

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN –MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Trabajo Monográfico para optar al Título de Doctoras en Medicina y Cirugía

INFORME FINAL

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

AUTORAS: Bra. Celene de los Ángeles Olivas Altamirano.
Bra. Sofía del Carmen Lacayo Lacayo

TUTOR: Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – Managua

DEDICATORIA

A Dios,

Por haberme permitido llegar hasta acá, por su amor y sus bendiciones, cuando mis fuerzas declinaban comenzaban las de él a actuar en mí.

A mis padres,

Mi razón de ser, por mostrarme el camino de superación, por los ejemplos de perseverancia y constancia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, y por los principios y valores cristianos que me inculcaron desde niña, los amo.

A mi hermana adorada y hermano,

Mi hermana, mi segunda madre, mi mejor amiga, que a pesar de la distancia están siempre presente en mi corazón, apoyándome e impulsándome a superar cada etapa por la cual voy pasando, por su amor y ser una gran motivación e influencia positiva en mí.

A mi esposo,

Con todo mi amor, por creer y confiar en mi capacidad, por estar conmigo en todo tiempo, es un pilar en mi vida, un hombre que me impulsa a superarme cada día más, por su comprensión y motivación de luchar para alcanzar mis metas.

A mis maestros,

Por haber formado parte de mi educación, instruirme en éste camino y ser una fuente de inspiración.

Bra. Celene de los Ángeles Olivas Altamirano.

DEDICATORIA

A mis Padres César y Lylliam,

Por su inmenso apoyo en toda mi vida, por su sacrificio, por su fuerza y perseverancia. Por su apoyo incondicional, por estar conmigo siempre enseñándome de la vida y mostrarme el camino a seguir.

A mi hermana adorada Ingrid,

No sé qué sería de mí sin ti, desde niñas me enseñaste el valor de la hermandad y a lo largo de mi vida eres ese pilar fuerte, mi ejemplo a seguir.

A mi Tía Leticia,

Por mostrarse como un ejemplo de lucha, fuerza, inteligencia y abnegación. Gracias por su gran apoyo a lo largo de mi vida.

A Kenneth,

Por ser mi fuerza, por tu apoyo incondicional, por soportar mis fallas y empujarme a mejorar cada día, por estar siempre para mí.

A Don Miguel y Doña Sandra,

Por tolerarme estos últimos meses y abrirme las puertas de su hogar siempre con una sonrisa .

A Hellen,

Mi bella amiga en quien puedo confiar incondicionalmente, eres un gran apoyo.

A mis maestros,

Quienes han sido pilar fundamental en mi formación y guías en mi camino.

Bra. Sofía del Carmen Lacayo Lacayo

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente al Creador, nuestro Dios, por ser el guía de nuestras vidas, el benefactor de nuestra inteligencia y quien nos permitió la vida; por crearnos perfectas ante sus ojos y darnos nuestros dones para lograr ser médicas consientes, bondadosas que laboraran a su nombre.

Agradecemos a nuestra facultad de Ciencias Médicas UNA-Managua, por abrirnos las puertas de su seno científico, para poder estudiar dicha carrera, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos, apoyo y motivación para seguir adelante.

Gracias de corazón a nuestro tutor, José Francisco Reyes, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Ha sido un privilegio contar con su guía y apoyo.

Gracias a cada uno de nuestros familiares que estuvieron presentes en todo este trayecto tanto en el ámbito profesional como personal, por empujarnos a la aventura de esta profesión y estar de manera incondicional.

*Bra. Celene de los Ángeles Olivas Altamirano.
Bra. Sofía del Carmen Lacayo Lacayo*

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1 - 2
ANTECEDENTES-----	3 - 6
JUSTIFICACION-----	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	8
OBJETIVOS-----	9
MARCO TEORICO-----	10

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS----- 40

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	50
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	59
CONCLUSIONES-----	65
RECOMENDACIONES-----	66

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA----- 67

CAPITULO V. ANEXOS----- 70

RESUMEN

La Lactancia Materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna exclusiva, previene los estados de malnutrición y puede salvar la vida de cerca de un millón de niños por año.

En Nicaragua, el fomento de la lactancia materna se ha desarrollado mediante alianzas estratégicas entre el Ministerio de Salud y diversas organizaciones que vigilan y promueven la promoción y el desarrollo de lactancia materna exclusiva por lo menos durante los primeros seis meses de vida.

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

El propósito de esta investigación fue elaborar una evaluación sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

Se realizó estudio en 360 mujeres, las cuales fueron entrevistadas, obteniendo los principales resultados:

El 39.7% correspondió al grupo de 30 a 39 años, y el 37.5% al grupo de edad de 40 a 49 años. Y un 19.2% en el grupo de 21 a 29 años. Según el estado civil predominaron las mujeres solteras con un 40.8%, estuvieron casadas el 20.8%.

Con respecto al número de hijos se encontró que el 35.0% de las mujeres habían parido un hijo, en el 24.2% habían tenido dos hijos al momento del estudio, solamente el 8.3% de las mismas tenían 3 hijos, el 20.3% de las mujeres entrevistadas NO había tenido hijos. En cuanto a la

religión, las mujeres en estudio un 20.8% profesaban la religión católica y un 40.8% la evangélica, un 38.4% pertenecían a otras entidades religiosas. Las mujeres tuvieron una procedencia rural, en el 24.2% de los casos procedencia urbana en el 75.8%. En la escolaridad encontramos que el 43.0% cursaban Primaria, 24.2% cursaban la secundaria, 1.1% nivel técnico y un 31.7% se encontraban en la universidad. En el 13.1% de los casos fueron amas de casa, en el 46.1% fueron trabajadoras y el 20.8% eran estudiantes, un 20.0% de las mujeres se encontraba desempleada.

De manera general encontramos que el nivel de conocimientos fue bueno en el 65.8% de los casos, la actitud en su mayoría fue Favorable con un 64.2%, y el nivel de prácticas fue en su mayoría malo con un 42.8%.

Los resultados obtenidos nos orientan a desarrollar Medidas y Programas para fortalecer la Lactancia Materna Exclusiva, contando para ello con todos los miembros de la comunidad y con una presencia interinstitucional de forma beligerante, que garantice un seguimiento y evaluación de dichos programas, de forma continua y objetiva.

El personal de salud, así como las Unidades de Salud, juegan un importante rol, ya que representan un ambiente influyente, y a la vez promotor, de la Lactancia Materna, y así mismo esto conlleva a una mejor comunicación con las usuarias, logrando aclarar dudas y mejorar el conocimiento y la actitud de las mujeres ante los mitos y tabúes que la población en general maneja alrededor del tema de Lactancia Materna.

La población en general, líderes comunitarios, padres de familia y mujeres deben tomar una mayor conciencia de la importancia que representa la promoción y desarrollo de la Lactancia Materna en nuestro país. Las limitaciones en el proceso de amamantamiento provocan repercusiones a corto y mediano plazo en la población infantil, desarrollando cambios severos en las tasas de la morbimortalidad durante el primer año de vida.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016, realizado por las Bachilleres Celene de los Ángeles Olivas Altamirano y Sofía del Carmen Lacayo Lacayo, abordan un tema de mucha importancia en el campo de la salud Materno Infantil en Nicaragua.

La promoción de Lactancia Materna en el mundo cada vez se hace más necesaria porque fortalece desde diferentes ópticas el desarrollo de los niños, dándoles mejores oportunidades de vida, en un ambiente seguro y firme, teniendo como base el binomio Madre-Hijo.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre Lactancia Materna, fortalecerá una mejor conciencia para fomentar una vida más saludable, donde nuestras mujeres sean verdaderas impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

El aumento de una buena práctica de Lactancia Materna en Nicaragua, desarrollará cada día más, mejores condiciones en los índices de la Salud Infantil del país.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por las Bachilleres Celene de los Ángeles Olivas Altamirano y Sofía del Carmen Lacayo Lacayo, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a las Bachilleres Celene de los Ángeles Olivas Altamirano y Sofía del Carmen Lacayo Lacayo, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular.
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.

INTRODUCCIÓN

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales.

La leche materna, es el primer alimento del ser humano por excelencia. Contiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intra a la extrauterina del niño, presenta múltiples nutrientes indispensables para su correcto desarrollo, protección contra las infecciones y le otorga inmunidad frente a las alergias.

A nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la lactancia materna, como la UNICEF, la IBFAN (International Baby-Food Action Network) y la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action).

La Lactancia Materna es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la LME durante los primeros seis meses de vida.

Las tasas de mortalidad infantil varían de país a país. Las causas son variadas pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente, es de tres a cuatro veces mayor que para los niños alimentados al seno materno.

En Nicaragua, el fomento de la lactancia materna se ha desarrollado mediante la realización de distintos programas, y leyes, fortalecidos con alianzas con los principales actores de la vida socioeconómica del país a fin de desarrollar e impulsar estrategias como lo son las Instituciones

Amigas de la Mujer y la Infancia y la realización de la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año durante el mes de Agosto.

La lactancia materna le aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo y además lo protege de enfermedades; en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el amor con su hijo; en la familia, contribuye a la integración y a la economía familiar.

Nicaragua se ha interesado desde hace varios años en promover la práctica de Lactancia Materna. Estudios sobre nutrición en el país han indicado que los porcentajes de mujeres que inician la Lactancia Materna han venido aumentando poco a poco, en los últimos años. UNICEF Nicaragua ha señalado la mejoría de estado nutricional en los niños menores de 1 año y por otro lado la calidad de vida del lactante ha venido fortaleciéndose.

La elevada tasa de fecundidad, desnutrición y las enfermedades infecciosas, junto con la urbanización e incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil.

Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

ANTECEDENTES

En 2011, en Argentina se hizo un estudio descriptivo, transversal de puérperas atendidas entre 15-40 años de edad antes de su egreso hospitalario, donde se evaluó el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna, relacionándolo con el grado de escolarización, edad y paridad. En relación a la edad, el nivel de conocimiento fue bueno en un promedio a los 27 años; según estado civil tienen más conocimiento las mujeres en unión libre con un 50% y las solteras tienen conocimiento deficiente con un 36,4%; los resultados según número de gestación tienen mejor conocimiento las multíparas con un 75% que las primíparas. (Zimmermann C. , Medina Pinto, Ortiz Gavilán, & Itatí Abreo, 2011)

En el 2011, se realizó en Cuba, un estudio analítico y prospectivo de grupo y controles para determinar el efecto después de una intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros 6 meses en las gestantes del Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”. Se exploró tiempo de lactancia, causas de abandono, morbilidad, pesos y tallas al nacer, donde se obtuvo como resultado que las madres capacitadas lactaron de forma exclusiva mayoritariamente de 4 a 6 meses, y las no capacitadas de 1 a 3. Hubo mayor frecuencia de procesos mórbidos e ingresos en el grupo de control. (Gorrita Pérez, Brito Linares, & Ruiz Hernández, 2016)

En 2012, Perú, se realizó un estudio descriptivo, transversal en el centro poblado Huaylas, Ancash durante febrero de 2011 en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 41,2% de la población presentó conocimientos bajos sobre lactancia humana, 94,1% de las madres encuestadas conocía la exclusividad de la lactancia humana hasta los seis meses de edad. Por otro lado, el 60% sabían servía como método de prevención de enfermedades y 30% manifestó conocer las propiedades anticonceptivas de la lactancia El 91,2% tuvo una actitud positiva y cerca del 60% afirmó que suspenderían la lactancia materna durante los episodios de diarrea. El 64,7% de las madres tenían prácticas neutras y el 23,5% realizaba prácticas inadecuadas. (Veramendi-Espinoza, y otros, 2012)

2014 San Cristóbal, Venezuela se realizó un estudio de gestantes con una edad comprendida entre 14 y 43 años con un promedio de 27 años, donde indicaron que los obstetras eran su fuente de información en un 48%, 26% por familiares y un 10% por medios de comunicación. Un 62,87% indicó iba a alimentar a su recién nacido con lactancia materna exclusiva. Sobre la técnica de amamantamiento el 73,27% respondió que la más importante es la antisepsia de la mama desconociendo las demás. El 65,84% resalta tener conocimiento de los beneficios del calostro. Ante la situación a la no salida de leche el 3,47% cambiaría a una fórmula láctea automáticamente. (Soto, y otros, 2014)

2014, Cuba, se realizó un estudio de intervención cuasi experimental a todas la embarazadas que fueron captadas en el año 2012, cumpliendo con ciertos criterios de inclusión en el trabajo, se aplicó la estrategia educativa sobre lactancia materna, posteriormente se les evaluaron conocimientos, motivaciones y actitudes después de la intervención y se compararon con los resultados iniciales, obteniendo como resultado con un predominio de 20 a 34 años, las de nivel medio superior y las trabajadoras. Antes de la intervención, 102 embarazadas fueron evaluadas mal; 137, de regular y 63 bien; pero luego de la intervención todas fueron evaluadas bien con más motivación. (Guerra Domínguez, Valdés Madrigal, Martínez Guerra, Arias Ortíz, & Martínez Jiménez, 2014)

2016, Turquía se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, actitudes y experiencias de los profesionales sanitarios en relación con la lactancia y leche materna entre Julio 2012 y Diciembre 2013 a 715 personas, recopilando los datos por medio de cuestionarios basado en características socio demográficas, nivel de conocimiento de lactancia y leche materna e información brindada durante la práctica diaria y capacitación recibida sobre ésta, cuyos resultados fueron deficientes en 28,4% y adecuado en el 28,5% lo cual refleja la falta de conocimiento. (Baydar Artantaş, y otros, 2016)

2016, Honduras, se realizaron cuestionarios para evaluar los conocimientos sobre las conductas óptimas de lactancia materna promovidas por Wellstart y su relación con factores socio demográficos, obstétricos y educativos, en 7 hospitales públicos mediante un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 475 madres en puerperio. Se encontró que el 82,3% de las

madres tuvieron un nivel de conocimiento adecuado y relación significativa entre el nivel de conocimiento de conductas estudiadas y edad, procedencia, estrato socioeconómico, estado civil, paridad, número de controles prenatales y fuente de información. (Elvir Mayorquin, y otros, 2016)

A nivel nacional:

2010, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con objetivo de conocer las características y prácticas de la lactancia materna en el período 2001-2005, el marco muestral se basó en el VIII censo poblacional y IV de vivienda del año 2005, en el cual se encontró que las madres tienen una edad entre 20-24 años, procedente de área urbana, solteras, con educación primaria. En relación a las prácticas de lactancia materna se encontró que el 94,6% tiene tendencia a brindar lactancia materna sobre todo en Jinotega, seguido de Madriz, y la razón más común de no dar fue porque el niño no quería, sobre todo en Estelí y Boaco, seguido de la razón porque no tenía leche sobre todo Estelí y León; sobre la razón por la cual dejaron de dar, la mayoría refirió que fue el fin del destete, sobre todo la RAAN, Madriz y por motivo que el niño no quería o la madre comenzó a trabajar o estudiar. (Ulloa González, Ponce Blanco, & Romer Alvarez, 2010)

2012, Granada, se realizó un estudio para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en mujeres puérperas del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Japón Nicaragua en el cual se obtuvo como resultado: el 50% tenía entre 21 a 30 años, respecto a nivel de conocimiento el 85% tienen buen nivel, respecto a la actitud fue favorable con 76,5% con una adecuada práctica con 81,5%; a pesar de ello existen debilidades específicas en cuanto al conocimiento acerca de los beneficios para el bebé, aunque la relación de nivel de conocimiento se relaciona con la buena práctica y ésta con una actitud favorable. (Meléndez, Blass Calero, & Jirón, 2012)

2012, Centro de Salud Villa Libertad, se llevó a cabo un estudio descriptivo cuyo objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes que acuden al programa de vigilancia periódica de crecimiento en Mayo

a Junio del 2011, el cual se obtuvo que el grupo etáreo mayoritario fue de 17-19 años con el 76,9%, las madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento bueno con un 53,85% lo que refleja que recibió información; en cuanto a actitudes, fue desfavorable en el 56,4% en madres con edades entre 17-19 años. Con respecto a las prácticas son regulares en 76,9%. (Telica González, Acuña Morales, & Caballero Flores, 2012)

2013 en el municipio de Managua en el Hospital Alemán Nicaragüense se realizó un estudio de los Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología el cual concluyo que los conocimientos de lactancia materna no eran satisfactorios, sin embargo, mostraron actitudes positivas hacia la lactancia materna. Así mismo presentaron deficiencia en las prácticas de extracción manual de leche materna en especial, así como la forma de administración de la misma. (Espinoza López & Valle Calderón, 2013)

2014, Boaco, se hizo un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar a las puérperas del servicio de maternidad entre Julio a Octubre del 2012 cuyos resultados fueron que 45% de mujeres tenían entre 21 a 30 años, donde el 95% refirieron que les han explicado como amamantar a su hijo, el 62,5% señaló que algún trabajador de la salud es el que le ha explicado. Lo que respecta al conocimiento el 98,4% conoce la importancia de amamantar pero solo el 53,3% sabe los beneficios de dar pecho materno pero sólo el 35% señaló que hay que dar pecho a libre demanda; con respecto a la actitud, el 51,7% refiere estar de acuerdo que es una práctica de sólo mujeres y según la práctica el 70,8% dieron lactancia materna exclusiva. (Meléndez, Bello Aguilar, & Guzmán Miranda, 2014)

JUSTIFICACION

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

La leche materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida en la especie humana, sin embargo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano, provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores biosocioculturales.

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, es por ello que la promoción de la lactancia materna forma parte de las tareas de la promoción de la salud, pues está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable que a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo. Basados en la apropiación objetiva y comprometida de conocimientos que mantengan esta dinámica en la salud. ,

La captación de la información acerca de la Lactancia Materna es un componente estratégico, para el proceso de evaluación de los sistemas de salud, y el de impulsar programas y estrategias para elevar la Promoción de la Lactancia Materna, impactando en el comportamiento de esta práctica tan importante en la vida de los seres humanos, generando medidas organizativas, educativas y de seguimiento para un mejor control en las mujeres que se encuentran en el área de salud. Mejorando de esa manera la calidad de atención del binomio Madre-Hijo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigaciones y análisis realizados sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigidas a promover la lactancia materna, nos sugieren que las instituciones de salud y sus profesionales desempeñan un rol significativo en promover dicha práctica y que las campañas educativas que promueven los beneficios de la lactancia, son estrategias importantes para apoyar a las madres a amamantar durante más tiempo.

En Nicaragua existen Normativas acerca de la Promoción de Lactancia Materna, la cual de forma estratégica tienen que desarrollarse en cada uno de los niveles de importancia de nuestro país.

Las actividades e iniciativas para integrar activamente a la población femenina en la práctica de la Lactancia Materna, exige una constante capacitación e información, dirigida hacia las mujeres en principio, pero también integrando a todos los integrantes del núcleo familiar. Y miembros del sistema de salud el país.

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población femenina con un personal optimizado y actualizado en la información sobre la Promoción de la Lactancia Materna es que hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

ESPECIFICOS:

1. Identificar las características generales del grupo en estudio
2. Evaluar el nivel de conocimiento y las fuentes de información de las mujeres en estudio
3. Describir las actitudes que muestran las mujeres que asisten al servicio de ginecología sobre Lactancia Materna
4. Conocer las prácticas que poseen las mujeres que asisten al servicio de ginecología en edad fértil sobre Lactancia Materna

MARCO TEÓRICO

Definición

La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre. Se trata de un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo mientras fortalece el vínculo materno-infantil.

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. (Sociedad Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna, 2011)

La organización mundial de la salud OMS considera que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es imprescindible para el adecuado desarrollo del niño(a). Una vez superada dicha etapa, la lactancia materna debe mantenerse, junto a la introducción de alimentación complementaria de forma progresiva.

La OMS agrega que la lactancia materna debería mantenerse, al menos, durante los dos primeros años de vida, incluso, si la madre y el niño lo deciden podría continuarse sin límite de tiempo.

La mama es una glándula cuya función principal es la producción de leche durante el período de lactancia. Desde el nacimiento hasta la edad adulta, las mamas sufren más cambios que ningún otro órgano. Bajo el influjo de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), las mamas crecen durante la pubertad y se ven influenciadas en la edad reproductiva por los ciclos menstruales. En la menopausia, los niveles hormonales descienden y gran parte de la glándula mamaria se atrofia y es sustituida por grasa. (AECC, 2011)

Es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza el ciclo corporal de la maternidad e inicia el periodo inmediato al postparto y biológicamente concluye cuando las necesidades nutricionales del niño o niña son satisfechas con otros alimentos. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Es el proceso de síntesis y secreción de la leche de la madre la alimentación del recién nacido. Es la manera natural de alimentar al recién nacido con la leche de su madre y el acto a través del cual se lleva a cabo el amamantamiento. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Siempre que se a posible la madre debe amamantar a su hijo con su leche, ya que es el alimento que más se parece a las sustancias que el niño recibe en la matriz a través de la sangre, las que se tornan en leche después del parto, es por esto que es el alimento que mejor se adapta a las circunstancias del niño. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), 2010)

Anatomía De la Mama

Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas que se sitúan sobre la fascia superficial, anteriores a la musculatura pectoral y a la pared torácica anterior. Cerca de 80 a 85% de a mama normal es tejido adiposo. Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y al tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas o aponeuróticas llamadas ligamentos de Cooper, que sostienen a la mama en posición erecta sobre la pared torácica. (Richard L, Gray Anatomia para estudiantes, 2005)

Esta se extiende justo por debajo de la segunda costilla por la parte inferior hasta la sexta o sétima costilla. La protuberancia de la mama está situada entre el borde esternal externo y el pliegue axilar anterior. El espacio retro mamario separa la mama de la fascia profunda del músculo pectoral mayor y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes. (Richard L, Gray Anatomia para estudiantes, 2005)

Histo-embriología de la Mama

La embriogénesis de la glándula mamaria comienza entre las 18 y 19 semanas de vida intrauterina, El primer indicio de las glándulas mamarias es un engrosamiento a manera de banda de la epidermis, la línea mamaria o cresta mamaria, en el embrión de siete semanas, se extiende a ambos lados del cuerpo desde la base de la extremidad superior hasta la región de la extremidad inferior. Hacia el final de la vida intrauterina, los brotes epiteliales se canalizan y forman los

conductos galactóforos, mientras que los esbozos constituyen los conductos de menor calibre y los alveolos de la glándula. (Langman, 2004)

Las glándulas dentro de las mamas se clasifican como glándulas tubuloalveolares compuestas y consisten en 15 a 20 lóbulos que se irradian desde el pezón y se separan entre sí por tejidos adiposos y conectivo colagenoso. Cada lóbulo es drenado por su conducto lactífero propio que lleva directamente al pezón, y antes de llegar al pezón cada uno se dilata para formar un seno lactífero y a continuación se estrecha antes de desembocar en el pezón. (Leslie P. Gartner, 2002)

El epitelio escamoso queratinizado de la piel supraadyacente se hunde en los orificios del pezón y después se transforman en un epitelio cúbico de doble capa que tapiza los conductos. Los conductos y lobulillos están tapizados por dos tipos de células. Las mioepiteliales contráctiles con miofilamentos que se disponen como una malla sobre la membrana basal y las células epiteliales lumbinales que se superponen a las células mioepiteliales. (Kumar, 2010)

Se postula que una célula madre comprometida en el conducto terminal puede dar lugar a las células tanto lumbinales como mioepiteliales. También existen dos tipos de estroma mamario. El estroma interlobulillar, que corresponde a un tejido conjuntivo fibroso denso mezclado con tejido adiposo. Y el estroma intralobulillar que rodea a los acinos de los lobulillos y está constituido por células similares a los fibroblastos con respuesta hormonal. (Kumar, 2010)

Fisiología de la Mama

Los estrógenos estimulan el crecimiento del sistema de los conductos galactóforos de las mamas. Durante todo el embarazo, las enormes cantidades de estrógenos secretados por la placenta hacen que el sistema ductal de la mama crezca y se ramifique. Al mismo tiempo, el estroma glandular aumenta de volumen y grandes cantidades de grasa se depositan en él.

También son importantes para el crecimiento de los conductos otras cuatro hormonas, cuando menos: la hormona del crecimiento, la prolactina, los glucocorticoides suprarrenales y la insulina. Se sabe que todas ellas desempeñan al menos cierto papel en el metabolismo de las proteínas, lo que posiblemente explique su participación en el desarrollo de las mamas.

La progesterona es necesaria para un desarrollo completo del sistema Lobulillar-alveolar. Para que se produzca el desarrollo completo de las mamas y estas se conviertan en órganos secretores de leche, se necesita asimismo el concurso de la progesterona. Cuando el sistema ductal se ha desarrollado, la progesterona, actuando de forma sinérgica con los estrógenos y también con las demás hormonas antes mencionadas, produce un crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alvéolos y la aparición de características secretoras en las células de esos alvéolos. Estos cambios son análogos a los efectos secretores que la progesterona ejerce sobre el endometrio durante la segunda mitad del ciclo menstrual femenino.

La prolactina promueve la lactancia Aunque los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, también ejercen el efecto específico de inhibir la secreción de leche. Por otro lado, la hormona prolactina ejerce el efecto exactamente opuesto: estimula la secreción de leche. Esta hormona es secretada por la adenohipófisis de la madre y su concentración en sangre experimenta una elevación constante desde la 5.a semana del embarazo hasta el nacimiento, momento en el que alcanza una concentración 10 a 20 veces mayor que en la mujer normal no embarazada.

Además, la placenta secreta grandes cantidades de somatomatotropina coriónica humana, que también puede tener una pequeña actividad lactógena que contribuya a la acción de la prolactina procedente de la hipófisis materna durante el embarazo. Incluso así, y debido a los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona sobre la mama, esta glándula nunca secreta más de unos pocos mililitros diarios de líquido antes de nacer el niño.

Inmediatamente después de nacer el niño, la desaparición brusca de la secreción de estrógenos y progesterona por la placenta aumenta el estímulo lactógeno de la prolactina secretada por la hipófisis, que asume su papel natural estimulador de la producción láctea y, durante los siguientes 1 a 7 días, comienzan a secretar grandes cantidades de leche. Esta secreción exige un apoyo suficiente por parte de, sobre todo la hormona del crecimiento, cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina. Todas ellas necesarias porque proporcionan sustratos que, como los aminoácidos, los ácidos grasos, la glucosa y el calcio, son imprescindibles para la formación de la leche.

Después del parto, la concentración basal de la secreción de prolactina vuelve en unas semanas al valor previo al embarazo. Sin embargo, cada vez que la madre amamanta al niño, las señales nerviosas que viajan desde los pezones al hipotálamo producen una «oleada» de prolactina, cuya secreción aumenta 10-20 veces sobre su valor normal y que dura alrededor de 1 hora. Esta prolactina, a su vez, actúa sobre las mamas y estas mantienen la secreción láctea en sus alvéolos con destino a los períodos de lactancia siguientes.

La leche se secreta de forma continua y se vierte en los alvéolos mamarios, pero no pasa con facilidad desde estos al sistema ductal y, por tanto, el flujo por el pezón mamario no es continuo. Para que el niño la reciba, la leche ha de ser expulsada desde los alvéolos a los conductos galactóforos. Este proceso se debe a un reflejo combinado, neurógeno y hormonal, en el que interviene una hormona de la hipófisis posterior llamada oxitocina.

Cuando el niño succiona por primera vez, al principio no obtiene casi nada de leche. En primer lugar, los impulsos sensitivos de la succión deben ser transmitidos por los nervios somáticos desde los pezones hasta la médula espinal materna y luego al hipotálamo, donde producen señales nerviosas que inducen la secreción de oxitocina, al mismo tiempo que estimulan y provocan la secreción de prolactina.

La oxitocina es transportada por la sangre hasta las mamas y allí hace que se contraigan las células mioepiteliales situadas alrededor de la pared externa de los alvéolos, exprimiendo así la leche y produciendo su paso forzado a los conductos, donde alcanza una presión de 10 a 20 mmHg. A partir de ese momento, el lactante extrae leche cuando succiona. Así pues, entre 30 s y 1 min después de que el niño empiece a succionar, la leche comienza a fluir. Este proceso se denomina eyección o subida de leche. La succión de una mama produce el flujo de leche no sólo en esa mama, sino también en la otra.

Un problema particular de la lactancia es el hecho de que muchos factores psicógenos o la estimulación simpática generalizada de todo el cuerpo materno pueden inhibir la secreción de oxitocina y, por tanto, reducir la eyección láctea. Por este motivo, muchas madres deben gozar de un período de ajuste tranquilo después del parto si quieren amamantar a sus hijos.

Lactancia materna

Lactancia materna es la manera natural de proveer a los bebés los nutrientes necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptima. Es un alimento seguro, listo para consumirse, con anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, una de las principales causas de muerte en niños a nivel mundial. Idealmente, la alimentación al seno materno debe ser exclusiva, empezando durante la primera hora a partir del nacimiento, debe ser a libre demanda mientras el bebé la consuma de día y de noche, y los botellones o chupetes deben evitarse. (Zendejas, 2013)

Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, Cubre 95% de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad. (Zendejas, 2013)

Tipos de Lactancia Materna

Según los indicadores de la Organización Mundial de la Salud –OMS evaluados en la ENSMI (Encuesta de Salud Materno Infantil) 2008-2009, la lactancia materna puede ser exclusiva; cuando el niño es alimentado únicamente con pecho incluida la leche extraída), el criterio de que tome vitaminas, minerales o medicamentos, pero nada más. La lactancia exclusiva se recomienda durante los primeros seis meses de vida del recién nacido debido a que es un alimento completo, expone al niño a menores fuentes de infección y aumenta las probabilidades de 10 sobrevivencia del lactante. (Cruz, 2013)

Lactancia materna predominante

Cuando se menciona la palabra predominante, se hace referencia al tipo de lactancia materna en donde el principal alimento para el bebé es la leche de la madre (incluida la leche extraída) y además líquidos no nutritivos (agua, agua endulzada, infusiones, solución oral, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). El criterio no permite que el niño tome cualquier otra cosa (en particular leche no humana o alimentos líquidos). (Cruz, 2013)

Lactancia completa.

Se define como la circunstancia de alimentar al lactante con leche y agua u otros líquidos, que incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante (Cruz, 2013)

Alimentación complementaria ó lactancia materna parcial.

Se define como la alimentación a base de leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Cualquier comida o líquido incluido además de la leche materna. Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el período que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la salud del infante es todavía vulnerable. (Cruz, 2013)

La leche materna va cambiando de composición conforme el bebé cambia sus demandas nutricionales. Los tipos pueden clasificarse de la siguiente manera:

Leche preparto. Se define como la leche que la mamá forma durante la gestación cuya composición es de plasma, inmunoglobulinas, lactoferrina, cloro, sodio, suero-albúmina y una ínfima cantidad de lactosa (Liga de la Lactancia Materna, 2005).

Leche pre término. Se produce cuando un bebé es prematuro. La leche de su madre se denomina pre término y tiene mayor concentración de proteínas, menor concentración de lactosa y de lactoferrina, y una mayor concentración de Inmunoglobulina A, ideal para la digestión y crecimiento del recién nacido (Ferrer, 2002).

Calostro. Es producido hasta el tercer día aproximadamente con dos mililitros por mamada y aproximadamente 200 mililitros diarios. Su coloración es amarillenta por la presencia de Beta-Carotenos. Contiene además grasas, lactosa, proteínas (tres veces más que en la leche madura), Inmunoglobulina A, lactoferrina, macrófagos, entre otros elementos inmunológicos y nutricionales aún no descritos (Tsuchida, 2009).

Leche de transición. Hacia el día 15 posterior al parto existe un aumento brusco en volumen de leche hasta llegar a 700 ml de consumo diario, su composición va de calostro a leche madura (Tschuida, 2009).

Leche madura. Se produce a partir de la segunda o cuarta semana posterior al parto, su volumen se mantiene más estable iniciándose en 700 ml y llega gradualmente a 1000 o 1200 ml diarios. La leche madura se compone de: proteínas, minerales, carbohidratos, grasas, vitaminas y agua en 85%. (Cruz, 2013)

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA

- Las hormonas luteales y placentarias producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.
- Los estrógenos, estimulan la proliferación del sistema ductal (conductos).
- La progesterona; incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alveolos.
- La prolactina cuya producción es mediada por los estrógenos es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

Lactogénesis:

Estadio 1: comienza en el embarazo; los estrógenos y la progesterona secretado por la placenta son hormonas esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, pero inhiben la secreción de leche, la hormona prolactina estimula esta secreción y su concentración en sangre se eleva paulatinamente desde la 5ta semana del embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatotrofina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina y posee una pequeña actividad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores de la progesterona y los estrógenos, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre la 10 y 12 semanas antes del parto.

Estadio2: comienzo de la secreción láctea, ocurre inmediatamente después del parto, antes del descenso brusco de los estrógenos y la progesterona y aumento de los niveles de la prolactina que asume su papel estimulador de la producción de leche. Las mamas comienzan a secretar grandes cantidades de leche en lugar de calostro, de 30 a 150 m

l por día hasta alcanzar los 300 ml por día entre el 5to y 6to día postparto, asociado a los cambios en su composición. Esta secreción láctea requiere el estímulo de otras hormonas como la del crecimiento, cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina.

Necesarias porque proporcionan sustratos para la producción de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio) Algunas situaciones retrasan la producción de leche como la retención placentaria ante la liberación de progesterona y la hemorragia postparto.

Estadio 3: Galactopoyesis; establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura.

El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebe al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía medula espinal al mesencéfalo, de ahí al hipotálamo, desencadenando la producción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior, la prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre alimenta al bebe se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10 a 20 veces sobre los niveles basales efecto que dura aproximadamente una hora.

La cantidad secretara es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alveolos y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección de la leche)

Eyección láctea

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o mioepiteliales de los alveolos y conductos galactóforos. El fenómeno es controlado por la oxitocina secretada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas reflejas de la madre; reflejo de producción/secreción de la leche o reflejo de prolactina.

Alimentación complementaria oportuna:

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros

alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 231 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. (Gamboa D, López B., & Prada G., 2005)

En esta se debe entender que ya él bebe se le debe de dar otros alimentos, además de la leche materna, cuando es apropiado y teniendo en cuenta que él bebe ya paso los seis meses de edad. (Navarro Cáceres, 2011)

Lactancia de biberón:

Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana (Navarro Cáceres, 2011)

TIPOS DE LECHE MATERNA

El Calostro:

Comienza a elaborarse al final del embarazo, sin embargo se mantiene en pequeñas cantidades dado que la prolactina, se encuentra suprimida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona. Al nacimiento del bebé disminuyen las concentraciones de éstas hormonas, elevándose la producción de prolactina y por lo tanto del estímulo de producción láctea. El calostro permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto, constituyendo el primer alimento y esencial para la nutrición y la salud del recién nacido en los primeros días de vida. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Es un líquido espeso y amarillento, color que está determinado por las altas concentraciones de carotenos (precursores de vitamina "A"). Es de alta densidad y poco volumen, satisface las necesidades del recién nacido.

La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica. Además, contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) y algunos minerales como Sodio y Zinc. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. También facilita la producción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Leche madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3 g%) constituyendo una importante fuente calórica para el niño. La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado.

La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro, y sus concentraciones no se ven afectadas por la ingesta de la madre. Además estas son de fácil digestión y absorción.

Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.

El nivel de grasa es bajo al comenzar al amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el niño mama (leche del final o trasera). A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es bajo, su absorción es mayor en relación al de las otras leches. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2006)

Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo o del inicio (delantera), es la que sale cuando el niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa, de color azulado y calma la sed al niño, dado su contenido de agua: a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para satisfacerlo en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se retira al niño (a) del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K. Si se cambia muy rápidamente al niño(a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad. (Navarro Cáceres, 2011)

Leche de pre término:

Las madres que tiene un parto antes del término de la gestación producen un período prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura siendo ésta la combinación más apropiada para el niño (a) inmaduro quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa.

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia por lo que es más adecuado a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

Reflejos en la madre:

- **Reflejo de producción/secreción:**

Está medido por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia una estructura que se encuentra en el cerebro llamada Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis (glándula Pituitaria) anterior, ubicada también en el cerebro, produciendo la liberación de la hormona prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de prolactina y mayor producción y secreción de leche.

- **Reflejo de eyección:**

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del (la) niño (a) en el pezón, hacen que en la parte posterior de la Pituitaria se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho.

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche.

Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como: tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche; si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas, los pechos dejarán de producir leche; esto es lo que se conoce como Oferta y Demanda. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

Reflejos del niño:

- **Reflejo de Búsqueda:**

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

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

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

- **Reflejo de Succión:**

Permite que el niño realice una serie de movimientos linguo-mandibulares que conllevan a la succión del pecho:

- La lengua, haciendo rítmicos movimientos ondulantes, queda hacia delante, sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco.
- El bolo de leche es propulsado hacia atrás, a lo largo de la depresión central de la lengua.
- La lengua y el paladar previenen que el bolo de líquido entre a la faringe antes de desencadenar el reflejo de deglución.

- **Reflejo de Deglución:**

Permite al niño, deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo. Al moverse la lengua hacia atrás, ésta empuja el bolo hacia la faringe:

- El paladar blando se eleva para cerrar la vía aérea.
- El bolo pasa a través de la faringe por efecto de las contracciones peristálticas de los constrictores de la faringe.
- La epiglotis se mueve hacia atrás para cubrir la vía aérea.
- La laringe se eleva y las cuerdas vocales falsas se contraen, brindando protección adicional a la vía aérea.
- El bolo pasa por alto vía aérea y cruza el esfínter cricofaríngeo hacia el esófago.
- El esfínter se cierra de inmediato, previniendo el reflujo hacia la faringe.
- Los movimientos peristálticos del esófago (esfínter esofágico inferior) ocluye para prevenir el reflujo del contenido estomacal.

La mejor manera de alimentar al bebé y la más segura es amamantarlo exclusivamente, es decir, que no reciba ni agua, ni té, ni refrescos. Los bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- ❖ **Proteínas:**

Contiene la cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se evidencia que esta última tiene más proteína, sin embargo sus concentraciones son mayores a las que un bebé necesita y son de una clase diferente, causando con frecuencia alergias.

- ❖ **Enzimas:**

Contiene enzimas digestivas tales como amilasa y lipasa digestiva, las que actúan compensando la inmadurez de la función pancreática del recién nacido. La lipasa se activa

al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares participando en la digestión de las grasas.

Otras enzimas que se encuentran en la leche materna se muestran a continuación:

ENZIMA	PROCESO	FUNCION
Fosfoglucomutasa Lactosa sintetasa Sintetasa de ac. Grasos Lipasa de lipoproteína	Síntesis de lactosa Síntesis de ácidos grasos de cadena mediana Absorción de triglicéridos circulantes	Biosíntesis de los componentes de la leche en la glándula mamaria.

ENZIMA	PROCESO	FUNCION
Amilasa Lipasa (dependiente de sales biliares) Proteasas	Hidrólisis de polisacáridos Hidrólisis de triglicéridos Proteólisis. Transporte de Hierro, Mo	Función digestiva en el niño
Xantina oxidasa Glutation peroxidasa Fosfatasa alcalina	Transporte de Se Transporte de Zn y Mg. Protección de proteínas bioactivas	Transporte
Anti proteasas Sulfidril oxidasa	(enzimas, inmunoglobulinas) Mantención de la estructura y función de proteínas.	Preservación de los componentes de la leche
Lisozima Peroxidasas Lipasas (de lipoproteína y dependientes de sales biliares)	Bactericida Liberación de ácidos grasos con función antibacteriana, antiviral y antiprotozoaria.	Agentes antifeccioso

Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida, como la taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del recién nacido, puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

❖ **Hormonas y factores del crecimiento:**

Muchas hormonas con diversas funciones se encuentran en cantidades variadas en la leche materna, tales como: esteroides adrenales, calcitonina, eritropoyetina, factor liberador de la hormona del crecimiento, factor liberador de gonadotrofina, insulina, factor liberador de la hormona luteinizante, neurotensina, oxitocina, esteroides ováricos, progesterona, prolactina, relaxina, somatostatina, triyodotironina, tiroxina, factor liberador de tirotrófina y hormonas tiroestimulantes.

Además, la leche materna contiene factores del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento semejante a la insulina y factor de crecimiento nervioso.

Vitaminas y minerales:

Contiene las vitaminas que el bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problema al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos.

Cuenta además con la cantidad suficiente de hierro que el niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia (transferrina) contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones de leche de vaca procesada fortalecidas con hierro (fórmulas), se absorbe solamente en un 4%. De ahí que los niños amamantados con leche materna exclusiva

durante los primeros seis meses de vida, tienen menor riesgo de desarrollar anemia Ferropénica y no necesitan suplemento de hierro. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

La leche materna tiene la cantidad adecuada de sal, calcio, fosfatos y agua que el bebé requiere, aún en climas cálidos. Contiene más lactosa (azúcar natural de la leche) que la mayoría de leches de otros mamíferos. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del *Lactobacillus bifidus*, quien al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre.

Los niños amamantados exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

Las razones por las cuales los niños amamantados tienen menos infecciones son:
(Ministerio de Salud. Nicaragua, 2008)

La leche materna es limpia y no tiene bacterias.

Contiene anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tuvo o tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección. Contiene células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección.

Contiene una sustancia denominada “factor bifido”, carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el “*Lactobacillus bifidus*” crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.

Contiene lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferropendientes. Si el niño recibe suplementos de hierro, pueden

interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

Los bebés que continúan siendo amamantados durante una infección, se recuperan más rápidamente que aquellos a quienes se les suspende el amamantamiento. La lactancia materna exclusiva, aumenta el intervalo entre embarazos. La amenorrea, asociada a la lactancia exclusiva representa un importante mecanismo para espaciar los nacimientos y ofrece protección, superior al 98%, frente a un nuevo embarazo durante los primeros seis meses. Mientras más exclusiva sea la lactancia mayor es la infertilidad que determina.

Es importante considerar la relación entre el espaciamiento de los embarazos, la lactancia y su impacto sobre la salud. Un período intergenésico de por lo menos seis meses después del destete completo permite a la mujer estar en condiciones adecuadas para enfrentar un nuevo embarazo.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna, tiene innegables beneficios para El niño y la niña, para la madre para la familia y socioeconómicas:

Para el niño y la niña:

Nutrición y crecimiento óptimo:

Alimento Óptimo:

La lactancia materna es el mejor en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.

Fácil digestibilidad:

Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que faciliten su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Crecimiento y Desarrollo óptimo:

Los (as) niños (a) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tiene un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche. (O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición, 2010)

Alimento adecuado para prematuros:

La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina. (O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición, 2010)

Desarrollo Psico-motor:**Patrones afectivo-emocionales:**

El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce hace que se sienta querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

Organización Sensorial:

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Desarrollo dento-maxilar y facial:

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje.

Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el período del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Protección:**IgA:**

El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.

Evita la hiperbilirrubinemia neonatal:

El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.

Protección inmunológica:

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantando (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.

La Madre**Recuperación fisiológica post-parto****Retracción del útero:**

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

Recuperación del peso:

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

Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

De carácter físico**Prevención de cáncer de mamas y ovario:**

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

Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza.

Comodidad:

Evita las molestias de lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el bebé.

Establecimiento del apego:

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

Satisfacción emocional de la madre:

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

La familia:**Refuerzo de lazos afectivos familiares:**

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

Prevención del maltrato infantil:

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

CREENCIAS Y PRACTICAS QUE DIFICULTAN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA (Noriega, Torrez, & Umaña, 2012)

En las últimas décadas los conocimientos sobre la lactancia materna y la alimentación infantil en general se han ampliado considerablemente, nosotros como profesionales de la salud hemos ido implementando en la madre los conocimientos y practicas sobre esta para que se impulse la lactancia materna exclusiva , alimentación adecuada para él bebe en los primeros seis meses de vida y hacerle ver los beneficios que esta conlleva tanto como al bebe como a la madre de la misma manera a la familia a la sociedad y ecológicamente , Sin embargo, pese a que muchos de estas nuevas recomendaciones llevan ya varios años en rigor, es aún muy frecuente oír en nuestro entorno sugerencias erróneas , hoy consideradas mitos o falsas creencia por carecer de fundamento científico, entre las cuales tenemos:

Según la Producción de leche

- Se deben ingerir muchos líquidos: infusiones
- La falta de leche suele ser un problema familiar que se transmite de madres a hijas
- Las mujeres con poco pecho fabrican menos leche
- El peso semanal del bebé es la mejor manera de controlar la producción
- Las impresiones fuertes cortan la producción de leche
- El frío en la espalda disminuye la producción de leche
- Es mejor esperar a sentir el pecho lleno para amamantar
- Es importante sentir el “golpe de leche” durante la toma

- El escape de leche entre tomas y el chorreo durante la toma es señal de gran producción

Según la Calidad de la leche

- El calostro no alimenta y debe desecharse
- La leche materna es “aguada”
- Los disgustos se transmiten al bebé a través de la leche
- Hay leche de baja calidad que impide que el bebé engorde bien
- Si la madre queda embarazada debe suspender la lactancia
- La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos y transmite los nervios a su bebé
- La lactancia demasiado frecuente causa obesidad en el niño

Según Problemas con el pecho

- Si los pezones sangran o hay mastitis, no se debe dar el pecho
- Colocar aceite de oliva para prevenir y curar problemas de los pezones
- Si se tiene poco pezón es útil estirarlo durante el embarazo
- Las mujeres pelirrojas, de piel blanca y ojos azules sufrirán dolor en los pezones porque tienen pieles delicadas
- Las hojas de col previenen la ingurgitación mamaria
- Limitar el tiempo de cada toma previene el dolor en los pezones

Según la Técnica de la lactancia

- Basta con dar el pecho 10 minutos
- No se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche
- Es normal que dar el pecho duela
- La leche retenida mucho tiempo en el pecho se estropea
- No hay que permitir que el bebé esté en el pecho si no “le toca” comer
- Mimar y calmar al bebé en brazos o al pecho lo malcría

- Dar el pecho mientras el bebé está recostado causa infecciones de oído
- Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé

TECNICAS Y PREPARACION SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

Técnicas del amamantamiento:

Apego precoz:

El amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte.

El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Facilitar la proximidad del/la bebé y la madre, en lugar de separarlos:

Primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psicoemocional del (de la) niño (a). En estos momentos la madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos.

El (la) niño (a) por su parte, está dotado (a) de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta. Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neuro-hormonales recíprocos del binomio madre- hijo (a). Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo.

En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma. El contacto piel a piel puede ser, completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Empero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella).

Conocer y prevenir las dificultades más comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón.

Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho. Debemos recordar el (la) niño (a) sea amamantado correctamente:

La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión.

Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar.

Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico.

No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al (la) niño (a). Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.

Posiciones de amamantamiento:

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan muchas horas en el día junto por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. Es ideal que la madre tenga el apoyo de su pareja y el resto de la familia, debemos motivar a la familia a estimular y animar a la madre. La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos. La madre puede amamantar sentada o acostada.

Posición del (de la) niño (a) 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 parte posterior del tórax, esto evitará el “dolor de espaldas” que las madres refieren y que se interpreta como que el/la bebé succiona muy fuerte y esta “dañando los pulmones de la madre”. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño (a) 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 el (la) niño(a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrecer el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomiendan en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o “la herida”. Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.

Posición reversa:

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) 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 (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo.

Sentado frente a la madre:

En esta posición, el (la) niño (a) 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 (de la) niño (a) con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Posición de caballito:

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición “de caballito” viene de que el (la) niño (a) 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 (la) niño (a) 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 eyectolácteo aumentado, niños (as) hiper o hipotónicos (as), niños (as) con labio leporino o paladar hendido.

Mano de bailarina:

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

Posiciones del (de la) niño (a) con la madre acostada:

Posición tradicional, niño acostado de lado: El (la) niño (a) está acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del (de la) niño (a) 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 (de la) niño (a) 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 niño (a) debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho. Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca.

Niño (a) sobre la madre, en decúbito ventral:

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

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. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

Preparación psicológica de la futura madre: (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2010)

La preparación psicológica de la madre para facilitar el comportamiento del amamantamiento es un paso tan importante como lo es el de explicarle la forma correcta de colocarse al niño.

Todos sabemos que el embarazo, aunque es un progreso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural.

Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas por las madres es el tener que trabajar, no solamente para satisfacer una necesidad personal sino económica, que le permita contribuir al gasto familiar, haciéndola pensar que no es capaz de lactar a libre demanda a su bebé más allá de tres meses, en el mejor de los casos, no teniendo más opción que cambiar de pecho a fórmula.

Los sentimientos de culpa pueden provenir de dos fuentes: interna y externa. En la interna, la mujer siente que no es “buena madre” porque separó prematuramente a su bebé negándole las bondades de la lactancia natural y probablemente interpretará erróneamente el llanto del mismo, lo que a la larga le impedirá sentirse satisfecha y contenta con su maternidad.

A menudo el personal de salud adopta actitudes incorrectas que tienen implícito la demanda a las madres de que sean “madres modelo”, aludiendo con mucha frecuencia a la expresión idealizada

de la maternidad. Estos planteamientos, son verdades a medias pues no se toma en cuenta a la madre como un ser humano total, sino como una especie de “semidiosa” que todo lo puede y lo supera ante la sola presencia del hijo.

Durante el control del embarazo el trabajador de salud desempeña una labor valiosísima para estimular a la madre y la familia, si durante la consulta logra realizar lo siguiente:

1. Establecer un clima que favorezca la confianza para que ella haga preguntas y exprese sus dudas y temores.
 2. Ser amable y escuchar sus problemas prestando todo el interés.
 3. Asegurarse de que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento y las desventajas de la alimentación artificial.
 4. La decisión sobre qué hacer, debe ser de la mamá y el trabajador de la salud debe respetarla. Sin embargo, aclárele lo que usted cree pero que no la está forzando a aceptarlo. Si hace algo diferente no le rechace su decisión.
- Hacerla sentir seguridad sobre su capacidad de amamantar.
 - Pregúntele si amamantó a sus otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explíquelo cómo prevenirlas y si todo le fue bien anímela a que repita la experiencia.

Otras alternativas para enfrentar y solucionar los problemas emocionales del amamantamiento podrían ser:

- Ofrecer a la mujer la posibilidad de que exprese libremente sus sentimientos, sensaciones y percepciones, eliminando juicios de valor (ser una buena o mala madre), para que ella no tenga temor a verbalizar sus emociones.
- Adoptar una actitud lo suficientemente flexible, en cuanto a la alimentación del bebé, para que la madre pueda relajarse, adaptarse y conocer más fácilmente a su hijo, redundando en el beneficio de evitar conductas ansiogénicas incapacitantes y permitiendo que el establecimiento del vínculo afectivo, así como de los comportamientos de apego, se desarrollen en una forma sana.

MATERIAL Y MÉTODO

AREA DE ESTUDIO:

El estudio fue realizado en la Consulta Externa del Servicio de Ginecología, del Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en el Distrito VI, de Managua.

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal

UNIVERSO

Estuvo conformado por **5,520** mujeres en edad fértil (15-49 años) que asistieron al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

MUESTRA:

Fueron **360 mujeres**, la muestra fue de tipo No Probabilística, por conveniencia de acuerdo a los criterios de Inclusión y de Exclusión.

Para calcular el tamaño de la muestra fue utilizada la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valorará un valor del 5% (0.05)

Criterios de Inclusión

- Mujeres en edad fértil (15-49 años)
- Mujeres que asisten al Servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de estudio
- Mujeres que aceptaron participar llenando el de la encuesta.
- Mujeres que llenaron correctamente la encuesta.

Criterios de Exclusión

1. Mujeres que NO acepten participar la encuesta.
2. Mujeres que NO hayan llenado la encuesta de manera correcta.

Fuente de Información:

Se obtuvo la información de fuentes primarias a través de la aplicación de una entrevista de preguntas abiertas, previamente validada.

Tipo y Procedimiento de Muestreo

Fue de tipo NO probabilística por conveniencia.

Técnicas y Procedimientos para recolectar la Información

- Se realizaron visitas a la Dirección Docente del Hospital Alemán Nicaragüense, para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.
- La recolección de la información se realizó mediante la realización de una entrevista de preguntas abiertas. Previamente validada por informantes claves conformados por profesionales de la salud: 2 enfermeras, 1 Médico Ginecobstetra, 1 Médico Pediatra, 5 mujeres escogidas al azar de la comunidad y que NO habían asistido a la Consulta Externa del Hospital Alemán Nicaragüense, del Departamento de Managua, con antecedentes de haber brindado Lactancia Materna.

- Las respuestas a dichas preguntas abiertas conforman las variables de nuestro estudio; a partir de ello se obtuvo la información para diseñar el instrumento el cual fue elaborado con la metodología CAP.
- Toda paciente que acepte participar se le solicitó consentimiento informado. Se tomó la muestra de las mujeres presentes en ese momento en el área ya descrita y que cumplieron con los criterios del estudio.

Para valorar el **conocimiento** se desarrollaron 15 preposiciones relacionadas a los objetivos del estudio, se utilizaron índices sumatorios Bueno, regular y malo con el siguiente puntaje:

Bueno:	12 – 15 proposiciones correctas	80% - 100 %
Regular:	9 – 11 proposiciones correctas	60% - 79%
Malo:	0 - 8 proposiciones correctas	0% - 59 %

La valoración de las **actitudes** se realizó por medio de la escala de Likert, la cual fue modificada en el presente estudio. Se presentó cada afirmación y se pidió a las participantes que exteriorizaran su reacción eligiendo uno de los tres puntos de la escala según el grado de acuerdo:

1. De acuerdo (A)
2. Indeciso. (I)
3. En desacuerdo. (DS)

Se presentaron un conjunto de 18 ítems distribuidos en forma de 9 aseveraciones positivas y 9 aseveraciones negativas, asignándoles una valoración máxima de 3 puntos para cada respuesta correcta, por parte de la usuaria entrevistada.

Actitud Favorable: 45 – 54 puntos.

Actitud Desfavorable: 3 - 44 puntos.

Para valorar las **prácticas** se elaboraron preguntas con opciones de respuestas: Si, No, relacionadas con la conducta de la entrevistada ante la lactancia materna. Se desarrollaron categorías de bueno, regular y malo aplicándole puntaje a cada pregunta.

Bueno: 4-5 respuestas correctas

Regular: 3 respuestas correctas

Malo: 0-2 respuestas correctas

Procesamiento de Datos

1. Se realizó una entrevista a las mujeres participantes en el estudio
2. Se codificaron y organizaron las fichas respectivas
3. Se realizó el procesamiento de datos con el programa estadístico SPSS Statistics 20.0.
4. Se realizó tablas de frecuencia simple y cruce de variables entre las más determinantes de acuerdo a los objetivos del presente estudio.

VARIABLES

Tablas simples

1. Características Generales

- a. Edad
- b. Escolaridad
- c. Ocupación
- d. Estado Civil
- e. Número de hijos
- f. Procedencia
- g. Número de CPN

2. Conocimientos sobre lactancia materna.

3. Actitudes sobre lactancia materna.

4. Prácticas sobre lactancia materna.

Tablas de Cruces de Variables

5. Cruce de Características Generales y Consolidado de Conocimientos

6. Cruce de Características Generales y Consolidado de Actitudes

7. Cruce de Características Generales y Consolidado de Prácticas

8. Cruce de consolidado de Conocimientos y actitudes

9. Cruce de Consolidado de Conocimientos y prácticas

10. Ocupación vs Tiempo de lactancia materna.

11. Ocupación vs Razones para la NO realización de la Lactancia Materna.

12. N° de hijos vivos vs. Tiempo de lactancia materna.

13. Nivel de Escolaridad vs Tiempo de lactancia materna.

14. Antecedentes de recibir información sobre lactancia materna vs. Práctica de lactancia materna.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA /VALOR
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la investigación		Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 • 21 a 29 • 30 a 39 • 40 a 49
Estado Civil	Condición de un individuo en relación de pareja			<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Viuda • Unión estable
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de llenado de la encuesta.			<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Universitaria • Analfabeta
Ocupación	Actividad a la que un individuo se dedica			<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de Casa • Trabajadora • Otras

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimiento	Conocimiento sobre la Lactancia Materna	Bases teóricas conceptuales sobre las que se basa una persona, es decir el nivel de información que la persona recuerda sobre lactancia Materna.	Importancia de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No sabe
			Beneficios de la lactancia Materna	
			Tiempo de frecuencia que se debe dar pecho al niño: cada vez que llora, cada vez que quiere, cada 2 horas, cada 3-4 horas.	
			Meses de duración de LME: 1-3, 4-6, 7-12, más de 12 meses.	
			Tipo de alimentación del niño durante los primeros meses de vida: solo pecho. Pecho más agua, pecho más leche de vaca, pecho más comida, atoles y refrescos.	
Posiciones de amamantamiento: Sentada, acostada, otra				

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Actitudes	Actitudes frente a la lactancia materna	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo hacia la lactancia materna	Grado de acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo • En desacuerdo • Indeciso

Objetivo	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Prácticas	Prácticas sobre lactancia materna	Conducta o respuesta establecida ante una situación determinada. En lactancia materna es la actividad que las mujeres refieren hacer.	Practica de lactancia materna	Su familia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Experiencia Personal	
			Duración de LM :	Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Años	
Problemas para dar el pecho	Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
			Economía		

Aspectos Éticos

El presente trabajo fue desarrollado por estudiantes de Medicina, ubicados en el VI año de la carrera de Medicina, como requisito académico para la promoción del año, y como requisito para su promoción. El principal objetivo de la Investigación fue el Determinar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en mujeres en edad fértil que asisten a la Consulta Externa del Hospital Alemán Nicaragüense.

Se implementó un cuestionario para el desarrollo de los objetivos específicos del presente estudio, donde se les informó de forma detallada a las mujeres participantes del mismo acerca de la importancia del desarrollo del mismo. Haciéndoles énfasis en el mecanismo de confidencialidad que se mantuvo en todo momento del desarrollo de la investigación, y cuyos objetivos se enmarcan dentro del desarrollo de la investigación científica, no violentando en ningún momento sus derechos, respetando su punto de vista, sin causar daño a su integridad física ni moral.

RESULTADOS

Dentro de las características sociodemográficas las mujeres que acuden al servicio de consulta externa de ginecología en dicho período respecto a la edad, se encuentra que las mujeres menores de 20 años asisten 3.6%(13), entre 21-29 años llegan 19.2% (69), 30-39 años van 39.7% (147) y de 40 a 49 años llegan 37.5% (135).

Según el estado civil de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología se encuentra que 28.2% (75) son casadas, 40.8% solteras (147) y 38.4% (138) unión estable.

Referente a la escolaridad de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología 43% (155) acudieron a primaria, 24.2% (87) secundaria, 1.1% (4) son técnicas y 31.7% (114) universitarias.

Se observa que un 20.3% (73) de las mujeres que acuden a dicho servicio no tienen hijos, un 35% (126) tienen un hijo, 24.2% (87) tienen dos hijos, 8.3% (30) tienen tres hijos y 12.2% (44) tienen de cuatro a más hijos.

Acorde la religión de las mujeres que dan lactancia materna y que acuden a dicho servicio, 20.8% (75) son católicas, 40.8% (147) evangélicas y 38.4% (138) de otras religiones.

La procedencia de las mujeres que acuden a dicho servicio son el 75.8% (273) corresponde al área urbana y 24.2% (87) rural. Se observa que la ocupación que desempeñan las mujeres que acuden a dicho servicio corresponde a 20% (72) son desempleadas, 46.1% (166) son trabajadoras, 13.1% (47) son ama de casa y 20.8% (75) son estudiantes. **(Cuadro N° 1)**

Dicho cuadro refleja que según los números de controles prenatales realizados, un 19.4% (70) no tienen ningún control prenatal, 5.8% (21) tienen sólo un control prenatal, 8% (29) tienen dos controles prenatales, un 26.9% (97) tienen tres controles prenatales y un 39.9% (143) tienen de 4 a más controles prenatales realizados. **(Cuadro N° 2)**

Acerca del conocimiento de cuánto debe durar la lactancia materna exclusiva se obtuvo que 187 personas saben (51.9%), 134 (37.2%) saben poco y 39 (10.9%) no tienen conocimiento; 253 (70.3%) de mujeres saben que el niño debe recibir pecho cada vez que desea, 66 (18.3%) saben poco al respecto y 41 (11.4%) no sabían.

237 (65.8%) de las mujeres saben que todas las mujeres están preparadas para dar pecho a sus bebés. 83 (23%) saben poco y 40 (11.2%) no saben.

320 (88.9%) mujeres saben que la preparación de los pezones facilita la lactancia materna, 22 (6.1%) saben poco y 18 (5%) no saben al respecto.

Mujeres que saben que la lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama 175 (48.6%) saben de esto, 73 (20.3%) saben poco y 112 (31.1%) no saben.

296 (82.2%) de las mujeres saben que la lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades, 13 (3.6%) saben poco y 51 (14.2%) saben poco acerca de esto.

132 (36.7%) mujeres saben que los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón, 116 (32.2%) saben poco y 112 (31.1%) saben poco de esto.

304 (84.4%) mujeres saben que la lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo, 15 (4.2%) saben poco y 41 (11.4%) no saben de esto.

234 (65%) saben que la lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé, 85 (23.6%) saben poco y 41 (11.4%) no saben de esto.

238 (66.1%) mujeres saben que la lactancia materna está libre de microbios, 85 (23.6%) saben poco y 37 (10.3%) no saben acerca de esto.

156 (43.3%) de las mujeres saben que al dar de mamar pueden comer y beber de todo, 119 (33%) saben poco y 85 (23.7%) no sabían de esto.

234 (65%) de mujeres saben que hay que comer el doble para poder dar de mamar, 85 (23.6%) saben poco y 41 (11.4%) no saben de esto.

238 (66.1%) saben que cuando empiezan a trabajar, es posible continuar con la lactancia, 89 (24.7%) saben poco y 33 (9.2%) no sabían.

154 (42.8%) mujeres saben que la succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre, 166 (46.1%) saben poco y 40 (11.1%) no saben.

152 (42.2%) de las mujeres saben que la lactancia materna disminuye el tiempo de recuperación después del parto, 159 (44.2%) saben poco y 49 (13.6%) no saben al respecto. **(Cuadro N° 3)**

Según el nivel de conocimiento en las mujeres que acuden al servicio de consulta externa de Ginecología en dicha unidad se encuentra que un 65.8% (237) tienen buen conocimiento, un 20.6% (74) tienen un conocimiento regular y un 13.6% (49) tienen mal conocimiento al respecto.

(Cuadro N° 4)

290 (80.6%) mujeres están de acuerdo que durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente, 30 (8.3%) estaban indecisa y 40 (11.1%) en desacuerdo.

234 (65%) mujeres estaban de acuerdo que la leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna, 85 (23.6%) indecisas y 41 (11.4%) en desacuerdo.

153 (42.5%) mujeres estaban de acuerdo que la lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo, 166 (46.1%) estaban indecisas y 41 (11.4%) en desacuerdo.

161 (44.7%) mujeres estaban de acuerdo que la madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta, 166 (46.1%) indecisas y 33 (9.2%) en desacuerdo.

238 (66.1) mujeres estaban de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian, 88 (24.4%) indecisas y 34 (9.5%) en desacuerdo.

291 (80.8%) mujeres estaban de acuerdo que dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada, 31 (8.6%) estaban indecisas y 38 (10.6%) en desacuerdo.

293 (81.4%) de las mujeres estaban de acuerdo que la leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia, 29 (8%) estaban indecisas y 38 (10.6%) en desacuerdo.

295 (81.9%) de las mujeres estaban de acuerdo que el bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace, 24 (6.7%) estaban indecisas y 41 (11.4%) estaban en desacuerdo.

248 (68.9%) de las mujeres estaban de acuerdo que dar de mamar al bebé es doloroso, 38 (10.6%) estaban indecisas y 74 (20.5%) estaban desacuerdo.

279 (77.5%) de las mujeres estaban de acuerdo que un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar, 35 (9.7%) estaban indecisas y 46 (11.4%) estaban desacuerdo.

161 (44.7%) de las mujeres estaban de acuerdo que la lactancia materna malogra el cuerpo de la madre, 135 (37.5%) estaban indecisas y 64 (17.8%) estaban en desacuerdo.

157 (43.6%) de las mujeres estaban de acuerdo que no todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar, 162 (45%) estaban indecisas y 41 (11.4%) estaban indecisas.

164 (45.6%) de las mujeres estaban de acuerdo que la leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora, 172 (47.8%) estaban indecisas y 24 (6.6%) en desacuerdo.

302 (83.9%) de las mujeres estaban de acuerdo que el bebé cuando toma pecho de su madre recibe amor, seguridad y afecto, 36 (10%) estaban indecisas y 22 (6.1%) estaban en desacuerdo.

304 (84.4%) de las mujeres estaban de acuerdo que el estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche, 31 (8.6%) estaban indecisas y 25 (7%) estaban en desacuerdo.

122 (33.9%) de las mujeres estaban de acuerdo que a algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo, 197 (54.7%) estaban indecisas y 41 (11.4%) estaban en desacuerdo.

308 (85.6%) de las madres estaban de acuerdo que el cansancio, la falta de apoyo y la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna, 33 (9.2%) estaban indecisas y 19 (5.2%) estaban en desacuerdo.

189 (52.5%) de las mujeres estaban de acuerdo que si tienen que ausentarse de casa por estudio o trabajo deberían extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora, 115 (31.9%) estaban indecisas y 56 (15.6%) en desacuerdo. **(Cuadro N° 5)**

El nivel de actitud en las mujeres acerca de la lactancia materna que acuden al servicio de consulta externa de ginecología se observa que un 36% (129) es desfavorable y un 64% (231) es favorable. **(Cuadro N° 6)**

Dentro de los antecedentes de lactancia materna se observa que un 38% (136) no ha dado lactancia materna y un 62% (224) si ha dado de lactar. **(Cuadro N° 7)**

Las mujeres que acuden al servicio de consulta externa de ginecología en dicha unidad, le han brindado lactancia materna en un 64.7% (147) a un hijo, un 20.1% (45) a dos hijos, 11.6% (26) a tres hijos y un 3.6% (8) a cuatro o más hijos. **(Cuadro N° 8)**

Dentro del tiempo que las mujeres le han dado lactancia materna, un 44.2% (99) ha dado menos de 6 meses de lactancia, un 19.6% (44) de seis a doce meses, 25.9% (58) dio de trece a veinte y cuatro meses y un 10.3% (23) dio más de veinte y cuatro meses.

(Cuadro N° 9)

Dentro de las razones por las cuales no realizaron lactancia materna fue por poca cantidad en un 91.2% (124), porque el niño la rechazó 86% (117), porque la mujer comenzó a trabajar 81.6% (111) y porque introdujeron otras leches un 45.6% (62).

(Cuadro N° 10)

Acorde el nivel de práctica se encuentra que un 27.8% (100) tienen buena práctica de lactancia materna, un 29.4% (106) tienen una práctica regular y un 42.8% (154) tienen mala práctica.

(Cuadro N° 11)

Acerca de si ha recibido orientación de lactancia materna se observa que un 58.6% (221) respondió que sí y un 41.4% (149) respondió que no ha recibido orientación acerca de ello.

(Cuadro N° 12)

Acerca de la persona que brindó la información acerca de lactancia materna a las mujeres a estudio se encontró que un 31.4% (113) fueron Médicos, 18% (65) fueron Enfermeras, 45.6% (164) Familiares y 5% (18) a otro personal. **(Cuadro N° 13)**

Se encuentra que el hábito de lavado de manos que tienen las mujeres que asisten a dicha unidad en dicho servicio, antes del inicio de lactancia materna corresponde a un 84.8% (190) que si tienen éste hábito y un 15.2% (34) que no lo tienen. . **(Cuadro N° 14)**

En el cuadro número 15 refleja que un 10.7% (24) se sientan con la espalda recta y hombros relajados al momento de dar lactancia materna y un 89.3% (200) mujeres no adoptan esta posición en dicho momento. **(Cuadro N° 15)**

Se encuentra que un 12.9% (29) mujeres colocan la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera al momento de dar de lactar y un 87.1% (195) mujeres que no realizan esto en dicho momento. **(Cuadro N° 16)**

En relación a que la madre estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón hacia los labios del niño al momento de Lactancia Materna se encontró que el 85.3% (191) de las mujeres encuestadas no realizaba este paso de la lactancia mientras que el 14.7% (33) de ellas si lo realizaba. **(Cuadro N° 17)**

Con respecto a que si la madre acerca al bebe contra su pecho en contacto abdomen con abdomen al momento de Lactancia Materna se encontró que el 84.8% (190) de las mujeres a estudio no realizaba esta maniobra al momento de amamantamiento y el 15.2% (34) si realizaba este paso. **(Cuadro N° 18)**

En el cuadro numero 19 Si la Madre Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente al momento de Lactancia Materna observamos que un 64.3% (144) No realiza esta técnica correcta mientras que el 35.7% (80) si la realizaba. **(Cuadro N° 19)**

En el cuadro numero 20 Si la Madre al momento de dar la lactancia procura que Los labios del bebe permanecen evertidos se observó que solo el 33.9% (76) realiza la técnica correctamente, mientras que el 66.1% (148) no realiza esta técnica. **(Cuadro N° 20)**

En el cuadro numero 21 si la madre Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos al momento de Lactancia Materna solo el 34.8% (78) permite libre demanda y un 65.2% (146) no la permite. **(Cuadro N° 21)**

En el cuadro numero 22 si la madre Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial al momento de Lactancia Materna resulto que el 67.4% (151) no permite esta técnica correcta y un 32.6% (73) si la realiza. **(Cuadro N° 22)**

En relación al Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología se obtuvieron resultados siguientes: las mujeres con un nivel de conocimiento bueno tuvieron 74.3% (176) de actitudes favorables y un 25.7% (61) de actitudes desfavorables. Las que obtuvieron un nivel de conocimiento Regular obtuvieron un nivel de actitud favorable en un 48.6% (36) y desfavorable en un 51.4% (38). Las que obtuvieron un nivel de conocimientos Malo en un 38.8% (19) tienen una actitud favorable y en un 61.2% (30) si nivel de actitudes es desfavorable. **(Cuadro N° 23)**

Con respecto al Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología. Se obtuvieron los siguientes resultados: las madres con un nivel de conocimiento bueno tienen un nivel de practica buena en un 27.8% (66), regular en un 30.8% y mala en un 41.4%. las que obtuvieron un nivel de conocimiento regular poseen un nivel de practica buena en un 28.4% (21), regular en un 31.1% (23) y mala en un 40.5% (30). Quienes posee un nivel de conocimiento malo obtuvieron un nivel de practica bueno en un 26.5%(13), regular en un 20.4% (10) y mala en un 53.1%(26). **(Cuadro N° 24)**

En relación a la Ocupación de las mujeres versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología se obtuvo que las mujeres con ocupación Estudiantes tenían un periodo de lactancia predominante de menos de 6 meses con

un 44.7%(21), las que son amas de casa también predominaba el periodo de menos de 6 meses con un 45.2%(14), las del ámbito laboral realizaban la lactancia materna por un periodo de menos de 6 meses en un 43.7%(45) y quienes eran desempleadas un periodo de lactancia de menos de 6 meses en un 44.2%(19). **(Cuadro N° 25)**

Con respecto a la Ocupación versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, las mujeres con ocupación de estudiante la razón principal de no lactancia era por obligaciones propias de su ocupación (trabajo) en un 53.6%(15), por poca cantidad en un 21.4%(6), por rechazo en un 14.3%(4) y por introducción de otras leches en un 10.7%(3); en las ama de casa por obligaciones propias de su ocupación (trabajo) en un 12.5%(2), por poca cantidad en un 12.5%(2), por rechazo en un 43.8% (7) y por introducción de otras leches en un 31.2%(5); en las madres trabajadoras por obligaciones propias de su ocupación (trabajo) en un 66.7%(42), por poca cantidad en un 9.5%(6), por rechazo en un 6.3% (4) y por introducción de otras leches en un 17.5% (11); En las mujeres desempleadas por obligaciones propias de su ocupación (trabajo) en un 6.9%(2), por poca cantidad en un 17.2%(5) , por rechazo en un 10.3% (3) y por introducción de otras leches en un 65.6%(19). **(Cuadro N° 26)**

En relación al Número de hijos vivos versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología se obtuvieron los siguientes resultados: las que tenían al menos un hijo no brindaron lactancia por poca cantidad en un 10.3%(6), por rechazo del niño en un 5.2%(3), por trabajo u obligaciones propias de su ocupación en un 70.7% (41), por introducción de otras leches en un 13.8%(8). Las que poseían 2 hijos no brindaron lactancia por poca cantidad en un 5.1%(2), por rechazo del niño en un 5.1%(2), por trabajo u obligaciones propias de su ocupación en un 76.9%(30) , por introducción de otras leches en un 12.9%(5). Las que poseían 3 hijos no brindaron lactancia por poca cantidad en un 5.6%(1), por rechazo del niño en un 16.7%(3) por trabajo u obligaciones propias de su ocupación en un 22.2%(4) , por introducción de otras leches en un 55.5%(10). Y las que poseían 4 o mas no brindaron lactancia por poca cantidad en un 4.8%(1), por rechazo del niño en un 9.5% (2) por trabajo u obligaciones propias de su ocupación en un 28.6%(6) y por introducción de otras leches en un 57.1%(57.1). **(Cuadro N° 27)**

Con respecto al nivel de Escolaridad versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología se obtuvieron los siguientes resultados: las mujeres con escolaridad primaria dieron lactancia por un tiempo menor de 6 meses en un 56.2%(54), de 6 a 12 meses en un 20.8% (20), de 13 a 24 meses en un 16.7%(16) y mayor de 24 en un 6.3% (6); con escolaridad secundaria dieron lactancia por un tiempo menor de 6 meses en un 22.2%(12), de 6 a 12 meses en un 29.6%(16) , de 13 a 24 meses en un 27.8%(15) y mayor de 24 en un 20.4%(11); con escolaridad técnica dieron lactancia por un tiempo menor de 6 meses en un 33.3%(2), de 6 a 12 meses en un 33.3%(2) , de 13 a 24 meses en un 16.7%(1) y mayor de 24 en un 16.7%(1) Y con escolaridad universitaria dieron lactancia por un tiempo menor de 6 meses en un 45.6%(31), de 6 a 12 meses en un 8.8%(6) , de 13 a 24 meses en un 38.2%(26) y mayor de 24 en un 7.4 %(5).). **(Cuadro N° 28)**

Con respecto a los Antecedentes de recibir información versus Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología entre las entrevistadas se obtuvieron los siguientes resultados , quienes recibieron información acerca de la lactancia materna previamente tenían un nivel de prácticas buenas del 30.3% (68), regular de 32.1% (72) y mala de 37.6% (84). Quienes no habían recibido información tuvieron un nivel de prácticas buena de 23.5% (32), regular de 25.0% (34) y mala de 51.5% (70). **(Cuadro N° 29)**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La responsabilidad de impulsar la práctica de Lactancia Materna se encuentra en el compromiso de todos. Un proceso continuo de la adquisición de Conocimientos acerca de la Lactancia Materna, desarrollará un comportamiento responsable y disciplinado y el cual dependerá en gran parte de la información, que desarrollará impactos sociales y culturales en la población del país.

En los países en vías de desarrollo la lactancia puede salvar la vida de muchos niños. Un meta análisis reciente (WHO 2001a) informó una marcada reducción de la mortalidad, debida especialmente a enfermedades infecciosas, con la continuación de la lactancia materna, incluso hasta el segundo año de vida. Actualmente, la abrumadora evidencia epidemiológica muestra que, aun en países desarrollados, la lactancia protege contra infecciones gastrointestinales y respiratorias y que el efecto protector aumenta con una mayor duración y exclusividad de la misma.

La mayor parte de las mujeres estudiadas eran mayores de los 30 años, pero en un 40% de la población eran madres solteras, lo que de entrada implica una serie de problemas que de una u otra manera influyen en la buena práctica de la lactancia materna. Sobre todo debido al compromiso social y económico de asumir la responsabilidad en su totalidad acerca del bienestar de su hijo o hijos que la impulsa de manera temprana a laborar para garantizar la seguridad de la familia. Información como ENDESA 2011 han confirmado esta situación.

En realizados por UNICEF, han indicado que las madres solteras, tienen en gran medida conocimientos deficientes. Coincidiendo con los resultados de varios autores, el escaso conocimiento acerca de LM y el abandono precoz de la misma ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, atribuyéndoselo a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período, en las que se suma además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los planos el hecho de ser madre.

La LM es una práctica sumamente importante para la nutrición del infante durante su primer año de vida, y lamentablemente se está perdiendo la costumbre de realizarla.

Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos. El conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la LM y la iniciación tardía de fórmulas lácteas.

Los estudios revisados indican la gran importancia del nivel cultural de las madres para obtener éxito en esta práctica.

Más del 75% de las mujeres estudiadas tenían procedencia urbana, este dato importante es un factor relevante para la Lactancia Materna en Nicaragua, ya que las mujeres del área rural tienen una práctica más continua y segura de la Lactancia Materna en comparación a las mujeres ubicadas en la región urbana. Factores como el tipo de trabajo y el horario del mismo influyen directamente en el proceso de separación temprana de la madre hacia su hijo, además de las distancias que tiene que recorrer para dar cada tetada de acuerdo al horario, aunque en su mayoría los empresarios, son proactivos de la ley dándoles el tiempo de acuerdo a la misma para la realización de la lactancia materna.

El conocimiento de los beneficios de la Lactancia Materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la Lactancia Materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas. Estudios nacionales muestran que las madres consideran que la Lactancia Materna es beneficiosa para el niño y resaltan los aspectos inmunológicos y de salud. En esta investigación la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento bueno.

Uno de los aspectos más relevantes es el hecho de que al menos el 65% de las mujeres, tenían por lo menos la asistencia a 3 controles prenatales (CPN) lo que indica el papel fundamental del personal de salud durante el proceso del seguimiento de cada embarazo, y dentro de la consulta impulsar la promoción de la Lactancia Materna en las usuarias asistentes.

Los programas de capacitación enfatizan en los beneficios nutricionales de la Lactancia Materna y en la importancia del calostro, por su contenido de factores nutritivos para el niño. Es innegable que los procesos de aprendizaje, sobre todo los correspondientes al proceso de Maternidad y

secuencialmente los de Lactancia Materna, impulsada desde los primeros años de vida y fortalecida en el periodo adolescente dejan huellas a nivel sensorial, emocional y cognitivo. Una joven madre, carente de estímulos adecuados, con ausencia de orientaciones maternas y/o paternas, tendrá mayores limitaciones de incorporar valores que logren éxitos durante ese proceso.

La sociedad necesita conexiones afectivas que nazcan desde el mismo ambiente familiar que posibiliten anticipar el mañana, supervisando acciones futuras y fundamentalmente luchar por eliminar todo aquello que solo funciona como limitaciones y obstáculos. Identificar los conocimientos y creencias que posee la población es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos.

El reto de las políticas de Lactancia Materna, consiste en lograr no sólo un aumento de la población infantil que reciba alguna vez la Lactancia Materna, sino lograr mantenerla, lo cual es un desafío también para las familias, ya que existen diversos factores causales que impiden que este propósito se lleve a cabo. Las investigaciones muestran que la duración de LME se asocia al conocimiento de la LM, con la edad y las horas de trabajo de la madre.

Aunque Nicaragua presenta a nivel nacional un promedio de 19 meses de Amamantamiento total, cifra que está por encima de muchos países de América Latina, cuando se valora de forma específica a la Lactancia Materna Exclusiva los datos revelan que en el país solamente se promedia en unos 2 meses, cifra que se encuentra por debajo de los indicadores estándar de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.).

Se encontró que en más del 60% de las madres habían brindado lactancia materna a un hijo (64.7%). En los estudios realizados, las madres primíparas son las que obtuvieron ampliamente el mayor porcentaje de conocimientos deficientes, ello pudiera deberse a la poca experiencia y podría conllevar al abandono de la Lactancia Materna, durante los primeros meses en mayor frecuencia que las madres multíparas, en su mayoría por el desconocimiento de las técnicas de

amamantamiento, lo que favorece la aparición de complicaciones como la aparición de grietas del pezón y otras molestias para la madre y el niño que en una madre mal preparada y orientada puede llevar al abandono de la LM.

La vasta mayoría de mujeres permanece sin información acerca de la Lactancia Materna, aunque una gran mayoría han escuchado sobre las técnicas de amamantamiento, no saben de forma objetiva cuales son los principales técnicas, mucho menos de las complicaciones durante el desarrollo de la lactancia materna así como los efectos directos en el desarrollo y crecimiento de los niños. Los resultados obtenidos indican que más del 40% de las usuarias NO habían recibido ningún tipo de capacitación en el tema de Lactancia Materna.

Se ha encontrado que la preocupación de la madre por la producción insuficiente de leche es un factor que incide en la corta duración de la Lactancia Materna. El trabajo siempre ha jugado un factor determinante en el tiempo de amamantamiento de la mujer y ha sido referido en otros estudios nacionales e internacionales, sin embargo el factor laboral que incide en la práctica de Lactancia Materna es la ausencia de facilidades para lactar.

Durante la realización del presente estudio la ocupación de las mujeres en general tuvo un tiempo de lactancia de aproximadamente 6 meses, además que en el momento actual una gran parte de las mujeres a la par del trabajo que realizan, desarrollan actividades académicas para su propia superación y el mejoramiento de su situación socio económica, por la mayor demanda de forma continua de cada vez una mayor competencia en el ámbito laboral.

De acuerdo a ENDESA 2011-12, el Departamento que tiene mayor tiempo de Lactancia Materna promedio con 24 meses, y es Madriz y Chinandega, y el Departamento de Chontales el de menor promedio sobre todo con Lactancia Materna Exclusiva con 1.4 meses.

La actitud en su mayoría fue favorable en el grupo de estudio hacia la realización de la lactancia materna, ya que se ha establecido que la misma es influenciada por múltiples factores tanto biológicos psicológicos y sociales y su éxito va a depender de dos factores cruciales: la primera es la motivación de la madre de amamantar a su hijo que está relacionada con las actitudes y

creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias previas de lactancia y la segunda es la provisión de leche que está vinculada con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales.

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Durante el embarazo la mujer está muy receptiva para aprender sobre todos aquellos aspectos que le permitan entregar una óptima atención a su hijo. La educación puede entregarse individualmente durante los controles prenatales o en forma grupal lo que permite intercambiar experiencias con otras embarazadas beneficiándose de las que han tenido lactancia previa exitosa y comprender las razones por las cuales otras fracasaron.

Sin embargo los datos obtenidos como por ejemplo que el 42.8% realizan una mala práctica de Lactancia Materna, que el 41.4% no ha recibido ninguna orientación de la técnica de amamantamiento, que en su mayoría, la información fue facilitada por familiares que de alguna manera contiene componentes culturales y sociales que hacen que la información no contenga un alto nivel de calidad, teniendo limitaciones en relación a los procesos biológicos y fisiológicos hacen que la promoción de la lactancia materna tenga muchos retos en el futuro.

La Lactancia Materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La desinformación o la información incorrecta respecto del amamantamiento puesta de manifiesto en los resultados llevan implícito el riesgo de morbilidad neonatal e infantil.

La alimentación del recién nacido librada a las habilidades intuitivas de la madre o de sus familiares necesita apoyo profesional. Por lo que una actitud favorable de la mujer hacia el amamantamiento reclama pautas higiénico dietéticas protectoras del binomio madre-hijo. Corresponde a los miembros del equipo de salud reflexionar sobre la calidad de la enseñanza que reciben las mujeres durante el proceso de internación para el parto, revalorizando esta acción

educativa que posee alto rédito y bajo costo socio-sanitario, para lograr una mejor calidad de vida de la madre y su hijo.

CONCLUSIONES

1. Predominaron las Mujeres de 30 - 39 años, solteras, en su mayoría trabajadoras, con nivel educativo de primaria, con un solo hijo, de religión Evangélica y de Procedencia Urbana.
2. El Nivel de Conocimiento de las mujeres fue Bueno en un 65.8%
3. El 58.6% de las Mujeres había recibido información sobre Lactancia Materna, proporcionada en su mayoría por los familiares
4. La actitud fue favorable (64.2%), en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en el tiempo que debe darse Lactancia Materna al niño.
5. La práctica fue mala en el 42.8%, encontrando que a pesar de que la mayoría cuenta con información, no realiza buenas prácticas de Lactancia Materna, relacionado sobre todo a factores culturales y laborales.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD:

- Promover mecanismos de coordinación interinstitucional donde la familia y comunidad impulsen la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los lactantes, dándoles un seguimiento continuo y oportuno, mejorando la calidad de vida de la niñez nicaragüense.
- Integrar al núcleo familiar como estrategia dentro de la buena práctica de Lactancia Materna, dando a conocer sus beneficios así como las diferentes técnicas de amamantamiento, incorporando a dirigentes comunales y de salud, desarrollando iniciativas para mantener un seguimiento y evaluación continua.

AL MINISTERIO DEL TRABAJO:

- Fortalecer el conocimiento en las mujeres acerca del marco legal de protección de la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, con el objetivo de garantizar que la seguridad y protección del binomio Madre-Hijo para garantizar una buena práctica de Lactancia Materna.
- Impulsar la aplicación de las leyes de protección acerca de la lactancia materna, a fin de que el conocimiento acerca de la Lactancia Materna se difunda de manera más objetiva y real, a través de los medios de comunicación, mejorando las actitudes y prácticas de las mujeres, fortaleciendo los grupos de apoyo a fin de que se obtenga un proceso de consolidación en la práctica de la Lactancia Materna.
- Desarrollar en los ambientes laborales, locales con ambientes adecuados, donde las mujeres puedan realizar una práctica de Lactancia Materna óptima, en beneficio de un mayor vínculo afectivo en el binomio madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AECC. (14 de Junio de 2011). AECC. Obtenido de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/anatomia.aspx>
- Baydar Artantaş, D. A., Kayhan Tetis, D. B., Kılıc, E. M., Karatas Eray, D. I., Cetin, N. N., Güney, P. S., y otros. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivo Argentino de Pediatría*, 514-520.
- Cruz, L. F. (Enero de 2013). *Academia*. Obtenido de <https://independent.academia.edu>
- Elvir Mayorquin, N. Y., David Murillo, P. M., Portillo Pineda, R. M., Aguilar Gutiérrez, K. F., Granados Rodríguez, R. A., López, R. A., y otros. (2016). Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna en puérperas Estudio multicéntrico en 7 hospitales públicos de Honduras, 2016. *Revista Hispánica Cienc Salud*.
- Espinoza López, D. E., & Valle Calderón, G. A. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del*. Managua.
- Gamboa D, E. M., López B., N., & Prada G., G. E. (2005). Conocimientos Actitudes y Prácticas relacionadas con la Lactancia Materna en mujeres de edad fértil del asentamiento las marías. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 90.
- Gorrita Pérez, R. R., Brito Linares, D., & Ruiz Hernández, E. (2016). Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 130-143.
- Guerra Domínguez, E., Valdés Madrigal, I., Martínez Guerra, M. E., Arias Ortíz, Y., & Martínez Jiménez, A. (2014). Conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas sobre lactancia materna vinculados a intervención educativa Policlínico "Jimmy Hirtzel". *Multimed. Rev. Médica Granma*, 18.
- Kumar, V. A. (2010). En K. V, *Robbins And Cotran Pathologic*. Philadelphia: Elsevier.
- Langman. (2004). Embriología Medica. En Langman, *embriología medica* (págs. 84-91). Buenos Aires: medica panamericana.
- Leslie P. Gartner, P. J. (2002). texto de atlas de histología. En P. J. Leslie P. Gartner, *Texto de Atlas de Histología*. McGraw Hill Interamericana .
- Meléndez, D. E., Bello Aguilar, D. C., & Guzmán Miranda, G. A. (2014). - *Conocimientos, Actitudes y Orácticas sobre lactancia materna en puérperas del servicio de maternidad en el hospital José Neibrowsky, de Boaco durante el período de Abril a Octubre 2012*. Boaco, Nicaragua.
- Meléndez, D. E., Blass Calero, K. M., & Jirón, M. I. (2012). - *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMISTAD JAPON NICARAGUA DE LA CIUDAD DE GRANADA DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2012*. Granada, Nicaragua.

- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2006). Normativa 060. Manual de Lactancia Materna. Managua, Nicaragua.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2008). Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. En U. MINSA. Managua, Nicaragua: Arte y Creación.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2010). Manual de Lactancia Materna para la Atención Primaria. Managua, Nicaragua.
- Navarro Cáceres, W. (2011). La Lactancia Materna y sus propiedades Microbio-Inmunológicas. *Cuerpo Médico. HNAAA*, 66.
- Noriega, F., Torrez, A., & Umaña, J. (2012). Factores Socioculturales presentes en el abandono de la lactancia materna exclusiva en la unidad comunitaria de salud familiar. *Revista Mexicana de Salud Pública*.
- O.M.S. Programa de Alimentación y Nutrición. (2010). Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna. Wshington. Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño:Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de Medicina y otras ciencias de la salud. Washington, Estados Unidos.
- Richard L, D. W. (2005). En R. L, *Gray Anatomía para estudiantes*. España: ELSEVIER.
- Sociedad Española de Pediatría.Comité de Lactancia Materna. (2011). Lactancia Materna: Guía para profesionales. . Madrid. España: El Servier.
- Soto, J. F., Roa Moreno, B., Sánchez, L., Socha, L., Leal, C., Parra, K., y otros. (2014). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA PRENATAL HOSPITAL DR. PATROCININO PEÑUELA RUIZ SAN CRISTOBAL, VENEZUELA. *Archivos Venezolanos de puericultura y pediatría*, 128-132.
- Telica González, D. X., Acuña Morales, M., & Caballero Flores, M. A. (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al programa de vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del centro de salud villa libertad en mayo y junio del 2011*. Managua.
- Ulloa González, D. A., Ponce Blanco, M. J., & Romer Alvarez, M. d. (2010). *Características y prácticas de la lactancia materna de la mujer nicaraguense en el período 2001-2005*. Nicaragua.
- Veramendi-Espinoza, L., Zafra-Tanaka, J., Ugaz-Soto, L., Villa-Santiago, N., Torres-Bravo, L., Pinto-Arica, A., y otros. (2012). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS DE COMUNIDAD RURAL PERUANA Y SU ASOCIACIÓN CON LA DIARREA AGUDA INFECCIOSA. *FELSOCEM*, 82'88.
- Zendejas, L. P. (abril de 2013). *inspvvirtual*. Obtenido de http://www.inspvirtual.mx/banco_tesis/Alvarez%20Zendejas%20Patricia%20Marghel%20_%20TP%20MSP%20epidemiologia.pdf

Zimmermann, C. R., Medina Pinto, S., Ortíz Gavilán, A. V., Miño, C., & Itatí Abreo, D. G. (2011). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA EN EL AÑO 2010. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina No. 207*.

Zimmermann, C., Medina Pinto, S., Ortiz Gavilán, A., & Itatí Abreo, G. (2011). CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA EN EL AÑO 2010. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina* , 9 pp.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
Facultad de Ciencias Médicas
Recinto Universitario Rubén Darío
Instrumento de Recolección de la Información

La presente encuesta es para valorar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de octubre a diciembre del 2016. Sus respuestas serán utilizadas únicamente para efectos del estudio y su información será confidencial, de forma que usted responda con toda confianza a las preguntas que se le realizarán:

I. DATOS GENERALES

1. Lugar de procedencia: _____
2. Edad: _____ Años
3. N° de hijos vivos _____
4. Nivel de Escolaridad:
 - Universitario ()
 - Secundaria ()
 - Primaria ()
 - Ninguno ()
5. Estado civil:
 - Casada ()
 - Acompañada ()
 - Soltera ()
6. Ocupación
 - a) Estudiante ()
 - b) Ama de Casa ()
 - c) Trabajadora ()
 - d) Desempleada ()
7. Número de Controles Prenatales (CPN): _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

A CONTINUACIÓN MARQUE CON UN EQUIS LA ALTERNATIVA QUE CONSIDERE CORRECTA.

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

PROPOSICIONES	Si sabe	Sabe poco	No sabe
1. Tiene conocimiento cuánto debe de durar la lactancia materna exclusiva (Sin darle agua, licuados ni otro alimento)			
2. El niño debe recibir pecho cada vez que desee.			
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de pecho a sus bebés.			
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia materna			
5. La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama.			
6. La lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades			
7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón			
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo			
9. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al Bebé			
10. La leche materna está libre de microbios			
11. La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.			
12. Hay que comer el doble para poder dar de mamar.			
13. Cuando una mujer empieza a trabajar, es posible continuar la lactancia			
14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.			
15. La lactancia materna disminuye el tiempo de recuperación después del parto			

ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA (ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT)

Nº	PROPOSICIONES	DA	I	DS
1	Durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente			
2	La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna.			
3	La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.			
4	La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
6	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.			
7	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.			
8	El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.			
9	Dar de mamar al bebé es doloroso.			
10	Un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar			
11	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre			
12	No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar.			
13	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
14	El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.			
15	El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.			
16	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo			
17	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna.			
18	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y Conservarla en la refrigeradora.			

DA = De acuerdo I = Indiferente (le da igual) ED = En desacuerdo

PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Usted ha dado Lactancia Materna Exclusiva. SI _____ NO _____ (Si la respuesta es NO omita las siguientes preguntas)
2. A cuántos hijos le dio usted Lactancia Materna: _____
3. Durante cuánto tiempo? _____
4. Si usted NO realizó Lactancia Materna,Cuál fue el motivo:
 - a) Poca Cantidad ()
 - b) Por comenzar a trabajar ()
 - c) Por introducir otras leches ()
 - d) Porque mi niño la rechazó ()

5. Usted recibió Orientación sobre Lactancia Materna SI _____ NO_____

- a) Médico ()
- b) Enfermera ()
- c) Familiar ()
- d) Otro ()

Nº	PROPOSICIONES	SI	NO
1	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé		
2	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados		
3	Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera		
4	Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial		
5	Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen		
6	Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente		
7	Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)		
8	Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos		
9	Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA DEL ESTUDIO:

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

AUTORAS: Bra. Celene de los Ángeles Olivas Altamirano.
Bra. Sofía del Carmen Lacayo Lacayo

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Evaluar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres en edad fértil (15-49 años) que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

Dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones y la elaboración de programas o campañas educativas y de promoción sobre Lactancia Materna.

La presente encuesta, consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema antes descrito.

La persona encuestada puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizara para fines estrictamente investigativos. Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante. _____.

Firma del investigador. _____.

CUADRO N° 1

Características Sociodemográficas de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Características Sociodemográficas	Numero	%
Edad		
< 20 años	13	3.6
21 - 29 años	69	19.2
30 – 39 años	143	39.7
40 – 49 años	135	37.5
Estado Civil		
Casada	75	20.8
Soltera	147	40.8
Unión Estable	138	38.4
Escolaridad		
Primaria	155	43.0
Secundaria	87	24.2
Técnico	4	1.1
Universitario	114	31.7
Número de Hijos		
Ninguno	73	20.3
1	126	35.0
2	87	24.2
3	30	8.3
4 o más	44	12.2
Religión		
Católica	75	20.8
Evangélica	147	40.8
Otras	138	38.4
Procedencia		
Urbano	273	75.8
Rural	87	24.2
Ocupación		
Estudiante	75	20.8
Ama de Casa	47	13.1
Trabajadora	166	46.1
Desempleada	72	20.0

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 2

Número de Control Prenatal realizados a las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

NÚMERO DE CPN	Numero	%
Ninguno	70	19.4
1	21	5.8
2	29	8.0
3	97	26.9
4 o más	143	39.9

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 3

Conocimientos acerca de Lactancia Materna en de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

N°	Conocimientos sobre Lactancia Materna	SI SABE		SABE POCO		NO SABE	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Tiene conocimiento cuánto debe de durar la lactancia materna exclusiva	187	51.9	134	37.2	39	10.9
2	El niño debe recibir pecho cada vez que desee	253	70.3	66	18.3	41	11.4
3	Todas las mujeres están preparadas para dar de pecho a sus bebés	237	65.8	83	23.0	40	11.2
4	La preparación de los pezones facilita la lactancia materna	320	88.9	22	6.1	18	5.0
5	La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama	175	48.6	73	20.3	112	31.1
6	La lactancia materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades	296	82.2	13	3.6	51	14.2
7	Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	132	36.7	116	32.2	112	31.1
8	La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	304	84.4	15	4.2	41	11.4
9	Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al Bebé	234	65.0	85	23.6	41	11.4
10	La leche materna está libre de microbios	238	66.1	85	23.6	37	10.3
11	La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo	156	43.3	119	33.0	85	23.7
12	Hay que comer el doble para poder dar de mamar	234	65.0	85	23.6	41	11.4
13	Cuando una mujer empieza a trabajar, es posible continuar la lactancia	238	66.1	89	24.7	33	9.2
14	La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre	154	42.8	166	46.1	40	11.1
15	La lactancia materna disminuye el tiempo de recuperación después del parto	152	42.2	159	44.2	49	13.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 4

Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	237	65.8
Regular	74	20.6
Malo	49	13.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 5

Actitud hacia la Lactancia Materna que tienen las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

N°	Proposiciones	DA		I		DS	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente	290	80.6	30	8.3	40	11.1
2	La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebe que la leche materna	234	65.0	85	23.6	41	11.4
3	La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo	153	42.5	166	46.1	41	11.4
4	La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta	161	44.7	166	46.1	33	9.2
5	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian	238	66.1	88	24.4	34	9.5
6	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada	291	80.8	31	8.6	38	10.6
7	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia	293	81.4	29	8.0	38	10.6
8	El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace	295	81.9	24	6.7	41	11.4
9	Dar de mamar al bebé es doloroso	248	68.9	38	10.6	74	20.5
10	Un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar	279	77.5	35	9.7	46	12.8
11	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre	161	44.7	135	37.5	64	17.8
12	No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar	157	43.6	162	45.0	41	11.4
13	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora	164	45.6	172	47.8	24	6.6
14	El bebé, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto	302	83.9	36	10.0	22	6.1
15	El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche	304	84.4	31	8.6	25	7.0
16	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo	122	33.9	197	54.7	41	11.4
17	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere con la lactancia materna	308	85.6	33	9.2	19	5.2
18	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y Conservarla en la refrigeradora	189	52.5	115	31.9	56	15.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense.

DA: De acuerdo. I: Indecisa DS: En desacuerdo

CUADRO N° 6

Nivel de Actitud hacia la Lactancia Materna que tienen las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	231	64.2
Desfavorable	129	35.8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 7

Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

¿Usted ha Dado Lactancia Materna?	N°	%
SI	224	62.2
NO	136	37.8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 8

Número de Hijos a los cuales brindaron Lactancia Materna, las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Número de Hijos a los cuales brindaron Lactancia Materna	N°	%
1	145	64.7
2	45	20.1
3	26	11.6
4 o más	8	3.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 9

Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Tiempo de Lactancia Materna	N°	%
Menos de 6 meses	99	44.2
6 meses a 12 meses	44	19.6
13 a 24 meses	58	25.9
Mayor a 24 meses	23	10.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 10

Razones por las cuales NO realizaron Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 136

Razones de NO realización de Lactancia Materna(*)	N°	%
Poca Cantidad	124	91.2
Porque mi niño la rechazó	117	86.0
Por comenzar a trabajar	111	81.6
Por introducir otras leches	62	45.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense
 (*) Algunas madres indicaron más de una causa.

CUADRO N° 11

Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	100	27.8
Regular	106	29.4
Mala	154	42.8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 12

Antecedentes de recibir orientación acerca de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

¿Usted ha recibido orientación acerca de Lactancia Materna?	N°	%
SI	211	58.6
NO	149	41.4

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 13

Persona que brindó la información acerca de Lactancia Materna a las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Persona que brindó la Información	N°	%
Médico	113	31.4
Enfermera	65	18.0
Familiar	164	45.6
Otro	18	5.0

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 14

Hábito de lavado de manos antes del inicio de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Hábito de lavado de manos antes del Inicio de Lactancia Materna	N°	%
SI	190	84.8
NO	34	15.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 15

Se encuentra sentada con la espalda recta y hombros relajados al momento de Lactancia Materna, según referencia de mujeres en edad fértil que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Se encuentra sentada con la espalda recta y hombros relajados al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	24	10.7
NO	200	89.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 16

Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera el momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	29	12.9
NO	195	87.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 17

Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón hacia los labios del niño al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón hacia los labios del niño al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	33	14.7
NO	191	85.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 18

Acerca al bebe contra su pecho en contacto abdomen con abdomen al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Acerca al bebe contra su pecho en contacto abdomen con abdomen al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	34	15.2
NO	190	84.8

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 19

Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	80	35.7
NO	144	64.3

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 20

Los labios del bebe permanecen evertidos al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Los labios del bebe permanecen evertidos al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	76	33.9
NO	148	66.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 21

Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	78	34.8
NO	146	65.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 22

Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial al momento de Lactancia Materna	N°	%
SI	73	32.6
NO	151	67.4

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 23

Nivel de conocimientos versus Nivel de Actitudes que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DE ACTITUDES			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%
BUENO	176	74.3	61	25.7
REGULAR	36	48.6	38	51.4
MALO	19	38.8	30	61.2

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 24

Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	66	27.8	73	30.8	98	41.4
REGULAR	21	28.4	23	31.1	30	40.5
MALO	13	26.5	10	20.4	26	53.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 25

Ocupación versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

OCUPACIÓN	TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA							
	Menos de 6 meses		6 a 12 meses		13 a 24 meses		Mayor de 24 meses	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estudiante	21	44.7	9	19.1	12	25.5	5	10.7
Ama de Casa	14	45.2	6	19.4	8	25.8	3	9.6
Trabajadora	45	43.7	21	20.4	27	26.2	10	9.7
Desempleada	19	44.2	8	18.6	11	25.6	5	11.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 26

Ocupación versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 136

OCUPACIÓN	RAZONES PARA NO DAR LACTANCIA MATERNA							
	Poca cantidad		Porqué mi niño lo rechazó		Por el trabajo		Por introducir otras leches	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estudiante	6	21.4	4	14.3	15	53.6	3	10.7
Ama de Casa	2	12.5	7	43.8	2	12.5	5	31.2
Trabajadora	6	9.5	4	6.3	42	66.7	11	17.5
Desempleada	5	17.2	3	10.3	2	6.9	19	65.6

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 27

Número de hijos vivos versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 136

NÚMERO DE HIJOS	RAZONES PARA NO DAR LACTANCIA MATERNA							
	Poca cantidad		Porqué mi niño lo rechazó		Por el trabajo		Por introducir otras leches	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uno	6	10.3	3	5.2	41	70.7	8	13.8
Dos	2	5.1	2	5.1	30	76.9	5	12.9
Tres	1	5.6	3	16.7	4	22.2	10	55.5
Cuatro o más	1	4.8	2	9.5	6	28.6	12	57.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 28

Escolaridad versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 224

ESCOLARIDAD	TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA							
	Menos de 6 meses		6 a 12 meses		13 a 24 meses		Mayor de 24 meses	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	54	56.2	20	20.8	16	16.7	6	6.3
Secundaria	12	22.2	16	29.6	15	27.8	11	20.4
Técnico	2	33.3	2	33.3	1	16.7	1	16.7
Universitaria	31	45.6	6	8.8	26	38.2	5	7.4

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 29

Antecedentes de recibir información versus Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

RECIBIÓ INFORMACIÓN ACERCA DE LACTANCIA MATERNA	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	68	30.3	72	32.1	84	37.6
NO	32	23.5	34	25.0	70	51.5

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 30

Características Sociodemográficas versus Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

Características sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
< 20 años	8	61.5	3	23.1	2	15.4
21 - 29 años	54	78.3	10	14.5	5	7.2
30 – 39 años	94	65.7	33	23.1	16	11.2
40 – 49 años	81	60.0	28	20.7	26	19.3
Estado civil						
Casada	50	66.7	16	21.3	9	12.0
Soltera	101	68.7	31	21.1	15	10.2
Unión Estable	86	62.3	27	19.6	25	18.1
Escolaridad						
Primaria	104	67.1	23	14.8	28	18.1
Secundaria	58	66.7	21	24.1	8	9.2
Técnico	2	50.0	1	25.0	1	25.0
Universitario	73	64.0	29	25.4	12	10.6
Número de Hijos						
Ninguno	48	65.8	18	24.7	7	9.5
Uno	83	65.9	29	23.0	14	11.1
Dos	56	64.4	12	13.8	19	21.8
Tres	19	63.3	7	23.3	4	13.4
4 o más	31	70.5	8	18.2	5	11.3
Religión						
Católica	52	69.3	18	24.0	5	6.7
Evangélica	99	67.3	29	19.7	19	13.0
Otras	86	62.3	27	19.6	25	18.1
Procedencia						
Urbano	184	67.4	59	21.6	30	11.0
Rural	53	60.9	15	17.2	19	21.9
Ocupación						
Estudiante	52	69.3	16	21.3	7	9.4
Ama de casa	27	57.4	12	25.6	8	17.0
Trabajadora	110	66.3	36	21.7	20	12.0
Desempleada	48	66.7	10	13.9	14	19.4

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N° 31

Características Sociodemográficas versus Nivel de Actitud que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

n= 360

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NIVEL DE ACTITUD			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	N	%	N	%
Edad				
< 20 años	8	61.5	5	38.5
21 - 29 años	46	66.7	23	33.3
30 – 39 años	93	65.0	50	35.0
40 – 49 años	84	62.2	51	37.8
Estado civil				
Casada	48	64.0	27	36.0
Soltera	90	61.2	57	38.8
Unión Estable	93	67.4	45	32.6
Escolaridad				
Primaria	102	65.8	53	34.2
Secundaria	58	66.7	29	33.3
Técnico	2	50.0	2	50.0
Universitario	69	60.5	45	39.5
Número de Hijos				
Ninguno	44	60.3	29	39.7
Uno	83	65.9	43	34.1
Dos	58	66.7	29	33.3
Tres	19	63.3	11	36.7
4 o más	27	61.4	17	38.6
Religión				
Católica	49	65.3	26	34.7
Evangélica	88	59.9	59	40.1
Otras	94	68.1	44	31.9
Procedencia				
Urbano	175	64.1	98	35.9
Rural	56	64.4	31	35.6
Ocupación				
Estudiante	53	70.7	22	29.3
Ama de casa	27	57.4	20	42.6
Trabajadora	107	64.5	59	35.5
Desempleada	44	61.1	28	38.9

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

CUADRO N ° 32

Características Sociodemográficas versus Nivel de Prácticas que tienen sobre Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.

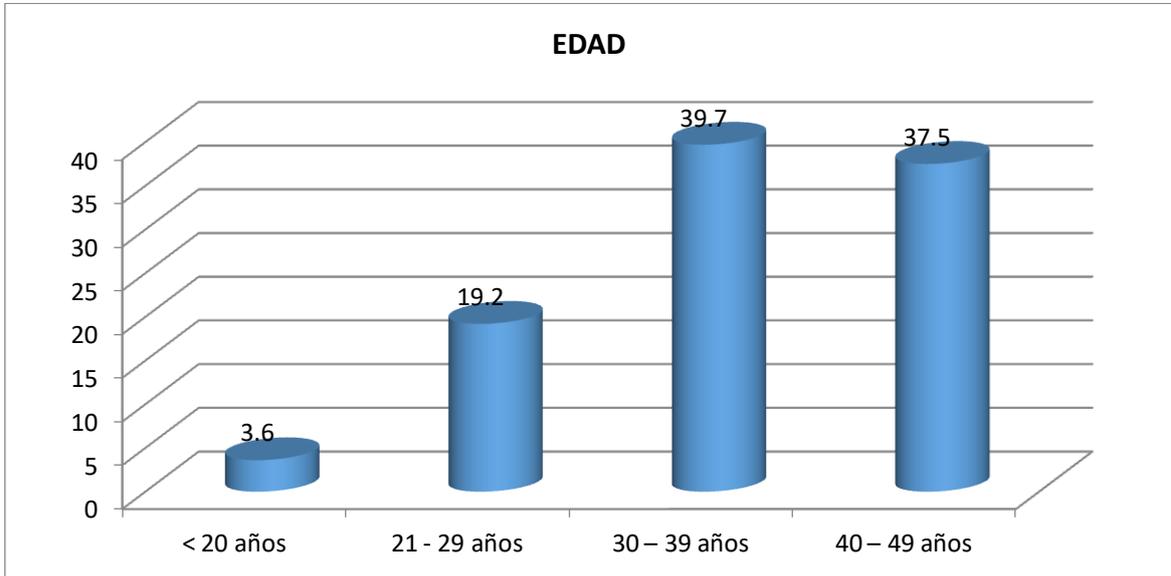
n= 360

Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICAS					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
< 20 años	5	38.5	3	23.1	5	38.4
21 - 29 años	15	21.7	18	26.1	36	52.2
30 – 39 años	37	25.9	44	30.8	62	43.3
40 – 49 años	43	31.9	41	30.4	51	37.7
Estado civil						
Casada	8	10.7	18	24.0	49	65.3
Soltera	34	23.1	53	36.1	60	40.8
Unión Estable	58	42.0	35	25.4	45	32.6
Escolaridad						
Primaria	45	29.0	47	30.3	63	40.7
Secundaria	24	27.6	18	20.7	45	51.7
Técnico	1	25.0	1	25.0	2	50.0
Universitario	30	26.3	40	35.1	44	38.6
Número de Hijos						
Ninguno	11	15.1	14	19.2	48	65.7
Uno	46	36.5	28	22.3	52	41.2
Dos	29	33.3	28	32.2	30	34.5
Tres	11	36.7	5	16.7	14	46.6
4 o más	3	6.8	31	70.5	10	22.7
Religión						
Católica	20	26.7	14	18.7	41	54.6
Evangélica	52	35.4	29	19.7	66	44.9
Otras	28	20.3	63	45.7	47	34.0
Procedencia						
Urbano	83	30.4	86	31.5	104	38.1
Rural	17	19.5	20	22.0	50	58.5
Ocupación						
Estudiante	5	6.7	34	45.3	36	48.0
Ama de casa	21	44.7	12	25.5	14	29.8
Trabajadora	56	33.7	37	22.3	73	44.0
Desempleada	18	25.0	23	31.9	31	43.1

Fuente: Entrevista a mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

GRAFICO N° 1

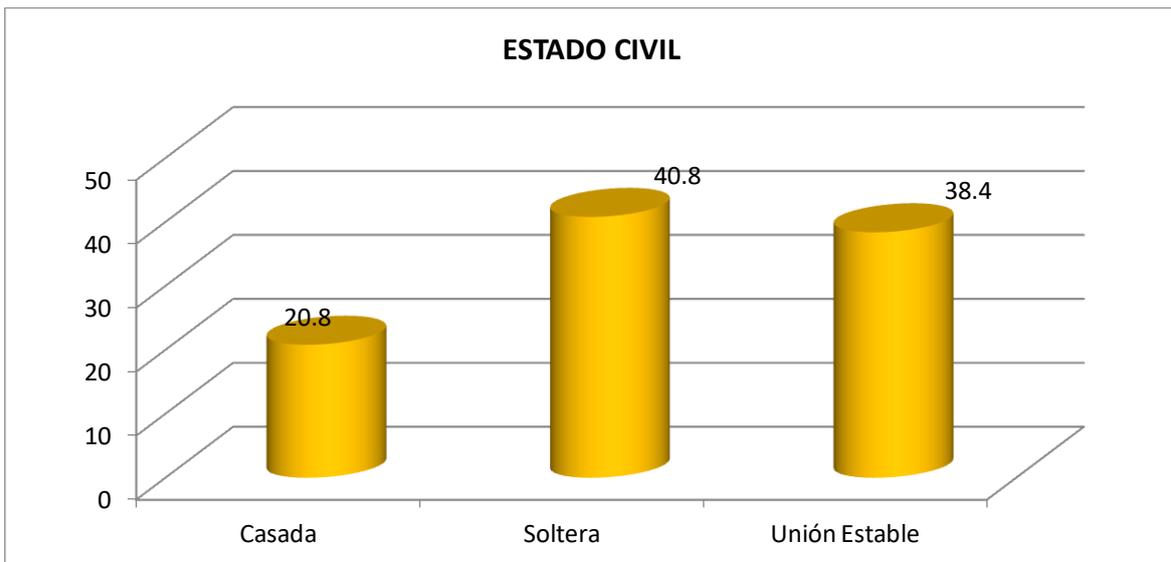
Edad de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 2

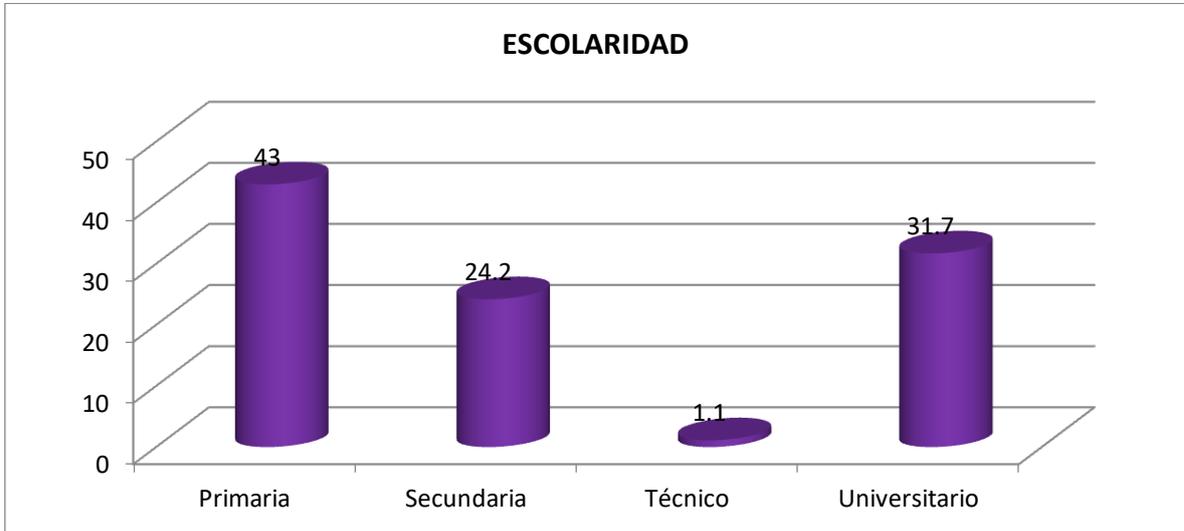
Estado Civil de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 3

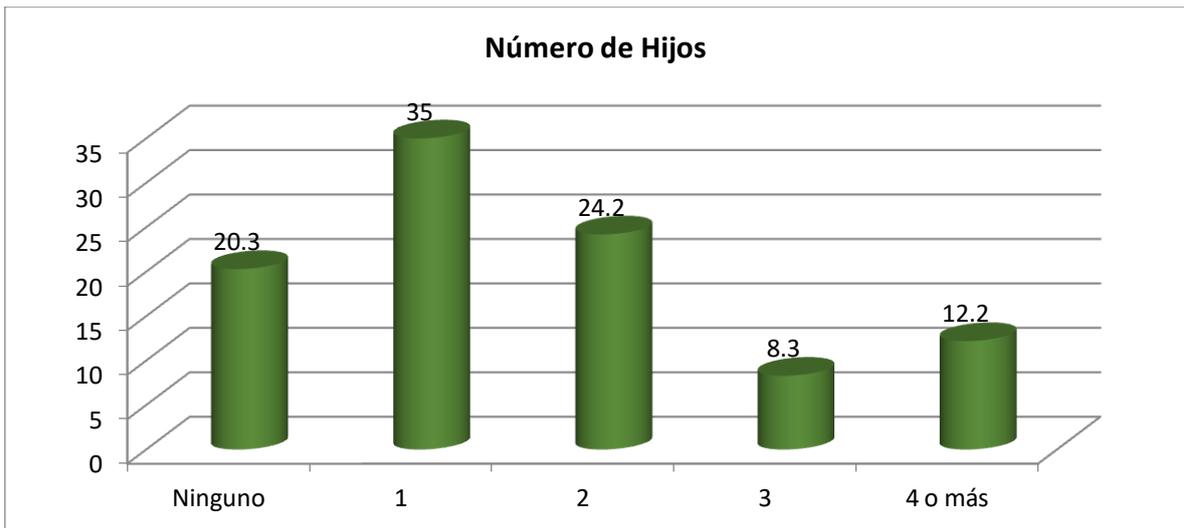
Escolaridad de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 4

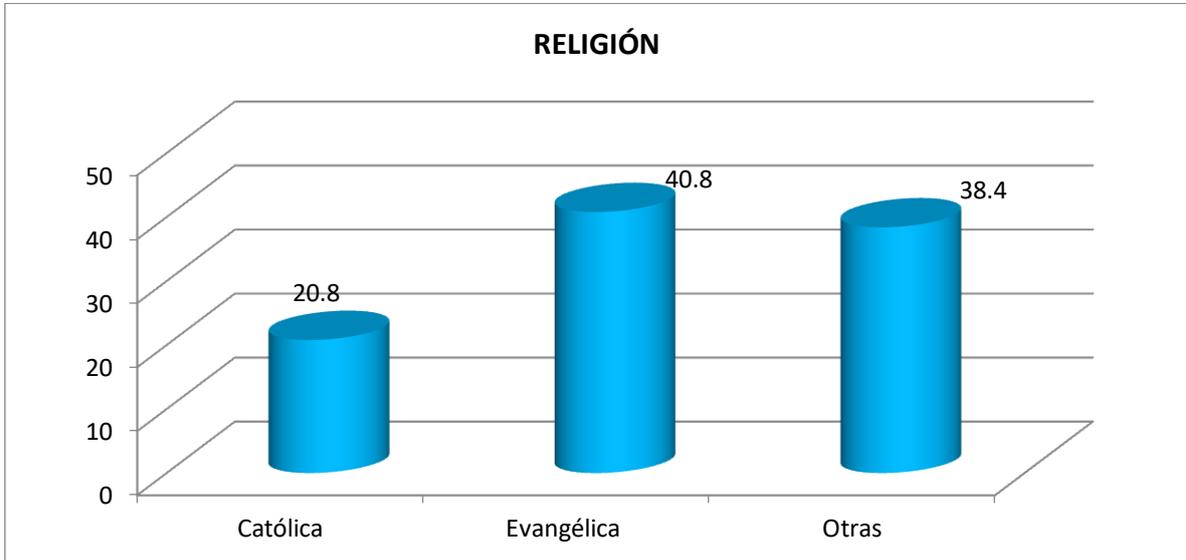
Número de Hijos de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 5

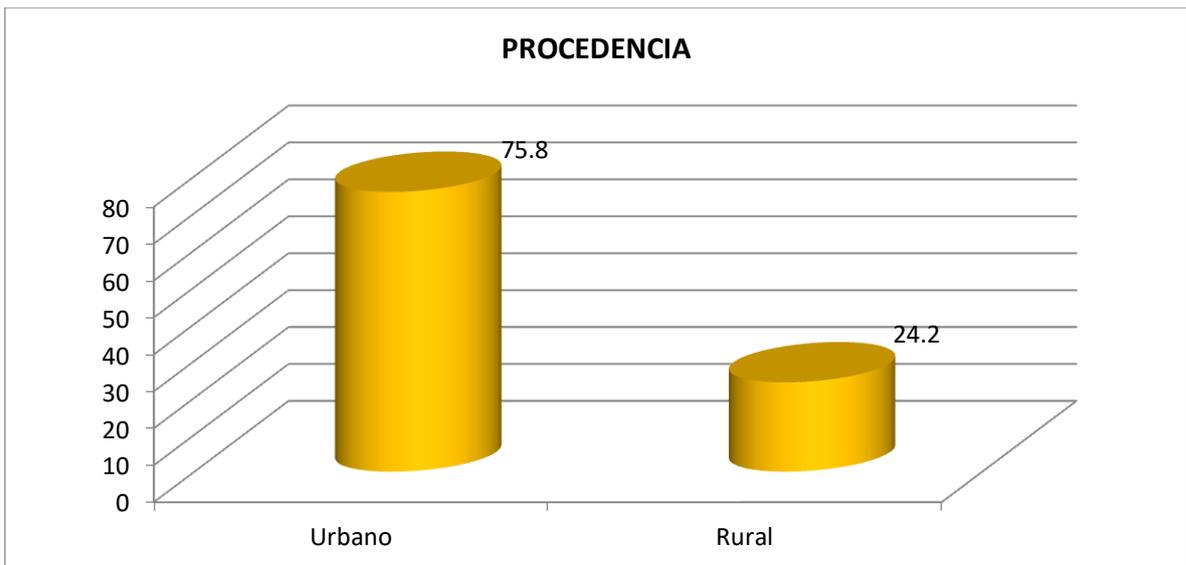
Religión de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 6

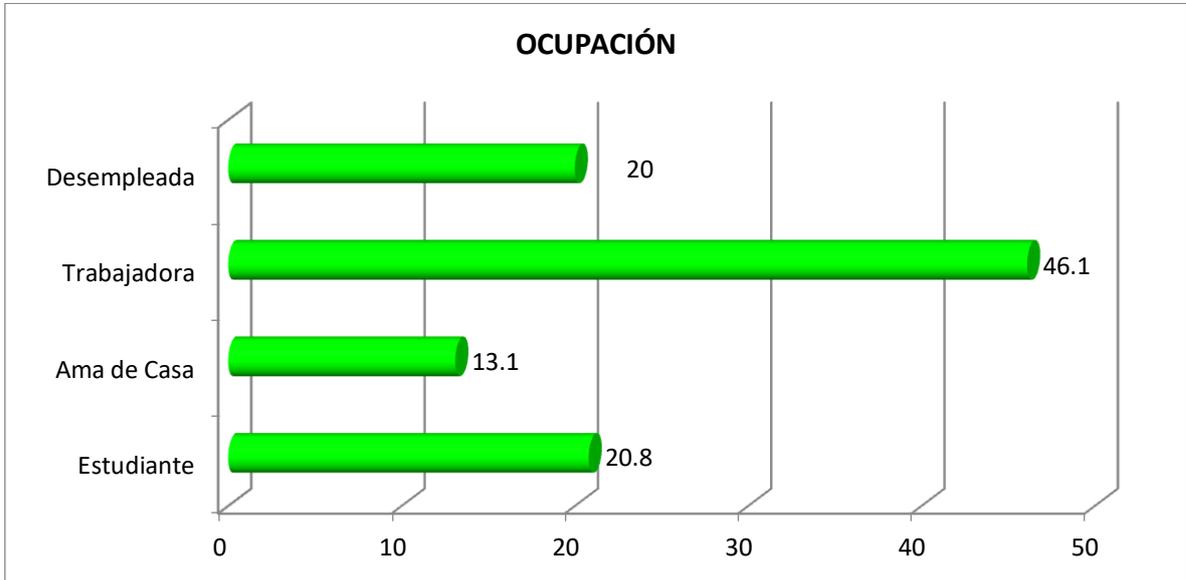
Procedencia de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 7

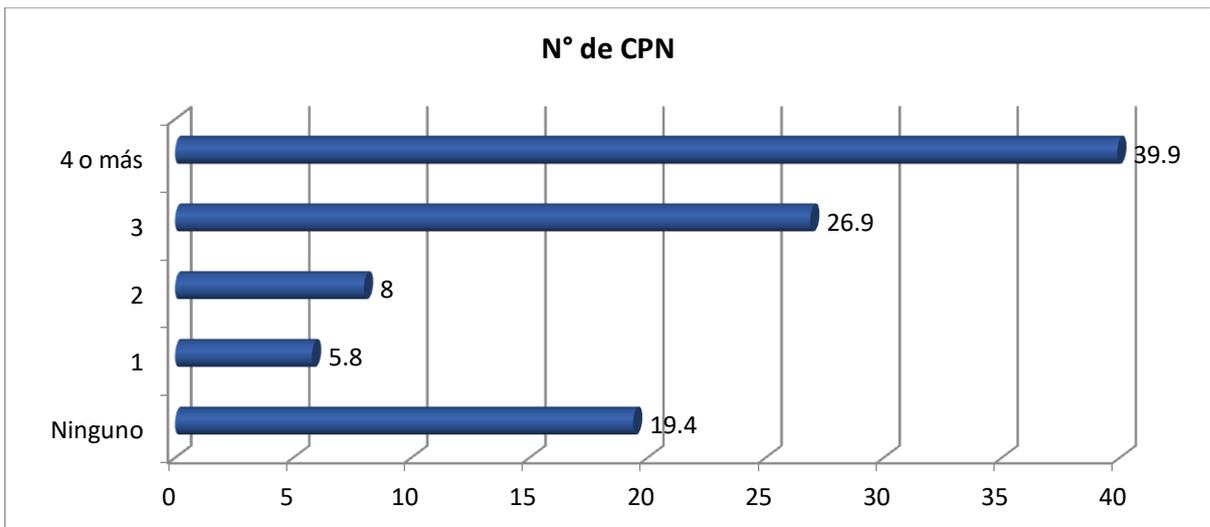
Ocupación de las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 8

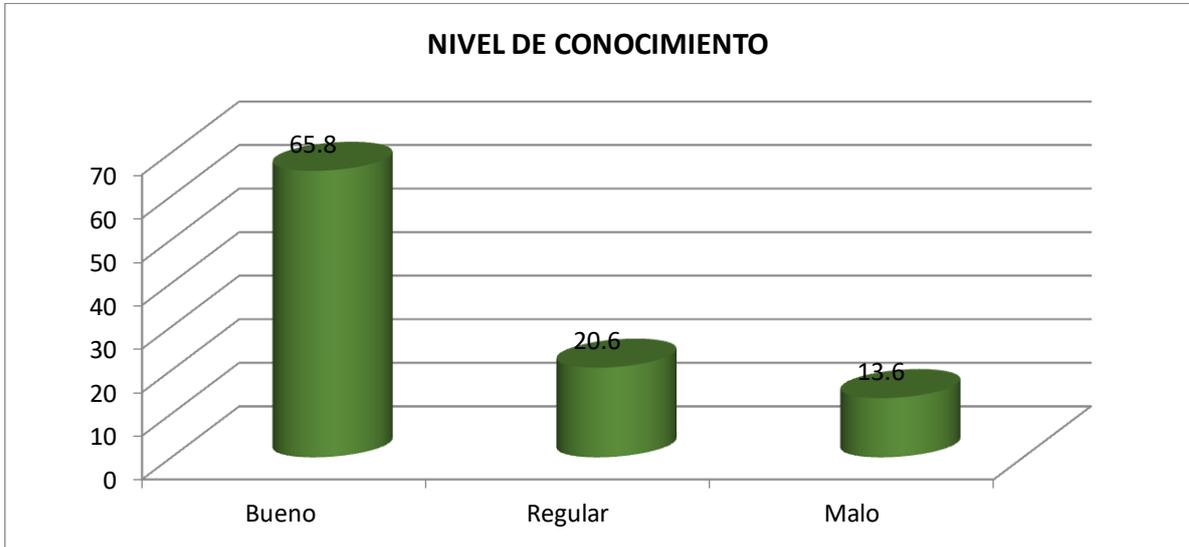
Número de Controles Prenatales realizados en las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 2

GRAFICO N° 9

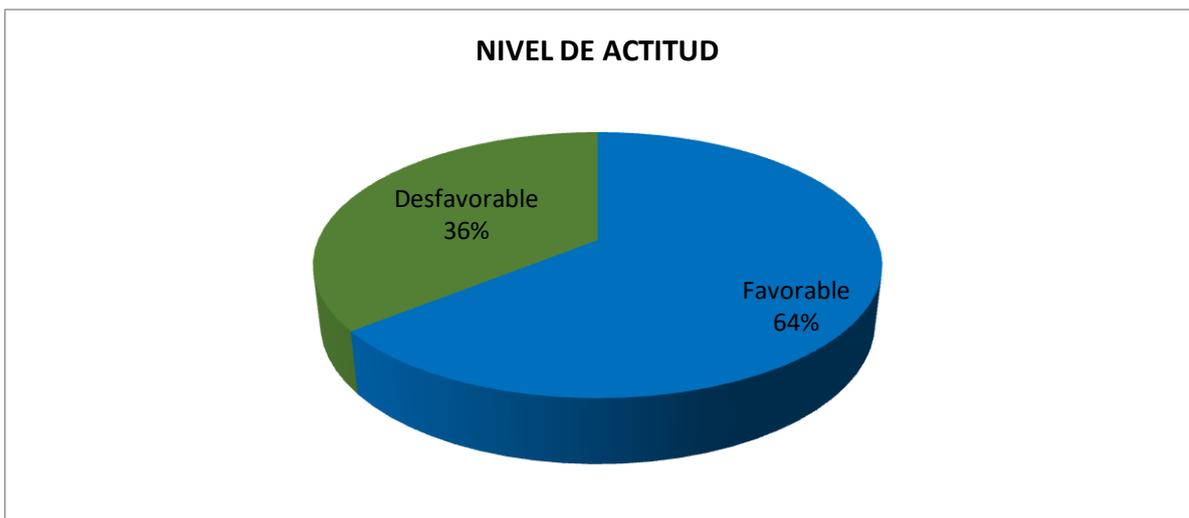
Nivel de Conocimiento en las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 4

GRAFICO N° 10

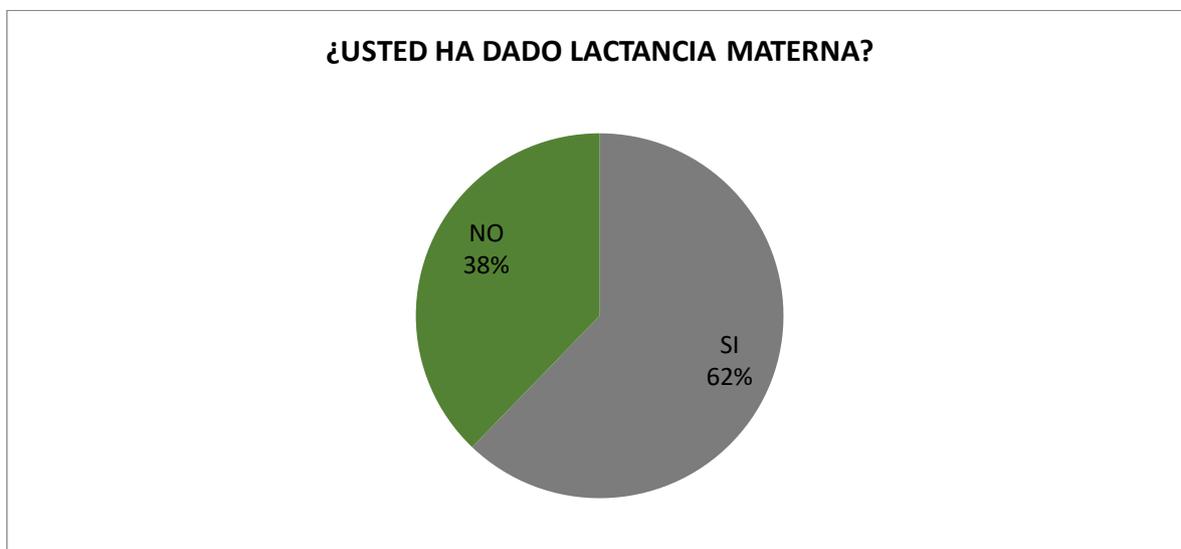
Nivel de Actitud en las mujeres que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 6

GRAFICO N° 11

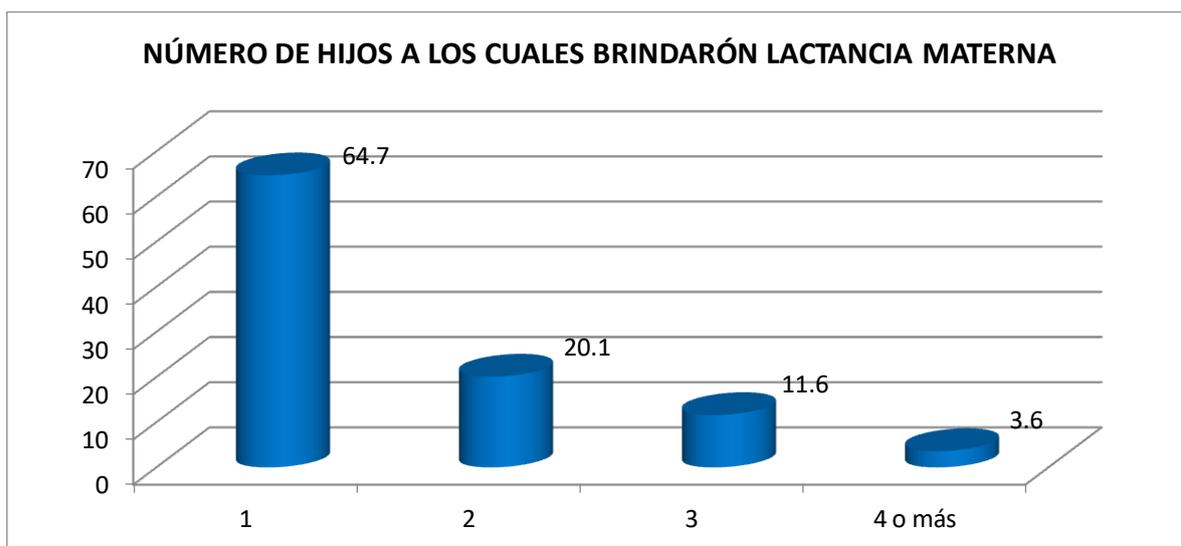
Antecedentes de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 7

GRAFICO N° 12

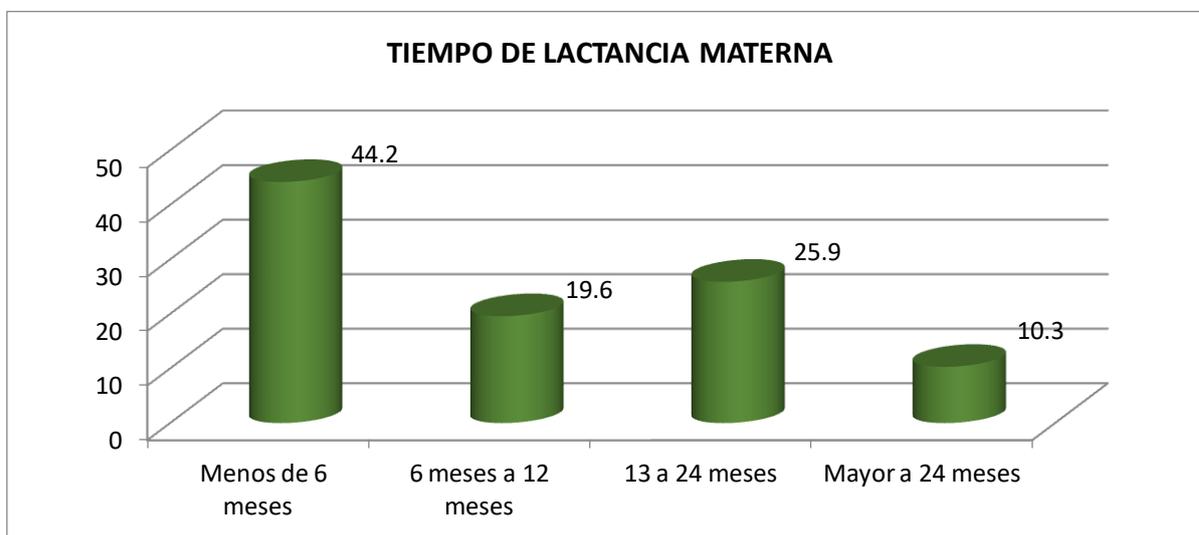
Número de Hijos a los cuales brindaron Lactancia Materna, las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 8

GRAFICO N° 13

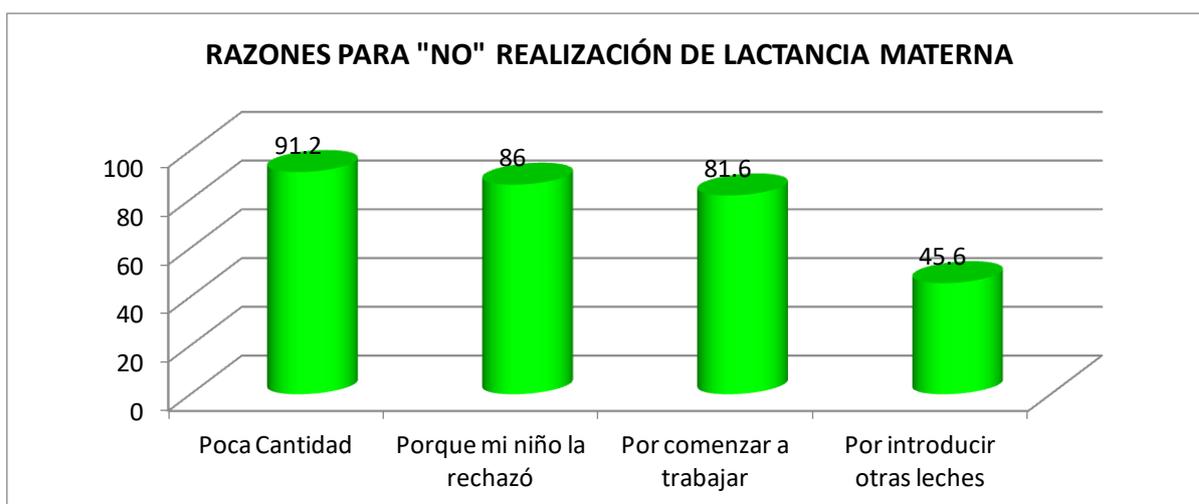
Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 9

GRAFICO N° 14

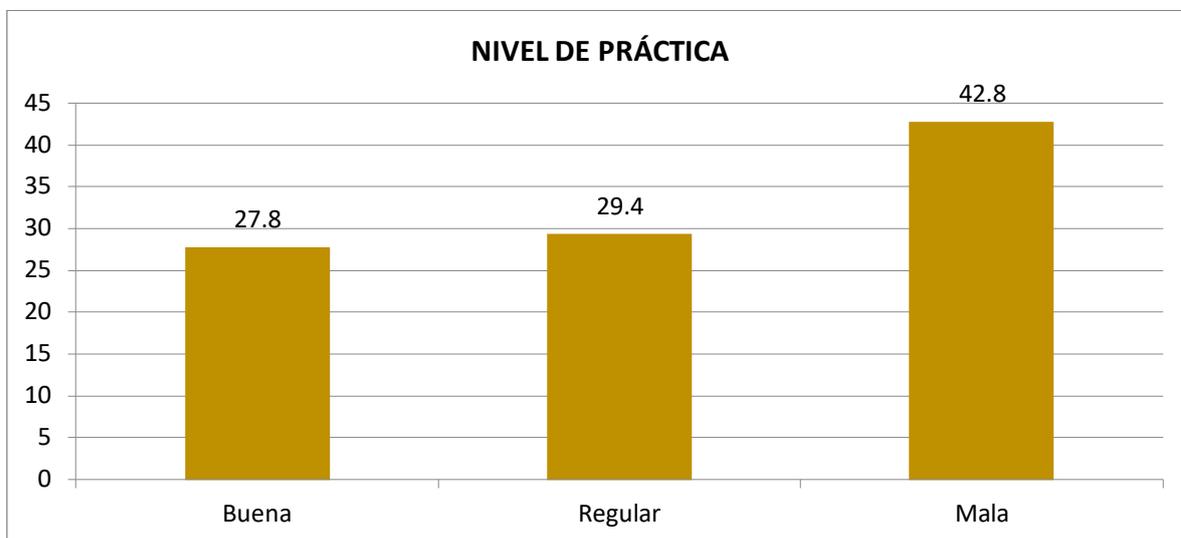
Razones por las cuales NO realizaron Lactancia Materna las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 10

GRAFICO N° 15

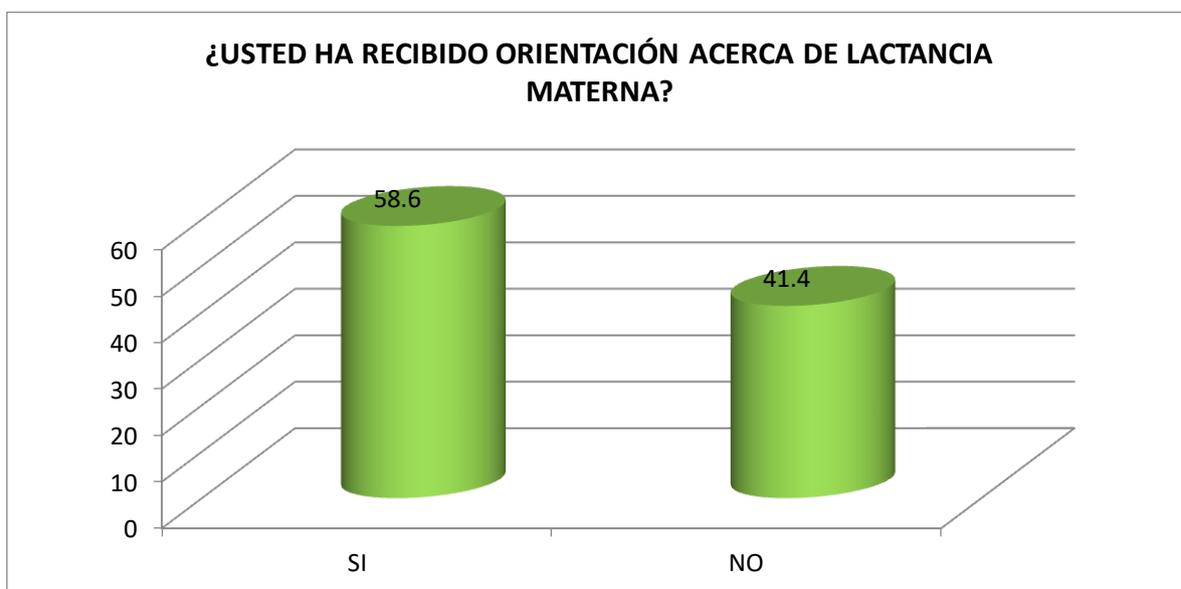
Nivel de Práctica en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 11

GRAFICO N° 16

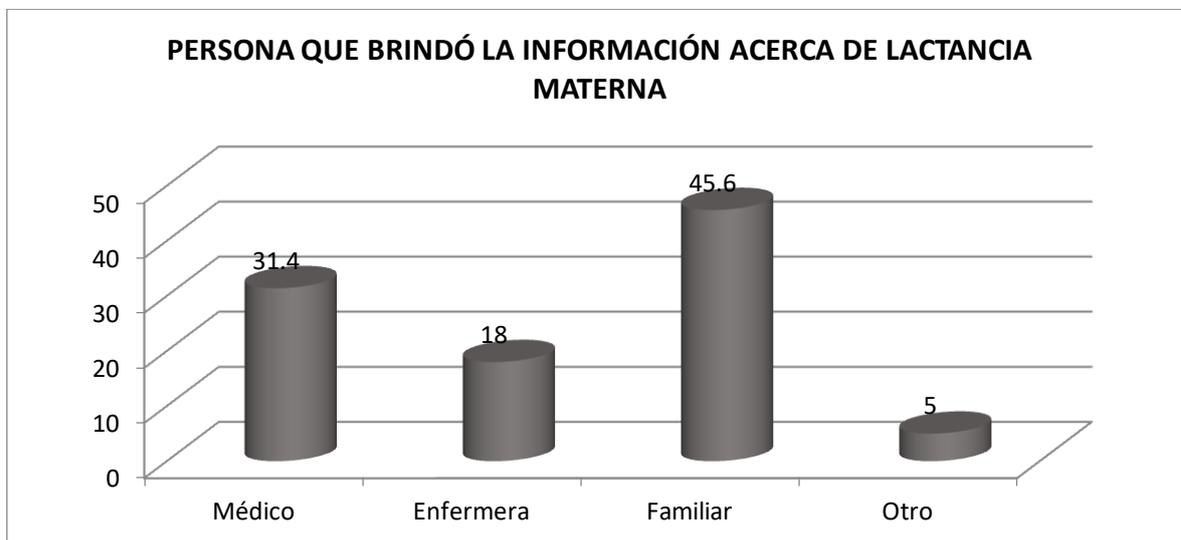
Antecedentes de recibir orientación acerca de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 12

GRAFICO N° 17

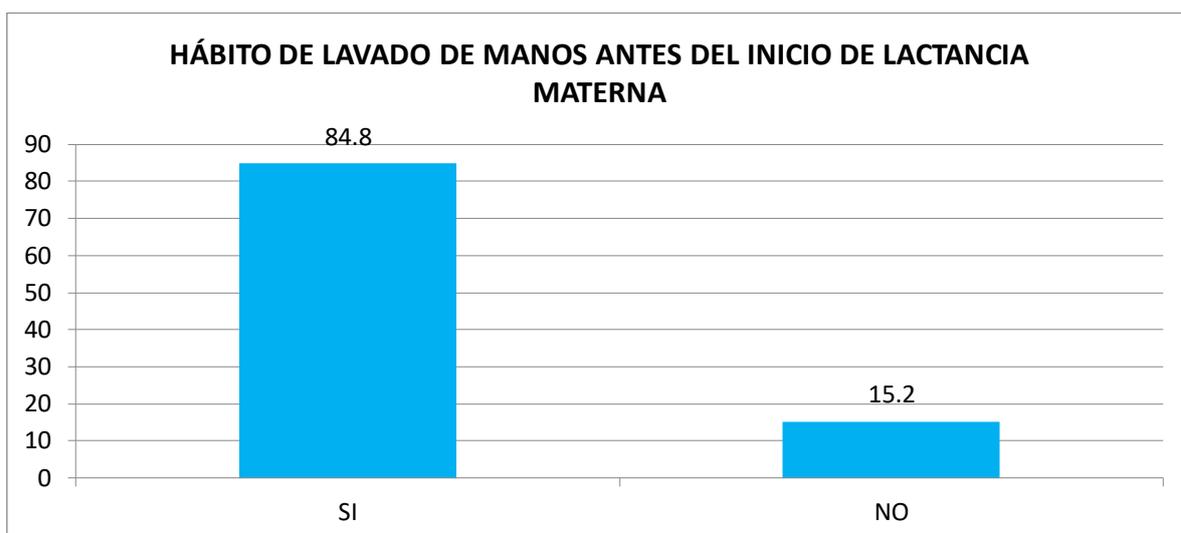
Persona que brindó la información acerca de Lactancia Materna a las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 13

GRAFICO N° 18

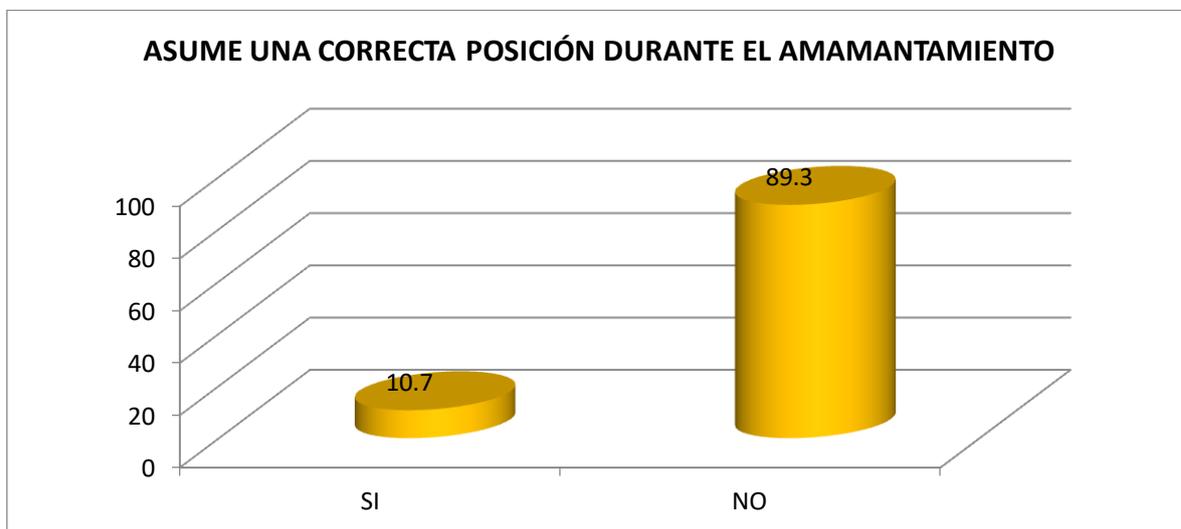
Hábito de lavado de manos antes del inicio de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 14

GRAFICO N° 19

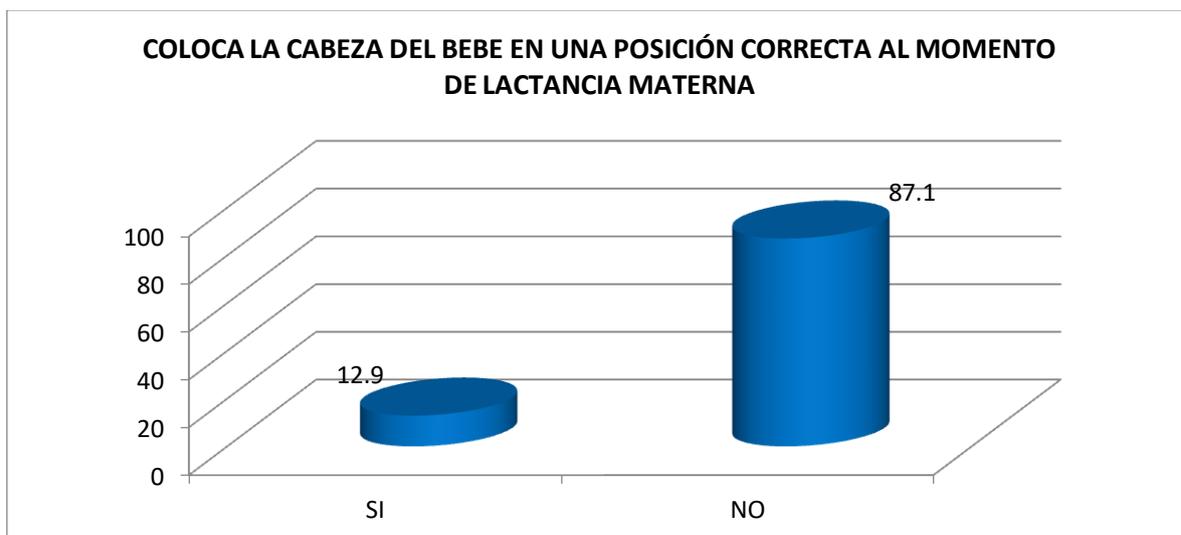
Se encuentra sentada con la espalda recta y hombros relajados al momento de Lactancia Materna, según referencia de mujeres en edad fértil que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 15

GRAFICO N° 20

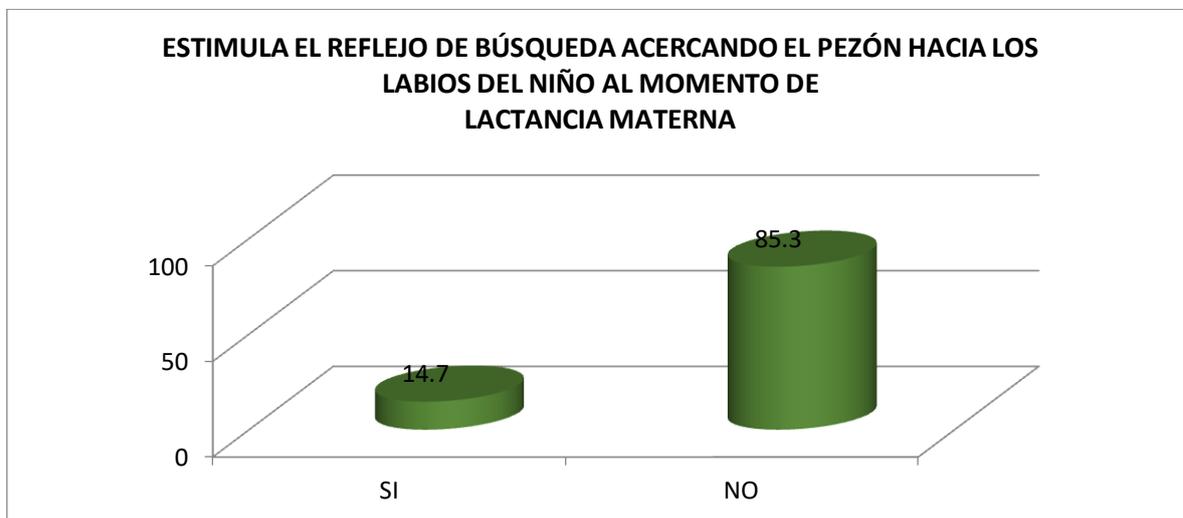
Coloca la cabeza del bebe en una posición correcta al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 16

GRAFICO N° 21

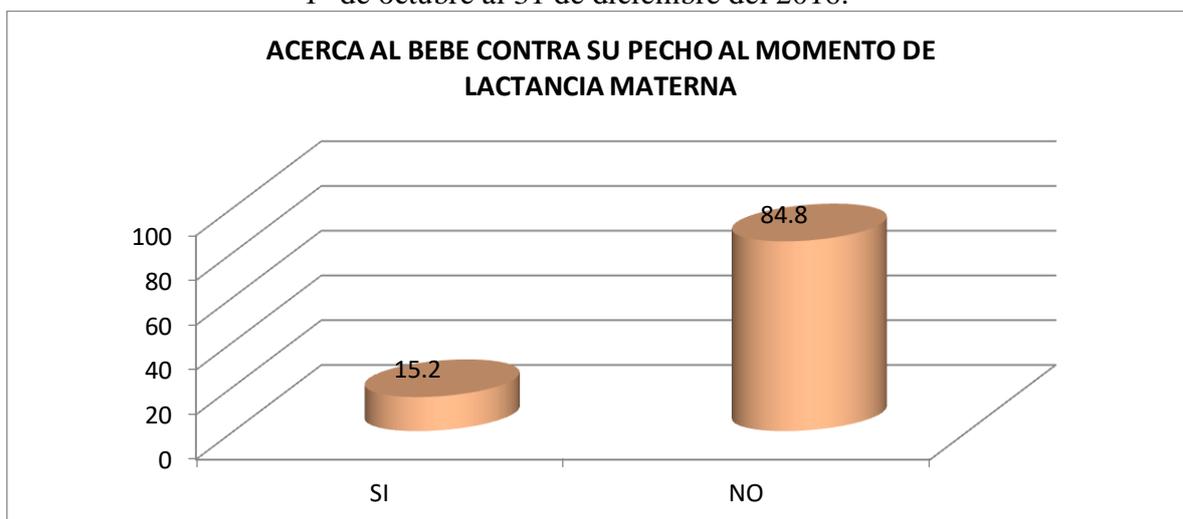
Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón hacia los labios del niño al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



: Cuadro N° 17

GRAFICO N° 22

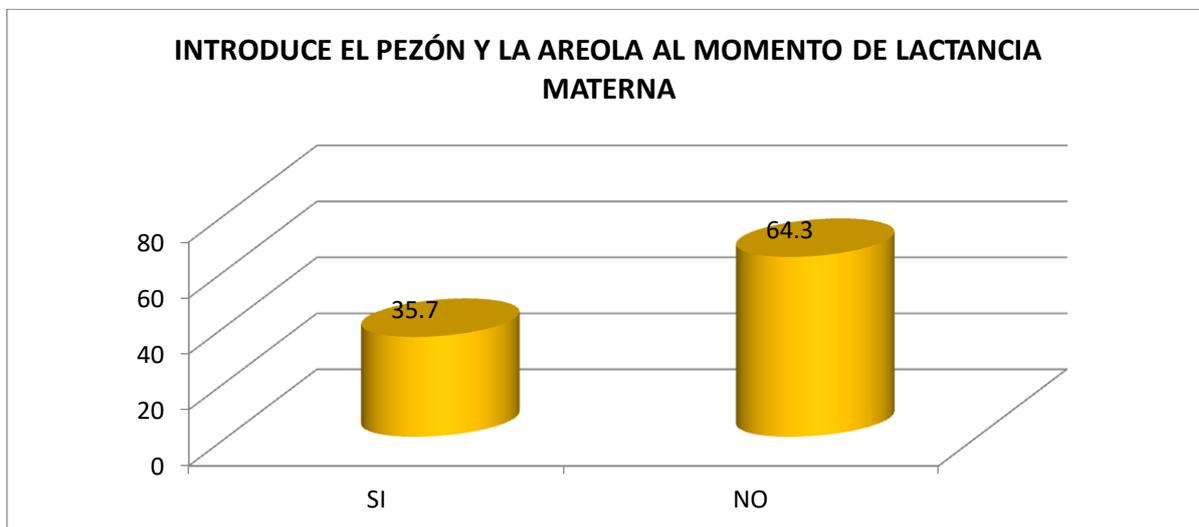
Acerca al bebe contra su pecho al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Cuadro N° 18

GRAFICO N° 23

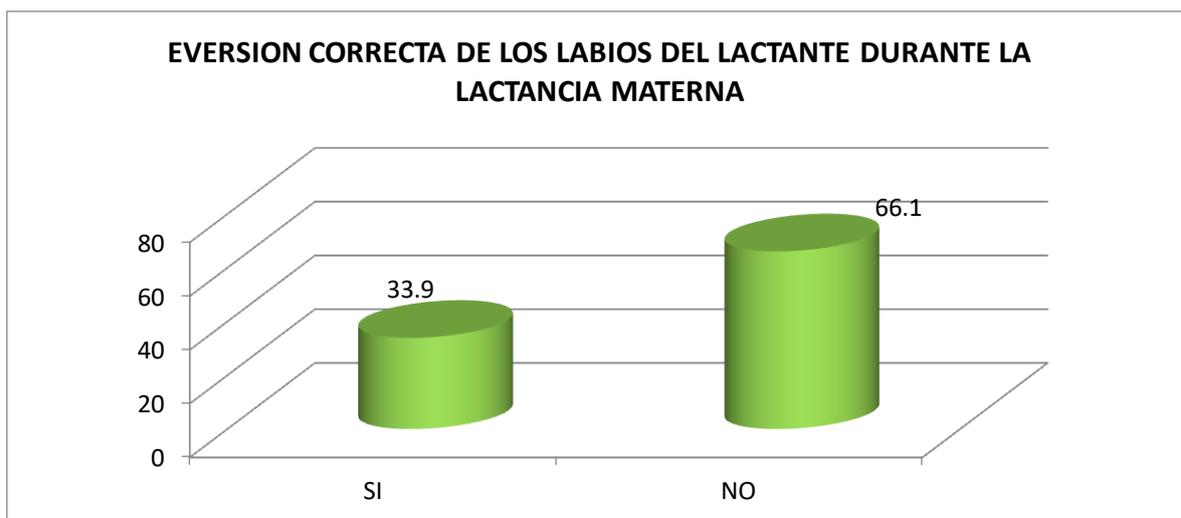
Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 19

GRAFICO N° 24

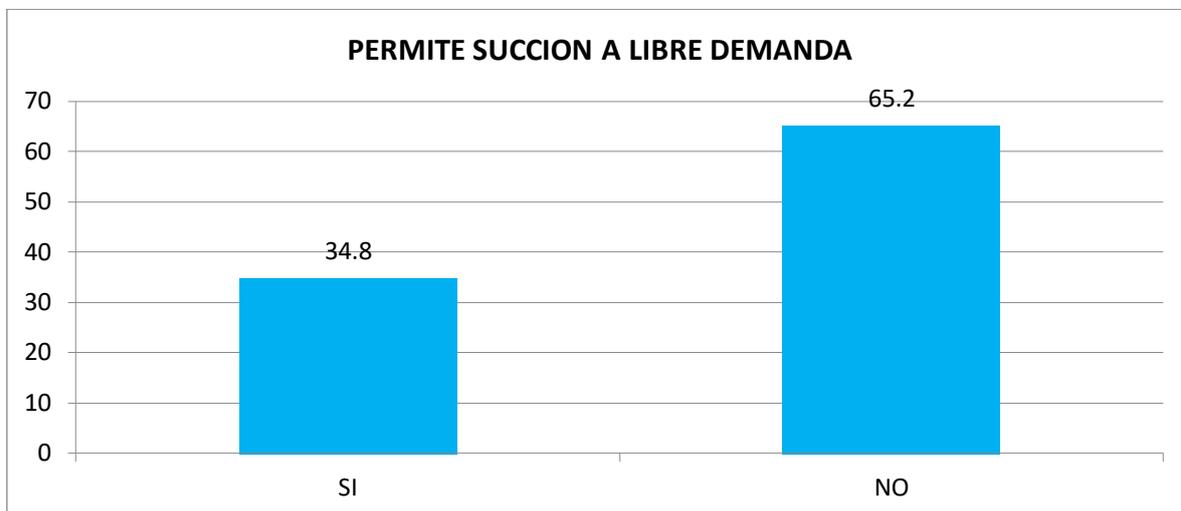
Eversión correcta de los labios del lactante durante la Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016.



Cuadro N° 20

GRAFICO N° 25

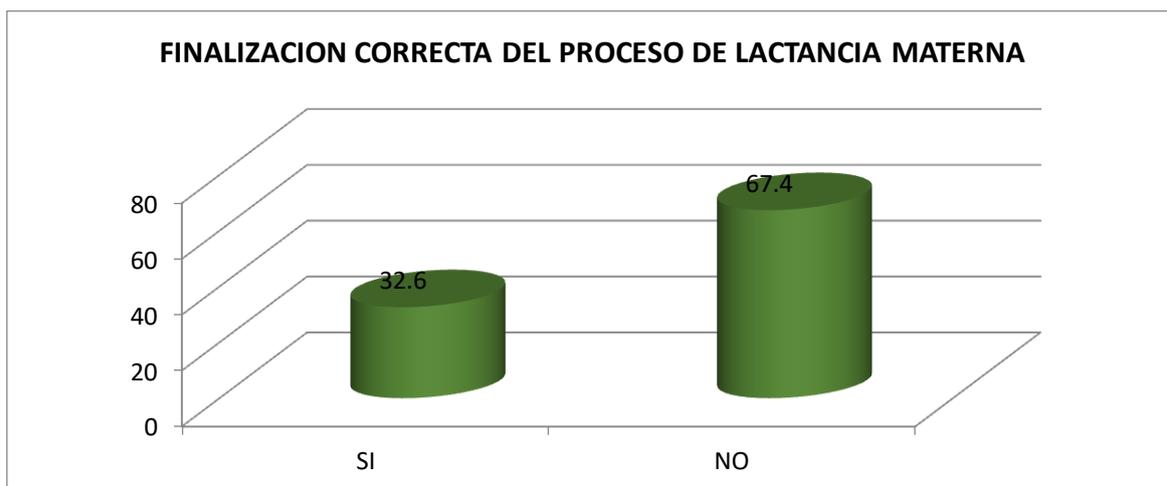
Permite al bebe la succión a libre demanda al momento de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 21

GRAFICO N° 26

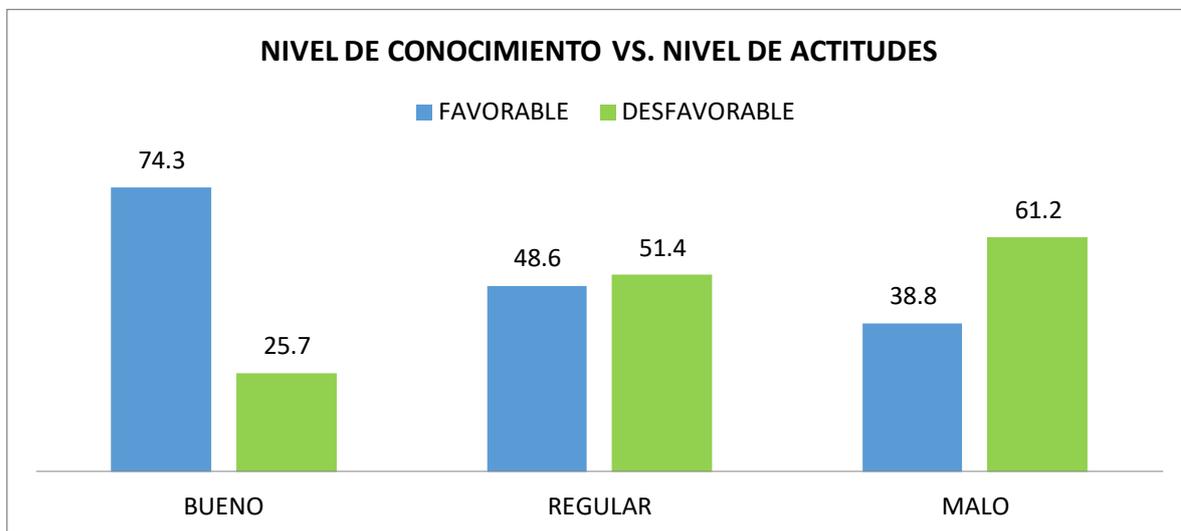
Finalización correcta del proceso de Lactancia Materna según referencia de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 22

GRAFICO N° 26

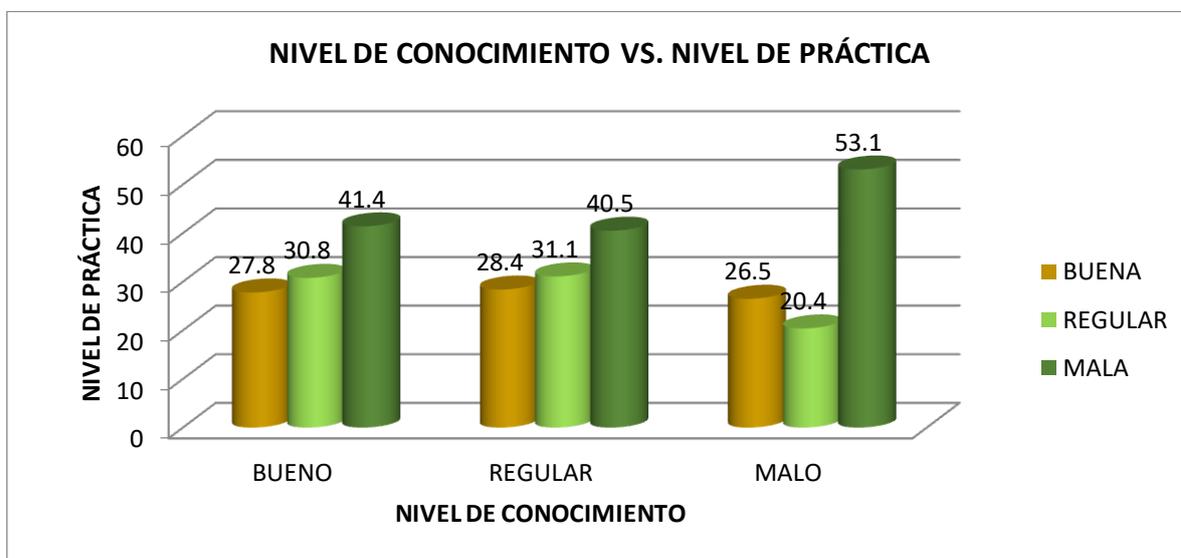
Nivel de Conocimientos versus Nivel de Actitudes de las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 23

GRAFICO N° 27

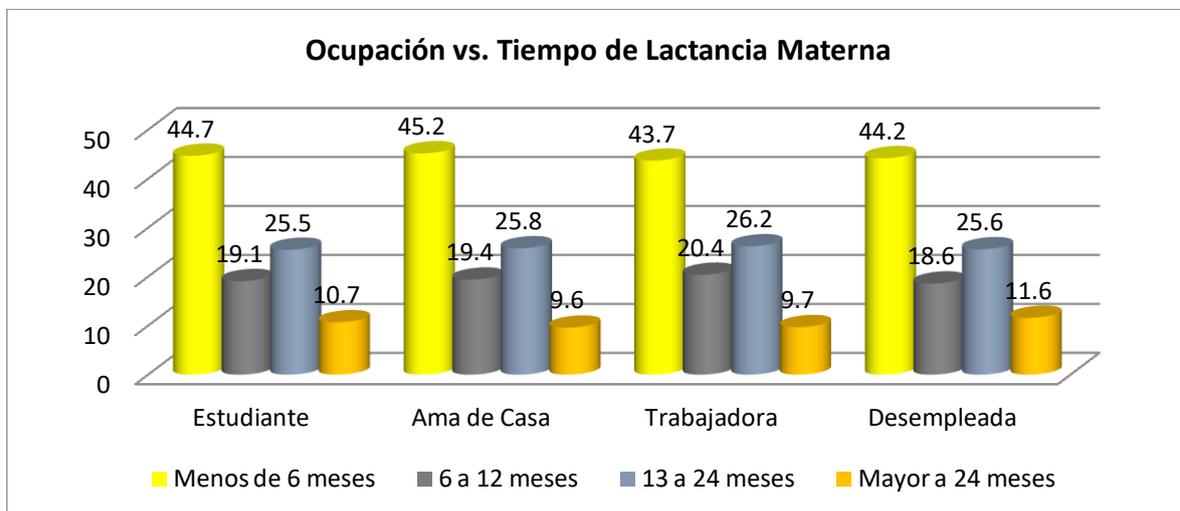
Nivel de Conocimientos versus Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 24

GRAFICO N° 28

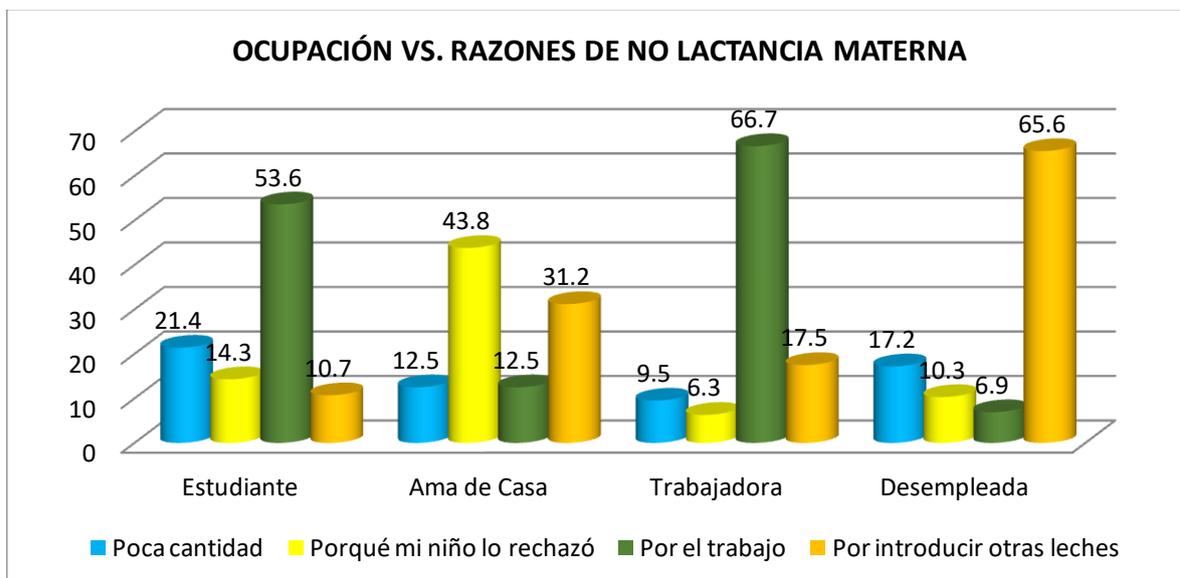
Ocupación versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 25

GRAFICO N° 29

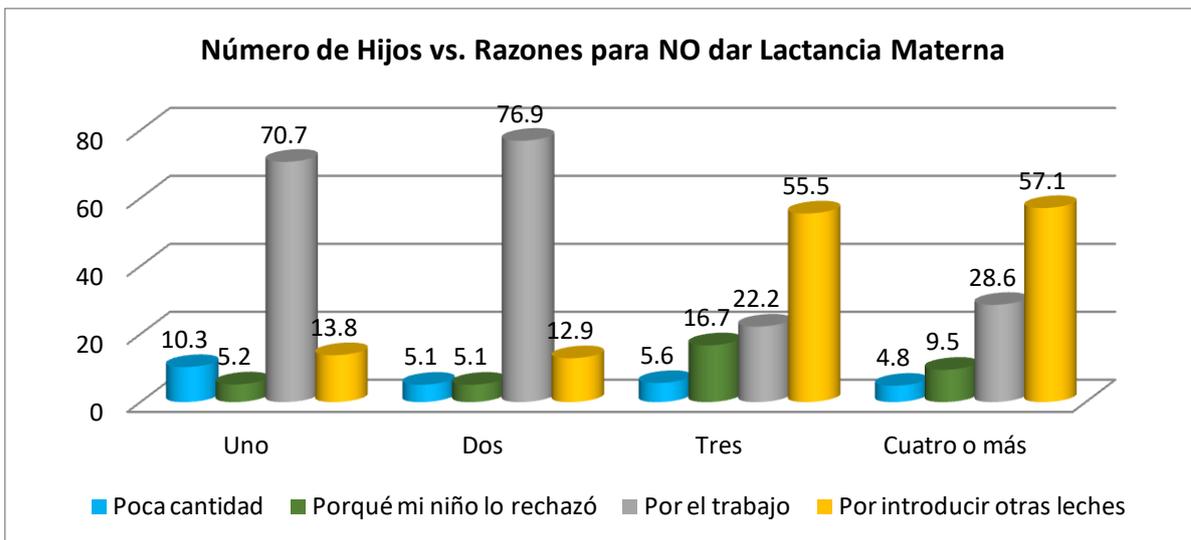
Ocupación versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 26

GRAFICO N° 30

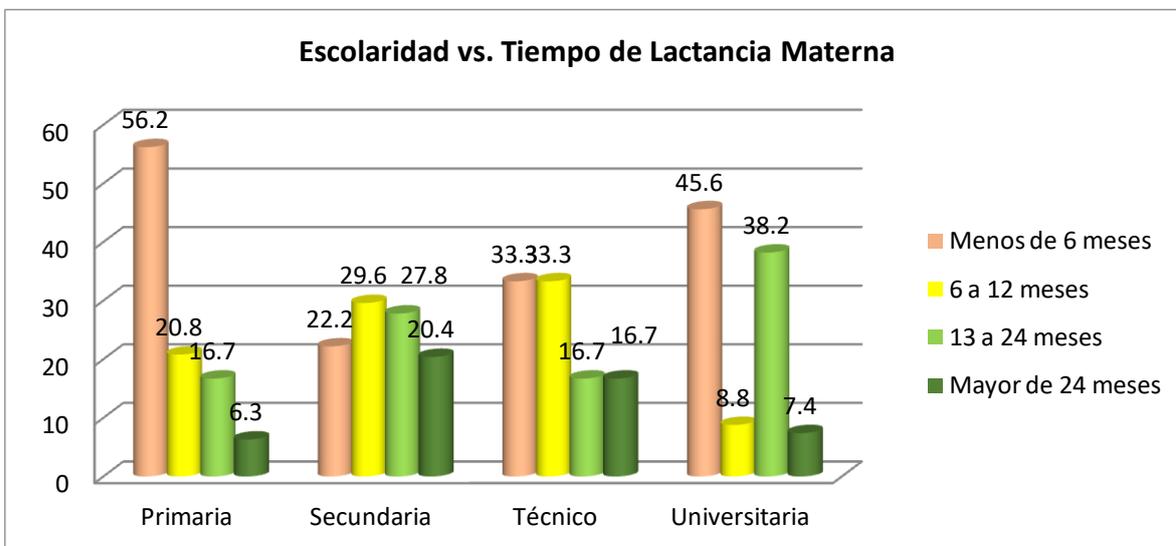
Número de Hijos versus Razones para NO dar Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 27

GRAFICO N° 31

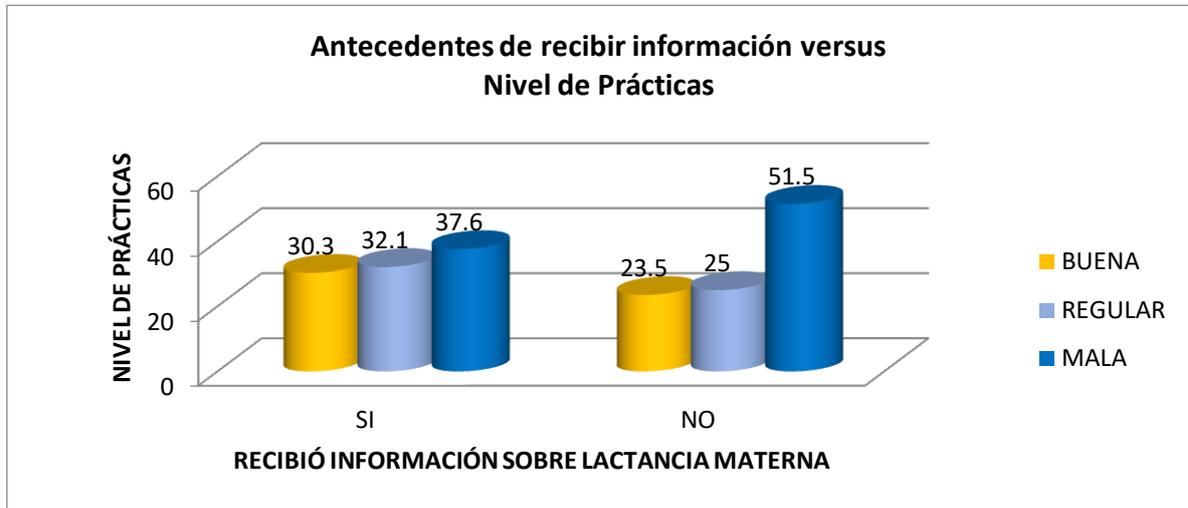
Escolaridad versus Tiempo de Lactancia Materna en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 28

GRAFICO N° 32

Antecedentes de recibir información versus Nivel de Prácticas en las mujeres de edad fértil, que acuden a Consulta Externa de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua en el período comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre del 2016



Cuadro N° 29