

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN – MANAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Informe Final para optar al Título de  
Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**

**Tema: “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud del Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa febrero 2017”**

Autor: Dra. María Alejandra Ochoa Plascencia

Residente Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Tutor: Dr. Aleck Perez

Maestro en Salud Pública

Nicaragua, Abril 2017

## DEDICATORIA

A mi hija Sofía Alejandra, es la persona que me hace ser lo que soy, estar a donde estoy y seguir hacia adelante hasta el final de mis días, es mi fuente de inspiración.

## AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por permitir cumplir una meta más en mi carrera profesional.

A nuestro buen gobierno de reconciliación y unidad nacional, a su máximo líder Comandante Daniel Ortega y compañera Rosario Murillo por brindar esta oportunidad de progreso y superación para de esta manera apoyar al desarrollo de mi país.

A mi hija Sofia Alejandra, mis padres Leticia Plascencia y Ernesto Ochoa; por apoyarme en todo mi caminar profesional y por ser ejemplos de perseverancia y superación.

A mi tutor, Dr. AleckPerez por todo su apoyo, paciencia, constancia. Por compartir todos sus conocimientos y experiencia conmigo hasta terminar dicho estudio.

A todos los docentes, personal del ministerio que apoyaron y brindaron su granito de arena durante estos 3 años de estudio.

## RESUMEN

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida debido a que disminuye la morbi-mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo, como el nuestro Nicaragua.

Este trabajo tuvo como objetivo central determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa en febrero 2017.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal. El universo es el total de personal que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, la muestra de estudio fue el 100% del universo.

En el estudio se encontró un predominio en el grupo etario de 20 a 30 años y sexo femenino. La mayoría son de procedencia urbana y de religión católica. El personal que tiene menos de un año y el que tiene más de 15 años de laborar para la institución son los que tuvieron una mayor participación en el desarrollo de este estudio. El personal de salud del Centro de Salud Lucrecia Lindo obtuvo un conocimiento regular con actitudes y prácticas adecuadas sobre lactancia materna. Los encuestados en su mayoría presentan deficiencias al valorar los criterios del paso de la leche durante el amamantamiento así como al identificar las posiciones adecuadas para amamantar en casos particulares. Respecto a las actitudes se encontraron pocas debilidades más relacionadas al tiempo durante el cual se deben amamantar a los niños. Otra dificultad que se observó fue que no están completamente conscientes que la lactancia mixta no brinda los mismos beneficios que la lactancia materna exclusiva. La mayoría del personal desconoce el contenido y la importancia de la ley 295.

Las recomendaciones brindadas a los diferentes niveles fueron: capacitar a todas las unidades de salud sobre los diferentes tópicos sobre lactancia materna. Monitorear periódicamente dichas capacitaciones y el desempeño en los servicios de las unidades de salud. Documentarse acerca del marco jurídico que respalda la lactancia materna. Mantener un rol de charlas sobre lactancia materna en las diferentes unidades de salud. Prohibir ingresar con sucedáneos, biberones en las unidades de salud

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES .....	3
III.	JUSTIFICACIÓN .....	9
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
VI.	MARCO TEORICO .....	13
VII.	DISEÑO METODOLOGICO .....	34
VIII.	RESULTADOS .....	42
IX.	DISCUSION DE RESULTADOS .....	44
X.	CONCLUSIONES .....	49
XI.	RECOMENDACIONES .....	50
XII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	52
	ANEXOS.....	54

## I. INTRODUCCIÓN

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida debido a que disminuye la morbi-mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo, desde el punto de vista nutricional la infancia es un período muy vulnerable, es la etapa en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y simultáneamente se da el proceso de maduración y desarrollo de los órganos.

En Nicaragua se ha puesto mucha importancia a la calidad de la atención a la población infantil, fortaleciendo el sistema de salud e instaurando el nuevo modelo de atención en salud basado en la comunidad, la familia y el individuo en el medio ambiente en que se desarrolla, estableciendo estrategias importantes para el mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades, entre estas se encuentra el establecimiento de unidades de salud amigas de la niñez y la madre que consiste en la promoción de la lactancia materna.

Se han realizado inversiones en capacitación al personal de salud, personal comunitario pero no se ha realizado una evaluación del conocimiento adquirido acerca de este tema tan importante, la Lactancia Materna.

Por lo antes mencionado es necesario realizar un estudio que nos permita evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre lactancia materna, con los resultados establecer estrategias que permitan alcanzar la acreditación de todas las unidades de salud del municipio de San Ramón como unidades de salud amigas de la niñez y de la madre.

El Objetivo general planteado es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa en febrero 2017, los objetivos específicos que se consideran son el conocer las características socio-demográficas del personal de salud en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón en el período de estudio, el identificar el conocimiento sobre lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, definir las actitudes sobre la

lactancia materna que posee el personal de salud, determinar las prácticas que están realizando el personal de salud para promover la lactancia materna en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, San Ramón, Matagalpa.

El tipo de estudio es descriptivo, observacional, prospectivo, transversal. El universo es el total de personal de salud del municipio de San Ramón, la muestra es el 100% del personal de salud del municipio.

Para la obtención de la información se hará entrevistas al personal de salud que brinda atención en las unidades de salud del municipio de San Ramón que son objeto del estudio.

Existen antecedentes a nivel internacional y nacional que nos orientan que la lactancia materna es esencial para mantener el estado de bienestar tanto para la madre como para el recién nacido, pero se requiere de establecer intervenciones que van desde el mantenimiento de la educación y capacitación de los recursos de salud encargados de la atención de la madre y del recién nacido en todas las unidades de salud del territorio.

De mucho valor se considera el establecimiento de políticas públicas orientadas a brindar seguimiento al manejo brindado por el personal de salud tanto a la madre como al recién nacido desde su llegada a las unidades de salud, durante la estancia en la espera del parto, durante el mismo y posterior al período del parto para la educación, capacitación y promoción de la lactancia materna con la finalidad de mejorar el bienestar infantil.

A nivel de departamento se busca información en los centros de documentación tanto del Ministerio de Salud como de las facultades de ciencias médicas y del nivel SILAIS en el departamento en el que se desarrolla la presente investigación pero se confirma que no se han realizado investigaciones similares.

Esta situación conduce a hacer la siguiente pregunta:

¿Cuáles los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa en febrero 2017.

## II. ANTECEDENTES

Para el año 2001 se seleccionó una muestra de los municipios del Valle del Cauca, Colombia con el fin de identificar los conocimientos acerca de la lactancia materna de las mujeres y el personal de los hospitales públicos. Los datos obtenidos reflejaron que la mayoría tenía conocimientos adecuados sobre la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia, así como del inicio del amamantamiento después del nacimiento. Se identificó que el personal de salud tenía mejor conocimiento en cuanto a la frecuencia de amamantamiento a diferencia de las madres quienes creían que debía hacerse con horarios fijos. El 75% de las mujeres no sabía cómo extraer y conservar la leche materna. Las madres opinaban que la lactancia materna exclusiva debía mantenerse en promedio hasta los 5 meses e introducir a la vez alimentos complementarios. Gran parte de las mujeres no consideraban el agua, los jugos, e incluso las sopas, como tipos de ingesta que terminan con la exclusividad de la lactancia. (Urbaez, 2010)

En el año 2002 se realizó un estudio en Piedras Negras, México, sobre factores socio-demográficos relacionados con la práctica de alimentación con el seno materno. De las madres estudiadas, las que obtuvieron un mejor nivel de conocimientos eran las madres casadas, profesionales y en edades entre 26 a 35 años. Se identificó que las madres casadas prolongaban el tiempo de amamantamiento y las madres que laboraban fuera del hogar abandonaban la práctica y optaban por la leche industrializada. Las madres jóvenes fueron las que en menor grado daban lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida. (Lesaje, 2001)

Se investigó la asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, cefampanguipulli noviembre-diciembre del 2006, Valdivia, Chile. Concluyeron que la corta duración de la LME en las mujeres de Panguipulli se relacionó con características socio-demográficas como el estado civil y la ocupación de la madre. Es así como las madres solteras no lograron mantener la LME por los 6 meses recomendados, en contraste con las casadas o convivientes que sí lo hicieron, también cabe destacar que

las madres solteras fueron las que mayoritariamente trabajaban y/o estudiaban, ocupación que se asoció con el destete precoz aunque no claramente y por último, la planificación del embarazo demostró tener una clara relación con la duración de la práctica de amamantamiento, por lo tanto planificar el embarazo en estas mujeres pudiese favorecer la mantención de la LME hasta los 6 meses, y no planificarlo pudiese perjudicarla. (Moreira, 2000) (Lesaje., 2001)

En el año 2010 se llevó a cabo un estudio por el Dr. Ruiz y el Dr. Urbáez donde se investigó la influencia de un programa educativo sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas. Ivss (Instituto Venezolano de los seguros sociales) Dr. Lino Maradey primer trimestre de dicho año. Encontrándose que el conocimiento sobre lactancia materna evaluado en el pre-test estuvo representado por el 60% “Malo o Deficiente”. Una vez desarrollado el programa educativo, las respuestas obtenidas en el post-test mejoraron favorablemente con el grado de conocimiento “Bueno”, obteniéndose 76,7% diferencia estadísticamente significativas en este resultado. Se puede afirmar que los cambios son atribuidos a la aplicación del programa educativo sobre lactancia materna. (Educación en lactancia materna brindada por el personal de la unidad de salud unicentro del municipio de Soyapango durante los meses de febrero-marzo., 2011)

En el año 2011 en El Salvador, la Dra. Gavidia de Ruiz realizó una investigación acerca de educación en lactancia materna brindada por personal de la unidad de salud unicentro en el municipio de Soyapango durante los meses de febrero-marzo de ese mismo año; donde se concluyó que la educación en lactancia materna y actividades educativas son proporcionadas principalmente por personal de enfermeras graduadas y no por auxiliares de enfermería ni personal médico. Además, a pesar de contar con diversas capacitaciones en lactancia materna el personal de la unidad de salud, aún continúa con un limitado conocimiento, que provoca una inadecuada orientación en lactancia materna a los usuarios que demandan atención. Y el personal de salud no dimensiona la importancia de la lactancia materna como un derecho fundamental de la

madre y el niño(a) en la atención en salud, por ser la acción preventiva más eficaz para contribuir a prevenir la morbi mortalidad infantil.

Cerna J. y Quintanilla E. (1998) encontraron que en Diriamba los niños alimentados con LME presentaron menos enfermedades diarreicas el 23.5%, infecciones respiratorias altas y bajas, 32.5% y 23.5% respectivamente.

Taylor J. (1999) encontró que el 76% de las madres de Puerto Cabezas tenía información previa sobre lactancia materna y el 85% de las madres conocían algunas ventajas de la misma de estas el 53% dijeron que la lactancia materna protege contra enfermedades y el 33% que es importante para el crecimiento y desarrollo del niño.

En el año 2000 en el Hospital Gaspar García Laviana, de Rivas, se efectuó un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en niños menores de 6 meses que acudieron a este centro. Se encontró que sólo el 32.5% conocía el momento correcto para iniciar el amamantamiento, el 23.5% de las madres creía que se debía iniciar el amamantamiento entre las 12 y 24 horas después del nacimiento y el 23.5% refirieron no conocer cuando se iniciaba el amamantamiento. De las madres encuestadas sobre la posición para amamantar que más practicaban, un 65.5% afirmó que era sentada, 34% acostada y solo el 0.5% refirió otra posición.

En un estudio sobre conocimientos y practicas sobre la lactancia materna realizada por Moreira en el área urbana del municipio del Rama, RAAS (2000) revelo que el 69% de las madres encuestadas se encontraban entre 19 y 35 años en su mayoría casadas, amas de casa con escolaridad primaria, de las cuales el 55% recibió información por personal de salud (enfermeras 81%) durante CPN donde se les brindó educación acerca de lactancia materna exclusiva. (Corvalan, 2006)

El 55% recibió información por medio de sus padres y amigos donde un alto porcentaje 46% se les dijo que durante los primeros 6 meses debían alimentar con leche materna y no comida, indistintamente de la fuente de información del conocimiento el

64% de las encuestadas no recibió información sobre cada cuanto tiempo debía alimentar a su bebe; las madres afirmaron tener conocimientos de ciertos criterios en el tema, sin embargo al realizarles preguntas directas las respuestas no concordaron con la información inicial, por ejemplo, el 59% refirieron conocer el momento adecuado para iniciar la lactancia materna de este el 15% lo dijeron correctamente, al interrogarlas sobre conocimiento sobre la técnica de extracción manual de leche el 94% la describió y correctamente. (Corvalan, 2006)

Se menciona también el trabajo de Parrales Serrano y Quijano Lesaje (Jinotega 2001) en el cual se estudiaban los conocimiento, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de 6 meses, reflejando un conocimiento de las madres 54.1% y una práctica de 64.9%. (Corvalan, 2006)

En un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca de lactancia materna en pacientes adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2001, se identificó que estas tenían deficientes conocimientos acerca de los beneficios de la leche materna así como del tiempo y la frecuencia en que se debe dar la lactancia materna. (Soza, 2005)

Las madres estaban familiarizadas con muy pocas posiciones de amamantamiento, la mayoría de la población tenía una actitud positiva hacia la lactancia materna, un 99% de las pacientes estudiadas concordaba en que la madre durante la lactancia debe ser apoyada por la familia, por el sitio de trabajo y el estado. El 35.96% de las madres practicaban la lactancia a libre demanda, el 58.71% acompañaban la leche materna con otros alimentos. Sólo el 37.61% de las madres recibió información sobre el tema y de éstas el 92.68% tenían conocimientos que el personal de salud les había brindado. (Soza, 2005)

En el año 2002 se organizó un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de lactancia materna con las madres de niños menores de 2 años de edad que asistieron al centro de salud Oswaldo Padilla del municipio de Waspam de la RAAN. Del total de

las madres estudiadas, el 87.5% tenía conocimientos sobre lactancia, de éstas un 81.9% se había informado durante el embarazo y un 10.48% tenía conocimientos desde antes de la gestación. Sólo un 12.5% de las madres no tenían conocimientos sobre el tema. Se encontró que el 90% de las madres estaba dando de amamantar pero sólo el 40% de ellas estaban amamantando de forma exclusiva. (Soza, 2005)

Las madres que procedían de zonas rurales estaban más erradas en cuanto a conocimientos de lactancia en relación a las que provenían de las zonas urbanas. Se identificó en las madres entrevistadas que las que mayormente tenían una actitud positiva hacia la lactancia oscilaban entre los 31 y 40 años. (Soza, 2005)

En los municipios de La Cruz de Río Grande y Karawala, de la RAAS, se realizó otro estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de lactancia materna durante el año 2004, con madres de niños menores de 6 meses, encontrándose que el 79.7% de las mujeres encuestadas eran casadas y/o acompañadas, lo que influía en positivamente al momento de mantener la lactancia. Un 40.7% de las madres eran analfabetas por lo que tenían un nivel deficiente de conocimientos. El 100% de las madres eran amas de casa, razón que favorecía la lactancia materna. De éstas, el 98.1% refirió dar lactancia a libre demanda. (Soza, 2005)

Del total de los trabajadores, el 66% no usaba una técnica correcta para reconocer el tipo de pezón de las madres y de éstos los auxiliares de enfermería (27%) y enfermeras (13%) eran los que con mayor frecuencia empleaban una mala técnica. (Soza, 2005)

ENDESA 2006/2007 encontró que la lactancia materna, sea cual sea su duración o momento de inicio, es relativamente alta en Nicaragua apreciándose el 94% de niños menores de 5 años habían lactado alguna vez, bastante similar a lo observado en el 2001, donde la tasa de mortalidad infantil era de 31 por mil nacidos vivos. Una situación similar se produjo en los niños y niñas menores de 5 años entre quienes las tasas de mortalidad bajo de 40 a 35 por mil nacidos vivos en el periodo de 2001-2006. (ENDESA 2006/2007).

Durante la revisión bibliográfica realizada encontramos que en este municipio no han realizado investigaciones de este tipo por lo que se procede a realizar la presente.

### III. JUSTIFICACIÓN

Amamantar exitosamente es en la actualidad un problema muy difícil de resolver para las madres debido principalmente a la costumbre arraigada de la práctica de las pachas, chupetas o biberones y al hecho de contar con poco apoyo e información adecuada, durante la atención pre y pos natal.

Como resultado, si una madre tiene dudas respecto a cómo debe dar de amamantar,, así como también sobre los beneficios, buscan una alternativa para sustituirlas sin importar lo que pueda suceder, e invariablemente, se le ofrecen sucedáneos de la leche materna en formas comerciales sin darse cuenta del daño que provoca a su bebé al restringirlo de los beneficios que otorga la leche materna de manera exclusiva.

El Ministerio de Salud (MINSA) ha dirigido sus esfuerzos a la calidad de la atención a la población en la restitución del derecho a la salud, gratuita y universal, fortaleciendo el sistema de salud con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), se incluye el fortalecimiento del personal de salud para instruir adecuadamente a las madres sobre todo lo concerniente a la práctica de la lactancia materna.

Tomando en cuenta que se han realizado inversiones sostenidas en el fortalecimiento de capacidades del personal tanto comunitario como de salud de la institución, se ha considerado necesario medir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud del Centro de Salud Lucrecia Lindo para promover la lactancia materna. Es evidente que el rescate de la lactancia materna es una responsabilidad no solamente del sector salud sino también de todo el sector social, tanto de sus instituciones como de la misma sociedad civil, para que con el esfuerzo de todos logremos alcanzar una generación más segura, sana e inteligente.

Con los resultados obtenidos se procederá a elaborar estrategias para adiestrar al personal de salud del Centro de Salud, para fortalecer la Lactancia Materna en el territorio

y lograr que esta Unidad de Salud sea acreditada como Unidad Amiga de la Niñez y de la Madre.

Cabe destacar que no hay antecedentes relacionados a la presente investigación en este territorio, esto permitirá brindar un aporte teórico, organizativo y de beneficio para la promoción de la lactancia materna.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Lactancia Materna es un reto para cualquier país y más cuando es un país empobrecido, en vías de desarrollo y con multi-vulnerabilidades, los datos comparativos de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en el territorio nacional revelan que menos del 40% de los niños y niñas entre 0 a 3 meses reciben LME (06/07) con un leve incremento a 42.5% en 2011/12, de 0 a 5 meses la variación es aún menor subiendo de 30.6% a 31.7%. (ENDESA 2011/12)

Lamentablemente las ENDESA no reflejan la información por territorios específicos por lo que no podemos determinar cómo se encuentra la situación a nivel departamental ni municipal, al mismo tiempo no se determina la participación del personal de salud en estos resultados, pero desde las unidades de salud se puede realizar intervención efectiva que ayude a mejorar estos indicadores de salud infantil.

Esta situación conduce hacer la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa febrero 2017?

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa en febrero 2017.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer las características socio-demográficas del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, San Ramón, Matagalpa febrero 2017.
- Identificar el conocimiento sobre lactancia materna del personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, San Ramón, Matagalpa febrero 2017.
- Definir las actitudes sobre la lactancia materna que posee el personal de salud que labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, San Ramón, Matagalpa febrero 2017.
- Determinar las prácticas que están realizando el personal de salud para promover la lactancia materna en el Centro de Salud Lucrecia Lindo, San Ramón, Matagalpa febrero 2017.

## **VI. MARCO TEORICO**

### **Definición de lactancia materna**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO Nutrition, 2003) define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros 6 meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años de vida como mínimo. (WHO Nutrition, 2003)

### **Lactancia materna predominante**

Significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (WHO Nutrition, 2003)

### **Beneficios de la lactancia materna**

#### **Beneficios para el lactante**

Las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio. La protección contra las enfermedades se clasifica de la siguiente manera: (Churchil & Pickering, 2002) (León-Cava, Luther, Ross, & Martin, 2002)

Enfermedades gastrointestinales: Se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, C. jejuni, C. difficile, G. lamblia, S. tiphyrium, especies de Escherichia, Shigella y V. cholerae.

Enfermedades respiratorias y otitis media: La LME protege contra infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. Se ha demostrado también que la

frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con la leche humana.

Otras infecciones: La leche humana protege contra la enterocolitis necrotizante en lactantes de pretérmino y contra la bacteriemia y la meningitis causada por H. influenzae tipo B.

Disminución de la inflamación: La leche materna protege al lactante y a la glándula mamaria contra ciertos agentes patógenos, sin producir efectos inflamatorios.

Estimulación de la inmunidad: Hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmuno-modulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, DM tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma. Además las concentraciones de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido Hib, la vacuna del poliovirus oral y el toxoide de la difteria, en respuesta a las vacunas aplicadas en la infancia, son más altas en los bebés alimentados con leche materna.

La leche humana se adapta a las necesidades nutricionales del lactante, contiene lípidos que representan su principal fuente de energía, ya que le proporcionan triglicéridos, ácidos grasos esenciales imprescindibles para el crecimiento y desarrollo del cerebro, retina y los centros auditivos, y cumple también con funciones estructurales de la membrana celular y síntesis de prostaglandinas.(Aguilar, 2005) (Juez) (Shanler, 2001)

La lactosa es el principal carbohidrato, necesario para el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central (SNC). De igual forma, las proteínas proporcionan aminoácidos esenciales, que favorecen el desarrollo de este mismo sistema. Por otra parte, la LME promueve un mejor desarrollo motor infantil. (Pérez-Escamilla, 2001)

La vitamina A asegura el crecimiento, desarrollo y modulación de los huesos y cartílago, la vitamina E incrementa la producción de inmunoglobulinas, favorece la función normal de linfocitos T y tiene actividad antioxidante que estabiliza la membrana celular, la vitamina D controla absorción y homeostasis del calcio. La C tiene diversas

funciones, como el sintetizar colágeno y glucosaminoglucanos que constituyen el tejido conectivo y carnitina necesaria para la formación de catecolaminas; también participa en el desarrollo y funcionamiento del SNC, permite la eliminación de fármacos y tóxicos por el hígado y actúa en el sistema inmunitario. Las vitaminas del complejo B funcionan con carácter coenzimático en el metabolismo.(Juez)

La cantidad de agua de la leche materna es del 87% por lo que él bebe amantado no necesita agua complementaria, tiene menos sobrecarga renal y un menor riesgo de deshidratación.

El bebé puede digerir la leche materna fácilmente, porque la caseína forma cuajos de consistencia blanda en el estómago y se asimila más rápido, además de la presencia de lactosa en todo el intestino delgado favorece el tránsito intestinal, con deposiciones más líquidas y ácidas, que contienen grupos reductores que evitan el estreñimiento y la dermatitis del pañal.(Hoekelman, 2002)

Debido a las prostaglandinas que estimulan la motilidad intestinal, la frecuencia de vómito, diarrea, regurgitaciones y reflujo es baja. Las proteínas homólogas disminuyen la posibilidad de reacciones alérgicas como el asma, eccema y eritema, ya que el bebé no se expone a antígenos alimentarios extraños. Siempre está disponible a la temperatura y consistencia adecuadas, lo que favorece una mejor tolerancia. Si se continúa el amamantamiento en presencia de diarrea mejora la consistencia y disminuye el número de evacuaciones.(Schanler, 2001)

Durante la succión del pecho, los músculos de la mandíbula del niño se ejercitan, lo que fomenta el desarrollo de una mandíbula bien formada con dientes rectos.(Hoekelman, 2002)

El vínculo que se establece en la LME le brinda al bebé una sensación de bienestar y seguridad, lo que constituye la primera experiencia social de su vida. Así potencializa una autoestima adecuada y una inteligencia emocional para toda la vida, así como la atención y protección materna. (Hoekelman, 2002)

**Beneficios para la madre (Hoekelman, 2002) (Schanler, 2001)**

El inicio de la LM en el posparto inmediato permite la secreción de oxitocina a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas y la expulsión rápida de la placenta, y evita la hemorragia posparto, acelerando la involución uterina.

Con la LME se incrementa la secreción de prolactina, se impide la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas por el hipotálamo y a su vez de gonadotropinas hipofisarias (hormona folículo estimulante y luteinizante), se inhibe el desarrollo de los folículos ováricos, ovulación y menstruación; esta inhibición se prolongará mientras la lactancia sea frecuente, e incrementará el intervalo entre los embarazos y estimulará la producción suficiente de leche para el bebé.

Previene la depresión posparto, debido a que la oxitocina liberada durante la succión del pezón desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras. Estas también se le transfieren al bebé, creando un apego muy especial.

La LME incrementa la producción de prolactina, que facilita la actividad de la lipoprotein lipasa en la glándula mamaria y la inhibe en el tejido celular subcutáneo, disminuyendo el depósito de tejido adiposo, condicionando en las mujeres una recuperación del peso previo al embarazo más rápidamente, observándose a los seis primeros meses una disminución de la cadera entre un 4 y 6 % aproximadamente.

También protege contra el cáncer de mama y ovario. Además brinda comodidad a la madre, ya que no tiene que preparar ni esterilizar biberones, especialmente en los casos en que trabaja.

### **Beneficios familiares y sociales**

La LM refuerza los lazos afectivos en la familia, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil (Aguilar, 2005) y el retraso de nuevos embarazos. (Dewey, Cohen, Brown, & Rivera, 2001) Con este tipo de alimentación la familia obtiene ventaja económica al no gastar en los sucedáneos, ni en biberones, pajas con un menor gasto en la salud de sus miembros, repercutiendo en todas las comunidades, produciendo una

disminución de la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo.

### **Beneficios ecológicos**

La leche humana es un producto natural, renovable y no contaminante. Con esta práctica alimentaria se evita dañar al medio ambiente, ya que con los sucedáneos, además de crear la industria productora y procesadora de leche, inducen la fabricación de envases y biberones, que consumen grandes cantidades de combustible y producen contaminación, promueven el uso de aluminio, estaño, cartón y papel para la elaboración de recipientes, que al desecharse generan basura; la leche envasada contiene cuarenta veces más aluminio y nueve veces más cantidad de plomo que la humana.

### **Factores que afectan la lactancia materna**

Las características personales de las mujeres que afectan la LME son varios: edad menor a 20 años, la falta de conocimientos sobre este tema, el haber presentado complicaciones relacionadas con las mamas (hipoagalactia, mastitis, grietas o pezones invertidos), miedo que se afecte su figura y la forma del seno, estrés, falta de deseo de dar el pecho, enfermedad materna, fracaso para lactar con hijos previos por factores en el lactante tales como llanto excesivo, falta de crecimiento, cólicos, problemas del sueño, problemas de salud.

En los últimos años, las mujeres en edad reproductiva se han incorporado al mercado laboral, considerándose actualmente el factor en contra más importante para la LME, al mantenerse alejadas de sus hijos por tiempos prolongados y carecer de facilidades laborales que les permitan compaginar la lactancia con el empleo. (Navarro- Estrella, Duque-López, & Trejo, 2003)

La falta de consejería en período pre y posnatal por los profesionales de la salud reduce la LME, pues han perdido el interés por la lactancia y la manera de ayudar a las mujeres a llevarla a cabo, además si la mujer recibe información contradictoria de diversos profesionales, su decisión de amamantar se verá afectada.

Algunos factores sociales influyen en la decisión de lactar, como la promoción por los medios de comunicación de la alimentación artificial basada en la utilización del

biberón y leches industrializadas (Vandale-Toney, Rivera, Kageyama, Tirado, & López, 1997) o la poca aceptación de que una mujer lacte en la vía pública en zonas urbanas.

El papel de los profesionales de la salud es decisivo, ya que la educación materna aumenta la tasa de LME, al promocionar desde el primer contacto la lactancia materna. El apoyo debe continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta sin la capacidad de amamantar, porque en los primeros días pueden presentarse problemas relacionados con las mamas o alteraciones en el producto.

Es muy importante que se involucre a la familia, motivando a la pareja a participar activamente en los cuidados del embarazo, preparación del parto y una vez que ha nacido el lactante colabore con la madre en sus cuidados, ya que se incrementa la duración de la LME si la actitud del padre es positiva. (Aguilar Palafox & Fernández Ortega, 2007)

### **Riesgos y perjuicios de la alimentación con sucedáneos**

La leche humana y la lactancia materna exclusiva deben considerarse la referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y del niño pequeño y las otras normas de alimentación deben demostrar ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante y de su madre a corto, medio y largo plazo y resultados similares en cuanto a desarrollo pondo-estatural, psicomotor o psicosocial.

A corto plazo,

*Existe una peor adaptación gastrointestinal:* La alimentación con sucedáneos provoca un tránsito intestinal más lento, 3 horas para el vaciado gástrico frente a 1 hora en los niños amamantados junto con una eliminación de meconio más lenta. La ausencia de hormonas en los sucedáneos (insulina, hormona de crecimiento) retrasa la maduración del epitelio intestinal y el cierre de las uniones intercelulares favoreciendo el paso de antígenos y bacterias a la circulación sistémica los primeros días de vida, lo que condiciona que los lactantes alimentados con sucedáneos sean más susceptibles a las intolerancias alimenticias, principalmente a la leche de vaca, al cólico del lactante, al estreñimiento, al reflujo gastro-esofágico y a la hernia inguinal. Así mismo hay un *aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos* ya que el lactante

alimentado con sucedáneos no dispone de factores que estimulen inmunidad y que ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos. Por ello padecen con mayor frecuencia *infecciones gastrointestinales por Rotavirus, Giardia, Lamblia, Shigella, Campylobacter y E. Coli enterotoxigénica.*

Las *infecciones respiratorias de vías bajas* por virus sincitial respiratorio, haemophilus influenza y neumococo son hasta un 60% más elevadas. Las *infecciones de orina, la otitis media aguda y la sepsis y meningitis* también son más frecuentes en niños y niñas no amamantados incluso meses después de finalizar el periodo de lactancia. Entre los prematuros se observa mayor incidencia de *enterocolitis necrotizante* y de *sepsis neonatal tardía.*

El *síndrome de muerte súbita del lactante* ocurre con mayor incidencia global en los lactantes no amamantados con clara relación dosis respuesta: a menor tiempo de amamantamiento mayor riesgo de muerte súbita.

A mediano y largo plazo,

*Dificultades digestivas o de alimentación:* el sabor del sucedáneo no se modifica; sin embargo la leche de madre traslada los aromas y sabores de la dieta materna al lactante amamantado. Por ello la administración de sucedáneos puede dificultar la adaptación a la alimentación complementaria. Además se ha descrito un *aumento de riesgo de mal oclusión y mordida abierta* en los lactantes alimentados con biberones.

*Peor desarrollo neurológico:* Durante la etapa postnatal de desarrollo cerebral en el lactante no amamantándose se observa menor cantidad de ácido siálico y ácido ocohexaenoico en la sustancia gris y en la sustancia blanca cerebelosa, menor maduración al año de vida y retraso en la adquisición de los valores adultos de conducción nerviosa central y periférica. En los prematuros se observa peor desarrollo psicomotor, neuro visual y de la maduración del tronco cerebral.

*Obesidad:* meta análisis recientes demuestran que los lactantes no amamantados presentan un incremento del 20% en el riesgo de sobrepeso y un 25% en el de obesidad cuando se comparan con los amamantados, con relación dosis respuesta que apoya la

asociación causal. Si se compara con el grupo que han sido amamantados al menos 6 meses, el riesgo de sobre peso se eleva al 35% y el de obesidad al 43%.

*Cáncer:* el meta análisis realizado sobre todos los estudios publicados entre 1966 y 2004 sugiere un incremento en el riesgo de cáncer infantil en los lactantes no amamantados: 9% para leucemia linfoblástica aguda, 24% para linfoma de Hodgkin, y 41% paraneuroblastoma.

*Enfermedades autoinmunes:* en los no amamantados hay mayor riesgo de *enfermedad inflamatoria intestinal* y se incrementa el riesgo de *enfermedad celíaca*. En familias susceptibles, la introducción temprana de leche de vaca y/o la ausencia de amamantamiento aumenta el riesgo de desarrollar *diabetes mellitus tipo I y II*. El riesgo es mayor cuanto menor es el tiempo de lactancia o más temprana la exposición a las proteínas de leche de vaca. Hay también aumento de riesgo de *artritis reumatoide juvenil* y de *enfermedad tiroidea autoinmune*.

*Enfermedades alérgicas:* mayor incidencia de *asma*, *dermatitis atópica*, *rinitis alérgica*, *alergia a alimentos*, *síntomas respiratorios tras exposición a pólenes o pelo de animales* y *enfermedad alérgica con manifestaciones múltiples*.

*Peor vínculo afectivo y mayor riesgo de maltrato infantil:* el contacto estrecho con la madre durante el amamantamiento, con máximo contacto físico e intercambio de olores y sonidos, el aporte de triptófano en la leche humana y la secreción de oxitocina la sangre materna, favorecen sentimientos de bienestar, reducen el estrés y ayudan a establecer un estrecho vínculo afectivo entre madre e hijo. En el estudio de factores de riesgo para el maltrato infantil se identificó que el no haber sido amamantado incrementaba el riesgo en mayor proporción que el ser hijo o hija de madre joven, pobre o bebedora.

### **Técnicas de amamantamiento**

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola y que haya una deglución audible. La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de "C".

La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, 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.

El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (e vertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

Amamantar no debe doler, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor. Luego de unas mamadas rápidas (2/seg.), viene el reflejo eyecto lácteo y se escucha la deglución (1/seg.). Esto se repite entre 6 y 10 veces en cada mama. Cada binomio tiene su propio tiempo, pero en general, más de 20 minutos por lado indica que la mamada no está siendo muy efectiva y se debe evaluar la técnica. Algunas veces el niño vaciará ambos pechos, otras veces quedará bien y se dormirá luego del primero.

## **Posiciones de amamantamiento**

### **Posición del bebé con la madre sentada.**

Esta es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la espalda. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el bebé es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.

### **Posición de sandía o de pelota**

En esta posición se ubica al bebé con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del bebé con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espalda. La mano contraria ofrece el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente.

### **Posición reversa**

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del bebé. En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del bebé a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el bebé tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostada se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.

### **Sentado frente a la madre**

En esta posición, el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre. La madre afirma el cuerpo del bebé con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín.

### **Posición de caballito**

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición "de caballito" viene de que el bebé se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna.

En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de "C" en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas. Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el bebé responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyecto-lácteo aumentado, bebés híper o hipotónicos, bebés con labio leporino o paladar hendido.

### **Mano de bailarina**

En el caso del bebé hipotónico 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 bebé (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.

## **Posiciones del bebé con la madre acostada**

Posición tradicional, el bebé acostado de lado: Está acostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del bebé se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del bebé queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al bebé debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar al bebé al pecho. Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del bebé para que abra la boca.

## **El bebé sobre la madre, en decúbito ventral**

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el bebé 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.

## **Amamantamiento de gemelos**

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho.

Otro paso importante es evitar la lesión en el pecho y en el tejido del pezón en el caso de necesidad de interrumpir la succión del bebé. Para esto, la madre coloca un dedo en la comisura de la boca del bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro.

## **Extracción de la leche materna**

Es necesario que toda madre conozca y lleve correctamente a la práctica la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo. Esta es la forma más económica y conveniente para que una madre extraiga su leche. Además, le ayuda a mantener su producción, prevenir y aliviar la congestión de sus pechos. De igual manera es importante que aprenda la forma de alimentar a su bebé que no interfiera con el amamantamiento. (Hernández, Velásquez, & Olivares, 2010)

**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.

**Consejos para lograr una excelente extracción manual:**

Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza o un plato hondo.

Lávalo 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.

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. Apenas esté blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la areola. Casi siempre, en este momento empieza a gotear la leche.

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 abarcarla toda.

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.

Ahora, sin que sus dedos resbalen, tomando la piel que está delicada y tensa, 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.

Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después ésta goteará y luego observará que, en la mayoría de los casos, hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera; pudiendo llegar muy lejos, en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo.

En una mamá relajada, los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivo de satisfacción; en una mamá, antes tensa y dolorida, pueden ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella sí produce leche en cantidad.

No apriete el pezón. La presión, o la tracción del pezón, no exprimen leche. Es lo mismo que si el bebé succiona únicamente del pezón.

Cambie la posición de los dedos alrededor de la areola, siguiendo un orden; por ejemplo, la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen todos los senos lactíferos con eficiencia.

### **Conservación y administración de la leche materna**

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).

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).

Cuando se dispone de refrigeración: Coloque el envase, en la parte más fría del refrigerador durante 48 horas.

Si la congela (lo cual no se recomienda)

No se recomienda volver a congelar la leche materna que ha sido total o parcialmente descongelada. Esté atenta a esto cuando la transporte. Por esta razón, se recomienda esperar a congelar en el lugar donde va a ser usada.

Tampoco se debe usar la porción que el bebé deja en el recipiente pues la misma saliva del bebé puede contaminarla.

Para descongelar la leche: Descongele lentamente, dejándola en el refrigerador la noche anterior (del freezer a la parte baja del refrigerador). Momentos antes de usarla, colocarla en un recipiente con agua tibia, no hirviendo, (el calor excesivo destruye enzimas y proteínas) y usarla dentro de un período no más de 12 horas.

Descongele la cantidad total ya que la grasa se separa al congelar.

No se recomienda usar el microondas para descongelar.

Para dar la leche extraída se debe usar; taza, vaso o cucharita dándosela en pequeñas cantidades. Poco a poco el bebé y la madre serán expertos.

### **Problemas comunes del amamantamiento**

Durante el puerperio tanto la madre como el bebé pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que pueden ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos, pero adecuados a cada situación.

### **Los problemas más comunes en la madre son:**

#### **Pezones planos o invertidos**

Si no se detectó este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, y la madre tiene este problema, el trabajador de la salud debe indicar a la madre que, previo a ofrecer el pecho al niño, extraer un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar al bebé para que aprenda a introducir pezón-aréola correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudará a estirar el pezón. Los pezones invertidos son poco comunes y se pueden hacer varias acciones prenatales y post natales para facilitar la lactancia.

Entre las medidas prenatales se puede hacer uso del brassier con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga. Otras medidas como la jeringa invertida o ejercicios, deben utilizarse únicamente bajo las indicaciones de personal calificado.

Entre las post natales se pueden utilizar las siguientes:

Estimulación de los pezones antes de amamantar.

Uso del extractor de leche antes de amamantar.

Dar el pecho lo más pronto posible después del parto.

Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos.

Evitar el uso de mamilas y consoladores.

Succión del compañero.

Si resulta imposible que el bebé mame, se debe extraer la leche y darle al niño con vaso o cuchara. Este procedimiento será una medida temporal mientras el bebé logra acoplarse al pecho.

### **Grietas del pezón**

Si un bebé succiona en mala posición y agarra mal el pecho, la piel del pezón se puede dañar y entonces puede aparecer una fisura o grieta.

Si la grieta es leve se corrige sólo con utilizar la técnica adecuada de amamantamiento, de modo que el pezón y la areola queden dentro de la boca del bebé.

No deben usarse cremas cicatrizantes ya que sólo mantienen la humedad y retardan la curación. Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o al calor seco por algunos minutos.

Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del bebé al mamar, como por ejemplo, el bebé sentado frente a la madre.

No se recomienda distanciar las mamadas.

Si aun usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al bebé con taza o cuchara por un período de 24-48 horas.

En grietas que no curan se debe sospechar la sobre infección micótica o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y la succión del bebé.

Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que puede complicarse con una mastitis.

### **Dolor al amamantar**

La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplado de la boca-pecho al mamar. Si el bebé introduce en su boca solo el pezón y no la aréola, la presión de las encías y la tracción del pezón producen dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) puede producir dolor aún con una buena posición de amamantamiento. Otra causa de dolor es la infección de la piel del pezón y/o areola, siendo la micosis la más frecuente.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Esto provoca que el bebé no reciba suficiente leche para mamar, manifestándose con inquietud y llanto. La madre se angustia, inhibiéndose aún más la eyección de la leche provocando un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

### **Congestión mamaria**

Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria. La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente. El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el bebé.

Si la congestión compromete la areola, el bebé no siempre será capaz de introducirla en su boca. En este caso, se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el bebé pueda mamar efectivamente. En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, que en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas. El manejo incluye el uso de analgésicos, compresas frías y la extracción manual o mecánica frecuente. El cuadro cederá al disminuir el edema, permitiendo que la leche fluya nuevamente.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del bebé. La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar.

### **Micosis mamaria**

Es una infección de la zona del pezón y de la areola producida por el hongo *Monilia* o *Cándida albicans* (candidiasis o moniliasis). Es conocida como algodoncillo, mugget.

Se manifiesta por manchas blancas dentro de la boca del bebé. En casos severos, en la madre, puede llegar a comprometer los conductos mamarios.

El síntoma más característico es el dolor quemante y persistente en los pezones y la areola. Los que se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo (platinado) que contrasta con el color oscuro que tenían antes de infectarse. La micosis mamaria puede manifestarse únicamente con la lesión de la piel, sin otra sintomatología, o llegar a producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

Frente a cualquier sospecha de micosis mamaria o en presencia de gusanillo en el bebé se debe tratar a ambos con antimicóticos locales aplicados en la boca del bebé y en el pezón y areola de ambos pechos después de cada mamada, por lo menos durante 10 días. Indique a la madre no suspender el amamantamiento. El antimicótico de elección en estos casos suele ser la Nistatina.

Se debe tener presente que todo objeto que haya estado en contacto con el hongo está contaminado y puede ser fuente de reinfección (chupetes, juguetes, dedos del bebé ropa de la madre, etc.).

### **Mastitis**

Es un proceso infeccioso del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Se caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral. Con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre y escalofrío.

En el manejo de la mastitis, el objetivo es detener la infección antes que evolucione hacia el absceso mamario, siendo mayor el riesgo de abscedarse en las madres que dejan de amamantar.

*El tratamiento incluye:*

No dejar de amamantar.

Reposo en cama por 24-48 horas (La madre necesita reposo, NO la mama).

Analgésicos o anti-inflamatorios (Acetaminofén).

Líquidos abundantes para satisfacer su sed.

Vaciamiento frecuente de la mama, sin que esté contraindicado que el bebé continúe mamando, pues la infección está en el tejido extra glandular.

Antibióticos por lo menos durante 10-14 días (según indicación médica).

### **Absceso mamario**

Si no se soluciona el problema causado por la obstrucción de los conductos, o una mastitis mal tratada éste, puede evolucionar a un absceso. Este se presenta como una hinchazón dolorosa, caliente que al palparla se siente como si estuviese llena de líquido.

Se debe tener en cuenta que Cuando se produce una inflamación en cualquier parte del cuerpo, es necesario que el cuerpo descanse para que la inflamación disminuya. Sin embargo, con la inflamación en el pecho o sin ella, el pecho lactante debe ser evacuado permanentemente, ya sea por el niño (a) o mediante extracción manual, para evitar más problemas.

### **Cirugía mamaria previa**

Muchas veces las mujeres que han tenido este tipo de cirugía tendrán dificultades para mantener una adecuada producción de leche. Se recomienda amamantar lo más frecuentemente posible y extraer manualmente después de la mamada para incrementar el estímulo y la producción.

### **Reflejo de eyección inhibido**

La inseguridad, la tensión y el dolor al amamantar pueden interferir con el reflejo de eyección, impidiendo un buen vaciamiento mamario y por lo tanto, una disminución en la producción de leche. El niño (a), que siempre empieza a mamar ávidamente, se frustra al no tener leche para satisfacer su hambre; se manifiesta ansioso (a) e irritado (a) y adopta una posición rígida, se retira del pecho echando la cabeza hacia atrás, llora y se resiste a acercarse nuevamente.

La repetición de la experiencia condiciona al niño (a) a rechazar el pecho al empezar la mamada, aumentando aún más la tensión de la madre. Esta situación se agrava si se recurre al uso de suplementos en mamaderas, de los que el (la) niño (a) extrae la leche

con menor esfuerzo. El manejo de estos casos consiste en revisar la técnica de amamantamiento y solucionar la causa del dolor y la tensión de la madre.

Si la leche ha disminuido en forma significativa, se puede recurrir a la re inducción de la lactancia, que permite al niño recibir leche de inmediato al mamar y facilitar el reflejo de eyección.

### **Reflejo de eyección excesivo**

En los casos de reflejo de eyección excesivo también se puede condicionar un rechazo al amamantamiento por un efecto diferente. Al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga de leche que atraganta al niño, o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche le produce distensión gástrica dolorosa, condiciones que le hacen desagradable la experiencia del amamantamiento. Se recomienda extraerse un poco de leche antes de iniciar la mamada, ya que contribuye a resolver el problema.

### **Problemas más comunes en el niño**

Cuando el bebé no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa que, por lo general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el bebé está enfermo, y en ocasiones muy seriamente enfermo.

### **Los principales problemas pueden ser:**

#### **Disfunción motora oral**

Es la alteración de la avidez y del patrón de succión que no le permite acoplarse adecuadamente al pecho de su madre para extraer la leche. Para mamar, el bebé debe ser capaz de abrir la boca para introducir el pezón entre la lengua y el paladar; la lengua, avanza sobrepasando la encía inferior y efectúa un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás extrayendo la leche de los senos lactíferos ubicados bajo la aréola. Este problema puede presentarse ya sea por inmadurez, problemas neurológicos, dolor provocado por el uso de fórceps o también por el uso de mamaderas o chupetes.

## **El niño está enfermo**

Busque o investigue signos o síntomas de enfermedad como vómito, diarrea, somnolencia, convulsiones, ictericia o fiebre. Algunos de estos niños pueden estar seriamente enfermos, y lo mejor sería que los examinase la persona más experimentada disponible en el área.

## **El niño con problema en nariz o boca**

Si tiene un resfriado que le está obstruyendo la nariz muéstrele a la madre cómo limpiar la nariz del niño con agua tibia, antes de cada comida. Si a pesar del lavado quedan algunos tapones de moco "rebeldes", la mejor manera de retirarlo es utilizando un aplicador de algodón o la punta de un trapo limpio humedecidos. Estos se introducen en la nariz del niño, se hace un solo giro y se retira. Si al bebé le duele la boca, o ésta está inflamada dele a la madre gotas de Nistatina para que las coloquen en la boca del bebé tres veces al día, hasta que sane.

## **El bebé es pequeño y con dificultades para succionar**

Los bebés que pesan menos de 1,800 grs. al nacer, pueden tener dificultades para succionar. Aliméntelos dándoles leche materna extraída manualmente, hasta cuando estén en capacidad de succionar más eficientemente. En general, un (una) bebé que puede succionar de un biberón, puede hacerlo del pecho materno, de manera que no es necesario darles leche con biberón a estos bebés. Use taza y cuchara.

## **El bebé puede tener confusión de pezones**

El bebé aprendió a succionar de un biberón. Al intentar ponerlo a mamar va a rechazar el pecho, o lo aceptará con dificultad. Para saber esto el profesional de salud deberá averiguar:

¿Le dieron biberón antes de comenzar a amamantarlo?

¿Le está dando la madre biberón en la casa?

¿Le da la madre a su bebé algo más que leche materna, como otras leches, jugos, agua, agua azucarada o cereales?

## **El bebé está mal colocado o agarra mal**

¿Se alimenta el bebé en una buena posición? Esto solamente puede detectarse con una buena observación. Lleve a la madre a un sitio tranquilo, donde no haya otras personas y allí, en privado observar. ¿Toma, el bebé, el pezón y la areola de manera adecuada? Si el bebé succiona en una posición pobre y agarra el pezón y la areola de una manera deficiente, no va a obtener toda la leche que debería, se pondrá furioso y comenzará a llorar.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### **Tipo de Estudio:**

De acuerdo al diseño metodológico, análisis y alcance de los resultados el tipo de estudio es **descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal**.

### **Área de Estudio:**

El estudio se realizó en el Municipio de San Ramón, Departamento de Matagalpa con el personal de salud del Centro de Salud Lucrecia Lindo en el período febrero 2017.

### **Universo y muestra:**

La población a estudio son el total de recursos del personal de salud que brindan atención en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón, Matagalpa siendo **40 trabajadores de la salud**. El universo son los 40 trabajadores que laboran en el Centro de Salud Lucrecia Lindo y la muestra de estudio es el 100% del universo ya que todos los trabajadores participaron en dicho estudio.

### **Unidad de análisis:**

Son todos los trabajadores del Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio San Ramón, departamento de Matagalpa.

### **Criterios de Selección:**

#### **Inclusión de los grupos estudiados:**

Disposición a participar en la entrevista

Trabajador activo de las unidades de salud de San Ramón

Estudiantes (médicos en servicio social) rotando por el Centro de Salud Lucrecia Lindo de San Ramón, Matagalpa.

### **Fuente de Información:**

#### **Fuentes Primarias:**

Entrevista al personal de salud que brinda atención en el Centro de Salud Lucrecia Lindo de San Ramón, Matagalpa.

### **Técnicas de Recolección de la Información:**

Para el presente estudio se realizaron entrevistas a todo el personal de salud, estudiantes de diferentes carreras que realizan pasantías o rotaciones en la unidad de salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón.

### **Etapas de Recolección de la Información:**

El presente estudio se realizará en una sola etapa:

Entrevistas al personal de salud y estudiantes que realizan rotaciones por la unidad de salud del municipio de San Ramón. (ver Anexo 1).

**Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI).**

Características sociodemográficas y laborales			
Concepto operacional	Variable	Indicador	Valor
<b>Corresponde a las cualidades sociales, demográficas y laborales de la población entrevistada</b>	Edad	Años	20-30 años 30-40 años 41-50 51-60 años 60 a más años
	Procedencia	Lugar Zona Barrio	Rural Urbano
	Religión	Tipo de creencia	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros
	Perfil ocupacional	Situación laboral	Médico general Médico sociales Enfermeras (os) Auxiliares de enfermería Personal de limpieza Chofer
	Antigüedad	Años de laborar	Menos de 1 año 1-2 años 3-4 años 5-9 años 10-14 años 15-19 años Más de 20 años

Conocimientos sobre lactancia materna			
Concepto operacional	Variable	Indicador	Valor
<b>Conocimientos que posea el personal de salud sobre lactancia materna</b>	¿Qué es Lactancia materna Exclusiva?	Tipo de respuesta	Malo Regular Bueno
	¿Cada cuánto tiempo se debe alimentar al bebe?		
	¿Cuál es el componente de la leche humano que liga el hierro localmente para inhibir el crecimiento bacteriano?		
	La hormona responsable de la eyección de la leche es		
	Los lactantes amamantados exclusivamente hasta alrededor de los 6 meses tendrán		
	Una de las mejores técnicas de amamantamiento para gemelos es		
	Criterio más importante para evaluar el paso de leche durante la lactancia es		
	Para bebes hipotónicos se recomienda usar la siguiente técnica de amamantamiento		
	Para la extracción manual de leche es necesario		
	Respecto a la conservación de la leche materna, responda		
	La causa más común de escaso incremento de peso en bebes amamantados durante las primeras 4 semanas de vida es		
	La confusión de pezones se presenta cuando		
	Una madre con un bebe de 3 días tiene pezones adoloridos. El problema comenzó desde la primera alimentación y ha persistido con cada succión. La causa más probable es		
	Con respecto a la “Ley 295: Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna”, se puede afirmar		
	Además de la Ley mencionada anteriormente, forma parte del marco jurídico que respalda la lactancia materna		

- **\*\* Malo: 0-5 pts.**
- **\*\* Regular: 6-10 pts.**
- **\*\* Bueno: 11-15 pts.**

Actitudes sobre lactancia materna			
Concepto operacional	Variable	Indicador	Valor
<b>Actitudes sobre lactancia materna que posee el personal de salud entrevistado</b>	La lactancia materna provoca un alto índice de dependencia e inseguridad en el niño	Tipo de respuesta	Adecuadas Inadecuadas
	Los niños deben recibir pecho materno únicamente durante los primeros 6 meses de vida		
	Se iniciara la alimentación complementaria a los 4 meses con atoles		
	Se le indica a la madre que limpie su mama con alcohol al 0.15% previamente a la alimentación del bebe		
	Se le debe de brindar a la madre una charla sobre lactancia materna incluyendo la extracción manual de la misma		
	Se le debe de indicar a la madre las mejores posiciones para amamantar en casos particulares como por ejemplo: un parto gemelar.		
	La lactancia mixta también es una excelente opción para la prevención de enfermedades en los primeros meses de vida		
	Los pezones agrietados al amamantar son indicación para suspender la lactancia materna		
	Si la madre refiere que el bebe no se satisface con la leche materna, se le debe de indicar la introducción de sucedáneos de la leche materna		
	La ley 295 es ineficiente en la promoción de la lactancia materna en nuestro país		

- **\*\* Inadecuadas: 0-5 pts**
- **\*\* Adecuadas: 6 -10 pts**

Prácticas sobre lactancia materna			
Concepto operacional	Variable	Indicador	Valor
<b>Prácticas que posee el personal de salud entrevistado respecto a la lactancia materna</b>	Usted le expone a la madre los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto para el bebe como para ella y su familia	Tipo de respuesta	Adecuadas Inadecuadas
	Usted le explica a la madre los perjuicios de la alimentación con biberón y sucedáneos de la leche materna		
	Usted le orienta a la madre sobre las posiciones adecuadas para amamantar a su bebe		
	Usted le indica a la madre como estimular el pezón en caso que sea plano o invertido		
	Usted le explica a la madre como reconocer si el bebe tiene un buen agarre durante el amamantamiento		
	Usted le enseña a la madre la técnica de extracción manual de la leche materna		
	Usted le explica a la madre las técnicas de conservación de la leche materna después de extraerla		
	Usted le orienta a la madre sobre la alimentación adecuada que debe de ingerir durante el amamantamiento		
	Usted le aclara a las madres los diferentes tabúes que existen sobre lactancia materna		
	Usted pone en práctica la Ley 295, promoviendo y protegiendo la lactancia materna		

- **\*\* Inadecuadas: 0-5 pts.**
- **\*\* Adecuadas: 6-10 pts**

### **Trabajo de Campo:**

Se solicitó apoyo en la Dirección de Docencia Nacional del Ministerio de Salud para la realización del trabajo de campo, la resolución se llevó al Director Docente del SILAIS para poder realizar la investigación.

### **Validación del Instrumento de Recolección de la Información**

Para la validación de los instrumentos se entrevistó con previa autorización del Director del SILAIS al personal de salud en el Hospital Regional César Amador Molina que no pertenecen al municipio de San Ramón del departamento de Matagalpa, lo que permitió realizar los ajustes necesarios al instrumentos para tener mejores resultados al final de la investigación (ver anexo 1).

### **Plan de Tabulación y Análisis Estadístico de los Datos**

A partir de los datos que se recolectaron y utilizando el método deductivo, se diseñó la base de datos correspondiente, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se realizó los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: Distribución de frecuencias, razones, tasas, proporciones, medidas de tendencia central, de dispersión según cada caso.

Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

### **Control del Sesgo**

Es importante destacar que en el contexto de la epidemiología, la validez se refiere a la ausencia de sesgo o error. El sesgo de selección se reduce al ser el total del personal

de salud que participo en la investigación. El sesgo de confusión se redujo con la validación del instrumento de recolección de la información

La validez externa se reflejó al momento en que el presente estudio fue capaz de generalizar los resultados observados.

### **Consideraciones Éticas**

Las entrevistas realizadas al personal de salud, fueron anónimas, la información recolectada fue utilizada única y exclusivamente para fines de este estudio, los resultados serán compartidos con las autoridades correspondientes con la finalidad de dar a conocer aquellos datos que pueden ser modificados para la mejora de la promoción de la lactancia materna y abrir la posibilidad de la acreditación de las unidades de salud del territorio como unidades amigas de la niñez y la madre.

## VIII. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Lucrecia Lindo del municipio de San Ramón Matagalpa en el periodo de Febrero 2017 con el personal de salud que labora en dicha unidad. Se pretende determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que los trabajadores poseen sobre lactancia materna. Se les realizó entrevistas y con la recopilación de datos obtuvimos los siguientes resultados:

El grupo de edad que participó con mayor predominio en dicho estudio es el de 20 a 30 años de edad representando un 42.5% seguido por el de 41 a 50 años que corresponde al 30% y el de 31 a 40 años con un 20% de representatividad. (Ver anexo 2, tabla 1).

El género que predominó es el femenino con un 67.5% y el masculino 32.5%. La procedencia del personal que participó en la entrevista, en su mayoría eran de la zona urbana representando un 67.5% y la zona rural un 32.5%. (Ver anexo 3 y 4 grafico 2, 3).

Con respecto a la religión que practican los participantes predominó la religión católica con un 45% seguida de la religión evangélica con un 35%, el 20% restante practican otras religiones. (Ver anexo 5, tabla 2)

El perfil ocupacional que participó más en la entrevista fueron otros perfiles a la asistencial como es el perfil administrativo representando el 37.5% seguido por auxiliares de enfermería con un 25% y licenciadas en enfermería con un 22.5%. Los perfiles con menor participación fueron los médicos generales y médicos en servicio social con un 10% y 5% respectivamente. (Ver anexo 6, tabla 3).

El 32.5% tenía más de 15 años de laborar en la unidad seguido por los que tienen menos de un año de laborar representando un 22.5% seguido por los que tenían entre 1 a 2 años de edad de trabajar en dicha unidad representando el 20%. Los que tenían de 10 a 14 años de trabajar representaron el 2.5% ósea la minoría. (Ver anexo 7, tabla 4).

El 75% tenía conocimientos regulares acerca de la lactancia materna, el 22.5% tenía conocimientos buenos y el 2.5% tenía malos conocimientos. (Ver anexo 8, tabla 5).

Con respecto a las actitudes que poseen los trabajadores acerca de la lactancia materna el 90% respondió adecuadamente a la entrevista sobre lactancia materna y el 10% respondió inadecuadamente. (Ver anexo 9, tabla 6).

Las prácticas del personal con respecto a lactancia materna eran adecuadas en un 83% e inadecuadas en un 17%. (Ver anexo 10, tabla 7).

## IX. DISCUSION DE RESULTADOS

En el estudio se encontró un predominio en el grupo etario de 20 a 30 años y sexo femenino debido a que estadísticamente Nicaragua posee una población joven y el hecho de que el sexo femenino es el que se inclina más hacia las labores asistenciales en el Ministerio de Salud, en la mayoría de las carreras que tienen relación con la atención de la salud de la población.

La mayoría son de procedencia urbana debido a que la mayoría del personal encuestado labora en el Centro de Salud Lucrecia Lindo que se encuentra en la cabecera municipal, predominando la religión católica sobre las demás.

Del total del personal entrevistado encontramos la mayor participación en los recursos que tienen labores administrativas y en los auxiliares de enfermería cuando los vemos como gremios independientes, de forma general el personal asistencial es quien tiene la mayor participación por ser quienes tienen el mayor peso en el total del personal de la unidad de salud.

Es importante señalar que el personal que tiene menos de un año y el que tiene más de 15 años de laborar para la institución son los que tuvieron una mayor participación en el desarrollo de este estudio.

De manera general al realizar la tabulación de la información se encuentra que el personal de salud del Centro de Salud Lucrecia Lindo obtuvo un conocimiento regular con actitudes y prácticas adecuadas. Cabe señalar que el personal de salud asistencial no ha sido capacitado con mucha frecuencia, pero que su permanente contacto con la información, algunas sesiones de educación continua han permitido que la actitud y las prácticas sean adecuadas.

Con respecto a los conocimientos, en un noventa y dos punto cinco por ciento contestaron correctamente la pregunta sobre el concepto de lactancia materna exclusiva que es brindarle pecho materno al bebe desde su nacimiento y se debe de mantener por

un periodo de seis meses, sin implementar otros líquidos. Al preguntar sobre cada cuánto tiempo se debe alimentar al bebé, el ochenta y dos punto cinco por ciento respondió que el pecho materno se debe brindar a libre demanda. Del total de encuestados sobre el componente de la leche humana que ayuda a inhibir el crecimiento bacteriano, el setenta por ciento respondió que la lactoferrina es el componente de la leche materna que liga al hierro localmente para causar dicho efecto.

Con respecto a la hormona responsable de la eyección de la leche, del total de encuestados el cuarenta y dos punto cinco por ciento acertó en que la prolactina es la responsable de la eyección de la leche. En relación a los beneficios que perciben los niños al ser amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de edad el setenta y siete punto cinco por ciento respondieron que gracias a la lactancia materna los lactantes tendrían menos episodios de enfermedades gastrointestinales e infecciones respiratorias y así mismo tendrían un mejor desarrollo físico y cognitivo. Al preguntar sobre las técnicas de amamantamiento para gemelos, las respuestas correctas sobre la posición más adecuada es la de sandía o de pelota fue del setenta y dos punto cinco por ciento, al evaluar el paso de leche durante la lactancia se debe observar un criterio de mucha importancia, los encuestados tuvieron el quince por ciento de respuestas correctas esto quiere decir que el personal desconoce que el criterio más importante para evaluar el paso de la leche durante la lactación es el agarre adecuado.

En la evaluación de la técnica de amamantamiento para bebés hipotónicos el veinticinco por ciento tuvo respuesta correcta lo que traduce que desconocen que la técnica más adecuada para bebés que nacen con este tipo de problemas es la posición de mano de bailarina. Con relación a la extracción manual de la leche el setenta y dos punto cinco por ciento de los encuestados respondieron adecuadamente y conocían de la técnica de extracción. Respecto a la conservación de la leche materna el cincuenta y cinco por ciento indicaron la respuesta correcta, al referirnos al pobre incremento de peso en los bebés amamantados durante las primeras cuatro semanas se encontró que el setenta y dos punto cinco por ciento respondieron que esto se da cuando el bebé succiona de una manera infrecuente o inefectiva.

Acerca del conocimiento sobre la confusión de pezones las respuestas correctas fue en el setenta por ciento de los encuestados que se da cuando al lactante se le brinda pecho materno y al mismo tiempo se le brinda leche con biberón. Con respecto a las complicaciones de la lactancia materna en la madre del total de encuestados el cuarenta por ciento respondió correctamente que es por un mal agarre del bebe. Con relación al conocimiento de la ley 295 el cincuenta y siete punto cinco por ciento tienen conocimiento al respecto de la misma, del conocimiento del marco jurídico que respalda la lactancia materna el cincuenta y dos punto cinco por ciento respondieron adecuadamente, es imperativo que se actualice al personal en estos temas para fortalecer la información que se debe brindar a la población.

Respecto a las actitudes se encontraron pocas debilidades más relacionadas al tiempo durante el cual se deben amamantar a los niños lo cual equivale al veinte y siete punto cinco por ciento, es importante saber diferenciar en que la lactancia materna exclusiva es durante los primeros seis meses de vida, sin embargo, el niño debe seguir alimentándose con leche materna hasta los dos años de edad incorporando alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Otra dificultad que se observó fue que no están completamente conscientes que la lactancia mixta no brinda los mismos beneficios que la lactancia materna exclusiva, en este caso el quince por ciento de los encuestados no tienen la actitud adecuada.

Asociado al regular conocimiento que se tiene sobre la Ley 295, en las actitudes el quince por ciento de los encuestados no considera que la ley brinda información y protección a la lactancia materna, se necesita reforzar este tema en los procesos de capacitación.

De acuerdo a las prácticas sobre lactancia materna, la mayoría cumple con los acápites que se señalaron en el instrumento siendo estas adecuadas. Sin embargo, repercute la falta de conocimientos sobre técnicas adecuadas para amamantar en la práctica de las mismas ya que se puede observar que algún porcentaje de los encuestados no orientan a las madres sobre las posiciones adecuadas para amamantar

(doce punto cinco por ciento), no indican como reconocer un buen agarre el diecisiete punto cinco por ciento, ni se brindan explicaciones sobre los tabúes que se tienen acerca de la lactancia materna en igual porcentaje. Otro aspecto, es que no todos ponen en práctica la Ley 295 sobre la lactancia materna también debido a que a pesar de conocerla, al momento de brindar la atención omiten su uso, el veinte y siete punto cinco por ciento de los encuestados no tienen esta práctica.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con resultados de otros estudios realizados a nivel internacional los conocimientos del personal salud con respecto al inicio del amamantamiento son similares, ya que el personal conoce que se inicia a partir del nacimiento y se mantiene de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad. Asimismo es similar el alto nivel de conocimiento que posee el personal con respecto a la frecuencia con la que se le debe de amamantar al lactante.

El estudio realizado en el año 2011 en El Salvador en el municipio de Soyapango demostró resultados similares a nuestro estudio acerca de que el personal de salud a pesar de las capacitaciones que se les brinda en las unidades de salud continúan con un limitado conocimiento sobre la lactancia materna lo cual provoca y conlleva que se le esté brindando una información errónea a las pacientes sobre lactancia materna y asimismo conlleva a que no se les de una atención de calidad.

Un estudio realizado en los municipios de La Cruz de Rio Grande y Karawala de la RAAS reflejaba que los trabajadores en su mayoría no usaban una técnica correcta para reconocer el tipo de pezón de las madres en comparación con nuestro estudio la mayoría de los trabajadores reconocían los diferentes tipos de pezones y conocían las técnicas para ayudar a las madres a mejorar la calidad del pezón y de esta manera lograr una lactancia exitosa.

Cabe destacar que la mayoría de los estudios realizados tanto a nivel nacional e internacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna se enfocan

en evaluar a las futuras madres o a madres de niños lactantes y no a evaluar al personal de salud que labora en las unidades de salud en diferentes niveles.

## X. CONCLUSIONES

El personal de salud encuestado del Centro de Salud se encuentra en su mayoría con las siguientes características, edad de 20 a 30 años, sexo femenino, procedencia urbana, religión católica; con una antigüedad que oscila entre los que tienen menos de un año y aquellos que tienen más de 15 años de laborar para la institución.

En general, el personal de salud encuestado posee un regular conocimiento sobre lactancia materna; se hace necesario que todo el personal reciba capacitaciones continuas en educación permanente para fortalecer estos conocimientos, se conseguirá mejorar la calidad de la atención de las embarazadas, puérperas, niños lactantes y por consiguiente se prevendrán muchos problemas de salud que afectan a la niñez que no percibe lactancia materna.

En el caso de las actitudes, el mayor porcentaje fueron adecuadas, con las capacitaciones permanentes, se debe buscar el cambio en el menor porcentaje que fueron inadecuadas y fortalecer al recurso que tiene adecuadas actitudes con respecto a la lactancia materna, es notorio que quienes tienen actitudes inadecuadas es el personal que no es asistencial debido al menor contacto que tienen con la población, al mejorar estas condiciones se logrará que las unidades de salud del territorio se logren acreditar como unidades de salud amigas de la niñez y la madre, muchas actitudes son el reflejo de los conocimientos.

De manera general, todas las prácticas de los encuestados se determinaron que eran adecuadas. Sin embargo, existe un porcentaje considerable de los trabajadores entrevistados cuyas prácticas son inadecuadas, las relacionan al puesto de trabajo, si es personal administrativo con menor contacto con la población no cumplen con las mismas, menos contacto directo con la población que asiste a consulta indica menos participación en su atención, menor puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en los procesos de capacitación en los cuales todo el personal está en la obligación de participar.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Lograr que las madres e hijos nicaragüenses disfruten de los innumerables beneficios que proporciona la lactancia materna a través de la información y consejos brindados por el personal de salud del Centro Salud Lucrecia Lindo en San Ramón del departamento de Matagalpa, éste se encuentra en constante contacto con las madres y los niños; para esto el personal de salud debe lograr realizar todas las estrategias impulsadas por la OMS y OPS, por esto se recomienda lo siguiente:

### **Al MINSA:**

- Capacitar a todas las unidades de salud tanto de atención primaria como de atención secundaria sobre los diferentes tópicos sobre lactancia materna.
- Monitorizar periódicamente dichas capacitaciones y el desempeño en los servicios de las unidades de salud.
- Realizar campañas de promoción y protección de la lactancia materna a la población en general de esta manera se asegura llegar a cada familia nicaragüense.

### **Al personal de salud:**

- Ampliar y reafirmar sus conocimientos sobre lactancia materna constantemente.
- Documentarse acerca del marco jurídico que respalda la lactancia materna.
- Brindar consejería a todas las madres sobre los beneficios de la alimentación con lactancia materna y sobretodo explicar la importancia de su exclusividad.
- Mantener un rol de charlas sobre lactancia materna en las salas de pediatría, de neonatología y de maternidad en ginecología y en la consulta externa de los servicios antes mencionados.
- Prohibir la entrada de sucedáneos de la leche materna así como de pajas y chupetes a la unidad de salud.
- Elaborar murales y afiches alusivos a la promoción de lactancia materna y colocarlos en puntos estratégicos de la unidad de salud.
- Identificar si las madres han tenido problema para amamantar y ayudar a resolverlos, sobretodo en el sector de maternidad.

**A la comunidad:**

- Acatar las orientaciones brindadas por el personal de salud en lo concerniente a la lactancia materna.
- Exigir la información necesaria acerca de lactancia materna, esto incluye el conocimiento de los aspectos legales que le permitan ejercer su derecho de la lactancia materna y en particular cuando es exclusiva.
- Participar en las charlas que brinda el personal de salud aprovechando todos los espacios que se brinden para esto, ferias de salud, visitas casa a casa, dispensarización, salidas integrales, etc.

## XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Aguilar Palafox, M. I., & Fernández Ortega, M. A. (2007). Lactancia Materna Exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1-6.
- Aguilar, C. M. (2005). Lactancia Materna. *Lactancia Materna*.
- Almeida, J. (2008). La leche humana: un híbrido biológico-social. En A. E. Pediatría, *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica* (págs. 69-74). Editorial Médica Panamericana.
- Churchil, P. B., & Pickering, L. K. (2002). Alimentación al seno materno: pros y contras. *Atención Médica*, 50-58.
- Dewey, K. G., Cohen, R. J., Brown, K. H., & Rivera, L. L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J. Nutr.*, 131 (2): 262-267.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). Embarazo y lactancia. En A. C. Guyton, & J. E. Hall, *Tratado de Fisiología Médica* (págs. 1038-1041). Madrid: Elsevier.
- Hernández, X., Velásquez, B., & Olivares, M. (2010). Técnicas de extracción manual de leche materna. *Manual de la Lactancia Materna para la Atención Primaria*, 50-53.
- Hoekelman, R. (2002). *Atención primaria en Pediatría*. Harcourt Mosby.
- Juez, C. G. (s.f.). Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPedia/LactMater.html>
- León-Cava, N., Luther, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. *Pan. Am. Health Organization*.
- Lozano de la Torre, M. J. (2010). *Lactancia materna*. España: Ergón S.A.
- Navarro- Estrella, M., Duque-López, M. X., & Trejo, P. J. (2003). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México*, 45 (4): 276-284.
- Neville, M. (1991). Studies in human lactation: Milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *Am. J. Cli. N.*, 54: 81.
- Pérez-Escamilla, R. (2001). La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA. *Pan. Am. J. Public Health*, 357-361.
- Piura, J. (2012). *Metodología de la investigación científica/Un enfoque integrador*. 7ma Edición.

Schanler, R. (2001). *Clínicas pediátricas de Norteamérica*. Mc. Graw Hill Interamericana.

Shanler, R. (2001). Prácticas modernas en la alimentación. 55-56.

Vandale-Toney, S., Rivera, P. E., Kageyama, E. L., Tirado, G. L., & López, C. M. (1997). Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pub. de México*, 39 (5): 412-419.

WHO Nutrition. (2003). *Global data bank on breastfeeding*. Ginebra.

# ANEXOS



- b) Lactoferrina
- c) Taurina

4. La hormona responsable de la eyección de la leche es:

- a) Prolactina
- b) Oxitocina
- c) Estrógeno

5. Los lactantes amamantados exclusivamente hasta alrededor de los 6 meses tendrán:

- a) Menos episodios de enfermedades gastrointestinales e infecciones respiratorias
- b) Mejor desarrollo físico y cognitivo
- c) A y B son correctas

6. Una de las mejores técnicas de amamantamiento para gemelos es:

- a) Posición acostada
- b) Posición de sandía o de pelota
- c) Posición reversa

7. Criterio más importante para evaluar el paso de leche durante la lactancia es:

- a) Agarre adecuado
- b) Compresión visible de la areola
- c) Deglución audible

8. Para bebés hipotónicos se recomienda usar la siguiente técnica de amamantamiento:

- a) Posición de mano de bailarina
- b) Posición acostada
- c) A y B son correctas

9. Para la extracción manual de leche es necesario:

- a) Un tira-leche
- b) Que la madre rodee la areola con los dedos en forma de C y repita los movimientos de empujar y presionar los senos lactíferos para sacar la leche
- c) Que la madre se ponga paños de agua tibia y luego proceda a la extracción

10. Respecto a la conservación de la leche materna, responda:

- a) Se mantiene viable por 48 horas en refrigeración
- b) Puede conservarse por 12-15 horas en un ambiente fresco
- c) Debe hervirse antes de alimentar al bebé

11. La causa más común de escaso incremento de peso en bebés amamantados durante las primeras cuatro semanas de vida es:

- a) Enfermedades metabólicas de la infancia

- b) Succión infrecuente o inefectiva
- c) Bajo contenido de grasa en la leche materna

12. La confusión de pezones se presenta cuando:

- a) El bebé recibió lactancia mixta
- b) El bebé es alimentado con pecho materno y con biberón
- c) El bebé solo se alimenta con biberón

13. Una madre con un bebe de tres días tiene pezones adoloridos. El problema comenzó desde la primera alimentación y ha persistido con cada succión. La causa más probable es:

- a) La succión del bebé es muy fuerte
- b) Falta de preparación del pezón
- c) Mal agarre

14. Con respecto a la “Ley 295: Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna”, podemos afirmar:

- a) Fue aprobada desde el año 2000
- b) Promueve tanto la lactancia materna como la alimentación con sucedáneos
- c) Promueve únicamente la lactancia materna

15. Además de la Ley mencionada anteriormente, forma parte del marco jurídico que respalda la lactancia materna:

- a) Constitución política de Nicaragua
- b) Ley General de Salud
- c) A y B son correctas

## **Parte II. Actitudes sobre lactancia materna**

Por favor seleccione si está **de acuerdo** o en **desacuerdo**

Según su criterio usted considera que la lactancia materna es y que se debe de abordar de la siguiente manera:

1. La lactancia materna provoca un alto índice de dependencia e inseguridad en el niño
2. Los niños deben recibir pecho materno únicamente durante los primeros 6 meses de vida
3. Se iniciará la alimentación complementaria a los 4 meses con atoles
4. Se le indica a la madre que limpie su mama con alcohol al 0.15% previamente a la alimentación del bebé
5. Se le debe de brindar a la madre una charla sobre lactancia materna incluyendo la extracción manual de la misma
6. Se le debe indicar a la madre las mejores posiciones para amamantar en casos particulares como por ejemplo: un parto gemelar
7. La lactancia mixta también es una excelente opción para la prevención de enfermedades en los primeros meses de vida
8. Los pezones agrietados al amamantar son indicación para suspender la lactancia materna
9. Si la madre refiere que el bebé no se satisface con la leche materna, se le debe de indicar la introducción de sucedáneos de la leche materna
10. La ley 295 es ineficiente en la promoción de la lactancia materna en nuestro país

### **Parte III. Prácticas de lactancia materna (Responder Si o No)**

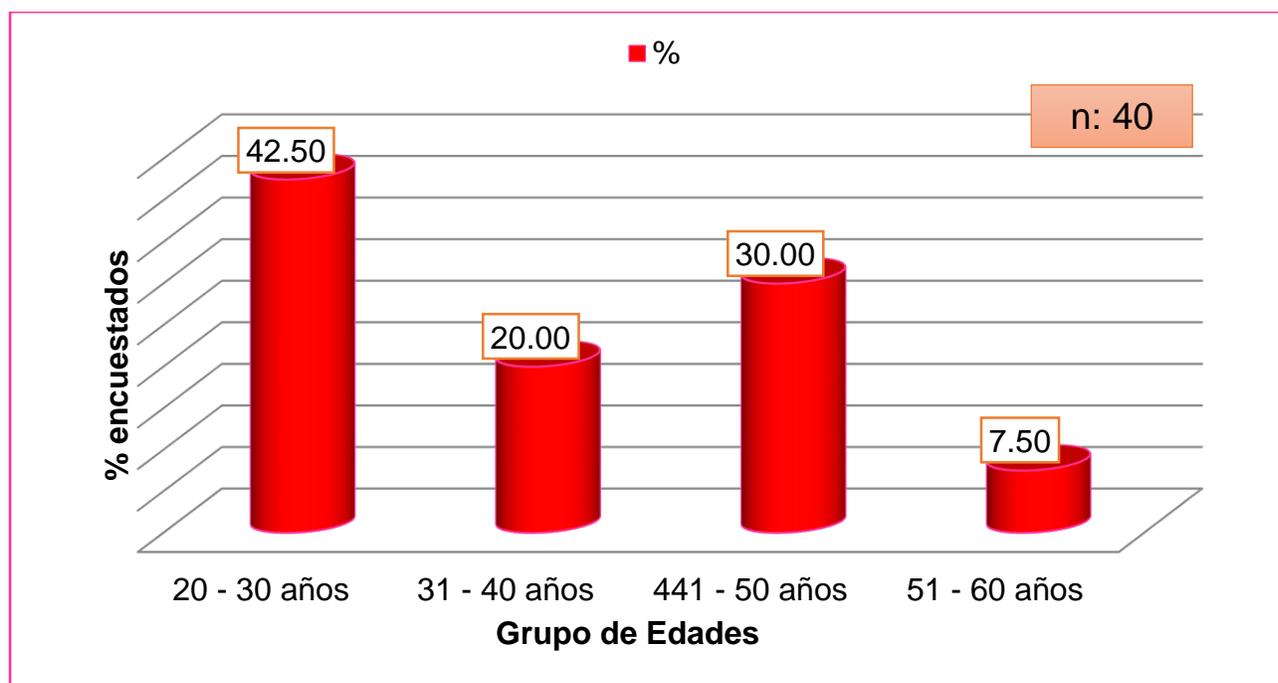
1. ¿Usted le expone a la madre los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto para el bebé como para ella y su familia?
2. ¿Usted le explica a la madre los perjuicios de la alimentación con biberón y sucedáneos de la leche materna?
3. ¿Usted le orienta a la madre sobre las posiciones adecuadas para amamantar a su bebé?
4. ¿Usted le indica a la madre cómo estimular el pezón en caso que sea plano o invertido?
5. ¿Usted le explica a la madre como reconocer si el bebé tiene un buen agarre durante el amamantamiento?
6. ¿Usted le enseña a la madre la técnica de extracción manual de la leche materna?
7. ¿Usted le explica a la madre las técnicas de conservación de la leche materna después de extraerla?
8. ¿Usted le orienta a la madre sobre la alimentación adecuada que debe de ingerir durante el amamantamiento?
9. ¿Usted le aclara a las madres los diferentes tabúes que existen sobre lactancia materna?
10. ¿Usted pone en práctica la Ley 295, promoviendo y protegiendo la lactancia materna?

**Tabla 1. Edad del Personal de Salud que participa en estudio CAP de los Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Edad	Numero	%
20-30 años	17	42.50%
31-40 años	8	20%
44-50 años	12	30%
51-60 años	3	7.5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

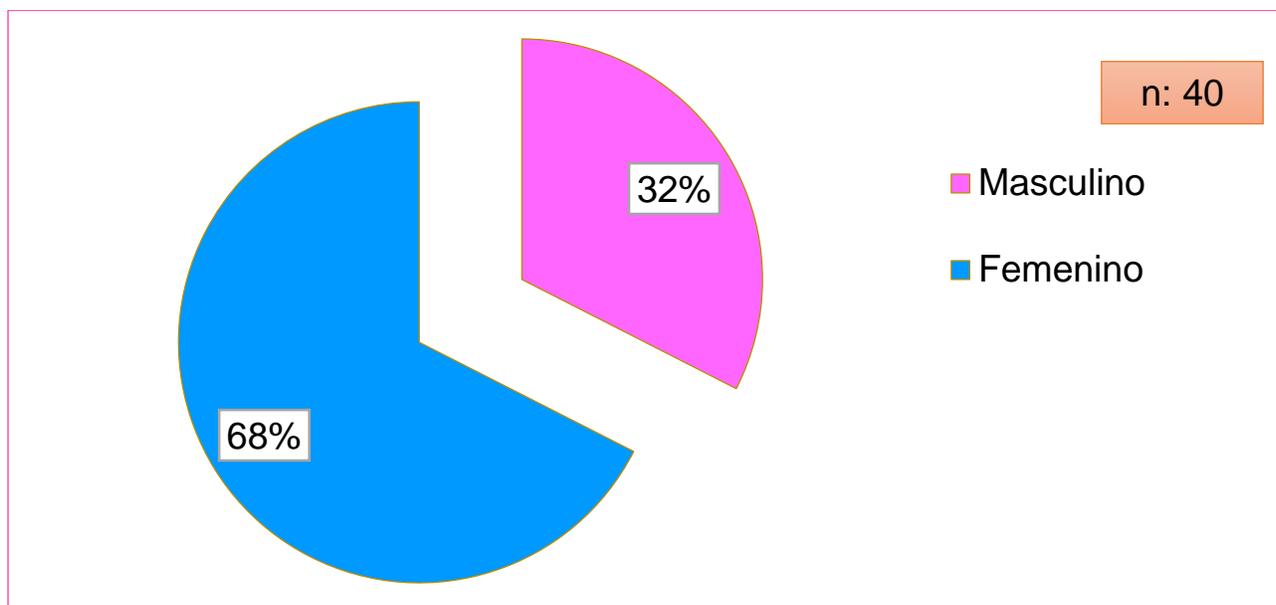
Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 2)

**Gráfico 1. Edad del Personal de Salud que participa en estudio CAP de los Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



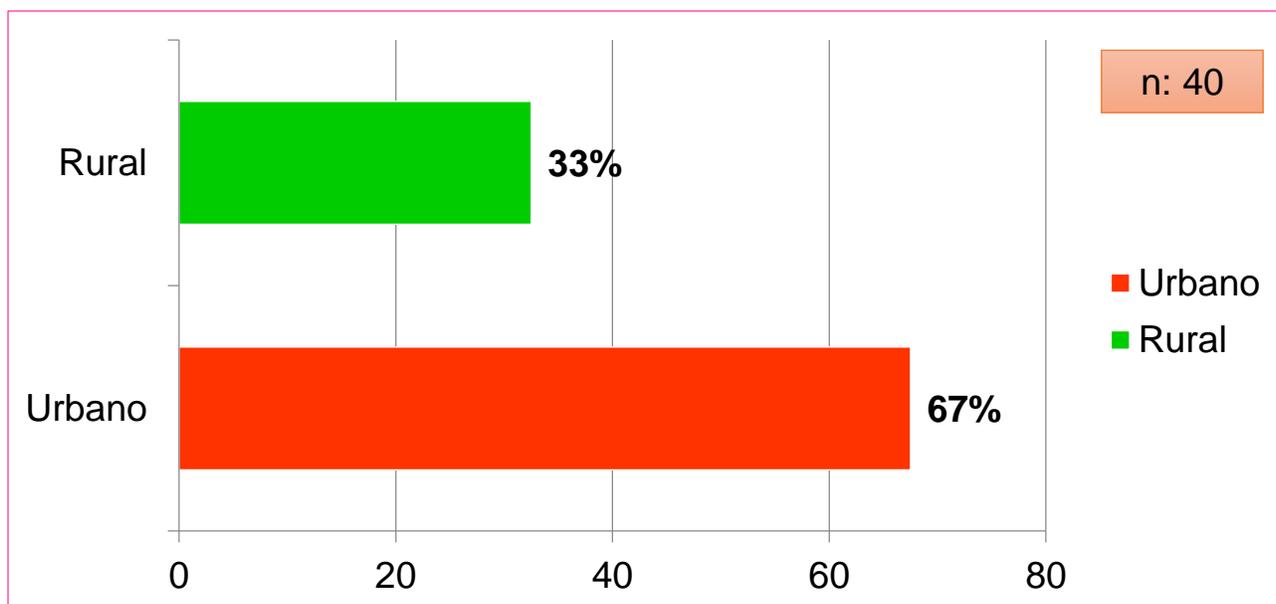
Fuente: Tabla 1.

**Gráfico 2. Sexo del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 3)

**Gráfico 3. Procedencia del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



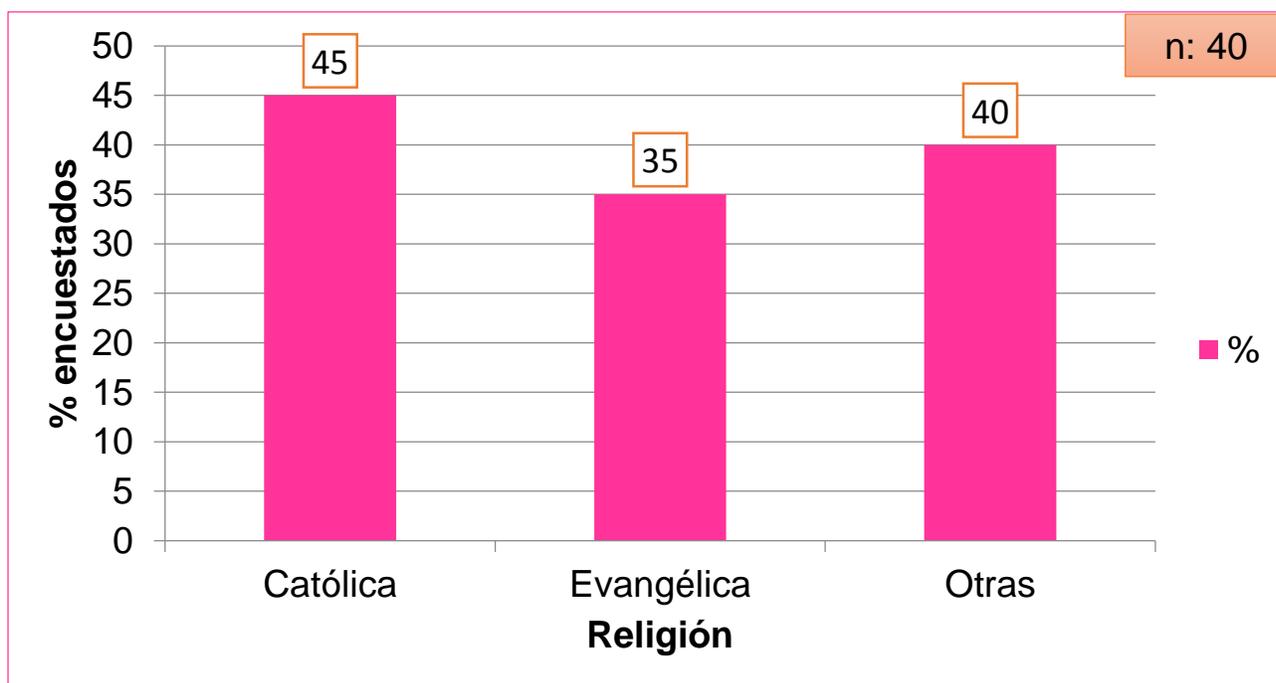
Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 4)

**Tabla 2. Religión del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Religión	Numero	%
<b>Católica</b>	<b>18</b>	<b>45%</b>
<b>Evangélica</b>	<b>14</b>	<b>40%</b>
<b>Otras</b>	<b>8</b>	<b>35%</b>
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 5)

**Gráfico 4. Religión del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



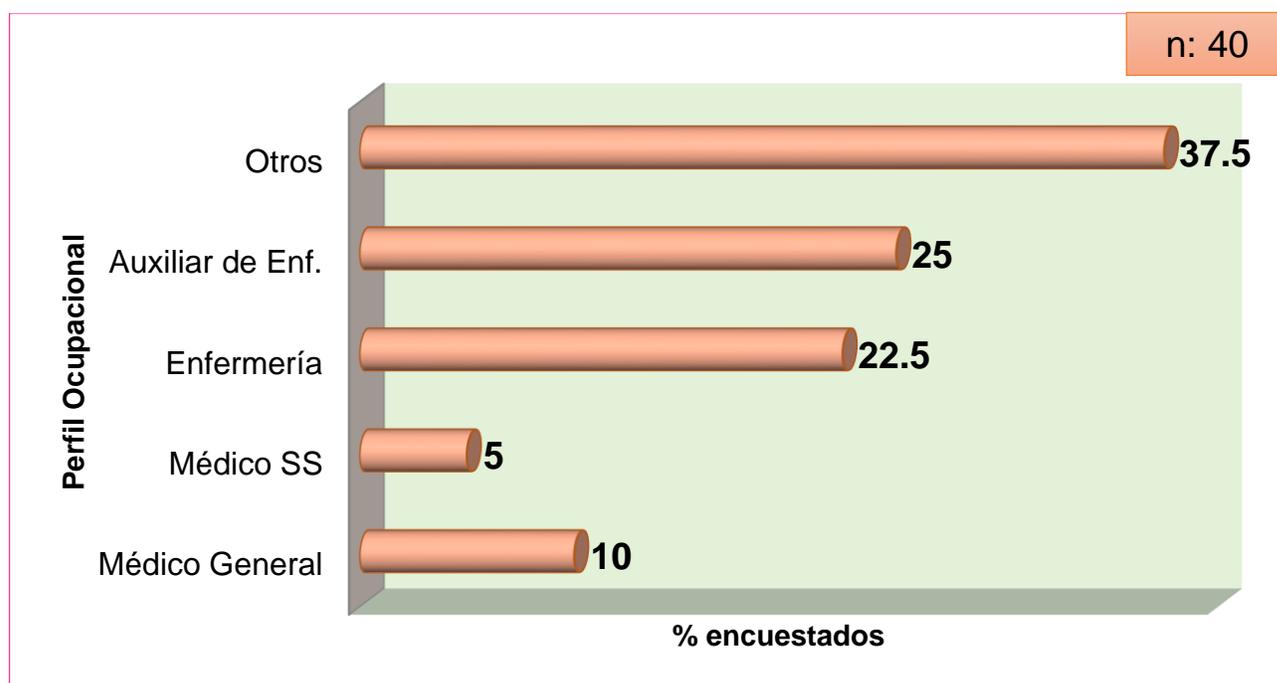
Fuente: Tabla 2.

**Tabla 3. Perfil Ocupacional del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Perfil ocupacional	Numero	%
Otros	15	37.5
Auxiliar de enfermería	10	25
Enfermería	9	22.5
Medico servicio social	2	5
Médico general	4	10

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 6)

**Gráfico 5. Perfil Ocupacional del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



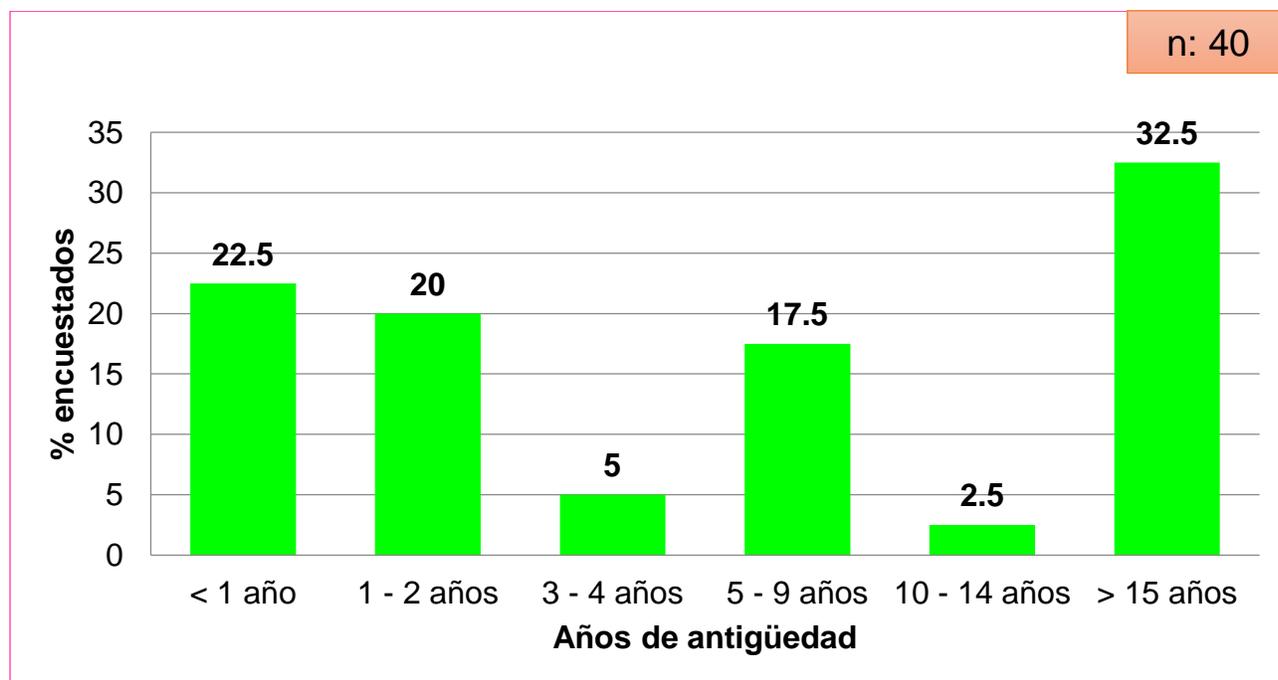
Fuente: Tabla 3.

**Tabla 4. Antigüedad del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Antigüedad	Numero	%
<1año	9	22.5%
1-2 años	8	20%
3-4 años	2	5%
5-9 años	7	17.5%
10-14 años	1	2.5%
>15 años	13	32.5%
<b>total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 7)

**Gráfico 6. Antigüedad del Personal de Salud que participa en estudio CAP de Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



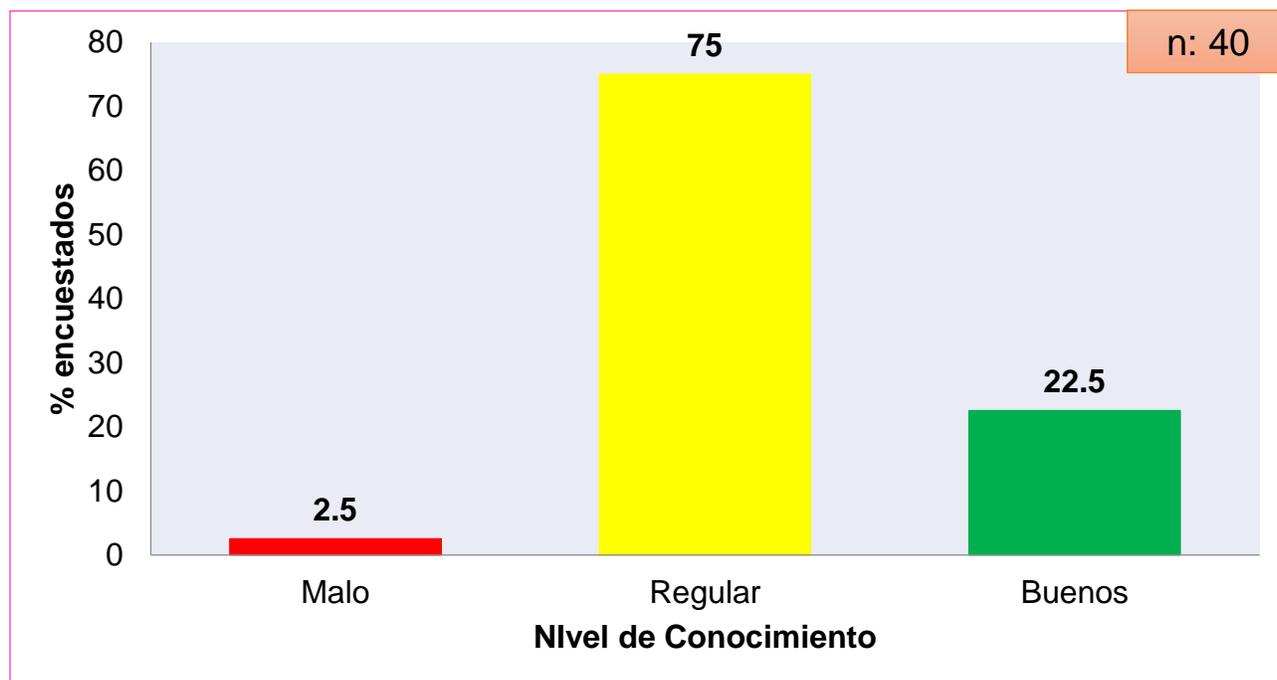
Fuente:Tabla 4.

**Tabla 5. Conocimientos del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Conocimientos	Numero	%
Buenos	9	22.5
Regular	30	75
Malos	1	2.5

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 8)

**Gráfico 7. Conocimientos del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



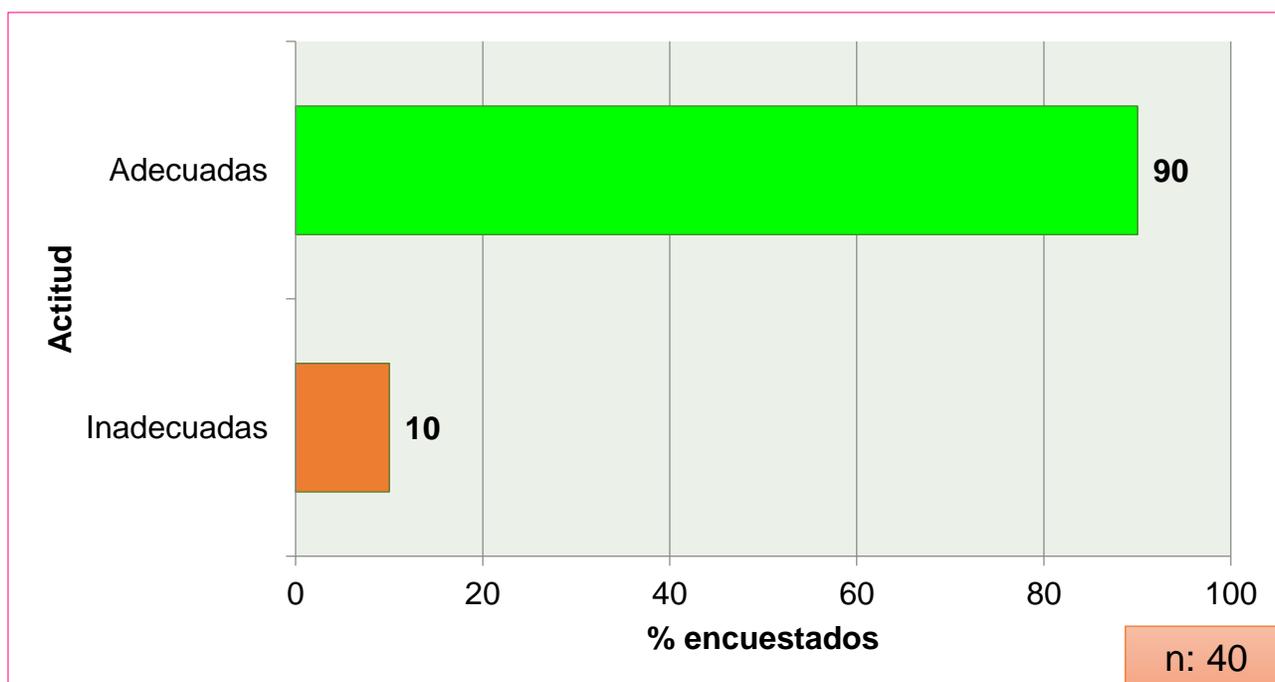
Fuente: Tabla 5.

**Tabla 6. Actitudes del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Actitudes	Numero	%
Inadecuadas	4	10%
Adecuadas	36	90%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 9)

**Gráfico 8. Actitudes del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



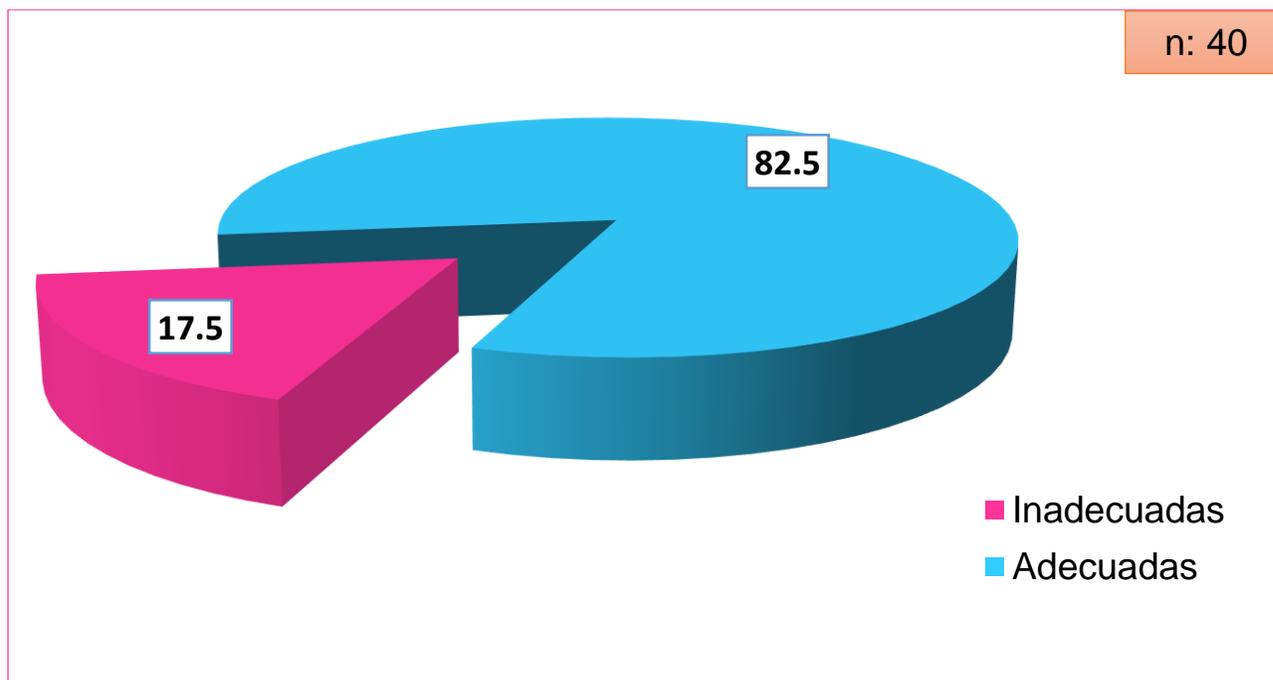
Fuente: Tabla 6.

**Tabla 7. Prácticas del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**

Prácticas	Numero	%
Inadecuadas	7	17.5%
Adecuadas	33	82.5%
Total	40	100%

Fuente: Base de datos entrevistas realizadas, C/S L. Lindo (Anexo 10)

**Gráfico 9. Prácticas del Personal de Salud sobre Lactancia Materna en el centro de salud Lucrecia Lindo San Ramón Matagalpa, Febrero 2017**



Fuente: Tabla 7.