sup>.

En este estudio se pudo establecer por medio del análisis Rasch, la severidad del diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz aplicándolo a las variables que representan sus características definitorias según Carpenito; aunque esta metodología no ha sido muy utilizada en enfermería, es un método en el cual se puede acceder a una medición conjunta de las personas e ítems en una misma dimensión, en donde se sitúa la habilidad de las personas y la dificultad de los ítems. Este análisis permite tener especificidad del error típico de medida, siendo capaz de cuantificar la información, seleccionando ítems que pueden ampliarla en regiones dentro del mapa de Wright. La característica definitoria más fácil encontrada en este estudio fue: la Incapacidad del lactante para agarrarse al pecho materno correctamente y la característica definitoria más difícil fue la Agitación y llanto del lactante dentro de la primera hora después de la lactancia materna. El promedio de dificultad de los ítems fue mayor que el nivel de habilidad de las personas.

También se encontró que los factores asociados que aumentan la severidad del diagnóstico son: el peso del lactante, pues a menor peso menor lactancia efectiva, esto se fundamenta porque en este estudio se incluyeron lactantes prematuros; demostrando así que, la prematurez es uno de los principales factores asociados con el diagnóstico lactancia materna ineficaz como refiere Peraza y colaboradores en 1999<sup>10</sup>, pues los lactantes prematuros tienen limitación para succionar y deglutir. Además, esta investigación encontró que el género influye en la lactancia efectiva siendo las niñas las que mejor succionan en comparación con los niños, sin poder establecer la causa aparente. Otro factor asociado es el aumento en la necesidad de ir a orinar.

## CONCLUSIONES

Como conclusiones derivadas del estudio se puede establecer que existe una tendencia desfavorable tanto en la prevalencia como en la duración de la lactancia materna en nuestro medio para los lactantes hospitalizados.

Finalmente como recomendación, se debe considerar la promoción de la lactancia materna como un trabajo en equipo que involucre no solo a la enfermera, sino al médico tratante y al auxiliar de enfermería, donde se deberían modificar las pautas hospitalarias para favorecer el contacto madre e hijo y la puesta temprana

al pecho materno, evitando horarios rígidos y teteros, entrenando al personal de salud para que brinde información y eduque a la mujer enseñando la técnica correcta de amamantamiento durante el embarazo y el postparto.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se desarrolló siguiendo los lineamientos éticos de la investigación en seres humanos, según está contemplado en la resolución número 08430 de 1993<sup>23</sup>. Se obtuvo un consentimiento informado por escrito de las participantes del estudio, los datos obtenidos de las historias clínicas y de las entrevistas fueron de absoluta confidencialidad y se manejaron en la base de datos con un código numérico. La participación en el estudio no incluyó ningún tipo de intervención a las personas objeto de análisis; por lo tanto, no acarrea ningún riesgo para la integridad del binomio madre e hijo (lactantes menores 6 meses), no hubo beneficio económico ni de salud, ni perjuicio para los participantes en el estudio. Esta investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander y el Hospital Universitario de Santander.

## CONFLICTO DE INTERES

Los autores manifiestan que durante la planeación y ejecución del presente trabajo de investigación, no se presentó conflicto de interés.

## REFERENCIAS

1. UNICEF. Nueva York, 1 de agosto de 2008, Comunicado de prensa: Apoyar a las madres a lactar mejorará las posibilidades de supervivencia de los niños y niñas. Disponible en: URL: [http://www.unicef.org/spanish/media/media\\_44930.html](http://www.unicef.org/spanish/media/media_44930.html)
2. Martínez Fernández MR, Grifo Peñuelas MJ, Canicatti Galiano AM, Sanz Rosado AV, Hindi B, Kassis E, Hombrados G. Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. *Semergen* 2004; 30(4): 159-163.
3. Romero Delfino M, Obregón VE, Rainero GL, Romero ML, Romero MS, Rudnitzky R. Práctica de la lactancia materna y factores determinantes en dos grupos demográficos de la ciudad de Corrientes. *Facultad de Medicina UNNE*, 2002. Disponible



- en: URL: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/03-Medicas/M-084.pdf>
4. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics* 2006; 117: 380-386.
  5. Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Hogar Materno “La Palma” nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cub Enf* 2001; 17(1): 42-6.
  6. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. *Atención primaria* 2005; 35 (6): 295-300.
  7. Chávez Merlos A, Sánchez GR, Ortiz OH, Peña Ortega B, Arocha Reyes B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Rev. Fac. Med. UNAM* 2002; 45 (2): 53-55.
  8. UNICEF (Colombia). Estadísticas, Nutrición. 2004. Disponible en: URL: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html)
  9. Prendes-Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez-González R, Guibert-Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cub Med* 1999; 15(4): 397-402.
  10. Peraza Roque G, Soto M, De la Llera Suárez, Suárez S A. Factores asociados al destete precoz. *Rev Cub Med Gen Integr* 1999; 15(3): 278-84.
  11. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Rev Anales de Pediatría* 2002; 56: 144-150.
  12. Cabrera G, Mateus JC, Carvajal R. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2003; 21(1): 27-41.
  13. Freitas AC, Rivero de Gutiérrez MG, De Fátima H. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz- Estudo de identificação e validação clínica. *Rev Acta Paul Enferm* 2005; 18(1): 46-55.
  14. North American Nursing Diagnosis Association NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2008. Barcelona: Harcourt SA, 2008.
  15. Carpenito L. Handbook of Nursing Diagnosis, Ed 11. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2006. p. 37-41.
  16. The Free Dictionary. Disponible en: URL: <http://es.thefreedictionary.com/lactantes>
  17. González I, Pileta B. Lactancia Materna. *Rev Cub Enf* 2002; 18(1): 15-22.
  18. Martí M, Almirón P, Fatjó A, Fernández M, Fernández de Sanmamed MJ, Gómez MA, et al. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Aten Primaria* 1996; 17: 501-506.
  19. McCloskey Joanne, Bulechek Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), España: Elsevier, 2006.
  20. CDC. Epi Info, v. 6.04d – StatCalc. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Enero, 2001.
  21. Avellaneda E. Orozco LC. Rivero SJ. Romero LF. Villamizar B. Validez y reproducibilidad de un formato de valoración de enfermería para el recién nacido de alto riesgo. Escuela Enfermería. UIS. Bucaramanga. En prensa 2005.
  22. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 10.1. College Station, Texas: Stata Corporation. 2008.
  23. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: URL: <http://www.comitedeetica.clinicalili.org/docs/RESL8430.pdf>.
  24. Prieto G, Delgado AR. Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema* 2003; 15(1): 94-100.
  25. González M., El Análisis de Reactivos con el Modelo Rasch, Manual Técnico A, serie: medición y metodología, Universidad de Sonora Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. México, D. F. Disponible en: URL: <http://www.winsteps.com/a/recursos.pdf>
  26. Linacre JM. Winsteps® (programa de ordenador) Versión 3.68.0. Beaverton (Oregón): Winsteps.com. 2009.
  27. Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) 2005. Disponible en: URL: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/00resumen/011general.htm>