

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL

“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN LAS MUJERES INGRESADAS EN SALA DE
HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
CARLOS ROBERTO HUEMBES DEL 1-31 DE AGOSTO, 2019”

Autores:

Br. Shary Roberto Farrach Roque
Br. Jovelssy Janet Juárez Bravo

Tutor Científico:

Dr. Eduardo Alberto Corrales Corrales
Médico especialista en ginecología

MANAGUA NICARAGUA. SEPTIEMBRE, 2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	iv
RESUMEN	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	5
V. MARCO TEÓRICO	6
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	44
VII. RESULTADOS	51
VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	59
IX. CONCLUSIONES	70
X. RECOMENDACIONES	72
XI. BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	78

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios por permitirme llegar hasta este momento de mi vida, por acompañarme todos los días, ser mi guía, por darme las fuerzas y el entendimiento para poder culminar mi carrera.

A mis padres por ser los pilares fundamentales en mi crecimiento profesional, por su apoyo incondicional, por su excelente guía al inculcarme valores y siempre brindarme un gran ejemplo a seguir y por guiarme para convertirme en mejor persona cada día.

A mis docentes por compartir sus conocimientos durante mi formación académica enseñando no solamente aquellos conocimientos teóricos necesarios para volverme un profesional, sino, también valores morales que me mostraron el camino para llegar a ser no solo un médico sino una gran persona.

A mis amigos y compañeros por el apoyo y la compañía brindada en los momentos más difíciles. Por compartir los logros y los fracasos que pudimos haber vivido en este largo camino.

Br. Shary Roberto Farrach Roque

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias infinitas a mi amado Dios por ser mi fortaleza en todo momento, quien con su bendición llena mi vida, por permitirme el haber dado un paso más para lograr mi sueño más anhelado.

A mi madre **Marcia Johana Bravo**, por ser el pilar más importante en mi vida, por ser mi mejor amiga, consejera, ejemplo a seguir y por su incansable ayuda en todo momento, gracias a ella he llegado a culminar un peldaño más de mi vida.

No tengo palabras para expresar mi amor y mi gratitud por mi padre, **Francisco Juárez Soza**, por haberme permitido trazar mi camino; por su esfuerzo, dedicación, paciencia y sobre todo por su confianza en mí.

Agradezco a los docentes, en especial a mi tutor de tesis por guiar esta investigación y formar parte de otro objetivo alcanzado.

Br. Jovelssy Janet Juárez Bravo

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestro amado Dios, por ser el dador de la vida, por permitirnos llegar a este momento tan importante de nuestra formación profesional, ser la lumbre en nuestro camino, guiarnos con su infinito amor y darnos la fortaleza en momentos de debilidad.

A nuestros padres por ser nuestro apoyo incondicional, llenar nuestras vidas con sus valiosos consejos y que, a través de su amor, paciencia, buenos valores, ayudan a trazar nuestros caminos.

Los autores

OPINIÓN DEL TUTOR

La evaluación del conocimiento, actitudes y prácticas de la lactancia materna exclusiva es un punto de mucho interés, ya que es ampliamente respaldado por datos nacionales e internacionales que es la práctica más sana para el binomio madre-hijo, además de ser la más conveniente desde el punto de vista social, económico y ecológico, y a nivel nacional es una práctica que disminuye progresivamente con el paso del tiempo.

Los investigadores Jovelssy Janet Juárez Bravo y Shary Roberto Farrach Roque, han realizado este proceso investigativo de manera concienzuda, sistematizada y eficaz, con el fin de encontrar donde se encuentran las mayores debilidades en cuanto lactancia materna exclusiva respecta y de este modo buscar soluciones conjuntas a esta problemática.

Dr. Eduardo Alberto Corrales Corrales
Médico especialista en Ginecología

RESUMEN

Se realizó una encuesta tipo CAP a las pacientes ingresadas en la sala de hospitalización del servicio de Ginecología, en el periodo del 1 al 31 de agosto de 2019 con el objetivo de evaluar, el conocimiento, las actitudes y las prácticas en torno a la Lactancia Materna Exclusiva.

Metodología: Se tomó una muestra de 108 pacientes las cuales se encontraban ingresadas en la sala de Ginecología por diferentes motivos. Las pacientes que decidieron participar, llenaron y firmaron un consentimiento informado previo a la realización de la encuesta. Se trató de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal observacional, con métodos cuantitativos, encuesta tipo Conocimiento, Actitudes y Prácticas.

Resultados: Según las características sociodemográficas sobresalieron los grupos de pacientes aseguradas, bigestas, mayores de 45 años, en unión estable, de escolaridad secundaria, obreras y de zona urbana.

Al evaluar el conocimiento se encontró que este es malo, sin embargo, se percibió una actitud favorable con prácticas inadecuadas.

Conclusiones: Se observó que el conocimiento y por consiguiente las prácticas de las personas estudiadas es deficiente, aunque con una actitud favorable, por lo que se recomienda crear un sistema educativo para lactancia materna exclusiva en la institución, así como también promocionar o difundir, las ventajas y beneficios a través de los medios de comunicación, programas y publicidad.

Palabra Clave: CAP, Lactancia, Conocimiento, Actitudes, Prácticas

I- INTRODUCCIÓN

Los humanos pertenecemos al grupo de los mamíferos, cuya característica principal (de la que deriva su nombre) es que las crías son alimentadas por las hembras de la especie con la leche producida por sus glándulas mamarias. De este modo, la alimentación con leche del seno materno, o lactancia materna (LM), es un fenómeno biológico

La leche materna humana es el alimento ideal para los niños, pues tiene propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de sus sucedáneos. Este es un fluido vivo, cambiante, desarrollado a través de millones de años de evolución que se adapta en función de las necesidades de cada etapa de la vida de los lactantes, por lo que protege su salud y estimula su óptimo desarrollo físico y mental. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna se inicie dentro de la primera hora después del nacimiento y se continúe exclusivamente por los primeros 6 meses de vida y con alimentos complementarios seguros y adecuados hasta 2 años o más. (2)

Después del nacimiento, la leche materna es la responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo, al suministrarle a este los elementos protectores, la mayoría de ellos células y factores solubles que están ausentes en el neonato. Es el único alimento exclusivo imprescindible durante los primeros 6 meses de vida y complementarios hasta los 2 años de edad. (3) (4)

Durante la etapa del amamantamiento es el único momento en que el ser humano recibe todos los nutrientes necesarios de un único alimento por tiempo prolongado, que además debe ser apto para las características de inmadurez funcional del aparato digestivo, renal y del sistema inmunológico del niño pequeño.

Fue por esta razón que en 1999 se aprueba la ley No. 295 Ley de la Promoción, Protección y Mantenimiento de la Leche Materna y Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. (3) (4)

Además de sus claros beneficios en la salud y desarrollo de los niños y sus madres, la práctica adecuada de lactancia materna otorga enormes dividendos a la economía de una nación. La buena alimentación determina de manera inexorable el futuro de la salud y el desarrollo de los individuos, por lo tanto, el de las naciones a las que éstos pertenecen.

A pesar de ello, no es una práctica lo suficientemente generalizada. Se estima que solo el 40% de bebés en el mundo reciben lactancia materna exclusiva. Y aunque todos los niños deberían recibir leche materna en la primera hora de vida, solo la mitad de los bebés en el mundo lo hace. (1) (5)

La Lactancia Materna es un tema de suma importancia en Nicaragua como parte de la política implementada por el Ministerio Salud, siendo un problema de salud pública, reflejada por el deterioro de la situación alimentaria y nutricional, por lo que surge la necesidad de identificar el nivel de conocimientos que restringen a las madres a adoptar una buena práctica, de esta manera lograremos corregir sus errores y mejorar la forma de brindar información cambiando su actitud y creando conciencia de lo importante que es brindar la lactancia materna. (4) natural que ha estado presente desde los orígenes de la humanidad. (1)

II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años. La composición de ésta, se va adecuando a las necesidades del niño a medida que crece y se desarrolla, permitiendo la introducción de otros alimentos en el momento indicado a fin de proporcionar lo necesario para un desarrollo óptimo.

Sin embargo, datos obtenidos por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) hablan acerca de la disminución de la lactancia materna exclusiva, que muestra su mayor tasa de abandono en torno a los 4 y 5 meses de edad. Esto nos lleva a pensar que tanto conocen las mujeres sobre la importancia de la lactancia materna y que prácticas realizan referente a este tema.

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en las mujeres ingresadas en Sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019?

III-JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna exclusiva es la forma idónea de aportar a los lactantes los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. La evidencia es amplia al reconocer los múltiples beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre, como para los niños y para la sociedad en su conjunto.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, sin embargo deben de disponer siempre de buena información, por lo cual consideramos de gran importancia evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres con respecto a la lactancia materna, con el fin de contribuir en la lucha por alcanzar una lactancia materna exclusiva que permita impactar en el estado de salud materno-infantil y a la misma vez ser una herramienta para el diseño de futuras estrategias en los servicios de salud.

IV-OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el conocimiento, las actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en las mujeres ingresadas en sala de hospitalización del servicio de Ginecología del hospital Carlos Roberto Huembes del 1-31 de agosto, 2019.

Objetivos Específicos

- 1. Describir las características sociodemográficas de las personas estudiadas**
- 2. Descubrir el conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva que tienen las pacientes**
- 3. Identificar las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en la población a estudio**
- 4. Puntualizar las prácticas en torno a la lactancia materna exclusiva de las mujeres que serán encuestadas**

V- MARCO TEÓRICO

Concepción general del problema a estudiar:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Lactancia Materna Exclusiva (LME), la alimentación del lactante con leche materna, sin ningún suplemento sólido o líquido, durante los primeros 6 meses de edad, y posteriormente con introducción gradual de complementos. (1)

La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de nutrientes que los lactantes necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. (1) (2)

Aunque es un acto natural, la lactancia natural también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias, comunidades y del sistema de atención sanitaria. (1)

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. (3) (4)

Características sociodemográficas:

Tipo de usuaria:

Clasificación institucional a través de la que se diferencia el motivo por el cual el usuario cuenta con derecho a atención en salud en dicho centro.

Relativo a esta institución se divide en tres tipos, siendo estos, pacientes privados los cuales pagan directamente a la institución por la atención que reciben, pacientes asegurados quienes son aquellos con derecho a atención debido a los beneficios dados por el Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS) y los beneficiarios son aquellos que reciben atención por cobertura del INSS por ser cónyuge o hijo de un asegurado.

Gestaciones:

Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. (10)

Existen estudios que asocian las gestaciones como factor para la disminución de la LME; sin embargo, la mayoría que analizan este factor, lo hacen en base a las experiencias previas de las madres (multíparas) y en base al temor y a la ansiedad por parte de las primíparas, quienes tienden a demostrar un establecimiento precoz de la LME, pero con una menor mantención a lo largo del tiempo. (11)

Si bien gran parte de los estudios logran hacer esta asociación, se sugiere que éste es un factor, que se ve fuertemente influenciado por la dinámica familiar, más que por las experiencias previas. Radwan, H. indica que el inicio de la LM está asociado a la paridad y Dashti, M quien indica que multíparas tienen mayor probabilidad de mantener la LME. (11)

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. (12)

Edad:

A partir del periodo prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación el tejido mamario, este tejido rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo. (5)

Durante el desarrollo puberal en la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovárico, los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos que, sumados a la hormona de crecimiento, determinan el crecimiento de los brotes epiteliales y la maduración de la glándula mamaria, con incorporación de la progesterona al iniciar los ciclos menstruales durante el periodo conocido como menarca. (5)

A partir de esta edad se inicia el desarrollo mamario que llevará a la mama al estado de competencia glandular necesaria para brindar lactancia al momento de procrear. (6)

En la adolescencia temprana, que abarca de los 14-16 años, la mujer no presenta diferencias clínicas del resto de las madres en cuanto a lactancia respecta, sin embargo, si las hay del tipo psicosocial y emocional. Son mujeres que no han alcanzado la madurez biológica, ni psicológica. A menudo se trata de embarazos no controlados, con parejas no estables y las madres adolescentes comparadas con las adultas tienen menos probabilidad de iniciar y mantener la lactancia materna. (6) (7) (8)

Son pocos los estudios que han investigado las experiencias y prácticas de lactancia en adolescentes una vez que han egresado del hospital. Estas referencias sugieren que muchas adolescentes abandonaron la lactancia cuando los niños eran menores de un mes de edad debido a distintos factores. (6) (8)

Estado civil:

En la literatura médica nacional como internacional hay algunos factores de riesgo que se repiten de manera frecuente en casi todos y que demuestran que hay un mayor riesgo de abandono de la lactancia materna en las madres con una unión estable, ya sean casadas o acompañadas, el porcentaje de abandono de la lactancia materna es menor que en las madres solteras de las cuales solo el 5,9 % siguen la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de edad. (13)

El abandono precoz de la lactancia materna exclusiva que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras se le atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este periodo. (13)

Escolaridad:

La escolaridad es el nivel educativo que adquiere una persona al recibir enseñanzas en un centro destinado para ello o por una persona capacitada. (4)

Estudios realizados por Pérez Escamilla en siete países latinoamericanos mostraron que las mujeres cuyo grado de escolaridad era nulo o bajo amamantaron a sus hijos por más tiempo que las que habían cursado estudios más avanzados, resultados contrapuestos a otros como el de Da costa-Morgan, que hallaron que aquellas con menor nivel educativo tuvieron mayor probabilidad de no lactar y aumentó las posibilidades de suministro de otros líquidos o alimentos, incluidas las fórmulas. (10) (11)

En el país, estudios han informado que en la relación conocimiento-escolaridad, el mayor porcentaje lo alcanzan mujeres con educación universitaria y el menor las de educación secundaria, sin embargo, la práctica-escolaridad difiere mucho, ya que en el informe final de la encuesta de demografía y salud (ENDESA), figura que tanto en el inicio de lactancia como en el tiempo que se lacta, destacan las madres con educación primaria sobre aquellas con educación universitaria o superior. (8) (12)

Procedencia:

En Nicaragua de acuerdo a los registros de las Encuestas de Demografía y Salud, de cada 100 niños nacidos, 61 (en la zona rural) y 47 (en la zona urbana) recibían lactancia materna en la primera hora de vida. En términos generales se observa una tendencia descendente en esta práctica óptima de lactancia materna, según zonas geográficas. (9)

Las madres de la zona rural brindan 6.2 veces eventos de lactancia durante la noche, mientras que en las mujeres urbanas es de 5.9; reflejando la influencia cultural y laboral sobre las prácticas de amamantamiento. (9)

Según su residencia, se observa que a pesar de que se conserva la diferencia urbana/rural (3 puntos porcentuales más alto en el área rural) en ambas se reduce la proporción de niños (as) que alguna vez le fue brindada lactancia materna en 2 puntos porcentuales respecto al 2006-2007, en el área urbana se pasa de 93 a 91 por ciento y en el área rural de 96-94 por ciento. (8)

En cuanto al tiempo de inicio de la lactancia, las proporciones son similares a las encontradas en el 2006-2007, se le brindó lactancia en el primer día de nacidos al 77 por ciento del área urbana (46 por ciento en la primera hora) al 85 por ciento en la rural (64 por ciento en la primera hora) es decir se sigue brindando más temprano en mayor proporción en el área rural que en el área urbana: 8 puntos porcentuales para el primer día y 18 puntos porcentuales para la primera hora, mayor en el área rural. (8)

Por departamentos, ha habido reducciones, respecto al 2006-2007, en Boaco pasa de 95-88%, en la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur (RACCS) de 91-86% y en Jinotega de 98-93%. Salvo en Madriz donde la proporción es igual a la del 2006-2007, y en Chontales el único departamento que mejora ligeramente pasando de 92-93% en todos los demás hay una reducción en la proporción de niños(as) que alguna vez les fue brindada lactancia materna. (8)

Ocupación:

Diferentes estudios señalaron que el trabajar y, sobretodo hacerlo fuera del hogar, fue un factor que llevó a las madres a no iniciar o a abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva, y reemplazarla con fórmulas lácteas, complementación temprana con otros alimentos y un mayor uso del biberón. Mientras que el permanecer en el hogar fue un factor protector relacionado con aumento en la duración y mayor tasa de exclusividad en los primeros 6 meses. (10)

Por otro lado, se estudió la importancia de políticas laborales en cuanto a la lactancia respecta y se evaluó que en aquellos empleos que tenían políticas que garantizaban descansos remunerados para la lactancia, al menos hasta que el niño cumpliera los 6 meses de edad, hubo tasas significativamente más altas de LME y, también que la tasa de abandono era directamente proporcional al número de horas de las jornadas, siendo más evidente cuando éstas eran mayores o iguales a las 8 horas de duración. . (10) (14) (15)

En estos casos la deserción de la lactancia pasaba de un 58% como punto máximo en mujeres con jornadas de 7 horas de trabajo, a un 94% al alcanzar las 8 horas. (10) (14) (15)

Conocimiento:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (21)

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. (14)

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. (15)

La evidencia científica avala la superioridad de la leche materna para la alimentación del recién nacido y del lactante sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida. (16)

Ha quedado bien demostrado en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. (16)

Lactancia materna exclusiva: al bebé no se le da ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna, incluyendo agua (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales). Se le puede dar leche materna extraída. (17)

Lactancia materna predominante: el bebé es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como té o jugos. (17)

Lactancia materna completa: el bebé es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho. (17)

Lactancia materna parcial: al bebé se le amamanta algunas veces y otras se le da alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos. (17)

Alimentación complementaria oportuna: al bebé se le dan otros alimentos, además de la leche materna, cuando es apropiado o sea después de los seis meses de edad. (17)

Destete: proceso que se inicia cuando el bebé comienza a ingerir otro alimento y/o leche, distinta de la leche materna, y se completa cuando ya no toma más leche materna. (17)

Anatomía y fisiología de la lactancia materna:

Anatomía de la glándula mamaria: Las mamas están constituidas por las glándulas mamarias y la piel y tejido conjuntivo asociado. Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas que se sitúan sobre la fascia superficial, anteriores a la musculatura pectoral y a la pared anterior. (20)

El tamaño de las mamas de una mujer que no amamanta depende de la cantidad de grasa que rodea el tejido glandular. (29)

El cuerpo más o menos circular de las mamas femeninas descansa en el lecho de la mama, que se extiende transversalmente desde el borde lateral del esternón hacia la línea axilar media, y verticalmente desde la 2da hasta la 6ta costilla. (20)

Estructura Externa de la glándula mamaria: Las glándulas mamarias están unidas con firmeza a la dermis de la piel que las recubre, en especial por ligamentos cutáneos consistentes, los ligamentos suspensorios (de Cooper). Estas condensaciones de tejido conectivo fibroso, particularmente bien desarrolladas en la porción superior de la glándula, ayudan a sostener los lóbulos y lobulillos de la glándula mamaria. (21) (2)

Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener "mayor carga", y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un sostén adecuado. (21) (2)

Aréola: Es una zona circular de piel más oscura alrededor del pezón que recubre los senos lactíferos. Se encuentran en ella las glándulas sebáceas de Montgomery que segregan una sustancia lubricante que protege la piel de la aréola y del pezón. (19)

Pezón: Estructura saliente de la mama, altamente inervada, compuesta por fibras musculares que hacen que se vuelva protráctil (saliente) al ser estimulado y donde desembocan los senos lactíferos. (19)

En la parte interna, se identifican las siguientes estructuras principales:

Tejido glandular: Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón. (2)

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10-100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyeción de la leche. (2)

Cerca del pezón, los conductos mamarios se expanden para formar los senos galactóforos (*galaktos*-, leche; y *-phoros*, llevar), donde puede almacenarse parte de la leche, antes de ser drenada a un conducto galactóforo. Típicamente, cada conducto galactóforo transporta la leche desde uno de los lóbulos hacia el exterior. (2)

En mujeres no lactantes, el componente predominante de la mama es la grasa, mientras que en mujeres en período de lactancia es más abundante el tejido glandular. (20)

Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos: En la punta del pezón existen unos nervios sensitivos, al igual que alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones se produce la erección del pezón y se desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyeción de la leche. (2)

Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea. (2)

Fisiología de la producción de leche: El crecimiento de la glándula mamaria durante la menarquia y el embarazo la prepara para la lactancia. Durante el embarazo ocurren una serie de cambios hormonales que permiten a la mujer prepararse para la lactancia; un aumento de las hormonas luteales y placentarias producen un aumento en el número de conductos y lobulillos de la mama.

A su vez los estrógenos estimulan la proliferación del sistema ductal y la progesterona, incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos mamarios. (6)

Si bien los estrógenos y la progesterona son importantes para el desarrollo físico de la mama, tienen un efecto de inhibición en la producción de la leche. Por otro lado, la prolactina, una hormona secretada por la adenohipófisis materna, cumple la función opuesta a los estrógenos y progesterona desde el punto de vista funcional, ya que estimula la secreción de leche. (5)

Otras hormonas como la somatotropina coriónica humana tienen un efecto lactógeno que actúa junto a la prolactina y que durante el periodo de gestación es contraregulado por los estrógenos y la progesterona. Por lo antes mencionado se explica que antes del parto no se secretan abundantes cantidades de leche, sino hasta el fin del embarazo donde hay un descenso drástico de los niveles de las hormonas que contraregulan la lactogénesis. (5)

Lactogénesis: La iniciación de la lactancia o lactogénesis puede ser dividida en tres etapas. La primera inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche en pocas cantidades por acción hormonal, la segunda se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día postparto por un mecanismo hormonal que ya ha sido explicado. (5) (2) (19)

En síntesis depende de tres factores, el desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona y por último se da el proceso de maduración completa de la leche que ocurre después del quinto día postparto. (5) (2) (19)

Leche materna vs fórmula artificial:

La Academia Americana de Pediatría (AAP) coincide con organizaciones como la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA), la Asociación Dietética Americana (American Dietetic Association, ADA) y la OMS al recomendar la lactancia materna como mejor opción para alimentar a un bebé. La lactancia materna contribuye a la defensa contra las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas. (26)

La alimentación del niño menor de seis meses basado en leche materna juega un rol protagónico en la relación madre - niño, mas no solamente percibido desde el lado afectivo, sino en variaciones de la composición corporal tanto de la madre como del niño y especialmente sobre su desarrollo psicomotor y su fortalecimiento inmunitario. (27)

El uso de la LME desde el nacimiento pone en evidencia, en estudios de metaanálisis, la reducción de infecciones. De la misma manera se han evaluado en diversas publicaciones la cantidad de inmunoglobulinas, el aporte de células inmunitarias vivas, presencia de oligoelementos, prebióticos que indican que mientras se mantiene la LME la población de linfocitos permanece elevada con capacidad para defender al niño o niña, pero no así con el uso de fórmulas artificiales. (27)

No obstante, hoy existe una marcada competencia entre fórmulas artificiales acompañadas de una desmesurada publicidad coadyuvada por los avances en la tecnología, y cada uno con mejor oferta y más enriquecidas, quienes preconizan su mejoría con el aporte de nutrientes, probióticos, ácidos grasos esenciales, ácidos nucleicos y otros nutrientes, que precisan ser evaluados. (27)

Por otro lado, todavía se resta la importancia de la alimentación de la madre durante el amamantamiento del niño o niña menor de seis meses y las posibles repercusiones que tiene en la composición corporal de la madre, y en el niño en el funcionamiento de los diferentes tejidos como el sistema nervioso y sistema inmunitario vitales en la vida del ser humano. Por lo tanto, es importante conocer las diferencias que hay entre la leche materna y la fórmula maternizada o artificial. (27)

LECHE MATERNA	FÓRMULA
El bebé regula el volumen que ingiere	Toma el volumen que se ofrece en el tetero
Vaciado gástrico rápido por su fácil digestión Horario variable para las tomas a libre demanda	Vaciado gástrico lento, difícil de digerir (3 a 4 tomas). Permite establecer horario y volumen para las tomas según edad y el peso del bebé
Aporta hormonas y factores de crecimiento que favorecen maduración intestinal	Hormonas y factores de crecimiento ausentes, por lo que se favorece paso de antígenos y bacterias. Mayor susceptibilidad a intolerancias alimentarias
Previene infecciones (contiene inmunoglobulinas)	No tiene propiedades inmunológicas. Contiene lactoglobulinas con alta capacidad alérgica
Hierro de fácil absorción. Suplementación desde los 6 a los 12 meses y desde los 2 meses en prematuros	Suplementación con hierro desde los 4 a los 12 meses y desde los 2 meses en prematuros
No requiere preparación. Disponible en todo momento	Es necesario considerar condiciones de higiene para su preparación y conservación
Mantiene una temperatura adecuada	Es necesario verificar su temperatura antes de ofrecerlas
Gratis	Costosa
Requiere una técnica de agarre del pezón, adecuada	Requiere ir ajustando el tamaño de la tetina
Requiere tiempo, dedicación y paciencia	No se establece contacto piel a piel
Bebés más listos, menos obesos, con menos riesgo de alergias, enfermedades autoinmunes, cáncer	Flexibilidad para la madre y el cuidador

Tipos de Leche:

Precalostro: Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa. (22)

El Calostro: Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida. (2)

Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Es de alta densidad y poco volumen y satisface las necesidades del recién nacido. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. (22) (2)

Tiene mayor cantidad de proteínas, 97% en forma de inmunoglobulina A, vitaminas liposolubles como la A, E y K, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus y minerales como el sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. (22) (2) (5)

El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas, la principal es la IgA que, junto a la lactoferrina, concentraciones de 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio. (22) (2)

Leche de transición: Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio. Cerca del sexto y octavo día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de 660 mL/día hacia el día 15 de postparto. (22) (2)

Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar. Esta leche va variando, en color y apariencia día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. (22) (2)

Leche madura: Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. (22)

Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia:

El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera la prolactina y posteriormente la oxitocina. (23)

Prolactina: Se libera en la hipófisis anterior y activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación, sin embargo, no se produce leche debido al efecto inhibidor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica. (23)

Durante el parto, si la madre no ha sido tratada con analgésicos, y en el momento del nacimiento del hijo, durante la primera hora, están en contacto madre y bebé, se alcanzan los niveles más altos de endorfinas que permiten a la madre identificar al bebé y crear lazos afectivos. Las endorfinas inducen la liberación de la prolactina. (23)

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche. Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un pico entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción. (24)

El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. Esto explica el descenso de la prolactinemia a medida que el niño crece y mama con menos frecuencia. (24)

Reflejo eyectolácteo de evacuación de la leche o de oxitocina: La leche se secreta de forma continua y se vierte en los alvéolos mamarios, pero no pasa con facilidad desde estos al sistema ductal y, por tanto, el flujo por el pezón mamario no es continuo. (5)

Para que el niño la reciba, la leche ha de ser expulsada desde los alvéolos a los conductos galactóforos. Esta eyeccción se debe a un reflejo combinado, neurógeno y hormonal, en el que interviene una hormona de la hipófisis posterior llamada oxitocina. (5)

La oxitocina actúa especialmente antes o durante la mamada y hace que la leche fluya. A comienzo del puerperio es posible que la madre, cuando expulsa la leche, sienta contracciones en el útero o sed y también es posible que salga leche del otro pecho. La secreción de oxitocina puede verse inhibida temporalmente por: dolor intenso (coma en casos de pezón agrietado), tensión, angustia, preocupación o cansancio materno (es una hormona muy sensible a los sentimientos), la nicotina y el alcohol. (19)

La liberación de oxitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyeción de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión. (23)

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión. La producción de oxitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas). (23)

Reflejos del lactante:

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución.(25)

Reflejo de Búsqueda: Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se volteá hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar. (2)

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- **Búsqueda (boqueo activo):** Se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- **Toma el pezón:** El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados. (2)

Reflejo de succión: La búsqueda contribuye a la preparación del bebé para la succión. Cuando el techo de la boca del bebé entra en contacto, el bebé comienza a succionar. Este reflejo comienza alrededor de la semana 32 del embarazo, y no se desarrolla completamente hasta las 36 semanas aproximadamente. (26)

Por este motivo, la capacidad de succión de los bebés prematuros puede ser débil o inmadura. Los bebés también tienen un reflejo de llevarse la mano a la boca que acompaña los reflejos de búsqueda y de succión y pueden chuparse los dedos o las manos. (26)

Reflejo de Deglución: Permite al niño, deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca, es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo. La mejor manera de alimentar a los bebés, y la más segura, es amamantarlos (as) exclusivamente, es decir, que el niño no reciba ni agua, ni té, ni refresco diferente a la leche materna, ni utiliza pachas, mamaderas chupetas, consoladores o cualquier producto que pueda colocarse en su boca para calmar su llanto. (2)

Técnicas de la lactancia materna

Para conseguir una lactancia materna exitosa va a depender básicamente de la posición correcta de la madre y su hijo, que irá de la mano con el acoplamiento de la boca del niño al pezón de la madre. (27)

Para esto es importante reconocer los signos tempranos de deseos de amamantar: que se despierte, abra la boca o que busque el pecho. Es un momento oportuno para acoplar al niño o niña, ya que se encontrará más tranquilo. . El llanto es un signo tardío para amamantar. Si el niño o niña llora, primero hay que contenerlo y tranquilizarlo antes del acople. No es bueno obligarlo a amamantar si se ve disgustado. (27)

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en Sala de Parto o Recuperación.

La mejilla del niño debe acercarse al seno materno, y como los recién nacidos tienen el reflejo de búsqueda, el bebé dirigirá su boca al pezón materno. Madre e hijo, independientemente de la postura adoptada, deberán estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre (ombligo con ombligo). (27)

La madre debe sujetar su seno con la mano en forma de la letra "C" , la mamá debe cerciorarse de que él bebe introduzca todo el pezón dentro de la boca y la mayor parte la areola, manteniendo distancia para que el pecho no dificulte la respiración del bebe, comprimir por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca. (27)

Al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño, así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor. (27)

Recalcarle a la madre que ella debe acercar el bebé al seno, no llevar el seno al niño, se debe estimular el reflejo de búsqueda, acercando el pezón a la comisura labial cuando el niño abra la boca por completo; en caso de resistencia, halar sutilmente la barbillla del bebé hacia abajo para abrir su boca. (27)

El amamantar a libre demanda permite: que la oferta se ajuste a la demanda del niño, mantener el tamaño gástrico del niño de un tamaño adecuado (prevención de obesidad), lograr que el niño/a tome el volumen que necesita progresivamente, mantener al niño/a tranquilo y contento, hay menos estrés y llanto, aumenta la sensación de satisfacción de la madre, el niño/a llora poco y se ve tranquilo, aumenta la probabilidad de una lactancia exitosa y sin dificultades, mantiene la producción de leche materna por más tiempo. (28)

Lo normal es que el niño/a pida mamar de forma frecuente, a veces incluso hay momentos del día en los que amamanta "en bloque" (frecuentemente en horario vespertino), en los que pareciera no estar saciado. (28)

Una adecuada técnica es muy importante; de hecho, la mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por una mala técnica. Siempre que surjan dificultades, es necesario observar una toma y corregir los defectos. Hay que apoyar a la madre y ofrecerle la ayuda de un grupo de apoyo de la lactancia si lo precisa. (29) (27)

Si la madre aplica una correcta técnica junto a una postura cómoda para los dos, no se vería obligada a dejar la lactancia materna y sustituirla por leche en fórmula, como muchas mamás lo hacen por la necesidad de alimentar a su hijo, al ver que su bebe no se está "alimentando" por lo que no logra coger el seno o sigue llorando por insatisfacción. (29) (27)

Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo (a). Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma. (2)

El contacto piel a piel puede ser completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella). Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho. (2)

La postura del amamantamiento:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre. No hay una única postura adecuada, la madre debe elegir la que le resulte más cómoda y puede variar con las tomas y en el tiempo. Una postura adecuada de la madre es importante para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares. (30)

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc. (2)

Posición: Es la forma en que es colocado el bebé para que mame. También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler. (30)

Posición sentada con niño en reversa: Se recomienda para acoplar los primeros días, ya que permite un correcto control de la cabeza y un mejor acople asimétrico. También se usa para drenar conductos dependiendo de su ubicación. (28)

Posición sentada con niño/a acunado: Posición más habitual para amamantar con el niño horizontal estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con los pies hacia el otro pecho. (28)

Posición de rugby: Esta postura es especialmente útil si te han practicado una cesárea, si tienes las mamas grandes, si necesitas vaciar la zona externa de la mama o si amamantas a gemelos y quieres hacerlo simultáneamente. (31)

Sujeta el cuerpo y la cabeza del bebé con el antebrazo y la mano del mismo pecho que ofreces, de forma que su cuerpo quede a tu costado y sus pies hacia tu espalda. Coloca su cabeza frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz-labio superior. Puedes estar más cómoda utilizando una almohada o cojín para que tu brazo y el cuerpo del bebé estén apoyados. (31)

Posición de crianza biológica: La madre se coloca recostada (entre 15 y 65º) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho). (32)

Postura sentada y Posición de Caballito: En esta posición, el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de la madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia u otras causas. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansen sobre el labio inferior facilitando el agarre. (30)

Posición “Boca Arriba”: Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario y la posición del bebé solo es correcta en este caso, ya que nunca debe estar colocado boca arriba si la madre está sentada, semireclinada o estirada. Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis localizada en la parte superior del pecho, ya que de este modo se facilita el drenaje de esos conductos. (30)

Mano de bailarina: en el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en "C" sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión. (2)

Posiciones con la madre acostada, Posición tradicional, niño acostado de lado: el niño está acostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. (2)

El abdomen del (de la) niño (a) queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. (2)

La mano del brazo que acuna al niño debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho. Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca. (2)

Niño sobre la madre, en decúbito ventral: en esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo. (2)

Posiciones para amamantar simultáneamente a dos bebés:

Posición Cruzada: En esta posición la madre está sentada, ambos bebés están estirados frente a la madre, pero cruzados entre sí, uno delante del otro. Puede ser útil especialmente en el caso de que los bebés sean pequeños. (30)

Posición “Doble Rugby”: Esta es quizás una de las posiciones más frecuentes para amamantar a bebés múltiples, con la mamá sentada y ambos mamando en posición de rugby de un pecho distinto. Tiene a ventaja de que, en esta posición, los cuerpos de los bebés no se tocan entre sí por lo que no pueden molestarse mutuamente. Es especialmente útil a medida que los bebés crecen. (30)

Posición Mixta (Estirada y Rugby): Se trata de una posición también muy frecuente con bebés múltiples, en la que uno mama estirado frente a la madre y el otro en posición "de rugby". (30)

Signos de una posición correcta:

- El labio inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.
- Se ve más areola por encima de la boca que por debajo.
- La nariz se apoya ligeramente sobre el pecho.
- La barbilla presiona el pecho todo el tiempo.
- Las mejillas del bebé están redondeadas y se mueven su mandíbula, sien y oreja.
- La lengua del bebé está debajo del pecho.
- El bebé succiona y traga con pausas ocasionales y se oye cuando traga.
- El pecho se ve redondeado mientras mama el bebé.
- La madre no tiene sensación dolorosa.
- El bebé suelta el pecho espontáneamente.
- La cabeza del bebé está más o menos inclinada según sea la dirección del eje del pecho.

Técnicas de Extracción Manual de la Leche Materna. Cómo conservar y administrar la leche extraída

Es recomendable que toda madre aprenda la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo (a). La extracción manual, es la forma más económica y conveniente para que una madre extraiga su leche. Además, la extracción manual le ayuda a mantener su producción, prevenir y aliviar la congestión de sus pechos. (7)

La extracción manual se recomienda cuando:

- Las madres no pueden comenzar a amamantar.
- Las madres tienen separaciones periódicas.
- La madre está hospitalizada.
- El bebé es prematuro o de muy bajo peso.
- Evitar y/o aliviar la congestión mamaria.
- Para aliviar el goteo.

Extracción y conservación de la leche materna

Técnica para la extracción manual de su leche, y algunos consejos a seguir para que sea exitosa:

- Prepare un recipiente limpio, lávelo con agua y jabón. Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjela cinco minutos. Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche. (7)
- Lave sus manos; coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída. Si el pecho está duro y doloroso, inclínese hacia adelante y, con mucha delicadeza, empiece a tocar la piel del pecho; primero, en las áreas más lejanas del pezón, tratando de detectar los sitios más sensibles y los más duros, tratando de disolver la dureza con un masaje circular, muy suave en estas áreas. (7)
- Apenas esté blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la areola. Casi siempre, en este momento empieza a gotear la leche. (7)
- Coloque su mano en forma de "C", el dedo pulgar sobre la parte superior de la areola y el dedo índice por debajo de ella. Recuerde que los senos lactíferos están por debajo de la areola, así que trate de abarcárla toda. (7)
- Presione con el pulgar y el índice hacia adentro, dirigiéndose hacia la pared del tórax (las costillas). De esta manera, aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho. (7)
- Ahora, sin que sus dedos resbalen haciendo un movimiento de rotación, presione sobre los senos lactíferos, como cuando le toman huella digital y comience a presionar y soltar, presionar y soltar. (7)

¿Cómo guardar la leche extraída?

El envase utilizado deberá taparse para guardar la leche, guardar en el envase sólo la cantidad de leche que consumirá el bebé en una comida. Si la madre guarda varios envases en un lugar, cada envase debe marcarse con la fecha o con alguna señal que indique el orden de extracción, la que deberá ser la misma en que se le dará al bebé (Debe usar primero la leche más vieja). (7)

Cuando no se dispone de refrigeración, la leche se mantiene bien, en un envase limpio, a temperatura ambiente de 8 a 10 horas (ocho a diez). (43)

Cuando se dispone de refrigeración, coloque el envase, en la parte más fría del refrigerador durante 48 a 72 horas. (7)

Preparación física de la madre en la lactancia materna

En el primer control prenatal, el trabajador de la salud debe realizar un detenido examen mamario, (ver anexo), como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo. (7)

Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anormalidad se debe referir a la paciente para un examen especializado. (7)

Se debe hacer hincapié en que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto sobre la producción de la leche y una cirugía anterior no necesariamente impide la lactancia. En cuanto a los pezones se debe observar si son pequeños, grandes o alargados, planos, umbilikados o invertidos, pues estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar. (7)

Además, tanto si el pezón es protráctil o no lo es, el trabajador de la salud debe tranquilizar a la madre asegurándole que puede amamantar, dado que el bebé para succionar se acopla a la areola y no al pezón. (7)

Beneficios de la lactancia materna:

La lactancia es importante por los beneficios a corto y largo plazo para las mujeres y los niños. Tanto la acción de mamar como la composición de la leche humana son importantes. La leche materna aporta todos los nutrientes que el neonato necesita para su correcto desarrollo durante los primeros meses de vida. (33)

Nutrición y crecimiento óptimo:

Nutrición: La lactancia materna es la mejor opción para alimentar al niño/a durante el primer año de vida. La leche materna es infinitamente superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene, tales como proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua, están en cantidad y proporción adecuadas para la absorción de cada lactante. (34)

La proporción de aminoácidos es única y esencial para los primeros meses de vida. La lactosa, el hidrato de carbono más abundante en la leche materna, contribuye a una buena absorción de calcio, hierro, magnesio y oligoelementos en el niño. Por ello un niño o niña amamantado a demanda no requiere de ningún otro tipo de alimento (líquido o sólido) antes de los 6 meses de vida. (34)

Fácil digestión: La presencia de proteínas del suero, así como el contenido en enzimas digestivas y de factores moduladores de crecimiento de la leche materna, favorecen su mejor digestión. El desarrollo de la mucosa intestinal evita el ingreso de proteínas extrañas que estimulen reacciones alérgicas y contribuye al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño. (2)

La ausencia de antígenos alimentarios en la leche materna evita enfermedades alérgicas. La leche materna no provoca las microhemorragias demostradas en lactantes alimentados con leche de vaca, los cuales pierden hierro por esta vía. Un niño o niña amamantado/a, por tanto, tendrá menos problemas digestivos, evitando el dolor y el llanto. (30)

Crecimiento y desarrollo óptimo:

Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. (2)

Alimento adecuado para prematuros:

La leche humana es la mejor alimentación para todos los niños, incluidos los recién nacidos, prematuros y enfermos. La nutrición tendrá como objetivo promover un crecimiento similar al que ocurre intraútero, con una velocidad de crecimiento óptima, de acuerdo con su fase de crecimiento, prevenir déficits nutricionales y lograr desarrollo neurológico adecuado. (35)

Todos los niños prematuros deben recibir leche materna fortificada con minerales, proteínas y vitaminas. Se recomienda la leche humana pasteurizada de banco si la leche de su propia madre no está disponible o está contraindicada. La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina. (2)

Desarrollo Psicomotor:

Organización Sensorial: El contacto físico del niño/a con la madre durante el amamantamiento es una instancia privilegiada, que permite organizar armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños y niñas amamantados/as presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula. (34)

La lactancia materna favorece la relación afectiva profunda entre madre e hijo, lo que lo beneficia psicológicamente y le permite tener un mejor desarrollo socio-emocional y psicomotor del infante. (35)

Organización biocronológica y del estado de alerta: Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. (2)

Patrones afectivo-emocionales: El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. (2)

El simple hecho de colocar al bebé sobre el pecho le brinda calor y le permite percibir tanto los latidos del corazón como el ritmo de la respiración de la mamá, estímulos que ha captado al estar dentro del útero y con los cuales se siente familiarizado, lo que hace que el cerebro del bebé produzca endorfinas, que hacen que se sienta seguro, cómodo y tranquilo. (2) (36)

Además, este efecto positivo se ve reforzado por el olor de mamá y las caricias que recibe mientras se alimenta. (2) (36)

Desarrollo intelectual: Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a). (2)

Desarrollo dento-maxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máximo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mimica y fonoarticulación del lenguaje.

El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial. A esto se le conoce como primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. (2) (33)

Protección:

Protección inmunológica: El recién nacido produce inmunoglobulinas lentamente en los primeros meses. Por esta razón es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna. A través de este alimento, el niño obtiene un óptimo apoyo inmunológico, fortaleciendo el crecimiento y previniendo enfermedades. El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla. (2) (34)

La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna producen una protección local y general contra muchas bacterias y virus. Defiende contra *E. coli*, *Salmonella*, *B. Pertussis*, infecciones respiratorias y virus Polio. Por tanto, un niño o niña amamantado/a tiene menores probabilidades de enfermar en sus primeros meses de vida.

Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal. (2) (34)

Recuperación fisiológica post-parto:

Retracción del útero: Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo. (2)

Recuperación del peso: La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna. (2)

Recuperación de las mamas: La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura. b. De carácter físico. (2)

Ventajas de la lactancia materna:

Prevención de cáncer de mamas y ovario: La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo. (2)

Aspecto físico de la mujer: Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc. (2)

Comodidad: Evita las molestias de lavado y hervido de biberones, así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé. (2)

Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a). (2)

Satisfacción emocional de la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. (2)

Refuerzo de lazos afectivos familiares: El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo (a). Además, se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar. (2)

Prevención del maltrato infantil: Una madre que amamanta a su hijo (a), mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y por consiguiente, tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato. (2)

Espaciamiento de los nacimientos: El amamantamiento, puede demorar el retorno de la ovulación y la menstruación, siendo así una manera de espaciar los embarazos. La lactancia materna exclusiva, estimula la producción de prolactina y de otras hormonas de tal manera que, si la madre permanece amenorréica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto.

El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos. (2)

Disminución de la morbilidad infantil: Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños (as) anualmente, debido principalmente al efecto protector y nutricional de la leche materna. (2)

Beneficios económicos:

La lactancia permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y de la sociedad, tanto en alimentos como en costo de las enfermedades que se evitan con el amamantar. Los productos sustitutos de la leche materna son caros y en ocasiones deben ser importados, lo que genera un gasto importante de divisas para el país. (2)

Las familias de muy bajos recursos alimentan a sus niños con mezclas diluidas de poco valor nutritivo que no contribuyen a un crecimiento y desarrollo adecuados. Aportarle nutrientes adicionales a la madre que amamanta resulta más barato que comprar productos sustitutos de la leche materna. (2)

Favorecer la lactancia significa, además, ahorro de recursos para los servicios de salud por concepto de fórmulas, biberones y personal. La menor incidencia de enfermedades del lactante determina menor gasto de recursos en hospitalización, medicamentos y atención profesional. (2) (17)

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (as) con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de cérdobas anuales. (2)

A nivel familiar, la alimentación con biberón es costosa, aproximadamente se puede gastar miles de córdobas en sólo sucedáneos de la leche materna, sin incluir el gasto de biberones, de combustible y jabón (para el aseo de los utensilios) equivalente a trescientos cincuenta dólares en los 6 primeros meses. (35) (2)

Beneficios ecológicos:

El fomento y apoyo activo de la lactancia es sinónimo de protección del medio ambiente. La leche materna es un recurso natural y renovable, no requiere envase, va directo del productor al consumidor. (30)

No necesita tratamientos especiales que requieran gasto energético en su elaboración. En contraste la leche artificial en cada etapa de su ciclo de vida ambiental: producción, distribución, consumo y evacuación, agota recursos naturales escasos y contribuye a la contaminación y los consecuentes daños ecológicos. (3)

El acto de amamantar no sólo consolida los vínculos forjados durante todo el embarazo entre madre e hijo, sino que brinda grandes beneficios psicológicos y emocionales para ambos ya que tiene un profundo significado afectivo y por sus características de contacto físico estrecho entre dos seres humanos involucra muchos otros aspectos. (2)

Es más, los beneficios psicológicos de haber sido amamantado son perdurables de modo que en la adolescencia y la vida adulta se manifiestan, entre otras cosas, por una mayor capacidad para brindar amor y afecto a otras personas, mejores relaciones familiares (sobre todo durante la adolescencia, etapa de la vida durante la cual suelen presentarse conflictos con los padres), una autoestima sólida, mayor estabilidad de las relaciones afectivas y menor tendencia a las adicciones. (2)

Entre otras cosas buena capacidad para controlar el estrés emocional y la ansiedad son otros beneficios, e incluso una actitud general más positiva ante las circunstancias de la vida; algunos expertos consideran que esto último obedece a que la lactancia materna genera desde los primeros días de vida una impronta psicológica, en virtud de la cual el bebé desarrolla esquemas mentales que le permiten percibir al mundo como un entorno amable y poco amenazante. (2)

Lactancia materna en el contexto del brote del virus del Dengue

El Gobierno de Nicaragua, a través del Ministerio de Salud (MINSA), emitió la resolución ministerial el 30 de julio decretando una "alerta epidemiológica" en todo el territorio nacional con el objetivo de prevenir y controlar el Dengue, Zika y Chikungunya. (48)

El decreto indica que, debido a la época de invierno, los casos de dengue en el país podrían elevarse con el inminente peligro de desarrollarse brotes epidémicos, especialmente durante los meses de julio a noviembre. Por lo cual en el presente estudio los investigadores indagaron a las madres sobre las posibilidades de amamantar o no a sus bebés. (48)

Según la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As (SOGIBA) Si la madre que amamanta contrae dengue puede seguir amamantando a su bebé. La lactancia materna debe ser continuada y estimulada, y la misma parece ejercer efecto protector al neutralizar al virus dengue. (49)

Alimentación de la madre embarazada:

Para conseguir un buen estado nutricional durante la lactancia, la mujer tiene que aumentar la ingesta de nutrientes. La leche materna tiene una composición bastante constante y la dieta de la madre solo afecta a algunos nutrientes. El contenido de grasa de la leche materna varía con la dieta. (44)

El contenido de hidratos de carbono, proteína, calcio y hierro no cambia mucho incluso si la madre ingiere poca cantidad de estos en su dieta. Sin embargo, si la dieta de una madre es deficiente en vitaminas hidrosolubles y vitaminas A y D, su leche contiene menos cantidades de estos nutrientes. (44)

En cada visita posnatal tanto la madre como el niño deben ser examinados, y se debe proporcionar asesoramiento sobre la alimentación saludable. (44)

Las variaciones de la dieta de la madre pueden cambiar el perfil de los ácidos grasos y algunos micronutrientes, pero no se relacionan con la cantidad de leche ni con su calidad. La leche de toda madre, a pesar de que ésta presente una malnutrición, posee un excelente valor nutricional e inmunológico. (44)

El cuerpo de la madre siempre prioriza las necesidades del bebé y, por ello, la mayoría de los nutrientes, como el hierro, el cinc, el folato, el calcio y el cobre se siguen excretando en la leche en un nivel adecuado y estable, a expensas de los depósitos maternos (44)

Por otro lado, cuando la madre empieza a dar el pecho a su bebé, le surgen un montón de dudas sobre los alimentos que debe consumir y los que no debe comer durante este periodo. No se trata de prohibir alimentos durante la lactancia, se trata de recomendaciones para evitarlos o consumirlos con moderación, especialmente en los primeros meses de la lactancia materna. (45)

El alcohol en la LME:

Se ha demostrado que el alcohol es perjudicial para el desarrollo del cerebro del bebé. Su efecto sobre el lactante que es amamantado está relacionado con la cantidad que beba la madre. El nivel de alcohol pasa rápidamente a la leche materna, especialmente entre los treinta y sesenta minutos posteriores a la ingesta del mismo. (45)

El café en la lactancia:

Se ha demostrado que cuando la madre consume cafeína, presente en el café, té, refrescos, chocolate, o algunos medicamentos, esta aparece rápidamente en la leche materna, especialmente a la hora u hora y media de ingerida. (45)

En los bebés, el metabolismo de la cafeína es más lento que en los adultos, lo que quiere decir que si la madre consume una gran cantidad de cafeína, esta se va acumulando en el organismo del bebé y puede provocar síntomas como insomnio, nerviosismo, e irritabilidad del bebé. (50)

Cebolla, ajo, alcachofa, cítricos y coliflor:

Este tipo de alimentos puede alterar y cambiar el sabor de la leche (50)

Tabaco y LME:

Estudios europeos informan que del 20% al 40% de las fumadoras abandonan el cigarrillo durante el embarazo. La madre fumadora produce, en promedio, 250 ml/día menos de leche que la no fumadora, es menos proclive a dar de mamar y pasa rápidamente a la lactancia artificial (46)

Se ha informado una disminución de los niveles de prolactina por efecto de la nicotina, aunque existe controversia al respecto. En cuanto a la oxitocina, no se ha demostrado que la nicotina influya sobre su concentración. Sin embargo, la nicotina aumenta los niveles de adrenalina circulante, lo que disminuiría los niveles de oxitocina, interfiriendo así con la salida de la leche. (46)

La explicación fisiopatológica por la cual el hábito tabáquico materno, a través de la leche, genera alteraciones en el patrón del sueño del bebé, requiere de mayor estudio. Sin embargo, teniendo en cuenta que la nicotina presenta acciones estimulantes, esto podría explicar en parte el fenómeno.

El sueño favorece el aprendizaje en los niños, por lo tanto, la nicotina contribuiría con la aparición de un déficit en la conducta y el aprendizaje. (46)

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es la alimentación ideal para el desarrollo del neonato, por lo que su pureza debe ser conservada. (46)

VI-DISEÑO METODOLÓGICO

❖ Tipo de estudio

Es de tipo descriptivo de corte transversal observacional, con métodos cuantitativos, encuesta tipo Conocimiento, Actitud y Prácticas.

❖ Área de estudio

Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, ubicado en el costado sur del parque Las Piedrecitas en el Distrito III del municipio de Managua, capital de la república de Nicaragua.

❖ Universo o población de estudio

Se trató de todas las pacientes ingresadas en sala de hospitalización del servicio de Ginecología en el período del estudio, para un total de 108 encuestas.

❖ Muestra y tipo de muestra

Fue de tipo Aleatoria simple y se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z\alpha^2 * p * q * N}{e^2 * (N - 1) + z\alpha^2 * p * q}$$

n= Tamaño de la muestra.

z alfa= Corresponde al nivel de confianza del 95%, y se estima en 1.96.

p= 0.5 que corresponde a la máxima variabilidad esperada del parámetro en la población.

q= 0.5 que corresponde a $1 - p$.

e= 0.05 que corresponde al nivel de precisión del 5%.

N= Tamaño del universo.

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5) * 150}{(0.05)^2(150 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.25 * 150}{0.0025 * 149 + 0.96}$$

$$n = \frac{144}{0.37 + 0.96} = \frac{144}{1.33}$$

$$n = 108$$

❖ **Técnica de obtención de la muestra**

Se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas descrita anteriormente.

❖ **Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por las pacientes ingresadas en Sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Roberto Huembes en el periodo de estudio.

❖ **Criterios de selección**

Estos se dividieron en 2, como criterios de inclusión y criterios de exclusión.

• **Criterios de inclusión:**

Mujeres ingresadas en la sala de ginecología.

Mujeres que decidan participar.

Mujeres con y sin hijos.

• **Criterios de exclusión:**

Mujeres que se encuentren ingresadas fuera del periodo de estudio.

Mujeres que ya hayan sido encuestadas.

Mujeres que no deseen participar en el estudio.

Mujeres que no proporcionen su número de cédula.

Mujeres ingresadas con una condición médica que le impida responder el cuestionario en el momento que los investigadores se encontraban en el hospital.

❖ **Variables del estudio**

Fueron un total de 54 variables divididas en cada objetivo específico del presente estudio.

1-Características sociodemográficas de las personas estudiadas

1. Tipo de usuaria
2. Gestas
3. Edad
4. Estado Civil
5. Escolaridad
6. Ocupación
7. Procedencia

2-Conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva que tienen las pacientes

- 2.1 Sabe qué es LME
- 2.2 Sabe que la LME debe darse hasta los 6 meses de edad del bebé
- 2.3 Sabe que LME es darle solo pecho y agua al bebé
- 2.4 Sabe que la leche materna proporciona buenas defensas contra enfermedades en el bebé
- 2.5 Sabe que la leche artificial contiene los mismos nutrientes que la leche materna
- 2.6 Sabe que es calostro
- 2.7 Sabe que la madre debe beber abundantes líquidos durante la lactancia para producir suficiente leche
- 2.8 Sabe que la cantidad de leche materna producida depende del tamaño de la mama
- 2.9 Sabe en qué posición o posiciones debe de darse el pecho
- 2.10 Sabe que la lactancia materna exclusiva debe iniciar en la primera media hora después del parto
- 2.11 Sabe que la forma del pezón es importante en la LME

- 2.12 Sabe el beneficio de la LM para la recuperación de la madre
- 2.13 Sabe que dar lactancia materna genera un buen apego del bebé y la madre
- 2.14 Sabe que dar LM ayuda a prevenir el cáncer de mama
- 2.15 Sabe que la LME es un método anticonceptivo
- 2.16 Sabe si la mamá tiene fiebre puede amamantar a su bebé
- 2.17 Sabe si la madre debe de privarse de determinados alimentos por dar el pecho

3-Actitudes sobre lactancia materna exclusiva en la población a estudio

- 3.1 Considera que después de los primeros tres meses se puede dar algunos alimentos ligeros al bebé
- 3.2 Considera que si un bebé de menos de 6 meses está con fiebre o diarrea ¿debe dársele agua para ayudar a reponerse
- 3.3 Considera que la primera leche que sale del pecho materno tiene pocos nutrientes
- 3.4 Considera que se le debe dar el pecho al bebé al menos cada tres horas
- 3.5 Considera que si tiene una infección en los pechos es mejor suspender el pecho al bebé
- 3.6 Considera que dar lactancia materna provoca que los pechos se caigan
- 3.7 Considera que, aunque dar de lactar genere molestias en el pecho, debe seguir dándoselo al bebé
- 3.8 Considera que le debe dar el pecho al bebé siempre que este lo pida
- 3.9 Considera que alternar el pecho con el que se le da de comer al bebé es mejor para evitar molestias al recargarse de leche
- 3.10 Considera que solo dar LME no sacia al bebé
- 3.11 Considera usted que debe mantener el amamantamiento para mayor producción de leche
- 3.12 Considera que La LME es algo que tiene que ver solo con la mujer
- 3.13 Considera que a los hombres no les gusta que la mujer de pecho
- 3.14 Considera que si la madre se ausenta la mejor elección sería dejar leche de pecho extraída manualmente almacenada en refrigerador
- 3.15 Considera que se puede sustituir el pecho materno por fórmula

4-Prácticas en torno a la lactancia materna exclusiva de las mujeres que serán encuestadas

- 4.1 Ha dado usted de mamar en algunos de sus embarazos
- 4.2 Ha dado pecho a su bebé al menos hasta los 6 meses
- 4.3 Ha dado algún alimento distinto a la leche a su bebé antes de los 3 meses
- 4.4 Ha dado algún alimento distinto a la leche a su bebé antes de los 6 meses
- 4.5 Ha dado lavado sus mamas con agua y jabón antes de dar de mamar
- 4.6 Ha dado lavado sus manos con agua y jabón antes de dar de mamar
- 4.7 Ha aplicado alguna crema en su mama para limpiarla antes de dar de mamar
- 4.8 Ha fumado o ingerido bebidas alcohólicas durante el embarazo o LME
- 4.9 Ha amamantado solamente de un pecho hasta vaciarlo en cada toma
- 4.10 Ha amamantado solamente de ambos pechos en cada toma
- 4.11 Ha dado agua o fresco natural a su bebé antes o después de amamantarlo
- 4.12 Ha dejado de amamantar cuando la mama duele
- 4.13 Ha extraído leche manualmente y la ha dejado en refrigeración
- 4.14 Ha dado pecho a su bebé a libre demanda
- 4.15 Ha introducido el pezón y la areola cuando su hijo abre la boca completamente

❖ Operacionalización de las variables

Este procedimiento se hizo de acuerdo al propuesto en el libro del Dr. Julio Piura López “Metodología de la Investigación Científica (2012), en el cual propone una matriz en donde se procesa cada variable con su definición operacional, su valor, su indicador y su escala si el caso lo amerita. (Ver ANEXO 1)

❖ Fuente de obtención de la información

La fuente de información que se utilizó en la realización de este estudio fue primaria, ya que la información fue obtenida a través de entrevistas a las pacientes por medio de un cuestionario previamente elaborado. Y la selección de las pacientes fue de acuerdo a los criterios de inclusión.

❖ Trabajo de campo

Primero se solicitó formalmente autorización al Subdirector docente del Hospital Carlos Roberto Huembes para la presente investigación donde se explicó el objetivo de la misma y la metodología propuesta para recolectar la información.

Posteriormente se realizó una solicitud al jefe del Servicio de Ginecología para poder realizar las encuestas a todas las pacientes ingresadas en la sala. Una vez obtenida la autorización para dicho estudio se procedió a la recolección de los datos de todas las pacientes ingresadas.

Se visitó la sala de ginecología en diferentes horarios, tanto de mañana como de tarde para abarcar a aquellas ingresadas por la noche del día anterior y las de nuevo ingreso por programación quirúrgica. Durante cada sesión en las salas se explicó a las pacientes el objetivo de la investigación con previo consentimiento informado.

❖ Plan de recolección de los datos

Se utilizará una encuesta donde se recolectarán todos los datos de interés para el estudio. Se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas, previo a su utilización se realizó su validación técnica.

❖ Análisis de los datos y herramientas estadísticas utilizadas

La información obtenida fue recopilada, ordenada, clasificada, agrupada y analizada de acuerdo a los objetivos propuestos en el presente estudio. Posteriormente se creará una base de datos en el programa Epi Info. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas de frecuencia, porcentajes y gráficos.

❖ Técnicas e Instrumento de recolección de datos

La técnica fue la entrevista y el instrumento para la recolección de la información fue mediante un cuestionario que constó de 54 preguntas. Con previa firma del consentimiento informado.

El primero apartado incluyó datos sociodemográficos como tipo de usuaria, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia y gestaciones previas. El segundo planteó preguntas acerca del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva. El tercer apartado examinó variables relacionadas con la actitud de las mujeres ante la LME y el último englobó las prácticas.

❖ **Proceso de validación del instrumento**

Este proceso no pudo ser llevado a cabo por falta de coordinación entre las instituciones involucradas en su momento se había hecho una gestión para hacer este procedimiento, sin embargo, por los eventos sociales ocurrido en el país no se llevó acabo

❖ **Consideraciones éticas**

Beneficencia: Con la investigación que se realizará, no se hará daño la integridad física, ni emocional de los individuos en estudio y los datos obtenidos serán para beneficio científico y de la salud de la población.

Protección de la confidencialidad: No es necesario el nombre de ningún paciente, y se asegurará proteger su identidad.

VII- RESULTADOS

De acuerdo a las características sociodemográficas de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

En el presente estudio, las participantes se agruparon de la siguiente manera; Asegurado 56 (51.8%); Beneficiaria 52 (48.1%) y aseguradas 0. (Ver Anexos. Tabla 1. Gráfico 1)

De las mujeres entrevistadas los investigadores encontraron que 3 (2.7%) no tienen hijos, 16 (14.8%) tienen 1 hijo, 39 (36.1%) tienen 2 hijos, 32 (29.6%) tienen 3 hijos, 18 (16.6%) tienen 4 o más hijos. (Ver Anexos. Tabla 2. Gráfico 2)

La edad en años de los participantes se agrupó en el presente estudio en 7 grupos quinqueniales, resultando 11 (10.1%) entre 20 y 24 años, seguido de 17 (15.7%) entre 25 y 29; 17 (15.7%) entre 30 y 34, 15 (13.8%) entre 35 y 39, 12 (11.1%) entre 40 y 44, 8 (7.4%) entre 45 y 49, 28 (25.9%) correspondía al grupo ≥ 50 . (Ver Anexos. Tabla 3. Gráfico 3)

El estado civil de los participantes se categorizó en 3 valores en el presente estudio y se encontró que la mayoría eran casadas con un 40 (37.3%); 44 (41.1%) estables, y en menor proporción eran solteras 23 (21.5%). (Ver Anexos. Tabla 4. Gráfico 4)

En cuanto a la escolaridad, los investigadores encontraron que la mayor parte de las encuestadas cursaron estudios de secundaria con una cifra de 42 mujeres, equivalentes al 38.6%; seguido de 32 (30.1%) de estudio superior; 21 (19.8%) estudios de Primaria y solo 11 (10.3%) estudios técnicos. (Ver Anexos. Tabla 5. Gráfico 5)

Los investigadores observaron con respecto a la ocupación de las usuarias que la mayoría eran obreras, equivalente a 57 (52.8%); seguido por las amas de casa ocupando una cifra de 41 pacientes, equivalente al 38%; 9 (8.3%) informal y solo 1 (0.9%) era estudiante. (Ver Anexos. Tabla 6. Gráfico 6)

Las entrevistadas en su mayoría provenían de la zona urbana 75 (69.44%) y del área rural 33 (30.56%). (Ver Anexos. Tabla 7. Gráfico 7)

Según el conocimiento de las personas investigadas sobre LME, se encontró lo siguiente:

Respecto al conocimiento que tienen las personas encuestadas sobre la temática se encontró que 86 (79,6%) mujeres no saben que es lactancia materna exclusiva y solo 22 (20,4%) de ellas saben que es. (Ver Anexos. Tabla 8. Gráfico 8)

Se halló que 82 (75,9%) personas no saben que la lactancia materna exclusiva debe darse hasta los 6 meses de edad y 26 (24,1%) si saben que debe darse hasta los 6 meses. (Ver Anexos. Tabla 8. Gráfico 8)

En cuanto al conocimiento si la lactancia exclusiva es darle solo pecho y agua al bebé, la mayoría de las pacientes no saben, equivalente a 74 (68,5%) encuestadas y 34 (31,4%) saben. (Ver Anexos. Tabla 8. Gráfico 8)

Acerca de si la lactancia proporciona defensas inmunológicas a los bebés, los investigadores encontraron que 106 (98,1%) usuarias saben y 2 (1,9%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 8. Gráfico 8)

Respecto al conocimiento si la leche artificial es similar a la leche materna, la mayoría de las pacientes con una cifra de 97 (89,8%) pacientes y 11 (10,2%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 8. Gráfico 9)

Durante el estudio los investigadores encontraron que la mayor parte de las usuarias no saben que es el calostro, con una cifra de 94 (87%) encuestadas y con una minoría de usuarias que respondieron que saben, con una cifra de 14 (13%) pacientes. (Ver Anexos. Tabla

En referencia a si la madre debe beber abundante líquido para producir suficiente leche al lactar, 43 (39,8%) mujeres saben y 65 (60,2%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 9)

Relativo a si la cantidad de leche producida depende del tamaño de la mama, 55 (50,9%) personas saben y 53 (49,1%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 9)

Referente al conocimiento de las posiciones en las que se debe amamantar, 70 encuestadas (64,8%) respondieron que saben y 38 (35,2%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 9)

En cuanto al conocimiento que la lactancia materna debe iniciar preferentemente en la primera media hora después del parto, un 51 (47,2%) saben y 57 (52,8%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 10)

Con respecto al conocimiento que la forma del pezón es importante en la lactancia materna exclusiva, 56 pacientes (51,9%) saben y 52 (48,1%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 10)

En referencia al conocimiento del beneficio de la lactancia materna para la recuperación de la madre 38 (35,2%) de las participantes saben y 70 (64,8%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 9. Gráfico 10)

En cuanto a si la lactancia materna favorece el apego entre madre e hijo, los investigadores hallaron que 90 (83,3%) de las pacientes lo saben y 18 (16,7%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 10. Gráfico 10)

Con respecto a si dar lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama 59 (54,6%) saben y 49 (45,4%) de las personas estudiadas no saben. (Ver Anexos. Tabla 10. Gráfico 10)

Concerniente al conocimiento de la LME como método anticonceptivo, 62 (57,4%) de las participantes saben y 46 (42,6%) no saben. (Ver Anexos. Tabla 10. Gráfico 11)

En relación a si la madre puede seguir amamantando a su bebé teniendo fiebre, los investigadores hallaron que 47 (43,5%) mujeres saben acerca de esto y 61 (56,5%) de ellas no saben. (Ver Anexos. Tabla 10. Gráfico 11)

Haciendo referencia al conocimiento si la madre debe privarse de ciertos alimentos por dar el pecho se observa que 10 (9,3%) de las estudiadas conocen la información respecto a esto y 98 (90,7%) respondieron que no saben. (Ver Anexos. Tabla 10. Gráfico 11)

En relación a las actitudes que poseen sobre LME las personas entrevistadas

La actitud de las entrevistadas sobre la pregunta de poder darle al bebé después de los primeros tres meses algunos alimentos ligeros, 36 (33.3%) mujeres estuvieron de acuerdo; 45 (41.6%) en desacuerdo; 10 (9.2%) totalmente de acuerdo y 17 (15.7%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 12. Gráfico 13)

En la actitud sobre dar agua para ayudar a reponerse a un bebé de menos de 6 meses, que esté con fiebre o diarrea 48 (44.4%) mujeres estuvieron de acuerdo, un 13 (12.04%) en desacuerdo, un 39 (36.1%) totalmente de acuerdo y 8 (7.4%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 12. Gráfico 13)

En relación a la actitud sobre la primera leche que sale del pecho materno tiene pocos nutrientes; 12 (11.1%) estuvieron de acuerdo; 79 (73.1%) mujeres estuvieron en desacuerdo; 5 (4.6%) totalmente de acuerdo y 12 (11.1%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 12. Gráfico 13)

Ante la actitud se le debe dar el pecho al bebé al menos cada tres horas; 46 (42.5%) mujeres estuvieron de acuerdo; 32 (29.6%) en desacuerdo; 28 (25.9%) totalmente de acuerdo y 2 (1.85%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 12. Gráfico 13)

Referente a la actitud si tiene una infección en los pechos es mejor suspender el pecho al bebé el 46 (42.5%) de las entrevistadas están de acuerdo, 38 (35.1%) refirieron estar en desacuerdo, 21 (19.4%) están totalmente de acuerdo y 3 (2.7%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 13. Gráfico 14)

Con respecto a la actitud lactancia materna provoca que los pechos se caigan los investigadores encontraron que 49 (45.7%) mujeres están de acuerdo; 10 (9.3%) están en desacuerdo; 40 (37.3%) están totalmente de acuerdo y solo 8 (7.4%) mujeres estuvieron totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 13. Gráfico 14)

Referente a la actitud sobre, aunque dar de lactar genere molestias en el pecho, debe seguir dándoselo al bebé, se encontró que 54 (50.9%) mujeres están de acuerdo; 11 (10.3%) estuvieron en desacuerdo; 39 (36.7%) totalmente de acuerdo y que 2 (1.8%) están totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 13. Gráfico 14)

En relación a la actitud se le debe dar el pecho al bebé siempre que este lo pida 23 (21.3%) están de acuerdo; 41 (37.9%) en desacuerdo; 30 (27.7%) están totalmente de acuerdo; 14 (12.9%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 13. Gráfico 14)

Referente a la actitud sobre alternar el pecho con el que se le da de comer al bebé es mejor para evitar molestias al recargarse de leche 45 (41.6%) mujeres están de acuerdo; 19 (17.5%) están en desacuerdo; 40 (37%) refirieron estar totalmente de acuerdo; 4 (3.7%) están totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 14. Gráfico 15)

En relación a la actitud sobre LME 59 (55.1%) están de acuerdo que Solo dar LME no sacia al bebé; 17 (15.8%) están en desacuerdo; 17 (15.8%) están totalmente de acuerdo; 14 (13%) están totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 14. Gráfico 15)

La actitud de las entrevistadas ante la pregunta cree usted que debe mantener el amamantamiento para mayor producción de leche, refirieron estar de acuerdo 58 (53.7%); 25 (23.1%) estuvieron en desacuerdo; 20 (18.5%) totalmente de acuerdo; 5 (4.6%) estuvieron totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 14. Gráfico 15)

Ante la actitud la lactancia materna es algo que tiene que ver solo con la mujer 39 (36.1%) están de acuerdo; 7 (6.4%) refirieron estar en desacuerdo; 59 (54.6%) estuvieron totalmente de acuerdo; 3 (2.7%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 14. Gráfico 15)

Con respecto a la actitud a los hombres no les gusta que la mujer de pecho 30 (27.7%) de las entrevistadas están de acuerdo; 40 (37%) refirieron estar en desacuerdo; 11 (10.1%) estuvieron totalmente de acuerdo; 27 (25%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos.

Tabla 15. Gráfico 16)

Referente a la actitud si la madre se ausenta la mejor elección sería dejar leche de pecho extraída manualmente almacenada en refrigerador 58 (53.7%) refirieron estar de acuerdo; 22 (20.3%) en desacuerdo; 15 (13.8%) totalmente de acuerdo y 13 (12%) totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 15. Gráfico 16)

La actitud de las mujeres ante la pregunta “puede sustituir el pecho materno por fórmula”, los investigadores hallaron que 63 (58.3%) están de acuerdo; 26 (24%) en desacuerdo; 2 (1.8%) totalmente de acuerdo y 17 (15.7%) estuvieron totalmente en desacuerdo. (Ver Anexos. Tabla 15. Gráfico 16)

Según las prácticas sobre LME de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

En relación a las prácticas sobre lactancia materna de las mujeres que participaron en el estudio, los investigadores encontraron:

94 mujeres (87%) ha dado de mamar al menos a alguno de sus hijos y 14 (13%) nunca dio de mamar. (Ver Anexos. Tabla 17. Gráfico 18)

Del total de las pacientes que dieron de mamar a alguno de sus hijos, los investigadores encontraron que 41 (43,6%) dieron hasta los 6 meses de edad y 53 (56,4%) de ellas no lo hicieron. (Ver Anexos. Tabla 17. Gráfico 19)

Al preguntar si le habían dado algún alimento distinto a la leche materna o fórmula al bebé antes de los tres meses de edad, 80 (85,1%) dijo que si y 14 (14,9%) dijo que no. (Ver Anexos. Tabla 17. Gráfico 19)

Respecto a la pregunta de si dieron algún alimento a sus bebés antes de los seis meses de edad 25 (26,6%) dijeron que si y 69 (73,4%) dijeron que no. (Ver Anexos. Tabla 17. Gráfico 19)

86 encuestadas (91,5%) dijeron que si se lavaban las manos con agua y jabón antes de amamantar y 8 (8,5%) dijeron que no lo hacían. (Ver Anexos. Tabla 17. Gráfico 19)

62 (66%) dijeron que si se lavaban las mamas con agua y antes de dar de mamar y 32 (34%) dijeron que no se lavaban. (Ver Anexos. Tabla 18. Gráfico 20)

En cuanto a la pregunta sobre aplicarse alguna crema o loción en la mama antes de amamantar 90 (95,7%) dijeron que si y 4 (4,3%) dijeron que no. (Ver Anexos. Tabla 18. Gráfico 20)

Únicamente 9 pacientes (9,6%) dijeron haber ingerido alguna bebida alcohólica o haber fumado durante el embarazo o lactancia y 85 (90,4%) dijeron no haberlo hecho. (Ver Anexos.

Tabla 18. Gráfico 20)

Al momento de amamantar 18 mujeres (19,1%) dijeron que preferían darle con un pecho en cada toma al bebé y 76 (80,9%) dijeron que no lo hacían de esta manera. (Ver Anexos.

Tabla 18. Gráfico 20)

Por otro lado 79 participantes (84%) dijeron que también practicaban el darle con ambos pechos en cada toma de manera alternante y 15 (16%) dijeron que no lo preferían así.

(Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

Al realizar la pregunta acerca de si daban al niño alguna bebida como agua o fresco natural antes o después de dar lactancia materna 29 (30,9%) dijeron que si lo hacían y 65 (69,1%) dijeron que no. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

Los investigadores encontraron que 33 (35,1%) pacientes dijeron que preferían dejar de amamantar si sentían dolor en la mama y 61 (64,9%) dijeron que no dejaban de amamantar a pesar de tener molestias. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

Solo 6 (6,4%) de las participantes dijeron practicar la extracción manual de la leche y almacenarla en refrigerador, 88 de ellas (93,6%) dijeron no practicar esta actividad. (Ver

Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

Los investigadores hallaron que 50 mujeres (53,2%) dijeron amamantar a su bebé a libre demanda y 44 de ellas (46,8%) dijeron no brindarle pecho materno a su bebé a libre demanda. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

Referente a la práctica si cuidaban el introducir el pezón y la areola en la boca de su bebé cuando éste la abría completamente, 23 (24,5%) respondieron que sí y 71 (75,5%) de las pacientes dijeron que no lo hacían. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21).

VIII- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el periodo de agosto del año 2019, en el Hospital Carlos Roberto Huembes se realizó un estudio descriptivo, tipo CAP, aplicando encuestas a 108 mujeres hospitalizadas en la sala de Ginecología.

Según la distribución del tipo de usuaria, se encontró mayor proporción en aseguradas equivalente al 51.9% con respecto a las mujeres beneficiarias y pacientes privadas. Esto obedece a que la institución es privada y ofrece servicios al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), contando con un gran número de pacientes aseguradas. (Ver Anexos. Tabla 1. Grafico 1)

Dentro de las pacientes participantes del estudio se encontró que la mayoría tienen dos gestaciones previas, sobresaliendo este dato con el 36.1%. Este dato concuerda con estadísticas brindadas por ENDESA las cuales aseguran que el mayor porcentaje de mujeres nicaragüenses tienen tres o más hijos. (Ver Anexos. Tabla 2. Grafico 2)

En el presente estudio se evidenció que la categoría etaria de las mujeres que más predominó fue la de aquellas mayores de 45 años, correspondiente al 33.3% del total de encuestadas. Esto discrepa de otros estudios nacionales en hospitales públicos, donde la mayoría de pacientes del estudio se sitúan entre los 25 y 29 años. Cabe mencionar que este dato se explica porque la población estudiada no se encontraba ingresada en la sala únicamente por motivos de puerperio, sino también por programación quirúrgica y alto riesgo obstétrico (ARO). (Ver Anexos. Tabla 3. Grafico 3)

Según el estado civil de las pacientes pudimos observar que la mayoría están en unión estable con un equivalente al 40.7%. Podemos observar que esta información concuerda con estudios realizados en diferentes instituciones nacionales los cuales muestran que las mujeres casadas y con unión de hecho estable son las que predominan. (Ver Anexos. Tabla 4. Grafico 4)

Según la escolaridad que predominó en este estudio fue la de educación secundaria con una cifra de 38.9%, en comparación con información arrojada por ENDESA donde las mujeres en edad fértil tienen en promedio 7.8 años de escolaridad, lo que significa casi el segundo año de secundaria alcanzado. (Ver Anexos. Tabla 5. Grafico 5)

Con respecto a la ocupación de las mujeres entrevistadas se demostró que el 52.8% de las pacientes son obreras, por tratarse de una institución privada que brinda atención a pacientes a través del seguro social; lo cual concuerda con el tipo de usuaria que predomina en el presente estudio. (Ver Anexos. Tabla 6. Grafico 6)

Concerniente a la procedencia de las encuestadas, imperaron las de la zona urbana con un 69.4%, siendo acorde a los resultados de una investigación realizada en una unidad de salud del municipio Leonel Rugama de Estelí, en el que se encontró mayor proporción de pacientes procedentes de la zona urbana. (Ver Anexos. Tabla 7. Grafico 7)

El conocimiento son hechos o información adquiridos de forma empírica o científica, implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que se debe y puede hacer ante una situación establecida.

El conocimiento no garantiza una conducta adecuada, por lo que se hace necesario que las personas razonen para modificar determinada conducta; el presente estudio expresa que el 79.6% de las mujeres no saben que es Lactancia Materna Exclusiva lo que representa a la mayoría de las encuestadas. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 8)

Como es de esperarse, al desconocer la mayoría de las pacientes, el concepto de LME, también se evidenció un conocimiento deficiente sobre la duración de ésta, siendo un 75.9% de las mujeres las que desconocían que la duración de la lactancia exclusiva debe ser hasta los 6 meses. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 8)

De las pacientes interrogadas, un 68.5% no sabían que no se le debe de dar ningún tipo de bebidas diferentes a la leche materna, ni siquiera agua. Lo cual concuerda con la falta de conocimiento que tienen con respecto al concepto de LME. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 8)

Acerca de las defensas inmunológicas que provee la lactancia materna al lactante, 98.1% de las encuestadas conocían la importancia de la lactancia materna en el desarrollo de su sistema de protección ante enfermedades ya que cuenta con alto valor nutricional y brinda múltiples factores inmunológicos. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 8)

Sobre el conocimiento de la composición de la leche, 89.8% de las mujeres sabía que la leche materna no es igual a la leche de fórmula. Cabe mencionar que éste conocimiento es muy importante porque la leche de fórmula no cuenta con las mismas propiedades que la leche materna. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 9)

Referente al conocimiento si saben que es calostro, se descubrió que el 87% de las pacientes estudiadas desconocían este término, por lo tanto, su significado e importancia. (Ver Anexos. Tabla 8. Grafico 9)

El 60.2% de las usuarias interrogadas ignoraban que la mujer durante la lactancia materna debe ingerir abundantes líquidos para producir suficiente leche. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 9)

La mayoría de las estudiadas sabían que la producción de la leche materna no depende del tamaño de la mama, equivalente al 50,9% lo que refleja que ciertos mitos que se han formado de generación en generación, han ido desapareciendo con el acceso a la información. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 9)

El 64.8% del total de las encuestadas conocen algunas de las posiciones adecuadas en las cuales se debe de brindar lactancia materna. Esto entra en contraste con información obtenida de un estudio realizado por Espinoza López y Valle Calderón, en el Servicio de Neonatología del Hospital Alemán Nicaragüense, donde se describe que las pacientes estudiadas conocían muy pocas posiciones de amamantamiento. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 9)

Un 52.8% de usuarias ignoraban la información acerca del inicio de la LME, el cual debe ser preferentemente en la primera media hora posterior al parto a menos que exista una condición materna o fetal que lo impida. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 10)

De todas las participantes del estudio 51.9% de ellas tienen el conocimiento acerca de la importancia de la forma del pezón durante la lactancia materna. La importancia de esto radica en que el pezón debe encontrarse en eversión para el periodo de lactancia para facilitar el agarre de la boca del bebé al pecho materno. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 10)

Durante el estudio realizado se observó que el 64.8% de las entrevistadas no saben los beneficios de la LME para la recuperación de la madre. Siendo este conocimiento de vital importancia, ya que, mediante mecanismos hormonales, la lactancia previene la hemorragia posparto y ayuda al espaciamiento de los hijos entre otras ventajas de la LME. (Ver Anexos. Tabla 9. Grafico 10)

Con respecto al beneficio del apego de la madre y el hijo, que brinda la LME, durante la encuesta, 83.3% de las usuarias saben que la lactancia fortalece el vínculo madre-hijo. (Ver Anexos. Tabla 10. Grafico 10)

EL 54.6% de las entrevistadas saben que la lactancia materna previene el cáncer de mama. Es evidente que la lactancia materna influye positivamente en la prevención del cáncer de mama, ya que existen estudios internacionales que describen a manera de consenso que procesos como el embarazo y lactancia intervienen 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. (Ver Anexos. Tabla 10. Grafico 10)

Referente al conocimiento de la lactancia materna como método anticonceptivo, el 57.4% de las encuestadas tenían este conocimiento. Lo cual es algo beneficioso para las pacientes ya que es bueno que conozcan estos anticonceptivos naturales como alternativas ante los métodos farmacológicos. (Ver Anexos. Tabla 10. Grafico 11)

En el estudio se observó que 56.5% de las pacientes no sabían que la madre no puede dar de lactar si presentan fiebre durante la lactancia materna. Cabe mencionar que no se tomó como una respuesta errónea con respecto a la fiebre fisiológica del puerperio, debido a que durante el periodo en el que se realizó la investigación, el país se encontraba en alerta epidemiológica por el virus del Dengue. (Ver Anexos. Tabla 10. Grafico 11)

Gran parte de las pacientes encuestadas no saben acerca de la alimentación en la lactancia materna, siendo equivalente a un 90.7% del total de las estudiadas, esto evidencia que la mayoría tienen muy poca información acerca del régimen nutricional que debe de cumplir una mujer durante la lactancia materna. (Ver Anexos. Tabla 10. Grafico 11)

En cuanto a la actitud respecta, la cual es la tendencia o predisposición aprendida a responder de un modo, ya sea positiva o negativamente ante las circunstancias que puedan presentarse al momento de lactar; se evaluó que 41.7% de las participantes están en desacuerdo de brindar algún alimento al lactante al cumplir los tres meses de edad, lo cual es considerada una actitud favorable ya que no es adecuado ablactar a esta edad por la inmadurez anatómica y fisiológica del sistema digestivo del menor. (Ver Anexos. Tabla 12. Grafico 13)

El 45.4% de las estudiadas están de acuerdo que si un bebé de menos de 6 meses está con fiebre o diarrea debe dársele agua para ayudar a reponerse, reflejando una actitud desfavorable, ya que, en un lactante menor, a pesar de los factores de deshidratación no es adecuado brindar líquidos distintos a la leche por vía oral.

Esto debido a que la leche contiene hasta un 80% de agua en su composición con lo cual, si el lactante mantiene una adecuada tolerancia a la vía oral, bastará con la lactar normalmente para mantener una adecuada hidratación. (Ver Anexos. Tabla 12. Grafico 13)

De las personas encuestadas 73.1% estuvieron en desacuerdo acerca de si el calostro tiene pocos nutrientes. Esta actitud es favorable ya que la mayoría consideran que el calostro tiene un alto valor nutricional, lo cual es correcto. (Ver Anexos. Tabla 12. Grafico 13)

Un 42.6% de las pacientes están de acuerdo en que se le debe dar pecho materno al lactante menor al menos cada tres horas, lo cual es favorable, ya que este debe ser el intervalo mínimo de alimentación a esta edad sin importar que el bebé lo demande o no.

(Ver Anexos. Tabla 12. Grafico 13)

De las usuarias entrevistadas un 42.6% están de acuerdo en que si una madre tiene una infección en los pechos es mejor suspender el amamantamiento, siendo favorable porque si una madre presenta una infección en las glándulas mamarias puede provocar una contaminación por continuidad y, por tanto, daño al lactante. (Ver Anexos. Tabla 13. Grafico 14)

Con referencia a la actitud que, si los pechos se caen por la lactancia materna, el 46.3% de las estudiadas están de acuerdo, siendo una actitud desfavorable porque esto forma parte del gran número de mitos que impiden una lactancia materna plena. (Ver Anexos. Tabla

13. Grafico 14)

El 51.9% de las encuestadas están de acuerdo que, aunque la lactancia les genere molestias debe de continuar brindando el pecho materno a su hijo, tomando esto como una actitud favorable porque más de la mitad están de acuerdo en no interrumpir la lactancia materna, aunque ésta provoque algún tipo de dolencia. (Ver Anexos. Tabla 13. Grafico 14)

De las pacientes que se interrogaron el 38% están en desacuerdo sobre dar de lactar siempre que el bebé lo pida, reflejando una actitud desfavorable porque la lactancia materna debe de ser a libre demanda, siempre que el bebé lo pida o requiera. (Ver Anexos.

Tabla 13. Grafico 14)

En cuanto al cuestionamiento de si es apropiado alimentar al bebé alternando el pecho con el que se lacta en cada toma, un 35.2% de las encuestadas refirió estar de acuerdo. Esta actitud es tomada como desfavorable ya que lo idóneo es la alimentación con un solo pecho hasta vaciarlo por completo y posteriormente con el otro. (Ver Anexos. Tabla 14.

Grafico 15)

El 55.6% de las mujeres están de acuerdo en que la LME no sacia al bebé, siendo esto una actitud desfavorable ya que la leche materna se produce fisiológicamente con todos los componentes necesarios para nutrir y saciar al lactante menor. (Ver Anexos. Tabla 14. Grafico 15)

Relativo al cuestionamiento de si la madre debe continuar dando lactancia para producir suficiente cantidad de leche constantemente, un 53.7% están de acuerdo en que así debe ser, tomando una actitud favorable ante esto, debido a que a mayor succión hay mayor estimulación y producción de leche materna. (Ver Anexos. Tabla 14. Grafico 15)

El 54.6% de las pacientes estuvieron totalmente de acuerdo en que la lactancia materna es algo que tiene que ver únicamente con la mujer. La actitud tomada es desfavorable porque es una temática que no exime al hombre de su rol como padre y debido a que la lactancia materna siempre tiene un impacto social, económico y ecológico. (Ver Anexos. Tabla 14. Gráfico 15)

Un 37% de las estudiadas estuvieron en desacuerdo que los hombres no les gusta que las mujeres den de lactar. Es una actitud favorable que demuestra que la mayoría de mujeres implicadas en el estudio no consideran que haya una influencia negativa en la lactancia por parte de los hombres y esto favorece la práctica de la misma. (Ver Anexos. Tabla 15. Gráfico 16)

Se consultó la postura ante la lactancia materna de las participantes en la situación de verse ausente de su hogar, a lo cual un 53.7% del total estuvo de acuerdo en que la mejor opción es extraer leche manualmente del pecho, envasarla y refrigerarla. Ante esto la actitud tomada por las pacientes es favorable, dado que siempre la mejor elección es la leche materna y a través de la refrigeración es posible conservar perfectamente el estado de la misma siempre que ésta no esté expuesta a fluctuaciones constantes de temperatura. (Ver Anexos. Tabla 15. Gráfico 16)

Al evaluar la actitud ante la situación de sustituir la leche materna por formula, el 58.3% de las mujeres estudiadas estuvieron de acuerdo en que puede sustituirse. Esto es desfavorable porque las mujeres no le dan preferencia a la LME ante el uso de la formula ya que consideran que las diferencias son tan pocas como para prescindir de ésta y usar un suplente. (Ver Anexos. Tabla 15. Gráfico 16)

Teniendo en cuenta que las prácticas son una tendencia o predisposición aprendida a responder de un modo, ya sea positiva o negativamente ante las circunstancias que puedan presentarse al momento de lactar. En relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las 108 entrevistadas el 87% estaban dando de mamar o dieron de lactar, lo cual se considera una práctica adecuada. (Ver Anexos. Tabla 17. Grafico 18)

Con respecto a las usuarias encuestadas, el 56.4% no dieron pecho materno al menos hasta los 6 meses, reflejando una práctica inadecuada en la mayoría de las pacientes, lo cual concuerda con los pocos conocimientos que poseen las mismas, debido a que no cumplen con el tiempo establecido para LME. (Ver Anexos. Tabla 17. Grafico 19)

Referente a la práctica si le han dado a su bebé un alimento distinto a leche antes de los 3 meses, la mayoría de las mujeres respondieron que no, equivalente al 56.4% de todas las pacientes, tomándose como una adecuada práctica con respecto a LME. (Ver Anexos. Tabla 17. Grafico 19)

Un 66% de las entrevistadas respondieron que, si le dieron a su bebé alimentos distinto a la leche al bebé antes de los 6 meses, lo cual es una práctica inadecuada debido a que como ya se mencionó previamente, el sistema digestivo no tiene la madurez para otro tipo de alimento o bebida distinto a la leche materna. (Ver Anexos. Tabla 17. Grafico 19)

De las mujeres interrogadas el 91.5% dijeron que sí se lavan las manos con agua y jabón antes de amamantar a su bebé, reflejando una práctica adecuada, porque mantienen las medidas de higiene para una lactancia materna exclusiva sana, así evitando contaminar al lactante. (Ver Anexos. Tabla 17. Grafico 19)

EL 66% de las usuarias respondieron que sí se lavan las mamas con agua y jabón antes de dar el pecho a su bebé, siendo esto una práctica inadecuada porque esto puede desencadenar en el bebé reacciones alérgicas por el uso de químicos, además de aumentar la aparición de grietas en el pezón de la madre, por ende, va a interferir en la LME negativamente. (Ver Anexos. Tabla 18. Grafico 20)

De la población estudiada, la mayoría respondieron que, si se aplican crema en las mamas antes de dar de lactar, equivalente al 95.7% de todas las madres. Esto es una práctica inadecuada porque, como ya se ha hecho mención, los productos químicos no deben de usarse en la piel de las mamas, tanto por la contaminación al lactante, como a la piel de la madre. (Ver Anexos. Tabla 18. Grafico 20)

Al evaluar si algunas pacientes habían ingerido bebidas alcohólicas o fumado en algún momento de su embarazo o mientras brindaban lactancia materna, se encontró que el 90.4% de las mujeres no consumieron ninguno de estos productos, por tanto esta práctica se considera como adecuada ya que el consumo de estas sustancias en dichos períodos es perjudicial para el binomio madre-hijo. (Ver Anexos. Tabla 18. Gráfico 20)

El 80.9% de las personas estudiadas dijeron que en sus prácticas no acostumbraban dar el pecho materno uno por uno hasta vaciarlo por completo y esta práctica puede considerarse como inadecuada dado que es preferible que el bebé tome toda la leche de una mama en cada toma, para aprovechar todo su contenido. (Ver Anexos. Tabla 18. Gráfico 20)

Por otro lado 84% dijeron que si practicaban frecuentemente el alternar el pecho con el que daban de mamar en cada toma, lo cual es inadecuado, recalmando el hecho que la mejor elección es alimentar con un pecho por vez y hasta vaciarlo por completo. (Ver Anexos.

Tabla 19. Gráfico 21)

69.1% de las pacientes respondieron negativamente al preguntar si le daban al bebé alguna bebida natural o agua antes o después de cada mamada. Este dato es interpretado como una práctica adecuada ya que como ha sido ampliamente mencionado, no es correcto el brindar alimentos diferentes a la leche materna en niños menores de 6 meses de edad. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

De manera adecuada, 64.9% de las participantes dijeron que no abandonaban la práctica de amamantar debido a molestias al momento de lactar. Este dato concuerda con el alto porcentaje favorable obtenido al evaluar las actitudes ante molestias al lactar. (Ver Anexos.

Tabla 19. Gráfico 21)

A pesar que más de la mitad de la población a estudio estuvo de acuerdo que al ausentarse la madre lo ideal sería extraer leche materna y mantenerla en refrigeración, se pudo evidenciar que un 93.6% de las pacientes no practica esta actividad, siendo esto inadecuado. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

El 53.2% de las mujeres refirieron darle el pecho materno a libre demanda a sus hijos mientras lactaron, este alto porcentaje se toma como adecuado ya que la alimentación a libre demanda es lo ideal en los lactantes menores. Sin embargo, esta información entra en contraposición a la obtenida durante la evaluación de las actitudes, donde el mayor porcentaje de mujeres dijo no estar de acuerdo con que al bebé se le debe alimentar siempre que este lo pida. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

El 75.5% de las encuestadas dijo no tener el cuidado de introducir pezón y areola en la boca del lactante al dar de mamar, lo cual se toma como una práctica inadecuada ya que lo ideal para lograr un buen agarre y una buena succión de la mama es la introducción del pezón y la areola. (Ver Anexos. Tabla 19. Gráfico 21)

IX-CONCLUSIONES

- 1.** En la caracterización sociodemográfica de la población a estudio, predominaron las aseguradas con un 51.9%, la mayoría tenían dos gestaciones previas con un 36.1%, la categoría etaria más frecuente fue las edades mayores o iguales a 45 años con el 33.3%, el estado civil que más se observó fue la unión estable con un 40.7%, según la escolaridad imperó las de educación secundaria con el 38.9%, la ocupación más destacada fueron las obreras con el 52.8% y la procedencia fue mayormente urbana con un 69.4%.
- 2.** En lo que respecta al conocimiento fue malo ya que el 79.6% desconocía que es lactancia materna, el 68.5% no sabe que no se debe dar agua durante la LME, el 87% no conocen que es el calostro, 60.2% de las pacientes no sabe que se debe ingerir abundante líquido para producir suficiente leche, el 52.8% no saben que el inicio de la LME debe iniciar en la primera media hora postparto, 64.8% ignora el beneficio de la LME en la recuperación materna, el 56.5% no saben que la madre no debe lactar si presenta fiebre y gran parte de las encuestadas (90.7%) no saben acerca de la alimentación que debe tener la madre durante la lactancia.
- 3.** Relativo a las actitudes observadas fueron favorables, considerando que el 41.7% no creía que ablactar a los 3 meses fuese adecuado, el 73.1 opinaron que el calostro no era bajo en nutrientes, 42.6% estuvieron de acuerdo que se debe alimentar al bebé al menos cada tres horas, 42.6% dijeron que era mejor suspender el pecho en caso de infección mamaria, más de la mitad (51.9%) no creen que las molestias al lactar sean motivo para no amamantar, el 53.7% de las mujeres piensan que es mejor mantener la LME para producir suficiente leche, un 37% no cree que a los hombres les moleste que la mujer brinde LM y el 53.7% está de acuerdo que ante la ausencia prevista de la madre es preferible almacenar leche materna en el refrigerador.

4. En relación a las prácticas se puede decir que resultaron inadecuadas, considerando que el 56.4% no dieron LME, 66% de las pacientes ablactaron antes de los 6 meses, el 66% practicaba higiene con agua y jabón en las mamas antes de lactar, respecto a la aplicación de cremas el 95.7% practicaba esto antes de amamantar, el 80.9% no dababan un pecho a la vez hasta vaciarlo en cada toma y el 84% de las mujeres daban ambos pechos en cada toma, también el 93.6% de las implicadas no extraían su leche y la refrigeraban y un 75.5% dijo no cuidar el introducir el pezón y areola.

X- RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Carlos Roberto Huembes:

- ❖ Organizar charlas educativas en las salas de espera, hospitalización y en consulta externa, para las pacientes que acuden a este centro en busca de mejorar sus conocimientos sobre el bienestar personal y social que la lactancia brinda.
- ❖ Brindar seguimiento a través de consulta externa a las prácticas de lactancia materna exclusiva en aquellas pacientes egresadas como puérperas.
- ❖ Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna exclusiva y proporcionar información sobre ellos a las madres, antes del alta hospitalaria.

A los profesionales de salud que brindan labores en el Hospital Carlos Roberto Huembes y se relacionan con el binomio madre-hijo:

- ❖ Instar a la práctica del MELA, en el programa de planificación familiar, mediante charlas educativas permanentes en cuanto a su mecanismo, ventajas y efectividad.
- ❖ Fomentar en las pacientes la práctica de la lactancia materna.
- ❖ Educar a la población acerca de los riesgos de dar alimentos distintos a la leche materna en el periodo de lactancia exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Lactancia Materna en México Martínez TGdC, editor. México DF: INTERSISTEMAS SA; 2016.
2. OMS, UNICEF, MINSAL Gobierno del Salvador, CONALAM. Informe de Logros en Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 2014-2019. Científico. Salvador;; 2014-2019.
3. Juan Ramón Castillo Belén ARVACB. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. Scielo. 2009 Agosto; 13(4).
4. Br. Ana Junnieth Rayo García BJCAE. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a Lactancia Materna en mujeres de 15 a 45 años que asisten al Puesto de Salud San Sebastián Managua, Noviembre a Diciembre 2015. Científico. Managua: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN – MANAGUA.
5. Cuevas. RP. Para celebrar la Semana de la Lactancia Materna, dar pecho es la respuesta. Gente Saludable. 2017 Julio.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia Materna Exclusiva. Científico. Ginebra;; 2003.
7. Ministerio de Salud. Normativa 060 Manual de lactancia materna para atención primaria. Científico. Nicaragua: MINSA, Managua; 2011.
8. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna. Científico. santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2017.
9. Fondo de Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF). Lactancia materna Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. Científico. Nueva York: UNICEF; 2012.
10. Docsity. LA GESTACION-EMBRIOLOGIA HUMANA. Científico. Buenos Aires: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud; 2017.
11. Salomé Valenzuela Galleguillos EVPPGO. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA: REVISIÓN TEMATICA Y CONTEXTO EN CHILE. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2016.
12. Herrera A. Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44(4).

13. Arthur C. Guyton JEH. Tratado de Fisiología Médica. Decimo primera ed. Madrid: S.A. ELSEVIER España; 2006.
14. María Teresa Aragón Núñez ICRÁTD. Maternidad en la adolescencia y lactancia. Revista Enfermería Docente,. 2015 dieciembre; 104.
15. International Baby Food Action Network (IBFAN), World Breastfeeding Trends Initiative. INFORME NACIONAL NICARAGUA 2016. INFORME NACIONAL NICARAGUA 2016. 2010 jANUARY.
16. Instituto de Información de Desarrollo (INIDES), Ministerio de Salud (MINSA). Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) Informe Final. Científico. Managua: INIDE, MINSA, Managua; 2014.
17. Garfias Barrera Araceli MCEMAFCM. Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. 2007 Abril; 12.
18. (Fabiola Becerra-Bulla LRCDMFSLABG,2RFM. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista Facultad Medicina. 2015; 63.
19. Dr. José Ángel Veliz Gutiérrez DGSR,DAMGG,DCJGSNyNPD. RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA EDAD MATERNA, ESCOLARIDAD, CONOCIMIENTOS Y ESTADO EMOCIONAL EN EL POLICLÍNICO "HERMANOS CRUZ". PINAR DEL RÍO. Científico. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas Ernesto Guevara de la Serna Universidad Pinar del Rio; 2007.
20. Ruiz BKMMDTBMFG. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUPERAS, DE 15 -24 AÑOS, SALA DE GINECOLOGÍA , HOSPITAL GASPAR GARCIA LAVIANA, RIVAS. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2015, 2016. Científico. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), Managua; 2015-2016.
21. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Científico. Nicaragua: OPS, OMS; 2016.
22. Heymann J RAEA. Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. Bulletin of the World Health Organization. Científico. Ginebra;; 2013.

23. M FA. Impact of Work on Pattern of Breastfeeding. 2015 Mayo; 10(44).
24. Metodología del trabajo universitario. Metodología del trabajo universitario. Metodología del trabajo universitario. 2017 Junio.
25. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA. Científico. España: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2012.
26. Torre MJLdT. Lactancia Materna. Científico. España: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander.
27. Ricardo Schwarcz RFCD. Libro de Obstetricia Schwarcz. 6th ed. Argentina: El Ateneo; 2005.
28. Richard L. Drake AWBAWMM. Anatomía de Gray para estudiantes. 3rd ed. Barcelona, España: EL SEVIER ; 2015.
29. Keith L. Moore AFDDMRA. Moore Anatomía con orientación clínica. 7th ed. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
30. OMS. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes DIRECTRICES. Científico. Ginebra;; 2007.
31. Ricardo Sevilla Paz Soldán LZC. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gaceta Médica Boliviana. 2011; 34(1).
32. Instituto Nacional de Pediatría. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de México. 2011 Julio-agosto; 32(4).
33. Blázquez MJ. Curso de Medicina Naturista. Científico. ; 2003.
34. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. Científico. Chile;; 2010.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Científico. Washington: OMS, OPS; 2010.
36. Packard L. Reflejos del recién nacido. Científico. California: Stanford Children's Health, Palo Alto; 2019.
37. Paola ANS. Técnicas y posturas de amamantamiento en las madres de niños menores de 1 año que asisten a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil. Científico. Ecuador: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL ; 2017.

38. Heather Strain H FOH,LFA. Acompañando tu lactancia Manual Operativo de Lactancia Materna. Científico. Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2017.
39. Ferrer LdA. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. In Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP); 2015. p. 1.
40. Alba Lactancia Materna. Lactancia Materna. Científico. Barcelona:, Rambla de guipúscoa 62; 2015.
41. Vitoria-Gasteiz. Guía para las madres que amamantan. Científico. Vasco: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, Biblioteca de Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, Gobierno Vasco; 2017.
42. Comité de Lactancia Materna, Asociación Española de Pediatría (AEP). Técnicas de lactancia materna. Científico. España;; 2016.
43. Neonatóloga) GJG(P. Las ventajas de la lactancia materna. Científico. Chile: Gobierno de Chile, Chile Crece Contigo; 2014.
44. PALACIOS MIA. "BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DESARROLLO DE LA BOCA DEL BEBÉ". Científico. Veracruz: UNIVERSIDAD VERACRUZANA; 2015.
45. Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en situaciones especiales. Científico. España:, El Portal de la Formación de la AEPA ; 2017.
46. MARÍA ESTELA PERRONI LSAA. Efecto de la lactancia sobre el desarrollo neuroconductual del niño. Medigraphic. 2003 Enero-Marzo; 17(1): p. 8.
47. FEEL BY COLMÉDICA. ENEFICIOS EMOCIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA. FEEL BY COLMÉDICA. 2016 Enero.
48. MINSA, UNICEF. Coordinación de las Agencias para la Alerta Epidemiológica por dengue. Científico. ; 2019.
49. Sociedad de obstetricia y Ginecología (SOGIBA). Lactancia Materna y Dengue/Chikungunya/Zika. Científico. Perú: SOGIBA; 2017.
50. AEP. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? Anale de Pediatría. 2016 Junio; 84(6).

51. pediatra BMJ. Alimentos que no deben comer las madres durante la lactancia. Científico. ; 2019.
52. Miguel Gulayin(Médico CdFB(yF. Nicotina en Leche Materna y sus Consecuencias en los Lactantes. Científico. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2013.
53. Pérez VVYyA. FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA Y LACTANCIA. Científico. ; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de las personas estudiadas

Tabla 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tipo de usuaria	Clasificación institucional a través de la que se diferencia el motivo por el cual el usuario cuenta con derecho a atención en salud en dicho centro	Referido por el entrevistado	Asegurada Beneficiaria Privada	
Gestaciones	Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.	Referido por el entrevistado	Nominal	1 2 3 ≥4
Edad	Número de años cumplidos consignados en el expediente durante la investigación	Referido por el entrevistado	Edad en años	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 ≥50
Estado civil	Condición conyugal respecto a su pareja al momento de la encuesta	Referido por el entrevistado	Soltera Casada Unión estable	
Escolaridad	Grado de educación formal, impartida en una institución educativa	Referido por el entrevistado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Profesional	
Ocupación	Es el oficio o tipo de trabajo en el cual se desempeña	Referido por el entrevistado	Ama de casa Estudiante Asalariada Informal	
Procedencia	Lugar donde habita la paciente y del cual deriva para recibir atención en salud	Referido por el entrevistado	Urbano Rural	

Objetivo 2: Descubrir el conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva que tienen las pacientes

Tabla 2:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Hechos o información adquiridos de forma empírica o científica sobre la lactancia materna exclusiva	Referido por el entrevistado	<p>¿Qué es lactancia materna exclusiva?</p> <p>La lactancia materna exclusiva ¿debe darse hasta los 6 meses de edad del bebé?</p> <p>Lactancia exclusiva ¿es darle solo pecho y agua al bebé?</p> <p>¿La leche materna proporciona buenas defensas contra enfermedades en el bebé?</p> <p>¿La leche artificial contiene los mismos nutrientes que la leche materna?</p> <p>¿Sabe usted que es el calostro?</p> <p>¿La madre debe beber abundantes líquidos durante la lactancia para producir suficiente leche?</p> <p>¿La cantidad de leche materna producida depende del tamaño de la mama?</p> <p>¿Sabes en qué posición o posiciones debe de darse el pecho?</p> <p>¿La lactancia materna debe iniciar en la primera media hora después del parto?</p> <p>¿La forma del pezón es importante para la lactancia materna?</p> <p>¿Conoce el beneficio de la LM para la recuperación de la madre?</p>	Sabe No sabe

Objetivo 2: Descubrir el conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva que tienen las pacientes

Tabla 3:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Hechos o información adquiridos de forma empírica o científica sobre la lactancia materna exclusiva	Referido por el entrevistado	<p>¿Dar lactancia materna genera un buen apego del bebé y la madre?</p> <p>¿Dar lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama?</p> <p>¿La lactancia materna es un método anticonceptivo natural?</p> <p>¿Si la mamá tiene fiebre puede amamantar a su bebé?</p> <p>¿La madre debe privarse de determinados alimentos por dar el pecho?</p>	Sabe No sabe

Objetivo 3: Identificar las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en la población a estudio

Tabla 4:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Actitudes ante la lactancia materna exclusiva	Tendencia o predisposición aprendida a responder de un modo, ya sea positiva o negativamente ante las circunstancias que puedan presentarse al momento de lactar.	Obtenido mediante encuesta	<p>¿Después de los primeros tres meses se puede dar algunos alimentos ligeros al bebé?</p> <p>Si un bebé de menos de 6 meses está con fiebre o diarrea ¿debe dársele agua para ayudar a reponerse?</p> <p>¿La primera leche que sale del pecho materno tiene pocos nutrientes?</p> <p>¿Se le debe dar el pecho al bebé al menos cada tres horas?</p> <p>¿Si tiene una infección en los pechos es mejor suspender el pecho al bebé?</p> <p>¿Cree que dar lactancia materna provoca que los pechos se caigan?</p> <p>¿Aunque dar de lactar genere molestias en el pecho, debe seguir dándoselo al bebé?</p> <p>¿Le debe dar el pecho al bebé siempre que este lo pida?</p> <p>¿Alternar el pecho con el que se le da de comer al bebé es mejor para evitar molestias al recargarse de leche?</p>	<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>

Objetivo 3: Identificar las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en la población a estudio

Tabla 5:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Actitudes ante lactancia materna exclusiva	Tendencia o predisposición aprendida a responder de un modo, ya sea positiva o negativamente ante las circunstancias que puedan presentarse al momento de lactar.	Obtenido mediante encuesta	<p>¿Solo dar LME no sacia al bebé?</p> <p>¿Cree usted que debe mantener el amamantamiento para mayor producción de leche?</p> <p>¿La LM es algo que tiene que ver solo con la mujer?</p> <p>¿A los hombres no les gusta que la mujer de pecho?</p> <p>Si la madre se ausenta la mejor elección sería dejar leche de pecho extraída manualmente almacenada en refrigerador?</p> <p>¿Puede sustituir el pecho materno por fórmula?</p>	<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>En desacuerdo</p> <p>Totalmente en desacuerdo</p>

Objetivo 4: Puntualizar las prácticas en torno a la lactancia materna exclusiva de las mujeres que serán encuestadas

Tabla 6:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Prácticas de la lactancia materna exclusiva	Tendencia o predisposición aprendida a responder de un modo, ya sea positiva o negativamente ante las circunstancias que puedan presentarse al momento de lactar.	Obtenido mediante encuesta	<p>¿En alguno de sus embarazos ha dado usted de mamar?</p> <p>¿Le dio pecho materno al bebé al menos hasta los 6 meses?</p> <p>¿Le dio a su bebé un alimento distinto a la leche antes de los 3 meses?</p> <p>¿Le dio a su bebé un alimento distinto a la leche antes de los 6 meses?</p> <p>¿Se lava las mamas con agua y jabón antes de dar de mamar?</p> <p>¿Se lava las manos con agua y jabón antes de dar de mamar?</p> <p>¿Se aplica alguna crema en la mama para limpiarla antes de dar mamar?</p> <p>¿Ha fumado o ingerido bebidas alcohólicas durante el embarazo o LM?</p> <p>¿En el amamantamiento le da un pecho al bebé hasta vaciarlo en cada toma?</p> <p>¿En el amamantamiento le da ambos pechos en cada toma?</p> <p>¿Después o antes de amamantar le da al bebé alguna bebida como agua o fresco natural?</p> <p>Cuando la mama duele, ¿Deja de amamantar?</p> <p>¿Se extrae leche manualmente y la deja en refrigeración?</p> <p>¿Le da el pecho a su bebé a libre demanda?</p> <p>¿Introduce el pezón y la areola cuando su hijo abre la boca completamente?</p>	Si No

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Estimada paciente:

Somos el Br. Shary Roberto Farrach Roque y la Br. Jovelssy Janet Juárez Bravo y estamos realizando una serie de entrevistas para un Estudio de Tesis para optar a AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL.

Les haremos preguntas sencillas, sus respuestas son completamente confidenciales, su nombre no aparecerá escrito en este cuestionario y no tiene que responder a las preguntas que no desee. Sin embargo, su honestidad para responder estas preguntas, ayudará a comprender a las mujeres lo que piensan, dicen y hacen sobre la Lactancia Materna Exclusiva, por lo que agradezco su colaboración.

El cuestionario tomará un tiempo de alrededor de 15 minutos para ser llenado

de Cédula: _____

Sí, acepto: _____

Firma

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

FACULTAD DE MEDICINA



CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS MUJERES INGRESADAS EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBES DEL 1-31 DE AGOSTO, 2019

I- Describir las características sociodemográficas de las personas estudiadas

Tipo de usuaria:

Asegurada _____ Beneficiaria _____ Privada _____

Gestaciones:

0: _____ 1: _____ 2: _____
3: _____ ≥4: _____

Grupos etarios:

15-19 _____ 25-29 _____ 35-39 _____ 45-49 _____
20-24 _____ 30-34 _____ 40-44 _____ >50 _____

Estado civil:

Casada _____ Estable _____ Soltera _____

Escolaridad:

Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____
Técnico _____ Superior _____

Ocupación:

Ama de casa _____

Obrera _____

Informal _____

Estudiante _____

Procedencia:

Urbana _____

Rural _____

II- Descubrir el conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva que tienen las pacientes

A continuación, podrá ver unas afirmaciones con las cuales se pretende evaluar el conocimiento que usted tiene del tema. Será marcada con una X la casilla que corresponda a su respuesta.

Conocimiento sobre LME	Sabe	No sabe
¿Qué es LME?		
La LME ¿debe darse hasta los 6 meses de edad del bebé?		
¿LME es darle solo pecho y agua al bebé?		
¿La leche materna proporciona buenas defensas contra enfermedades en el bebé?		
¿La leche artificial contiene los mismos nutrientes que la leche materna?		
¿Sabe usted qué es calostro?		
¿La madre debe beber abundantes líquidos durante la lactancia para producir suficiente leche?		
¿La cantidad de leche materna producida depende del tamaño de la mama?		
¿Sabes en qué posición o posiciones debe de darse el pecho?		
¿La lactancia materna debe iniciar en la primera media hora después del parto?		
La forma del pezón es importante para la lactancia materna		
¿Conoce el beneficio de la LM para la recuperación de la madre?		
¿Dar lactancia materna genera un buen apego del bebé y la madre?		
¿Dar lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama?		
¿La lactancia materna es un método anticonceptivo natural?		
¿Si la mamá tiene fiebre puede amamantar a su bebé?		
¿La madre debe privarse de determinados alimentos por dar el pecho?		

III- Identificar las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en la población a estudio

A continuación, se exponen enunciados para que usted elija su opinión. Se marcará el cuadro que corresponda a su forma de pensar con una X, tomando en cuenta la escala siguiente. **TA:** Totalmente de acuerdo **A:** De acuerdo **D:** En desacuerdo **TD:** Totalmente en desacuerdo

Actitudes	TA	A	D	TD
¿Después de los primeros tres meses se puede dar algunos alimentos ligeros al bebé?				
Si un bebé de menos de 6 meses está con fiebre o diarrea ¿debe dársele agua para ayudar a reponerse?				
¿La primera leche que sale del pecho materno tiene pocos nutrientes?				
¿Se le debe dar el pecho al bebé al menos cada tres horas?				
¿Si tiene una infección en los pechos es mejor suspender el pecho al bebé?				
¿Cree que dar lactancia materna provoca que los pechos se caigan?				
¿Aunque dar de lactar genere molestias en el pecho, debe seguir dándoselo al bebé?				
¿Le debe dar el pecho al bebé siempre que este lo pida?				
¿Alternar el pecho con el que se le da de comer al bebé es mejor para evitar molestias al recargarse de leche?				
¿Solo dar LME no sacia al bebé?				
¿Cree usted que debe mantener el amamantamiento para mayor producción de leche?				
¿La LM es algo que tiene que ver solo con la mujer?				
¿A los hombres no les gusta que la mujer de pecho?				
Si la madre se ausenta la mejor elección sería ¿dejar leche de pecho extraída manualmente almacenada en refrigerador?				
¿Puede sustituir el pecho materno por fórmula?				

IV- Puntualizar las prácticas en torno a la lactancia materna exclusiva de las mujeres que serán encuestadas

A continuación, se exponen algunas prácticas en la lactancia materna, se encerrará con un círculo lo que usted más practica respecto a cada pregunta.

1) ¿En alguno de sus embarazos ha dado usted de mamar?

Si _____ No _____

2) ¿Le dio pecho materno al bebé al menos hasta los 6 meses?

Si _____ No _____

3) ¿Le dio a su bebé un alimento distinto a la leche antes de los 3 meses?

Si _____ No _____

4) ¿Le dio a su bebé un alimento distinto a la leche antes de los 6 meses?

Si _____ No _____

5) ¿Se lava las mamas con agua y jabón antes de dar de mamar?

Si _____ No _____

6) ¿Se lava las manos con agua y jabón antes de dar de mamar?

Si _____ No _____

7) ¿Se aplica alguna crema en la mama para limpiarla antes de dar mamar?

Si _____ No _____

8) ¿Ha fumado o ingerido bebidas alcohólicas durante el embarazo o LM?

Si _____ No _____

9) ¿En el amamantamiento le da un pecho al bebé hasta vaciarlo en cada toma?

Si _____ No _____

10) ¿En el amamantamiento le da ambos pechos en cada toma?

Si _____ No _____

11) ¿Después o antes de amamantar le da al bebé alguna bebida como agua o
fresco natural?

Si _____ No _____

12) Cuando la mama duele, ¿Deja de amamantar?

Si _____ No _____

13) ¿Se extrae leche manualmente y la deja en refrigeración?

Si _____ No _____

14) ¿Le da el pecho a su bebé a libre demanda?

Si _____ No _____

15) ¿Introduce el pezón y la areola cuando su hijo abre la boca completamente?

Si _____ No _____

ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS

Tabla 1: Tipo de usuaria. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

TIPO DE PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Asegurada	56	51.9	51.9
Beneficiaria	52	48.1	100.0
Privada	0	0.0	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 2: Gestaciones. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

NÚMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	3	2.8	2.8
1	16	14.8	17.6
2	39	36.1	53.7
3	32	29.6	83.3
>4	18	16.7	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 3: Grupos etarios. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
15-19	0	0.0	0.0
20-24	11	10.2	10.2
25-29	17	15.7	25.9
30-34	17	15.7	41.7
35-39	15	13.9	55.6
40-44	12	11.1	66.7
>45	36	33.3	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 4: Estado civil. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Casada	40	37.0	37.0
Estable	44	40.7	77.8
Soltera	24	22.2	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 5: Escolaridad. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Analfabeta	2	1.9	1.9
Primaria	21	19.4	21.3
Secundaria	42	38.9	60.2
Superior	32	29.6	89.8
Técnica	11	10.2	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 6: Ocupación. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Ama de casa	41	38.0	38.0
Estudiante	1	0.9	38.9
Informal	9	8.3	47.2
Obrera	57	52.8	100.0
TOTALES	108	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 7: Procedencia. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Urbana	75	69.4	69.4
Rural	33	30.6	100.0
TOTALES	108	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 8: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
SABE QUE ES LA LACTANCIA MATERNA			
Sabe	22	20.4	20.4
No Sabe	86	79.6	100.0
LA LME SE DEBE DE DAR HASTA LOS 8 MESES DE EDAD			
Sabe	26	24.1	24.1
No Sabe	82	75.9	100.0
LA LME ES DARLE SOLO PECHO Y AGUA			
Sabe	34	31.5	31.5
No Sabe	74	68.5	100.0
LA LME PROPORCIONA DEFENSAS AL NIÑO			
Sabe	2	1.9	1.9
No Sabe	106	98.1	100.0
LA LECHE ARTIFICIAL ES SIMILAR A LA LM			
Sabe	97	89.8	89.8
No Sabe	11	10.2	100.0
SABE USTED QUE ES EL CALOSTRO			
Sabe	14	13.0	13.0
No Sabe	94	87.0	100.0
TOTALES	108	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 9: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
DEBE DE BEBER ABUNDANTE LIQUIDO			
Sabe	43	39.8	39.8
No Sabe	65	60.2	100.0
DEPENDE DEL TAMAÑO DE LA MAMA			
Sabe	55	50.9	50.9
No Sabe	53	49.1	100.0
POSICIONES DE LA LM			
Sabe	70	64.8	64.8
No Sabe	38	35.2	100.0
LA LM DEBE DE INICIAR A LA MEDIA HORA			
Sabe	51	47.2	47.2
No Sabe	57	52.8	100.0
LA FORMA DEL PEZON			
Sabe	56	51.9	51.9
No Sabe	52	48.1	100.0
SABE USTED EL BENEFICIO			
Sabe	38	35.2	35.2
No Sabe	70	64.8	100.0
TOTALES	108	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 10: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
APEGO DE LA MADRE			
Sabe	90	83.3	83.3
No Sabe	18	16.7	100.0
PREVIENE EL CANCER DE MAMA			
Sabe	59	54.6	54.6
No Sabe	49	45.4	100.0
LA LM ES UN METODO			
Sabe	62	57.4	57.4
No Sabe	46	42.6	100.0
DAR LM CON FIEBRE			
Sabe	47	43.5	43.5
No Sabe	61	56.5	100.0
CIERTOS ALIMENTOS			
Sabe	10	9.3	9.3
No Sabe	98	90.7	
TOTALES	108	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 10: Categorización de las preguntas del conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Bueno	7	41.2	41.2
Malo	10	58.8	
TOTALES			100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 11: Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUOMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
DAR ALIMENTOS LIGEROS			
Totalmente de Acuerdo	10	9.3	9.3
De Acuerdo	36	33.3	42.6
En Desacuerdo	45	41.7	84.3
Totalmente en Desacuerdo	17	15.7	100.0
NIÑO CON DIARREA			
Totalmente de Acuerdo	21	19.4	19.4
De Acuerdo	49	45.4	64.8
En Desacuerdo	27	25.0	89.8
Totalmente en Desacuerdo	11	10.2	100.0
POCOS NUTRIENTES			
Totalmente de Acuerdo	5	4.6	4.6
De Acuerdo	12	11.1	15.7
En Desacuerdo	79	73.1	88.9
Totalmente en Desacuerdo	12	11.1	100.0
CADA 3 HORAS			
Totalmente de Acuerdo	28	25.9	25.9
De Acuerdo	46	42.6	68.5
En Desacuerdo	32	29.6	98.1
Totalmente en Desacuerdo	2	1.9	
TOTALES	108	1.9	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 12: Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
INFECCIÓN EN LOS PECHOS			
Totalmente de Acuerdo	21	19.4	19.4
De Acuerdo	46	42.6	62.0
En Desacuerdo	38	35.2	97.2
Totalmente en Desacuerdo	3	2.8	100.0
LOS PECHOS SE CAEN			
Totalmente de Acuerdo	40	37.0	37.0
De Acuerdo	50	46.3	83.3
En Desacuerdo	10	9.3	92.6
Totalmente en Desacuerdo	8	7.4	100.0
SUSPENDER POR MOLESTIAS EN LOS PECHOS			
Totalmente de Acuerdo	39	36.1	36.1
De Acuerdo	56	51.9	88.0
En Desacuerdo	11	10.2	98.1
Totalmente en Desacuerdo	2	1.9	100.0
CADA VEZ QUE EL BEBE PIDA			
Totalmente de Acuerdo	30	27.8	27.8
De Acuerdo	23	21.3	49.1
En Desacuerdo	41	38.0	87.0
Totalmente en Desacuerdo	14	13.0	
TOTALES	108	13.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 13: Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
ALTERNAR COMIDA CON EL PECHO			
Totalmente de Acuerdo	18	16.7	16.7
De Acuerdo	38	35.2	51.9
En Desacuerdo	31	28.7	80.6
Totalmente en Desacuerdo	21	19.4	100.0
LA LM NO SACIA AL BEBE			
Totalmente de Acuerdo	17	15.7	15.7
De Acuerdo	60	55.6	71.3
En Desacuerdo	17	15.7	87.0
Totalmente en Desacuerdo	14	13.0	100.0
MAYOR PRODUCCIÓN DE LECHE			
Totalmente de Acuerdo	20	18.5	18.5
De Acuerdo	58	53.7	100.0
En Desacuerdo	25	23.1	23.1
Totalmente en Desacuerdo	5	4.6	100.0
LA LM SOLO TIENE QUE VER CON LA MUJER			
Totalmente de Acuerdo	59	54.6	54.6
De Acuerdo	39	36.1	90.7
En Desacuerdo	7	6.5	97.2
Totalmente en Desacuerdo	3	2.8	100.0
TOTALES	108	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 14: Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
A LOS HOMBRES NO LES GUSTA			
Totalmente de Acuerdo	11	10.2	10.2
De Acuerdo	30	27.8	38.0
En Desacuerdo	40	37.0	75.0
Totalmente en Desacuerdo	27	25.0	100.0
LECHE EN EL REFRIGERADOR			
Totalmente de Acuerdo	15	13.9	13.9
De Acuerdo	58	53.7	67.6
En Desacuerdo	22	20.4	88.0
Totalmente en Desacuerdo	13	12.0	100.0
SUSTITUIR LM POR FORMULA			
Totalmente de Acuerdo	2	1.9	1.9
De Acuerdo	63	58.3	60.2
En Desacuerdo	26	24.1	84.3
Totalmente en Desacuerdo	17	15.7	
TOTALES	108	15.7	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 15: Categorización de las preguntas de la actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Favorable	8	53.3	53.3
Desfavorable	7	46.7	
TOTALES			100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 16: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE PRÁCTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
HA DADO DE MAMAR			
Si	94	87.0	87.0
No	14	13.0	100.0
DIO PECHO HASTA LOS 6 MESES			
Si	41	43.6	43.6
No	53	56.4	100.0
LE DIO ALIMENTO AL BEBE DISTINTO ANTES DE LOS 3 MESES			
Si	41	43.6	43.6
No	53	56.4	100.0
LE DIO ALIMENTO ANTES DE LOS SEIS MESES			
Si	62	66.0	66.0
No	32	34.0	100.0
SE LAVA LAS MANOS ANTES DE DAR DE MAMAR			
Si	86	91.5	91.5
No	8	8.5	
TOTALES	94	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 17: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUOMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE PRÁCTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
SE lava las mamas antes de dar de mamar			
Si	62	66.0	66.0
No	32	34.0	100.0
Se aplica alguna crema en la mama para limpiarla			
Si	90	95.7	95.7
No	4	4.3	100.0
Ha fumado o ingerido alcohol durante daba lm			
Si	9	9.6	9.6
No	85	90.4	100.0
Le da pecho hasta vaciarlo en cada toma			
Si	18	19.1	19.1
No	76	80.9	
TOTALES	94	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 18: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

PREGUNTAS DE PRÁCTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
LE DA DE AMBOS PECHOS			
Si	79	84.0	84.0
No	15	16.0	100.0
LE DA ALGUN LIQUIDO ANTES O DESPUES DE LM			
Si	29	30.9	30.9
No	65	69.1	100.0
DEJA DE AMAMANTAR SI LE DUELE			
Si	33	35.1	35.1
No	61	64.9	100.0
SE EXTRAЕ LA LECHE Y ALMACENA EN EL REFRIGERADOR			
Si	6	6.4	6.4
No	88	93.6	100.0
LE DA EL PECHO A LIBRE DEMANDA			
Si	50	53.2	53.2
No	44	46.8	100.0
INTRODUCE EL PEZON Y LA AREOLA			
Si	23	24.5	24.5
No	71	75.5	
TOTALES	94	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

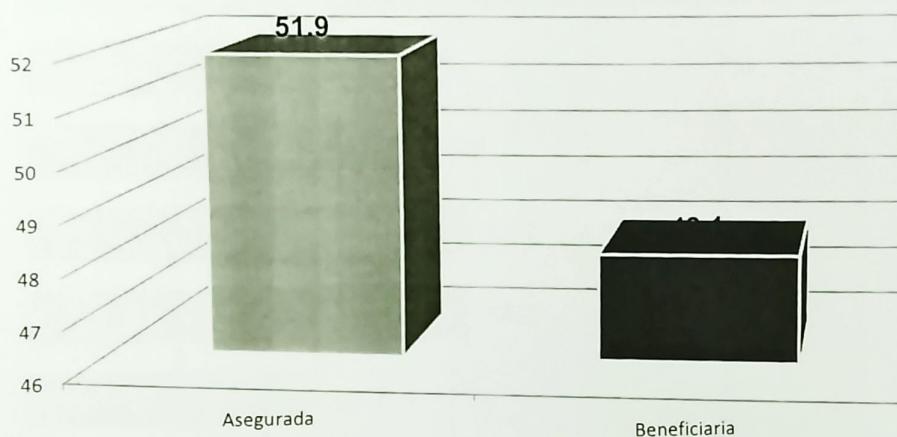
Tabla 19: Categorización de las preguntas de la práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

CATEGORIZACIÓN DE LA PRÁCTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Adecuada	6	40.0	40.0
Inadecuada	9	60.0	
TOTALES			100.0

Fuente: Base de datos

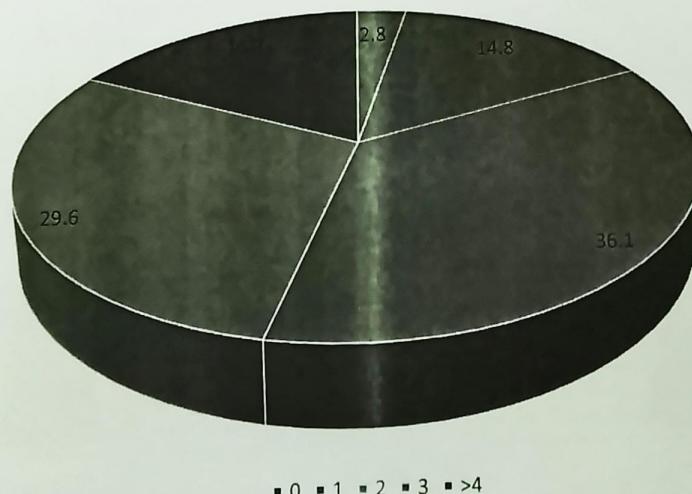
ANEXO 4: GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

Gráfico 1: Tipo de usuaria. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: Gestaciones. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 2

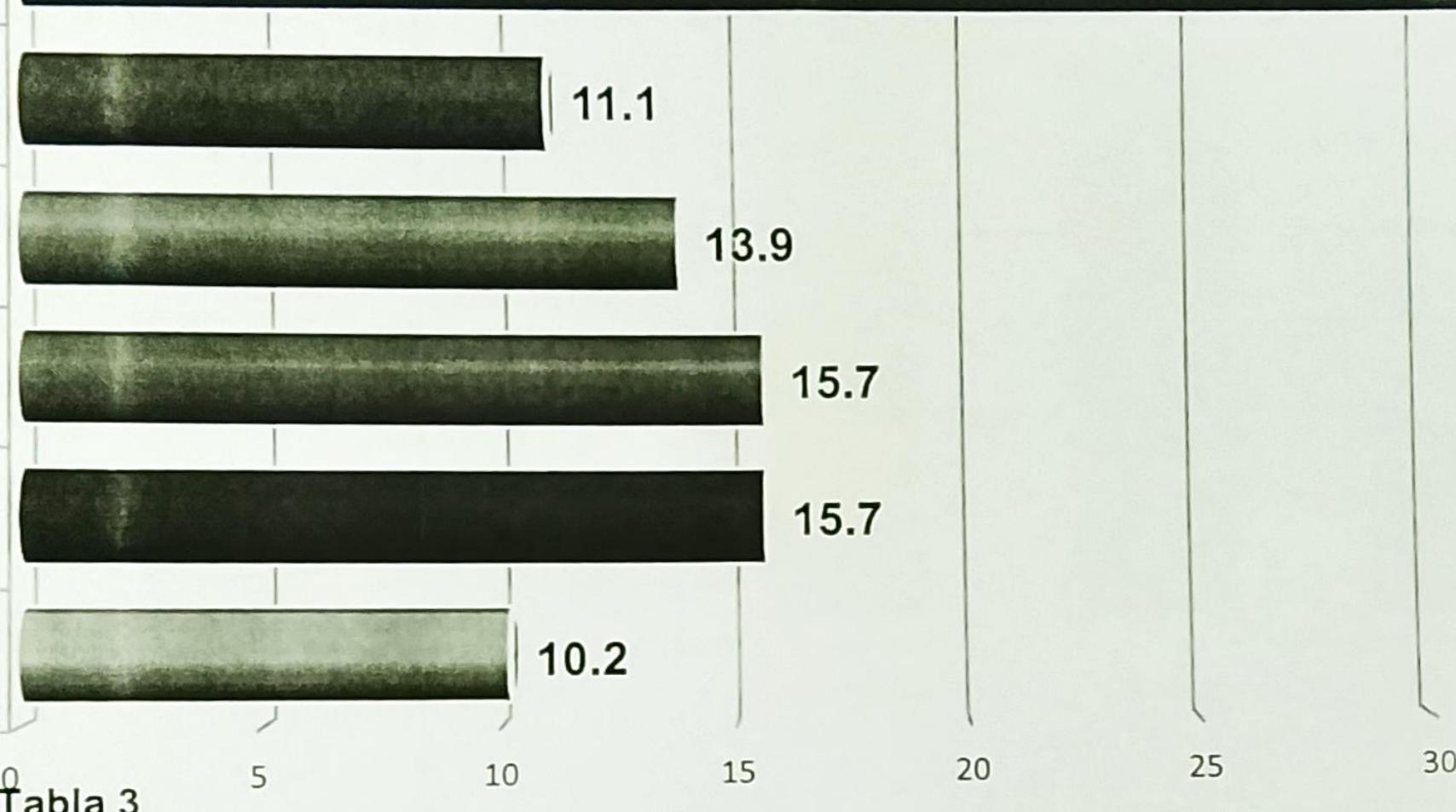
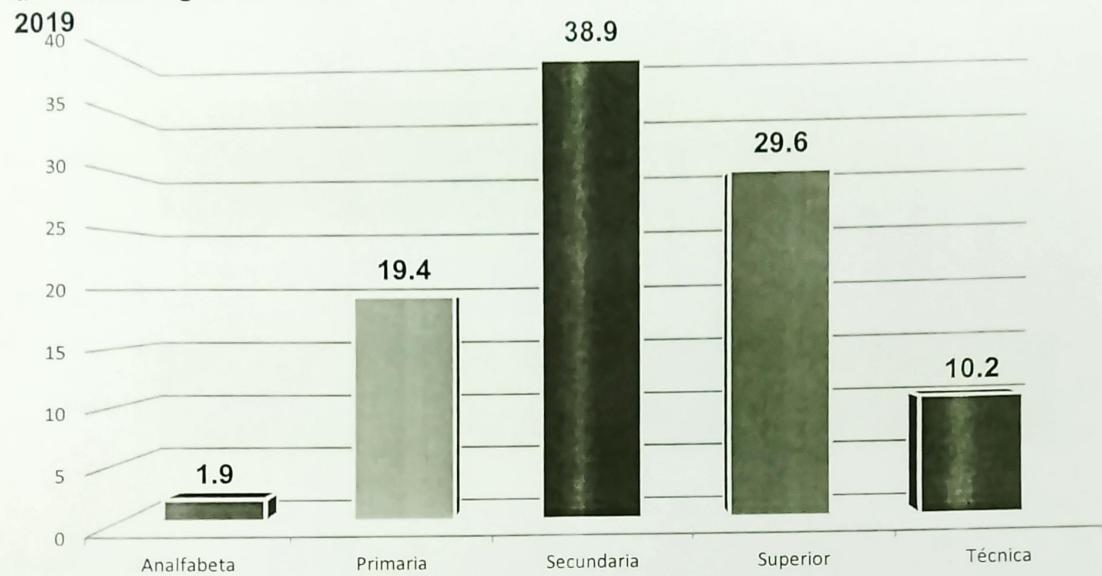


Tabla 3

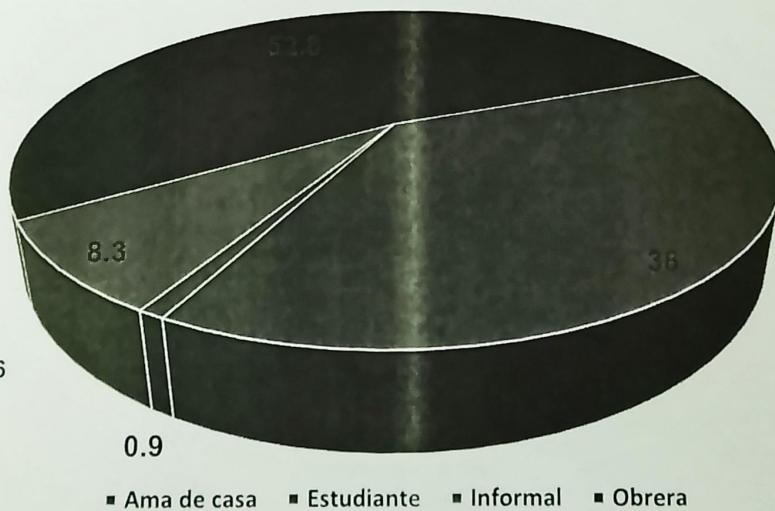
4: Estado civil. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto

Gráfico 5: Escolaridad. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



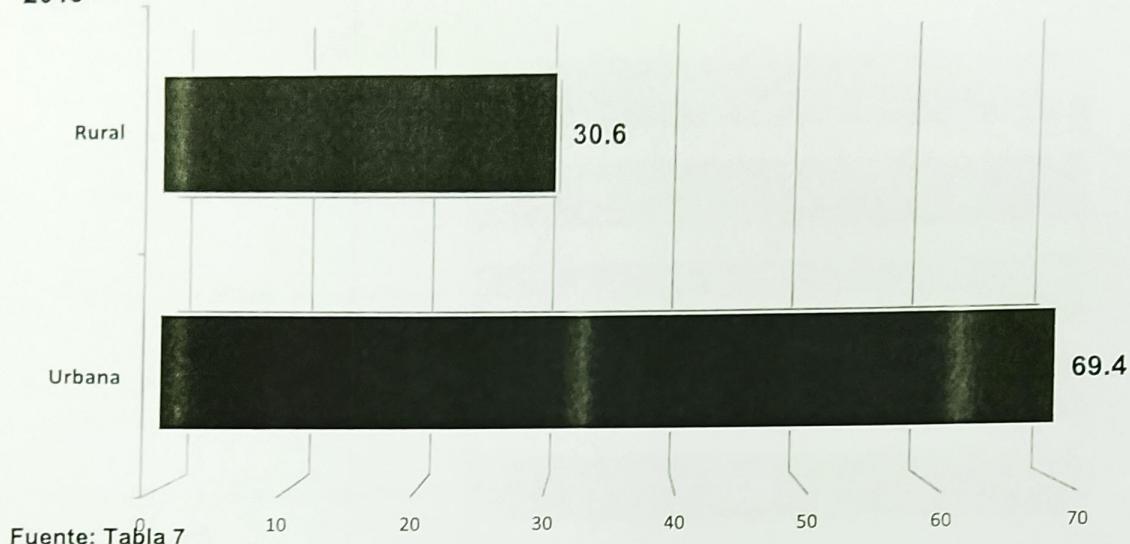
Fuente: Tabla 5

Gráfico 6: Ocupación. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



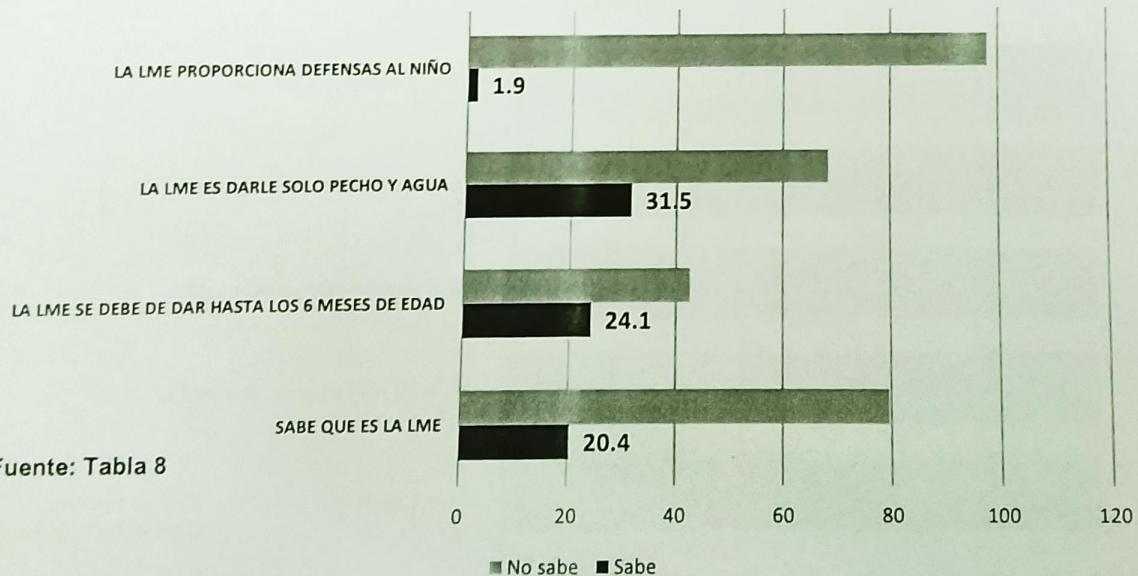
Fuente: Tabla 6

Gráfico 7: Procedencia. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 7

Gráfico 8: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 8

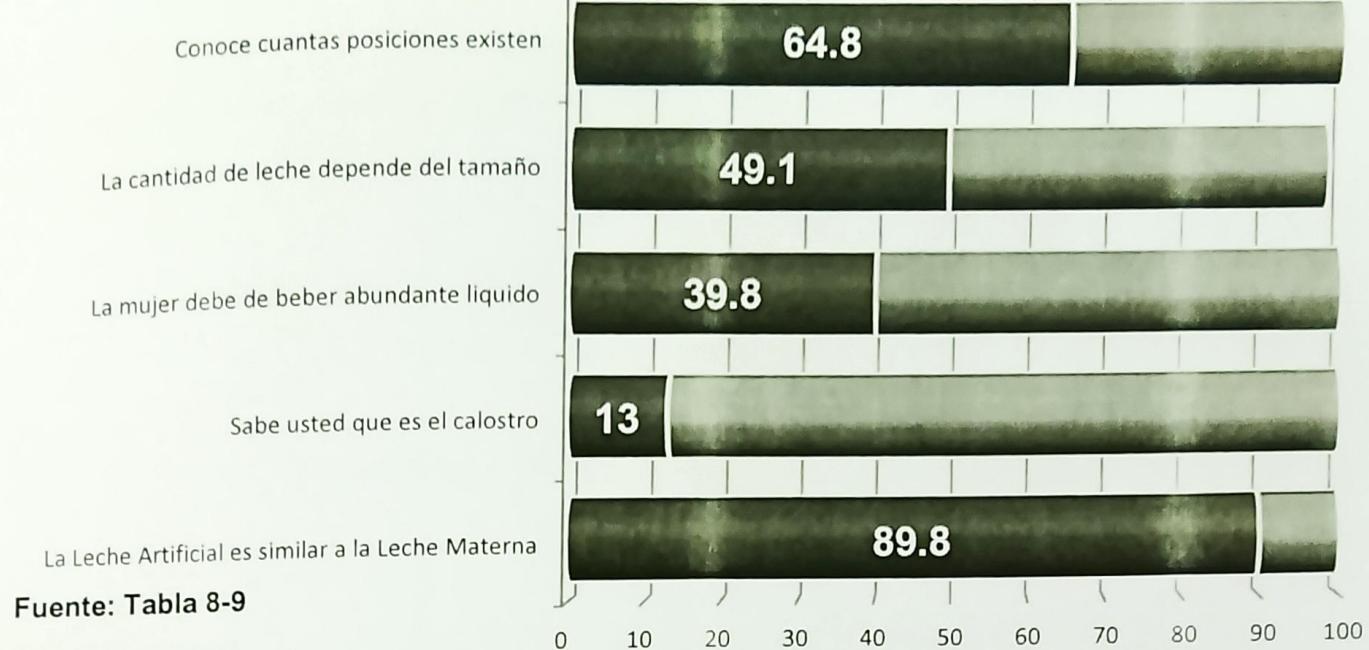


Gráfico 10: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019

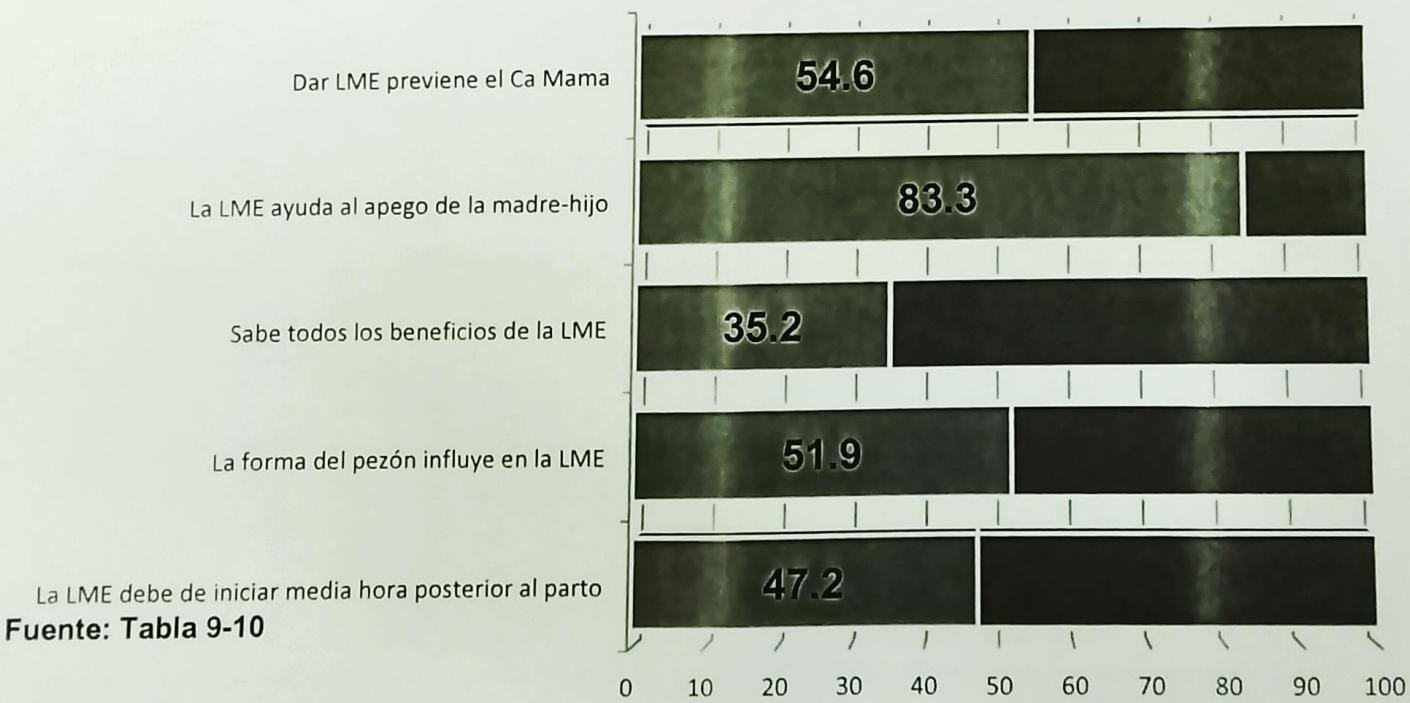
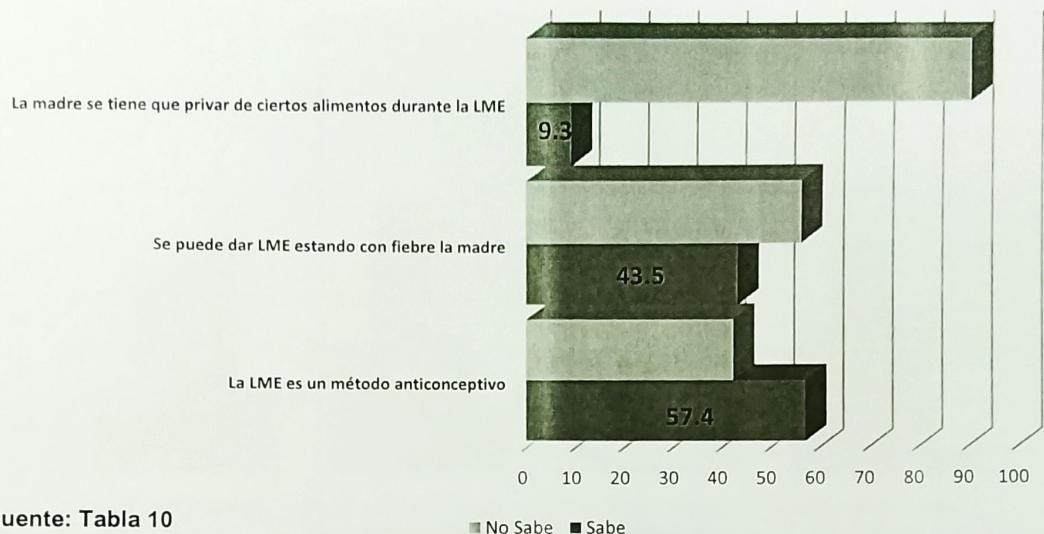


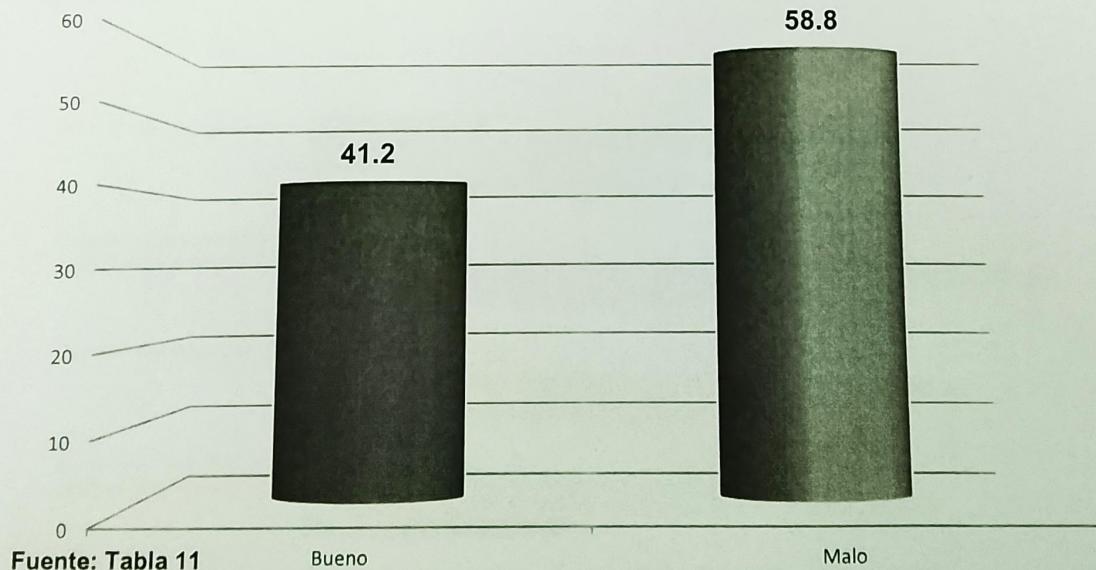
Gráfico 11: Preguntas de conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 10

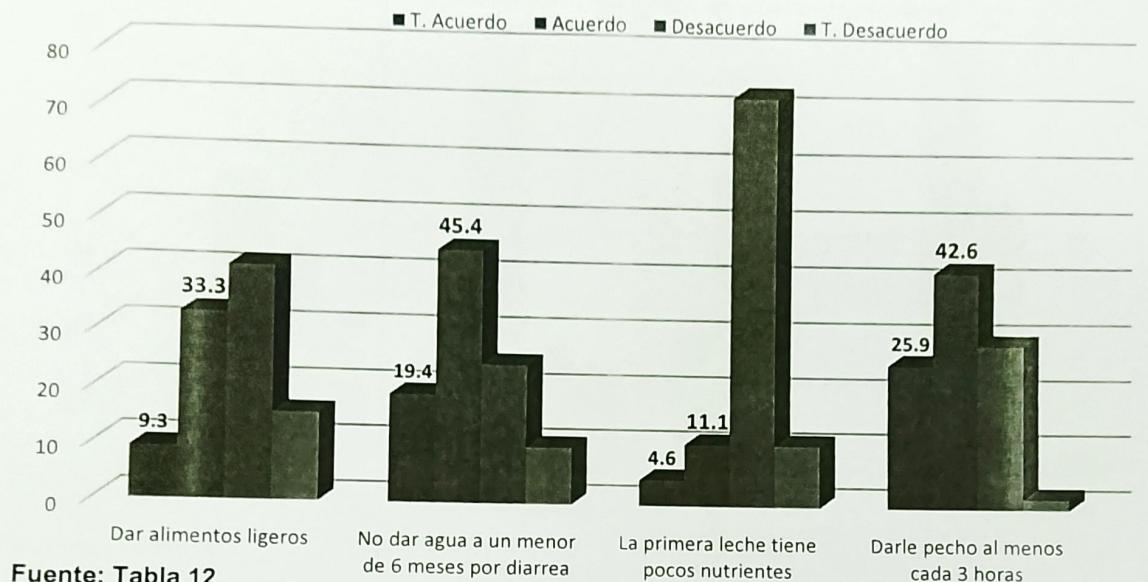
■ No Sabe ■ Sabe

Gráfico 12: Categorización de las preguntas del conocimiento. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



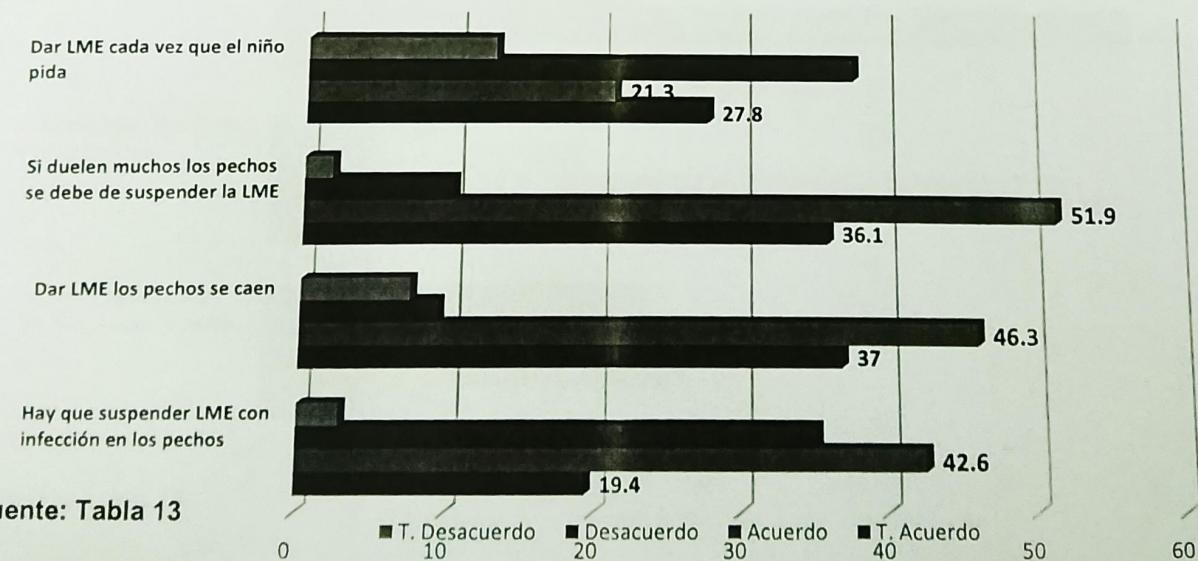
Fuente: Tabla 11

Gráfico 13 Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



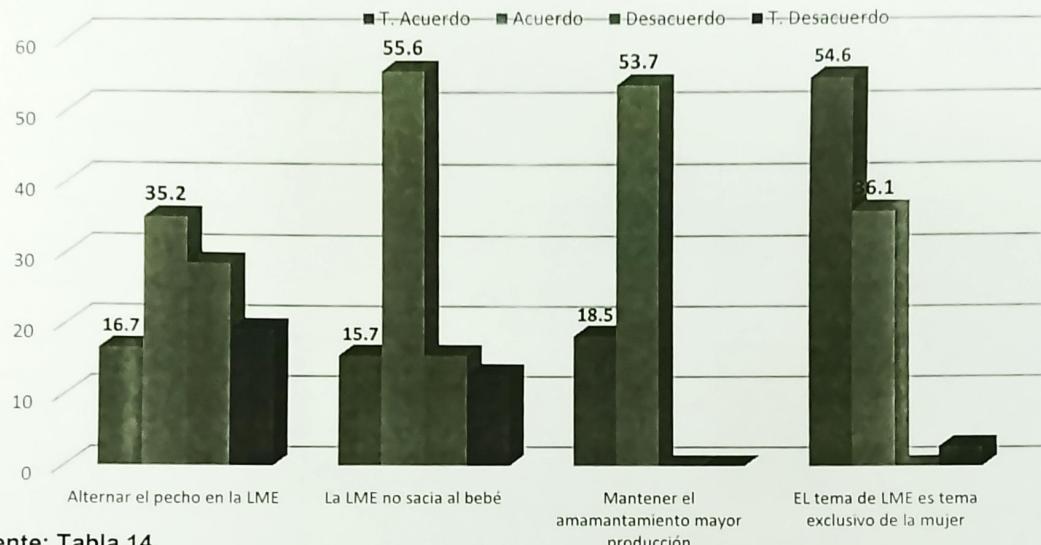
Fuente: Tabla 12

Gráfico 14: Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



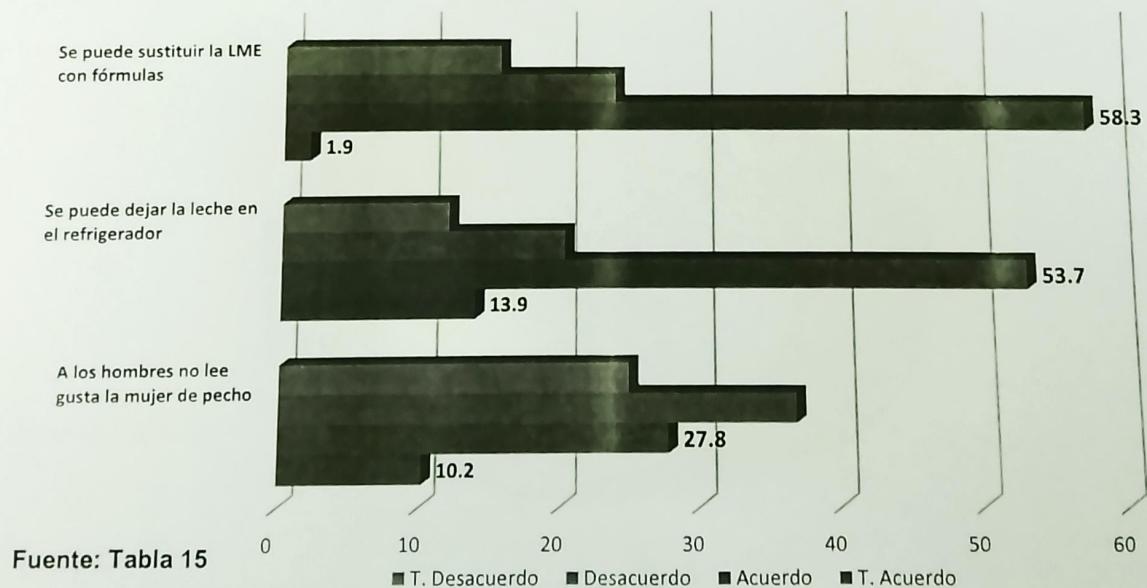
Fuente: Tabla 13

Gráfico 15 Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



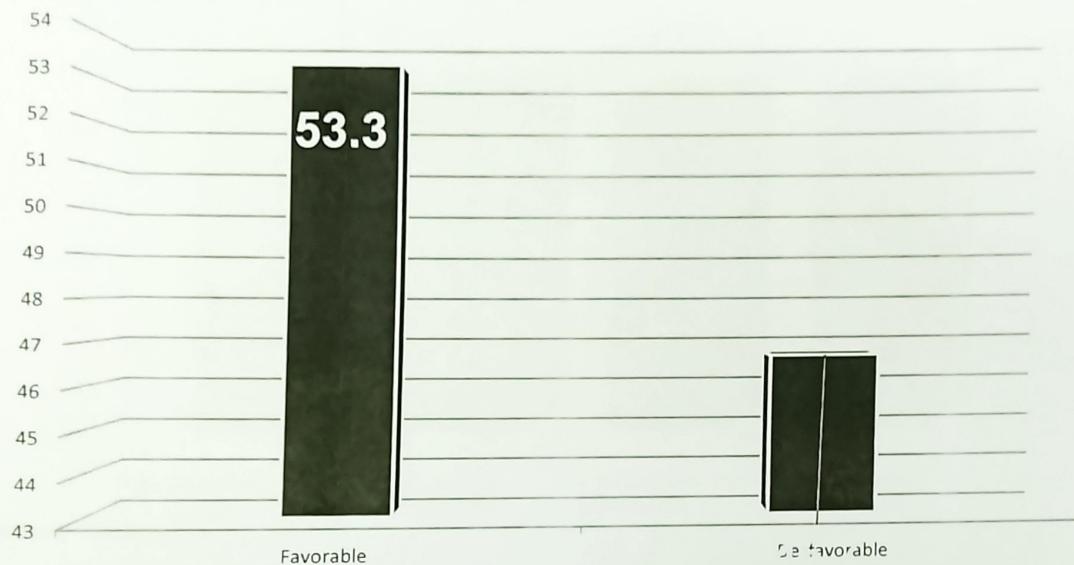
Fuente: Tabla 14

Gráfico 16 Preguntas de actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital Escuela CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



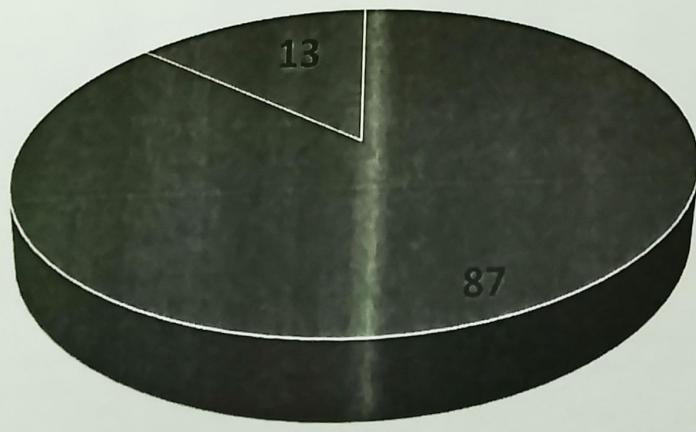
Fuente: Tabla 15

Gráfico 17: Categorización de las preguntas de la actitud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 16

Gráfico 18: Dio de mamar. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 17

■ Si ■ No

Gráfico 19: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019



Gráfico 20: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUUMBES del 1-31 de agosto, 2019

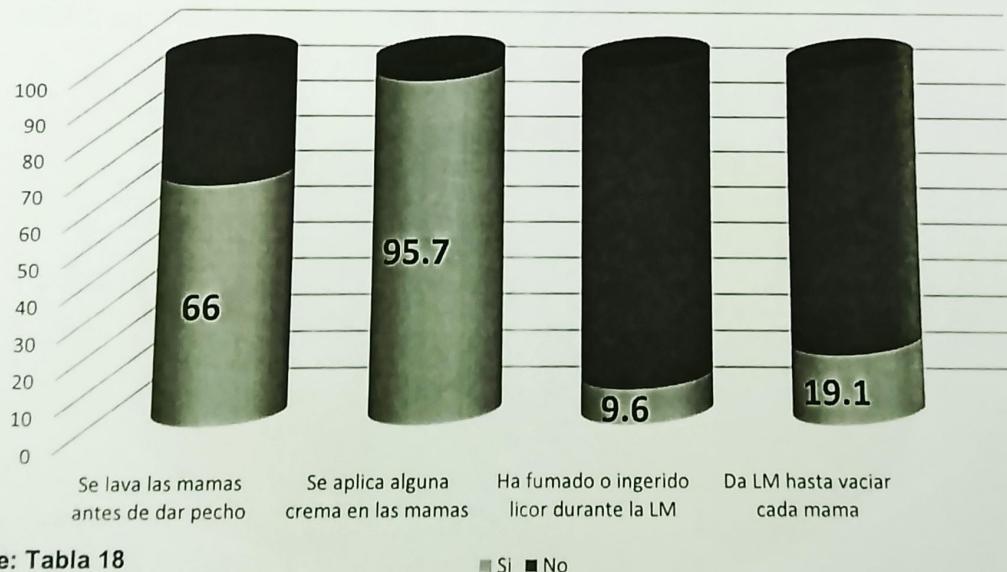
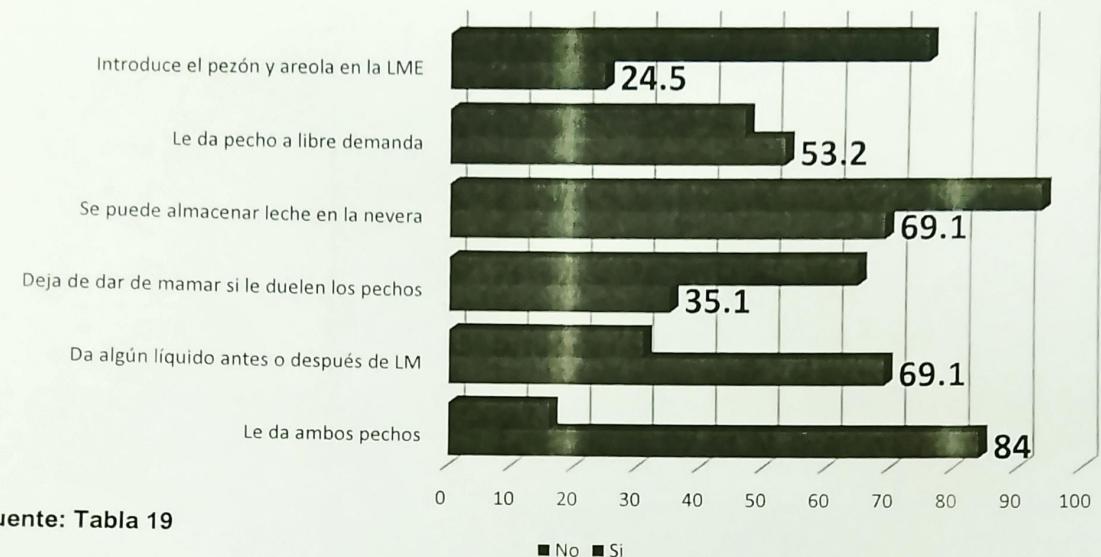


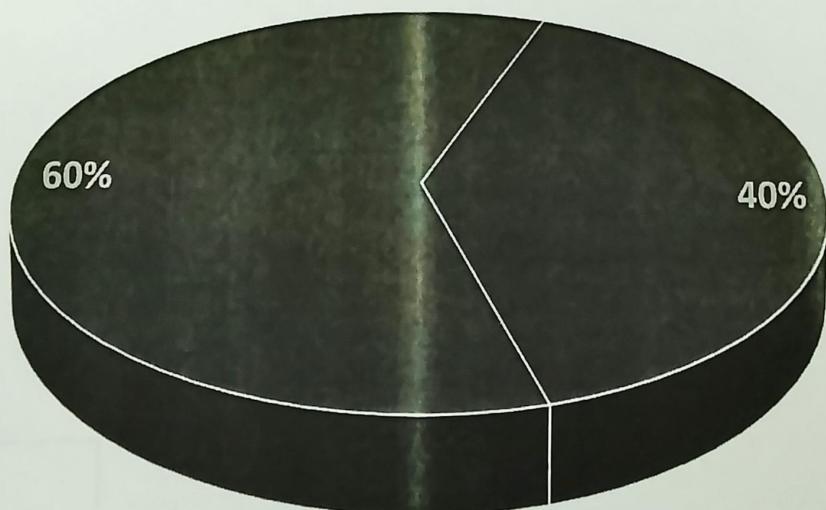
Gráfico 21: Preguntas de práctica. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 19

■ No ■ Si

Gráfico 22: Categorización de las preguntas de Prácticas. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres ingresadas en sala de Hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital CARLOS ROBERTO HUEMBES del 1-31 de agosto, 2019



Fuente: Tabla 20