

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-León**

**Facultad de Ciencias Médicas**



**Tesis para optar al título de Médico y cirujano**

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna (LM) de mujeres atendidas en unidad materno infantil (UMI) del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales A. Abril a Julio del 2012.**

**Autor:**

**Claudia Maricela Luna Bermúdez**

**Tutor:**

**Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph.D**

Profesor titular

Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-León

**León, 13 de Agosto del 2015**

## INDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>6</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>10</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>11</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>12</b>
Objetivo general	
Objetivos Específicos	
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>13</b>
<b>Diseño metodológico.....</b>	<b>34</b>
Tipo de estudio	
Área y periodo de estudio	
Población de estudio	
Muestra	
Tipo de muestreo	
Criterios de Exclusión	
Instrumento de recolección de información	
Fuente	
Análisis y presentación de datos	
Consideraciones éticas	
Operacionalización de variables	
<b>Resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>51</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>54</b>

## RESUMEN

El amamantamiento además de generar nutrición e inmunidad hacia el bebé establece un vínculo emocional muy estrecho con la madre. Este estudio tuvo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna en mujeres atendidas en la sala de Unidad Materno infantil del HEODRA. Es un estudio descriptivo de corte transversal con la participación de 275 puérperas de UMI del hospital de León. Se encontró que el 65,8% eran amas de casa, con nivel de escolaridad secundaria (38,7%), la mayoría de procedencia urbana (75,2%), en unión estable (46,4%), multíparas (55%). Un 84,7% opinaron que el niño se debía poner al pecho inmediatamente al nacer, que debía tomar leche materna porque lo nutre e inmuniza contra enfermedades (59,3%) y que LME debe darse hasta los seis meses (80,5%), un 75,1% estaba lactando al momento del estudio. El tipo de técnica más usada fue madre sentada y niño acunado (52,2%) y lo realizaban de forma correcta (80,5%).

Se puede concluir que hay buen nivel de conocimientos, actitudes y prácticas y cumplimiento de la norma nacional sobre Lactancia Materna en el Hospital Regional de León.

Palabras claves:

Conocimientos, actitudes, practicas, lactancia, León, Nicaragua.

## INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo así como una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de preferencia para la alimentación del lactante y el niño pequeño. (1)

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias, urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios.(1)

Los estudios hechos en Nicaragua, muestran que el personal de las unidades de salud y de hospitales, influyen negativamente en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, en la duración de la lactancia y en la desinformación y/o confusión acerca de la práctica adecuada del amamantamiento. (1). La dificultad del personal que brinda esta atención radica en cómo resolver problemas cotidianos. Al mismo tiempo, sabemos que el personal de salud es el mejor y el recurso más seguro, por su interrelación con la población, para ayudar a rescatar la práctica exitosa de la lactancia natural debido a esto el Ministerio de Salud de nuestro país, Nicaragua, ha realizado numerosos esfuerzos en pro de dicha práctica contando con la decisión y voluntad política, los cuales se encuentran plasmados en el plan Nacional de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna elaborado conjuntamente con el UNICEF. (1, 3,9)

A pesar de la promoción que se realiza para lograr la lactancia materna exclusiva durante al menos los 6 primeros meses de vida, diversos factores conspiran contra el logro de este objetivo de manera que a pesar de que la gran mayoría de las madres son dadas de alta de los hospitales con lactancia materna exclusiva, muchas de ellas la abandonan antes de los 6 meses (2). Por esto nos propusimos identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en LME en madres atendidas en la Unidad Materno Infantil en el HEODRA.

## ANTECEDENTES

En el año 1939 Cecily Williams, pediatra que describió el washiorakor, atribuye al uso generalizado de sustitutos de la leche humana, miles de muertos lactantes (2), luego en el año 1956, se funda en Chicago la liga de la leche, prestigioso grupo de apoyo a la lactancia hasta hoy (2 y 6). Más tarde en 1972 se presenta a la FAO/OMS un borrador de código para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles (1 y 4). Fue para el año 1973, OMS, FAO Y UNICEF, en encuentros con gobiernos, profesionales de la salud y representantes de la industria de fórmulas de alimentación infantil, definió el papel de las partes implicadas. (3) En ese mismo año el New Internationalist publica The Baby Food Tragedy, acusando públicamente y por primera vez a los fabricantes de sucedáneos.(5) Un año después (1974 y 1978 (la 27ª y 31ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relaciona con la promoción indiscriminada de sucedáneos de LM, recomendando medidas correctoras (2). En 1977, se crea el Infant Formula Action Coalition (INFACT), para frenar la expansión del mercado de fórmula infantil. Se inician campañas de boicot a diversas industrias (Bristol Myers, Nestlé), dentro y fuera de EE.UU (7). Posteriormente en 1981, se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna, conjunto de reglas destinadas a proteger la lactancia materna de las prácticas comerciales poco éticas. (2 y 4)

Los documentos de la época destacan que la pérdida de la cultura social de la Lactancia Materna así como la de los sistemas sanitarios con rutinas erróneas en paritorio, maternidad, salas de pediatría, y profesionales de la salud, por su falta de preparación y conocimientos, constituían el mayor freno a mejorar los índices de lactancia. (2)

Es 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta "Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (2). Un año más tarde (1990) en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia, Italia, surge la Declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una "cultura de la lactancia materna". Se recomienda a todos los gobiernos adoptar

el Código. (2 y 8) - El mismo año se realiza la Cumbre Mundial de la infancia en New York. (2)

Para el año 1991 comienza la iniciativa "Hospital amigo de los niños" (IHAN) que realiza investigaciones acerca de la Lactancia Materna (2 y 22)

En el año 2001 Se presenta el informe (Violando las reglas) por IBFAN, del grupo Baby Milk Action (BMA). En él se declara: Los establecimientos de salud son el canal más usado de las compañías para llegar a las madres a través de donaciones de fórmulas y materiales promocionales. El código es sistemáticamente no respetado. (16 y 2)

El resultado de esta lucha se vio reflejado en la recuperación de las tasas de lactancia en los años siguientes. (2)

En 1997, la lactancia materna fue calificada como el estándar de oro de la alimentación infantil, frente a la que se deben medir los demás alimentos. (2) Desde 1999 Visión Mundial Nicaragua ha realizado, con los grupos de apoyo de mujeres de las comunidades rurales, capacitaciones, congresos, elaboración de materiales educativos, ferias nacionales, intercambio de experiencias en la promoción de la lactancia materna.(9)

En el año 2005 en Andalucía, España se realizó un estudio sobre la prevalencia de lactancia materna y los factores asociados a su duración en el primer año de vida concluyendo que en ese momento no existía en España un sistema oficial adecuado de seguimiento y monitorización de la lactancia materna que permitiera valorar la situación de la misma y su evolución en los últimos años y aunque habían mejorado las cifras de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía estaban aún muy por debajo de lo recomendado por la OMS ya que las madres son plenamente conscientes de que la lactancia materna es la manera óptima de alimentar a sus bebés y aun conociendo las ventajas que tiene este tipo de alimentación deducen la idea de que el contexto actual se presenta como un entorno lleno de obstáculos para llevar a cabo una lactancia materna prolongada.(17)

En el año 2007 la Revista Pediatría de Atención Primaria, realiza un estudio estadístico multivariante en el centro-norte de España sobre un total de 1.175 niños recogidos en las quince maternidades más importantes de Aragón, La Rioja, País Vasco, Navarra con el objetivo de conocer las características de las madres que amamantan a sus hijos durante más y menos tiempo que la media obteniendo como resultado que las distocias globalmente consideradas y en especial las cesáreas, la entrega sistemática de ayudas pacificantes y la puesta al pecho tardía resultaron ser los tres factores que más dificultan la lactancia materna y que el nacer en un hospital pequeño (< 1.000partos anuales) pareció favorecer la lactancia materna ya que la decisión de lactar al pecho o artificialmente a su hijo es un fenómeno claramente multifactorial.(18)

En el 2011 en El Salvador se realizó una investigación de tipo descriptivo con enfoque cualitativo con el tema conocimientos en lactancia materna de las madres lactantes que asisten a control materno en la unidad de salud Barrios, SIBASI concluyendo que tanto las madres participantes como el personal de salud que brinda consejería en lactancia materna tienen conocimientos correctos a cerca del concepto de lactancia materna exclusiva, conocen los beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebe, como también la importancia del calostro y que no todas las madres participantes hicieron una demostración correcta de la extracción de leche materna, a diferencia del personal de salud a pesar de que todas conocen la ley de apoyo a la lactancia materna (19)

En el año 2012 se realizó un Estudio mundial sobre la lactancia materna (Global Breastfeeding Study) por el Instituto de excelencia en pediatría quien aplicó una encuesta en la que participaron 2.266 profesionales sanitarios de 106 países con el objetivo de averiguar sus conocimientos generales sobre la lactancia como práctica que mejora la salud pública y determinar los factores que podían reducir las tasas de lactancia y que podrían abordarse en la Cumbre Mundial de la Lactancia concluyendo que los profesionales sanitarios pediátricos tienen un nivel de concienciación y un interés alto por fomentar la

lactancia e incrementar las tasas de lactancia en sus países respectivos y que la lactancia insuficiente constituye un problema de salud pública además existe falta de formación sobre cómo mantener la lactancia y se debe hacer énfasis en apoyar a las madres que deben volver a trabajar.(20)

En 2012, se publicó un artículo sobre “Lactancia materna y salud materno infantil en países desarrollados”Reforzando la conclusión de que la lactancia materna y la utilización de leche humana ofrecen beneficios únicos, tanto alimenticios como no alimenticios, para el lactante y su madre. Como tal, la función del pediatra en la defensa y el apoyo a la lactancia materna es esencial y vital para el cumplimiento de este objetivo preferencial de la salud pública.

La Asociación Soya de Nicaragua (Soynica) y la “Red Ahora” iniciaron la campaña “Lactancia materna, el mejor alimento para el bebé en tiempos de emergencias” (agosto 2012) en saludo a la celebración del Mes de la Lactancia Materna. La Red Ahora en el INSS y Minsa, dialogaron y reflexionaron sobre el artículo 97 del INSS y la Ley 295 . Ambas legislaciones promueven la lactancia materna, pero la práctica es otra. (10)

Con las consideraciones la Directora Ejecutiva del Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM), la Comisión de la Mujer, niñez, Juventud y familia inició el 17 de abril del 2012, el proceso de consulta a las iniciativas de Ley que establecen la Semana de la Lactancia Materna y al Anteproyecto de Decreto que instituye el Día del Padre Nicaragüense. Se señaló en relación a la lactancia materna que era de suma importancia que la Asamblea Nacional estuviera estudiando un tema como éste que se había venido perdiendo en el tiempo y que brinda muchos beneficios, al bebé porque lo inmuniza y a la madre porque le permite un vínculo afectivo con su hijo". La iniciativa de ley que establece La Semana de la Lactancia Materna tenía el propósito de realizar campañas de promoción de la lactancia materna exclusiva y de los beneficios de la leche materna. (11)

## JUSTIFICACIÒN

La lactancia materna es un acto natural necesario para los niños y niñas. (2) A su vez para algunas sociedades los sucedáneos de la leche materna se han aceptado en forma generalizada sin embargo la mayoría de las mujeres deciden antes del parto si amamantan o no (4).

Es importante que los trabajadores de la salud orienten a las mujeres en relación a la lactancia materna siempre que sea posible y estén en capacidad de distinguir qué madre y/o niña o niño está en riesgo de abandonarla. (1). Sin embargo, la preparación de los profesionales de la salud sobre la lactancia es superficial y carecen de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias sobre este tema (2).

Lo anterior, determina que muchas madres, niños y niñas no se beneficien de la lactancia materna, como alimento ideal para el crecimiento y desarrollo, aun cuando la OMS ha recomendado amamantar con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y no exclusiva desde los seis hasta al menos los dos primeros años de vida (14).

Con el fin de apoyar el trabajo de educación en lactancia materna, se hizo un esfuerzo en diseñar la presente investigación, para contribuir a enriquecer y aplicar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre este tema.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y la UNICEF la señalan como “forma inigualable” de facilitar el alimento ideal para el crecimiento de los niños y la consideran como imprescindible (14).

A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia de alergias, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple, cáncer de mama en la edad adulta, peores resultados en el test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión así como de sufrir maltrato infantil (2). Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia post parto y otras enfermedades (1).

El rescate de la lactancia materna es una posibilidad no solamente del sector salud sino también de todo el sector social (2), es necesario que las mujeres estén bien informadas sobre la lactancia materna para aplicar las técnicas de amamantamiento de manera adecuada. Es por esto que nos preguntamos:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en LM de mujeres atendidas en la sala de UMI del HEODRA en el periodo de abril a julio del 2012?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Describir el conocimiento, actitudes y prácticas de la lactancia materna en mujeres atendidas en la sala de UMI del HEODRA.

### **Objetivos específicos**

1. Establecer las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los parámetros implicados en la buena práctica y técnica de lactancia materna en los protocolos del MINSA
3. Evaluar la técnica de lactancia materna de las puérperas de la sala de UMI.

## MARCO TEÓRICO

### **Lactancia materna**

La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia de los humanos, además de un proceso biológico. (13). No es fácil enmendar el error producido ya que más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en LM este componente instintivo, fundamentalmente de parte del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), los cuales son sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los sanitarios tuviésemos que intervenir en ello) (12). Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. (12)

### **En esa pérdida intervienen fundamentalmente los siguientes componentes:**

- Modificaciones de la leche de vaca: hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca: hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida). (12)

- Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:
  - La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial. (12)
  - Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”. (12)
  - Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación. (12)
  - Enormes intereses económicos industriales(12).
  - Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos. (12)

Por ello los esfuerzos para promover la lactancia materna constituyen para la OMS un elemento clave de los sistemas sanitarios dentro de su plan Salud para todos en el año 2000. (14)

Desgraciadamente, la sola recomendación de la OMS o la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de LM en países con un producto interior bruto alto, detectándose que, tanto la pérdida de la cultura social de la LM como los sistemas sanitarios y los propios profesionales de la salud, de modo intencionado, por su falta de preparación y conocimientos y la aplicación de rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, constituían el mayor freno a la LM en países desarrollados, aumentando la morbimortalidad infantil y el gasto sanitario en los mismos. (12 y3)

### **Procedimiento para iniciar lactancia Materna desde el nacimiento**

Una vez que el niño(a) ha establecido llanto vigoroso, se procede a pinzar y cortar el cordón y posteriormente se realiza la evaluación inicial del niño(a) por observación. Si es un recién nacido de término o mayor que 35 semanas, AEG, vigoroso, rosado con examen físico por visualización normal y sin antecedentes de riesgo, se arropará, y se coloca en contacto piel a piel sobre el abdomen y/o tórax de la madre, estimulando la libre interacción entre ambos y el padre o acompañante, cubriéndolo con una compresa limpia, para mantener su temperatura y luego se debe iniciar aproximación a lactancia con apoyo del Equipo de Salud en el área de Puerperio Inmediato, realizando control de signos vitales y observación general. (2)

Si se dan las condiciones, se favorece la primera puesta al pecho. Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Más tarde, se realizarán los procedimientos de rutina. (2)

Se debe realizar una evaluación permanente del recién nacido, su color, respiración, tono muscular y movimientos, apego, durante el período que esté con su madre en el contacto inicial. (2)

Sólo si la madre no está en condiciones inmediatas de recibir al niño, éste puede quedar, por el menor tiempo posible, en el mismo Sector de Reanimación o de Atención Inmediata en una cuna, donde será observado y controlado. (2)

Posteriormente, ambos se internarán en el Sector de Internación Conjunta Madre–Hijo (Puerperio). (2)

Se debe tratar de que los Recién Nacidos no permanezcan innecesariamente en el Sector de Atención Inmediata y que estén con su madre antes de la primera hora de vida. (2)

## **Equipamiento**

- Sala de partos a temperatura ambiente 24° a 28°
- Termómetro mural en Sala de Partos
- Paño de secado en paquete de partos
- Paño para cubrir el dorso del recién nacido. (2)

## **Recomendaciones**

En esta etapa se debe considerar que puede haber madres que reaccionen tomando distancia, rechazando o no queriendo tocar al recién nacido, por lo que la madre debe estar previamente informada de este procedimiento y el equipo conocer sus aprensiones, si las tuviera. (2)

Lactancia Materna en el niño hospitalizado después del parto

- a) Informar a la madre y al padre, en qué lugar quedará hospitalizado su hijo y las razones de su hospitalización.
- b) Señalizar la ubicación de la unidad de Neonatología y sus accesos
- c) Mientras la madre permanezca sin poder levantarse, informarle sobre el estado de su hijo. Y si sus pechos están congestionados enseñar técnica de extracción de leche materna para evitar la mastitis.
- d) Se debe enseñar especialmente a las madres cesareadas, si han pasado más de 24 horas de separación con su hijo:
  - Lavado de manos
  - Masaje suave de mamas
  - Extracción manual de leche materna, presionando la areola con movimiento rítmico (apretar y soltar) desde dentro hacia fuera.
- e) Informar a la madre de la existencia de un lactario, su ubicación y accesos.
- f) Una vez que la madre se pueda movilizar y teniendo la precaución de que haya sido visitada por el médico o matrona, indicar los horarios en que puede ir al lactario, señalando las funciones del mismo.
- g) Toda madre hospitalizada que tenga a su hijo (a) hospitalizado, deberá ser enviada al Lactario, donde se le enseñará técnicas de higiene para ingresar a la Neonatología y técnicas de extracción de leche materna, de ésta forma podrá alimentar a su hijo con leche producto de la extracción o al pecho directo si está indicado.

h) Pasan por el lactario también aquellas madres que no pueden lactar, de modo de seguir cumpliendo las normas de entrada a Neonatología, y llevar un control de las madres que visitan a su hijo.

i) Indicar además el horario de atención de los médicos neonatólogos para dar información a los padres y el Horario de visita al niño de padres y abuelos. (2)

### **Técnica para una lactancia materna exitosa.**

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo. No sólo considerando su composición, sino también el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su hijo amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, la madre y para la sociedad. (2)

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en sala de Parto y/o Recuperación de la madre. (2)

Una vez que el niño(a) pasa a un periodo de somnolencia, se recomienda que permanezca con su madre, aunque no muestre interés por mamar. Pasado este periodo tan pronto despierte el recién nacido se debe ofrecer el pecho. (2)

Casi todas las mujeres son capaces de alimentar a su hijo exclusivamente con su leche. (2)

Si bien hay diferencias significativas en los volúmenes y en la concentración de grasa de leche de diferentes madres, existe una gran capacidad del niño de estimular la producción de acuerdo a sus necesidades. Por otra parte, las causas que contraindican la lactancia materna (algunas enfermedades o medicamentos...) son de baja frecuencia. (2)

Hoy en día, casi todas las enfermedades maternas tienen algún tratamiento que se puede hacer sin tener que suspender la lactancia.

El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces toma el pecho de la madre, más leche se produce. (2)

La cantidad se ajusta a lo que el niño toma y a las veces que vacía el pecho al día. La calidad también varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo. Durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; posteriormente aparece la leche madura. (2)

Su aspecto puede parecer “aguado” sobre todo al principio de la toma ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa. Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; pero no siempre su contenido graso y por lo tanto de energía es suficiente en los primeros 6 meses. (2)

Es importante, sobre todo al principio, que no se ofrezca al Recién Nacido chupetes ni mamaderas. (2)

Un chupete de entretención no se succiona de la misma forma que el pecho, por lo que el recién nacido puede “confundirse” y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia (se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho). Esto puede ser la causa de problemas tales como grietas en el pezón, mastitis. (2)

La composición de la leche no es igual al principio y al final de la mamada, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio contiene la mayor parte de las proteínas; la leche del final de la mamada es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una es muy variable, por lo tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho “a libre demanda”. Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el niño(a) es el único que sabe cuándo ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la mamada. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien suelte espontáneamente el

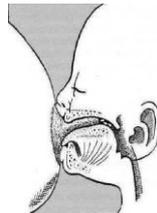
pecho. En general, cuando la leche tiene un contenido graso más bajo el bebé mama más tiempo que cuando la leche tiene un contenido graso alto. (2)

Se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.

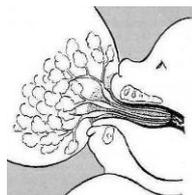
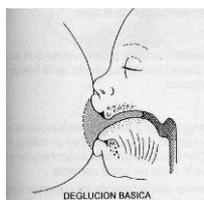
Aunque el niño tome el pecho muy a menudo o permanezca mucho tiempo asido en cada toma, ello no tiene porqué facilitar la aparición de grietas en el pezón si la posición y el acople del niño son correctos. (2)

La mayoría de los problemas con la lactancia materna se deben a una mala posición, a un mal acople o a una combinación de ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón. (2)

Lactancia y reflejo succión – deglución Tomar el pecho es diferente que tomar la mamadera; la leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o “subida de la leche”) y una extracción activa por parte del bebé (la succión del bebé). (2)



El niño, para una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con éste, la cual está formada aproximadamente por un tercio de pezón y dos tercios de tejido mamario. (2)



En la succión del pecho, la lengua del recién nacido realiza un movimiento en forma de ondas peristálticas (de adelante hacia atrás), que ayuda al vaciamiento. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar acoplado al pecho de forma eficaz. (2)

## **Técnica de amamantamiento según el MINSA**

Madre y niño, independientemente de la postura que se adopte, deberán estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre (“ombligo con ombligo”). (2)

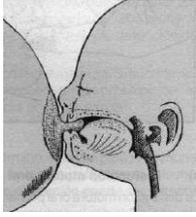


Una mala posición puede ser la responsable de molestias y dolores de espalda. El acople se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido o excesivamente flexionado o extendido, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón. En posición sentada, es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Es útil dar también apoyo a las nalgas del niño y no solo a su espalda. (2)

Una vez que el niño está bien posicionado, la madre puede estimularlo para que abra la boca rozando sus labios con el pezón y a la vez desplazar al bebé suavemente hacia el pecho. El niño se acoplara más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de su boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca bien abierta. (2)

El niño debiera introducir en su boca tanto pecho como sea posible y coloque su labio inferior alejado de la base del pezón. (2)

En caso de senos grandes puede ser útil sujetarse el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, para que los dedos de la madre no dificulten el acople del niño al pecho. De la misma forma, hay que tener la precaución de evitar que el brazo del niño se interponga entre éste y la madre. (2)



Si el niño está bien acoplado, su labio inferior quedará muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca, la cual estará muy abierta. (2)

Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior del niño que por debajo de su labio inferior. La barbilla del niño toca el pecho y sus labios están evertidos (hacia afuera). De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces. Normalmente se nota que el bebé “trabaja” con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas. (2)

Tampoco es conveniente presionar el pecho con los dedos en forma de “pinza” ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que la cabeza se encuentre demasiado flexionada. Bastará desplazar al bebé ligeramente en dirección hacia el otro pecho para solucionar el problema. (2)

Es importante que cada mamá conozca varias posiciones para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de lactancia materna. De esta forma podrá escoger la que más le acomode a ella y a su niño. (2)

Si la madre y su niño encuentran una posición confortable y le resulta bien la lactancia, no se debe intervenir. Como se dice, “no es necesario reparar lo que no se ha roto”. (2)

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: el vientre y la cara del recién nacido están enfrentados a su mamá. Con los cambios de posición, el niño comprime distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando el dolor y las grietas del pezón,

retención de leche, taponamiento de conductos y mastitis. A la madre que tiene un niño recién nacido no se le debe recomendar una posición familiar o impuesta, la posición que funciona a una madre puede no siempre funcionar con la otra. (2) Se recomienda utilizar la posición más cómoda para la madre y su hijo en forma particular. (2)

## **Técnicas del Amamantamiento**

### **Objetivos**

- Reconocer los elementos básicos que contribuyen a una lactancia exitosa.
- Mostrar a las madres cómo alcanzar correctamente su propia técnica, para el amamantamiento de su bebé. (1)

### **Desarrollo**

#### **Técnicas del amamantamiento**

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee - facilitando la proximidad del (de la) bebé y la madre, en lugar de separarlos - y conocer los problemas 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. (1)

Por lo anterior, vemos que 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. (1)

El trabajador de la salud debe dejar que la madre cubra al bebé para evitar enfriamientos y que mantenga al bebé junto a ella. De esta manera el (la) bebé podrá succionar el seno las veces que desee y se estimulará la secreción de oxitocina y de prolactina para una buena iniciación de la lactancia. (1)

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. Esta 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 psico-emocional del (de la) niño (a). (1)

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. (1)

Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo(a). Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma. (1)

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo(a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo(a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella). (1)

Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho. (1)

Debemos de recordar que si el (la) niño(a) es 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. (1)

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). (1)

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. (1)

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche. (1)

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño (a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre. (1)

La madre tendrá buena disposición y confianza de amamantar si el equipo de salud apoya, promueve y facilita la práctica de la lactancia materna no como una alternativa, sino como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al (la) niño (a). (1)

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan juntos muchas horas al día por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos. (1)

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. De preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar. (1)

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc. (1)

Veamos algunas posiciones que podemos enseñar a la madre para que ella elija la que considere más cómoda. (1)

### **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 espalda. 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. (1)



### **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 ofrece el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente. También se recomienda 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. (1)



Posición de sandía

### **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. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición. (1)



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

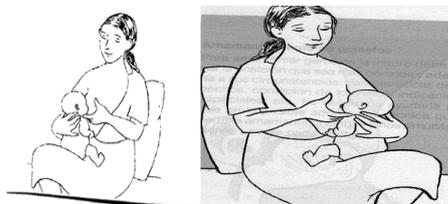
En esta posición, el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

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. (1)

### **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. (1)

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. (1)



### **Mano de bailarina**

En el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en "C" sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión. (1)



### **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 (a la) 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. (1)



### **Niño (a) sobre la madre, en decúbito ventral**

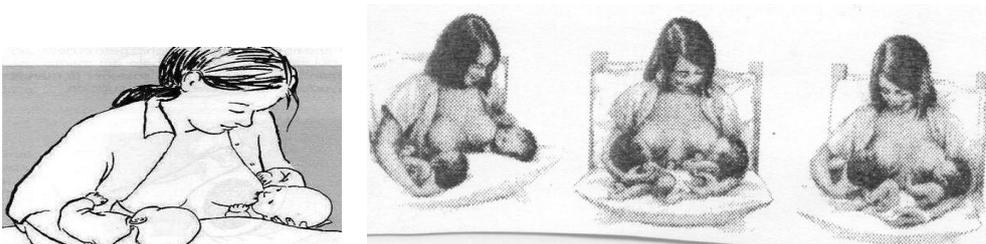
En esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo. (1)



### **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. (1)

Otro paso importante es evitar la lesión en el pecho y en el tejido del pezón en el caso de necesidad de interrumpir la succión del (de la) bebé. Para esto, la madre coloca un dedo en la comisura de la boca del (de la) bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro. (1)



Evaluar un amamantamiento debe ser una habilidad del trabajador de la salud, para poder ofrecer intervenciones adecuadas. (1)

### **¿Cómo se sabe si un bebé está mamando en la posición correcta?**

- \* Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.
- \* La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
- \* La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.
- \* La mayor parte de la aréola, o toda ella, está escondida en la boca del bebé.
- \* El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.
- \* El (la) niño (a) está relajado y feliz.
- \* La mamá no siente dolor en los pezones. (1)

### **Principales dificultades en la práctica del amamantamiento.**

Como funcionarios de la salud que trabajamos con lactancia debemos estar familiarizados con los problemas que se presentan con el amamantamiento. Cualquier consulta de lactancia debe considerarse y ser atendida como una urgencia para evitar posibles complicaciones. (1)

La madre y el lactante deben permanecer controlados frecuentemente, cada 24 -72 horas, hasta que la situación se normalice. (1)

Generalmente los problemas obedecen a causas multifactoriales que afectan a la madre y/o a niño y deben ser pesquisados y analizados para lograr tener un buen resultado. (1)

### **Dificultades Maternas**

Psicosociales: Suelen derivar de la falta de apoyo que tiene la mujer cuando proviene de una familia disfuncional y no hay pertenencia a grupos o redes de apoyo (especialmente en los grupos de Ayuda de Madre a Madre) de su localidad o comunidad que de alguna manera suplan a la familia extendida, para que la ayuden a superar sus conflictos. (1)

Las principales dificultades que se presentan son: Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico y social: Estas Mujeres suelen presentar temor para enfrentar el embarazo, el parto y la lactancia. Si a esto agregamos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de amamantar provoca temor, dudas e incertidumbre, podemos tener un abandono precoz de la lactancia materna o dificultad en la instalación de esta en forma efectiva ya sea por falta de contención, insatisfacción económica de las necesidades básicas y social por privación de las redes de apoyo social. (1)

### **Problemas conyugales**

Si la pareja no es participativa y comprensivo, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (Labores domésticas, sociales, laborales por exigencias que provocan una sobrecarga y sexuales). (1)

### **Depresión Materna.**

El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del recién nacido, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., provocan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia. (1)

Generalmente las madres no reconocen sus síntomas depresivos. El facultativo que la atiende debe realizar un interrogatorio prudente, pero instándola a que se exprese libremente para lograr pesquisar el problema (se sugiere aplicación de la escala de Edimburgo a partir del 2º mes de vida del niño, o antes si se pesquisa alguna alteración antes para realizar la intervención que corresponda). (1)

### **Ser madre adolescente**

Las mujeres adolescentes que son madres por lo general eligen terminar sus estudios una vez que ha nacido su hijo. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, alimentándolos tempranamente con fórmulas, lo que quiebra la relación de la madre con el niño. (1)

El equipo de salud debe reafirmar los valores de la maternidad y apoyar a la adolescente en su rol de madre a pesar de las dificultades con que se enfrenta frecuentemente. Es necesario motivarla para que amamante a su hijo, considerando que la experiencia le aportará muchos beneficios a ella como mujer y a su hijo, que le ayudará a sentir un gran amor por ese pequeño niño que tanto depende de ella, la necesidad de leche materna que tiene el niño, la importancia de esta y las formas de administrarla aun cuando la madre no esté presente (por ejemplo extracción y posteriormente darle al niño con suplementador al dedo). (1)

Esta asesoría también debe abarcar aspectos más personales, como la forma de relacionarse con su familia, la conveniencia de suspender momentáneamente sus estudios o actividades y consejos sobre nutrición para una buena lactancia, sin alterar su propio desarrollo. (1)

## **Madre soltera**

La madre soltera requiere de un gran apoyo de las personas o grupo que la rodean. Generalmente el padre de ese hijo no asume su responsabilidad, la mujer asume sola el proceso de embarazo, parto y post-parto con lo que le resulta difícil enfrentar la lactancia y continuar con su vida normal” se deben investigar los factores de riesgo y tratar que estas mujeres se incorporen a su familia y a redes de apoyo, en beneficio de la lactancia, si es necesario, derivarlas a clínicas de lactancia para educarla y planificar el apoyo que se le pueda prestar a la madre para que logre una lactancia exitosa o adecuada para su realidad en beneficio de su hijo. (1)

## **Dificultades de la madre de orden clínico**

Dolor Principal síntoma de los problemas de lactancia (no debe doler).

Se debe observar si la madre presenta dolor, pues muchas mujeres piensan que el dolor es normal en los pechos al dar de mamar, ello no lo refieren como problema, lo cual no es real. (1)

La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplamiento de la boca-pecho al mamar (El niño introduce solo el pezón en su boca y no la areola como corresponde, con lo cual el ejercicio de succión, se ejerce solo en el pezón produciendo dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) produce dolor aún con una buena posición de amamantamiento ya que depende del acople. (1)

También podría producirse dolor en un principio, pero leve, debido a las terminaciones nerviosas de la areola, lo cual debemos avisar a la madre, pues puede ocurrir en un principio (en la primera experiencia de lactancia) pero pasa luego pues rápidamente se hacen insensibles. (1)

Otra situación que frecuentemente puede provocarnos dolor es la micosis (infección de la piel del pezón y/o la areola) la cual trataremos mas adelante. (1)

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la oxitocina, lo que provoca que el R.N. no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que manifiesta con inquietud y llanto provocando que

la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento. (1)

El amamantar no debe producir dolor si el acoplamiento y la posición del niño son correctos y los pezones están sanos. (1)

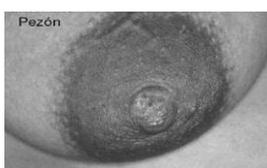
### **Pezones planos o invertidos**



Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puerpera requerirá de especial atención por parte del equipo de salud en la maternidad. (1)

Es de vital importancia e ideal, en estos casos que el recién nacido haga su primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que la mama está blanda y el pezón-areola tienen forma cónica, de esta forma niño aprenda a introducir los pezones correctamente dentro de su boca. (1)

### **Grieta o fisura del pezón**



Las grietas y/o fisuras del pezón se producen cuando la técnica de amamantamiento no es correcta. Suele ser por presión o tracción exagerada del pezón o roce de la lengua en la punta del pezón en caso de succión disfuncional o mal acoplamiento. (1)

La grieta superficial o fisura se presenta como una irritación severa o pequeña solución de continuidad del tejido que cubre el pezón y/o la areola, producida por presión o tracción exagerada del pezón, o por el roce de la lengua en la punta del pezón cuando el niño succiona en forma disfuncional (disfunción motora oral, problemas neurológicos transitorios (hipertonía),

prematuridad, dolor facial por fórceps, uso de chupetes o mamaderas en el recién nacido inmediato) (1)

Si la grieta es leve o reciente, se corrige tomando las medidas para lograr la técnica adecuada, cuidando que la boca del niño esté de frente al pecho y que el pezón y la aréola queden dentro de la boca del niño. Después de cada mamada, se cubre la aréola y el pezón con leche materna y se dejan secar al aire, expuestos al sol o al calor seco, ampolleta o sol, por algunos minutos, también si los medios lo permiten se pueden usar lanolinas u hojas de Matico (no usar cremas cicatrizantes). Habitualmente en 24 horas la situación se ha superado (1)

#### **Diez pasos hacia una feliz lactancia natural:**

- Paso 1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
- Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Paso 3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Paso 5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de él.
- Paso 6. No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- Paso 7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.
- Paso 8. Fomentar la lactancia natural a demanda.
- Paso 9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.
- Paso 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. (14)

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**Área y periodo de estudio:** Se realizó en la sala de UMI del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) en el periodo comprendido de abril-julio del 2012.

**Población de estudio:** todas las mujeres puérperas ingresadas en la sala de UMI del HEODRA.

**Muestra:** Aleatorio simple, se escogieron 275 puérperas al azar atendidas en la sala de UMI HEODRA en el periodo de estudio.

**Tipo de muestreo:** Probabilístico. Se realizó por medio del programa EPI INFO; tomando en cuenta que se recibe una cantidad de 20 pacientes en promedio por día en la sala de UMI del HEODRA multiplicado por tres meses, (tiempo durante el cual se realizó el estudio) de lo cual se obtuvo como resultado 1800 pacientes. Luego con estos datos se buscó en *utilidades*, *STAT CALC*, escogiendo la opción *Simple size and power*, para luego dar clic nuevamente en *population survey*, *Size of population : 1800*, *Expected frequency: 30%* presionando finalmente *f 4* lo cual dió los valores necesarios para el análisis que fueron 275 para obtener una confiabilidad del 95% y con margen de error del 5%. Por lo que se decidió hacer el estudio con 275 pacientes.

**Criterio de Exclusión:** Fueron las pacientes puérperas madres de neonatos pretérminos (menor de 37 semanas de gestación) ya que estos no presentan los reflejos de succión y deglución por lo tanto la leche materna se suministra de manera indirecta (1).

**Instrumento de recolección de información:** Para la recolección de la información se desarrolló una ficha (encuesta) evaluativa sobre los conocimientos teóricos y prácticos en LM, de las mujeres puérperas.

**Fuente:** Primaria con mujeres puérperas que estaban hospitalizadas en la sala de UMI.

**Análisis y presentación de datos:** Se realizó un análisis en EPI INFO y se hizo distribución de frecuencia y porcentaje mostrando los resultados en tablas.

**Consideraciones éticas:** Previamente a realizar la encuesta se pidió permiso al médico de base de la sala de UMI y se explicó el objetivo de estudio a cada participante para pedir su colaboración en brindar los datos de la encuesta garantizándoles que dichos datos solo serían utilizados con fines investigativos.

## operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	VALOR
Datos sociodemográficos de la madre		
Procedencia	Dirección exacta de donde reside habitualmente	a. Urbana b. Rural
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento	a. <15, b. 15-19, c. 20-34, d. 35 a>
	Si lee , escribe y fue alfabetizada	1. Si 2. No
Escolaridad	Número de años de instrucción alcanzando hasta el momento	a. Primaria b. Secundaria, c. Técnico, d. universidad
Paridad	Se refiere al número de embarazos de una mujer que ha dado a luz, un producto mayor de 22 semanas de gestación con un peso mayor de 500 gramos, vivo o muerto independientemente de la salida de la placenta.	a. Nulípara, b. Primípara, c. Multípara
Estado civil	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad.	a. Soltera, b. Casada, c. Divorciada, d. Acompañada
Conocimientos de la madre sobre lactancia materna		
Orientación sobre lactancia materna	Es importante que los trabajadores de la salud orienten a las mujeres en relación a la lactancia materna	a. Si b. No
Personal que le brindo la atención	La preparación de los profesionales de la salud incluye el tema de la lactancia natural, habilidades y destrezas necesarias para apoyar a la madre que amamanta	a. Medico b. Enfermera c. Estudiante d. Médico y enfermera a la vez e. Otros
Examen de glándula mamaria	Se refiere a que si durante sus atenciones prenatales le hicieron examen de glándula mamaria	a. Si b. No
La lactancia materna debe iniciar	El acto de la lactancia natural debe iniciar inmediatamente al nacer	a. A las 24 horas de Nacimiento b. A las 48 horas de Nacimiento c. A las 72 horas de Nacimiento d. Inmediatamente al nacer

El niño debe ponerse al pecho materno	Se debe dar pecho materno al niño siempre que quiera sin restricción  Horaria	a. Cada 3 horas b. Cuando lllore c. Siempre que el niño quiera d. Sólo cuando la madre tiene leche o calostro
El niño debe tomar leche materna porque	La leche materna nutre al niño mejor que otros alimentos y lo inmuniza contra enfermedades	a. Lo nutre mejor que otros alimentos y lo inmuniza contra enfermedades b. Lo nutre mejor que otros alimentos c. Por ser la leche que más le gusta al bebe d. Por ser la leche que no le da diarrea
La Lactancia Materna Exclusiva debe darse	La lactancia materna exclusiva debe durar seis meses.	a. Entre los 4 y 6 meses b. Hasta los 3 meses c. Hasta los 4 meses d. Hasta los 6 meses
Actitudes sobre lactancia materna		
Se preparó previamente para Lactar	Se refiere a que si la madre desde inicios de su embarazo se estimuló el pezón y estaba consciente de alimentar a su bebe con leche materna	a. No b. Si
Tipo de leche que estaba dando la madre a su bebe	Se refiere si la madre estaba cumpliendo con la norma del Hospital de dar Lactancia Materna exclusiva o si además daba otro tipo de leche	a. Leche materna b. Leche Materna y otra leche c. Otra leche
Motivo de abandono de Lactancia Materna exclusiva	Se refiere al motivo por el cual la madre estaba dando pecho materno y otra leche o solo estaba otra leche	a. Alteraciones anatómicas del pezón b. Ambiente familiar c. Enfermedades de la madre d. Enfermedad del niño e. Estética f. Falta de leche g. Otras h. No abandono
Tiempo en que dará Lactancia Materna Exclusiva	Esta variable va dirigida específicamente a las madres que estaban dando lactancia materna exclusiva y se refiere al tiempo en que ellas continuaran dicha practica	a. 6 meses b. > 3 pero < 6 meses c. > 6 m < 1 año e. < 3 meses

Prácticas en Lactancia materna		
<i>Posiciones adecuadas para amamantar</i>	<i>Valora según la posición que adopte la madre para amamantar si lo hace correctamente o no</i>	
Ombliigo con ombliigo	Madre y niño, independientemente de la postura que se adopte, deberán estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre (“ombliigo con ombliigo”).	a. Correcta b. Incorrecta
Madre sentada y niño acunado	la madre debe amamantar sentada debe en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho.	a. Correcto b. Incorrecta
Posición Reversa	La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos	a. Correcto b. Incorrecta
Posición en caballito	Se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca.	a. Correcto b. Incorrecta
Posición en canasta o pelota	Para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria	a. Correcto b. Incorrecta
Ambos acostados en decúbito lateral	La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre	a. Correcto b. Incorrecta
Madre acostada en decúbito dorsal, niño en decúbito ventral s	La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.	a. Correcto b. Incorrecta
<i>Evaluación de la posición del bebe en el amamantamiento</i>	<i>Se evaluara tomando en cuenta siete parámetros donde nos responderemos si usa o no usa correctamente dicha posición</i>	
El cuerpo del lactante está pegado al cuerpo de la madre	Si la madre amamanta correctamente tendrá a su bebe pegado a su cuerpo	a. Correcta b. Incorrecta
La boca y mandíbula del Lactante están pegadas al pecho de la madre	Para evidenciar que un bebe está siendo amamantado correctamente la boca y la mandíbula deben estar pegadas al pecho de la madre	a. Correcta b. Incorrecta
Los labios del lactante se ven invertidos y la boca está completamente abierta	Cuando el bebe está siendo amamantado sus labios se deben ver invertidos y su boca debe estar completamente abierta	a. Correcta b. Incorrecta
La mayor parte de la aréola o toda está escondida en la boca del Lactante	Cuando una madre está amamantando no se debe de ver la aréola de la misma	a. Correcta b. Incorrecta
El lactante da chupadas grandes y despaciosas	El bebe que está siendo amamantado correctamente da chupadas grandes y despaciosas	a. Correcta b. Incorrecta
El lactante esta relajado y feliz	El lactante amantado correctamente durante el acto esta relajado y feliz	a. Correcta b. Incorrecta
La mama no siente dolor en los pezones	La mama que amamanta correctamente no siente dolor en los pezones	a. Correcta b. Incorrecta

## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos

En la ocupación de la madre se encontró que: 65,8% de las pacientes eran amas de casa, seguida de 13,5% estudiantes, 8,4% obreras o técnicas, y sólo 6,5% eran profesionales, 5,8% corresponde a la ocupación otros. (Ver tabla no.1)

En el nivel de escolaridad 38,7% tenía secundaria aprobada, 31,8% había aprobado la primaria, 17,8% eran Universitarias y 12,3% de las pacientes tenían otra escolaridad (Técnicos, modistas). (Ver tabla no.1)

La mayoría de las mujeres en estudio estaban en edad entre 20-34 años (52,7%), 30,1% tenían un rango de edad de 15-19 años, 12,8% mayor de 45 años y 4,4% menor de 15 (Ver tabla no.1)

Un 97,8% de las participantes del estudio eran alfabetas y solo 2,2% eran analfabetas.

El 45% de participantes eran primíparas y 55% multíparas. (Ver tabla no.1)

En cuanto a la procedencia un 75,2% eran de procedencia urbana y 24,8% eran de procedencia rural. (Ver tabla no.1)

Con respecto al estado civil la mayoría de las pacientes eran acompañadas (46,4%), seguido de 36,1% casadas, 14,2% divorciadas y solo 3,3% eran solteras. (Ver tabla no.1)

**Tabla No.1. Datos sociodemográficos de las pacientes en estudio**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>
<b><i>Ocupación</i></b>		
Ama de casa	181	65,8
Estudiante	37	13,5
Obrera o técnica	23	8,4
Profesional	18	6,5
Otros	16	5,8
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Alfabeta</i></b>		
No	6	2,2
Si	269	97,8,
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Nivel de escolaridad</i></b>		
Otros	33	12,3
Primaria	84	31,2
Secundaria	104	38,7
Universitaria	48	17,8
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Edad</i></b>		
< 15	12	4,4
15 a 19	83	30.1
20 a 34	145	52.7
> 35	35	12,8
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Procedencia</i></b>		
Rural	68	24,8
Urbana	207	75,2
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Estado civil</i></b>		
Acompañada	128	46,4
Casada	99	36,1
Divorciada	9	3,3
Soltera	39	14,2
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Pariedad</i></b>		
Múltipara	152	55,0
Primípara	123	45,0
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

## **Conocimientos**

En el acápite que se referente a si la paciente recibió orientación o no sobre lactancia materna 71.8% refirió que sí y 28,2% dijeron que no. De las cuales 50% de las participantes recibieron dicha orientación por médico, 21,8% por enfermera, 16,8% por estudiante de Medicina, 7,4% de médico y enfermera, sólo 4,0% les había sido impartida por otras persona (CPC, brigadistas de salud, líderes comunitarios, parteras y familiares). (Ver tabla no.2)

El 50,5% de las participantes del estudio expresó que el personal de APS al momento de sus CPN le había examinado las glándulas mamarias y 49,5% expresó que no. (Ver tabla no.2)

El 84.7% opinó que la lactancia materna debía iniciar inmediatamente al nacer , 9,1% dijo que debía iniciarse a las 24 horas del nacimiento, 3,3% que debía iniciarse a las 72 horas del nacimiento, y 2,9% refirió que debía iniciarse a las 48 horas. (Ver tabla no.2)

La mayoría expresó que la LME debía darse hasta los seis meses (80,5%), 10,5% dijo que se debía dar entre 4 y 6 meses, 6,4% opinaba se debía dar hasta los 4 meses y 2,6% dijo que hasta los 3 meses. (Ver tabla no.2)

En cuanto al intervalo de tiempo para amamantar la mayoría (40.1%) expresó que siempre que el niño, 37,9% cada tres horas y un 7,3% dijo que solo cuando la madre tiene leche o calostro. (Ver tabla no. 2)

Más de la mitad expresó que la razón para tomar leche materna era porque lo nutre mejor que otros alimentos y lo inmuniza contra enfermedades (59,3%), 21,5% dijo solamente que lo nutria mejor que otros alimentos, seguido de 11,9% que explicaban que por ser la leche que más le gusta al bebe y 7,4% que expresó que por ser la leche que no le da diarrea. (Ver tabla no. 2)

**Tabla no.2 Conocimientos sobre LM en pacientes en estudio**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>
<i>¿Recibió orientación sobre LM?</i>		
No	78	28,2
Si	197	71,8
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>¿Por quién?</i>		
Enfermera	42	21,3
Estudiante	33	16,7
Médico	100	50,7
Médico y enfermera	14	7,1
Otros	8	4,0
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100,0</b>
<i>¿Le examino la glándula mamaria?</i>		
No	137	49,5
Si	138	50,5
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>La lactancia materna debe comenzar</i>		
A las 24 horas del nacimiento	25	9,1
A las 48 horas del nacimiento	8	2,9
A las 72 horas del nacimiento	9	3,3
Inmediatamente al nacer	233	84,7
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>El niño debe ponerse al pecho materno</i>		
cada 3 horas	41	14,7
cuando llore	104	37,9
siempre que el niño quiera	110	40,1
solo cuando la madre tiene leche o calostro	20	7,3
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>¿El niño debe tomar leche materna porque?</i>		
Lo nutre mejor que los otros alimentos y los inmuniza contra enfermedades	165	59,3
Lo nutre mejor que otros alimentos	58	21,5
Por ser la leche que más le gusta al bebe	32	11,9
Por ser la leche que no da diarrea	20	7,4
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>La LME debe darse</i>		
Entre los 4 y 6 meses	29	10,5
Hasta los 3 meses	7	2,6
Hasta los 4 meses	17	6,4
Hasta los 6 meses	222	80,5
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

### **En cuanto a las actitudes:**

Un 56,2% de las madres se había preparado previamente para lactar estimulándose el pezón y el 43,8% restante no lo había hecho. (Ver tabla no.3)

El 75,3% de las madres estaba dándole leche materna a su bebe, 16,3% combinaba leche materna con otra leche y 8,4% le daba solo otro tipo de leche. (Ver tabla no.3)

Un 75.2% de las madres no abandonó la lactancia materna, 8% la abandono por enfermedad del niño, 5,5% por falta de leche de la madre, 2,9% por enfermedad de la madre, 2,6 por enfermedad del niño, 2,2% por ambiente familiar, 1,5% por estética y 2,2% por otras causas. (Ver tabla no.3)

Por otra parte 53,2% de las madres dijo que pensaba dar LME a su bebe por 6 meses, 22,3% expresó que más de tres meses pero menos de seis, 17,4% más de seis meses pero menos de un año y una pequeña cantidad de las madres afirmo que la daría menos de tres meses (7,1%). (Ver tabla no.3)

### **Prácticas**

Al evaluar la manera en que las pacientes lactaban se encontró que la técnica más usada fue “madre sentada y niño acunado” (52,2%) seguida de 27,2% que usaban “ambos acostados en decúbito lateral!”, 9,5% “ombligo con ombligo”, 4,7% “posición en canasta o pelota”, 2,8% “Madre acostada decúbito Dorsal y niño decúbito Ventral sobre ella”, 2,4% usaba “posición en reversa” y 1,2% “posición en caballito”. (Ver tabla no. 4)

**Tabla no.3 Actitudes sobre LM de participantes del estudio**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>
<i>¿Se preparó previamente para dar LM?</i>		
No	120	43,8
Si	155	56,2
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>¿Qué tipo de leche le da a su niño?</i>		
Leche materna	207	75,3
Leche materna y otra leche	45	16,4
Otro tipo de leche	23	8,4
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>Motivo de abandono LM</i>		
Alteraciones anatómicas del pezón	7	2,6
Ambiente familiar	6	2,2
Enfermedad de la madre	8	2,9
Enfermedad en el niño	22	8,0
Estética	4	1,5
Falta de leche	15	5,5
No abandono	207	75,1
Otras	6	2,2
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>
<i>¿Cuánto tiempo piensa darle LME a su bebe?</i>		
6 meses	110	53,2
> de 3 meses pero < de 6 meses	46	22,3
>de 6 meses pero < de 1 año	36	17,4
<de 3 meses	15	7,1
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla no.4 Prácticas en LM de las participantes del estudio (Tipo de técnica más usada)**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>(%)</i>
<i>Tipo de técnica más usada</i>		
Acostada ambos en decúbito lateral	69	27,2
Madre acostada decúbito Dorsal y niño decúbito ventral sobre ella	7	2,8
Madre sentada y niño acunado	132	52,2
Ombigo con ombigo	24	9,5
Posición en caballito	3	1,2
Posición en canasta o en pelota	11	4,7
Posición en reversa	6	2,4
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta

Al evaluar si la posición para el amamantamiento la realizaban correcta o incorrecta se encontró que: las madres tenían su cuerpo pegado al de su bebe en 88.4% y 11.5% lo hacían incorrectamente; la boca y la mandíbula estaban pegadas al pecho con 78,3% correcto y 21.7% incorrecto, la boca del bebe estaba completamente abierta y los labios se veían invertidos con 70% correcto y 30% incorrecto, la mayor parte de la aréola o toda están escondidas en la boca del bebe 63.5% lo realizaba de forma correcta y 36.5% incorrectamente, el 90,9% de los niños daba chupadas grandes y despaciosas y el 9,1% no lo hacía, 94,4% de los niños estaba relajado y feliz al momento del amamantamiento, 5,6% estaban irritados, la mayoría de las madres no sentían dolor en los pezones (73.8%), en comparación con 26,6% que expreso sentir dolor al momento de lactar. Es decir que en promedio 80.5% amamantaba de manera correcta y 19.5% de manera incorrecta respectivamente (Ver tabla no.5)

**Tabla no.5 Prácticas en LM de las participantes del estudio  
(Evaluación de la posición de amamantamiento)**

<i>Preguntas</i>	<i>Frecuencia (%)Correcto</i>	<i>Frecuencia (%)Incorrecto</i>	<i>Total</i>
El cuerpo del BB cuerpo está pegado al cuerpo de su madre	223 (88,4)	29 (11,5)	252 (100,0)
La boca y la mandíbula de BB están pegados al pecho	198 (78,3)	54 (21,7)	252 (100,0)
La boca está completamente abierta y los labios del BB se ven invertidos	177 (70)	75 (30)	252 (100,0)
La mayor parte de la aréola o toda están escondidas en la boca del BB	160 (63,5)	92 (36,5)	252 (100,0)
El BB da chupadas grandes y despaciosas	230 (90,9)	22 (9,1)	252 (100,0)
El BB está relajado y feliz	238 (94,4)	14 (5,6)	252 (100,0)
La mamá no siente dolor en los pezones	186 (78,3)	66 (26,6)	252 (100,0)
<b>Total</b>	<b>(80,5)</b>	<b>(19,5)</b>	<b>(100,0)</b>

Fuente: Encuesta

## DISCUSIÓN

### **Características sociodemográficas de las participantes en estudio**

Se encontró que más de la mitad de las participantes del estudio (52.7%) tenían edades entre 20-34 años, 35.5% eran adolescentes lo cual asemeja a un estudio presentado en Chile donde una minoría (24%) eran menores de 20 años (15), lo cual sugiere enfocar el trabajo con las mujeres jóvenes. Más de 2/3 eran amas de casa (65,8%), no se encontraron otros estudios que relacionen esta variable con lactancia materna pero esto puede ser debido a que nuestro país tiene altas tasas de desempleo (7,3% para el año 2011) (23); un tercio de ellas tenían secundaria aprobada, esto se relaciona con otro estudio (15) en el cual 52.1% de las mujeres había aprobado cinco años de estudio formal lo que conlleva a mejores oportunidades de trabajo y podría justificar el abandono de la lactancia materna exclusiva por lo que se han formulado estrategias para apoyar a estas madres en su decisión de lactar (1). La mayoría era de procedencia urbana (75,2%) se correlaciona con otro estudio que mostro 88.5% (15), esto es debido a que la población de nuestro país es urbana (16 y 23), lo cual es indicativo de que estas pacientes son las que tienen mayor accesibilidad a los centros de atención así como mayor nivel de escolaridad y conocimiento sobre el tema de lactancia materna (1). Con respecto al estado civil la casi la mitad de las mujeres refieren estar acompañadas (46,4%), y según otro estudio realizado en Chile la mitad de las mujeres estaban en unión libre (15) lo cual tiene una repercusión social y psicológica sobre la madre en relación a la seguridad y estabilidad que ella necesita para la lactancia materna (1)

**Según los parámetros implicados en la buena práctica y técnica de la lactancia materna en los protocolos del MINSA y la evaluación de la técnica de lactancia materna de las puérperas de la sala de UMI se puede decir lo siguiente:**

La lactancia materna exclusiva debe durar 6 meses (22 y 14), se debe preparar previamente para la lactancia con la estimulación del pezón, comenzar

inmediatamente al nacer, el niño debe ponerse al pecho materno cada vez que este quiera ya que es la única leche que lo nutre e inmuniza. Durante este acto el cuerpo de la madre debe estar pegado al del niño, mandíbula y boca pegados al pecho materno y completamente abierta con labios invertidos, la mayor parte de la aréola o toda escondida en la boca, debe de dar chuponeadas grandes, despaciosas; estar relajado y feliz así como también la madre no debe sentir dolor en los pezones(1 y 2). En relación a los datos encontrados en nuestro estudio tenemos que más 2/3 de las madres estaba dándole leche materna a su bebe (75.3%) marcando una gran diferencia con respecto a todo el país en el que el cumplimiento de la lactancia materna es 65% en los primeros meses y 35% para la lactancia materna exclusiva (16); un poco más de la mitad de las madres se había preparado previamente para lactar estimulándose el pezón (56.2%) y pensaba dar LME a su bebe por 6 meses comparado con otro estudio en el que el tiempo promedio según su población era 5 meses (15), lo cual muestra un mayor cumplimiento en nuestra población. También más 2/3 de las pacientes opinó que la Lactancia Materna debía iniciar inmediatamente al nacer (84.7%) así como más de la mitad de las pacientes expuso que la razón por la que el niño debía tomar leche materna era porque lo nutre mejor que otros alimentos y lo inmuniza contra enfermedades (59.3%), una mayoría considerable expresó que la LME debía darse hasta los seis meses (80.5%) lo cual refleja que la mayoría de las participantes del estudio tiene conocimientos acerca de Lactancia Materna y 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(1) comparado con otro estudio en el que el 63.5% de la población tenía conocimiento sobre LM; así como también opinaron que el niño debe ponerse al pecho siempre que quiera, la mitad de las madres usaban más frecuentemente la técnica madre sentada y niño acunado (52,2%), en la mayoría de las madres (80,5%) su cuerpo estaba pegado al de su bebe, la boca y la mandíbula estaban pegadas al pecho materno, la boca del bebe estaba completamente abierta y los labios se veían invertidos, la mayor parte de la aréola o toda están escondidas en la boca del bebe, los niños daban

chupadas grandes y despaciosas, los niños estaban relajados y felices al momento del amamantamiento al igual que la mayoría de las madres no sentían dolor en los pezones al momento de lactar lo cual refleja que la mayoría de ellas amantaban correctamente ,relación que es inversa con respecto a otro estudio en el que solo un 13% sabían técnicas correctas de amantamiento (15)..

Es importante Identificar los conocimientos y creencias que posee la población para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. A las pacientes durante sus controles se les debe brindar: una buena consejería y examinar la glándula mamaria por un personal capacitado actividades básicas previo al parto(1)” esto se correlaciona en parte con nuestro estudio ya que se encontró que más de 2/3 de las pacientes encuestadas recibió orientación sobre lactancia materna (71.8%), siendo por un médico la mitad de estas (50.7%), por otro parte a un poco más de la mitad (50,5%) durante sus CPN se les habían examinado las glándulas mamarias por lo que consideramos en este acápite no se está cumpliendo lo normado.

Cabe mencionar que este estudio tuvo la limitación del poco tiempo que las púerperas permanecían hospitalizadas en UMI (solo 24 horas), además de que estaban poco cooperativas, indecisas y con poca concentración por cansancio (desvelo por parto la noche anterior) sumado a que los algunos niños permanecían dormidos en el momento de la entrevista y no querían amamantarse.

Anteponiéndose a las limitaciones se tuvo como fortaleza el apoyo por parte de los Médicos responsables de UMI, asesor metodológico y las participantes del estudio luego de que se explicaba el motivo de la encuesta.

## CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio la mayoría de las mujeres se encontraron en la edad entre 20-34 años, con ocupación amas de casa, con secundaria aprobada y alfabetas, así como de procedencia urbana y en unión libre con respecto al estado civil.

En este estudio se encontró que más de 2/3 de las pacientes encuestadas recibió orientación sobre lactancia materna y la mitad de ellas la recibieron por un médico; del total de la población en estudio al menos la mitad refirió habersele examinado la glándula mamaria.

La mayoría de las madres estaban dando leche al seno materno, un poco más de la mitad se habían preparado previamente para lactar estimulándose el pezón, pensaban dar lactancia materna exclusiva por 6 meses, opinaban debía iniciar inmediatamente al nacer, expresaron que la razón por la que el niño debía tomarla era porque lo nutría mejor que otros alimentos y lo inmunizaba contra enfermedades y que debía ser exclusiva hasta los seis meses; menos de la mitad dijo que el niño debe ponerse al pecho siempre que quiera; la técnica más usada fue madre sentada y niño acunado siendo esta técnica utilizada correctamente según los requisitos correspondientes (80,4%).

Puede resumir que hay conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas además de cumplimiento de la norma nacional sobre Lactancia Materna en el Hospital Regional de León aunque no en un 100%.

## RECOMENDACIONES

Al personal de UMI:

- Mayor énfasis por parte de personal médico en consejería sobre lactancia materna y examen de mamas
- Seguir brindando consejería sobre LM a las pacientes puérperas
- Continuar instando a la madre a dar LME
- Apoyar a las madres con la técnica de lactancia
- Continuar cumpliendo con la norma de LM

A las mujeres en edad fértil:

- Prepararse previamente para lactar
- ponerse al niño al pecho materno siempre que él quiera
- Continuar dando LME a sus bebés hasta seis meses y luego complementaria hasta 2 años.
- Utilizar otras técnicas y/o posiciones para amamantar

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández, Xiomara; Velásquez Bertha; Olivares, Marcos. Dirección General de Regulación Sanitaria. Manual de lactancia materna para atención primaria, Managua septiembre 2010. MINSA, Nicaragua

2. García Juez, Gabriela; Niño Moya, Rosa; Ortega Weason, Raúl, Mena Nannig, Patricia m Sra. González Opazo Miriam. Lactancia materna contenidos técnicos. 3ra edición, 2010. Chile.

3. UNICEF (Comisión Nacional de Lactancia Materna en conjunto con fondo de naciones unidas para la) .Ley de promoción, protección, mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Managua Nicaragua, 1999. Arte y creación

4. OMS. Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna. 1981

[http://unicef.org/ni/media/publicaciones/archivos/Ley\\_no\\_295.pdf](http://unicef.org/ni/media/publicaciones/archivos/Ley_no_295.pdf)

5. Bair, Vanessa. The baby food tragedy. Internationalist Magazine. Ottawa, Canadá 1973.

<http://newint.org/issues/1973/08/01/>

6. Mary, White, A brief History of la Leche league international, La Leche League International Chicago, 1956

<http://www.llli.org/lllihistory.html>

7. WHO/ UNICEF. Lobbies the WHO to draft a code to regulate the advertising and marketing of infant formula in the 3<sup>rd</sup> world. The INFAC (The infant formula Action Coalition) May, 1981.

[http://www.slideshare.net/Leekunnoiloan/case-1-2-nestl-the-infant-formular-controversy?next\\_slideshow=1](http://www.slideshare.net/Leekunnoiloan/case-1-2-nestl-the-infant-formular-controversy?next_slideshow=1)

8. WHO/UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of B.A Global Initiative, co-sponsored by the United States Agency for International Development (A.I.D.) 1990.

[http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24807.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html)

9. Visión Mundial Nicaragua. Mujeres rurales celebran Foro sobre Lactancia Materna. Apartado postal: 3691, Tel: (505) 266-4068, 266-5000, Fax (505) 266-0069. © Copyright World Visión.

<http://www.visionmundial.org.ni/visionmundial.php?id=393>

10. El nuevo diario. Con todo el poder de la información Managua, Campaña de Soynica y Red Ahora en los barrios. Al rescate de la lactancia materna.\* En celebración del Mes de la Lactancia Materna que mundialmente se celebra en agosto. Por Ruth López. Nicaragua - Lunes 03 de Agosto de 2009 - Edición 10406.

<http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2009/08/03/nacionales/106797>

11. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. Complejo Legislativo Carlos Núñez Téllez. Avenida Bolívar. Correo electrónico: [shuete@asamblea.gob.ni](mailto:shuete@asamblea.gob.ni). Edificio Principal, Sótano Primero. Teléfono Directo: 22768460. Ext.: 442. Periodista: Yamilet Estrada. 19/04/2012.

<http://legislacion.asamblea.gob.ni/Noticia.nsf/765641B997FBB459062576B8007AB8B/D/E32CA92E62382989062579E5005BC650?OpenDocument>

12. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Reunión de trabajo del libro Barcelona, Febrero 2004. Lactancia materna: guía para profesionales; monografías de la A.E.P. Nº 5 editorial Ergon C/Arboleda, 1. 28220 Majada Honda (Madrid, 2004.

13. Macadam P, Stuart; Dettwyler K.A. Breastfeeding, Biocultural Perspectives. New York, 1995.

14. OMS; División de salud y desarrollo del niño. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra 1998. Who-Chc 98.9

15. Gamboa, Magaly; Lopez, D; Prada, G; Gallo, PK. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista chilena de nutrición. Versión On-line ISSN 0717-7518. Rev. chil. nutr. v.35 n.1 Santiago mar. 2008.

16. Cruz Rivera, Ninoska ; Altamirano Urbina, Elizabeth  
Picado, Leila; Cano, María Esther. Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi) .informe nacional Nicaragua 2010.IBFAN Nicaragua. Coordinación Regional CEFEMINA Apdo Postal 5355-1000. San José, Costa Rica
17. Aguayo M, Josefa...et al. La Lactancia Materna en Andalucía.Sevilla,2005.  
<http://www.iesa.csic.es/publicaciones/010920110.pdf>
18. Barriuso Lapresa, Maria; Sánchez Valverde, F; Romero Ibarra, C; Comerzana, victoria .Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. España, 2007  
[http://www.researchgate.net/publication/28202966 Estudio multivariante sobre la pr evalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España](http://www.researchgate.net/publication/28202966_Estudio_multivariante_sobre_la_pr_evalencia_de_la_lactancia_materna_en_el_centro-norte_de_España)
19. Morán Hernández, Edith Veralís; Valladares García, Félix Edmundo. Conocimientos en lactancia maternal de las madres adolescentes que asisten a control materno en la unidad de salud Barrios, SIBASI Febrero, 2011, San Salvador.
20. Amir, Lisa..The Global Breastfeeding Study.The Philips center for health and well-being Excellence in a paediatrics.Melbourne, 2012  
[http://www.newscenter.philips.com/pwc\\_nc/main/shared/assets/es/Downloadablefile/br eastfeeding/breastfeeding\\_survey.pdf](http://www.newscenter.philips.com/pwc_nc/main/shared/assets/es/Downloadablefile/br eastfeeding/breastfeeding_survey.pdf)
21. Eidelman, Arthur ; Richard J,MD; Schanler, MD.lactancia materna y alimentación con leche humana .Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos de América. Sección de Lactancia Pediatrics online February 27,2112;DOI:10.1542/peds.2011-3552.  
[http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia materna alimentacion leche humana.pdf](http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf)
22. OMS/UNICEF. Iniciativa Hospital amigos de la niñez.1991.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)
23. IndexMundi. Nicaragua tasa de desempleo.2011  
[http://www.indexmundi.com/es/nicaragua/tasa\\_de\\_desempleo.html](http://www.indexmundi.com/es/nicaragua/tasa_de_desempleo.html)

## ANEXO

### Ficha (Lactancia Materna)

La leche materna es la mejor leche para criar a su hijo, queremos su aprobación por este motivo para participar en esta investigación garantizándole que no se divulgarán los datos y solo se utilizarán con fines investigativos. Gracias

#### 1 Datos generales de la madre

1.1. **Edad** \_\_\_\_ años.

1.2 **Procedencia:**

a. urbana\_\_

b. rural\_\_

1.3 **Alfabeta:**

a. sí\_\_

b. no\_\_

1.4 **Nivel de escolaridad:**

a. Primaria\_\_

b. Secundaria\_\_

d. Universitaria\_\_

e. otros\_\_

1.5 **Ocupación.**

a. Ama de casa. \_\_\_\_

b. Obrera o técnico \_\_\_\_

c. estudiante \_\_\_\_

d. Profesional\_\_

e. otros\_\_

1.6 **Estado civil.**

a. Soltera. \_\_\_\_

b. Casada. \_\_\_\_

c. Divorciada. \_\_\_\_

d. Acompañada\_\_

**Paras:**

1\_\_ 2\_\_

3 o más

#### 2. Conocimientos

2.1 ¿**Recibió orientación sobre lactancia materna?**

a. sí\_\_ b. no\_\_

2.2 ¿**Por quién?**

a. médico\_\_

b. enfermera\_\_

c. estudiante\_\_

d. médico y enfermera\_\_

e. otros\_\_

2.3 ¿**Le examino la glándula mamaria?** a. Si\_\_ b. no\_\_

2.6 Responda marcando con una X lo que usted. Considere correcto sobre la lactancia materna (valoración: excelente: 3pts buena: 2pts regular: 1pto mala: 0 pto)

2.6.1 **La lactancia materna debe comenzar:**

a. Inmediatamente al nacer \_\_\_\_

c. A las 24 horas del nacimiento \_\_\_\_

b. A las 48 horas del nacimiento \_\_\_\_

d. A las 72 horas del nacimiento \_\_\_\_

2.6.2 **El niño debe ponerse al pecho materno:**

a. Solo cuando la madre tiene leche o calostro \_\_\_\_

b. Cuando lllore \_\_\_\_

c. Cada 3 horas \_\_\_\_

d. Siempre que el niño quiera \_\_\_\_

**2.6.3 El niño debe tomar leche materna porque.**

- a. Lo nutre mejor que otro alimento \_\_\_\_
- b. Por ser la leche que más le gusta al bebé \_\_\_\_
- c. Por ser la leche que no da diarrea \_\_\_\_
- d. Lo nutre mejor que los otros alimentos y lo inmuniza contra

### **3. Actitudes**

**3.1. ¿Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos?**

- a. Leche materna \_\_\_\_
- b. Otro tipo de leche \_\_\_\_
- c. Leche materna y otra leche \_\_\_\_

**3.2 Motivo por el cual abandonó la lactancia materna (si le da otra leche).**

- a. Enfermedad en el niño. \_\_\_\_
- b. Enfermedad de la madre. \_\_\_\_
- c. Falta de leche. \_\_\_\_
- d. Ambiente familiar. \_\_\_\_
- e. Estética. \_\_\_\_
- f. Alteraciones anatómicas del pezón. \_\_\_\_

enfermedades \_\_\_\_

**2.6.4 La lactancia materna exclusiva (sin otras leches o alimentos) debe darse:**

- a. Hasta los 3 meses. \_\_\_\_
- b. Hasta los 4 meses \_\_\_\_
- c. Entre los 4 y 6 meses \_\_\_\_
- d. Hasta los 6 meses \_\_\_\_

**3.3 ¿Se preparó previamente para dar lactancia (estimulación del pezón o cuidados especiales)?**

- a. si \_\_\_\_
- b. no \_\_\_\_

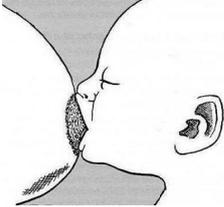
**3.4 ¿Cuánto tiempo piensa Ud. darle lactancia materna exclusiva a su bebe?**

- a. menos de 3 meses: \_\_\_\_
- b. más de 3 meses pero menos de 6 meses: \_\_\_\_
- c. 6 meses: \_\_\_\_
- d. más de 6 meses pero menos de 1 año: \_\_\_\_

## 4. Prácticas

### 4.1 Tipo de técnica más usada.

Marcar con una X la técnica que está usando.



4.1.1 Ombligo con ombligo



4.1.2 Madre sentada y niño acunado



4.1.3 Posición en reversa



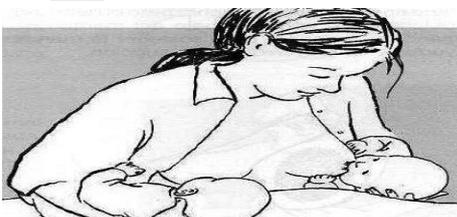
4.1.4 Posición en caballito



4.1.5 Posición canasta o en pelota



4.1.6 Acostada ambos en dec.lat



4.1.7 Gemelos en forma simultánea o  
Cesárea



4.1.8 Madre acostada dec. dorsal  
y niño dec. ventral sobre ella.

**4.2 Evaluación de la posición correcta del bebe en el amamantamiento (a: correcta; b: incorrecta)**

4.2.1 Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.2 La boca y la mandíbula están pegados al pecho.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.3 La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.4 La mayor parte de la aréola, o toda está escondida en la boca del bebé.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.5 El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.6 El (la) niño (a) está relajado y feliz.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_

4.2.7 La mamá no siente dolor en los pezones.

a\_\_\_\_ b\_\_\_\_