

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
U.N.A.N. - LEÓN



MONOGRAFÍA DE INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA
- MATERNA DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2
AÑOS EN LAS COMUNIDADES DE DARÍO,
DE MAYO A JUNIO DEL 2000.

Autora:

Adahir Auxiliadora Ortega Espinoza

Tutor:

Delgadillo
Dr. Róger Delgadillo Albaúnza
Médico Pediatra - HEODRA
UNAN-León



León, marzo 2001

181.013
C.2

W
41
0-77c
2001

DEDICATORIA



- A nuestro Dios, porque le debemos todo lo que somos.
- A nuestra Virgen de Guadalupe, la que me ha guiado en la realización de este estudio.
- A mis padres: Guillermo Ortega y Gloria Espinoza, lo más querido que Dios me pudo dar en este mundo, quienes con mucho amor y cariño me han brindado todo el apoyo necesario para seguir adelante en esta vida..
- A todas las personas que de una u otra forma me han dado su apoyo incondicional para llegar a concluir este estudio.
- A mi tutor y asesor, el que me ha brindado su valioso apoyo a través del aporte de sus experiencias y conocimientos científicos, que Dios le ha brindado.

Gracias.

Adahir Ortega Espinoza

SCS
SCS
SCS

INDICE

	Página
1.- Introducción -----	1
2.- Objetivos -----	4
3.- Marco Teórico -----	5
4.- Material y Método -----	23
5.- Resultados -----	29
6.- Discusión -----	33
7.- Conclusiones -----	38
8.- Recomendaciones -----	40
9.- Bibliografía -----	41
10.- Anexos -----	44

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna representa seguridad total de alimentos para los lactantes⁵. La leche materna durante los primeros meses de vida es de suma importancia para la vida futura del niño, cada año nacen 140 millones de niños que constituyen el 3% de la población mundial⁵. Las madres han sabido durante muchísimas generaciones que nada es comparable con la leche materna ya que provee enzimas y anticuerpos especialmente diseñados para proteger el tracto digestivo del bebé en forma ideal en nutrición, control del apetito, previniendo la obesidad⁶. Datos de Bangladesh indican que la lactancia materna prolongada protege contra la morbilidad por diarrea hasta el tercer año de vida, niños amamantados en forma exclusiva presentan una incidencia de 2 a 1 siendo 2 veces menor la causa de muerte en los alimentados con leche materna, si se relaciona con aquéllos alimentados con sustitutos de la leche materna⁵. La acentuación de las propagandas de los sucedáneos de la leche materna trae consecuencias devastadoras en la salud infantil². Ningún sustituto de leche materna existe. El tiempo total de succión también es esencial para la supresión de la ovulación; lo ideal es que no hayan intervalos largos entre las mamadas. es decir "lactancia materna a libre demanda" tanto de día como de noche. sin períodos de separación materno-infantil de más de 4 a 6 horas⁶.

La suplementación de agua se practica con la creencia de que ésta aumentaría la ingesta de líquido y de esta forma mejoraría el estado de hidratación. Sin embargo, recientes estudios sugieren que el esfuerzo que se hace para aumentar el consumo de líquido al ofrecer agua a bebés amamantados puede paradójicamente reducir la ingesta total de leche materna.

En un hospital de Filipinas, donde las madres reciben clases y consejería práctica sobre lactancia materna, donde se prohíbe la introducción y propaganda de sucedáneos de leche materna, se mostró que el 90% de los niños y niñas que son exclusivamente amamantados no tienen infección en ninguno de sus salones de Alojamiento Conjunto⁵.

Con el consumo de los primeros alimentos apropiados (alimentos de destete) deberá continuarse la lactancia materna hasta el segundo año de vida, o más, como factor contribuyente de seguridad de los niños de corta edad².

La lactancia materna como medio de planificación familiar optimiza el espaciamiento de los nacimientos que están asociados con una mejor condición nutricional y supervivencia de los niños de corta edad⁵. Obviamente la mujer debe poder predecir el retorno de su propia fertilidad, además la madre no requiere de alimentos o dietas especiales para producir cantidad y calidad adecuadas de leche⁶. Estudios en Africa demuestran que la ovulación retrasada y la abstinencia asociada con la lactancia materna reduce en un 33% la fecundidad máxima que los métodos existentes que garantizan un 5%⁵.

En nuestro país se han realizado varios estudios en diferentes departamentos para conocer técnicas, prácticas y la prevalencia de la lactancia materna.

En 1990, un estudio realizado en León, determinó que el patrón de lactancia materna en el área urbano-rural mostraba una curva de vida favorable y que el 42.6% de mujeres amamantaban⁷.

En 1993, en un estudio monográfico en San Fernando (Nueva Segovia), se encontró que el 96.3% de madres iniciaron lactancia materna y la mantuvieron por cuatro meses o más⁴.

En 1994 el 50% de madres daban el pecho materno a sus hijos menores de 1 año³.

En 1999 otro estudio hecho en dos barrios de Puerto Cabezas demostró que el 76% de madres poseían conocimientos inadecuados sobre lactancia materna, y que el 18.6% amamantaban a sus bebés aún cuando sus pezones se agrietaron.

En 1999 otro trabajo de monografía, realizado en León, determinó que el 35% de niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva y el 28.6% recibían leche materna y/o leche de vaca².

Haciendo una revisión del panorama de lactancia materna encontré que en Ciudad Darío no existen estudios que relacionen las prácticas y los conocimientos acerca de lactancia materna por lo que el propósito de mi trabajo es saber el grado de conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños menores de 2 años de edad en las comunidades de Ciudad Darío, además considero que es un problema de actualidad y el cual se debe mejorar.

OBJETIVOS

General:

Establecer los conocimientos y prácticas de lactancia materna de las madres en niños menores de 2 años en las comunidades de Ciudad Darío.

Específicos:

1. Establecer las características epidemiológicas de la población estudiada: edad, nivel académico, ocupación, estado civil, número de hijos.
2. Determinar los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 2 años acerca de lactancia materna según edad.
3. Establecer las prácticas acerca de la lactancia materna de las madres de niños menores de 2 años según edad.
4. Establecer las técnicas y duración de la lactancia materna de las madres de niños menores de 2 años.

MARCO TEORICO

El amamantamiento puede considerarse como el corazón del bebé por cuanto facilita el óptimo crecimiento y desarrollo, protege de la diarrea y de infecciones respiratorias graves, favorece el vínculo especial entre la madre y el hijo⁴.

Después de la Primera Guerra Mundial se realizaron los primeros esfuerzos para lograr un sustituto de la leche humana tales como mamila de hule, el creciente conocimiento sobre la nutrición humana, el seguimiento de nuevas tecnologías.

La revolución industrial de occidente del siglo XIX provocó un cambio repentino con el abandono de muchas madres de sus hogares en busca de trabajo por un salario¹⁹.

Actualmente existen otros factores que han incluido en las prácticas de alimentación tradicional, la migración del campo a las ciudades, el surgimiento de sustitutos lácteos, la agresiva comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

Al mismo tiempo, a medida que el sistema de familia extendido se rompe debido a problemas económicos y el desplazamiento de la población, muchas madres se ven privadas del apoyo y conocimiento de mujeres que tradicionalmente les habían enseñado las técnicas de lactancia materna.

El biberón se ha convertido en el símbolo de posición social para muchas mujeres ya que tienen la idea errónea de que amamantar perjudica la silueta, que las limita en sus actividades rutinarias.

La separación del bebé inmediatamente después del parto está sujeta a la alimentación del bebé a horas; falta de una buena promoción de la lactancia materna por parte del personal de salud²³.

Tipos de leche.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche de pretérmino.

Calostro: Es un líquido que llena las células alveolares desde el último trimestre del embarazo y es secretada durante los primeros 7 días después del parto, es de consistencia pegajosa y su intenso color amarillo indica una alta concentración de caroteno. Está formado principalmente por exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloruro de sodio y pequeña cantidad de lactosa, su densidad es alta y su volumen es de 2 a 20 mililitros por mamada. 54 kilocalorías %, 2.9 gramos % de grasa. 5.7% gramos de lactosa y 2.3% de proteínas¹⁵.

Leche de transición: Se produce entre el sexto y 21 días post-parto, se produce un aumento brusco de la producción de leche, la que aumenta progresivamente hasta alcanzar entre 600 y 700 ml. por día. La concentración de inmunoglobulinas y

proteínas totales disminuye, mientras que la grasa y lactosa aumentan, aumentando el contenido energético total hasta llegar a la leche madura¹⁵.

Leche madura: La leche madura (se produce después de 21 días post-parto) aporta un 70% de kilocalorías, su volumen es de 700-800 ml. por día durante los primeros 6 meses post-parto. La leche tiene una coloración azulada y se vuelve menos espesa; sus principales componentes son: agua, proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas¹⁵.

Leche de pretérmino: Se produce en madres con partos antes del término de la gestación y no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y ocasionalmente proteínas por lo que deben de ser suplementados con otros preparados llamados fortificados de la leche materna^{17, 21}. Las fórmulas comerciales diseñadas especialmente para niños pretérmino contienen cantidades enormes de calcio (75-170 mg./dl.) y fósforo (40-85 mg./dl.) para cubrir los requerimientos teóricos de estos minerales; las madres que tienen un parto pretérmino producen durante uno o más meses una leche con una composición mayor de proteínas, grasas y calorías, y menos de lactosa que la leche madura¹⁵. La lactoferrina y la IgA son más abundantes.

Composición de la leche materna madura en comparación con la leche de vaca: el agua constituye el 88% de la leche materna y su osmolaridad (286 miliosmol) es semejante al plasma; permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico a diferencia de la leche de vaca cuya mayor osmolaridad (350 miliosmol) provoca mayor carga renal en un período de la vida en que la función renal es inmadura⁷.

Proteínas: El contenido de proteínas en la leche humana es menor que la leche de vaca lo que evita una sobrecarga renal de nitrógeno (40% de caseína y 60% de proteína del suero)¹². La proteína dominante en la leche de vaca y ausente del suero en la leche humana es la beta-lactoalbúmina (que causa reacciones alérgicas).

Proteínas del suero: De estas últimas, la alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, lisozima, IgA, IgG, IgM. La lactoferrina participa en la absorción del hierro. La lisozima tiene propiedades bacteriolíticas y antiinflamatorias. La IgA protege la glándula mamaria contra infecciones, protegiendo además las mucosas del recién nacido^{23, 8}.

La taurina, aminoácido esencial para el prematuro, no está presente en la leche de vaca. La fenilalanina se encuentra en mayor cantidad en la leche de vaca por lo que si se le acumula puede llegar a ser tóxica para el recién nacido por no disponer de las enzimas suficientes²².

Hidratos de carbono: El principal es la lactosa que provee el 40% de energía y participa en la formación de galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central, facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus quien inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos intestinales¹⁵.

Grasas: El principal aporte energético (40% de kilocalorías) en el niño lo constituyen las grasas, además que como vehículo de vitaminas liposolubles A, D, E y K; los ácidos grasos de cadena larga son de gran importancia para el desarrollo del

sistema nervioso central y sólo se encuentran en la leche humana. La leche materna es absorbida más eficientemente que la leche de vaca debido a que las micelas son más pequeñas y las lipasas de su contenido va a depender del aporte dietético materno, siendo los principales los triglicéridos que constituyen el 98% y el resto el colesterol, fosfolípidos y ácidos grasos libres^{10, 22}.

Vitaminas: Liposolubles, hidrosolubles.

Las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) existen en la leche de vaca en poca cantidad, la vitamina A y E son escasas, la vitamina A no existe en la madre vegetariana por lo que al bebé se le suple de vitamina A¹⁵.

Las vitaminas hidrosolubles (ácido fólico, niacina, B₁, B₂, B₆, B₁₂ y vitamina C) se encuentran en la leche materna³. La cantidad de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche temprana en comparación con la leche madura.

Minerales: Contiene menos calcio y fósforo que la leche de vaca, pero la relación calcio fósforo es mayor, en 2:3. La leche humana contiene menos cantidad de iodo, cobre, cloro; la leche de vaca contiene demasiado sodio, que puede provocar hipernatremia (convulsiones, diarrea)^{12, 27}.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

Beneficios para el niño:

- La lactancia materna provee una nutrición óptima
- Se digiere más fácilmente y su composición varía según los requerimientos nutricionales del niño en crecimiento¹⁵.

- La leche materna es la primera inmunización, protege al niño contra agentes antibacterianos y antivirales, y ayuda a desarrollar su propio sistema inmune.
- La lactancia materna maximiza el potencial físico e intelectual del niño, niños prematuros alimentados con leche materna desarrollan un coeficiente intelectual mayor que los niños que no recibieron leche materna, y un mejor desarrollo dentomaxilar y facial¹⁵.
- La lactancia salva vidas: previene al niño de diarrea y enfermedades respiratorias¹⁵.
- La lactancia materna provee toda la seguridad alimentaria que necesita un niño menor de 6 meses.
- La lactancia desarrolla un vínculo entre la madre y el niño, ofrece beneficios fisiológicos y psicológicos a la madre y al niño, desarrolla vínculos emocionales y puede reducir la tasa de abandono infantil¹⁵.
- El crecimiento del niño exclusivamente amamantado hasta los 4 a 6 meses es normal, provee cantidades apropiadas de los elementos que más necesita el organismo humano en rápido crecimiento¹⁵.
- La flora intestinal del lactante alimentado con leche humana lo protege contra infecciones causadas por Escherichia coli.
- Diabetes: entre más tiempo un niño es amamantado menos tiende a ser diabético¹⁵.
- Los niños que fueron amamantados por lo menos 6 meses tienen menos riesgo de contraer cáncer antes de los 15 años que los niños que no son amamantados.
- Parásitos: niños amamantados 1 a 2 años con leche materna tienen una tasa de infección por parásitos del 20% y los no alimentados tienen una tasa de infección del 66%.

- Xeroftalmía (problemas de la vista): tienen más probabilidades de presentarla los que dejaron de ser amamantados antes de los 24 meses^{6, 15}.

Beneficios para la madre:

- El apego precoz establece un fuerte lazo afectivo entre madre e hijo y la lactancia como tal produce una satisfacción emocional a la madre¹¹.
- El estímulo de succión produce oxitocina destinada para la eyección de la leche que simultáneamente actúa sobre el útero, contrayéndolo para evitar sangrado y reducirlo a su tamaño previo⁷.
- La estimulación y el vaciamiento frecuentes de los pechos ayuda a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura^{7, 15}.
- Económico y práctico: Ahorra la compra de los implementos y el consumo de combustible para hervir el agua, el costo de los tarros o potes de leche, el azúcar, las vitaminas y muy importante las enfermedades, además ya está preparada y no tienen que esterilizar utensilios⁴.
- Espaciamiento de los embarazos por efecto de la inhibición de la secreción de la hormona folículo-estimulante por la prolactina⁴. La lactancia exclusiva posee efecto anticonceptivo, sin embargo se ha demostrado que el efecto de espaciamiento es "dosis-dependiente", esto es, a mayor succión, mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio²³, y se comienza a suministrar papilla después del sexto mes hacia adelante.
- Previene el cáncer de mama y de ovarios⁷.
- Cáncer: el riesgo de cáncer es mayor para una mujer premenopáusica que amamantó menos de un mes; este riesgo decrece progresivamente conforme es mayor la duración de la lactancia¹⁵.

POSICIONES PARA AMAMANTAR.

Posición del niño con la madre sentada:

Es la más común. Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda con un respaldo firme para apoyar bien la parte posterior del tórax, colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón²⁴.

Posición de sandía o de pelota:

En esta posición se ubicará al niño con su cuerpo rodeando la cintura de la madre, ésta sostiene la cabeza del niño con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo sostiene la espaldita del niño; la mano contraria ofrecerá el pecho. Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos y en caso de cesárea esta posición no presiona el abdomen.

Posición reversa:

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta, la otra mano sostiene la cabeza del niño; esto requiere de una almohada para ubicar el cuerpo del niño a la altura del pecho⁴.

Sentado frente a la madre:

El niño 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 niño con el antebrazo del lado que amamanta⁴.

Posición de caballito:

El nombre de caballito viene de que el niño se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna; la posición es vertical. 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. En el caso de que el niño sea hipotónico, la mano en forma de "C" sostiene el pecho pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del niño (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión²⁴.

Posición acostada, en decúbito lateral:

Es la posición más cómoda y ayuda a la madre a descansar mientras amamanta, el cuerpo del bebé sigue al cuerpo de la madre y están juntos abdomen con abdomen, así la madre ofrece el pecho del lado en que está acostada⁴.

RAZONES MÉDICAS ACEPTABLES PARA SUPLEMENTACIÓN.

1. Recién nacido con enfermedades severas o aquellas que necesitan cirugía estarán en una unidad de cuidados especiales. Su alimentación no deberá generalizarse⁶.
2. A los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menos de 1000 gramos) se asume que también se les ofrecerá cuidados especiales⁶.

3. Errores innatos del metabolismo (galactosemia, fenilcetonuria) raramente son diagnosticadas durante las primeras semanas de vida y raramente deberían ser una indicación para iniciar una alimentación alternativa durante esta etapa⁶.
4. Para los recién nacidos con riesgo de hipoglicemia, el amamantamiento temprano o las tomas frecuentes de leche materna son preferibles a la administración de glucosados⁶.
5. Los recién nacidos con pérdidas excesivas de agua, por ejemplo: fototerapia, necesitan líquidos adicionales solamente si la ingesta incrementada de leche materna no fuera suficiente para corregir este estado⁶.
6. Si la madre está recibiendo drogas antitiroideas, citotóxicos o radiaciones, no debe dar leche materna.
7. En caso de presentarse enfermedad materna severa (eclampsia, shock) se debe administrar temporalmente una alimentación alternativa al bebé, y se restablece la lactancia materna tan pronto sea posible⁶.

Los niños pequeños deben ser amamantados frecuentemente.

El niño debe ser amamantado frecuentemente, día y noche⁸. Darle el seno frecuentemente, es necesario porque:

- El estómago de un bebé es pequeño y sólo puede recibir una cantidad limitada de leche materna a la vez.

- La leche materna se adapta perfectamente al bebé, esto quiere decir que se digiere más rápidamente y más fácilmente que otros alimentos y el bebé necesita alimentarse con más frecuencia.

A un niño se le debe dar el seno materno de 8 a 12 veces en 24 horas y alrededor de 10 a 20 minutos en cada seno⁹.

Extracción de la leche materna.

- Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza o un plato hondo.
- Lávelo con agua y jabón.
- Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjelo 5 minutos. Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche.
- Lave sus manos, coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída.
- Si el pecho está duro y doloroso, inclínese hacia adelante y con mucha delicadeza empiece a tocar la piel del pecho, primero en las áreas más lejanas del pezón tratando de detectar los sitios más sensibles y los más duros, tratando de disminuir la dureza con un masaje circular muy suave en estas áreas^{22, 24}. Una vez que esté blando vaya acercándose a la areola. en este momento empieza a gotear la leche.
- Coloque su mano en forma de "C", el dedo pulgar sobre la parte superior de la areola y el dedo índice por debajo de ella, presione con el pulgar y el índice para adentro dirigiéndose hacia la parte del tórax, las costillas, de esta manera aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho, posteriormente haga un movimiento de rotación, presione sobre los senos lactíferos como cuando le

toman huella digital y comience a presionar y soltar, presione y suelte. Al comienzo puede que no salga leche pero después goteará y luego observará que en la mayoría de los casos hay chorros como si fuera una regadera pudiendo llegar muy lejos en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo. Cambie la posición de los dedos y cambie de pezón siguiendo el orden de las manecillas del reloj para que drenen los senos lactíferos con eficiencia¹⁵.

TIPOS DE PEZONES.

El examen de los pezones debe realizarse en las primeras visitas de las embarazadas a su control prenatal para establecer si son adecuados para su función o necesitan un tratamiento de adaptación⁴.

Los pezones llamados protráctiles (salientes) no requieren corrección. Los pezones que necesitan corrección (en un tercio de las mujeres) son los planos o pequeños y los retráctiles (se retraen dentro de la mama al pinzar la areola)⁴.

Pezones pequeño o planos.

En este tipo de pezón la madre puede tener dificultades al inicio del amamantamiento y deben poner atención muy especial en la forma en que comprime sus pechos y la areola entre 2 dedos para proporcionar al bebé la mayor cantidad de pezón posible para que pueda mamar sin dificultad²⁴.

Pezones muy largos.

Los pezones muy largos pueden producir dificultades en la alimentación cuando el bebé es muy pequeño, el bebé succiona solamente de la punta de él y no coloca nada de areola dentro de la boca por lo que la lengua no puede presionar los senos lactíferos contra el paladar y no se obtiene suficiente leche^{15, 24}.

Correcciones de pezones planos o pequeños y retráctiles.

- Desde el sexto mes del embarazo puede realizarse dos veces al día durante 5 minutos.
- Poner un dedo a cada lado del pezón y estirar la piel de la areola en la dirección a los lados del pezón, repetir el movimiento varias veces⁴.
- Lubricar índice y pulgar con una pizca de lanolina hidratada (o aceite vegetal o mineral) y sujetando la base del pezón, rotar los dedos como dando cuerda a un reloj, el masaje se completa estirando el pezón y traccionando hacia adelante. Repetir este ejercicio 1, 2, 3 veces al día⁴.

GRIETAS DEL PEZÓN.

Son fisuras que aparecen en el pezón debido a succión y machacado, siempre en el mismo sitio y debido a una inadecuada posición al dar de mamar en las primeras semanas⁴.

Se pueden ubicar en la base o en la punta del mismo, son muy dolorosas y pueden sangrar⁴.

Prevención.

- Poner al niño a mamar en posición correcta.
- Variar las posiciones para amamantar.
- Evitar el vacío cuando se retira el niño del pecho.

Tratamiento.

- Aplicación local de hielo.
- Ablandar la costra con agua tibia antes de cada mamada y removerla con suavidad.
- Aplicar la propia leche en la grieta después de cada mamada.
- Exponer el pezón al aire todo lo que se pueda y al sol unos 20 minutos por día. La leche humana tiene vitaminas A y E, y con factor de crecimiento epidérmico que aceleran la cicatrización⁴.
- Iniciar la mamada en el pecho sano o menos doloroso y asegurar una posición correcta mamá-bebé.
- Si la grieta está en la punta, colocar al bebé con los labios paralelos a aquellos.
- Si la grieta está en la base, colocar al bebé con el mentón del lado contrario a aquéllas⁴.
- Disminuir la duración y aumentar la frecuencia de las mamadas.
- Si la grieta sangra o duele en exceso, pueden suspenderse momentáneamente las mamadas de ese pecho, sacándose la leche para darla al bebé con gotero⁴.

Conocimientos para una buena producción de leche.

- Colocar calor húmedo en las mamas 3 a 5 minutos antes de amamantar.
- Masaje de las mamas antes y durante las mamadas.

- Estimular suavemente el pezón y areola.
- Amamantar o extraer la leche con frecuencia de 8 a 12 veces en 24 horas.
- Técnicas de relajación al amamantar o extraer la leche.
- Extraer leche entre mamadas.
- Comer una dieta nutritiva.
- Satisfacer la sed (madre) cada vez que amamante o se extrae leche.
- No perder más de 2 a 4 libras (1 kilogramo) al mes.
- Evitar succiones no nutritivas como chupetes o agua.
- Despertar al niño para amamantar, aún en la noche.
- Aumentar frecuencia de mamadas¹⁵.

Factores que influyen en la poca producción de leche.

1. Separación de madre e hijo.
2. Limitar el tiempo de mamadas, menos de 8 mamadas en 24 horas.
3. Colocar al bebé en mala posición al mamar.
4. Inhibición del reflejo de eyección.
5. Dar suplementos de agua y fórmula.
6. Estrés.
7. Cirugía mamaria.
8. Rutinas de alimentación.
9. Poca nutrición.
10. Poca motivación.
11. Medicamentos (Metoclopramida).
12. Largos períodos de espera entre mamadas.

13. Se le están dando al niño otros alimentos o líquidos aparte de la leche materna, antes del bebé cumplir los 6 meses¹⁵.

Cómo saber la madre si su bebé está mamando en la posición correcta.

1. Su cuerpo está pegado al cuerpo de la mamá.
2. La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
3. La boca está completamente abierta y los labios se ven evertidos.
4. La mayor parte de la areola o toda ella está escondida en la boca del bebé.
5. El niño da chupadas grandes y despaciosas.
6. El niño está relajado, la madre no siente dolor en los pezones¹⁵.

Cómo saber si un bebé está tomando suficiente leche.

1. Mientras le da el seno escucha que el bebé traga.
2. Sus pechos se sentirán llenos antes de dar el seno y suaves después.
3. El bebé miccionará por lo menos 6 veces en un período de 24 horas.
4. El bebé defecará bien una vez al día o varias veces en el día y en la noche.
5. El bebé aumentará de 18 a 30 gramos por día, lo cual será 125 a 210 gramos por semana (de 4 a 7 onzas por semana)¹⁵.

La lactancia materna no debe ser simbólica en la que se da primordialmente como consuelo para el niño ya que tiene buen aporte nutritivo.

Lactancia materna exclusiva.

Es aquella en que no se da ningún alimento líquido o sólido y en la que el niño es alimentado con frecuencia sin limitaciones de tiempo^{6,7}.

Destete.

Es el proceso por el cual la madre y el niño aprenden respectivamente a dar y recibir comida, el cual se recomienda que se inicie a partir del sexto mes⁴.

Diez pasos para una lactancia materna exitosa.

1. Tener normas escritas sobre lactancia materna que sean conocidas por todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal para facilitar la aplicación de las normas.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia natural y la forma para ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres la forma de amamantar al niño y cómo mantener la lactancia aún cuando tenga que separarse de él.
6. Dar a los recién nacidos sólo leche materna sin otro alimento o bebida, a no ser que estén indicados por el médico.
7. Facilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Incentivar a la madre para que dé el pecho cada vez que su niño lo pida.
9. No dar a los niños mamaderas ni chupetas.
10. Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que éstos tengan contacto con las madres al salir del hospital⁹.

Hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud: Amigos de la Niñez y de la Madre.

A través de cambios de actitudes, conocimientos y prácticas del personal de salud, que laboran en estas instituciones, considerándose líder en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, sustituyendo mitos modernos, informaciones inadecuadas, existen en nuestro país 10 Hospitales, 4 Centros de Salud, 10 Puestos de Salud Amigos de la Niñez y de la Madre, donde el departamento de Boaco ocupa el primer lugar en el cumplimiento de los 10 pasos de una lactancia materna exitosa, tanto a nivel hospitalario, Centro de Salud y Puesto de Salud⁵.

Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud
Regional Santiago	Ramón Toledo, de Boaco	Embajada
José Nieborowski	Ramón Guillén, Boaco	Calamidad
Fernando Vélez Paiz	C/S de Camoapa	Pochote
Oscar Danilo Rosales	Pedro Altamirano ^{2, 21}	Boaco Viejo
Bernardino Díaz Ochoa		El Paraíso
Manuel de Jesús Rivera		Yula Saca
Mauricio Abdalah		Tierna Azul
Bertha Calderón		Santa Elisa
Camilo Ortega Saavedra		Sor Buena Ventura ²¹
Regional de Jinotepe		Las Lagunas

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO: Correspondió a las 14 comunidades de Ciudad Darío, que asisten a la unidad de salud "El Prado" (Puesto de Salud)

POBLACION DE ESTUDIO: Fueron las madres de niños o niñas menores de 2 años de las comunidades de Ciudad Darío.

Ciudad Darío es ciudad histórica, cabecera del municipio del mismo nombre, es uno de los 13 municipios del departamento de Matagalpa. Junto con Sébaco y San Isidro se encuentra en el amplio valle de Sébaco donde se producen productos tropicales. Sus límites son: al Norte el municipio de Sébaco(departamento de Matagalpa), al Sur el departamento de Managua, al Este el municipio de Sébaco y el departamento de Boaco, al Oeste el departamento de León. El municipio tiene una superficie de 806 Km². y se encuentra a 433 metros de altura sobre el nivel del mar; la población municipal es de 37.273 habitantes y su cabecera (Ciudad Darío) tiene 3.981 habitantes.

UNIVERSO: Correspondió a 180 madres de niños o niñas menores de 2 años de la localidad antes mencionada.

MUESTREO: Fueron de 125 madres lo cual fue obtenido del universo de las madres de niños y niñas menores de 2 años mediante la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

con un coeficiente (Z) de confiabilidad del 95% (1,96); un valor de la característica de la población del 50% (por no conocerse la incidencia de los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna) ($P = 50\% = 0.5$); un complemento de $q = 0.5$; una precisión con error del 5% (d) y una población de estudio de aproximadamente 180 madres de niños y niñas menores de 2 años (N).

FUENTE DE RECOLECCION DE LA INFORMACION: Fue primaria, a través de una encuesta realizada a las madres en estudio, previo permiso de éstas.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- 1.- Se les visitó en la comunidad y se les solicitó permiso para entrevistarlas en dicha encuesta, previa explicación de los motivos de la investigación.
- 2.- Se llenaron las fichas (formularios) elaboradas previamente mediante la entrevista.
3. Se realizó la entrevista.

PLAN DE ANÁLISIS:

1. Se hizo llenado de las fichas.
2. Los datos recogidos se introdujeron en el programa Epi-Info 6.02 creando de esta manera una base de datos.
3. Se realizó la lectura y análisis de los datos estadísticos encontrados.
4. Se elaboraron tablas de frecuencia para el análisis de los resultados.
5. Los análisis se hicieron univariados y bivariados.

VARIABLES Y DESCRIPCIÓN:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad.	< 19 años 19 - 24-años 25 - 34 años > 34 años
Estado Civil	Situación conyugal actual.	Casada Unión libre Soltera
Ocupación	Tipo de trabajo a que se dedica la madre.	Ama de casa Doméstica Técnica Profesional Otra
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la madre.	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Técnica Universitaria Otro
Paridad	Es el número total de hijos que la mamá tiene.	1 hijo 2 hijos 3 hijos >3 hijos
Recibió información sobre lactancia materna?	Determinación de la madre acerca de haber recibido o no charlas o conversaciones sobre lactancia materna.	Sí No



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR
De quién la recibió?	Persona profesional o particular de quien recibió la información de lactancia materna.	Médico Enfermera Familiar Otro
En dónde la recibió?	Lugar donde le impartieron la información acerca de lactancia materna.	Centro de Salud Puesto de Salud Hospital Consulta Privada Otro lugar
Entendió usted la información que le dieron?	Grado de comprensión de parte de la madre al impartirle la información.	Sí No Poco
Cómo considera usted la información recibida?	Valoración de parte de la madre de la eficacia de la información.	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
Por qué?	Explicación de la valoración considerada por la madre.	Lo que exprese la madre
Sabe usted que dando el pecho materno puede hacer que su niño o niña esté sano o sana?	Grado de conocimiento acerca de los efectos que obtendría su niño o niña al darle el pecho materno.	Sí No Poco sabe
Daría usted el pecho materno si sus pezones se le agrietan?	Decisión de la madre de dar el pecho ante la posibilidad de tener agrietamiento de sus pezones.	Sí No No sabe
Qué haría usted como tratamiento si sus pezones se le agrietan?	Tratamiento que haría la madre si presenta pezones agrietados.	Con ungüento o aceite Con leche materna Iría al médico No haría nada No contestó pregunta

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR
Qué debe hacer para mantener una buena producción de leche?	Conocimiento que consideró que sería necesario para mantener una producción adecuada de leche materna.	Que niño mame frecuente Tomar suficiente cantidad de agua Alimentarse adecuadamente No sabe
Le explicaron a usted la manera de cómo extraerse su leche en caso de que trabaje o se ausente por algunas horas de su niño o niña?	Conocimiento de información acerca de cómo hacerse extracción de leche para dejarle a su niño o niña para la próxima toma en que ella no esté.	Sí No Poco
A qué edad comenzó a darle alimentos diferentes de la leche?	Edad en que se le dio alimentos diferentes a cualquier leche.	Edad en meses
A qué edad comenzó a darle otra clase de leche, diferente a la leche materna?	Edad en que le adicionó otra leche además del pecho materno.	Edad en meses
A qué edad dejó de darle pecho a su niño o niña?	Edad en que ya no le siguió dando el pecho materno.	Edad en meses
Por qué?	Causa expresada por la madre por la cual no le siguió dando el pecho materno.	Su niño o niña no se llenaba Se le secó la leche Por enfermedad suya Por enfermedad de su niño o niña Rechazó el pecho Otra razón?
Me podría decir qué ventajas cree usted que tiene su niño o niña al recibir el pecho materno?	Conocimiento acerca del provecho que su niño o niña obtiene al darle el pecho materno.	Protege Nutre Planifica Da Afecto No sabe No contestó
Cuántos meses tiene su niño o niña?	Edad en meses que tiene la niña o niño.	Número en meses.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR
Le da el pecho actualmente a su niño o niña?	Si actualmente está dando pecho materno a su niño o niña.	Sí No
Le da otro alimento además del pecho materno?	Alimento adicional que le da a su niño o niña además del pecho materno.	Sí No A veces
Por qué?	Motivo por el cual ella adiciona otro alimento a su niño o niña.	No se llena con pecho materno Porque necesita otro alimento Otro motivo.
Podría mostrarme la forma correcta de ponerse al niño a mamar?:	Demostración de la práctica que tiene de amamantar a su niño o niña.	Tradicional Acostada Forma de sandía Otra forma
Podría demostrarme la forma en que se extraería la leche para que después se le de a su niño o niña?	Explicación de la forma de extracción de la leche materna para dejarle al niño o niña en su ausencia.	No sabe Sabe
Demostración:	Forma en que haría la extracción de leche materna.	Forma Correcta Forma Incorrecta
Cuántas veces le da de mamar a su niño o niña durante el día?	Frecuencia con que da el pecho materno en 24 horas.	Cada vez que lo desee Cada ½ a 1 hora Cada 2 a 3 horas Cada 4 a 5 horas Otro
Cuánto tiempo tarda dándole de mamar cada vez	Tiempo que tarda dando el pecho materno expresado en minutos.	10 minutos 15 minutos 20 minutos Más de 20 minutos

RESULTADOS

RESULTADOS

En los hallazgos encontrados en mi estudio tenemos los siguientes:

El grupo de edad materna más frecuentemente encontrado fue el de las mujeres jóvenes (de 19 a 24 años) con 33.6%, continuándole en menor frecuencia los grupos mayores de 34 años (29.6%) y de 25 a 34 años (28.8%). Las adolescentes fueron el 8.0% (cuadro 1).

Con relación a las características epidemiológicas, el estado civil más frecuente fue el de las solteras (41.6%) siguiéndole en orden el de las acompañadas (31.2%) y el de las casadas (27.2%). La ocupación mayor fue en las de amas de casa (82.4%) y muy poco las de ocupación técnica (9.6%) y el de trabajadoras domésticas (2.4%). El mayor nivel de escolaridad lo constituyeron las alfabetizadas (31.2%) y las de preparación primaria (30.4%) siguiéndoles en orden las analfabetas (28.8%) y las de educación secundaria (9.6%). La mayor paridad estuvo constituida por madres con más de 3 hijos (34.4%) siguiéndole las de 2 hijos (28.8%), de 1 hijo (23.2%) y de 3 hijos (13.6%) (cuadro 2).

De la información acerca de lactancia materna que se le impartió a las madres de niños menores de 2 años, el 87.2% la recibió, no la recibió el 12.8%. El personal que más impartió la información mediante charlas a las madres fueron las enfermeras (84.4%) siguiéndoles en orden los médicos (68.8%) y los familiares (32.1%). El lugar donde más se dio la información fue en el Puesto de Salud (68.8%), después el Centro de Salud (39.4%), en el Hospital (27.5%) y en la consulta privada (1.8%) (cuadro 3).

Acerca del conocimiento que tienen las madres para mantener una buena producción de leche, fueron del mayor orden la alimentación adecuada a la madre (53.6%) y la toma o ingesta de suficiente cantidad de agua (52.8%), el amamantamiento continuo (12.8%) fue del menor dominio de las madres (cuadro 4).

El conocimiento que tienen las madres acerca del beneficio que su niño obtiene al darle el pecho materno, la mayoría consideró que la leche materna lo protege contra diversas enfermedades (86.4%), mientras que otra opinión fue de que el niño recibía buena nutrición (64.0%); que ayudaba a la planificación familiar fue otra opinión (8.0%); después fueron quienes dieron la opinión del afecto madre-hijo (2.4%) (cuadro 5).

Con relación a los conocimientos que las madres tienen acerca de la forma de extraerse la leche materna para que se le dé a su hijo cuando ella se ausente, el 50.4% de madres sabían de esto. Las madres del grupo de edad de 19 a 24 años tuvo 41.3% siguiéndole en frecuencia el de madres jóvenes adultas, de 25 a 34 años (30.2%). Y en lo que se refiere a la práctica de la extracción de la leche materna, el 34.4% logró demostrar cómo se hacía; el grupo materno que lo pudo demostrar fue el de 25 a 34 años de edad (44.2%) y después el grupo de 19 a 24 años (30.2%) (cuadro 6).

De las 125 madres del estudio, el 82.4% daba de mamar a sus niños al momento de realizar la encuesta; de éstos, el 25.2% eran niños menores de 6 meses, el 43.7% tenía de 6 a 11 meses, y el 31.1% de 12 a 23 meses de edad. De los que no recibían el pecho materno, el 27.3% eran niños menores de 6 meses.

Con relación al número de veces que daban de mamar a sus niños, el 33.0% de las madres mantenía la disposición de dar el pecho materno cada vez que el niño lo deseara aunque estuviera en el segundo año de edad (24.2%); le daban cada 2 a 3 horas a menores de 6 meses (28.6%), a los de 6 a 11 meses (52.4%) y a los de 12 a

23 meses (19.0%); y cada 4 a 5 horas le daban a sus niños mayores o de 12 a 23 meses (51.2%), a los de 6 a 11 meses (21.4%) y a los menores de 6 meses (21.4%). El tiempo que tardaban dando el pecho cada vez, el 31.1% dijo que le daban por más de 20 minutos en cada mamada, el 25.2% que 15 minutos y el 28.2% le daban 20 minutos; el 15.5% le daba durante 10 minutos. Con relación a los niños que tardaban más de 20 minutos en cada mamada, el 21.9% eran menores de 6 meses, el 56.2% de 6 a 11 meses y el 21.9% de 1 año (cuadro 7).

Con relación a las diferentes posiciones que las madres conocen para dar de mamar a sus niños, el 100% mencionó que la posición tradicional, el 8.8% dijo además que utilizaban la posición acostada y el 3.2% la posición cruzada o de sandía (cuadro 8).

La edad en que las madres dieron alimento diferente de la leche a sus niños osciló entre 0 (días después de nacidos) y 7 meses; una madre (0.8%) dio otra clase de alimentos antes del mes de edad, el 46.4% lo inició entre el cuarto y quinto meses de edad. Antes del sexto mes el 63.2% dio otro alimento diferente a la leche.

La edad en que dio otra clase de leche diferente de la leche materna tuvo variaciones entre menores de 1 mes de edad hasta los 8 meses: el 11.2% daba otra leche antes de los 4 meses, el 32.0% estaba dando otra clase de leche antes de los 6 meses de edad. El 14.4% no le daba más que el pecho materno al momento de la encuesta.

Del total de las madres que habían dejado de dar el pecho a sus niños, 22 (17.6%), el 27.3% dejó de darlo a los 2 meses de edad y el 63.5% a los 6 meses (cuadro 9).

Las causas por las que estas madres dejaron de dar el pecho materno lo atribuyeron a que se les secó la leche (22.7%), otras que por enfermedad del niño (18.2%) o de la madre (13.6%); también porque el niño no se llenaba, porque éste rechazó el pecho o porque la madre trabajaba fuera del hogar (13.6% cada uno) (cuadro 10).

Las madres que daban otro alimento además del pecho materno fueron 81.6%; de éstas las causas fueron porque el niño no se llenaba sólo con el pecho (69.0%), otras dijeron que para que aprenda a comer (11.9%), para acostumbrarlo a otra comida (8.3%) o porque necesita otro alimento (7.1%) (cuadro 11).

En el caso de que si los pezones se le agrietaban, el 64.0% dijo que seguiría dando el pecho, el 32.8% no lo haría y un 3.2% dijo no saber si daría el pecho. Y como manejo en el caso de los pezones agrietados, el 39.2% dijo que se aplicarían ungüentos o aceites, el 9.6% aplicaría leche materna, el 23.2% iría a atención médica, el 16.8% no haría nada y el 5.6% dijo no saber qué haría (cuadro 12).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el grupo de adolescentes fue poco frecuente (8.0%) siendo ligeramente mayor que el grupo de adolescentes del estudio realizado en Jinotepe (6.7%)¹¹, mientras que los otros tres grupos de edades resultaron con valores muy similares entre sí, obteniendo las edades 19 a 24 años un 33.6%, siendo mayor que el obtenido en Puerto Cabezas (25.2%)²² (cuadro 1).

La mayoría de las madres eran solteras (41.6%), este resultado es mayor que el observado en Puerto Cabezas (25.2%)²², las madres acompañadas (31.2%) resultaron ligeramente menor que dicho estudio (38.5%)²².

La ocupación de la mayoría de madres encuestadas era de amas de casa (82.4%), coincidiendo ligeramente con el estudio de Puerto Cabezas (72.7%). Las trabajadoras domésticas y las técnicas resultaron con un porcentaje menor (2.3% y 9.6% respectivamente) que ese mismo estudio (6.9 y 12.3%)²².

Con respecto a la escolaridad de las madres encuestadas, el 28.8% eran analfabetas siendo ligeramente mayor que el estudio de San Fernando (26.3%)¹¹ y muy superior que los estudios de dos barrios de Puerto Cabezas (4.8%)¹ y de Jinotepe (7.6%)²². En las escolaridades de alfabetizadas y de educación primaria obtuvieron un 61.6%, muy superior al obtenido en Jinotepe (51.2%)¹ y Puerto Cabezas (39.3%)²².

Con respecto a la paridad, el 34.4% de madres tenían más de tres hijos, lo que es muy inferior a lo obtenido en dos barrios de Puerto Cabezas (58.9%)²² (cuadro 2).

Con relación a las madres que recibieron información acerca de lactancia materna, éstas fueron 87.2%, siendo la fuente de información mayor las enfermeras (84.4%) lo cual es discretamente mayor que en el estudio de Puerto Cabezas (74.7%)²², mientras que la información impartida por médicos (68.8%) difiere grandemente con el estudio realizado en Puerto Cabezas (9.1%)²². Esto puede reflejarnos que los médicos han adquirido mayor participación en la docencia hacia la población. Las enfermeras, por estar más en contacto con la población, han mantenido siempre la comunicación y conocimiento sobre lactancia materna, y actualmente ellas han alcanzado el límite superior con las actuales promociones de lactancia materna.

El lugar donde se impartió mayormente la información correspondió a los Puestos de Salud seguido por el Centro de Salud, otro lugar lo fue con 12.8%. La mayoría de Puestos de Salud están bajo el cargo de enfermeras las cuales han mostrado mayor interés en la promoción de lactancia materna a las madres, a pesar de que existe mayor cantidad de personal de salud en los Centros de Salud y en el Hospital.

La mayoría de madres encuestadas refieren que para mantener una buena producción de leche materna es tomar suficiente cantidad de agua o líquidos y alimentarse adecuadamente.

Según conocimientos de las madres acerca de los beneficios que obtiene su niño al recibir la lactancia materna, la respuesta de que la leche materna lo protege contra enfermedades fue superior al estudio realizado en Puerto Cabezas (53.5%)²² y San Fernando (54.4%)¹¹; también nos indica el éxito que ha tenido la promoción de la lactancia materna y la aplicación de ésta por parte de las madres.

Otros de los beneficios que consideraron las madres es el de la nutrición en el cual coincide con San Fernando (62.5%)¹¹ y es superior al estudio efectuado en Puerto Cabezas (52.2%)²². Esto sugiere que las madres tienen un conocimiento innato acerca de las cualidades de la lactancia materna sobre la nutrición del niño, porque se observa que hay poca diferencia con respecto a los otros estudios (cuadro 5).

El 50.4% de madres expresaron tener conocimiento acerca de cómo extraerse la leche materna, de éstos el grupo de edad de madres jóvenes (19 a 24 años) obtuvo el mayor porcentaje siguiendo en frecuencia el grupo de adultas jóvenes (25 a 34 años)}, sin embargo sólo el 34.4% logró demostrar cómo se extraería la leche y de éstos el grupo de edad de 25 a 34 años pudo realizar la demostración; esto de hacer la demostración se puede deber al pudor que tienen las mujeres para demostrar cómo se hace la extracción, o bien la captación de las charlas impartidas por parte de las madres no fue suficientemente (cuadro 6).

Al momento de la encuesta el 82.4% de madres estaban dando de mamar y de éstas el 43.7% de niños comprendía en las edades de 6 a 11 meses. Es notorio observar que el 27.3% de madres no daban el pecho materno a los niños menores de 6 meses, debido a la situación económica de las madres que optaba por ir a trabajar, además de ser madres solteras.

El 40.8% de madres amamantaban cada 2 a 3 horas a sus niños, o sea de 8 a 12 veces por día, recibéndolo de esta manera el 81.0% menores de un año. El 32.0% le daba el pecho materno cuando lo deseaban sus bebés, aunque esto se refleja muy poco a los niños menores de 6 meses con un 24.2%.

El 31.1% de madres amamantaban a sus hijos por más de 20 minutos encontrándose en una mayor frecuencia en las edades de 6 a 11 meses (56.2%), a los menores de 6 meses correspondió un 21.9%. Es de notar que las madres mencionadas

a sus hijos menores de 6 meses, 18 les daban de amamantar menos tiempo del requerido que es de 20 minutos (12.5%) (cuadro 7).

En relación a la posición adoptada para amamantar, el 100% de las madres demostró que fue la posición sentada o tradicional, coincidiendo con el estudio de Puerto Cabezas (97.0%)²² y mayor que el de Jinotepe (54.2%), teniendo en cuenta que la lactancia materna es uno de los comportamientos aprendidos por la mujer. Por tanto el medio que la rodea tiene gran influencia y es importante ver cómo la afluencia de la información, publicidad y disponibilidad de alternativas para la alimentación del niño les llega y lo aplican, lo que indica que estos valores son más tradicionales que de conocimientos adquiridos (cuadro 8).

El 63.2% de madres iniciaron la ablactación antes de los 6 meses de edad siendo algunos de ellos en los 3 primeros meses de edad, esto puede deberse a las creencias o errores que las madres tienen acerca de la alimentación de sus hijos. El 59.0% de los niños que no recibían el pecho materno dejaron de recibirlo en los primeros 6 meses de edad, habiendo algunos niños que no recibieron la lactancia materna desde el nacimiento (cuadro 9).

El 18.2% de madres dejaron de dar el pecho materno por enfermedad del niño, este resultado es un poco mayor que los obtenidos en San Fernando (10.0%)¹¹ y Puerto Cabezas (5.5%)²². El 22.7% dejó de dar el pecho porque se le secó la leche. Con relación a que no se llenaba con el pecho, por enfermedad materna, porque rechazó el pecho y por trabajo fuera del hogar, fueron el 13.6% cada uno (cuadro 10).

El 81.6% de madres que dieron pecho materno iniciaron alimento diferente de la leche materna entre las edades de 0 a 8 meses de edad (cuadro 9) especificando como principal causa que el niño no se llenaba (69.0%).

El 11.9% dijo que era para que aprendieran a comer. Es de hacer notar que las madres iniciaron la ablactación antes del tiempo estipulado, no cumpliendo ellas en sí con la lactancia materna exclusiva para su bebé (cuadro 11).

El 64.0% de madres refirieron que continuarían dando el pecho materno aunque sus pezones se agrietaran, este resultado es mayor que el obtenido en Puerto Cabezas (18.6%)²²; revelando de esta forma la disposición de dar el pecho materno en estas circunstancias por las recomendaciones que tenían de las charlas de lactancia materna; con relación a las medidas que adoptarían en el caso que tuvieran grietas en el pezón la mayoría refirió que aplicarían unguento o aceites (39.2%) y solamente el 9.6% aplicaría leche materna siendo este resultado mayor al de Puerto Cabezas donde el 6.3% aplicarían cremas y ninguno se aplicaría leche materno; el 23.2% dijo que buscaría ayuda médica, lo que es mayor al obtenido en Puerto Cabezas (13.8%), lo cual implica que hay poco conocimiento para el manejo del agrietamiento de los pezones (cuadro 12).

CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas de las madres encuestadas en las comunidades de Ciudad Darío fueron las siguientes:

- 1.- El grupo de adolescentes fue poco frecuente, la mayoría de las madres resultaron ser solteras y amas de casa, en donde las trabajadoras domésticas y técnicas resultaron ser un grupo pequeño.
- 2.- La mayoría era analfabeta, el segundo lugar lo ocupaban las madres alfabetizadas; en relación a la paridad, fue más frecuente encontrar madres con más de tres hijos.
- 3.- La mayor parte de las madres recibieron información de lactancia materna por parte de las enfermeras las cuales ocuparon el primer lugar seguido de los médicos.
- 4.- Los Puestos de Salud fueron los lugares donde se impartieron más las charlas sobre lactancia materna.
- 5.- Alimentarse adecuadamente fue la opinión que la mayoría de madres consideraron para mantener una buena producción de leche materna.
6. Como beneficios que el niño tendría al ser amamantados dijeron que era protección contra enfermedades.
- 7.- En cuanto a las prácticas de extracción de leche materna, mostraron mayor conocimiento en esto las madres jóvenes, siguiéndoles las adultas jóvenes.

- 8.- Al momento de la encuesta, la mayoría de madres estaban dando de amamantar.
- 9.- Las madres amamantaban a sus niños en su mayoría cada 2 a 3 horas y de 8 a 12 veces al día. El tiempo que le daban era de más de 20 minutos.
- 10.- La posición sentada o tradicional era la más conocida por las madres para amamantar a sus niños.
- 11.- La ablactación la iniciaron las madres antes de los 6 meses de edad a su hijo.
- 12.- En su mayoría no le dieron lactancia materna exclusiva a sus niños.
- 13.- Dejaron de dar el pecho materno a sus hijos por que se les secó la leche principalmente.
- 14.- Los dos tercios de madres dijeron que darían el pecho materno si tuvieran agrietamiento de sus pezones, y como tratamiento utilizarían unguento o aceites.

RECOMENDACIONES

Que en Ciudad Darío se continúen implementando las charlas de lactancia materna y se refuercen con la finalidad de:

1. Informar más a las madres sobre cuándo introducir alimentación complementaria.
2. Dar a conocer a las madres las diferentes posiciones que existen para amamantar y en qué casos utilizarlas.
3. Que todo el personal de salud participe en la educación continua sobre lactancia materna tanto a nivel hospitalario, atención primaria en salud y centros privados existentes en Ciudad Darío.
4. La orientación de lactancia materna que sea brindada tanto por enfermera como por los médicos desde los diferentes programas dedicados a la mujer.
5. Una vez impartida la charla sobre lactancia materna, que se realice una valoración o auditoriaje entre la audición para comprobar lo aprendido o captado por parte de las madres.
6. Supervisar la metodología empleada en las charlas que se impartan a las madres.
7. Brindar información completa a las madres y explicarles cómo aumentar la producción de leche materna.

BIBLIOGRAFIA

1. Altamirano Montes, Rosa Bertha; Arauz González, Edyta Carolina; Salas Ruiz, Damaris Isabel. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en puérperas de la zona urbana y rural de Jinotepe y Santa Teresa. 1995.
2. Alvarez R., Omayma et al. Comportamiento de la lactancia materna en el casco urbano de Puerto Cabezas. Monografía. Escuela de Enfermería, Puerto Cabezas, Nicaragua. 1994.
3. Arrietos, Ramiro; Chavioto, Joaquín. Lactancia materna: análisis crítico. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1983.
4. Becca, Varely, Carlos. Módulo para capacitación para lactancia materna. Serie Paltex. N° 20. 1990.
5. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Informe de Evaluación. Iniciativa Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre. Well Start, noviembre 1994.
6. Convenio de Cooperación. Indicaciones médicas para ofrecer suplementos en adición a lactancia materna o en lugares de ella según O.M.S. Well Start, junio 1996.
7. Chavarría Espinoza, Bra. Judith María; Díaz Callejas, Bra. Tania Irela; Galo Vargas, Bra. Marcela Vanessa. Lactancia natural y estado nutricional en niños menores de dos años en el municipio de León, en los meses de septiembre-octubre de 1998. 1999.

8. Declaración de Innocenti. Sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Florencia (Italia). Agosto, 1990.
9. Development Associates, Inc. Fundamentos de la lactancia materna. República Dominicana.
10. Elvir Markwitz, Ida Ana. Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna en madres del barrio de Sutiaba. León, 1994.
11. García Vallejos, Br. José Isabel; Flores Sáenz, Br. José Hermógenes. Lactancia materna en el municipio de San Fernando, Nueva Segovia. 1993. León, Nicaragua.
12. Hamash, Margit, Phdy Paúl Hamash. Bioquímica e Inmunología de madre a hijo a través de la leche materna. Washington, D,C, marzo, 1992.
13. Helsing, Elizabeth, Savage King, Felicity. Guía práctica para una buena lactancia. Editorial pae. México, quinta edición. Arc 1980.
14. Kirzinger, Sheila. Educadora infantil. experta en Lactancia Materna. Milk Action. Reino Unido. 1989.
15. Lactancia Materna. Taller para capacitadores. SII.AIS. Matagalpa. Agosto 5 y 6 de 1999.
16. Pérez Escamilla, Rafael; Dewey Kuthryne. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. Patrón de lactancia natural en América Latina y el Caribe. (Lilacs).

17. Programa educativo del manejo de la lactancia. Ictericia y lactancia. Junio, 1996.
18. Rueda Mendoza, Pedro. Patrón de lactancia materna, área urbana-rural. León, 1990.
19. Sachdu H.P.S., Jyoti Krissa, Puri R.K., Satyanarayan L., Kumu Shivithelarcet. Suplementación de agua en niños alimentados exclusivamente al pecho. Vol. 337, N° 8747. 1991.
20. Sandino, Ivette. Lactancia materna en Nicaragua. UNICEF, 1997.
21. Scheilhor, Valdés, Verónica. Técnicas de la lactancia materna para profesionales de la salud. Santiago, Chile. 1999.
22. Taylor Tórrez, James; Rocha López, Teresa. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en dos barrios de Puerto Cabezas, en 1999. Puerto Cabezas, Nicaragua, 1999.
23. Técnicas y Prácticas de Lactancia Materna. SILAIS, Matagalpa. 1999.
24. Valdés, Verónica. Pediatría de Chile. Fondos de Well Start. USAID. Leche humana para niños pretérminos. Junio. 1996.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVESTIGACIÓN

Conocimientos y prácticas de lactancia materna de las madres de niños menores de dos años en las comunidades de Ciudad Darío en los meses de mayo y junio del 2000.

ENCUESTA

Fecha: ____/____/2000.

Ficha N°: ____/____/____

I.- Datos Generales:

1. Cuántos años cumplidos tiene usted?: _____
2. Estado civil: usted vive sola [___], acompañada [___] o está casada [___] ?
3. En qué trabaja o a qué se dedica?: _____
- 4.Cuál es su último grado aprobado?: _____
5. Cuántos hijos tiene?: _____

II.- Nivel de Conocimiento:

1. Recibió información sobre lactancia materna?: Sí [___] No [___]
De quién la recibió?: médico [___], enfermera [___], familiar [___], otro [___]
2. En dónde la recibió?:
Centro de Salud [___] Puesto de Salud [___] Hospital [___]
Consultorio Privado [___] Otro lugar [___]
3. Entendió usted la información que le dieron?: Sí [___] No [___] Poco [___]
4. Cómo considera usted la información recibida?:
Excelente [___] Muy buena [___] Buena [___] Regular [___] Mala [___]
Por qué?: _____
5. Sabe usted que dando el pecho materno puede hacer que su niño o niña esté sano o sana?:
Sí [___] No [___] Poco sabe [___]

6. Daria usted el pecho materno si sus pezones se le agrietan?:
 Sí No No sabe
7. Qué haría usted como tratamiento si sus pezones se le agrietan?: _____

8. Qué debe hacer para mantener una buena producción de leche?: _____

9. Le explicaron a usted la manera de cómo extraerse su leche en caso de que trabaje o se ausente por algunas horas de su niño o niña?:
 Sí No Poco
10. Me podría decir qué ventajas cree usted que tiene su niño o niña al recibir el pecho materno?: _____

III.- Práctica:

1. Cuántos meses tiene su niño o niña?: _____
2. Le da el pecho actualmente a su niño o niña?: Sí No
3. Le da otro alimento además del pecho materno?: Sí No
4. Por qué?: _____
5. A qué edad comenzó a darle alimentos diferentes de la leche?: _____
6. A qué edad comenzó a darle otra clase de leche, diferente a la leche materna?: _____
7. A qué edad dejó de darle pecho a su niño o niña?: _____
8. Por qué?:
 Su niño o niña no se llenaba Se le secó la leche
 Por enfermedad suya Por enfermedad de su niño o niña
 Rechazó el pecho Otra razón?: _____
9. Podría mostrarme la forma correcta de ponerse al niño a mamar?:
 Tradicional Acostada Forma de sandía (cruzada)
 Otra forma: _____
10. Podría demostrarme la forma en que se extraería la leche para que después se le dé a su niño o niña?:
 No sabe Sabe
11. Demostración: Forma: Correcta Incorrecta
12. Cuántas veces le da de mamar a su niño o niña durante el día?: _____
13. Cuánto tiempo tarda dándole de mamar cada vez?: _____

Cuadro 1.- Frecuencia de los grupos de edades de las madres de niños menores de 2 años según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Dario.

Grupos de edad	Frecuencia	
	Nº	%
< 19 años	10	8.0
19 - 24 años	42	33.6
25 - 34 años	36	28.8
> 34 años	37	29.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 2.- Frecuencia de las características epidemiológicas del estado civil, ocupación, escolaridad y paridad de las madres de los niños menores de 2 años en las comunidades de Ciudad Darío.

Características Epidemiológicas		Frecuencia	
		Nº	%
Estado Civil:	Soltera	52	41.6
	Acompañada	39	31.2
	Casada	34	27.2
Ocupación:	Ama de casa	103	82.4
	Trabajadora doméstica	3	2.4
	Técnica	12	9.6
	Otra no estable	7	5.6
Escolaridad:	Analfabeta	36	28.8
	Alfabetizada	39	31.2
	Primaria	38	30.4
	Secundaria	12	9.6
Paridad:	1 hijo	29	23.2
	2 hijos	36	28.8
	3 hijos	17	13.6
	3 hijos	43	34.4
TOTAL		125	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 3.- Frecuencia de las madres que recibieron información acerca de lactancia materna, personal que se las transmitió y lugar donde se realizó esta información impartida a las madres de las comunidades de Ciudad Darío, acerca de lo que debían de conocer y poner en práctica de la lactancia materna con sus niños.

Recibieron la información:		(n = 125)	
	Nº	%	
Sí	109	87.2	
No	16	12.8	

Personal que transmitió la información:		(n = 109)	
	Nº	%	
Médico	75	68.8	
Enfermera	92	84.4	
Familiar	35	32.1	

Lugar donde les fue transmitida la información:		(n = 109)	
	Nº	%	
Centro de Salud	43	39.4	
Puesto de Salud	75	68.8	
Hospital	30	27.5	
Consulta Privada	2	1.8	
Otro lugar	14	12.8	

Fuente: Primaria.

Cuadro 4.- Conocimiento que las madres encuestadas tienen para mantener una buena producción de leche materna según estudio realizado en las comunidades de Ciudad Darío.

Conocimiento de las madres para mantener buena producción de leche materna	Frecuencia (n=125)	
	Nº	%
Amamantamiento continuo	16	12.8
Tomar suficiente agua	66	52.8
Alimentarse adecuadamente	67	53.6

Fuente: Primaria.

Cuadro 5.- Conocimiento acerca del provecho o beneficio que su niño o niña obtiene al darle el pecho materno las madres de las comunidades de Ciudad Darío..

Beneficio que se obtiene de dar el pecho materno	Frecuencia (n=125)	
	Nº	%
Lo protege contra enfermedades	108	86.4
Lo nutre	80	64.0
Ayuda a planificar los hijos	10	8.0
Da afecto entre madre-hijo	3	2.4
No sabe	5	4.0
No contestó	4	3.2

Fuente: Primaria.

Cuadro 6.- Conocimientos y prácticas que las madres de niños menores de 2 años tienen acerca de la extracción de leche del pecho materno en las comunidades de Ciudad Dario.

Variables	Grupos de edad materna (años)				TOTAL	
	< 19 %	19 - 24 %	25 - 34 %	> 34 %	Nº	%
Conocimiento acerca de la extracción de leche materna						
Sí	6.3	41.3	30.2	22.2	63	50.4
No	9.7	25.8	27.4	37.1	62	49.6
Demostración acerca de la extracción de la leche materna						
Lo hizo bien	7.0	30.2	44.2	18.6	43	34.4
No lo hizo bien	8.5	35.4	20.7	35.4	82	65.6
TOTAL	7.3	33.9	29.0	29.8	125	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 7.- Relación entre los grupos de edades maternas de las madres de niños menores de 2 años en las comunidades de Ciudad Darío con el número de veces que da de mamar en el día y el tiempo que tarda con cada mamada.

VARIABLES	Grupos de edad del niño (meses)			TOTAL	
	28 d. - 5 meses %	6 - 11 meses %	12 - 23 meses %	Nº	%
Actualmente da de mamar					
Sí	25.2	43.7	31.1	103	82.4
No	27.3	40.9	31.8	22	17.6
Veces que da de mamar durante el día.					
Cuando lo desea	24.2	51.6	24.2	33	32.0
Cada 2 - 3 horas	28.6	52.4	19.0	42	40.8
Cada 4 - 5 horas	21.4	21.4	57.2	28	27.2
Tiempo que tarda dando de mamar cada vez					
10 minutos	12.5	43.8	43.8	16	15.5
15 minutos	34.6	42.3	23.1	26	25.2
20 minutos	27.6	31.0	41.4	29	28.2
> 20 minutos	21.9	56.2	21.9	32	31.1
TOTAL	25.2	43.7	31.1	103	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 8.- Relación de las diferentes posiciones que las madres de niños menores de 2 años conocen y han utilizado para dar de mamar a sus niños y los grupos de edades maternas, según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Darío.

Demostración de la posición para darle de mamar el pecho materno al niño	Grupo de edades maternas (años)				TOTAL	
	< 19 %	19 - 24 %	25 - 34 %	> 34 %	Nº	%
Tradicional	8.1	34.8	28.6	28.6	112	89.6
Tradicional y Acostada	11.1	22.2	22.2	44.4	9	7.2
Tradicional y Cruzada	0.0	50.0	50.0	0.0	2	1.6
Tradicional, Acostada y Cruzada	0.0	0.0	50.0	50.0	2	1.6
TOTAL	8.0	33.6	28.8	29.6	125	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 9.- Frecuencia de los diferentes alimentos que recibió el niño, según su edad, de parte de su madre según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Dario.

Edad del niño o niña (meses)	Edad en que se dio alimento diferente de la leche			Edad en que comenzó a darle otra clase de leche diferente de la materna			Edad en que dejó de dar el pecho materno	
	Nº	%	% ac.	Nº	%	% ac.	Nº	%
0	1	0.8	0.8	2	1.6	1.6	2	9.1
1	2	1.6	2.4	2	1.6	3.2	2	9.1
2	3	2.4	4.8	5	4.0	7.2	6	27.3
3	15	12.0	16.8	5	4.0	11.2	1	4.5
4	26	20.8	37.6	14	11.2	22.4	1	4.5
5	32	25.6	63.2	12	9.6	32.0	1	4.5
6	18	14.4	77.6	13	10.4	42.4	1	4.5
7	6	4.8	82.4	4	3.2	45.6	---	---
8	---	---	---	4	3.2	48.8	3	13.6
9	---	---	---	---	---	---	---	---
10	---	---	---	---	---	---	2	9.1
>10	---	---	---	---	---	---	3	13.6
No le da	17	13.6	96.0	18	14.4	63.2	---	---
No contestó	5	4.0	100.0	46	36.8	100.0	---	---
TOTAL	125		100.0	125		100.0	22	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 10.- Causas por las que las madres de niños menores de 2 años dejaron de dar el pecho materno según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Darío.

Por qué dejó de dar el pecho materno?	Frecuencia	
	Nº	%
No se llenaba	3	13.6
Se le secó la leche	5	22.7
Por enfermedad materna	3	13.6
Por enfermedad del niño	4	18.2
Rechazó el pecho materno	3	13.6
Trabajo fuera del hogar	3	13.6
Otra razón	1	4.5
TOTAL	22	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 11.- Causas por las que las madres de niños menores de 2 años daban otro alimento además de dar el pecho materno, según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Dario.

Variables	Frecuencia	
	Nº	%
Le da otro alimento además de leche materna?		
Sí	84	81.6
No	19	18.4
	103	
Por qué le da otro alimento?		
Porque no se llena	58	69.0
Porque necesita otro alimento	6	7.1
Porque tiene que trabajar	1	1.2
Para que aprenda a comer	10	11.9
Porque no produce mucha leche	2	2.4
Para acostumbrarlo a otra comida	7	8.3
TOTAL	84	100.0

Fuente: Primaria.

Cuadro 12.- Frecuencia de las variables de si daría el pecho materno en caso de que los pezones se le agrietan y qué harían en caso de que esto suceda a las madres de niños menores de 2 años según conocimientos y prácticas acerca de lactancia materna en las comunidades de Ciudad Darío.

Variables	Frecuencia	
	Nº	%
Darí el pecho materno si sus pezones se agrietan?		
Sí	80	64.0
No	41	32.8
No sabe	4	3.2
Qué haría usted como tratamiento si sus pezones se agrietan?		
Aplicaría unguento o aceite	49	39.2
Aplicaría leche materna	12	9.6
Iría al médico	29	23.2
No haría nada	21	16.8
No sabe qué haría	7	5.6
No contestó esta pregunta	7	5.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Primaria.

