

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina



Tesis para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía General

Caracterización del conocimiento, prácticas y factores asociados de lactancia materna en puérperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo agosto-septiembre del 2020

Autores:

Bra. Paola Saray Blandón
Bra. Paola Indiana Varela Mondragón

Tutor:

Carlos Fernando Montes Mondragón
Docente de farmacología
SAN-UNAN León

León, Diciembre del 2020

¡A la Libertad por la Universidad

Dedicatoria:

A Dios quien supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y nos desmallar en los problemas que presentábamos, enseñándonos a encarar las adversidades.

A nuestros padres por habernos forjado como las personas que somos en la actualidad; muchos de nuestros logros se los debemos a ustedes entre los que se incluye este. Nos formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos, gracias padres.

Agradecimientos:

A Dios por la oportunidad de existir, la inspiración y curiosidad que nos permitieron llevar a cabo el presente estudio.

A nuestras familias Blandón y Varela Mondragón, a mi futuro esposo Sánchez y amiga Solís Morales, por sus esfuerzos y apoyo incondicional cada día para alcanzar nuestras metas y realizar esta investigación.

A nuestro tutor Dr. Montes y asesor metodológico Dr. Blanco, por su tiempo y dedicación al guiarnos e instruirnos en la realización de nuestra tesis y por confiar en nuestras capacidades a lo largo de nuestros años de estudio en la facultad.

A la facultad de ciencias Médicas UNAN- León por ser nuestra casa de estudio que por medio de nuestros docentes es fuente de conocimiento en el área de la salud y la investigación.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS

León, 6 de octubre del 2020.

MSc Nubia Meza
Vicedecana
Facultad de Ciencias Médicas

Estimada Maestra Meza,

Doy fe de haber revisado acuciosamente el presente trabajo titulado “Caracterización del conocimiento, prácticas y factores asociados de lactancia materna en puérperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo agosto-septiembre del 2020”, realizado por los Bres. Paola Saray Blandón y Paola Indiana Varela Mondragón. Por esto, lo doy por aprobado para su defensa en calidad de Tesis monográfica para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Sin más, aprovecho para saludarle y desearle que el Señor la colme de Bendiciones.

Atentamente,

Carlos Fernando Montes Mondragón
Docente de farmacología
SAN-UNAN León
Tutor de la Monografía

Glosario

LME: Lactancia materna exclusiva

LM: Lactancia materna

Resumen

Se realizó un estudio de corte trasversal, descriptivo y correlacional, para caracterizar el conocimiento, prácticas y factores asociados de lactancia materna en puérperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo agosto-septiembre del 2020. La población de estudio fueron 200 pacientes puérperas ingresadas en la sala de UMI del HEODRA. Se realizó cálculo de muestra mediante un software EPI INFO, en la que se incluyeron pacientes hospitalizadas durante el periodo de estudio y que aceptaron participar. Se utilizó información primaria y secundaria, se introdujo a una base de datos en SPSS 25. Se calcularon frecuencias y medidas de tendencia central y el valor de p mediante la prueba de X^2 . Resultados: Las pacientes se encuentran entre los 14 y 44 años de edad, con una media de 25.6 ± 7 años. La procedencia principalmente urbana (55%), escolaridad tuvo una distribución heterogénea. Observamos que la mitad (48%) de las pacientes tienen un conocimiento inadecuado sobre LM y solo un 20% un nivel adecuado. El 63.2% de prácticas eran adecuadas para la lactancia materna. Los factores asociados al bajo conocimiento de lactancia materna fueron adolescencia, nuliparidad, desempleo, nivel socioeconómico bajo y la falta de consejería sobre lactancia materna. **Conclusiones:** El conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en bajo y con prácticas adecuadas, asociados a factores sociodemográficos y a la falta de consejería.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, conocimientos, prácticas,

ÍNDICE

ÍNDICE	VII
Introducción	1
Antecedentes.....	3
Justificación	6
Planteamiento Del Problema	5
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
Diseño Metodológico.....	23
Resultados.....	31
Conocimientos sobre lactancia materna.....	33
Prácticas de lactancia materna.....	35
Factores asociados a los niveles de conocimientos de lactancia materna	37
Discusión	40
Referencias Bibliográficas.....	45
Anexos	50

Introducción

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas de intervención mundial.^(1, 2)

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

La Lactancia Materna es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la LME durante los primeros seis meses de vida.⁽³⁾

Las tasas de mortalidad infantil varían de país a país. Las causas son variadas pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentados artificialmente, es de tres a cuatro veces mayor que para los niños alimentados al seno materno.⁽⁴⁾

La elevada tasa de fecundidad, desnutrición y las enfermedades infecciosas, junto con la urbanización e incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil.⁽⁴⁾

Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que

la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

En Nicaragua, se han realizado algunos estudios descriptivos sobre la lactancia materna en donde se han identificado bajo conocimiento y prácticas, pero no se han estudiado los factores que contribuyen con el inicio temprano de la LM y los que se relacionan al mantenimiento de ésta hasta los 6 meses de edad.^(5, 6)

En el país se han interesado desde hace varios años en promover la práctica de Lactancia Materna. Estudios sobre nutrición han indicado que los porcentajes de mujeres que inician la Lactancia Materna han venido aumentando poco a poco, en los últimos años. UNICEF Nicaragua ha señalado la mejoría de estado nutricional en los niños menores de 1 año y por otro lado la calidad de vida del lactante ha venido fortaleciéndose.⁽⁷⁾

En este estudio se describe los conocimientos y prácticas de lactancia materna, así como los factores asociados en mujeres puérperas del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”.

Antecedentes

La alimentación del niño lactante es un área clave para mejorar la supervivencia infantil, promover el crecimiento y desarrollo saludable; es de vital importancia el reconocimiento de la lactancia materna como única irremplazable para cubrir las necesidades del lactante.

La mayoría de los estudios publicados internacionalmente muestran que en los países en vías de desarrollo existen un bajo conocimiento sobre los conceptos LME y que las practicas tienen algunas deficiencias, generándose de manera inadecuada en un porcentaje de las madres gestantes. Los autores no describe alguna causa de estos resultados, limitándose a describirlos. ^(8, 9, 10)

En Colombia determinaron que el 85.5% de las primigestas conoce la importancia de la lactancia materna exclusiva, el 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello.⁽⁸⁾

En el 2017 se realizó una investigación en Perú en un grupo de pacientes gestantes que acuden a control prenatal. El 65% tenía un buen conocimiento, pero no había correspondencia con las prácticas en donde 61% eran inadecuadas y un 87% de las mujeres tenían actitudes no adecuadas sobre la lactancia materna.⁽⁹⁾

Respecto a la iniciación de la lactancia materna en España reportó que un 12% de las madres no iniciaron LM de inmediato, debiéndose principalmente a decisión materna (29%), dificultades del inicio de la LM (28,6%) y problemas de salud maternos (27,3%).⁽¹⁰⁾

En Nicaragua se han realizado estudios tipo CAP acerca la Lactancia materna, los cuales se han limitado a diseños descriptivos o cuali-cuantitativos. En el 2014 en un grupo de mujeres puérperas en donde el 95% recibió información sobre la lactancia materna, de las cuales un 55% tenía un buen conocimiento. Solo el 16.6% dio lactancia hasta los 2 años.⁽¹¹⁾ Un año después otros autores encontraron un

conocimiento bueno en 70.7%, con actitudes favorables en el 66% y malas prácticas en el 68.6% de las puérperas. En el 2018 se realizó un estudio en pacientes puérperas encontrando que el 52% tuvieron conocimiento bueno, un 95% una actitud favorable y unas 75 prácticas adecuadas⁽¹²⁾ a pesar de tener otros estudios, los mismos presentan información de similar contenido, los cuales son difíciles de extrapolar a otras poblaciones.

Relacionado al inicio de la lactancia materna tras el parto, se publicó en 2018 un estudio en el cual se valoraba la relación entre el parto vía cesárea con el inicio y mantenimiento de lactancia materna. La tasa de iniciación temprana fue del 68.8% y la de lactancia materna exclusiva durante 6 meses fue del 12.7%. El modo de parto no se asoció significativamente con el inicio temprano o lactancia materna exclusiva, sino que se asoció negativamente con la alimentación prelacteal.⁽¹³⁾ No se encontraron resultados en revistas indexadas, que estudien el inicio de lactancia materna por la vía de parto vaginal.

Planteamiento Del Problema

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses está presente aproximadamente en 60% de los casos. No es dada a un alto porcentaje de niños en los cuales la leche materna es esencial para un adecuado desarrollo y crecimiento. Este suceso además lleva a mayor riesgo de enfermedades infecciosas respiratorias y digestivas.^(14, 15)

Este problema afecta principalmente a las madres adolescentes de bajo nivel cultural y de bajo nivel socioeconómico.⁽¹⁶⁾

Hay disponible información sobre los factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna en los que se han mencionado la bajo producción de leche, el trabajo materno, la falta de apoyo familiar y el bajo conocimiento acerca la lactancia materna exclusiva.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Relacionado a las prácticas de LM observada en algunos estudios se ha expuesto una mala técnica de lactancia y problemas de oclusión, pero no está descrito los factores que contribuyen a este problema en nuestra población.^(20, 21)

Se han realizado diversas intervenciones resultado de las recomendaciones de estudios previos ⁽²²⁾, pero aún el problema continúa, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento, prácticas y factores asociados a lactancia materna en puérperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo Agosto-Septiembre del 2020?

Justificación

La lactancia materna es uno de los temas de mayor interés para muchas organizaciones y el estudio de los problemas asociados al incumplimiento de ella ha sido promovido por la OMS desde hace años.

De manera local no contamos con datos actualizados sobre el inicio de la lactancia materna tras el nacimiento y como estos depende el conocimiento de las pacientes, por lo que nuestro estudio trae nuevos datos de nuestra población.

Al investigar sobre lactancia materna y aportar nuevos conocimientos, se contribuye que se garantice esta práctica en nuestros hospitales, al detectar las deficiencias y problemas en donde se puede intervenir, beneficiando a la madre y al neonato.

Los resultados del estudio son de gran importancia ya que el trabajador de la salud debe promover y fomentar la lactancia materna de manera integral desde el primer contacto de la paciente con la unidad de salud. También son de gran utilidad a las madres asistentes al programa de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD) porque contribuyen a la práctica adecuada de la lactancia materna.

Objetivos

Describir el conocimiento, las prácticas y los factores asociados al nivel de lactancia materna en puérperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo Agosto-Septiembre del 2020.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y antecedentes perinatales de la población a estudio.
2. Caracterizar los conocimientos de lactancia materna exclusiva en la población estudio
3. Describir las prácticas de la lactancia materna en las mujeres puérperas a estudiar.
4. Identificar los factores asociados al nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva.

Marco Teórico

La lactancia materna exclusiva (LME) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la alimentación que proviene de la leche de la madre o nodriza, sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, independientemente de la administración de vitaminas y medicamentos, recomendándose su empleo en países en desarrollo mínimo durante los primeros 6 meses (180 días), de tal manera que la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se fijaron como meta que al año 2005 al menos 50% de las madres amamantaran a sus hijos hasta esa edad y que se prolongara hasta los dos años de vida .⁽¹⁾

La Alimentación complementaria es definida como el método que se empieza cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales niño, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria aceptado, es desde los 6 meses a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería seguir más allá de los dos años.⁽¹⁾

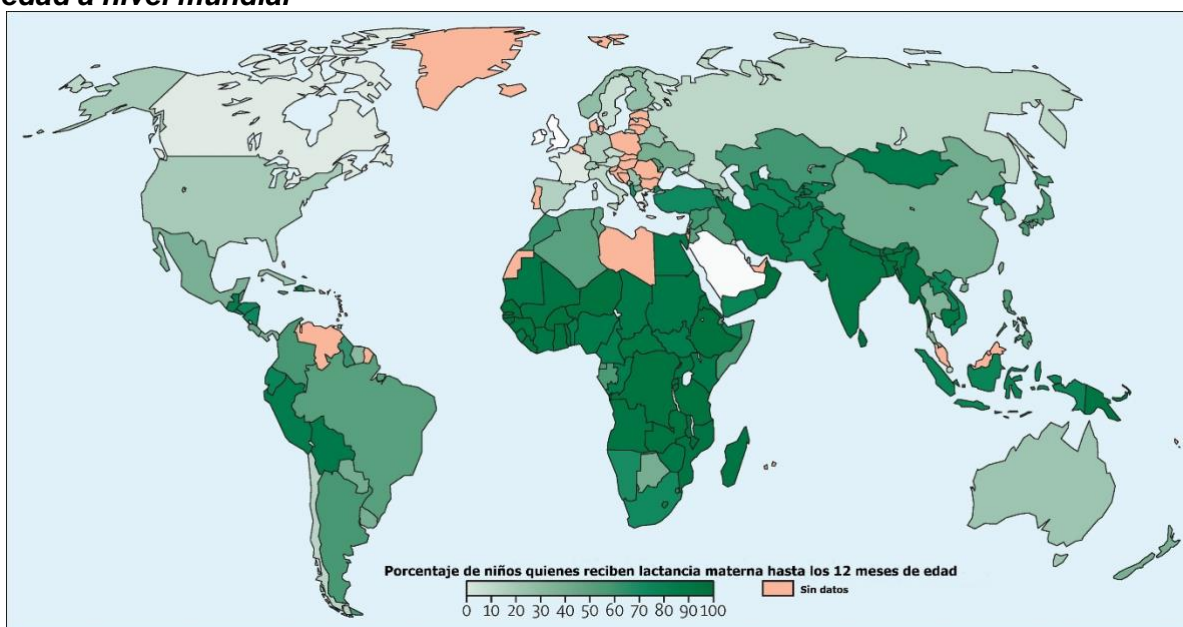
1. Situación actual de lactancia materna en distintas poblaciones

La prevalencia de LME reportada en diferentes estudios es variada en España; la prevalencia de LME y lactancia materna fue del 77,6 y del 88%, respectivamente ⁽²³⁾; la lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue del 25,4%, y la lactancia materna a los 2 años, del 7,7%, en Brasil de 32.5% de LME. En 2005, Venezuela reportó la prevalencia de abandono de lactancia materna a los seis meses en el 69.12%.⁽²⁴⁾

En Etiopía un estudio reportó que el 73.1% inicio lactancia materna desde el nacimiento, el 98.1% realizo lactancia materna alguna vez y el 88.9% practicó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses ⁽²⁵⁾, así mismo en Bangladesh la prevalencia de LME es de 64%⁽¹⁵⁾, en cambio un estudio en Teherán obtuvo una frecuencia de LME de 31.2%, el cual es inferior a la media mundial. ⁽²⁶⁾

La revista The Lancet publicó un metaanálisis, el cual reporta los resultados que la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses es más alta en el África subsahariana, el sur de Asia y partes de América Latina. En la mayoría de los países de altos ingresos, la prevalencia es inferior al 20%. Se observan diferencias importantes, por ejemplo, entre el Reino Unido (<1%) y los Estados Unidos (27%), y entre Noruega (35%) y Suecia (16%). Véase figura. ⁽²⁷⁾

Figura 1. Porcentaje de niños que reciben lactancia materna hasta los 12 meses de edad a nivel mundial



Tomado y adaptado The Lancet: Breastfeeding in the 21st century⁽²⁷⁾

La lactancia de inicio temprano (lactancia en la primera hora postparto) es otro indicador tomado en cuenta, ya que disminuye la mortalidad neonatal. La prevalencia mundial es de un 57.6%, con una variación de 17.7% a 98.4%. Esta estimula la producción de leche materna, aporta anticuerpos al recién nacido y reduce la hemorragia postparto y su práctica determina el establecimiento exitoso y una mayor duración de la lactancia materna. ⁽²⁸⁾

En Nicaragua según ENDESA 2007 ⁽⁷⁾, el 31% de los niños recibía lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Los datos de ENDESA 2011 revelan que el promedio a nivel nacional de amamantamiento total es de 19 meses, siendo la duración de la lactancia exclusiva (solo pecho) de 2 meses y la predominante (solo

pecho o pecho y agua u otros líquidos, pero no otros tipos de leche) es de 3 meses. Por área de residencia son los niños del área rural quienes lactan más que los del área urbana con diferencias de un mes tanto para la lactancia total (19.2 vs. 18.3) como la exclusiva (2.6 vs 1.6) y de más de un mes en la predominante (3.8 vs. 2.4). Las estimaciones por departamento dan cuenta de que solamente los niños de Managua (18 meses), Río San Juan, Estelí y Boaco (16 meses los tres), la RAAS (14 meses) y Chontales con el menor del país (12 meses), están por debajo del promedio nacional, siendo en Matagalpa y Rivas (20 meses en ambos), Carazo (22 meses), Chinandega (23 meses) y Madriz con el promedio más alto del país (24 meses) donde se amamantan más tiempo a los niños, el resto de departamentos se ubican en el promedio nacional (19 meses).⁽⁷⁾

Actualmente la población nicaragüense presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición, de modo que la desnutrición infantil crónica produce retardo en el crecimiento afectando 21.7% a la población menor de 5 años, de igual modo se observa en este grupo de edad la prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias constituyendo un 29% de tasa de mortalidad infantil siendo uno de los problemas de prioridad para el Ministerio de Salud.

Es por ello la necesidad de recuperar la implementación de la lactancia materna como estrategia primordial reconocida por su alto potencial de mejorar la salud pública. El fomento de la lactancia exclusiva requiere de un trabajo largo y sostenido no solo de las madres, sino de toda la nación. La promoción de la lactancia materna comprende un amplio espectro de programas y actividades en variados ámbitos educativos, comunitarios, gubernamentales no gubernamentales. Una actividad necesaria es establecer el grado de conocimientos que las madres puedan tener respecto a la lactancia natural.⁽²⁹⁾

La LME es la forma natural de alimentación de los humanos, que proporciona al recién nacido, el alimento correcto para su crecimiento y desarrollo.⁽³⁰⁾

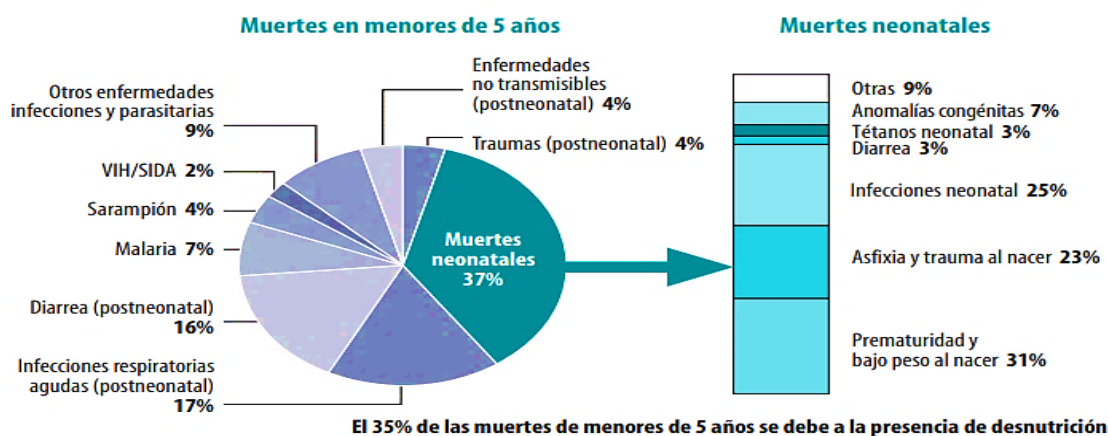
El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. ⁽³¹⁾

La organización mundial de la salud (OMS), recomienda la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe iniciar en la primera hora de vida. Se recomienda que la lactancia materna exclusiva sea durante los primeros 6 meses de vida. Así mismo que a partir de los 6 meses de edad, la lactancia materna debe mantenerse junto a la introducción de alimentos complementaria al menos hasta los dos primeros años de vidas ⁽¹⁾

2. Conocimiento de lactancia materna exclusiva. Bases teóricas

El conocimiento adecuado para lactar a los recién nacidos, se encuentra entre los procedimientos más efectivos para la mejora de la salud de los niños. En el año 2018, se estimó un total de 9,5 millones de muertes de las cuales 1/3 de estas sucedieron en menores de 5 años de vida relacionadas a mala alimentación. Las deficiencias nutricionales en las infancias han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. ⁽¹⁾

Figura 2. Principales causas de muerte en recién nacidos y menores de cinco años en el mundo



Fuentes: Organización Mundial de la Salud. *La carga mundial de la enfermedad (The global burden of disease): actualización 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 2008; Black R et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008, 371:243–260.

La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance un buen desarrollo para el crecimiento y que sea más bajo. El elevado número de niños desnutridos en una población tiene consecuencias en el desarrollo del país. Por lo tanto, las consecuencias funcionales globales de la desnutrición son enorme.

2.1 Consecuencias de la falta de lactancia materna

Mortalidad elevada

Se estima que los procedimientos inadecuados de lactancia materna, sobre todo la lactancia materna no exclusiva durante el periodo que corresponde a los 6 meses de vida, produce 1,4 millones de fallecimientos y el 10% de enfermedades entre los niños menores de cinco años. Un estudio ecológico en Latinoamérica que comparó las tasas de mortalidad durante el primer año de vida, reveló que aproximadamente un 14% de la mortalidad infantil por toda causa pudo ser evitada por la LME durante al menos los primeros tres meses de vida y por la LM parcial para el primer año de vida del niño.⁽³²⁾

Alteración de la cavidad oral

El uso de biberón interfiere con la maduración de las funciones orales a medida que el niño crece. Existe mayor riesgo de presentar deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultades de la fonoarticulación, y una alteración de la postura corporal. Una revisión publicó que la LM estaba asociada con un 68% de reducción de riesgo de desarrollar maloclusión. Un estudio realizado en Italia expuso además que el amamantar tiene un efecto positivo en el desarrollo de mordida cruzada posterior en la dentición temporal.⁽³³⁾ En una revisión sistémica se mostró que los niños amamantados presentaron menos caries que aquellos usaron mamadera.⁽³⁴⁾

Alteración de la flora intestinal

La microbiota intestinal juega un rol nutritivo, metabólico, inmunológico y de protección. Se inicia a partir del parto, la lactancia y luego por factores externos. El tipo de alimentación, influye directamente en la composición de la microbiota intestinal. Los niños alimentados con LME presentan una flora intestinal más estable y uniforme de ésta, comparados con aquellos alimentados con fórmula, y aún pequeñas cantidades de suplementación alimentaria. Esto tiene implicancias a futuro, ya que la microbiota adquirida en la etapa de lactante es crítica para determinar la respuesta inmune y la tolerancia a alimentos durante el resto de la vida. ⁽³⁵⁾

2.2 Beneficios de la lactancia materna

Hoy en día se conoce sobre los diferentes beneficios que brinda el amamantamiento, tanto para el niño(a), madre, familia y sociedad.

Beneficios para el niño lactante:

La lactancia materna aporta beneficios a corto, mediano y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, protege del niño frente a una variedad de enfermedades agudas y crónicas. Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben lactancia materna tienen de 6 a 10 veces más riesgo de morir durante los primeros meses de vida, en comparación con los niños que son alimentados con LM. Muchas de estas muertes son causadas por neumonía y diarrea, que son más frecuentes y tienen mayor severidad, entre los niños que son alimentados de manera artificial. ⁽³⁶⁾

Las enfermedades diarreicas y la neumonía tienen alta morbilidad en la edad pediátrica y caso en los niños que reciben fórmula, incluso en situaciones donde existe una higiene adecuada. En una cohorte se observó que la lactancia materna durante 6 meses o más se asoció significativamente con un riesgo reducido de infecciones respiratorias hasta los 4 años de edad (OR: 0,71; IC 95%: 0,51-0,98).

OR similares para infecciones respiratorias se encontraron con la lactancia materna durante menos de 3 meses y 3 a 6 meses. Aunque en la misma dirección, se encontraron OR más débiles para infecciones urinarias y la duración de la lactancia.⁽³⁷⁾

Otras infecciones se pueden presentar, como ser la otitis media aguda y la meningitis por *Haemophilus influenzae*, son menos frecuentes y menos severas entre los niños alimentados con lactancia materna.⁽¹⁾

A largo plazo, los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como ser el asma y otras condiciones atópicas; diabetes tipo 1; enfermedad celíaca; colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez. Varios estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Este efecto puede ser menos claro en poblaciones donde algunos niños son desnutridos. Una creciente cantidad de pruebas vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta.^(1, 36)

En relación a la inteligencia, un metaanálisis de 20 estudios mostró puntajes de la función cognitiva, en promedio, 3.2 puntos más elevados entre los niños que fueron alimentados con lactancia materna, en comparación con niños que fueron alimentados con leche artificial comercial. Esta diferencia fue mayor (alrededor de 5.18 puntos) entre los niños que nacieron con bajo peso al nacer. El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad. La lactancia materna también tiene beneficios para la madre, tanto a corto como a largo plazo. Se puede reducir el riesgo de hemorragia postparto mediante la lactancia inmediata después del parto. También existen

pruebas crecientes acerca del menor riesgo de cáncer de mama y de ovario entre las madres que dan lactancia materna.⁽¹⁾

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, comparada con la lactancia materna parcial, se reconocen desde el año 1984. Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial, fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no recibieron lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor. Un estudio realizado en Brasil en el año 1987, encontró que el riesgo de muerte entre lactantes alimentados con lactancia materna parcial fue 4.2 veces mayor que aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva, mientras que el riesgo de muerte entre los lactantes que no recibieron lactancia materna fue 14.2 veces mayor.

Asimismo, un estudio realizado en Dhaka, Bangladesh encontró que se podría reducir las muertes por diarrea y neumonía en un tercio si los lactantes recibiesen lactancia materna exclusiva, en vez de lactancia materna parcial, durante los primeros 4 meses de vida. La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones respiratorias agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de tres o cuatro meses respectivamente. Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños

No son necesarios otros alimentos ni líquidos. Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los tés son administrados

frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea. Para la madre, la lactancia materna exclusiva puede demorar el reinicio de la fertilidad y acelerar la recuperación del peso que tenía antes del embarazo. Las madres que amamantan de manera exclusiva y frecuente tienen menos del 2% de riesgo para volver a embarazarse durante los 6 meses siguientes al parto, siempre y cuando sigan con amenorrea.

Práctica sobre lactancia materna exclusiva

Inicio de la lactancia materna

Luego del nacimiento, cesa la inhibición placentaria de la síntesis de leche y los niveles de estrógeno y progesterona en la sangre disminuyen de forma rápida. Las mamas se llenan de leche (calostro) en el periodo de las primeras treinta horas luego del parto y entre las treinta y cuarenta horas se da una rápida modificación de los componentes de la leche por motivo del incremento en la síntesis de lactosa. El proceso a través del cual se produce leche se denomina galactopoyesis. La leche materna pasa por 3 etapas, las cuales serán adecuadas, al estado fisiológico del neonato.

Tipos de Leche:

➤ Leche Pretérmino: La leche de pretérmino tiene un contenido mayor de proteínas, grasas, sodio y calorías y menos cantidades de lactosa que la leche madura, siendo esta composición más conveniente, pues el niño inmaduro posee más elevadas demandas de proteínas. La IgA y la lactoferrina son también más abundantes en ella.

La leche de pretérmino no logra cubrir las demandas de fósforo y calcio, y a veces de proteínas en recién nacidos de menos de 1,5 kg, por lo que dichos nutrientes deben suplementarse mediante una composición para prematuros que integre

fórmula y leche materna humana para que se favorezca la condición digestiva e inmunológica de la leche humana.

➤ El Calostro: Es producido en el periodo de los tres a cuatro días después de dar a luz. Es un líquido amarillento y denso y de poco volumen. En los tres primeros días post parto la cantidad que se produce es de dos a veinte ml. por mamada, lo cual es preciso para la satisfacción de las necesidades de los recién nacidos. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, se incrementa de manera significativa entre las 36 y 48 horas post parto, y después llega a volúmenes de 500 ml. a 750ml. cada 24 horas a los cinco días post parto.

El calostro contiene 2 gr. por cada 100 ml. de grasa, 4 gr. por cada 100 ml. de lactosa y 2 gr. por cada 100 ml. de proteína. Produce 67 calorías cada 100 ml. Contiene menos cantidad de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, en tanto que tiene mayores cantidades de vitaminas liposolubles, carotenos, proteínas, y ciertos minerales como zinc y sodio. El color amarillento es conferido por el betacaroteno y el sabor ligeramente salado le brinda el sodio. El calostro tiene inmunoglobulina A y la lactotransferrina, las cuales son proteínas que protegen el sistema digestivo de los recién nacidos, las cuales ayudan a eliminar el meconio, facilitan que se reproduzca el lactobacilo y asimismo previene que las bacterias, paracitos, virus, y otros se adhieran.

➤ Leche de transición: Esta leche es producida entre el 4to. y el 15vo. día post parto. Entre el 4to. y el 6to. día se produce un incremento grande en la producción de leche, la cual continúa incrementándose hasta que alcance un volumen considerable, en un aproximado de 600 a 800 ml./día, entre los ocho a quince días post parto. La leche de transición varía diariamente hasta que alcance las características de la leche madura, se incrementa el volumen de grasas, lactosa, calorías y vitaminas hidrosolubles, asimismo disminuye la concentración de las inmunoglobulinas y proteínas relacionadas con el calostro.

➤ Leche Madura: Es la leche que se produce luego de quince días después del parto, el contenido de agua es mayor, el volumen se incrementa al pasar los días, contenido acuoso 87%, sólidos 13%, energía 700kcal/L. Dichas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez se evidencia que se encuentran relacionadas de manera directa con la necesidad de los niños. Durante la fase del destete, la leche va disminuyendo y pasa por una fase similar al calostro al menguar el vaciamiento.

Frecuencia del Amamantamiento

De acuerdo a investigaciones, el tiempo aproximado de tiempo entre lactar y lactar es de dos a tres horas.

Los bebés recién nacidos desean ser alimentados al sentir ganas, por lo general entre ocho y doce veces en un período de veinticuatro horas durante las primeras 2 a 4 semanas. Al amantar considere que debe determinar realizar esta práctica pesar de que amigos o familiares no le animen a hacerlo. Debe observar a su bebé para que detecte señales en relación a la alimentación, como hallarse activo o despierto, abrir la boca, búsqueda del pezón y succión. Si el bebé se encuentra dormido y no evidencia señales que se relacionen con la alimentación por un periodo mayor a 3 horas durante el día, procure despertarlo.

➤ Se debe amamantar al bebé durante el día y la noche.

➤ Si fuera el caso que el bebé duerme por mucho tiempo, es posible que los proveedores de cuidado de la salud de su bebé le señalen que despierte a su bebé cada 3 horas para poder amamantarlo, para que su bebé recupere el peso que tenía al nacer.

Duración de Cada Sesión de Amamantamiento

Siempre que sea posible, bríndele ambos senos las veces que lo amamante. La próxima vez que lo amamante, empiece con el seno con el cual finalizó la última vez. Cuando el bebé es recién nacido, la mayor parte de las sesiones para amamantar duran entre veinte y cuarenta y cinco minutos. No obstante, ya que los recién nacidos por lo general duermen por tiempos prolongados, tal vez sea necesario tener ser paciente y perseverante durante este tiempo. Lacte a su bebé del primer seno hasta que termine de succionar, al tener las manos en puño, y se encuentre algo inquieto, interrumpa la succión para que el bebé eructe.

Si bien por lo general los bebés maman de ambos senos, pero algunos bebés estarán satisfechos luego de mamar de 1 solo seno. Es normal y bueno que los bebés mamen de forma seguida, es decir, que sean amamantados varias veces seguidas y después, pasen varias horas sin alimentarse. En el transcurso de los primeros días de vida, puede ser que los recién nacidos saludables lacten cada hora o muchas veces en 01 hora, sobre todo durante la tarde y la noche.

Los dedos pueden colocarse formando la letra “C”, el dedo pulgar colocado arriba del pezón y los otros dedos por debajo (sin acercarse demasiado a la areola ya que puede ser interferido el flujo de leche). De esta manera se puede manipular el seno y hacer cosquilleos en los labios del bebé para que abra la boca y entonces se busca el acoplamiento.

Diez pasos para la lactancia materna eficaz

En el año de 1991, la Organización Mundial de la Salud en forma conjunta con la Organización Panamericana de la Salud y la Unicef, lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), con la finalidad de que se implementen prácticas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Dentro de esta iniciativa se incluyen los 10 pasos para una lactancia materna eficaz.⁽³⁸⁾

Los pasos son:

- PASO 1. Tienen políticas por escrito acerca de lactancia para conocimiento del personal de la maternidad en forma rutinaria.
- PASO 2. Capacitar a los profesionales de salud en las destrezas necesarias para la implementación de dichas políticas.
- PASO 3. Se debe dar la información a todas las gestantes sobre el manejo y los beneficios de la lactancia.
- PASO 4. Se debe ayudar a las mamás para que inicien la lactancia durante la media hora luego del parto.
- PASO 5. Indicar a las mamás cómo dar de lactar, y cómo conservar la lactancia aún si se separaran de sus bebés.
- PASO 6. No se debe dar a los recién nacidos alimentos o a parte de la leche materna, a no ser por prescripción médica.
- PASO 7. Permitir a las mamás y sus recién nacidos mantenerse juntos las 24 horas del día.
- PASO 8. Incentivar la lactancia a demanda.
- PASO 9. No dar biberón o chupones de distracción a los bebés que dan de lactar.
- PASO 10. Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las mamás a dichos grupos en el tiempo del alta de los hospitales o clínicas.

Posturas para Lactar

- Postura Sentada o de Cuna: Puede colocar almohadas en cada antebrazo de las sillas y señale a la mamá que él bebe debe colocar la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Debe tomarlo con el brazo y acercarlo contra el pecho en un abrazo estrecho. Consérvelo próximo a su cuerpo y su abdomen en contacto con el bebé.
- Postura debajo del brazo, de sandía: Se sostiene al bebé sobre el antebrazo de la mamá y su cuerpo va hacia atrás en tanto que la cabeza es soportada con la mano del mismo lado. Se colocan almohadas para que ayuden a las madres a sostener el peso del cuerpo del bebé.
- Postura Semi Sentada: Debe colocar la cama en posición semi fowler, puede sostener la espalda con 1 o 2 almohadas con el objetivo de que quede recta y las piernas dobladas ligeramente, el bebé debe estar sobre el tórax de la mamá. Esta postura debe utilizarse si hay heridas abdominales (cesárea).
- Postura Acostada: Si la mamá está recostada de lado, haga uso de almohadas para que pueda apoyar su espalda, lo cual disminuye las tensiones que pudiesen afectar la lactancia, asimismo puede colocar almohadas entre las rodillas o mantas para elevar el cuerpo del bebé.
- Postura con el Bebé Sentado: Esta posición hace posible que se amamante al bebé si presenta una hipotonía. Asimismo, es útil si existen reflejos de eyección intensa, si el pezón está agrietado o cuando la madre es obesa. El bebé se sienta verticalmente frente al seno, con las piernas hacia un lado o reclinado sobre del muslo de su mamá. La madre debe sujetar el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.
- Postura Sentada: La madre debe colocarse con la espalda recta, los hombros relajados y debe usar un reposa pies o una banqueta para que se evite que los

muslos se suspendan. Al bebé se le debe ubicar mirando a su madre, estando ambos en contacto con el abdomen. Si se necesita, debe colocarse una almohada debajo para que se aproxime al bebé al pecho de su madre. (No se debe realizar lo opuesto, es decir aproximar el pecho al bebé).

Signos de mala Postura

- Al hundirse sus mejillas, pues de ser así el bebé no está mamando, sino succionando.
- Pezón adolorido y agrietado por la fricción y la mucha presión al succionar.
- Se amamanta al niño por periodos prolongados, hace tomas frecuentemente y casi sin interrumpir.
- Traga aire y produce ruidos al tragar.
- Se produce regurgitaciones, vómitos y cólicos frecuentemente.
- El bebé tiene muchos gases: En forma de eructos por el aire que traga y los que son formados en el colon al fermentarse la lactosa y se expulsan por el ano.
- Ingurgitación frecuente. Con esto la producción de leche se incrementa y la ingesta para el niño se incrementa en lactosa y proteínas y, ya que la capacidad de su estómago tiene un límite, impedir que el bebé beba la leche del final, la cual es rica en grasas y se sacie, por lo cual no se sacia, aunque haya comido. Puede atragantarse con el chorro de leche al salir súbitamente.
- Escaldadura en la nalga por la acidez de las defecaciones.
- El bebé durante el día llora mucho y se halla intranquilo. Algunas veces se pelea con el pecho, lo estira, muerde, y lo deja sollozando.
- Las madres están agotadas.
- El pezón se encuentra adolorido, el bebé no suelta el pecho de forma espontánea y las tomas al día tienen como frecuencia aproximadamente 15 veces y más de 15 minutos.

Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio fue de **corte transversal, descriptivo** y según el grado de análisis, el tipo de estudio es **correlacional**.

2. Área de estudio

Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”. El área específica de estudio se ubica en la sala de UMI de este hospital. Debido a que en este centro paren mujeres de diversas zonas del departamento de León, lo cual nos permitió una población diversa.

3. Periodo de estudio

El periodo de estudio fue en los meses de Agosto a Septiembre del año 2020

4. Universo

Todas las mujeres puérperas que estaban en la sala de UMI en el periodo de estudio en el periodo de Agosto-Septiembre del año 2020.

5. Muestra y muestreo

Para el cálculo de la muestra se usó la fórmula para poblaciones finitas en donde se utilizaron los siguientes datos:

$N = 3856$, que corresponden a los nacimientos en un año en León departamento, al tomar 2 meses la proporción es **643**.

% del atributo deseado 68.9%, que corresponde a las madres que inician lactancia
(28)

Nivel de confianza 95%, con margen de error 5%

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

Donde:

Z =	nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p =	Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q =	Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N =	Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e =	Error de estimación máximo aceptado
n =	Tamaño de la muestra

Se usó la fórmula en el software EPI INFO para agregar los datos, dando un total de 241 pacientes puérperas. Pero solo se pudo encuestar a 200, debido a los inconvenientes provocados por el COVID19

Muestreo

Para seleccionar se hizo un muestreo aleatorio sistemático en donde se entrevistó a una paciente cada 4 según el orden de ingreso a la sala de UMI el día anterior, tomando como referencia la cama 1, si hay una cama vacía se procedió a la siguiente respetando las antes seleccionadas.

Se hizo una lista diariamente, continuando con la del día anterior para no repetir casos y marcar a las seleccionadas, si la paciente no se encontraba se tomó alguno de los casos adyacentes de igual manera.

6. Criterios de inclusión y exclusión

6.1 Inclusión:

- Pacientes puérperas que estaban ingresadas o alojadas en UMI en el periodo de estudio.
- Madres con neonato vivo a término

6.2 Exclusión:

- Madres con condiciones psiquiátricas
- Madres VIH positivas
- Pacientes menores de 14 años

7. Fuente de la información

Primaria: Las respuestas al cuestionario se obtuvieron directamente de las puérperas en estudio.

Secundaria: Del libro de registro de nacimientos de labor y parto y salón de operaciones

8. Instrumento de la recolección de datos

Se realizó mediante un cuestionario, el cual incluye preguntas abiertas y cerradas y check list, las preguntas son adaptadas de diversos estudios y algunas redactadas en base a la literatura OMS.

El formato de la encuesta tiene cuatro secciones correspondientes a datos sociodemográficos, datos clínicos de la madre-neonato, conocimientos y prácticas relacionadas con lactancia materna.

Se realizó una prueba piloto a 20 madres de atención primaria, cuyos resultados llevaron a mejorar la redacción de las preguntas del instrumento.

Procedimiento de recolección de la información

Se procedió inicialmente a identificar los partos revisando la hoja de ingresos a UMI y/o las listas de nacimiento de labor y partos del hospital.

Luego se realizó el muestreo se visitaron a las pacientes asignadas a su cubículo y se les explicó el estudio, su objetivo. Se pidió consentimiento verbal y escrito. Luego se procedió a hacer la entrevista, el investigador llenó el cuestionario tras escuchar cada una de las respuestas de la paciente, verificando cada una de las partes.

Al terminar se agradeció por la participación. Las encuestas fueron depositadas en una carpeta para luego agregarla al registro de la investigación.

9. Control de sesgos

Tipo de sesgo	Control
Selección	Se realizó un muestreo aleatorio sistematizado
Información	Los datos fueron verificados en cada paciente, las preguntas se harán en lenguaje claro y coloquial.
Interpretación	Se utilizó medidas estadísticas con un margen de error del 5%.

10. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		años	15-20 años 21-25 26-30 31-35 36-40 41- 45
Número de Hijos	Número de progenio que refiere haber procreado		Afirmado por la pacientes	1 hijos 2 3 y +
Escolaridad	Niveles alcanzados de una educación formal establecido por el pensum académico de nuestro país		Afirmado por la Pacientes	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Técnico medio
Ocupación	Labor remunerada o no, que se desempeña en acuerdo o no de nivel académico alcanzado		Afirmado por la Pacientes	Estudiante Ama de casa Trabajadora Otras
Estado Civil	Estado de relación de convivencia con otra persona de manera que la ley lo establece o de mutuo acuerdo		Afirmado por la Pacientes	Casada Acompañada Soltera Viuda
Elementos de la Información	Todo lo que caracteriza al ámbito relacionado en este caso a la lactancia materna que la parturienta ha escuchado	Lactancia materna	recibió información Quién le dio información Cantidad de información	Si No Familiar Compañero Amiga Personal de Salud Líder de Salud Partera Poca Suficiente

			n	
--	--	--	---	--

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
			Percepción de la información que le dieron	Mucha Útil. ayuda dar el pecho Poco útil le sirvió en algunas cosas Poco útil no le sirvió del todo
Conocimiento sobre la Lactancia Materna	Establecido en Niveles que relaciona la posibilidad de conocer muchos o pocos elementos de la práctica de la lactancia materna y sus beneficios, técnicas de amamantamiento	Importancia y beneficio para la madre el niño y la comunidad ----- Frecuencia de amamantamiento ----- Período de lactancia exclusiva ----- Posición de amamantamiento ----- Período de lactancia en el niño	Conoce Índice de conocimiento	Si No No sabe
Índice de conocimiento	El valor sumatorio del total de pregunta contestada correctamente		0 a 8 ptos 9 a 16 + 16	Nivel bajo Nivel regular Nivel alto

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Práctica de la lactancia materna	Son todos aquellos aspectos que tienen que ver con la valoración de una adecuada o inadecuada práctica que permita a la madre y al niño obtener los beneficios de esta	Actividad que realizan	Han amamantado anteriormente Tiempo que ha dado el pecho Problema durante el amamantamiento Problema	Si No No responde 1 a 3 meses 4 a 6 7 a 12 Más de 12 meses Si No De agarre del pecho Poquita leche No la dejaba dormir Se enfermó de los pechos

11. Análisis de los Datos

Se creó una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS versión 25 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo, para la edad se calculó valor máximo y mínimo, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Para las variables nominales se calculó distribución de frecuencias absolutas y proporcionales.

Para los factores asociados al nivel de conocimiento en lactancia materna se evaluaron mediante la prueba de Chi cuadrado y será significativo cuando el valor de p sea menor a 0.05.

Los gráficos a usar fueron tablas y gráficas de barras. Las interpretaciones se hicieron en los datos sobresalientes de cada variable.

El nivel de conocimiento y de práctica fue calculado según el número de respuestas correctas en un puntaje:

Adecuado: 80 puntos

Regular: 60-79 puntos

Inadecuado: Menor a 60 puntos

12. Consideraciones éticas

Para realizar el estudio se solicitó autorización a las autoridades hospitalarias. La información fue manejada meramente con fines académicos investigativos, guardando sigilo y la debida confidencialidad. La investigación no supone ningún riesgo para los pacientes.

- a. Autonomía: se respetó el deseo de participar de cada individuo, se hará consentimiento informado verbal.
- b. No maleficencia: el estudio no provocó ningún daño en la madre ni el neonato, pues no se realizará ningún procedimiento médico.
- c. Justicia: la probabilidad de participar es similar para todos los individuos. Está protocolizados los criterios de inclusión y exclusión

Resultados

Se estudiaron un total de 200 pacientes puérperas, que se encuentran entre los 14 y 44 años de edad, con una media de 25.6 ± 7 años. En el histograma de edad se observó una curva con asimetría positiva platicúrtica, ya que la mayoría están en inicios de la adultez. El rango de edad más frecuente fue de 20 a 24 años. [n=54(27%)].

La procedencia mayoritaria fue urbana. La escolaridad tuvo una distribución heterogénea en su mayoría estudios secundarios [n=99 (49.5%)], seguido de estudios superiores 23.5 [n=47(2.5%)], y primaria [n=45(22.5%)]; una minoría eran iletradas [n=9(4.5%)]. La mayoría de las pacientes eran amas de casa [n=123(61.5%)], una menor cantidad estudiaban y tenían trabajo formal[n=35(17.5%)]. En cuanto al estado socio-económico, 41.0% (n=82) eran de clase bajo baja y 59% (n=118) eran de clase media.

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de las características sociodemográficas de las pacientes puérperas del HEODRA agosto-septiembre 2020. N=200			
		n	%
Grupos de etarios	14-19 años	47	23,5
	20-24 años	54	27
	25-29 años	40	20
	30-34 años	31	15,5
	≥35 años	28	14
Procedencia	Urbano	110	55
	Rural	90	45
Escolaridad	Universitario	47	23,5
	Secundaria	99	49,5
	Primaria	45	22,5
	Ninguno	9	4,5
Estado civil	Casada	61	33,5
	Acompañada	110	55
	Soltera	23	11,5
Ocupación	Estudiante	42	21
	Ama de casa	123	61,5
	Trabajadora	35	17,5
Situación laboral	Desempleada	154	77
	Trabajando	46	23
Estado socioeconómico	Bajo	82	41
	Medio	118	59,0

Los antecedentes prenatales son enumerados en la tabla 2. Un total de 139 (69.5%) pacientes refirieron haber tenido 1 a 2 hijos. En cuanto a la paridad 64.5% eran multíparas y 35.5% nulíparas. Entre el número de citas de control prenatal encontramos 24 tuvieron 0-3 citas (12%). Encontramos un 10.5 % de pacientes con enfermedades durante el embarazo, las cuales 2 padecieron de Síndrome hipertensivo gestacional y 8 de IVU.

Tabla 2. Descripción de antecedentes perinatales de las pacientes puérperas y del neonato del HEODRA agosto-septiembre 2020 N=200			
		n	%
Número de hijos	1-2 hijos	139	69,5
	3-5 hijos	57	28,5
	Mas de 5 hijos	4	2,0
	Media	2	
Paridad	Nulípara	71	35,5
	Multípara	129	64,5
Número de CPN	0-3	24	12
	4-6	128	64
	≥7	48	24
	Media	5	
Enfermedad que padeció en el embarazo	Si	20	10,5
	No	170	89,5
	Síndrome Hipertensivo Gestacional	2	1
	IVU	8	3
Personal que realizó los controles prenatales	Enfermera	47	23,5
	Médico	153	76,5
Vía del parto	Vaginal	140	70
	Cesárea	60	30
Peso del niño	Media	3018 g	
Clasificación del peso neonatal	Bajo peso	33	16.5
	Peso adecuado	148	47
	Macrosómico	19	9,5

Entre el personal que atendió el parto encontramos un 23.5% fueron atendidos por enfermeras, y un 76.5% por médicos. La vía de parto más común fue parto vaginal (70%). La media del peso del niño al nacer fue de 3018, los cuales 47% (n=148) peso adecuado, 16.5% (n=33) fueron considerados bajo peso y 9.5% (n=19) macrosómicos. Vea tabla 2.

Conocimientos sobre lactancia materna

Se evaluó el conocimiento de la paciente acerca de diferentes conceptos y conocimientos de la lactancia materna. La mayoría de las pacientes sabían el concepto adecuado de lactancia materna 63.5% (n=127); pero no sabían hasta que edad se debe hacer la lactancia materna, 10.5% (n=21) tenían un conocimiento adecuado del tiempo de lactancia materna; 12.5%(n=25) tuvieron un conocimiento regular y el 77% (n=154) no tenían un conocimiento adecuado del conocimiento del tiempo de lactancia materna exclusiva.

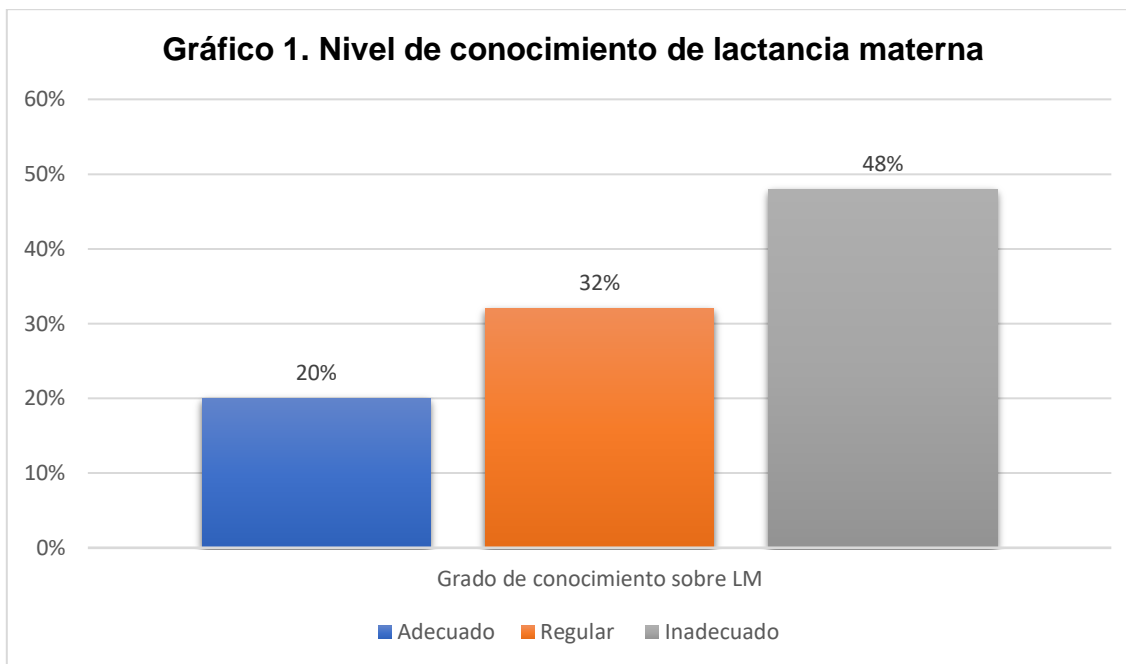
Tabla 3. Resultado de las respuestas a las preguntas para valoración de conocimiento lactancia materna del HEODRA agosto-septiembre 2020 N=200						
Nivel de conocimiento						
Conocimiento evaluado	Adecuado		Regular		Inadecuado	
	n	%	n	%	n	%
Concepto de Lactancia Materna Exclusiva	127	63,5	38	19	35	17,5
Producción de leche materna	68	34	36	18	96	48
Hasta qué edad se debe dar lactancia materna	21	10,5	25	12,5	154	77
Meses que dura la LME	13	6,5	51	25,5	136	68
Importancia de la LME para el niño	122	61	42	21	36	18
Veces al día se debe dar el pecho materno	109	54,5	0	0	91	45,5
Ventajas de la LME para el niño	117	58,5	53	26,5	30	15
Beneficios de la LME para la madre	40	20	23	11,5	137	68,5
Posiciones para dar de mamar	195	97,5	0	0	5	2,5
Educación previa en lactancia materna	168	84	0	0	32	16

Acercas del conocimiento de los meses que debe durar la lactancia materna exclusiva encontramos que 68%(n=136) de las pacientes tenían un conocimiento inadecuado. El 61% (n=122) de pacientes tenían conocimientos adecuados de la importancia de la LME para el niño. Para el número de veces que se debe amamantar solamente el 54.5% reportó conocimientos adecuados, mientras que uniformemente el resto tenía conocimientos inadecuados [n=91 (45.5%)].

Otros hallazgos fueron un pobre conocimiento acerca de los beneficios de la LME para la madre [n= (68.5%)], conocimientos adecuados [n=117 (58.5%)] y regulares [n=53 (26.5%)] acerca de los beneficios de la lactancia materna para el niño, conocimientos firmes acerca de las posiciones para dar de mamar [n=195 (97.5%)], y haber recibido consejería de LME previamente [n=168 (84%)]

Nivel general del conocimiento sobre lactancia materna

Al sumar las respuestas de la evaluación, observamos que la mitad (48%) de las pacientes tienen un conocimiento inadecuado sobre LM y solo un 20% un nivel adecuado.



Prácticas de lactancia materna

Los resultados acerca de las prácticas de LME reflejaron que un 80% (n=160) iniciaron la lactancia inmediatamente después del parto. El motivo principal de no dar lactancia materna fue por producción de leche materna en poca cantidad [n=19 (47.5%)] o que el neonato rechazaba el pecho de la madre [n=15 (37.5%)].

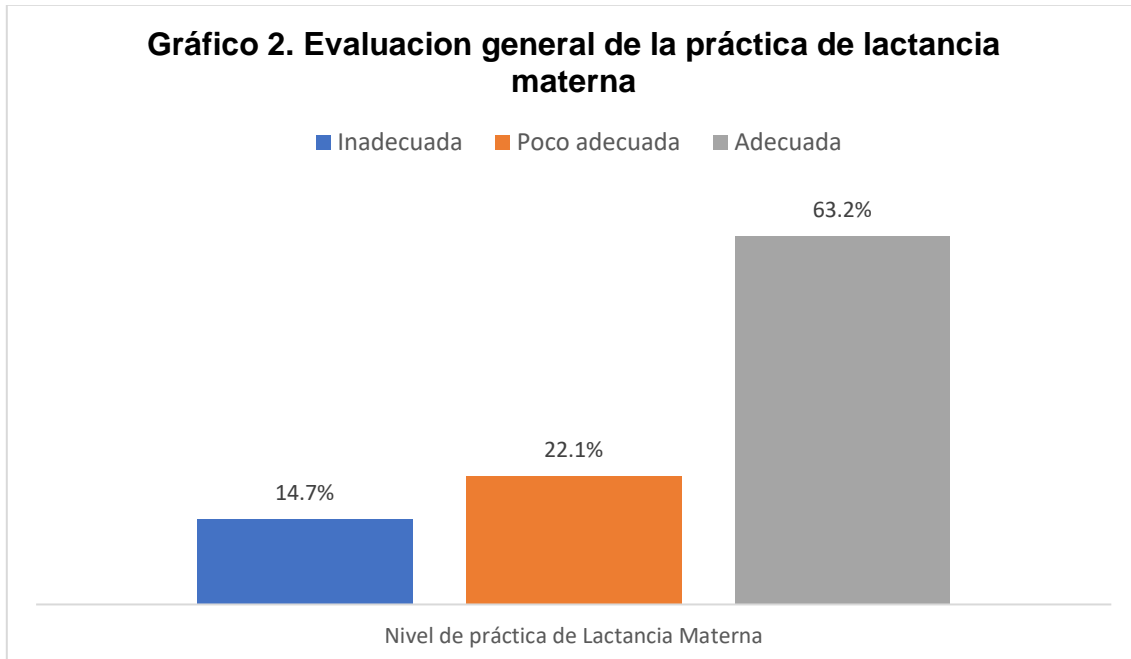
Los tipos de lactancia materna identificadas en el estudio fueron: LME (n=117 58.5%), leche de fórmula, mixta, ninguna [n=9 (4.5%)]. La duración de la lactancia fue en su mayoría a libre demanda, pero un porcentaje significativo refirió dar entre 10 a 15 minutos [n=53 (27.7%)].

Tabla 4. Descripción de la práctica de lactancia materna en las pacientes puérperas de HEODRA en el periodo agosto-septiembre 2020 N=200			
		n	%
Horas de nacido su hijo le dio el pecho	De inmediato	160	80,0
	Antes de 24 horas	26	13,0
	Después de 24 horas	5	2,5
	No ha dado	9	4,5
Motivo de no dar LM de inmediato	Poca Cantidad	19	47,5
	Por comenzar a trabajar	1	2,5
	Por introducir otras leches	5	12,5
	El neonato rechazaba	15	37,5
Tipo de lactancia práctica	LME	117	58,5
	Leche de fórmula	11	5,5
	Combinada	63	31,5
	Ninguna	9	4,5
Tiempo dura cada vez que da el pecho	10 a 15 minutos	53	27,7
	15 a 30 minutos	26	13,6
	A libre demanda	97	50,8
	Hasta vaciar los pechos	15	7,9

Se estudio la frecuencia de prácticas adecuadas durante el acto de dar el pecho materno, se encontró que la mayoría tienen una categoría afirmativa de la variable para buena práctica, las cuales consistieron de lavado de manos previo al acto de lactancia [n=163 (85.3%)], la posición correcta de la madre al dar lactancia [n=176 (92.1%)], si él bebe se encontraba en posición correcta para amamantar [n=164 (85.9%)], la presencia del reflejo de búsqueda [n=128 (67%)] y posición correcta [n=128 (67%)]. También se estudiaron buenas prácticas de lactancia observables por el explorador como si el bebé introduce el pezón y la areola a su boca [n=164 (81.7%)], si los labios del bebé permanecen en eversión durante el acto de succión [n=156 (81.7%)], si la madre da lactancia a libre demanda [n=142 (74.3%)], si esta utiliza ambos pechos, 70.2% (n=134) refirieron hacer correcta oclusión con el pezón (hacer un sello con los labios del bebé).

Tabla 5. Práctica de la lactancia materna materna en las pacientes puérperas de HEODRA en el periodo agosto-septiembre 2020 N=200				
	Si		No	
Prácticas adecuadas	n	%	n	%
Lava las manos	163	85,3	28	14,7
Posición correcta de la madre	176	92,1	15	7,9
Bebe posición correcta	164	85,9	27	14,1
Reflejo de búsqueda	128	67,0	63	33,0
Posición correcta	171	89,5	20	10,4
Introduce el pezón y la areola	164	85,9	27	14,1
Labios del bebe permanecen evertidos	156	81,7	35	18,3
Da a libre demanda	142	74,3	49	25,7
Utiliza ambos pechos	96	50,3	95	49,7
Da conclusión correctamente	134	70,2	57	29,8

Al realizar el un análisis de proporción encontramos un predominio del 63.2% de prácticas adecuadas para la lactancia materna exclusiva en las participantes del estudio.



Factores asociados a los niveles de conocimientos de lactancia materna

En los factores asociados a el conocimiento adecuado a lactancia materna se pudo observar que hay mayor nivel de conocimiento en las madres de los grupos estéreos de mayor edad ($p=0.00$), tenido una frecuencia de conocimiento adecuado en el 24% de las mayores de 19 años, en cambio un 6,4% en las adolescentes.

Según la paridad las nulíparas tiene alta prevalencia de conocimiento inadecuado en un 59%, con un valor de $p: 0.05$. En la distribución del nivel de conocimiento según la escolaridad no hay diferencias en los grupos. Se observo una mayor frecuencia de conocimiento inadecuado (51,9%) en las madres desempleadas en comparación de que trabajaban, con un valor de $p: 0.02$.

Tabla 6. Factores sociodemográficos asociados a los niveles de conocimientos de lactancia materna N=200								
Nivel de conocimiento								
		Adecuado		Regular		Inadecuado		
		n	%	n	%	n	%	p
Rangos de edad	14-19 años	3	6,4	9	19,1	35	74,5	0.00
	> 19 años	37	24,1	55	35,9	61	39,9	
Paridad	Nulípara	12	16,9	17	23,9	42	59,2	0.05
	Múltipara	28	21,7	47	36,4	54	41,9	
Escolaridad	Educación baja	9	16,6	17	31,5	28	51,8	0.58
	Educación media o alta	31	21,2	47	32,2	68	46,6	
Trabaja fuera de casa	Trabaja fuera	16	34,8	14	30,4	16	34,8	0.00
	Desempleada	24	15,6	50	32,5	80	51,9	
Estado socioeconómico	Bajo	12	14,6	21	25,6	49	59,8	0.02
	Medio	28	23,7	43	36,4	47	39,8	

Se presenta en la tabla 7 asociación entre la variable conocimiento inadecuado sobre la LME con "No Recibió Consejería Materna" [88.6% (p=0.00)]. Respecto a las variables "número de hijos a los que previamente había dado lactancia materna", vía de parto, y número de controles prenatales, no tuvieron asociación con el conocimiento inadecuado.

Tabla 7. Factores maternos asociados a los niveles de conocimientos de lactancia materna								
Nivel de conocimiento								
		Adecuado		Regular		Inadecuado		
		n	%	n	%	n	%	p
Recibió consejería	No	4	11,4	0	0	31	88,6	0.00
	Si	35	21,7	63	39,1	63	39,1	
Número de hijos que ha dado LM	0-1	19	22,4	30	35,	36	42,4	0.86
	2-4	16	18,4	31	35,	40	46,0	
	5 a más	4	36,4	2	18,	5	45,5	
Vía de parto	Vía cesárea	12	20	17	28,	31	51,7	0.66
	Parto vagina	28	20	47	33,	65	46,4	
Cantidad de CPN	0-3	5	20,8	7	29,	12	50,0	0.92
	4-6	26	20,3	43	33,	59	46,1	
	Más de 6	9	18,8	14	29,	25	52,1	

Discusión

Es evidente que tanto los procesos fisiológicos del eje de la lactancia materna como el comportamiento y rasgos conductuales de la práctica establecen, instauran y mantienen un ciclo de retroalimentación positiva estable e invariable si se sostiene el aspecto cognitivo-conductual que lo propicia. Este estudio demostró algunas variables que podemos objetivar a la hora de discutir medidas y acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto al nivel de conocimiento se pudo observar asociación de conocimientos inadecuados con los rangos de edad 14-19 años y nulíparas ($p=0.05$). De acuerdo a la ocupación, dividimos la variable en trabaja fuera de casa y desempleada, encontramos que el desempleo ($p=0.00$) y de nivel socioeconómico bajo ($p=0.02$) tuvo una asociación con el conocimiento inadecuado de LME.

Estos resultados son equiparables a los encontrados en un estudio de conductas reproductivas que analizó la exposición a conductas y normas sexuales y el inicio de vida sexual en edades tempranas se relacionó a un embarazo temprano ($p: <0.05$)⁽³⁹⁾, dicho fenómeno determina la poca preparación materna ante el evento del embarazo, consecuentemente a conocimientos, actitudes y prácticas no propicios para sostener la LME.

Respecto al número de hijos la mayoría de mujeres refirió tener entre 1 y 2 hijos, seguido de 3-5 hijos, esto representa las estadísticas oficiales de la tasa de fertilidad en nicaragua de 2,4, del Banco Mundial en el 2018 ⁽⁴⁰⁾ y son equiparables a otros estudios realizados en población nicaragüense.

La consejería se asoció con conocimientos adecuados de lactancia materna ($p=0.00$), dado que la mayoría de las pacientes que no recibieron consejería, tenían conocimientos inadecuados (88.6%). La lactancia materna previa no fue una variable asociada con mejores conocimientos de LME ($p= 0.86$). Tampoco se observó asociación con la vía de parto y el número de CPN.

Nuestros hallazgos respecto a los conocimientos de lactancia materna exclusiva reflejan que hay deficiencias respecto a la consejería antenatal, remarcado en nuestro estudio por el suceso que la mayoría de pacientes recibieron consejería para LME (84%), a pesar de eso información como la producción de leche materna que de acuerdo a nuestro estudio fue "adecuado" en solamente un 34% de las pacientes, se apreciaron actitudes negativas para la lactancia materna quienes 47% detuvieron por creencia de poca producción de leche. En una revisión publicada en 2015 se analizó la ansiedad materna por la autopercepción de insuficiente producción de leche resultó en una disminución del tiempo de lactancia [DR 1.22 (1.14-1.31)], probablemente por lactogénesis retardada⁽⁴¹⁾, este podría ser una patología amerita investigaciones adicionales para valorar causas orgánicas del sece de la lactancia materna.

Por otro lado, un estudio de cohorte transversal que estudió una muestra de 2.627 niños en España de "la prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y duración de la lactancia exclusiva" determinó que dicha muestra tuvo una prevalencia de LME de 77.6% al nacimiento y decayó hasta 3.2% a los 8 meses⁽⁴²⁾.

Entre los beneficios de la lactancia materna para el lactante y la madre están los nutricionales, inmunológicos, de desarrollo socioeconómico, y de prevención de enfermedades agudas y crónicas, por lo cual los meses que debe durar la LME es de vital importancia. Este estudio reflejó un pobre conocimiento acerca de estos conocimientos, reflejado por un 10.5% de la duración, y un 20% acerca de los conocimientos de los beneficios maternos. La APA y AGA reconocen la importancia de la lactancia exclusiva por 6 meses, se han estimado que de seguirse dichas normas se podría ahorrar hasta 1.3 billones de dólares en Estados Unidos por efectos protectores fisiológicos de la LME a corto y largo plazo⁽⁴³⁾.

Se observó una lactancia predominante en la mayoría de las pacientes, contrastando con algunas literaturas que encuentran un 16%⁽⁴⁴⁾, esto se puede

deber a protocolos institucionales de toma de medidas antropométricas y valoraciones por pediatría inmediato al nacimiento.

Es sabido en la literatura que el reflejo de la lactancia se desencadena por el descenso abrupto de la progesterona, pero su intensidad y duración depende del estímulo repetitivo de la succión por el lactante y el vaciado⁽⁴⁵⁾. Se observó un pobre conocimiento acerca de hasta qué edad se debe dar lactancia, si la mayoría de pacientes no conocen la importancia de la succión y de desalientan con la baja producción de leche explicaría porque la mayoría de pacientes dejó de practicar lactancia materna exclusiva al creer que no producían suficiente cantidad de leche [n=19 (47.5%)] y porque el neonato rechazaba el pecho [n=15 (37.5%)].

Solamente un paciente refirió haber omitido la LME por motivos laborales. En la actualidad existen múltiples estrategias puestas en marcha por organismos internacionales y estatales para integrar la maternidad a la LME en el ámbito laboral, entre ellas existen medidas como espacios adecuados para sobrellevar la lactancia, incentivos económicos, y días de descanso de maternidad, horarios especiales, entre otros.

En general encontramos las prácticas de la lactancia materna adecuadas con una valoración de prácticas adecuadas de 63.2%. Una revisión sistemática publicada en SAGE Journals encontró que la percepción de eficiencia (confianza) de la madre para dar lactancia se correlacionaba con la lactancia materna a los 1 y 2 meses postparto, por lo cual estos hallazgos deben reforzar a las madres cuyas prácticas sean adecuadas y no omitir las consejerías de lactancia materna.

Limitantes de este estudio.

Las principales limitantes de este estudio fue la pequeña muestra del estudio y ausencia de análisis prospectivo de las pacientes para determinar la asociación de prevalencia de lactancia materna en el seguimiento.

Conclusiones

- Las pacientes se encuentran entre los 14 y 44 años de edad, con una media de 25.6 ± 7 años. La procedencia principalmente urbana (55%), escolaridad tuvo una distribución heterogénea, ocupación ama de casa, de estado socioeconómico bajo. La mayoría eran multíparas, sin antecedentes obstétricos patológicos.
- El nivel de conocimiento sobre lactancia materna es inadecuado o regular en la mayoría de la población estudiada, sobre todo en la teoría de lactancia materna extendida, duración y beneficios de la lactancia materna exclusiva.
- Las prácticas de lactancia materna son principalmente adecuadas, en donde la mayor parte de las madres iniciaron la lactancia materna exclusiva precozmente, sin uso de sucedáneos y con una técnica de dar de mamar correcta.
- Los factores asociados al bajo conocimiento sobre lactancia materna fueron las edades menores, la nuliparidad, estar desempleada, el estado socioeconómico bajo y el hecho de no recibir consejería de lactancia materna.

Recomendaciones

Autoridades Sanitarias:

- Aumentar los esfuerzos en las campañas de promoción de lactancia materna exclusiva en la atención primaria en salud, para aumentar el conocimiento de las pacientes embarazadas, realizando educación continua y evaluaciones periódicas.

Personal Médico:

- Identificar los grupos con factores de riesgo y garantizar consejería de lactancia materna exclusiva para la paciente, compañero y familia.
- Promover acciones de coordinación donde la familia y comunidad impulsen la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los recién nacidos, dándoles un seguimiento continuo y oportuno.
- Garantizar el cumplimiento de los 10 pasos de lactancia materna en las unidades de salud hospitalarias.
- Diseñar guías y protocolos de atención a la mujer embarazada de manera local y nacional, que brinden a información detallada y que contribuyan al buen conocimiento y práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.

Familiares:

- Instar que su familiar acuda a los CPN y VPCD.
- Dar a conocer las complicaciones de no realizar la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Compartir sus experiencias personales en las que ayude a concientizarlas sobre la buena práctica y conocimiento.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.2010.
2. UNICEF PdN. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). PLAN [Online]. 2011.
3. Salud OMdl. Nutrición: Lactancia materna exclusiva Ginebra: OMS; 2019 [Diciembre del 2019]. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
4. León-Cava N, Lutter C, Ross J. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, DC: OPS; 2002. Fecha de consulta.13:15-145.
5. Peri Guity DM, Medina González EX. Conocimientos, actitudes y prácticas, sobre lactancia materna exclusiva en puérperas de puerperio normal del bloque materno infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de agosto al 31 de diciembre 2018 [Tesis para optar al Master en Salud Pública]: UNAN, León; 2019.
6. Matute Sandres ÁJ. Conocimientos, actitudes y prácticas, sobre lactancia materna en adolescentes puérperas, en sala de UMI del Hospital" Alfonso Moncada Guillén" Ocotol, NS diciembre 2017 a enero 2018 [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León, Nicaragua: UNAN, León; 2019.
7. Initiative WBT. Informe Nacional de Lactancia Materna en Nicaragua. Managua, Nicaragua: WBTI; 2016.
8. Ortiz YMB, Navarro CC, Ruíz GG. Lactancia materna exclusiva: ¿ la conocen las madres realmente? Revista Cuidarte. 2014;5(2):723-30.
9. Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka J, Ugaz-Soto L, Villa-Santiago N, Torres-Bravo L, Pinto-Arica A, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana. 2012;17(2).
10. González MDR, Marrón HO, Cañedo-Argüelles CA, Olcina MJE, Rico OC, Claramonte MT, et al., editors. Prevalencia de la lactancia materna y factores

asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*; 2018: Elsevier.

11. Ruiz Campos AJ, Parra Aburto RA. Conocimientos, actitudes y practicas sobre lactancia materna en mujeres puerperas del servicio de ginecobotetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo [Tesis para optar al título de médico y cirujano]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2014.

12. Navas Traña J. Conocimientos actitudes y prácticas de Lactancia de Materna de madres con recién nacidos ingresados en el HAN en el periodo comprendido en Febrero a Marzo 2018 [Tesis para optar al título de especialista en pediatría]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2018.

13. Kiani SN, Rich KM, Herkert D, Safon C, Pérez-Escamilla R. Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua. *Maternal & child nutrition*. 2018;14(1):e12474.

14. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*. 2012;83(2):161-9.

15. Joshi PC, Angdembe MR, Das SK, Ahmed S, Faruque ASG, Ahmed T. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: a cross-sectional study. *International breastfeeding journal*. 2014;9(1):7.

16. Avalos González MM, Mariño Membribes ER, González Hidalgo JA. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016;32(2):170-7.

17. Sánchez Cáliz AM, Morales Sánchez PM. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en Villa 15 de julio, Chinandega en el periodo de 2007.

18. Cáceres Fernández W, Reyes Santana MdC, Malpica Alonso E, Álvarez Alonso L, Solís Molinet L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013;29(3):245-52.

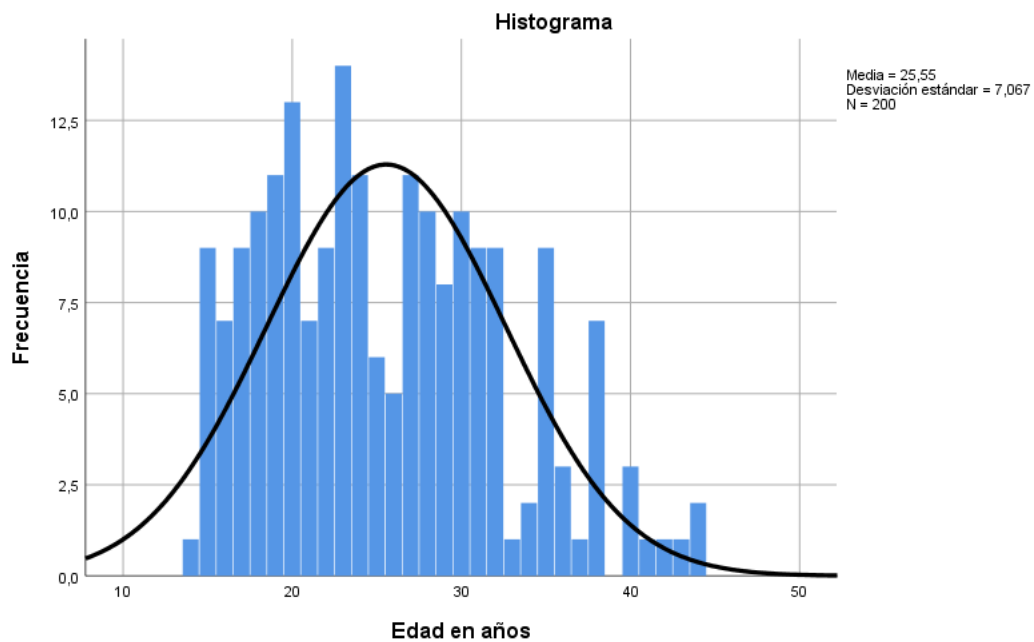
19. Suazo HGL. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. *Pediatría de México*. 2010;12(1):29-32.
20. Flores G, Lubianka J, Vásquez Alemán CD. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva que poseen las puérperas adolescentes atendidas en el hospital primario Jacinto Hernández en el periodo de Abril-Septiembre 2015 [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.
21. Bello Aguilar DC, Guzman Miranda GA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en Puerperas del Servicio de Maternidad en el Hospital José Neibrosky, de Boaco durante el período de Abril a Octubre 2012 [Tesis para optar al título de médico y cirujano]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2014.
22. Dicastillo OL, Raies CL. Intervenciones que promueven el inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna: una revisión de revisiones. *Revista Horizonte de Enfermería*. 2020;28(3):33-49.
23. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(1):4-9.
24. Valenzuela JAF, Caldera EM, Ham EIS. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*. 2011;13(2):47-56.
25. Bimerew A, Teshome M, Kassa GM. Prevalence of timely breastfeeding initiation and associated factors in Dembecha district, North West Ethiopia: a cross-sectional study. *International breastfeeding journal*. 2016;11(1):28.
26. Dalili H, Farsar A, Barakati H, Raji F, Shariat M, Pourmalek F, et al. Frequency of exclusive breastfeeding and its affecting factors in Tehran, 2011. *Acta Medica Iranica*. 2014:552-6.
27. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.

28. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO global survey. *Scientific reports*. 2017;7:44868.
29. Del Carpio Gómez JN. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza 2014 [Tesis Para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2015.
30. Albino Meza F. Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud [Tesis para optar al título de licenciatura en enfermería]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2015.
31. HERNÁNDEZ M, AGUAYO J, GÓMEZ A. Manual de Lactancia Materna-de la teoría a la práctica. España Editorial Médica Panamericana. 2008.
32. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(1):07-14.
33. Morales-Chávez MC, Stabile-Del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. *Universitas Odontológica*. 2014;33(71):19-24.
34. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2015;10(11):e0142922.
35. Honeyman CAS, Rios MAL, Diez PRH. Desarrollo de la microbiota gastrointestinal en lactantes y su rol en salud y enfermedad. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2016;41(1):35-43.
36. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2016;28(1):7-14.
37. Tromp I, Kiefte-de Jong J, Raat H, Jaddoe V, Franco O, Hofman A, et al. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172763.

38. UNICEF, WHO. 10 pasos para la lactancia materna eficaz 2019 [Available from: <https://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>].
39. Mendez B, Beogo I, Opiyo P, Adesanya O, Chen C-Y. Community social capital on the timing of sexual debut and teen birth in Nicaragua: a multilevel approach. BMC Public Health. 2016;991.
40. Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). Página Web. 2018.
41. Schafer EJ, Campo S, Colaizy T, Mulder P, Breheny P, Ashida S. First-time mothers' breast-feeding maintenance: role of experiences and changes in maternal perceptions. Public Health Nutrition. 2017.
42. Ramiro Gonzáles MD, Marrón Ortiz H, Cadeño-Argüelles CA, Esparza MJ, Cortés O, Terol M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. anales de pediatría. 2017;89(1).
43. Danziger P. Breastfeeding in Medicine: Time to Practice What We Preach. PEDIATRICS. 2019;144(3).
44. Díaz LY, Cruz M. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL APEGO PRECOZ EN PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUOS DE OTAVALO, IMBABURA 2016. Tesis de Grado. Ibarra - Ecuador; 2016.
45. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom LS, Dashe SJ, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetricia. Ciudad de México: McGraw&Hill; 2019.

Anexos

Gráfico 3. Histograma de la edad de las pacientes púerperas estudiadas del HEODRA agosto-septiembre 2020.





Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Facultad de Ciencias Médicas

CARRERA DE MEDICINA

Caracterización del conocimiento, prácticas y factores asociados a lactancia materna en púerperas ingresadas en el hospital HEODRA en el periodo abril-julio del 2020.

Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

1. Lugar de procedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	2. Edad: _____ Años	3. N° de hijos vivos _____ <input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> Multípara
4. Nivel de Escolaridad: <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno	5. Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/> Soltera	6. Ocupación: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Trabajadora
7. Situación laboral: <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Con trabajo:	8. Estado socioeconómico <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Servicios básicos <input type="checkbox"/> Salario mínimo <input type="checkbox"/> Bienes y muebles
Información prenatal		
9. Número de Controles Prenatales (CPN):	10. Enfermedad durante el embarazo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____	11. Personal que realizó los controles prenatales <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico
Información del parto		
Vía del parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Peso del niño: _____ gramos	

II. Conocimiento de lactancia materna

1. ¿Qué es para usted la lactancia materna exclusiva?:
a. Dar el pecho y solo agua. b. Dar solamente el pecho los primeros 6 meses de vida.
c. Dar otras leches, además de la materna. d. Dar el pecho y frescos. e. Ninguna de las anteriores
2. ¿Para usted de qué depende la bajada de la leche?:
a. De la succión del bebe. b. Del consumo de líquidos. c. Del estado de ánimo.
d. Del uso de fármacos. e. De la postura. f. No sabe
3. ¿Hasta qué edad se debe dar lactancia materna?:
a. Hasta los 3 meses. b. Hasta los 6 meses. c. Hasta los 12 meses. d. Hasta los 24 meses. e. No sabe. f. Otros: (especifique) _____
4. ¿Cuántos meses se le debe dar solamente el pecho materno al niño?
a. 0 a 3 meses. b. 4 a 5 meses. c. Hasta los 6 meses. d. Más de 6 meses. e. No sabe.
5. ¿Por qué es importante dar lactancia materna a su hijo?
a. Proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita. b. Sustenta o saciar el hambre del niño. c. No se enferma. d. No sabe
6. ¿Cuántas veces al día se debe dar el pecho materno al bebé?
a. 3 a 4 veces. b. 6 a 8 veces. c. Cada 30 minutos. d. A libre demanda. e. No sabe.
7. ¿Cuáles son las ventajas para su hijo si solo se alimenta con el pecho materno?
a. Nutrición y Crecimiento óptimo. b. Protege al niño contra las enfermedades
c. Desarrollo adecuado de dientes y boca. d. Es fácil de digerir. e. No sabe.
8. ¿Cuáles son los beneficios que obtiene la madre que solo da pecho?
a. Ayuda a la recuperación materna después del parto. b. Es más económico.
c. Retraso de la fertilidad. d. Satisfacción personal. e. No sabe.
9. ¿Qué posiciones conoce usted para dar de mamar?
a. Posición sentada o clásica. b. Posición de sandía. c. Posición de caballito.
d. Posición acostada. e. Todas las anteriores. f. Ninguna de las anteriores.
10. ¿Dónde ha recibido información sobre la Lactancia Materna?:
a. Puesto de Salud. b. Centro de Salud. c. Hospital. d. Policlínica.
e. No ha recibido.

III. Práctica de lactancia materna

1. A cuántos hijos le dio usted Lactancia Materna: _____

2. Durante ¿cuánto tiempo? _____ meses

3. ¿A las cuántas horas de nacido su hijo le dio el pecho?:

a. *Inmediatamente.* b. *Antes de 24 horas.* c. *Después de 24 horas.* d. *No ha dado*

4. **Si usted NO realizó Lactancia Materna, Cuál fue el motivo:**

- a) Poca Cantidad ()
- b) Por comenzar a trabajar ()
- c) Por introducir otras leches ()
- d) Porqué mi niño la rechazó ()

5. **¿Usted recibió Orientación sobre Lactancia Materna?** SI _____ NO _____

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

6. ¿Qué tipo de lactancia práctica?:

a. *Solo el pecho materno.* b. *Leche de fórmula.* c. *Combinada.* d. *Ninguna.*

7. ¿Cuántos minutos dura cada vez que da el pecho?

a. *10 a 15 minutos.* b. *15 a 30 minutos.* c. *A libre demanda.* d. *Hasta vaciar los pechos.*

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



Hereby Certifies that
PAOLA SARAY BLANDON
has completed the e-learning course
RESEARCH ETHICS

with a score of

100%

on

20/05/2019

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 826257



Hereby Certifies that
PAOLA INDIANA VARELA MONDRAGON
has completed the e-learning course
RESEARCH ETHICS

with a score of
100%
on
20/05/2019

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning
Certificate Number 826257