

Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad

Breastfeeding in the Immediate Puerperium and Influence of Parity

Lisette Amado Herrera,¹ Oscar Munares-García ²

¹ Hospital de Emergencias Villa el Salvador, Ministerio de Salud, Lima, Perú

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina San Fernando. Lima, Perú.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna, sigue siendo baja en los países, estos eventos inician desde el puerperio inmediato y concluyen al sexto mes posparto, no se tiene evidencias de las prácticas de la lactancia materna en el puerperio inmediato según paridad.

Objetivo: Determinar las prácticas adecuadas de la lactancia materna según paridad en puérperas inmediatas.

Métodos: Estudio prospectivo transversal en 422 puérperas atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú. A quienes se les aplicó un instrumento que medía la práctica adecuada de la lactancia materna en el puerperio inmediato (<24 horas). Estos se clasificaron según paridad en nulípara, primípara, segundípara y múltipara (≥3 partos). Se aplicaron estadísticas descriptivas y prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: El 71,6 % de las nulíparas, 74,6 % de las primíparas, 85,9 % de las segundíparas y 85,0 % de las múltiparas presentaron práctica adecuada de la lactancia en el puerperio inmediato (p= 0,007). El 73,6 % de las que hablan español presentaron prácticas adecuadas, 90,5 % de las que hablan español y quechua (p= 0,002).

Conclusiones: Existen diferencias en las prácticas adecuadas de la lactancia materna según paridad e idioma.

Palabras clave: lactancia materna; periodo posparto; paridad.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is still low in countries. These events start from the immediate puerperium and end at the sixth postpartum month. There is no evidence of breastfeeding in the immediate puerperium according to parity.

Objective: To determine the adequate breastfeeding practices according to parity in the immediate postpartum period.

Methods: Prospective cross-sectional study in 422 puerperal women treated at the Cayetano Heredia National Hospital in Lima, Peru. They underwent assessment of breastfeeding proper practice in the immediate puerperium (<24 hours). They were classified according to parity in nulliparous, primiparous, secundiparous, and multiparous (≥ 3 births). Descriptive statistics and Chi-square test were applied.

Results: the study found adequate breastfeeding practice in the immediate puerperium ($p = 0.007$) in 71.6% of the nulliparous, 74.6% of the primiparous, 85.9% of the second and 85.0% of the multiparous. 73.6% in those who speak Spanish had adequate practices, 90.5% in those who speak Spanish and Quechua ($p = 0.002$).

Conclusions: There are differences in the proper breastfeeding practices according to parity and language.

Keywords: breastfeeding; postpartum period; parity.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un elemento vital para el buen desarrollo del niño desde su nacimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.¹ En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES),² 50,5 % de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, en España esta cifra es mejor si la mujer es primípara (75,5 %)³ y en Chile, es del 89 %.⁴

Se recomienda que la práctica de la lactancia materna debe de ser adecuada desde el inicio, estudios han determinado que, si hay un mejor conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, más temprano el inicio del mismo.⁵ Existen evidencias de que la práctica de lactancia materna es beneficiosa para el recién nacido que la aplicación de lactancia mixta o fórmulas.⁶ Uno de los ejes para obtener una lactancia materna exitosa, es tener una madre físicamente apta, actitud positiva, conocimientos necesarios y un manejo adecuado de la técnica de amamantamiento.⁷ Este último punto no es evaluado de forma sistemática en los establecimientos de atención de partos. Uno de los elementos poco estudiados es que de la posición correcta y del agarre adecuado de un recién nacido en los primeros días depende la recepción de la leche, por ello es importante una adecuada evaluación de estas posiciones son importantes.⁸

La lactancia se inicia después del parto, produciéndose calostro, un líquido de color amarillo limón, el primer día hasta el cuarto día puede secretarse desde 50 a 500 mL. El calostro tiene aproximadamente 2 g/100 mL de grasa, 4 g/100 mL de lactosa y 2 g/100 mL de proteína, produce 67 kcal/100 mL y se destaca la producción de Ig A y lactoferrina que conjuntamente con la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren una condición protectora del recién nacido.⁹⁻¹¹

Dentro de las prácticas educativas y de manejo preventivo que los profesionales de la salud deben impartir en las mujeres que tienen hijos, se encuentran las prácticas adecuadas de la lactancia materna. Según *Tomico*,¹² estas prácticas son elementos objetivos que expresa una madre durante todo el proceso de lactancia materna.

La paridad guarda diferencias en los procesos de anteparto, parto y posparto. Durante el anteparto, los criterios de paridad nos orientan a realizar actividades que permitan demostrar que el canal de parto es el adecuado, las acciones educativas, y las atenciones prenatales, patrones nutricionales. El trabajo de parto es diferente, generalmente la múltipara tiene un trabajo de parto menor que la primípara. Del mismo modo en el posparto, la pérdida de sangre es mayor en la múltipara que en la primípara.^{10,11,13,14}

Una de las herramientas que diferencian a las madres es su experiencia sobre prácticas anteriores. Se esperaría que las madres que más veces han dado de lactar tengan mejor disposición y manejo sobre las prácticas de la lactancia materna. No contamos con estudios que evalúen las prácticas de la lactancia materna en el puerperio inmediato según paridad, por lo que el objetivo del estudio fue determinar las prácticas adecuadas de la lactancia materna según paridad en púerperas inmediatas.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal realizado en 422 púerperas inmediatas (<24 horas posterior al parto) atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú, desde junio hasta diciembre de 2016. Se incluyeron madres que aceptaron participar, con recién nacido vivo, y se excluyeron las gestantes múltiples y pacientes con impedimentos para la lactancia.

Se midió: la edad (años), nivel educativo (ninguna-primaria, secundaria, superior técnica y superior universitaria), idioma que habla: español, quechua y otro idioma, religión (católica, adventista, mormón, pentecostal u otro), estado civil (conviviente, soltera, casada u otro), número de gestaciones, número de parejas sexuales y número de controles prenatales.

La práctica adecuada se midió mediante una lista de observación, tomando datos de la propuesta de *Tomico*¹² y evaluada en 7 puntos:

1. Bebé en estrecho contacto con la madre,
2. Cabeza y cuerpo de bebé alineados,
3. Cuerpo del bebé bien sujeto,

4. Cuerpo del bebé toca el pecho,
5. Madre relajada y cómoda,
6. Boca del bebé bien abierta y
7. Sale leche del otro pecho, tendiendo un punto si se observaba el evento y cero cuando no, los puntajes oscilaron entre 0 a 7 puntos. Se contempló como práctica adecuada cuando el puntaje era mayor o igual a 5.

El instrumento fue evaluado por expertos, arrojó un análisis factorial y $KMO = 0,751$ $p < 0,001$ y un coeficiente $KR-20 = 0,720$. La paridad fue definida cuando la paciente no había presentado ningún parto (nulípara), un parto (primípara), dos partos (segundípara) y de tres a más partos (múltipara). Se empleó la observación estructurada aplicando una lista de cotejo que evaluaba las prácticas adecuadas; así mismo, se aplicó la información documental para evaluar las características generales y obstétricas de las madres.

El estudio forma parte de un análisis secundario de la investigación: Factores asociados a la práctica adecuada de la lactancia materna en el puerperio en el hospital, la cual contó con aprobación del Comité de Ética (Cod. 133-015).

La información fue procesada en una base de datos en SPSS v 21. Se aplicaron estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (mediana, promedio), medidas de dispersión (desviación estándar, mínimo, máximo) y de posición (percentiles 25 y 75). Para las inferencias estadísticas y las variables cualitativas se aplicó *Chi-cuadrado de Pearson* y asociación lineal por lineal con un nivel de significación estadístico $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las puérperas, 73,7 % se encontraban entre los 20 a 34 años, 60,3 % tenían un nivel educativo secundario, 85,4 % habla español, 75,5 % profesa la religión católica y 78,1 % conviviente ($p < 0,001$) ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución porcentual de las puérperas inmediatas

Distribución porcentual	No.	%	p	Práctica Adecuada	p
Edad (años) (n= 422)			<0,001		0,340
18 a 19	38	9,0		73,7	
20 a 34	311	73,7		75,9	
35 a 43	73	17,3		80,8	
Nivel educativo (n= 418)			<0,001		0,842
Ninguna-primaria	29	6,9		79,3	
Secundaria	252	60,3		75,0	
Superior técnica	90	21,5		81,1	
Superior universitaria	47	11,2		74,5	
Idioma (n=417)			<0,001		0,002
Español	356	85,4		73,6	
Español y quechua	42	10,1		90,5	
Español y otro	19	4,6		94,7	
Religión (n=421)			<0,001		0,013
Católica	318	75,5		73,6	
Adventista	5	1,2		100,0	
Mormón	2	0,5		100,0	
Otro	96	22,8		85,3	
Estado civil (n=421)			<0,001		0,944
Conviviente	329	78,1		75,7	
Soltera	49	11,6		71,4	
Casada	40	9,5		90,0	
Otro	3	0,7		66,7	
Total				76,5	

Conforme se incrementó la paridad, se incrementó la mediana de la edad. Esta se comportó de la siguiente manera: 22 años para las nulíparas, 27 años para las primíparas, 33 años para la segundípara y 34 años para la múltipara. Del mismo modo, la mediana de las gestaciones se incrementan conforme se incrementa la paridad. En cuanto al número de controles prenatales fue mayor conforme la paridad, siendo la mediana de 8 entre la nulípara y primíparas y de 7 en segundíparas y 6 en las múltiparas. No hubo diferencias en cuanto al número de parejas sexuales ([Tabla 2](#)).

Tabla 2. Descriptivos de las características de las puérperas

Características de las puérperas	x	s	Min	Max	P25	P50	P75
Edad (años)							
Nulípara	23,5	4,8	18	40	20	22	26
Primípara	27,2	5,0	18	38	23	27	31
Secundípara	33,0	5,3	23	43	29	33	37
Múltipara	34,0	5,2	22	43	31	34	38
Gestaciones							
Nulípara	1,3	0,5	1	4	1	1	2
Primípara	2,5	0,7	2	5	2	2	3
Secundípara	3,4	0,6	2	5	3	3	4
Múltipara	4,8	1,1	3	8	4	4	5
Parejas sexuales							
Nulípara	2,1	1,0	1	5	1	2	3
Primípara	2,1	1,2	1	10	1	2	3
Secundípara	2,2	1,4	1	12	1	2	3
Múltipara	2,4	0,9	1	5	2	2	3
Controles prenatales							
Nulípara	7,6	2,3	1	14	6	8	9
Primípara	6,9	2,7	0	12	5	8	9
Secundípara	6,6	2,7	0	11	5	7	9
Múltipara	6,2	3,2	0	17	4	6	9

Del total de puérperas, 76,5 % presentó práctica adecuada, no hubo diferencias significativas conforme el rango de edad, nivel educativo y estado civil. Hubo diferencias significativas conforme al idioma, siendo menor en los que hablan español, y mayor cuando hablan otro idioma aparte del español ($p= 0,002$), del mismo modo fue diferente según religión siendo mayor para los que profesan la religión adventista o mormón ($p= 0,013$) ([Tabla 1](#)).

De las puérperas, 71,6 % presentaron un antecedente de nulípara y tuvieron una práctica adecuada, similar se encontró en las primíparas (74,6 %), fue mayor en las secundíparas y múltiparas (85,9 % y 85,0 %, respectivamente). Estas diferencias fueron significativas ($p= 0,007$) ([Fig. 1](#)).

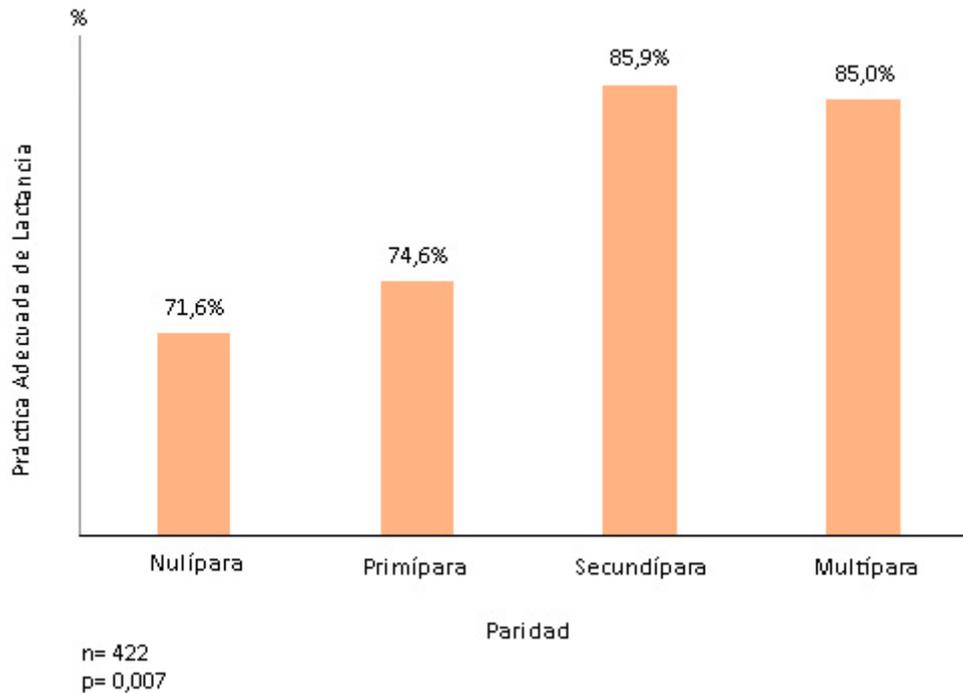


Fig. 1. Distribución porcentual de la práctica adecuada de lactancia en púerperas inmediatas según paridad.

No hubo diferencias en cuando a la observación de la práctica de la lactancia materna en las primeras 24 horas y el contacto de la madre con el bebé, cuerpo del bebé toca al pecho y sale leche del otro pecho y la paridad. Hubo diferencias significativas conforme a la paridad en cuanto la observación de la alineación entre la cabeza y el cuerpo del bebé, sujeción del bebé, madre relajada y cómodo y observación de la boca abierta del bebé. La observación de la alineación entre la cabeza y el cuerpo del bebé fue mayor conforme se incrementó la paridad, fue adecuado en 77,6 % de las primíparas hasta 92,5 % de las multíparas ($p= 0,019$), del mismo modo fue la observación de la sujeción del cuerpo del bebé ($p= 0,039$) y la madre relajada y cómoda ($p= 0,042$).

Con respecto a la observación al momento de la lactancia de la boca bien abierta del bebé al momento de la lactancia, se observó que fue adecuado en 42,1 % de las nulíparas, 72,8 % de las primíparas, 78,8 % de las secundíparas y 75 % de las multíparas ($p < 0,001$) ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución porcentual de la práctica sobre lactancia materna en puérperas inmediatas

Práctica sobre lactancia materna	Nulípara	Primípara	Secundípara	Múltipara	p
	(n= 183)	(n= 114)	(n= 85)	(n= 40)	
	%	%	%	%	
Bebé en estrecho contacto con madre	84,2	88,6	88,2	95,0	0,066
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	77,6	75,4	85,9	92,5	0,019
Cuerpo del bebé bien sujeto	78,6	77,2	87,1	90,0	0,039
Cuerpo del bebe toca el pecho	96,2	97,4	98,8	100,0	0,093
Madre relajada y cómoda	88,5	93,9	95,2	95,0	0,042
Boca bien abierta	42,1	72,8	78,8	75,0	<0,001
Sale leche del otro pecho	0,0	0,9	1,2	0,0	0,445

DISCUSIÓN

Schwarcz y otros¹³ sostienen que el observar y evaluar la mamada permite facilitar y cooperar con la práctica saludable. *Valenzuela* y otros¹⁵ y *Cárdenas* y otros¹⁶ indican que la paridad influye en la disminución de la lactancia materna exclusiva. *Besadre* y otros¹⁷ evaluaron la autoeficacia sobre lactancia materna en puérperas de menos de 48 horas, y encontraron un alto nivel de autoeficacia (72 %) que se incrementó según paridad (56,8 % en primíparas y 82,4 % entre 2 a 4 partos y 100 % mayores de 4 partos). *Bautista*¹⁸ sostiene que conforme se incrementa la paridad, también se reduce el riesgo de no inicio de lactancia materna, para primíparas llegó al 10,4% y 6,1% en secundíparas. *Muñoz y Rodríguez*¹⁹ demostraron que las primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo la lactancia, nuestro estudio encontró 76,5% de prácticas adecuadas de lactancia materna dentro de las primeras 24 horas, las cuales fueron mejores conforme la paridad. Estas evidencias nos indicarían que las estrategias del anteparto, parto y posparto para la evaluación y consejería de la lactancia materna deben de ser diferenciadas. Quizás habría que desarrollar estos puntos en los programas de atención prenatal, psicoprofilaxis y estimulación prenatal así como reforzarlos en el puerperio inmediato.

Las atenciones prenatales son menores conforme a la paridad, siendo mayor en las nulíparas y primíparas y menor en la múltiparas; sin embargo, la práctica adecuada fue mayor en las múltiparas que en las primíparas, por lo que el control prenatal no sería significativo en estas diferencias. En nuestro sistema de salud, el esquema de educación para la práctica adecuada de la lactancia materna se ofrece entre las semanas 12 y 24,²⁰ las prácticas quizá no se puedan realizar en mujeres que acuden menos a las atenciones prenatales. Esto es más frecuente en las secundíparas y múltiparas que presentan menos atenciones, ello obligaría a diferenciar el momento de las consejerías referentes a la práctica adecuada de la lactancia materna según la paridad de las madres, ya que las múltiparas tiende a acudir menos a las atenciones prenatales, presentan en promedio más edad y más partos, pero en ningún caso se logró prácticas adecuadas superiores al 75 %.

*Urquiza*²¹ sostiene que el personal de salud debe conocer las ventajas, la técnica del amamantamiento y la conservación de la leche si la madre se incorpora precozmente al trabajo, deberíamos indicar que, con la evidencia presentada, ser selectivo y preparar de forma diferente a la primeriza que a las que ya han dado de lactar,

porque la práctica adecuada varía. Las prácticas adecuadas son diferentes según la paridad, siendo mayor en los elementos de posición como alineación del cuerpo del bebé con la madre, sujeción del bebé, madre relajada y cómoda, y abertura de la boca del bebé al inicio de la lactancia. Quintero et al⁸ refieren que es muy importante la evaluación y seguimiento de las posiciones correctas y un buen agarre para amamantar y ofrece consejos útiles de como evaluarlo centrándose en la posición y la verificación del agarre de la boca del niño al pezón materno. Quizá la estrategia para mejora de la práctica adecuada de la lactancia materna, tenga que involucrar a los profesionales de la salud y los familiares de las gestantes. Por ejemplo, se ha estudiado el rol que juegan las abuelas, para la mejora de la técnica, además de transmitir sus propias experiencias lo que estimulará de mejor manera la seguridad hacia esta práctica,²² esto podría ser más efectivo en primerizas.

El estudio de *Niño* y otros,⁵ estimaron factores que contribuyen a una lactancia materna exclusiva, no encontrando asociación entre la paridad y la lactancia materna exclusiva, pero si con factores estéticos, percepción de hambre y enfermedad del niño. Gorrita et al²³ lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y estado de ansiedad.

Finalmente, la práctica adecuada es diferente conforme al idioma, es menor en las que hablan solo español y mayor en la que hablan español y quechua. Las que hablan dos idiomas, presentan culturas diferentes, el quechua siempre ha acercado a prácticas de lactancia más prolongadas. Se requerían más estudios para determinar diferencias. Se concluye que existen diferencias en las prácticas adecuadas de la lactancia materna según paridad e idioma.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Infant and young child nutrition. World Health Organization. En: Fifty-Fifth World Health Assembly. Geneva: WHO; 2002. [Internet] 2002 [citado 19 Nov 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Nacional y Regional. Lima mayo de 2017 [Internet] 2016 [citado 25 Oct 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
3. Martínez-Galiano J, Delgado-Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2013 [Citado 17 oct 2017];81:706-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1312d.pdf>

4. Prieto-Gómez R, Baeza-Weinmann B. Lactancia materna: prevalencia de grietas y dolor en mujeres que amamantan, región de la Araucaría, Temuco, Chile. 2010-2011. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013[citado 10 Nov 2017];64(3):229-33. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/104>
5. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2012[citado 19 Set 2017];83(2):161-9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v83n2/art07.pdf>
6. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017[citado 22 Jun 2017];88(1):7-14. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v88n1/en_art01.pdf
7. Gorrita R. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2014[citado 16 May 2017];86(3):270-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n3/ped01314.pdf>
8. Quintero E, Roque P, De la Mella S, Fong G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicent Electrón [Internet]. 2014 [citado 19 Nov 2017];18(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n4/mdc03414.pdf>
9. Valderrama J, Collantes J. Influencia de la preeclampsia en la calidad del calostro en puérperas atendidas a 2720 metros sobre el nivel del mar. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2014[citado 19 Set 2017];60(4):299-303. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v60n4/a05v60n4.pdf>
10. Cunningham G, Dashe J, Leveno K, Holfman B, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. México. 24 Ed. Edit. McGraw Hill. 2014.
11. Pérez A, Donoso E. Obstetricia. Pub. Técnicas Mediterráneo. Santiago. 1997.
12. Tomico del Río M. Taller de Lactancia materna (Tetaller). Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013[citado 30 Ene 2017];15:109-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/13_sup22_pap.pdf
13. Schwarcz R, Horacio R, Duverges C. Obstetricia 6º Ed. Edit. El Ateneo 2011.
14. Goñi L, Cuervo M, Santiago S, Zazpe I, Martínez J. Parity implications for anthropometrical variables, lifestyle behaviors and dietary habits in pregnant women. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014[citado 22 Feb 2017];37(3):349-362. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n3/original4.pdf>
15. Valenzuela S, Vásquez E, Gálvez P. Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile. Rev Int Salud Materno Fetal - Yo Obstetra [Internet]. 2016[citado 14 May 2017];1(7):12-19. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf>
16. Cárdenas M, Montes E, Varón M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global [Internet]. 2010[citado 11 Ago 2017];20:1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110821>

17. Besadre C, Bello H, Benavides J, Bravo M, Carranza E. Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el hospital de Apoyo María Auxiliadora. Horizonte Med [Internet]. 2013[citado 06 Jun 2017];13(2):28-39. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/72>
18. Bautista L. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 1997[citado 22 Feb 2017];1(3):200-7. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v1n3/200-207>
19. Muñoz R, Rodríguez M. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. Enfermería Cuidados Humanizados. [Internet]. 2017[citado 22 Feb 2017];6(1):19-24. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6n1/2393-6606-ech-6-01-00019.pdf>
20. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. 2004.
21. Urquiza R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? Rev Per Gin Obstet [Internet]. 2014[citado 30 Ene 2017];60(2):171-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf>
22. Losa-Iglesias M, Rodríguez-Vázquez R, Becerro de Bengoa-Vallejo R. Papel de la abuela en la lactancia materna. AQUICHAN [Internet]. 2013[citado 19 Set 2017];13(2):270-9. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2129>
23. Gorrita R, Bárcenas Y, Gorrita Y, Brito B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2013[citado 15 Mar 2017];86(2):179-88. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v86n2/ped06214.pdf>

Recibido: 27 de enero de 2018.

Aprobado: 3 de marzo de 2018.

Lisette Amado Herrera. Hospital de Emergencias Villa el Salvador, Ministerio de Salud. Lima, Perú.
Correo electrónico: minerva_lissy@hotmail.com