

**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR A LA
ESPECIALIDAD DE GINECO OBSTETRICIA**



**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
LACTANCIA MATERNA DE PERSONAL MÉDICO
HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE**

ENERO-FEBRERO 2017

AUTOR: JAVIER CANTARERO PINEDA

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO: DRA. NUBIA MARÍA FUENTES
ESPECIALISTA EN GINECO OSTETRICIA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	6
MARCO TEÓRICO	7
DISEÑO METODOLÓGICO	26
VARIABLES	29
RESULTADOS Y ANÁLISIS	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	39

CARTA DEL TUTOR

La lactancia materna ha sido desde siempre la forma más óptima de alimentar al niño garantizando así beneficios en su crecimiento y desarrollo, tanto físico como emocional. Es ventajoso para la madre en múltiples aspectos.

Desde hace varios años en el hospital alemán Nicaragüense se han llevado a cabo talleres sobre lactancia materna para el cumplimiento de los diez pasos para una lactancia éxitos.

A pesar de este esfuerzo aún no se ha logrado obtener el galardón como una unidad Amigo de la Niñez, tampoco se ha logrado un gran impacto en la población para incrementar la cobertura en lactancia exclusiva ya que las encuestas hablan de menos del 50%.

Es responsabilidad de todo el personal de salud que está contacto con la atención materno infantil mejorar estas estadísticas y velar por el cumplimiento de los diez pasos para una lactancia feliz y exitosa ya que es una estrategia imprescindible y necesaria para reducir la mortalidad infantil.

Este estudio es un eslabón importante que servirá para evaluar el trabajo realizado, encontrar las debilidades y fortalezas, así también generar conciencia en el equipo médico que está en mayor contacto con puérperas en el momento más vulnerable y sensible como son sus primeras horas apego y lactancia lo que permitirá que ésta sea exitosa.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias primeramente a Dios nuestro padre celestial, dador de la vida por el cual nos sostenemos día a día. Agradezco de igual manera mis padres por el apoyo brindado incondicional en todo, a mi esposa Oneyda Carolina García Bonilla por su acompañamiento en toda este camino y su paciencia por los tiempos ausentes.

Doy gracias a mis hijos, Kenneth y Kennia, motivo de mi alegría, quienes han sido motor principal para continuar en la lucha del diario vivir, por los cuales vale la pena todo sacrificio.

Quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día; agradezco a aquellas personas que se detuvieron un momento para darme una palabra de aliento y una palmadita en la espalda para impulsarme hacia adelante.

Estoy seguro que mis metas planteadas darán fruto y por ende me debo esforzar cada dia para ser mejor en mi vida profesional y en todo lugar sin olvidar el respeto que engrandece a la persona y la humildad sin la cual no creceremos jamás.

DEDICATORIA

A DIOS...

Fuente de todo conocimiento y sabiduría así como también dador de la vida misma sin el cual somos nada.

A MIS PADRES...

Quienes con su dedicación y esfuerzo lograron estimularme para llegar hasta aquí, con su amor y paciencia han hecho lo que soy ahora y por quienes vivo.

A MI ESPOSA...

Quien me enseñó que ante todo lo negativo siempre hay una puerta que e lleva a pensar que si se puede, que las cosas se arreglan con perseverancia con el debido amor y la debida constancia. A ella que gracias a su paciencia he logrado mucho.

A MIS HIJOS...

Verdadero bastion que me sostiene en medio de la lucha, de la adversidad y quienes me enseñan a diario que mirar hacia atrás en la tormenta es perdida de tiempo.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una estrategia básica y necesaria para disminuir la morbimortalidad infantil. Actualmente es una práctica en descenso que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), apenas alcanza 35%. Promocionar el incremento de la lactancia materna y mantenerlo puede ayudar a salvar hasta un millón de vidas infantiles en los países subdesarrollados. En Nicaragua aunque la lactancia materna se ha incrementado en los últimos años, aún es muy baja. Según informes de Endesa -2012, solo el 42% de niños menores de 3 meses reciben lactancia materna exclusiva porcentaje que disminuye en niños lactantes menores de 6 meses. Un 10% de niños menores de 3 meses toman agua como complemento de la leche materna. (1)

La organización mundial de la salud (OMS) y la UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. (2) La iniciativa Hospitales amigos de los niños en más de 16000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad y neonatología ayudan a que las madres inicien la lactancia exclusiva, para que las madres no la abandonen o que ésta sea exitosa es necesario el apoyo de todo el sistema de salud. Nicaragua fue el primer país en el mundo en certificar sus unidades de salud iniciando con Boaco en 1995, sin embargo 18 años más tarde había perdido el tan prestigioso Galardón. El Ministerio de Salud se planteó como meta que para el 2015 al menos el 80% de algunos hospitales y centros de salud fueran recertificados como amigos de la niñez.

En el hospital Alemán Nicaragüense se ha hecho un esfuerzo para fortalecer estas prácticas sobre lactancia materna promoviendo el apego precoz, la lactancia exclusiva, realización de talleres y mantener el prestigioso galardón que lo acredita como amigos de la niñez. No existen estudios que ayuden a evaluar la capacitación del personal médico sobre el conocimiento aplicado a la práctica sobre lactancia materna al igual de su actitud con respecto al tema, a pesar que es una actividad que se realiza día a día por las 6000 mil mujeres que acuden cada año al hospital para dar a luz, por lo que resulta de gran importancia evaluar las diferentes prácticas como el agarre eficaz del recién nacido al pecho materno, las diferentes posiciones para un adecuado amamantamiento, una buena técnica de extracción manual, los puntos importantes para la evaluación de una buena mamada por parte del personal que está en mayor contacto con las madres que muchas veces desconocen cuál es la forma más adecuada y eficaz de estos procesos que posteriormente les ayudará una mayor y puedan alcanzar una mejor adhesividad a

la lactancia materna exclusiva Trabajo que servirá como base para evaluar las diferentes prácticas necesarias para un amamantamiento eficaz a la vez será un aporte para que muchas mujeres no lleguen a sentir un vacío o frustración por no haber podido brindarle el alimento más preciado a sus hijos como es la leche materna.

ANTECEDENTES

En la clínica del Instituto de Seguro Social de la ciudad de Matamoros (2003), se realizó un estudio a través de encuestas dirigidas al personal de enfermería, (hospital amigo de la niñez desde 1995), para medir los conocimientos teóricos prácticos sobre lactancia materna. Entre los resultados encontraron que el 60% se encontraron capacitadas en conocimientos y práctica sobre lactancia materna el restante requería capacitación. (5)

En el año 2007 en la provincia de Granma, Cuba se realizó un estudio para determinar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva, se encontró que las madres proporcionaban la lactancia exclusiva hasta antes de cumplir el año de vida, encontrando que las adolescentes fueron las que con mayor frecuencia abandonaron la lactancia exclusiva antes del primer año. La principal causa de abandono fue porque según la madre su bebé no se llenaba, otras fueron enfermedades maternas, integración al trabajo. (4)

para En el período de 2013 a 2014 se realizó un estudio tipo encuestas entrevistando a 126 madres de niños menores de 4 años ingresados en sala de pediatría con el fin de analizar el efecto de la implementación de la estrategia hospital amigo de la niñez en la práctica de lactancia materna. Se concluyó que la mayoría recibieron información sobre lactancia durante el embarazo y en hospital después del parto, la tercera parte continuaron la lactancia después de los 6 meses y muy pocos continuaron con esta práctica después de los 4 año de vida. El motivo más común por el cual dejaron la lactancia fue porque según las madres su leche era insuficiente para satisfacer las demandas de su bebé. (3)

En el estudio realizado en Turquía (2013), se concluyó que el 62% de las puérperas habían recibido información y participación activa por parte de un profesional de la salud en la práctica diaria sobre lactancia materna. (7)

En el año 2014 en San Miguelito Panamá se realizó un estudio descriptivo para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del persona de salud sobre lactancia materna, entre los hallazgos encontrados fueron el 13% tenían conocimiento acertados, el 85% en actitudes y el 51% en prácticas, concluyendo que el personal del primer nivel presentaron bajo conocimiento y prácticas inapropiadas en lactancia materna destacando las actitudes positivas e interés para promover la lactancia materna. (2)

En el 2015 se realizó una tesis monográfica para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las políticas de los diez pasos sobre lactancia materna concluyendo solo el 11% cumplieron con los diez pasos, 50% un conocimiento regular, el 78% actitud favorable y el 69% tuvieron una práctica regular. (8)

En el 2016 en un hospital de Aguas Calientes se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del médico familiar sobre lactancia materna concluyendo que seis de cada diez médicos presentaron habilidades inadecuadas y ocho de cada diez presentaron prácticas inadecuadas. (8)

JUSTIFICACIÓN

El hospital Alemán como unidad proveedora de servicios de salud materno infantil está encaminada a su acreditación como unidad amiga de la niñez y madre Nicaragüense a través de la promoción de la lactancia materna exclusiva en niños hasta los 6 meses de edad con seguimiento hasta los dos años con alimentación complementaria.

Para esto, se han estado promoviendo diferentes campañas como charlas, capacitaciones y talleres para fortalecer el conocimiento y crear conciencia en el personal para reproducirla a la población y de esta manera fortalecer la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas para una lactancia exitosa.

El presente estudio tiene como finalidad conocer cuáles son los conocimientos, las fortalezas, los tipos de práctica y actitudes del personal asistencial, principales actores en la atención materno infantil identificando aquellas debilidades que signifiquen un obstáculo para una lactancia materna eficaz en la población ya que no se puede fomentar o promover esta práctica tan valiosa, si no se tiene el conocimiento teórico práctico y la disposición suficiente para realizarla con calidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cómo es el conocimiento, la actitud y la práctica en el personal médico del hospital Alemán Nicaragüense en el período de enero a febrero del 2017?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento teórico práctico sobre lactancia materna y la actitud que toman con respecto al tema el personal médico asistencial del hospital Alemán nicaragüense. Período Enero a Febrero 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluar el nivel de conocimiento teórico y práctico sobre lactancia materna del personal médico encuestado.
2. Analizar la actitud que toma el personal médico en situaciones relacionadas con lactancia materna.
3. Identificar las fortalezas y debilidades relacionadas con el conocimiento puesto en práctica en la lactancia materna.
4. Describir si existe diferencia en los grupos encuestados.

MARCO TEÓRICO

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un proceso de síntesis y de secreción de leche de la madre para la alimentación del recién nacido. Este proceso de lactancia necesita para tener éxito una cooperación entre madre e hijo, esto contribuye al bienestar emocional de ambos. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas (Kramer M et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(4): 413-420).

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. Es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica. (6)

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud. (6)

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH. (7) (8)

Después del nacimiento desaparece la inhibición placentaria, de la síntesis de leche y los niveles maternos de progesterona en sangre declinan, las mamas se llenan de calostro las primeras 30 horas después del nacimiento, entre las 30 y 40 horas hay un cambio rápido de la composición de la leche debido a un aumento de la síntesis de lactosa, lo que produce un aumento del volumen de leche, este se percibe antes que la madre perciba la sensación de plenitud o Golpe de leche. (8) Se debe facilitar el contacto de la madre y el bebé piel con piel durante las dos primeras horas de vida, favoreciendo la lactancia precoz.

El primer agarre es importante para la instauración y mantenimiento de la lactancia, por lo que es de importancia seguir los siguientes criterios generales:

- Dejar intimidad, procurando un ambiente agradable de temperatura, sin ruidos y con poca gente en la habitación.
- Posición materna cómoda y correcta para la enseñanza en la técnica de amamantamiento.
- Posición adecuada: abdomen del bebé contra el de la mamá.
- Que agarre bien el pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz.
- Valorar el signo de succión correcta: si al mamar moviliza la oreja correspondiente.
- No ofrecer material que contenga publicidad de productos lácteos ni sustitutos que puedan confundir.

Mecanismo de producción y eyección de leche:

Durante la lactancia la leche se secreta en forma continua en cantidad apropiada para los requerimientos del niño y se acumula en los alvéolos mamarios y conductos adyacentes al epitelio responsables de su elaboración. Cuando el niño mama ocurre la eyección de leche, la mamada inicia este reflejo neuroendocrino al enviar impulsos aferentes desde el pezón al hipotálamo donde se estimulan las neuronas magno (9) (9) (9)celulares de los núcleos supraortico y paraventricular.

Los potenciales de acción viajan bajando por sus axones, hacia la hipófisis posterior causando la descarga de oxitocina. Esta hormona viaja por el torrente sanguíneo a la mama donde estimula la contracción de las células mioepiteliales que rodean los conductillos y alvéolos, al contraerse estas células la leche es empujada de los alvéolos hacia el pezón donde llega el niño que mama. Un punto importante es que la leche no puede ser removida sin reflejo de eyección.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche o lactogénesis está inhibida por antagonismo de las hormonas placentarias principalmente la progesterona. Durante la lactancia los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria.

El período de la lactancia se inicia después del parto. El nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea, 30 a 40 horas después de la eliminación de la placenta. Las mamas se llenan de calostro y el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 ml del primero al cuarto día post parto. La producción de calostro y la bajada de la leche se producen independientes del vaciamiento o succión del niño pero estos facilitan el establecimiento de la lactancia.

Se denomina galactopoyesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno como de la remoción de la secreción láctea de la mama. La lactancia establecida aparece después de los 30 días postparto cuando se ha establecido la retroalimentación entre los requerimientos del lactante y la producción de leche de la madre. (9)

La variedad entre la velocidad de producción de leche en los diferentes alveolos hace parecer que esta se produzca en forma continua. Existen dos niveles hormonales de regulación:

- a. Regulación de la tasa de síntesis y secreción de leche
- b. Regulación de la eyección de leche

La secreción láctea de la mama depende por tanto del control endocrino regulado por la prolactina y oxitocina y del control autocrino regulado por el vaciamiento de leche y por el factor inhibidor de la lactancia. (9)

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y areola inhiben la secreción de dopamina permitiendo la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. Esta llega a las células del alveolo mamario estimulando secreción de la leche. El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas como insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroidea, hormona del crecimiento.

Los niveles de prolactina en sangre va a depender de la frecuencia de las mamadas. La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y un nivel menor de prolactina plasmática. (9)

Para que la leche fluya desde los alveolos es necesario que estos sean exprimidos por las células mioepiteliales que los rodean, efecto que se producen por la oxitocina siendo esta hormona la más importante para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento. (9)

Volumen y composición de la leche materna:

La leche humana al igual que la de otros mamíferos consiste en: agua, proteínas, carbohidratos y proteínas, siendo su principal componente el agua, en su forma madura la lactancia aporta 75 kcal/dl. La composición varía en dependencia del periodo de vida del BB distinguiéndose entonces: calostro, leche madura y leche pretérmino. (7)

Calostro

Este se compone de precalostro y leche.

El precalostro, es una sustancia que se va formando y almacenando durante la gestación en el lumen de los alvéolos y está formado por células, exudado del plasma, seroalbúmina, lactoferrina, inmunoglobulinas, sodio, cloro y minúscula cantidad de lactosa.

En los primeros cuatro días se produce el calostro al combinarse progresivamente el precalostro con la leche recién iniciada, la producción de esta es un fluido amarillo y espeso. El volumen del calostro es de 2 a 20 ml por mamada en los primeros tres días post parto.

Produce 54 Kcal / 100 ml, contiene 2.9 g / 100 ml de grasa, 5.7g / 100 ml de lactosa y 2,3 g / 100 ml de proteínas, esto significa tres veces más proteínas que la leche madura.

Defensas: Concentración de IgA y de la lactoferrinas destacadas, así encontramos también una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100,000 / mm³), confiriéndole al RN protección contra gérmenes del ambiente. Estas células no son destruidas por el aparato digestivo del niño.

Vitaminas: Liposolubles se encuentran en altas concentraciones dándole al calostro su color amarillo el betacaroteno.

Leche de transición. (10)

Se produce entre el cuarto y quinto día postparto. Hay un aumento brusco de leche entre el 4to y 5to día postparto que va aumentando progresivamente hasta alcanzar 600 – 700 ml por día entre los 15 y 30 días postparto. Hay variación individual en estos últimos.

La composición de la leche de transición varía conforme el transcurso del tiempo entre las características del calostro y las de la leche madura.

Leche madura.

Se produce a continuación de la leche de transición, aporte energético 70 Kcal/100 ml, volumen promedio 700 ml día durante los primeros 6 meses postparto, 500 ml/día en el segundo semestre.

Componentes principales: proteínas, carbohidratos, grasa, minerales, vitaminas y agua.

La leche madura contiene 88% de agua. Tiene una osmolaridad de 286 mosm (similar al plasma).

Carbohidratos.

Comprende casi el 40 – 50 % del contenido de energía de la leche humana. El principal es la lactosa, es un disacárido compuesto por glucosa y galactosa. Los valores de lactosa son constantes durante el día y no se alteran con la dieta materna.

La galactosa se utiliza en la formación de galactolípidos para el desarrollo del sistema nervioso central.

La lactosa al encontrarse en elevadas concentraciones determina que las heces sean blandas, siendo esta consistencia ideal para la absorción del calcio a nivel del colon.

Otros carbohidratos.

Carbohidratos complejos se encuentran libres o ligados a proteínas como la N-Acetilglucosamina. Estos carbohidratos y glicoproteínas estimulan el crecimiento del LACTOBACILO BIFIDO, bacteria que se encuentra predominante en el tubo digestivo del niño amamantado, protegiéndolo de la colonización de gérmenes patógenos

Otros carbohidratos bloquean la adherencia de las bacterias a la membrana celular por tener estructura similar a los receptores bacterianos.

Grasas.

Aportan el 50% de las calorías de la leche. Los ácidos grasos polinsaturados que solo están presentes en la leche humana tienen gran importancia en el desarrollo del Sistema Nervioso. Al inicio de cada mamada se encuentra menor concentración que al final de la misma. Es el componente más variable de la leche humana puesto que también la calidad de los ácidos grasos puede variar con la dieta de la madre.

Proteínas.

La composición proteica de la leche humana es:

Caseína: Con el 30% y proteínas del suero con el 70%(lactoalbúminas, lactoferrina, lizosima, inmunoglobulina A, G y M, albúmina y en concentraciones mas bajas están las enzimas moduladoras del crecimiento y hormonas).

Lactoalbúmina: Es una proteína de alto valor biológico y la más abundante del suero Humano.

Lactoferrina: Constituye el 26% de las proteínas del suero humano.

Lisozima : Constituye el 8% de las proteínas del suero y tienen una función inmunológica y propiedades antiinflamatorias.

Ig A: Es la principal inmunoglobulina de la leche humana (100- 140 mg/dl).

Se encuentra un alto contenido de nitrógeno no proteico en la leche humana (20 y 30 % del nitrógeno total), siendo el principal componente la urea, la cual puede ser utilizada por el niño como fuente de nitrógeno.

Dentro del nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres de los cuales el más importante es la taurina ya que este no puede ser sintetizado por el RN y es necesario para la conjugación de los ácidos biliares. Hay evidencia de que también puede funcionar como neurotransmisor.

Tiempo post parto					
	Calostro		Transicional		Madura
componente	1	4-5	8-10	14	36 +
Volumen	56 (65)	580 (250)	657(236)	668(163)	726(135)
lactosa	4.1 (1)	5.1 (0.5)	5.4 (0.5)	5.4(0.8)	6.8(0.6)
Oligosacarido (g/dl)	---	2.7	-	-	1.3
Grasa (g/dl)			3.7(0.7)	3.9(0.7)	4.0(1.2)
	2.1(0.9)	3.1(0.9)			
Proteínas	3.1(0.6)	---	---	0.9(0.2)	0.8(0.2)
Ig A (g)	0.8	0.2	0.1	0.1	----
lactoferrina	0.5	0.2	0.2	0.2	---
carotenoide	200	---	---	23	---
Vit D (ng/dl)	29	---	---	---	37-84
Vit A	200	---	---	---	62

Vit E	1140	----	---	---	280
Vit K	0.34	----	----	---	0.33
Sodio	80.5	92	41.4	36.8	33.6
Potasio	50.7	54.6	66.3	70.2	70.2

CAPACITACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

Estudios previos demostraron que educar tempranamente sobre lactancia materna influye en la decisión de practicarla con la atención adecuada, lo que repercute en la relación con el paciente y familiar en beneficio de la salud. En 1982 Lawrence y col. enviaron una encuesta sobre prácticas y actitudes a pediatras, médicos familiares y enfermeras; le contestaron 50 a 75% del total. Un tercio de los que contestaron dijeron que no comentaban nada sobre lactancia a las madres durante la consulta, y más de 80% de los profesionales recomendaban dar líquidos complementarios a los bebés amamantados, argumentando que el trabajo y el regreso a clases influían en el abandono de la lactancia materna. (10)

Pomkin y col., durante el Programa Nacional de Promoción de la Lactancia Materna en Honduras, realizó entre 1982 y 1988 una intervención que comprendía cambios en las normas hospitalarias y capacitación de médicos y enfermeras sobre lactancia materna. Se midió con una encuesta en 1985, que mostró mejoría en conocimientos y actitudes respecto a la evaluación basal de 1982; en las encuestas nacionales y locales de 1981 y 1987 también se observó un incremento significativo en el inicio y duración de la lactancia materna en ese país. En 1988 y 1989, Vandale y col. realizaron un curso teórico-práctico de 18 horas de duración, con evaluación diagnóstica y final, en el Hospital General de México. Uno de los objetivos fue capacitar sobre lactancia materna al personal de salud de pediatría y obstetricia. Se capacitaron 110 trabajadores de la salud, lo que permitió un cambio significativo en los conocimientos alcanzados.

En África Subsahariana, Armstrong y col., por medio de la Oficina Regional Internacional de Alimentación Infantil, capacitó con 13 cursos de lactancia materna a trabajadores de la salud en 1990. Los cursos eran de una a dos semanas de duración, e incluían 40 temas, así como recursos didácticos para personal de nivel medio y ejercicios de adiestramiento observando el amamantamiento. los participantes a través de cuatro etapas, en las cuales hay cambios de actitud favorables (menor resistencia) hacia el segundo día del curso.

Altobelli, en Perú (1991), hizo un estudio auspiciado por dos universidades; observó los efectos de un curso de lactancia materna de 20 horas de duración y la distribución de material

didáctico al personal de atención perinatal de tres hospitales: dos con intervención y uno de control. Acudieron pediatras, obstetras, parteras, enfermeras y auxiliares de enfermería, estas últimas tuvieron, además, una sesión práctica de seis horas. Evaluaron conocimientos, actitudes y práctica. Nueve meses después del curso hubo mejorías notables en los hospitales intervenidos en relación con la duración de la lactancia materna, no así en el hospital control.

Bradley y Meme en 1992, en Kenya, África, realizaron una intervención en el personal del servicio de maternidad de 41 hospitales públicos y 17 privados para formación en lactancia materna. Se incluyeron 800 profesionales de salud de todo el país. Se suspendió la dotación de lácteos artificiales, recomendaron el alojamiento conjunto y no dar alimentación complementaria con biberón. Se realizaron evaluaciones diagnóstica, final (1982 y 1989) y seis años después, con mejoría importante en casi todos los aspectos evaluados (el personal recomendaba más el alojamiento conjunto, la lactancia materna exclusiva los primeros días y que las madres amamantaran a demanda).²¹ Becker en 1992, en Irlanda, encuestó sobre los conocimientos de profesionales sanitarios de tres servicios rurales de maternidad. El hospital con mayores puntuaciones tenía personal capacitado y un consultante en lactancia. En los demás hospitales el personal creía tener suficientes conocimientos sobre lactancia materna, pero su fuente de información eran los distribuidores de leches artificiales, seminarios de alimentación pagados por las compañías e información impresa que les dejaban para las madres. La conclusión de la autora fue que la percepción de una persona sobre sus conocimientos puede no ser un buen indicio de sus conocimientos reales.

Valdés y col. analizaron los efectos de un curso de tres días (24 horas) sobre los aspectos clínicos de apoyo a la lactancia en 360 profesionales de la salud de Chile, entre ellos 48 enfermeras. Impartieron 14 temas, habilidades clínicas y aspectos normativos. Usaron técnicas didácticas participativas y audiovisuales, así como muñecos para enseñar las técnicas apropiadas de amamantamiento. Utilizaron prueba diagnóstica y final. Los autores obtuvieron mejoría en todas las áreas; sin embargo, las limitaciones metodológicas no les permitieron llegar a conclusiones claras. A los dos años del curso, se les aplicó a 318 (88%) de los participantes una encuesta de cinco preguntas para que ofrecieran su opinión acerca del curso de tres días sobre lactancia materna, a la cual respondieron al final, y algunos mediante entrevistas telefónicas, únicamente cien (27%) de los que tomaron el curso. Westphal y col., en el Centro de Lactancia de São Paulo, estudiaron los efectos de un curso de tres semanas en ocho hospitales de maternidad, divididos al azar en dos grupos, intervención y control, con los diez pasos de la lactancia materna y con práctica clínica de 30% del tiempo. Acudieron 24 profesionales. Se realizó evaluación diagnóstica y final que midió conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna y se encontró mejoría importante. Los ocho hospitales se evaluaron seis meses después, y las puntuaciones del grupo experimental fueron más altas que en el control; se concluyó que el curso era eficaz.²⁵

Register y col. reportaron un estudio descriptivo sobre el conocimiento y actitudes de los servicios de enfermería de 27 clínicas privadas pediátricas de Carolina del Norte. Aplicaron un cuestionario con 42 preguntas que incluían si sabían quién era el responsable del apoyo a la lactancia en la clínica, esto es, si conocían y creían en el programa y finalmente dónde habían recibido capacitación de lactancia materna.

Nacidos y nacidas por cesárea: En caso de cesárea, y siempre que sea posible, es recomendable realizar el contacto precoz:

En el quirófano, si a la madre se le ha administrado una anestesia epidural y está despierta, se hará contacto precoz piel con piel nada más nacer, para lo que habrá que haber preparado previamente el campo.

Durante la recuperación de la cesárea se debe facilitar que la madre permanezca con su bebé en reanimación. Si no es posible, por la situación de la madre o del servicio, durante este tiempo se ofrecerá al padre la posibilidad de tenerle en la habitación, en contacto piel con piel.

Si la madre ha decidido dar lactancia materna, no se le dará ningún alimento mientras permanezcan separados (siempre si la situación lo permite).

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

TECNICAS DE AMANTAMIENTO. (7)

- Antes de dar el pecho debe lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc.
- Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, e orienta acostarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro. Se rodeará al bebé con el brazo y tras girarle hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigirle su cuerpo hacia el de la madre: “ombbligo con ombbligo” o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé.
- Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del

pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, su cara no debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre debe poder ver la cara de su madre y la madre la suya.

- Existe otra postura para estar sentada que se llama “de balón de rugby o lateral”: la criatura se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en las costillas de la madre mirándole de frente. Esta técnica es utilizada cuando son de bajo peso, han nacido antes de tiempo, después de una cesárea, cuando los pechos son muy grandes o para amamantar simultáneamente a dos bebés, colocando uno/a en cada mama.

LACTANCIA EXITOSA

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores:

1. Amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como el bebe desee.
2. Facilitar la proximidad del bebe y la madre, en lugar de separarlos.
3. Conocer y prevenirlas dificultades más comunes que pueden surgir durante la lactancia un elemento importante para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebe al pecho y ajustar su boca alrededor de la areola y el pezón.
4. Apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después Si el niño es amantado correctamente, la glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión y extrae suficiente leche, en calidad y cantidad para satisfacer su hambre y sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico.
 - al amamantar a su hijo y se satisface sico-emocionalmente tanto la madre como el hijo.
 - Para tener la posición correcta se debe tener en cuenta tanto la comodidad de la madre como la del bebe, considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre. Por lo que debe considerar lo siguiente:
 1. Correcta posición de la madre.
 2. Correcta ubicación del bebe con respecto al cuerpo de la madre, cuerpo del bebe vuelto hacia la madre cerca y paralelo a ella.
 3. Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre, boca bien abierta, labios proyectados, mayor parte de la areola dentro de la boca del bebe.
 4. Frecuencia de las mamadas según demanda del bebe.
 5. Duración de la mamada que asegure la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquier que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de la madre.

PUNTOS IMPORTANTES A VALORAR EN LA LACTANCIA

Tabla orientativa a la hora de observar y valorar una toma de lactancia

Nombre:	
Hora inicio de la mamada:	
Signos de normalidad:	Signos de alerta:
Posición	
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinada sobre el bebé
Bebé muy junto y bien encarado	Bebé separado de la madre
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	El bebé ha de torcer o doblar el cuello
El mentón toca el pecho	El mentón no toca el pecho.
Bebé bien sujeto por detrás	Sólo sujeta el hombro o la cabeza
Respuestas	
Busca el pecho si tiene hambre	El bebé no responde al pecho
Movimientos de búsqueda	No hay reflejo de búsqueda
Explora el pecho con la lengua	No muestra interés por el pecho
Mama tranquilo y despierto	Bebé inquieto y lloroso
Se mantiene en el pecho	Se le escapa el pecho
Signos de sujeción de teta	No se observan signos de eyección

Vínculo afectivo

Abrazo seguro y confiado	Abrazo nervioso o flojo
La madre le mira a la cara	No hay contacto visual entre ambos
La madre le acaricia	Apenas le toca, o le sacude y atosiga

Anatomía

Pechos blandos después de la toma	Pechos ingurgitados
Pezones salientes, protáctiles	Pezones planos o invertidos
Piel de aspecto sano	Piel irritada o agrietada
Pecho redondeado durante la toma	Pecho estirado

Succión

Boca muy abierta	Boca poco abierta, "morrito"
Labio inferior doblado hacia afuera	Labio inferior doblado hacia adentro
La lengua rodea el pecho	No se ve la lengua
Mejillas redondeadas	Mejillas tensas o hundidas
Más areola por encima de la boca	Más areola por debajo de la boca
Succión lenta y profunda, con pausas	Chupadas rápidas
Se ve u oye cómo traga	Se oyen chasquidos

Duración

Suelta el pecho espontáneamente	La madre lo saca del pecho
---------------------------------	----------------------------

POSICIONES.

1. Sentada o clásica.
2. Decúbito ventral.
3. Caballito.
4. Reversa.
5. Sandía.
6. Acostada.

PROBLEMAS DURANTE EL AMAMANTAMIENTO.

Son los problemas en la lactancia, relacionados con el recién nacido y con la madre.

Con relación a la madre tenemos:

- Pezones planos e invertidos.
- Grietas del pezón.
- Dolor al amamantar.
- Congestión mamaria
- Micosis mamaria.
- Mastitis.
- Absceso mamario.
- Cirugías previas.
- Reflejo de eyección inhibido o excesivo

Lactancia materna exclusiva

«La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. (10)

10 PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXITOSA.

- Tener una política de Lactancia Materna escrita que sea periódicamente comunicada al personal.
- Entrenar a todo el personal par implementar esta política.
- Informar a todo mujer embarazada sobre los beneficios y manejo de la Lactancia Materna.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
- Enseñar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aún si se separan de sus bebés.
- No darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna. Salvo indicación médica.
- Practicar el alojamiento conjunto, dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
- Fomentar que la Lactancia Materna se dé cada vez que el bebé la pida.
- No dar tetinas, chupetas u otros objetos artificiales a los bebés.
- Promover la creación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y referir a las madres a éstos.

Déle solo el seno al niño en los primeros seis meses

Para que la madre y su hijo tengan mejores condiciones de salud, debe dársele al niño solo el seno, - y nada más que el seno – por aproximadamente lo primeros seis meses de vida. No debe dársele ni te, ni agua, ni leche ni tampoco sopa.

Los niños a los que solo se les da el seno tienen menos infecciones. Darle al niño otros alimentos además de la leche materna incrementa grandemente el riesgo de exposición a bacterias y otros patógenos. Los niños que no son alimentados exclusivamente con el seno tienen mayores problemas de diarrea, otras enfermedades y mortalidad.

Darle solo el seno asegura una buena nutrición. Cada niño, rico o pobre, puede tener el mismo comienzo en la vida. La leche materna se adapta perfectamente a las necesidades de crecimiento.

La leche materna contiene anticuerpos que protegen al niño de las enfermedades. Darle exclusivamente el seno asegura que el niño recibirá la mayor cantidad de anticuerpos para protegerse hasta que pueda producirlas por si mismo, alrededor de los seis meses de edad.

Darle el seno frecuentemente al niño aumenta el efecto anticonceptivo en la madre y contribuye a que la madre produzca leche. Si al niño se le da alguna otra cosa, este no mamara tan a menudo como debería y la madre comenzara a producir menos leche.

Virtualmente todas las mujeres pueden dar el seno por 6 meses. Solo en casos de desnutrición extrema las mujeres son incapaces de producir suficiente leche para dar el seno. Cuando hay escasez de comida, esta debe dársele a la madre, de esta forma, ambos se alimentan. Si se le da solo al niño, solo este se alimenta.

Dar el seno le economiza dinero a la familia.

Que es la lactancia materna optima?

Iniciar el proceso de darle el seno al niño durante el transcurso de la primera media hora del nacimiento.

Darle el seno frecuentemente y a demanda (incluyendo amamantamiento nocturno)

Darle exclusivamente el seno al niño hasta que este tenga 6 meses. Continuar dándole el seno hasta los 2 años de edad o más.

Como saber si mi bebe está tomando suficiente leche

- Mientras le da el seno escuchará que el bebe traga
- Sus senos se sentirán llenos antes de dar el seno y suaves después.
- El bebe orinara por lo menos 6 veces en un período de 24 horas.
- El bebe defecara varias veces en el día y en la noche, o bien, defecar una gran cantidad después de varios días o bien una vez al día.
- El bebe aumentara 18 a 30 gramos por días (3/4 -1 onzas), lo cual será 125 a 210 gramos por semana (de 4 a 7 onzas por semanas).

Comience darle el seno al niño en la primera media hora de nacido

- A un niño nacido se le debe dar el seno tan pronto sea posible, preferiblemente en el transcurso de la primera media hora de nacido. Solo leche materna, debe dársele al pequeño bebe.
- Darle el seno temprano y frecuentemente al niño, hará que la madre produzca más leche.
- El niño beneficiara inmediatamente del efecto protector de los anticuerpos concentrados en el calostro. El calostro es como una primera inmunización.
- La madre se beneficiara: la acción de amamantar ayudara a la expulsión de la placenta y reducirá el riesgo de una hemorragia post parto
- El niño ha sido parte de la madre durante 9 meses. El nacimiento es el momento de la separación, pero darle el seno inmediatamente disminuye lo drástico de ya separación y ayuda a establecer un vínculo (o lazo) emocional entre la madre y el niño
- Al niño recién nacido no debe dársele ni alimento ni agua. Estos son innecesarios, podrían estar contaminados y pueden interferir con la práctica del amamantamiento.
- Si la madre dio a luz por una operación cesárea, ponga al bebe a mamar del seno tan pronto la madre se despierte

Recuerde: aun si la madre siente que produce poca leche, habrá suficiente si se le permite al RN mamar frecuentemente.

Los niños pequeños deben ser amamantados frecuentemente

- El estómago de un bebe es pequeño y solo puede recibir una cantidad limitada de leche materna a la vez. El pequeño estomago necesita ser llenado de nuevo a menudo.
- La leche materna se adapta perfectamente al bebe. Esto quiere decir que se digiere más rápidamente y más fácilmente que otros alimentos y el bebe necesita alimentarse con más frecuencia

.Amamantar frecuentemente aumenta el beneficio anticonceptivo de la madre y ayuda a retardar el retorno de la menstruación

- **Recuerde: aun niño se le debe de dar el seno de 8 a 12 veces en 24 horas y alrededor de 10 a 20 minutos en cada seno.**

Los niños a los que se les da el seno frecuentemente no necesitan tomar agua

Darle agua a un bebe menor de 6 meses de edad es innecesario y puede ser peligroso.

- Los niños a los que les da el seno se aumentan al darle agua. Los riesgo de introducir bacterias y otros patógenos se incrementan enormemente (o cualquier cosa diferente a la leche materna). La contaminación puede venir de agua o de los utensilios utilizados (biberones, tazas, cucharas). A los bebe que no se les da exclusivamente el seno, tienen más riesgo de diarreas y otras enfermedades que los que reciban exclusivamente el seno. El agua que se encuentra en la leche materna es suficiente para un bebe.
- Si se le da agua aun bebe estará peor alimentado que si no se le da. Cuando se le da agua, el estómago de un bebe pequeño no puede consumir suficiente leche materna y por lo tanto no obtendrá menos energía y menos nutrientes
- El bebe no recibirá los anticuerpos que debe recibir. La leche materna contiene agentes antibacteriales y anti- virales y actúa como la primera inmunización para el niño. Si el agua reemplaza a la leche materna, el bebe no recibirá la protección máxima contra las enfermedades.
- La madre podría disminuir la producción de leche. La producción de leche materna depende de la demanda. Si él bebe recibe agua y mama menos la madre comenzará a producir menos leche
- Darle agua al niño amenaza la protección anticonceptiva del amamantamiento. Se necesita un amamantamiento frecuente para un máximo efecto anticonceptivo y La madre no estará protegida de otro embarazo, por tanto tiempo, como lo estaría si no le diera agua al niño. Si el bebe tiene diarrea ligera, déle el seno con más frecuencia. Si la diarrea es moderada o más severa, déle el seno con más frecuencia pero también déle fluidos de rehidratación.

No Biberones para los bebés

- A los bebés no se les debe dar biberones. Los biberones son innecesarios y pueden ser peligrosos. Un bebé no debe recibir nada más que leche materna en los primeros 6 meses de edad
- Los bebés que reciben pecho tienen más riesgo de enfermarse que aquellos que reciben solo el seno
- La leche materna tiene una nutrición perfecta para los bebés y cambia su composición ahora para adaptarse a las necesidades cambiantes del BB. También se digiere más fácil que cualquier otra cosa. Aun la mejor fórmula no puede igualar a la leche materna.
- La leche materna es siempre pura y perfectamente limpia. Las pechadas que no se esterilizan apropiadamente pueden contener gérmenes causantes de enfermedades. Las leches, fórmulas y otros alimentos que se le pueden dar a BB en una pechada nunca serán tan puras como la leche materna.
- La madre que le da una pechada a su bebé., puede empezar a perder su producción de leche. El darle una pechada al bb para suplementar la leche materna empeorará el problema.
- El darle una pechada a un bb puede crear “confusión de mamadera”, porque la acción de mamar requerida para sacar la leche de una pechada es diferente que para sacarla del seno. Los bb a los que se les da una pechada, tienden a dejar el seno más rápido que otros bb.
- Una vez que un bebé recibe el biberón, la madre tiene menos protección contra el embarazo en corto tiempo. El amamantamiento continuo es el que ayuda a retrasar la aparición del ciclo menstrual.
- Dar el seno es más conveniente que alimentar con biberón. La leche materna está siempre lista y siempre con la temperatura perfecta. Los biberones requieren para una esterilización apropiada. Las fórmulas y otros alimentos requieren tiempo para ser preparados.
- Dar el seno es más económico que alimentar con un biberón. Las fórmulas son sumamente caras. Una vez que la madre comienza a comprar fórmulas, debe continuar haciéndolo, porque podría comenzar a perder su producción de leche.
- que deba trabajar fuera de la casa puede continuar dándole leche materna a su bebé mientras ella está lejos. Cuando una madre tenga que separarse de su bebé, puede extraerse su leche y colocarla en un envase cubierto y limpio, en el lugar más frío que pueda encontrar. En climas cálidos, una leche no refrigerada se conservará por 8 horas. La leche refrigerada se conservará por 24 horas. La leche materna se le dará al niño con una taza y una cuchara.

Leche insuficiente – hay un remedio

- **Solo** en algunos casos la madre es fisiológicamente incapaz de producir leche suficiente para amamantar hasta los 6 meses. Casi todas las quejas de leche insuficiente se deben a problemas en la forma en que el niño es amantado.
- **La producción** de leche es regulada por la demanda. Mientras más mama el niño, más leche producirá la madre. Algunas razones para tener leche insuficiente son:
 1. amamantamiento insuficiente (no se le da el seno con la frecuencia o con el tiempo suficiente)

2. adherencias pobres (el bb solo tiene en su boca el pezón y la areola)
3. largos periodos de espera entre mamadas
4. se le están dando al niño otros alimentos o líquidos aparte de la leche materna antes del bb cumplir los 6 mese

- El remedio en casi todos los casos es darle el seno con más frecuencia, de día y de noche. Darles comidas suplementarias a un bb pequeño (menor de los 6 meses de edad) solo empeorara la situación.
- Una vez que la madre empieza a amamantar más deberá de esperar de 4 a 7 días para ver un incremento en la producción de leche.
- Las madres que se alimentan aun con una dieta básica, son capaces de producir más que suficiente leches para sus hijos. Una madre debe de tratar de comer alimentos variados, pero aun si ella no puede, debe ser capaz de producir una cantidad adecuada de leche materna si amamanta frecuentemente. Solo en caso de desnutrición extrema, se puede ver amenazada la habilidad de una madre para producir leche.

PROBLEMAS EN LA LACTANCIA:

En ocasiones, patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente.

Dolor al inicio de la succión: Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera. Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grietas. En estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

Grietas en el pezón Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir:

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera
- No se debe limitar el tiempo de succión

- La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.

Ingurgitación mamaria:

La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros. La clínica varía: - Dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado) - Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho - El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos.

Congestión mamaria:

Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “subida de la leche”.

El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. Si es posible se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos.

Obstrucción de un conducto (galactocele): La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé “ordeña” con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada.

Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos. Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas. Los principios del tratamiento de la mastitis son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico (cotrimoxazol, ciprofloxacino a dosis de 750mg, etc.) y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos)

La lactancia no se debe interrumpir ya que puede agravar el problema.

CONOCIMIENTOS:

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento Noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural.

ACTITUDES.

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.

PRÁCTICAS.

La Real Academia de la Lengua Española define el término prácticas como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), de carácter descriptivo, corte transversal realizado con la aplicación de encuestas sobre lactancia materna dirigidas al personal médico que laboran en el área de pediatría y Gineco Obstetricia del hospital Alemán Nicaragüense.

Período de estudio: Enero a febrero 2017

Universo: Todos los Médicos Residentes y especialistas que laboran en el Hospital Alemán Nicaragüense

Muestra: Médicos Residentes de los servicios de pediatría y Gineco Obstetricia del HAN.

Criterios de inclusión:

1. Ser Médico Residente o especialista de los servicios estudiados
2. Estar dispuesto a contestar la encuesta No ser Médico Residente

Criterios de exclusión:

1. Ser residente o especialista de otra especialidad

Recolección de Información: Tipo y tamaño de la muestra

La selección de la muestra fue de tipo probabilístico y se realizó en los servicios de pediatría y Gineco obstetricia. Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

Dónde:

- N es el total de Residentes y especialistas de ambos servicios con un total de 200
- $Z_{\alpha} = 2.32$ (si la seguridad es del 95%)

- P = proporción esperada de médicos a encuestar (20%)
- $q= 1-p$ (en este caso $1-0.10= 0.90$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%)
- El total de médicos encuestados fue 50.

Fuente de información: Encuestas realizadas a los médicos residentes del HAN

Instrumento para recolección de la información: Se elaboró un cuestionario el cual se utilizó para entrevistar a cada médico que aceptó llenar la encuesta. Se incluyeron las variables utilizadas en el estudio para dar respuesta a los objetivos planteados. La encuesta constó de 15 preguntas de selección múltiple teniendo como base para su construcción la revisión bibliográfica relacionada con el tema y sus variables.

Para determinar el grado de conocimiento se construyeron 5 preguntas sobre lactancia materna cada una con un valor de 20 puntos utilizando la escala de conocimiento bajo si solo se contestó de forma correcta una pregunta o ninguna que equivale a 0 hasta 20 puntos, conocimiento regular si se contestaron correctamente dos o tres preguntas (40 a 60 puntos) y alto conocimiento si tenía cuatro o todas las respuestas correctas (80 a 100 puntos).

Para evaluar la actitud de los médicos residentes sobre la lactancia materna se construyeron cuatro preguntas utilizando para su análisis la conocida escala de Likert que es apropiada para este tipo de estudios con una escala de favorable y desfavorable según la respuesta seleccionada considerando actitud favorable si presentó las dos respuestas acertadas, pasiva si presentó una respuesta acertada y desfavorable si no tuvo respuesta acertada.

Para evaluar como aplica sus conocimientos teóricos a la práctica diaria con respecto a la lactancia materna se construyeron 6 preguntas con la escala de mala práctica si solo responde dos preguntas de forma correcta, práctica regular 3 a 4 las respuestas correctas y buenas sin 5 o todas las respuestas son correctas.

Técnica de recolección de la información.

Se diseñó un instrumento o ficha de recolección de la información tipo cuestionario diseñado para la investigación donde se plasmaron las variables del estudio y dividida en varios aspectos como son la categoría del médico, las tres secciones de preguntas divididas en las de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna..

Se realizó una prueba piloto aplicando el cuestionario a 10 residentes para determinar el grado de dificultad de las preguntas y la veracidad de las respuestas, dado que no se encontró dificultad se incluyeron en el estudio. El cuestionario fue llenado por el propio investigador utilizando un lenguaje sencillo acorde al nivel social, cultural y escolar de la mujer.

Para el llenado del cuestionario se les explicó a cada uno la importancia y la finalidad del estudio. Las encuestas fueron anónimas y se garantizó la confidencialidad de la información dejando claro que solo será utilizada para fines de investigación.

Cada ficha de recolección de la información o cuestionario se introdujo en el programa SPSS versión 22 para la distribución de las variables de forma medible en nominal u ordinal y posteriormente se realizó el análisis de la información. A las preguntas relacionadas con la actitud se aplicó la escala de Likert ya mencionada previamente.

Para determinar la diferencia entre los resultados en el conocimiento y en la práctica se utilizó una tabla de 2x2 y posteriormente se calculó el OR y el intervalo (12) (12) de confianza al 95%

VARIABLES

Categoría del médico encuestado

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
categoría	Cualitativa ordinal	Nivel de residencia que cursa al momento del estudio	Médico general Residente 1 Residente 2 Residente 3 Residente 4 especialista	Porcentaje de residentes según categoría
especialidad	Cualitativa nominal	Disciplina o especialidad la cual pertenece	Pediatría Gineco obstetricia	Porcentaje de residente la

Objetivo 2: Conocimientos sobre lactancia materna en relación a:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Nivel de conocimiento sobre lactancia	Cualitativa nominal	El conocimiento son los conceptos e información sobre los que se basa una persona para decidir conductas frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. En este caso lo que conoce sobre lactancia materna	Deficiente o mala: Nivel 40% o menos	Porcentaje de personal de salud según nivel de conocimiento
Beneficios de lactancia materna	Cualitativa nominal	Que el médico tenga a capacidad de conocer y describir los beneficios de LM	Si No	Porcentaje de médicos con el conocimiento de los beneficio de la LM
Lactancia materna exclusiva	Cualitativa nominal	Que el médico tenga el conocimiento sobre la importancia de lactancia materna exclusiva	Si No	Porcentaje de médicos que conocen la lactancia materna exclusiva
Composición de la leche materna	Cualitativa nominal	Que el médico tenga conocimiento sobre lo componentes más importantes de la leche materna	Si No	Porcentaje de médicos que conocen los componentes más importantes de la leche materna

Mecanismo de producción y secreción de la leche materna	Cualitativa nominal	Que el médico tenga el conocimiento sobre el mecanismo de producción y secreción de la leche materna	Si lo tiene No lo tiene	Porcentaje de médicos que conocen el mecanismo de producción y secreción de la leche materna
Anatomía de la mama	Cualitativa nominal	Que el médico tenga conocimiento sobre aspectos importantes de la anatomía de la mama	Si lo tiene No lo tiene	Porcentaje de médicos que conocen la anatomía de la mama

Objetivo 2: Actitudes en situaciones relacionada con la lactancia materna

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Actitud sobre lactancia materna	Cualitativa nominal	Es la respuesta o respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. En este caso ante situaciones relacionadas con lactancia materna	Favorable: 80% a 100% Indiferente o pasiva: 40% a 60% Desfavorable: menos del 40%	Porcentaje de personal médico según grado de actitud.
Madres que piensan que tienen poca leche para sustentar a su BB	Cualitativa nominal	Que actitud tiene ante madres que creen tener poca leche para sustentar a su BB	Buena favorable o Pasiva o indiferente desfavorable	Porcentaje de médicos con actitud favorable o desfavorable
Padres que quieren optar por la leche artificial	Cualitativa nominal	Que actitud tiene ante los padres que quieren optar por leche de pote	Buena favorable o Pasiva o indiferente favorable	Porcentaje de médicos con actitud favorable o desfavorable
Madres con agarre insuficiente del pecho materno	Cualitativa nominal	Actitud de médico en madres con agarre del pecho insuficiente	Buena favorable o Pasiva o indiferente favorable	Porcentaje de médicos con actitud favorable o desfavorable
Madres con pezón invertido	Cualitativa nominal	Actitud de médico En situaciones de madres con pezón invertido	Buena favorable o Pasiva o indiferente favorable	Porcentaje de médicos con actitud favorable o desfavorable

Objetivo 2: Prácticas de la lactancia materna

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Prácticas en lactancia materna	Cualitativa nominal	Son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada.	Buena: 80 a 100% Regular: 60 a 80% Mala: menos de 60%	Porcentaje de personal médico según nivel de práctica
Diferenciar un buen agarre de un mal agarre y consecuencias	Cualitativa nominal	Que el médico en la práctica diaria pueda diferenciar cuando un BB tiene un buen agarre y un mal agarre del pecho	Buena: que acierte las dos respuestas Regular: que acierte una Mala: respuesta errada	Porcentaje de médicos que diferencien un buen agarre de un mal agarre
Lograr un buen agarre del pecho materno	Cualitativa nominal	Que el médico en la práctica pueda enseñar de cómo lograr un buen agarre	Buena: que acierte las 2 respuestas Regular: que acierte una Mala: que no acierte respuesta	Porcentaje de médicos con una buena práctica para lograr un buen agarre
Diferenciar un buen y un mal amamantamiento	Cualitativa nominal	Que el médico en la práctica pueda diferenciar un buen y un mal amamantamiento	Buena: que acierte en las 2 respuestas Regular: que acierte una Mala: no acierte	Porcentaje de médicos con una buena práctica para lograr un buen amamantamiento
Técnica de extracción manual de leche	Cualitativa nominal	Que el médico sea competente en la práctica para extracción manual de leche	Buena: que acierte en las 2 respuestas Regular que acierte en una Mala: respuesta errada	Porcentaje de médicos con buena o mala práctica de extracción manual de leche
Poner en práctica los puntos a evaluar para un buen amamantamiento	Cualitativa nominal	Que pueda poner en práctica los puntos importantes de una buena mamada ya estipulados por la OMS	Buena: que acierte en todos los puntos de evaluación. Regular: que acierte en 2 a 3 Mala que acierte en uno	Porcentaje de médicos que conozcan los puntos de evaluación de una buena mamada
Práctica para una posición adecuada para amamantar	Cualitativa nominal	Que ponga en práctica sus conocimientos para promover una lactancia exitosa con una buena posición para amamantar	Buena: que acierte en las 2 respuestas Regular: que acierte en una Mala: no acierte en la respuesta	Porcentaje de médicos con una buena competencia sobre las posiciones de amamantamiento

Objetivo 3: Fortalezas y Debilidades

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Debilidades en el estudio	Cualitativa nominal	Nivel de conocimiento, actitud o practica bajo	Si No	Nivel de conocimiento, actitud o practicas alto
Madres con pezón invertido	Cualitativa nominal	Actitud de médico En situaciones de madres con pezón invertido	Buena favorable o Pasiva o indiferente favorable	Porcentaje de médicos con actitud favorable o desfavorable

Objetivo 4: Diferencia entre residentes sobre conocimientos, actitudes y prácticas

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Diferencia en conocimiento	Cualitativa nominal	Si se encontró diferencia significativa en el nivel de conocimiento	Si No	Porcentaje de residentes según conocimiento
Diferencia en actitudes	Cualitativa nominal	Si se encontró diferencia en actitudes entre residentes	Si no	Porcentaje de residentes con diferencia en actitudes
Diferencia en práctica	Cualitativa nominal	Si se encontró diferencia en la práctica entre residentes	Si No	Porcentaje de residentes con diferencia en las prácticas

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el período de Enero a Febrero 2017, en el hospital alemán nicaragüense se realizó un estudio descriptivo, tipo CAP (conocimiento actitudes y prácticas), aplicando encuestas a 50 médicos residentes o especialistas del área de pediatría y Gineco Obstetricia con la finalidad de determinar el nivel conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna.

La distribución en base a su categoría fue 34% (17) Residentes de primer año, 20% (10) residentes de segundo año, 24% (12) de tercer año, 8 (4) de cuarto año, 8% médicos generales y 6%(3) especialistas. Según el área el 58% fueron del área de gineco obstetricia, el 22% de pediatría, 8% médicos generales y 12% no especificaron la especialidad. Gráfico 1 y 2.

En relación al análisis del nivel de conocimiento sobre temas de lactancia materna se observó que el 100% de los médicos encuestados tenían un buen conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y la importancia de la lactancia exclusiva. Todos los residentes están claros que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil, que sus beneficios perduran hasta la edad adulta, que promueve el desarrollo sensorial y cognitivo del lactante y favorece el pronto restablecimiento del niño frente a una enfermedad. Así también los médicos encuestados conocen que la lactancia materna exclusiva es la forma de alimentación más óptima en los primeros seis meses, es de inicio precoz y no se debe acompañar con agua en temporadas de calor y que puede continuar durante dos años acompañado de otra alimentación después de los seis meses de nacido. Cuadro 1.

Al preguntar sobre el mecanismo de producción y secreción de la leche el 94% contestaron que la producción y eyección depende del reflejo nervioso que se produce con la succión y la mayor cantidad de prolactina se libera durante la noche, que el tamaño de las mamas no influye en la producción de la leche y que el efecto de la oxitocina se da directamente a nivel de las glándulas mamarias y no en el útero. Cuadro 1

En relación a la composición de la leche materna el 86% contestó que su composición varía con la edad en días y número de mamadas, sus componentes son diferentes a la de vaca, que la cantidad de calostro es suficiente para satisfacer al recién nacido y que su contenido de agua no es del 50%. Gráfico 3.

Sobre la anatomía de la mama el 70% de los encuestados tuvieron buenos conocimientos del sistema glandular relacionadas con el almacenamiento y eyección de la leche, el resto aún tienen deficiencias. Gráfico 4.

Al comparar el nivel de conocimiento con otros estudios se observó un nivel de conocimiento del tema mayor. Lo que es de mucho valor para utilizarlos en la práctica de actividades como charlas, talleres orientación adecuada a las puérperas. Este nivel de conocimiento abarca los

diferentes temas relacionados con la lactancia desde la anatomía hasta el mecanismo de producción y eyección de la leche materna al igual que la composición de sus diferentes nutrientes. (2) (5) (7)

En cuanto al caso clínico que ayudará a valorar la actitud del médico en el caso de Karla una puérpera de 7 siete días que piensa que no tiene suficiente leche para sustentar a su BB, el 74% respondieron con una actitud favorable o positiva refiriendo que en estos casos examinarían el estado nutricional de la madre y las mamas por si presentan alguna alteración que le impida una lactancia exitosa. A mayoría de los médicos encuestados respondieron que también valorarían la forma de succión del BB y su tipo de agarre, posición etc., considerando que la mayoría tienen actitud favorable. Está demostrado que una buena orientación y capacitación en las madres tempranamente puede lograr una lactancia exitosa. (10) (8) Gráfico 5

Cuando analizaron el caso de Teresa quien junto con su esposo desea que le receten una leche de pote ya que su BB ha pasado llorando de hambre, la mayoría de médicos encuestados (62%) respondieron que le explicarían a la pareja lo que está pasando con su BB y le ayudarían para lograr un amamantamiento exitoso. El otro 30% le ayudarían a la mamá como acomodarse al BB para que pueda amamantarlo. Ambas respuestas reflejan una actitud favorable. El hecho que las madres piensen que su bebé no queda satisfecho con su leche es uno de los principales motivos de abandono precoz de la lactancia ya que para calmar el llanto del bebé optan por cambiarse a la leche de pote o artificial asegurando que su hijo queda satisfecho con el cambio de leche. (3) (4) . Gráfico 6.

Al preguntarle sobre la actitud que tomaría para ayudar a una madre cuyo bebe no ha logrado un buen agarre del pecho el 96% respondieron favorablemente ya que están de acuerdo en ayudarle enseñándole a lograr un agarre y una posición adecuada para lograr una lactancia exitosa. Gráfico 7

Al evaluar la actitud de los médicos en situaciones de mujeres con pezones invertidos el 72% contestaron con una actitud favorable ayudando a la madre a optar con diferentes posiciones hasta obtener a más adecuada para que su bebé pueda amamantar y explicándole a la vez que la succión le servirá para mejorar su pezón invertido. El 26% tuvieron una actitud más pasiva cuando demostraron un menor interés en el caso referido. 8

Al evaluar el nivel de práctica relacionada con actividades propias de la lactancia materna como es el diagnóstico de un mal agarre en madres que amamantan el 80% respondieron correctamente por lo que considera que tienen la capacidad para diagnosticar este problema el 8% se clasificó como una práctica regular. El 12% no han llegado a esa competencia Gráfico 9.

La extracción manual de la leche es una actividad necesaria en mujeres que muchas veces no pueden dar de amamantar por lo que es importante que toda mujer durante su etapa de puerperio. El médico debe estar en capacidad de orientar a la madre para que pueda realizarlo sin dificultad. Al preguntar sobre la técnica solo el 22% contestaron de forma correcta. El 64% del encuestado se clasificó como una práctica regular. El 14% restante no alcanzaron dicha competencia. Hay pasos en la técnica como es el frotar y deslizar los dedos con el pecho o colocar los dedos cerca del pezón y/o exprimirlos que no son adecuados la mayoría de los médicos encuestados no lograron diferenciarlo de los otros pasos que son correctos. (10) (2) Gráfico 11.

Lograr que todas las mujeres que practican a lactancia exclusiva tengan un buen agarre de su bebé al pecho materno, sería la clave del éxito en esta práctica tan importante (10) (7) a diferencia de lo observado en la extracción manual de la leche, el 72% de médicos alcanzaron una buena práctica, el 28% restante una práctica regular. Gráfico 11.

En diagnóstico oportuno de un agarre ineficaz en la práctica diaria lograría que muchas madres no abandonen la lactancia de forma prematura lo que reduciría muchas muertes en infantes. (6) (8) La mayoría de los médicos encuestados saben diagnosticar un agarre ineficaz en base a los signos clínicos encontrados en la madre y su hijo tales como la presencia de fisuras en el pezón, las características de la piel del pecho materno, el llanto del bebé y la incomodidad de la madre. El 74% tienen la competencia suficiente para esta práctica y el 16% una práctica regular. Gráfico 12.

La forma en que succiona el bebé contiene criterios que pueden valorarse y de esta manera valorar el tipo de succión que realiza, El 92% de los encuestados lograron reconocer los puntos importantes a valorar como son la cantidad de areola dentro de la boca del bebé, el labio inferior si está invertido o evertido, si hace ruido al tragar o succionar, el 8% no cumplieron dicha competencia. Gráfico 13.

En relación a las diferentes posiciones de amamantamiento solo el 16% lograron una buena práctica, el 74% no pudieron diferenciar los pasos para una buena posición de los pasos que no son adecuados independiente que sea sentada o acostada. Gráfico 14.

Analizando el nivel de conocimiento de los médicos se observó que tenían un alto nivel (90%), a diferencia de la práctica sobre lactancia materna una buena práctica en el 58% y una práctica regular en el 34% de los residentes y especialistas encuestados, el nivel de actitud fue intermedio de las dos anteriores ya que el 72% presentaron actitudes favorables y el 25% actitudes intermedias o más pasivas que en el primer grupo. Esto demuestra nuevamente que el nivel alto de conocimiento no es equivalente a una buena práctica o competente, lo que tampoco está relacionado con la actitud en este caso del personal médico ya que a pesar que a mayoría tenían actitudes favorables estas no fueron suficientes para nivelarse con la práctica.

El nivel de conocimiento alto en lactancia materna del personal médico constituye la principal fortaleza seguido por la actitud favorable encontrada en la mayoría de los encuestados principalmente en situaciones que aumentan el riesgo de utilizar otro tipo de leche. Gráfico 16 y 17

La debilidad se encontró en las técnicas de amamantamiento y extracción manual de la leche, esto no permite la participación necesaria para ayudar u orientar a las madres en las salas de puerperio o neonato que son momentos oportunos para realizar una práctica adecuada y que puedan lograr una lactancia exitosa. Gráfico 18 y 19

En relación a si se encontró alguna diferencia entre los residentes de pediatría y gineco obstétrica no se encontró diferencia en cuanto al nivel de conocimiento ni en la prácticas de amamantamiento ya que en esta última el nivel de dificultad fue similar en ambos grupos. Donde se observó diferencia fue en la actitud específicamente cuando la madre piensa que no tiene suficiente leche ya que la actitud pasiva fue mayor en el grupo de pediatría (OR: 227; IC: 074- 335)

CONCLUSIONES

1. La distribución de la categoría de los médicos encuestados fue representativa para todos los niveles de formación y especialidad.
2. El nivel de conocimiento en la mayoría de los médicos encuestados fue alto a diferencia del nivel de práctica que osciló entre buena a regular encontrando diferencia significativa. (RR: 1.55: IC: 1.20-2) El nivel de actitud varió entre favorable en la mayoría de los médicos y la actitud pasiva en una tercera parte de los encuestados. La práctica deficiente y la actitud desfavorable fue baja.
3. La principal fortaleza encontrada fue el nivel de conocimiento sobre temas de lactancia, siendo algunas prácticas de amamantamiento la principal debilidad.
4. No se observó diferencia significativa en relación al conocimiento y prácticas de amamantamiento en el grupo de residentes de obstetricia y pediatría. Solo se encontró diferencia significativa en la actitud relacionada con madre que piensan que tienen poca leche en ambos grupos.

RECOMENDACIONES

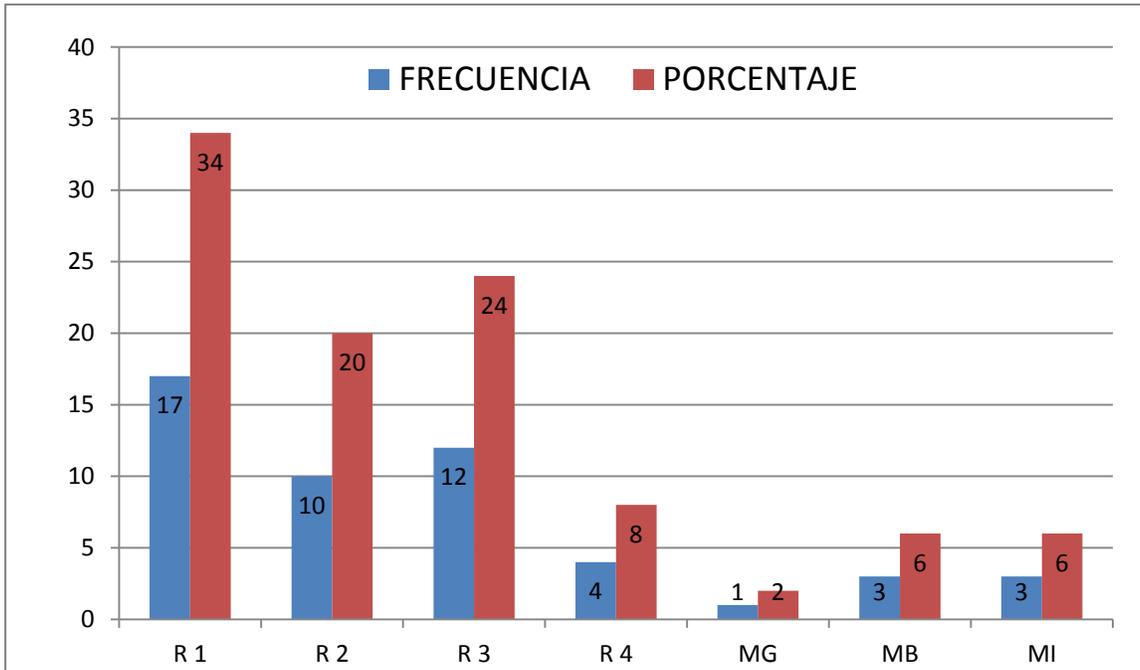
- 1) Implementar talleres de capacitación y evaluación continua sobre lactancia enfatizando en las prácticas de amamantamiento dirigida a todo el personal de salud que está en contacto con las madres en su puerperio inmediato.
- 2) Fortalecer el apego precoz y lactancia materna exclusiva con la participación más activa y directa de los médicos residentes de pediatría y gineco obstetricia para lograr una lactancia exitosa.
- 3) Fortalecer el comité de lactancia materna que existe en el hospital y que haya mayor participación de médicos residentes y enfermeras que están en mayor contacto con madres en su puerperio inmediato y mediato.
- 4) Retomar nuevamente los talleres de lactancia con una metodología de enseñanza diferente con una participación más activa y dinámica que incluya prácticas de amamantamiento y extracción láctea directamente con puérperas en salas de maternidad y apego precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. **2012, INIDE.** *ENCUESTA nICARAGUENSE.* MaNagua : INIDE, 2012.
2. **OMS.** *Lactancia materna exclusiva.* s.l. : OMS, 2017.
3. *Capaciación sobre lactancia materna a personal de enfermería de un hospital de un segundo nivel de atención.* **VALENZUELA Alma, SOTO María Elena, HERRERA Luis.** Pag: 62-70, Matamoros, México : Revista de Especialidades Médico Quirúrgico, 2009, Vol. 14(2).
4. **Tamara, ALIUSKA.** *Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en mujeres del Consejo Popular del Policlínico de Campechuela.* Cuba : Universidad de granma, 2007.
5. **LOASIGA Marta.** *Efecto de la implementación de la Estrategia Hospital Amigo de la madre y la niñez.* Managua, Nicaragua : UNAN, 2013-2014.
6. **Aylin, BAYDAR.** *Conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto la lactancia y la leche materna.* Universidad de Turquía, Turquía : 2013.
7. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Recurso Humano de Salud, sobre Lactancia Materna en el Primer Nivel de Atención de Panamá.* **RODRIGUEZ Falide, De LOPEZ Aracellys, CHAMORRO Fermina y col.** Sn Miguelito, Panamá : Academia Panameña de Medicina Y Cirugía, 2014, Revista Panameña de Medicina y Cirugía, Vol. 34 (3).
8. **PAGUAY Diana, SIGUENCIA Angélica.** *Conocimientos, Actudes y Prácticas de personal de salud, respecto a las políticas de los diez pasos para una lactancia materna. exitosa.* Hospital Vicente Corral, s.l. : s.n.
9. *Conocimiento que tiene el personal de salud del servicio de maternidad sobre lactancia excusiva.* **académicas, Portal de revistas.** Costa Rica : s.n., 2012, Vol. Nº 21.
10. **UNICEF.** *INiciativa Hopital amigo del niño: Evidencia Científica de los 10 pasos y avances recientes. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral.* Washington, D.C : UNICEF, OMS., 2009.
11. **UNICEF, OMS.** *consejería en Lactancia Materna.* Nueva York : UNICEF, 1993.
12. **SERIS.** *guía de lactancia materna para profesionales de salud.* s.l. : Consejería de salud, 2010.
13. **Omar, SANCHEZ.** *Conocimientos y habilidades de médico familiar sobre consejería en lactancia materna.* Univeridad autónoma de Aguas Calientes, México : 2012.
14. **A, VALDES V y PEREZ.** *Fisiología de la glándula mamaria y la lactancia.* *Fisiología de la glándula mamaria y la lactancia.* 2003, págs. 1 - 5.
15. **GAMBOA Edna, PRADA Gloria, GALO Kelly.** *Conocimientos , actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable.* Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander (UIS), Bucaramanga, Colombia. : OMS, 2007.

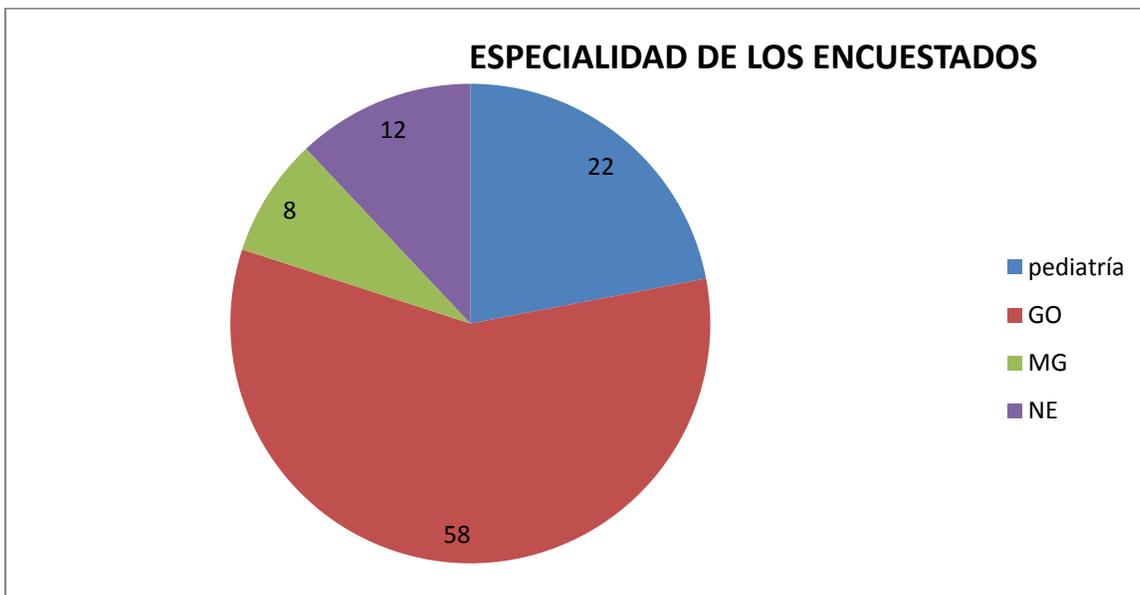
ANEXOS

GRÁFICO 1: FRECUENCIA DE MÉDICOS ENCUESTADOS



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A MÉDICOS. HAN

GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN AREA A QUE PERTENECEN LOS ENCUESTADOS



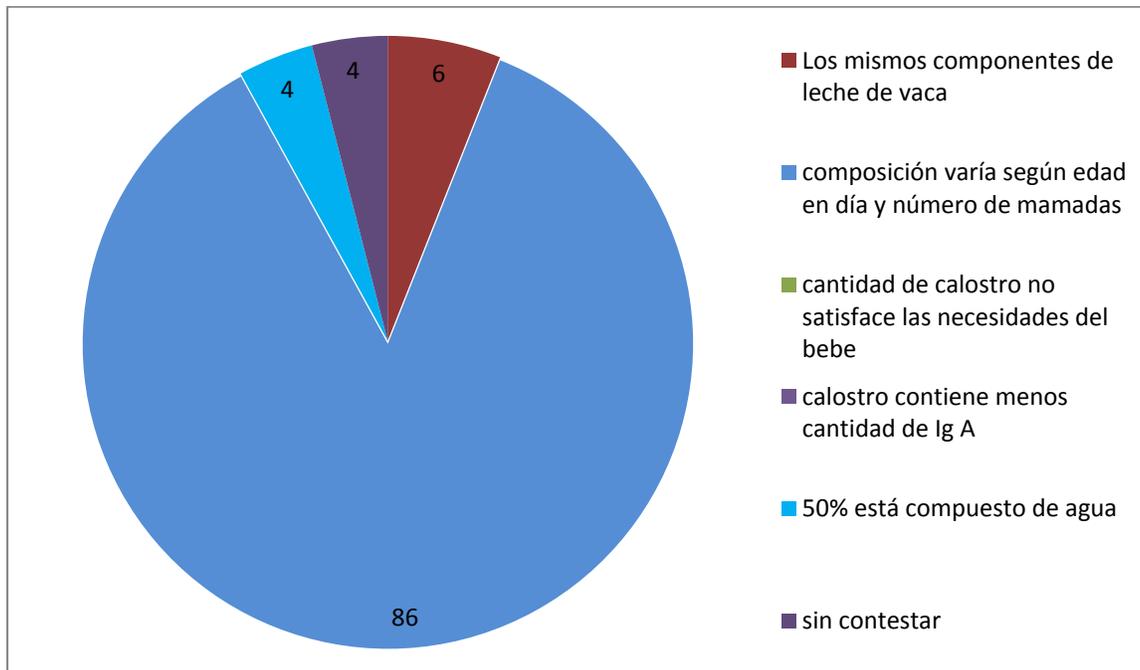
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS AL SECTOR MÉDICO. HAN

CUADRO 1: PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA	LACTANCIA MARNTERNA EXCLUSIVA	%	PRODUCCIÓN Y SECRECIÓN DE LA LM VA A DEPENDER	%
Reduce la mortalidad infantil	Se inicia posterior a que la madre se recupere del parto		La cantidad de veces que el BB llora	
Sus beneficios en salud persisten hasta edad adulta	La madre la proporciona cada 4 horas		Cantidad de prolactina que se libera principalmente durante el día	6%
Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo del lactante	En temporadas de calor la madre puede alternarla con agua		Efecto que produce la oxitocina a nivel del útero	
Favorece el pronto restablecimiento del niño frente una enfermedad	Proporcionar solo leche materna sin ningún tipo de alimento hasta los 2 años		El tamaño de las mamas y cantidad de glándulas productoras de leche	
Todas son ciertas	Es la forma de alimentación más óptima en los primeros 6 meses	100%	El reflejo nervioso que se produce con la succión del BB	94%

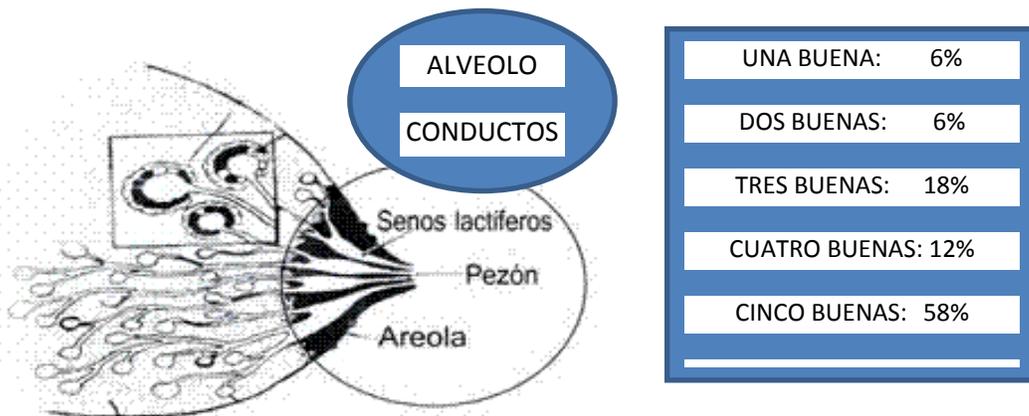
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS AL SECTOR MÉDICO. HAN

GRÁFICO 3: CONOCIMIENTOS SOBRE LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA



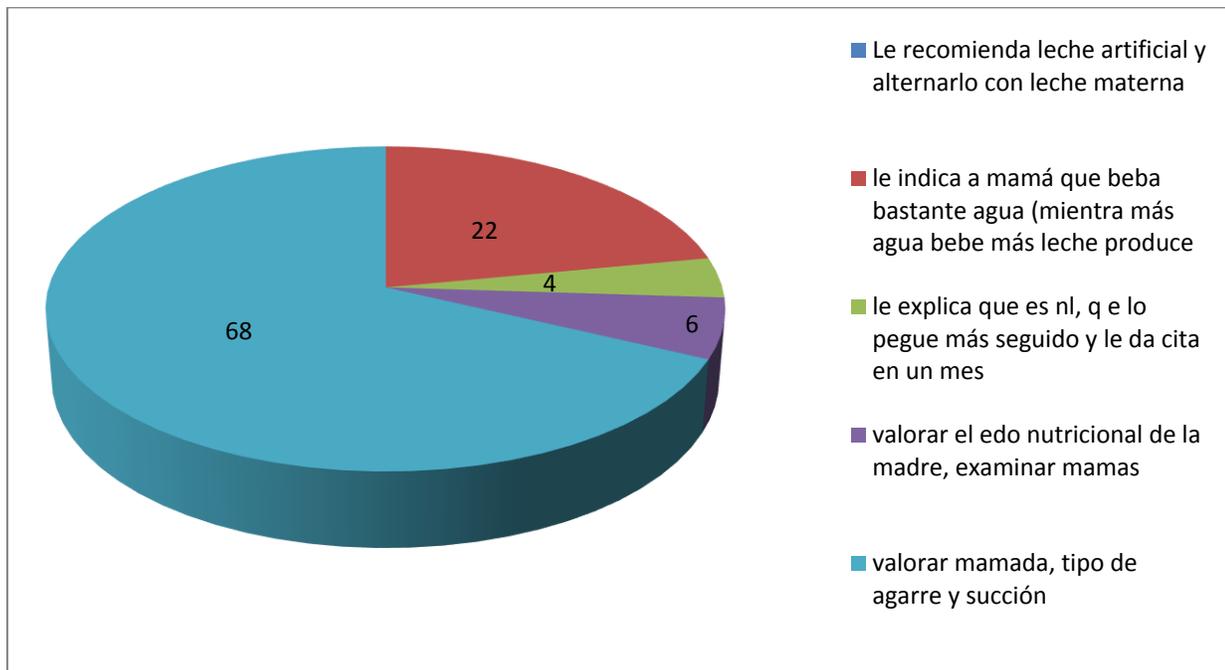
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS AL SECTOR MÉDICO. HAN

GRÁFICO 4: DIBUJO SOBRE ANATOMÍA DE LA MAMA



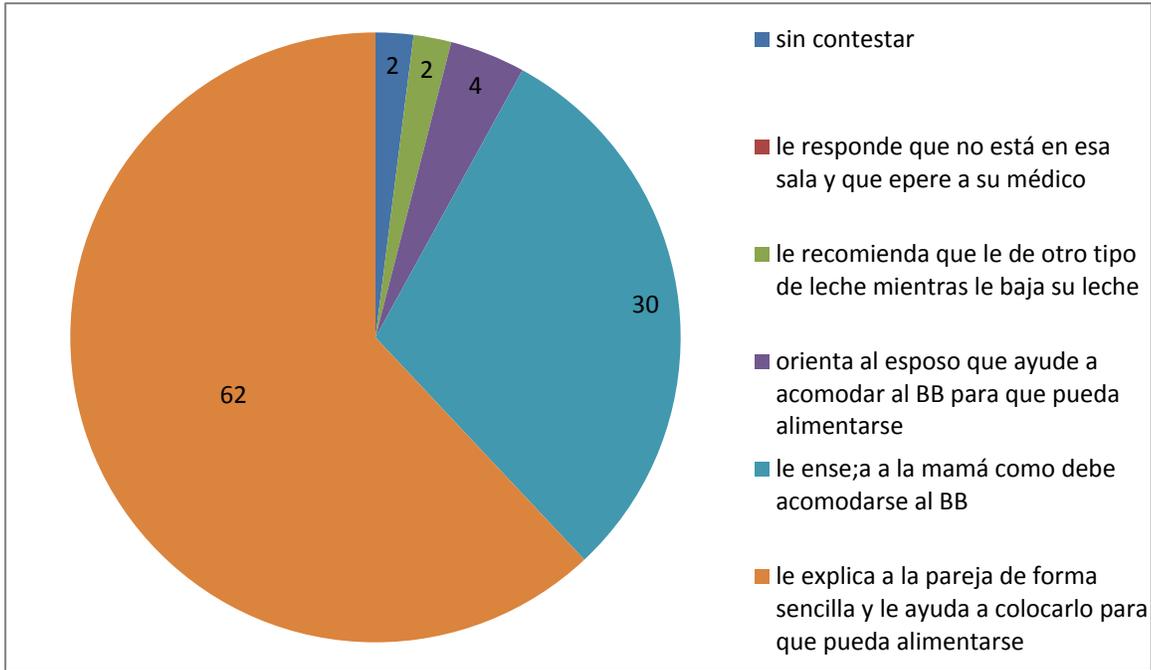
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS AL SECTOR MÉDICO. HAN

GRÁFICO 5: ¿QUE RECOMENDARÍA A KARLA PARA SUSTENTAR EL HAMBRE DE SU BB DE 7 DÍAS DE NACIDO YA QUE ELLA Y SU MADRE PIENSAN QUE NO LE SALE LECHE SUFICIENTE?



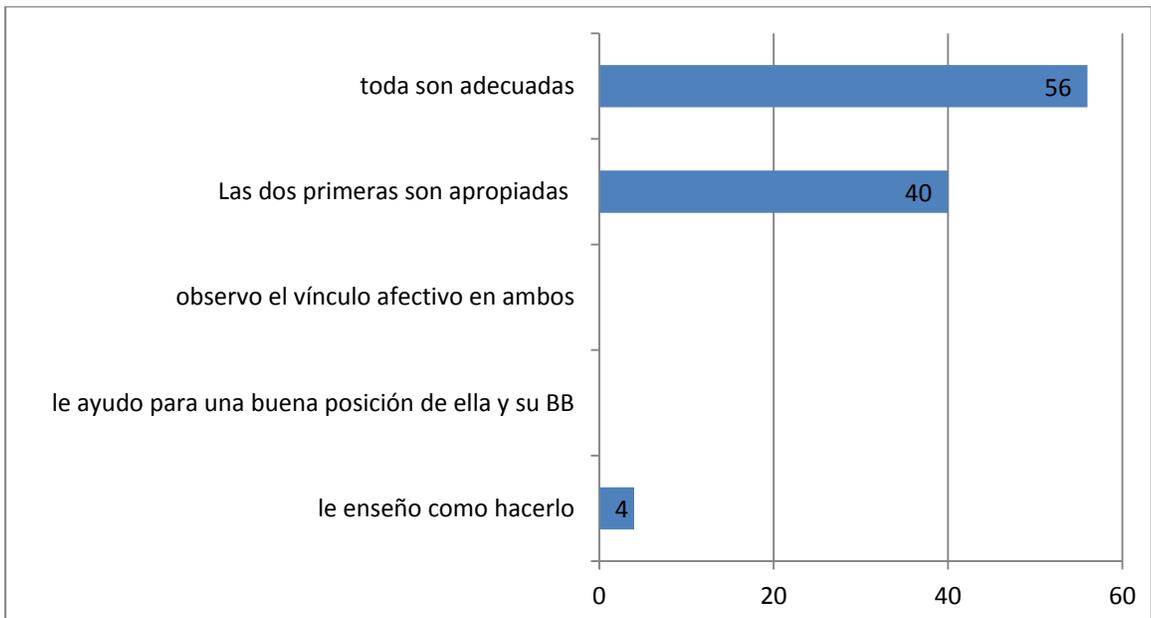
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN

GRÁFICO 6: ACTITUD ANTE EL CASO DE TERESA CUYA PAREJA DESEA QUE LE RECOMIENDEN UNA LECHE ARTIFICIAL DEBIDO AL LLANTO DE SU BEBE.



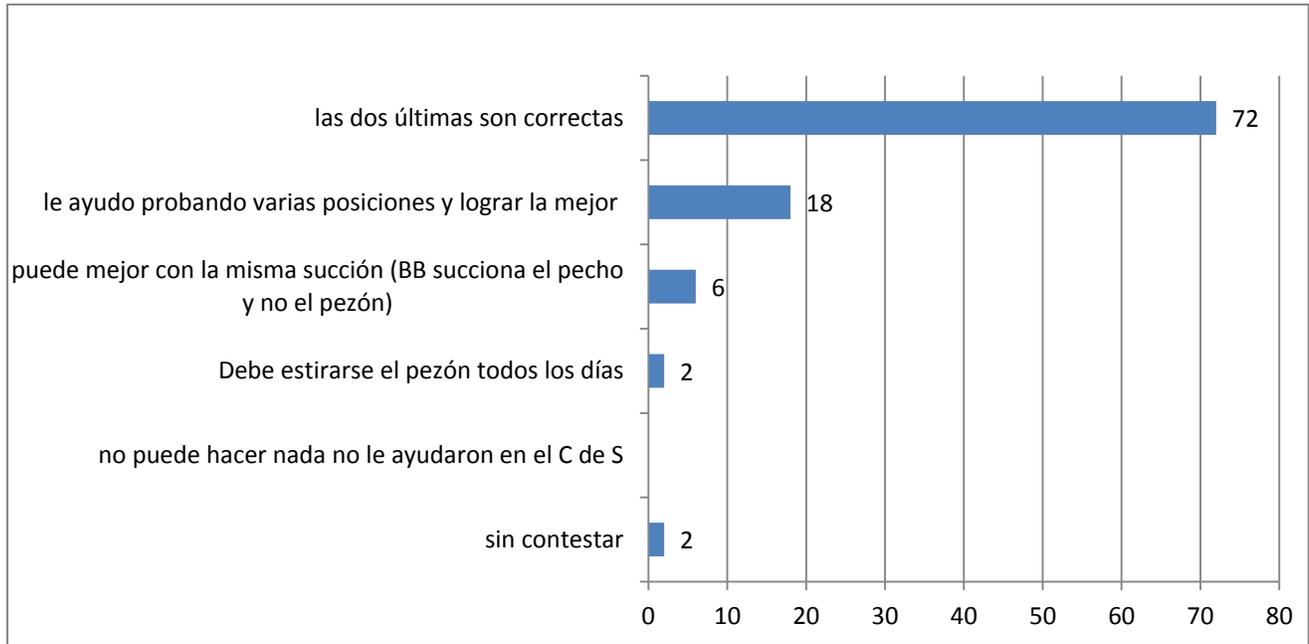
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A MÉDICOS DEL HAN.

GRÁFICO 7: RESPUESTAS EN RELACIÓN A LA ACTITUD QUE TOMARÍA ANTE UNA MADRE CON UN MAL AGARRE DEL PECHO MATERNO.



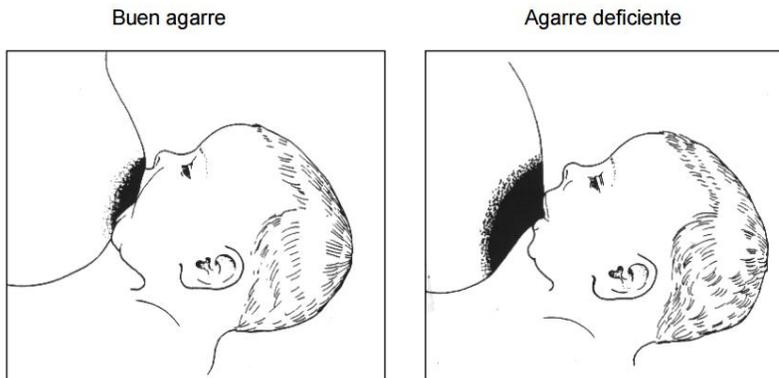
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS HAN.

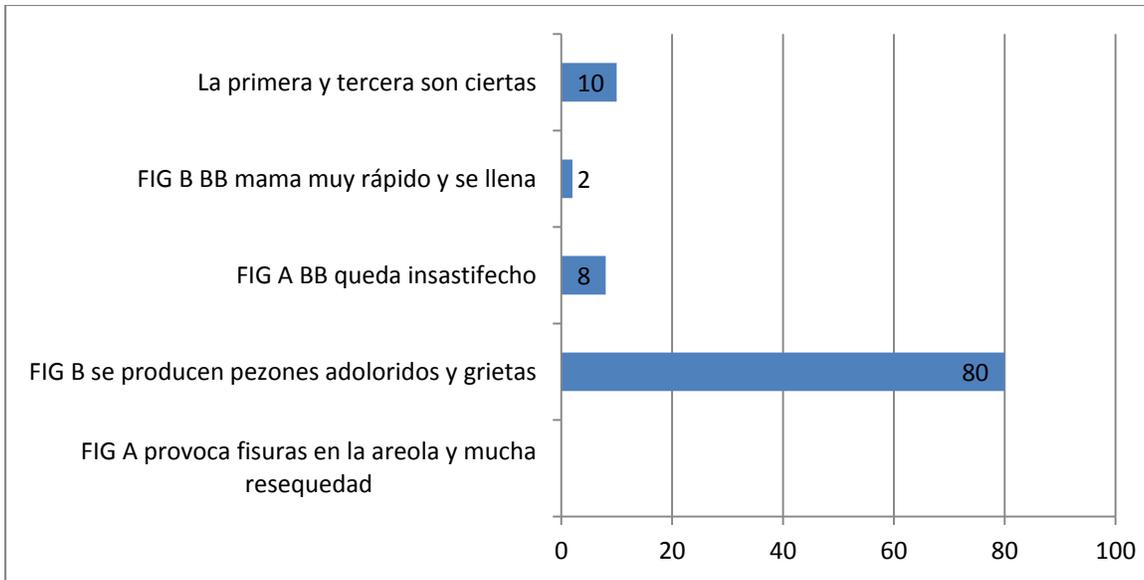
GRÁFICO 8: ACTITUD ANTE MADRE CON PEZONES INVERTIDOS



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A MÉDICOS. HAN

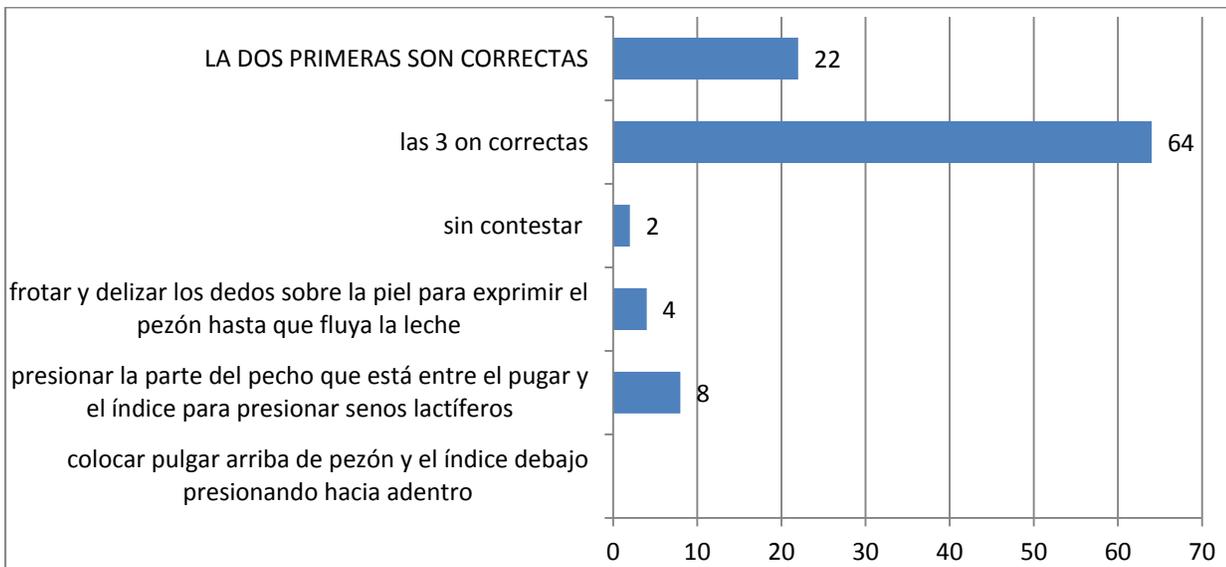
GRÁFICO 9: CUAL ES LA FORMA INCORRECTA DE AGARRAR EL PEZÓN Y CONSECUENCIAS





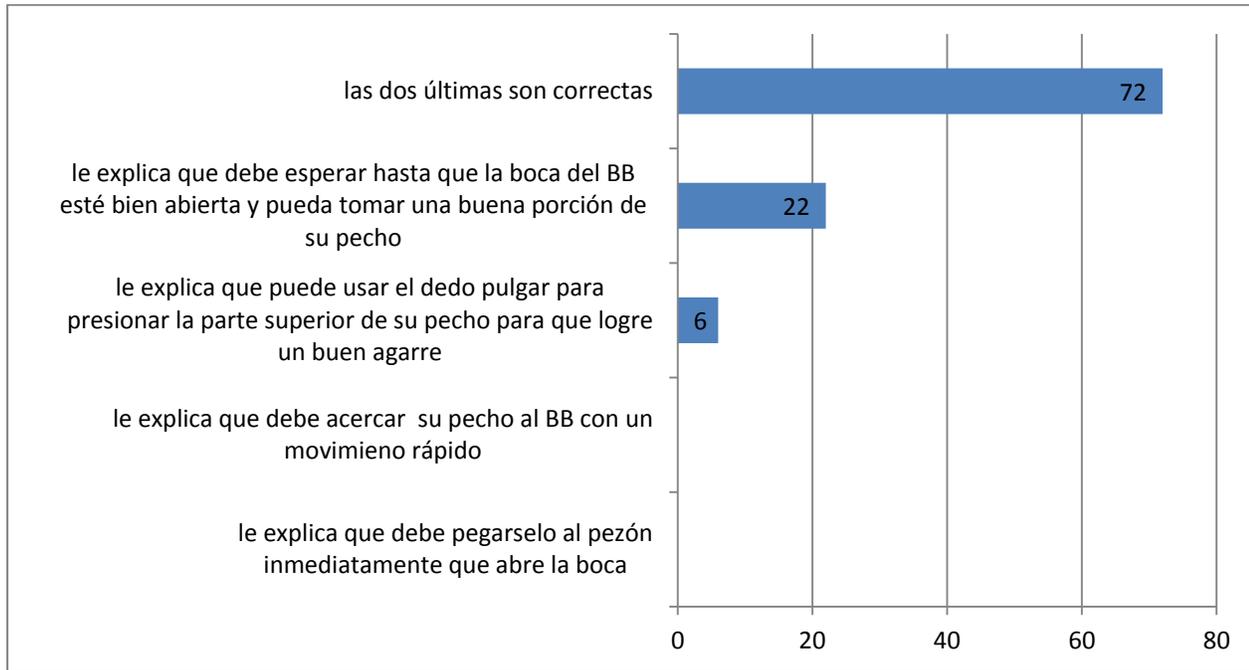
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A MÉDICOS. HAN

GRÁFICO 10: CUAL ES LA TÉCNICA CORRECTA PARA ORIENTAR SOBRE LA EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE?



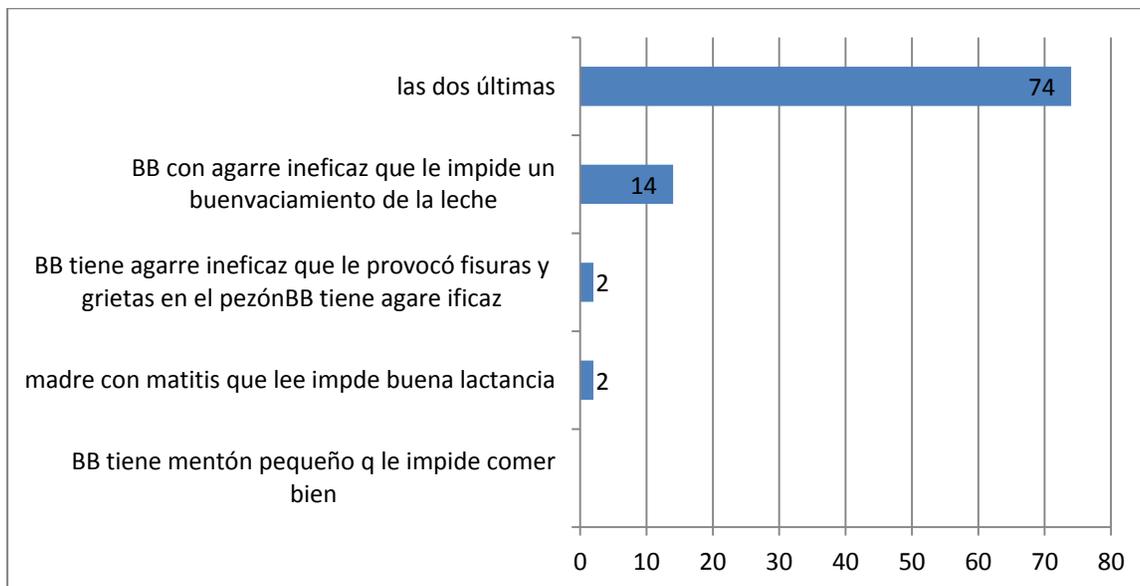
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 11: TECNICA PARA UN BUEN AGARRE DEL BEBÉ AL PECHO MATERNO.



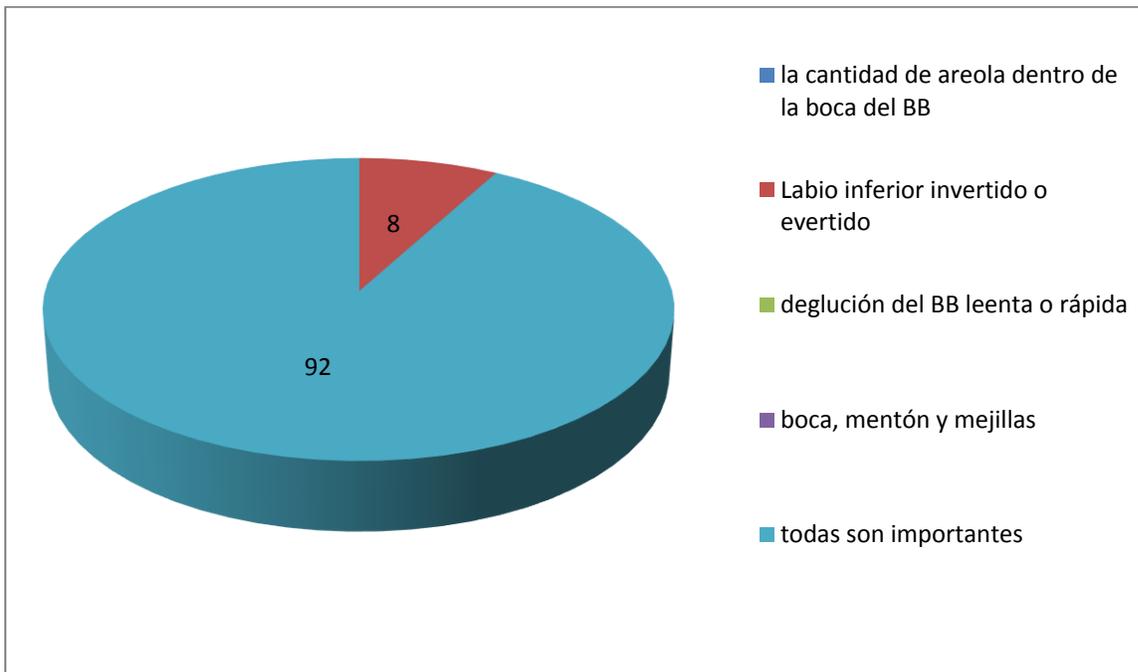
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 12: COMO DIAGNOSTICAR UN AGARRE EFICAZ O INEFICAZ



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 13: PUNTOS IMPORTANTES A EVALUAR EN LA SUCCIÓN DEL BEBÉ



FUENTE:

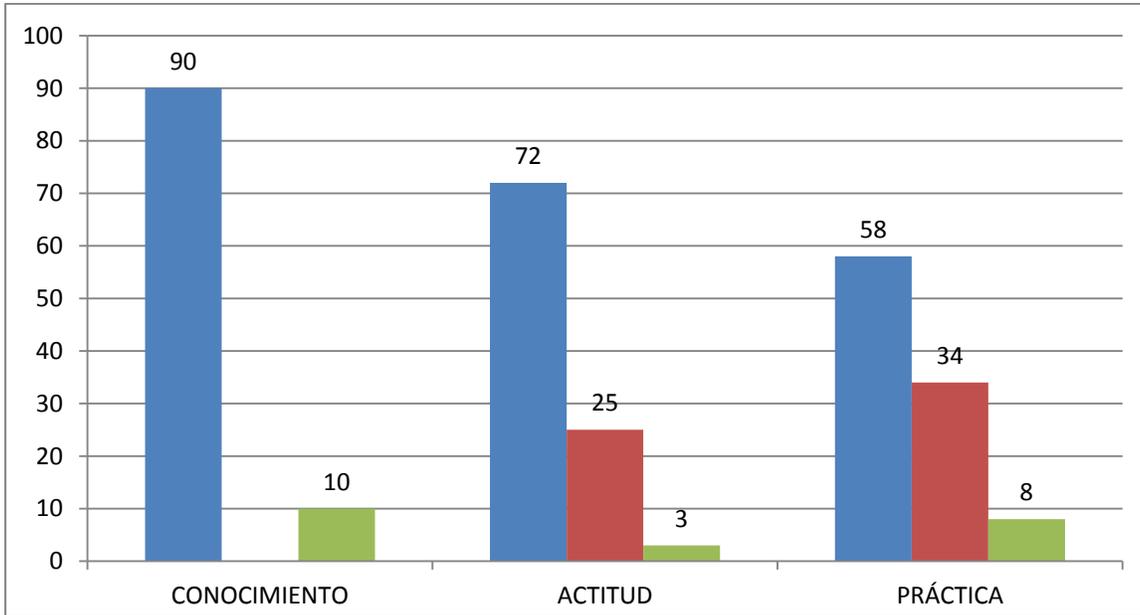
ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICA 14 PASOS PARA UNA BUENA POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO



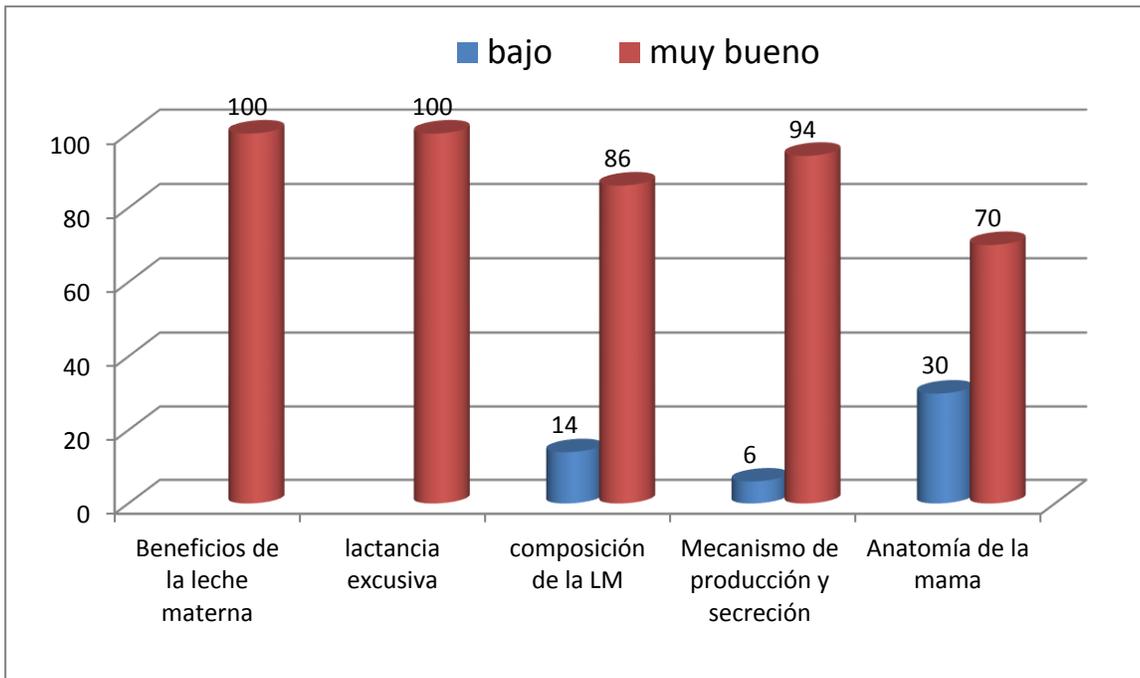
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

CUADRO 15 CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN RESIDENTES Y ESPECIALISTAS. HAN



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

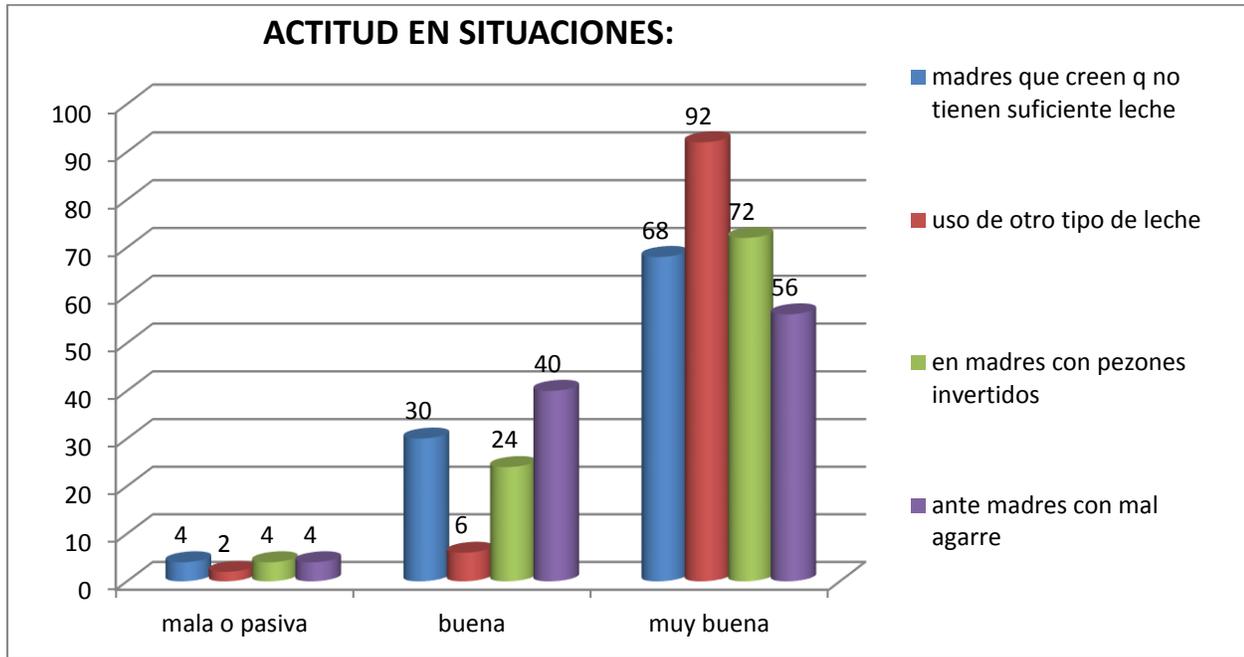
GRÁFICO 16: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PERSONAL MÉDICO ENCUESTADO



FUENTE:

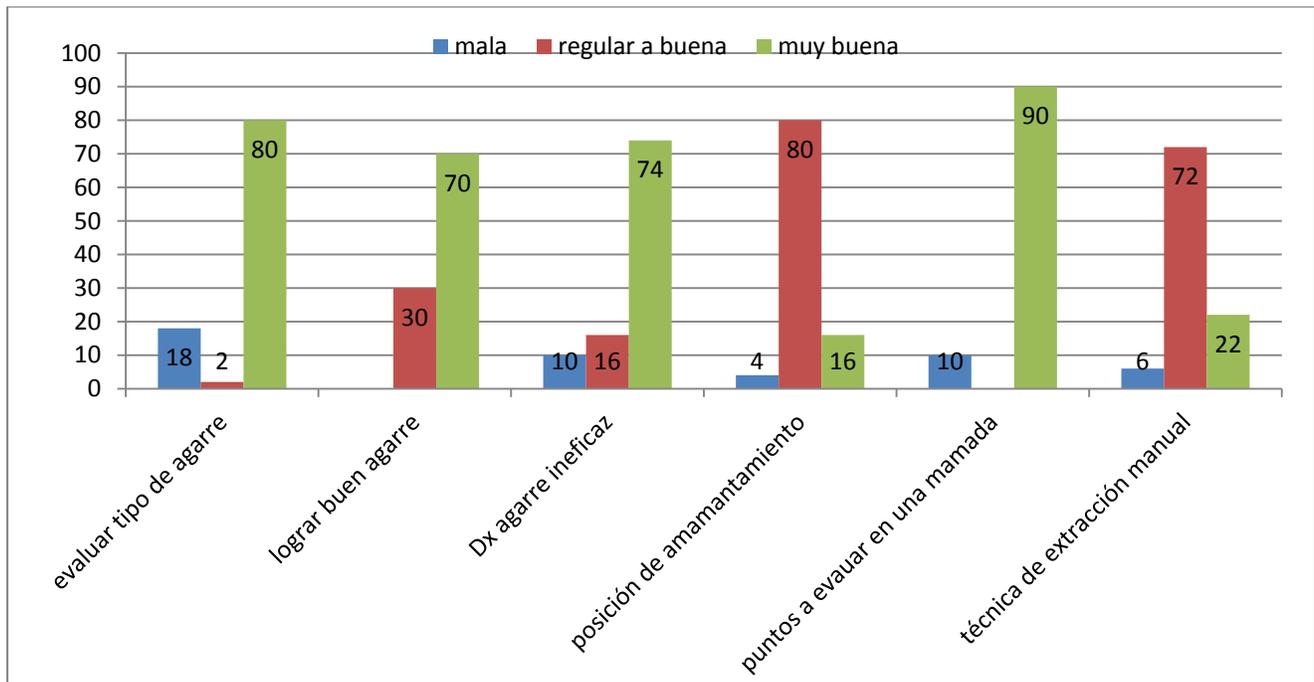
ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 17: ACTITUD DE PERSONAL MEDICO ENCUESTADO SOBRE LACTANCIA MATERNA



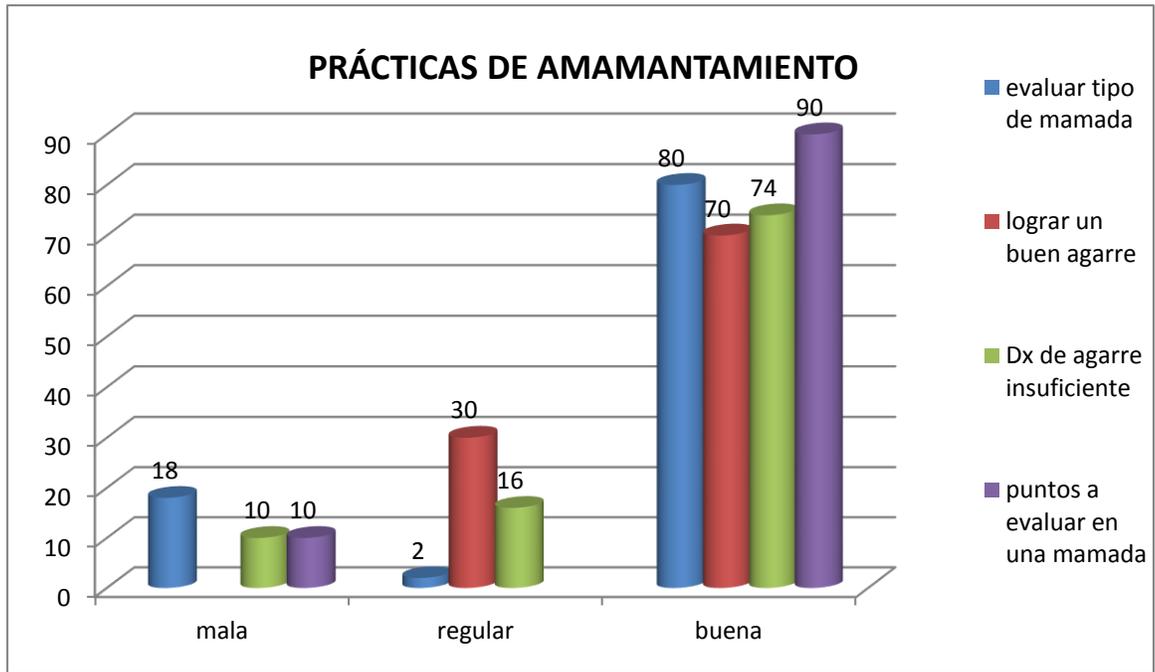
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 18: NIVEL DE PRÁCTICA EN TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN PERSONAL MÉDICO ENCUESTADO



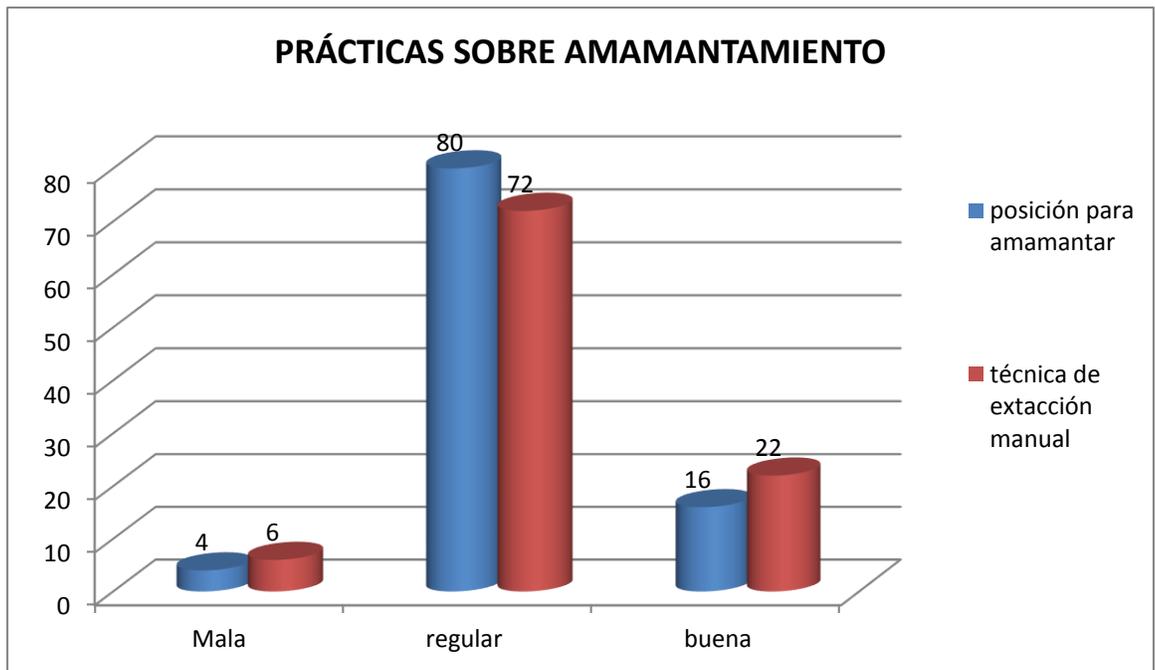
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 19: NIVEL DE PRÁCTICA SOBRE TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN PERSONAL MÉDICO ENCUESTADO



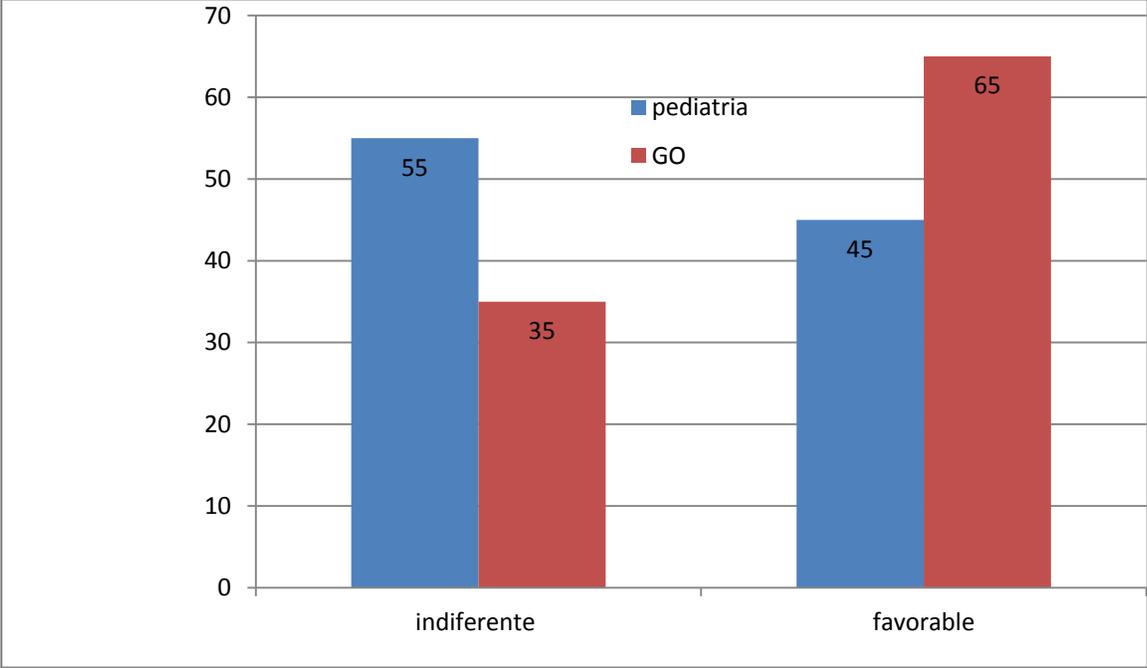
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 20: NIVEL DE PRÁCTICA DE PERSONAL MÉDICO ENCUESTADO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.

GRÁFICO 21: RELACIÓN ENTRE ACTITUD Y PERONA MÉDICO ENCUESTADO



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS A PERSONAL MÉDICO. HAN.