

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO
SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL IMIEM”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN NUTRICIÓN
PRESENTAN**

**ROSALBA NAVA GONZÁLEZ
MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SÁNCHEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
L. EN NUT. CARINA RODRÍGUEZ ROBLES**

**REVISORES DE TESIS
L. EN NUT. JANNELLY GÓMEZ RODRÍGUEZ
M. EN A. CONSUELO MONSERRATH REYES HERNÁNDEZ
L. EN NUT. ELIA ESTHER MIRANDA MEJÍA**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

DEDICATORIAS

GRACIAS....

A MIS PADRES:

Sabiendo que no existirá forma alguna de agradecer una vida de sacrificios, esfuerzos y amor, les doy las gracias por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación, porque con su apoyo y aliento hoy he logrado uno de mis más grandes anhelos.

A MI HERMANO:

Por ser parte importante de mi vida y compañero de aventuras.

A CARMEN:

Por haber sido una excelente compañera de tesis y gran amiga.

ROSALBA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Arturo y Rocío. Por su esfuerzo, dedicación y sacrificio para lograr cumplir mi más grande anhelo. Gracias por apoyarme y creer en mí, los amos.

A MI HERMANA:

Cristina. Por su tiempo y consejos para ser mejor cada día, gracias.

A MI HIJA:

Avril. Por sacrificar su tiempo y sonreír todos los días, gracias hija por ser mi fortaleza y mi razón para crecer.

A ROSALBA:

Por ser mi compañera y gran amiga, gracias por compartir este logro juntas.

CARMEN

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA	9
1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	10
1.1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO.....	10
1.1.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE	11
1.1.3. BENEFICIOS NUTRICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA	12
1.2. CONTACTO PIEL A PIEL	13
1.3. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.....	13
1.3.1. AFECCIONES MATERNAS.....	14
1.4. MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	16
CAPÍTULO 2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	17
2.1. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	17
2.2. HORMONAS QUE PARTICIPAN EN LA LACTANCIA MATERNA	18
2.2.1. PROLACTINA	18
2.2.2. OXITOCINA.....	19
2.3. LACTOGÉNESIS.....	19
CAPÍTULO 3. COMPOSICIÓN Y VALOR NUTRICIONAL DE LA LECHE HUMANA.....	21
3.1. COMPOSICIÓN DEL PRECALOSTRO	21
3.2. COMPOSICIÓN DEL CALOSTRO	22
3.3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE DE TRANSICIÓN.....	22
3.4. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MADURA.....	23
CAPÍTULO 4. TÉCNICAS DE AMANTAMIENTO	25
4.1. AGARRE AL PECHO MATERNO	26
4.1.1. SIGNOS DE BUEN Y MAL AGARRE AL PECHO MATERNO	27
4.2. LA ACCIÓN DE SUCCIÓN	27
4.2.1. SIGNOS DE UNA SUCCIÓN EFECTIVA.....	27
4.2.2. SEÑALES DE UNA SUCCIÓN NO EFECTIVA	27
CAPÍTULO 5. POSICIONES DE AMANTAMIENTO.....	29
5.1. CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO	29
5.1.1. CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE.....	29

5.1.2. CORRECTA POSICIÓN DEL BEBE	30
5.1.3. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO SENTADA	31
5.1.4. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO INVERTIDA O BALÓN DE RUGBY	31
5.1.5. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO ACOSTADA	32
5.1.6. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO DE CABALLITO.....	33
5.1.7. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO CRUZADA	33
5.2. EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE HUMANA	34
5.2.1. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE HUMANA	35
5.2.2. ALMACENAMIENTO DE LECHE HUMANA.....	36
5.2.3. DESCONGELACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE HUMANA	37
CAPÍTULO 6. PROGRAMAS SOBRE LACTANCIA MATERNA	38
6.1. HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA.....	38
6.1.1. DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA	39
6.2. CÓDIGO INTERNACIONAL PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA	39
6.3. LA LIGA DE LA LECHE	42
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
III. JUSTIFICACIONES.....	45
IV. OBJETIVOS	47
IV.1 OBJETIVO GENERAL.....	47
IV.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
V. HIPÓTESIS.....	48
VI .MÉTODO	48
VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	48
VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	49
VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	50
VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	50
VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	50
VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	51
VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	51
VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	52

VI. 8 DISEÑO DE ANÁLISIS	52
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	53
VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	54
IX. CONCLUSIONES.....	84
X. SUGERENCIAS.....	86
XI. BIBLIOGRAFÍA	88
XII. ANEXOS.....	96

RESUMEN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

El objetivo de este trabajo fue determinar la información que con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Se utilizó un instrumento de investigación que constó de 32 preguntas, para determinar si la información de Lactancia Materna con la que se contaba era suficiente se tomaron 22 reactivos correctos, de lo contrario al contar con un número menor, se consideró insuficiente.

Como resultado, se obtuvieron 182 encuestas, de las cuales 37% tuvo información suficiente, mientras que 67% tuvo un resultado insuficiente. Siendo mayor la información en mujeres que tienen escolaridad de Licenciatura y/o en su caso 3 hijo o más.

Se puede concluir que las mujeres postparto no cuentan con la información que se requiere para lograr una Lactancia Materna exitosa, a pesar de conocer los beneficios que ésta proporciona, no tienen claro cómo amamantar correctamente a sus hijos, además de que la información obtenida sobre Lactancia Materna está influenciada por el número de hijos y la escolaridad.

Por lo que se sugiere que se trabaje más en capacitar a las pacientes que asisten al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, dando información más allá del concepto de Lactancia Materna, sino técnicas, posiciones, almacenamiento; asegurar que la paciente cuente y utilice la información, todo esto con el fin de lograr una práctica adecuada de la Lactancia Materna.

ABSTRACT

Breastfeeding is the ideal way to provide young children the nutrients they need for healthy growth and development. Virtually all women can breastfeed, provided they have good information, the support of family and health care system.

The aim of this study was to determine the information that you have postpartum women breastfeeding in Hospital of Gynecology and Obstetrics IMIEM.

Research instrument consisted of 32 questions to determine if breastfeeding information with which they had was sufficient reagents used 22 correct, otherwise by having fewer, was considered insufficient were taken hooling degree and / or if 3 or more children.

As a result, 182 surveys were collected, of which 37% had sufficient information, while 67% had a poor outcome. Information being higher in women who have schooling degree and / or if three or more children.

It can be concluded that postpartum women do not have the information required for successful Breastfeeding, despite knowing the benefits it provides, not clear how to properly breastfeed their children, as well as information obtained on breastfeeding is influenced by the number of children and the school.

As suggests that more work on empowering patients attending the Hospital of Gynecology and Obstetrics IMIEM giving information beyond the concept of Breastfeeding, but techniques, positions, storage, ensure that the patient count and use the information, all in order to achieve adequate practice of Breastfeeding.

CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para que su crecimiento, desarrollo y salud sean óptimos. Por “lactancia materna exclusiva” se entiende no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida, ni siquiera agua que no sea leche materna. Posteriormente, los lactantes deberán recibir alimentos complementarios inocuos y nutricionalmente adecuados y deberán continuar recibiendo leche materna hasta los dos años de edad ^(1,2).

La lactancia materna se recomienda durante los primeros seis meses de vida para satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés y reducir la mortalidad neonatal hasta un 20%. Las madres del medio urbano tienen menos probabilidades de amamantar a sus hijos que las madres del medio rural, y más probabilidades de destetarlos prematuramente, si es que los alimentan con leche materna. Un análisis de los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud que se realizaron en 35 países mostró que el porcentaje de niños alimentados con leche materna era menor en las zonas urbanas. Las bajas tasas de lactancia natural se pueden atribuir, en parte, al desconocimiento de la importancia de esta práctica, y al hecho de que a las mujeres pobres que viven en las ciudades y trabajan fuera del hogar se les dificulta amamantar a sus hijos. Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, la OMS y la United Nations Children’s Fund (UNICEF, 2012) recomiendan ^(3,4):

- Que la lactancia inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante reciba solo leche materna.
- Que la lactancia sea a libre demanda.
- No utilizar biberones, ni chupones.

1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrimentos que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido, prácticamente todas las madres pueden amamantar, si se les da el apoyo, los consejos y el aliento adecuados, así como ayuda práctica para resolver cualquier problema ^(5,6).

La lactancia materna con frecuencia y sin restricciones puede asegurar la producción continua de leche; y la ayuda para posicionar y colocar el bebé, aumentan las posibilidades de que la lactancia materna tenga éxito. La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de beneficios; tiene consecuencias profundas sobre la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil ⁽⁵⁾.

1.1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Le brinda protección extra contra todo tipo de infecciones y enfermedades, entre ellas: infecciones en el oído, infecciones

respiratorias, diarrea, alergias, diabetes, obesidad, esclerosis múltiple, enfermedades virales y bacterianas e incluso algunos tipos de cáncer como la leucemia y el linfoma. Las niñas amamantadas también reciben protección contra cáncer de mama, además tienen menos problemas de caries y de deformaciones dentales. Los bebés que toman el pecho utilizan más de veinte músculos de la cara y la mandíbula, y los ejercitan más del doble que los bebés que toman biberón. Esto es muy importante porque "prepara" la boca, la lengua y la garganta para formar los sonidos necesarios para el lenguaje.

Estudios han demostrado que la lactancia materna, previene la aparición temprana de sobrepeso y obesidad, el peso y la talla son más bajos en comparación con aquellos niños alimentados con fórmula, lo que indica que si el niño se alimenta con leche materna, crecerá de acuerdo con los estándares de crecimiento porque la ganancia de peso será más baja ^(6, 7,8).

1.1.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario, cáncer de mama y osteoporosis, aumenta los recursos familiares, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente ⁽⁶⁾.

Inmediatamente después del parto, ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres. También ayuda a que la placenta sea expulsada con mayor rapidez. La succión del bebé al tomar del pecho en las primeras semanas después del parto ayuda al útero a regresar más rápidamente a su tamaño natural.

También ayuda a regresar al peso normal, ya que el cuerpo de la madre lactante utiliza alrededor de 400 a 500 calorías extras diariamente. La comodidad y la economía de tiempo y recursos también son aspectos a favor de la lactancia.

Nada que comprar, nada que esterilizar, nada que calentar. En cualquier lugar y a cualquier hora puede alimentar a su bebé.

Además de todas estas ventajas, existen también beneficios emocionales. El cuerpo de una mujer que está lactando produce oxitocina, que despierta en la madre una sensación de bienestar y sentimientos muy fuertes de cuidar, amar y proteger a su bebé. Esto la ayuda a responder mejor a las necesidades de su hijo. Otra hormona que producen las madres lactantes es la prolactina, la cual la ayuda a estar más tranquila y relajada. Una madre que amamanta a su bebé recibe muchas recompensas a cambio de un esfuerzo relativamente pequeño ⁽⁵⁾.

1.1.3. BENEFICIOS NUTRICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida; el bebé no necesita ingerir ningún otro líquido o alimento. Además, la leche materna lleva los anticuerpos de la madre, que ayudan a combatir las enfermedades. El acto de la lactancia materna en sí estimula el crecimiento adecuado de la boca y la mandíbula, y la secreción de hormonas para la digestión y para que el bebé se sacie. La lactancia materna crea un vínculo especial entre la madre y el bebé y la interacción entre la madre y el niño durante la lactancia materna tiene repercusiones positivas para la vida en lo que se refiere a la estimulación, la conducta, el habla, la sensación de bienestar y la seguridad, y la forma en que el niño se relaciona con otras personas. La lactancia materna también reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas más adelante en la vida, tales como la obesidad, el colesterol alto, la presión arterial alta, la diabetes, el asma infantil y las leucemias infantiles. Los estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta que los bebés alimentados con fórmula ⁽⁹⁾.

1.2. CONTACTO PIEL A PIEL

El contacto temprano piel a piel consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. Algunos de los beneficios del contacto piel a piel son ⁽⁶⁾:

- Tranquiliza a la madre y al bebé y ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del bebé.
- Ayuda a mantener caliente al bebé con el calor que irradia el cuerpo de la madre.
- Ayuda con la adaptación metabólica y estabilización de la glicemia en el bebé.
- Permite la colonización del intestino del bebé con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que sostenga al bebé y no la enfermera, médico u otros, lo que podría resultar en que las bacterias de estas otras personas colonicen el bebé.
- Reduce el llanto del bebé, reduce el estrés y el gasto energético.
- Facilita el apego entre la madre y su recién nacido.
- Permite que el bebé encuentre el pecho y se pegue, lo cual tiene más posibilidades de terminar en una succión efectiva que cuando el bebé se separa de su madre en las primeras horas.

1.3 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada ⁽¹⁰⁾:

- Galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.

- Fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar un poco, por un tiempo, con monitorización cuidadosa).

Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna ⁽¹⁰⁾:

- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g).
- Muy prematuros (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pretérmino, pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

1.3.1 AFECCIONES MATERNAS

Madres que podrían requerir el evitar la lactancia:

- Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS).

Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente ⁽¹⁰⁾:

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia.
- Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.
- Medicación materna:
 - ✓ Medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo

y depresión respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.

- ✓ Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones más seguras disponibles - la madre puede reiniciar la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia.
- ✓ El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados.
- ✓ La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes ⁽¹⁰⁾:

- Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
- Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después.
- Hepatitis C
- Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.
- Tuberculosis: la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis.
- Uso de sustancias:
- Se ha demostrado efecto dañino en los bebés amamantados de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados.
- El alcohol, opioides, benzodiacepinas y cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como el bebé

1.4 MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Alrededor de la lactancia y las fórmulas lácteas hay muchos mitos que, en su mayoría, sólo distorsionan los hechos, como los siguientes (figura 1.1) ⁽¹¹⁾:

Figura 1.1. Mitos sobre la Lactancia Materna.	
Mito	Realidad
El estrés, la fatiga o el bajo consumo de líquidos y alimentos por lo general producen escasez de leche.	Las causas más comunes de escasez de leche se deben a tomas infrecuentes y/o problemas de afianzamiento y postura del bebé al mamar. Esto se debe, en general, a la incorrecta información que recibe la madre del lactante.
Una madre debe tomar leche para producir leche.	Una dieta saludable de verduras, frutas, cereales, proteínas y agua es todo lo que una madre necesita para nutrirse y producir leche materna.
Las mujeres con senos pequeños no tienen suficiente leche.	El que los pechos sean grandes o pequeños no tiene ninguna relación con la cantidad de leche que una mujer produce. Al alimentarse, el bebé estimula con su lengua y labios los senos para producir leche.
Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.	Los estudios demuestran que aun las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y en cantidad para suplir las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso peso se debe al consumo insuficiente de leche materna o a un problema orgánico del niño
Muchos bebés necesitan biberones de agua o leche de fórmula para recibir suficiente cantidad de líquidos.	Suministrar líquidos adicionales a los bebés en plena lactancia sólo puede influir en que el bebé no mame suficiente leche, y por tanto, la madre deje de producirla.
La leche de fórmula sólo la deben tomar los niños.	Todas las personas necesitan un aporte suficiente de proteínas y calcio. Este último es importante para evitar la descalcificación de los huesos en la vejez.
Si se alimenta a un bebé con leche materna y leche de fórmula, éste puede enfermar.	La alimentación con leche materna y de fórmula no le hace daño al bebé. Sin embargo, es muy importante que la lactancia con leche materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida, sin adicionar jugos o agua.

Amador L. Leche materna vs Leche de fórmula. Rev. Consumidor. 2004: 62-67.

CAPÍTULO 2. FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

A partir del nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, los lactantes obtendrán su alimento principal que es la leche materna, a través del proceso de la succión nutritiva. La producción de leche materna es un proceso fisiológico, que forma parte del ciclo reproductor⁽¹²⁾.

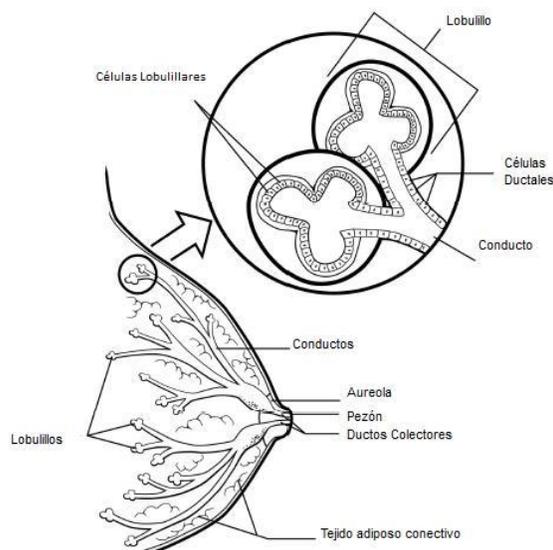
2.1. ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La estructura del pecho materno incluye el pezón y la areola; el tejido mamario; el tejido conectivo de soporte y la grasa; los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios (figura 2.1)⁽¹³⁾

2.1.1. EL TEJIDO MAMARIO

Incluye a los alvéolos, que son pequeños sacos compuestos por células secretoras de leche y a los conductos que transportan la leche al exterior. Entre las mamadas, la leche se almacena en el lumen de los alvéolos y de los conductos. Los alvéolos están rodeados por una canasta de células musculares, que se contraen y hacen posible que la leche fluya por los conductos^(13, 14).

Figura 2.1. Anatomía de la glándula mamaria.



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, 2010.

2.1.2. PEZÓN Y AREOLA

La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé, aunque el reconocimiento también es olfativo, el recién nacido reconoce a su madre por el olor. Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos de Montgomery. El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En pezón tiene un promedio de nueve conductos lactíferos que lo atraviesan hacia el exterior ^(13,14).

2.2. HORMONAS QUE PARTICIPAN EN LA LACTANCIA MATERNA

Existen dos hormonas que afectan al pecho materno de manera directa: la prolactina y la oxitocina. Otras hormonas, como los estrógenos, están involucradas de manera indirecta en la lactancia. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina ^(13, 15).

2.2.1. PROLACTINA

La prolactina es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares. La prolactina se eleva durante el embarazo y estimula el crecimiento del tejido mamario. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, por lo tanto la prolactina deja de ser bloqueada y se inicia la producción de leche. Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de prolactina, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos. Los niveles de prolactina tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de la mamada ⁽¹³⁾.

2.2.2. OXITOCINA

La oxitocina provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. El reflejo de oxitocina es llamado también reflejo de salida o reflejo de eyección de la leche. La oxitocina inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como el tocar, oler o ver, o escuchar el llanto de su bebe. Si la madre tiene un dolor intenso o está emocionalmente afectada, el reflejo de oxitocina puede inhibirse y la leche puede repentinamente dejar de fluir ^(13, 16).

2.3. LACTOGÉNESIS

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

Etapa I: Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).

Etapa II: Iniciación de lactancia propiamente, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.

Etapa III: Mantención de la producción de la leche o galactopoyesis.

Etapa I: La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios ⁽¹⁴⁾.

Etapa II.- La etapa II de la lactogénesis conlleva un incremento en el flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa. El inicio de la etapa II tiene lugar a 2-3 días después del parto, cuando la secreción de leche se hace abundante.

Etapa III.- En esta etapa se presentan las modificaciones más importantes en la composición de la leche, donde se establece la leche madura, lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama ⁽¹⁴⁾.

CAPÍTULO 3. COMPOSICIÓN Y VALOR NUTRICIONAL DE LA LECHE HUMANA

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie ⁽¹⁷⁾.

Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos. Tan sólo por su valor nutricional, la leche es suficiente para suplir las necesidades fundamentales del recién nacido. Sin embargo, la leche no sólo debe ser considerada como la fuente principal de alimento, también es proveedora de elementos reguladores o facilitadores en el proceso de maduración o adaptación a la vida extrauterina ⁽¹⁸⁾.

Se distinguen: El precalostro, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

3.1. COMPOSICIÓN DEL PRECALOSTRO

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa ⁽¹⁹⁾.

3.2 COMPOSICIÓN DEL CALOSTRO

Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta que lo hace espeso. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml ⁽¹³⁾.

Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48mg/ 100ml, al día. Y su pH de 7.45 favorece el vaciamiento gástrico. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio ⁽²⁰⁾.

3.3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE DE TRANSICIÓN

Su producción se inicia después del calostro y dura entre 5 y 10 días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura ⁽²¹⁾.

3.4. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MADURA

El volumen promedio de leche madura producida es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. El valor calórico de la leche madura es aproximadamente 700 kcal/l con variaciones individuales. Proteínas 5 % - 10 % del total calórico, carbohidratos 35 % - 40 %, lípidos 50 % - 55 % ⁽¹⁹⁾.

Agua: Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios ⁽¹⁷⁾.

Osmolaridad: La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles ⁽¹⁷⁾.

Hidratos de Carbono: Aportan energía al sistema nervioso central. El principal azúcar es la lactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos ^(17,19).

Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanóico con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central ⁽¹⁹⁾.

Proteínas: La proteína de la leche humana está compuesta de 30 % de caseína y 70 % de proteínas del suero. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La lactoferrina contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el

recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor del cerebro y la retina ⁽¹⁹⁾.

Minerales: La leche materna contiene minerales necesarios para el bebé como calcio, hierro, magnesio, cobre, zinc, fósforo y flúor.

CAPÍTULO 4. TÉCNICAS DE AMANTAMIENTO

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes. Los reflejos principales son: El reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución (figura 4.1):

Figura 4.1. Reflejos del Lactante	
Reflejo	Característica
Reflejo de búsqueda	Se presenta cuando algo toca los labios o la mejilla del lactante, y él bebe gira para encontrar el estímulo y abre su boca, colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante y está presente, aproximadamente, desde la semana 32 de gestación.
Reflejo de succión	Se presenta cuando algo toca el paladar del lactante, y el bebe comienza a succionarlo.
Reflejo de deglución	Se presenta cuando la boca del lactante se llena de leche, y este deglute.

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. 2010; Washington.

Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde, aproximadamente, la semana 31. La coordinación de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35. A esta edad, los lactantes sólo pueden succionar durante cortos períodos de tiempo, pero pueden recibir suplementación con leche materna mediante un vaso o taza. La mayoría de los lactantes son capaces de lactar completamente a la edad gestacional de 36 semanas ⁽¹³⁾.

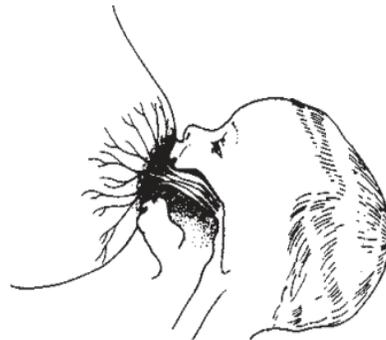
4.1. AGARRE AL PECHO MATERNO

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé ⁽²²⁾.

Buen agarre (figura 4.2) ⁽⁶⁾:

- El pezón y la areola se estiran hasta alcanzar la orofaringe del bebé.
- Los conductos largos que yacen debajo de la areola están dentro la boca del bebé.
- La lengua del bebé se estira hacia adelante por encima de la encía inferior para que pueda comprimir el pecho y de esta manera extraer la leche. Esto se llama succión.
- Cuando un bebé agarra el pecho dentro de su boca de esta manera, el bebé está bien pegado y puede obtener la leche fácilmente.

Figura 4.2. Buen agarre.



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, 2010.

Mal agarre (figura 4.3) ⁽⁶⁾:

- El pezón y la areola no se estiran hasta la parte posterior de la orofaringe.
- Los conductos de leche no están dentro de la boca del bebé.
- La lengua del bebé está detrás y dentro de la boca y no puede exprimir la leche.
- El bebé tiene mal agarre. El bebé está succionando solo el pezón, que puede ser doloroso para la madre. El bebé no puede succionar efectivamente ni sacar leche.

Figura 4.3. Mal agarre.



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, 2010.

4.1.1. SIGNOS DE BUEN Y MAL AGARRE AL PECHO MATERNO

Existen algunos signos para identificar si el bebé está agarrando el pecho adecuadamente como ^(22, 23):

- Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
- La boca del lactante está muy abierta.
- El labio inferior del lactante está evertido.
- El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

4.2. LA ACCIÓN DE SUCCIÓN

Si el lactante tiene buen agarre al pecho materno, entonces podrá succionar de manera efectiva. Los signos de succión efectiva indican que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El bebé deglute cuando la parte posterior de la boca se llena de leche ⁽²⁴⁾.

4.2.1. SIGNOS DE UNA SUCCIÓN EFECTIVA

Algunos de los signos para identificar si la succión del bebe es efectiva son ^(24, 25):

- El bebé succiona lenta y profundamente, algunas veces con pausas cortas.
- Se puede ver y escuchar la deglución.
- Las mejillas están llenas, no hundidas durante la succión.
- El bebé termina de mamar y suelta el pecho por sí mismo y se ve contento.
- Estos signos le dicen que el bebé esta “tomando” la leche y esta es una succión efectiva.

4.2.2. SEÑALES DE UNA SUCCIÓN NO EFECTIVA

Algunos signos para identificar si la succión del bebe no es efectiva son ⁽²⁵⁾:

- Si él bebe tiene solo succiones rápidas y hace sonidos de chupeteo o chasqueo.

- Mejillas hundidas.
- El bebé está inquieto en el pecho, se queja, y agarra y suelta el pecho una y otra vez.
- El bebé no se satisface al final de la mamada.

CAPÍTULO 5. POSICIONES DE AMANTAMIENTO

Cada binomio madre hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas. Cuando la producción de leche se ajusta a las demandas del niño o la niña, las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que se hace en forma más eficiente. El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Una correcta técnica de amamantamiento contribuye al éxito de la lactancia materna ⁽²⁴⁾.

Hasta que la lactancia este bien establecida, se sugieren mamadas frecuentes alternando el seno con el cual se comienza y empleando ambos pechos cada vez, aunque el recién nacido no siempre toma de ambos en la misma mamada ⁽¹³⁾.

5.1. CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Posición significa cómo la madre sostiene a su bebé para que agarre bien el pecho. La madre puede amamantar en varias posiciones. Como regla general, hay que amamantar con comodidad y siempre mantener el cuerpo de ambos enfrentados, panza con panza. Es importante variar las posiciones durante el día para el mejor vaciamiento de las mamas y la prevención de la tensión láctea o grietas del pezón ⁽²²⁾.

5.1.1. CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE

La correcta posición de la madre durante el amamantamiento es de gran importancia para el éxito de la Lactancia Materna, y esta consiste en ^(6,23):

- Sentarse cómoda con la espalda apoyada y con los pies sobre un apoyo, para facilitar el amantamiento.
- Si el bebé es demasiado pequeño utilizar una almohada o almohadón para acomodarlo a la altura del pecho.

- Sostener al bebe sobre su brazo, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de su codo.
- Sostener la mama con la mano formando una “C”, con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba.
- Fomentar el reflejo de búsqueda del pezón: con el pezón tocar el labio inferior del bebe varias veces hasta que abra ampliamente la boca, en ese momento, y con un movimiento rápido, llevar al bebe hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y la mayor parte de la areola dentro de su boca.
- Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc.)

5.1.2. CORRECTA POSICIÓN DEL BEBE

Para amamantar con comodidad, es necesario colocar al bebé en una posición correcta, además dicha posición ayudara a que él bebe tenga una succión efectiva. La posición correcta consiste en ^(13, 26):

- El cuerpo del bebe debe de estar alineado, oído, hombro y cadera, para que el cuello del bebé no esté torcido ni extendido hacia atrás o flexionado hacia adelante.
- El cuerpo del bebe debe de estar pegado al cuerpo de la madre, así el bebé es llevado al pecho y no el pecho hacia el bebé.
- Apoyar tanto la cabeza, los hombros, y si es recién nacido, todo el cuerpo; frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón, y la barbilla debe tocar el pecho.

5.1.3. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO SENTADA

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en un banco. Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola. Es la

posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione resultándole más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad (figura 5.1) ⁽²⁴⁾.

Figura 5.1. Posición de amamantamiento sentada.



UNICEF. Manual de Lactancia Materna. Ecuador, 2012

5.1.4. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO INVERTIDA O BALÓN DE RUGBY

Figura 5.2. Posición de amamantamiento invertida o balón de rugby.



Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier

zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros (figura 5.2) ⁽²⁷⁾ .

5.1.5. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO ACOSTADA

En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada sobre una almohada con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrente y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas, nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica (figura 5.3) ^(24, 25) .

Figura 5.3. Posición de amamantamiento acostada.



UNICEF. Manual de Lactancia Materna. Ecuador, 2012

5.1.6. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO DE CABALLITO

Figura 5.4. Posición de amamantamiento de caballito.



Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.

En esta posición, el bebé está sentado sobre una de las piernas de la madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula o problemas de hipotonía. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que buena porción de pecho descansa sobre

el labio inferior facilitando el agarre (figura 5.4) ⁽²⁷⁾.

5.1.7. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO CRUZADA

En esta posición ambos bebés están estirados frente a la madre, mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que los cuerpos de ambos se cruzan. Esta posición se utiliza para gemelos especialmente si son pequeños (figura 5.5) ⁽²³⁾.

Figura 5.5. Posición de amamantamiento cruzada.



Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.

5.1.8. POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO MIXTA

Figura 5.6. Posición de amamantamiento mixta.



Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.

Se trata de una posición también muy frecuente con bebés múltiples, en la que uno mama estirado frente a la madre y el otro en posición “de rugby” (figura 5.6) ⁽²³⁾.

5.2. EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE HUMANA

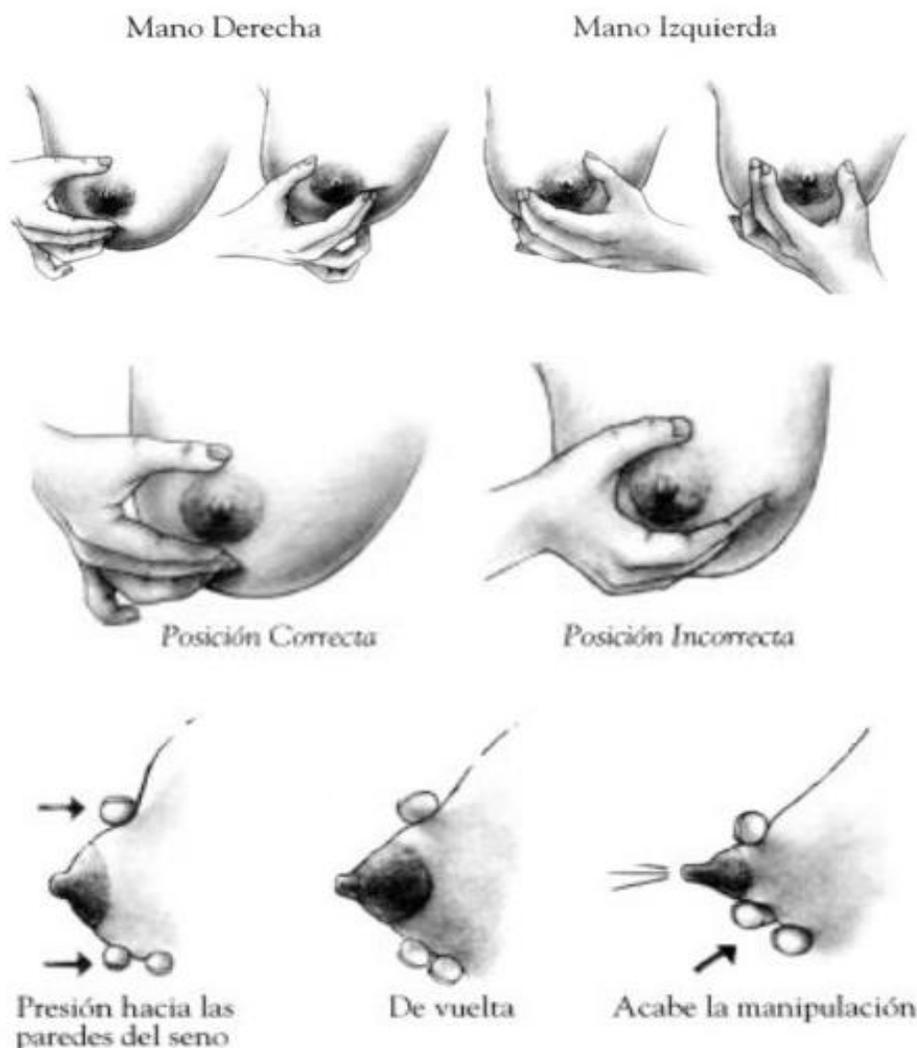
Las madres que amamantan pueden encontrar motivos inesperados para separarse de sus recién nacidos, sin embargo es más frecuente que las mujeres necesiten extraer y almacenar su leche para eventos planeados, flexibilidad en su estilo de vida y regresar al trabajo. El conocimiento de cómo almacenar y manejar apropiadamente la leche materna es esencial para el éxito de la lactancia materna. La leche humana es un alimento vivo, fresco, con muchas propiedades antioxidantes, antibacterianas, prebióticas, probióticas y estimuladoras del sistema inmune, además de nutrientes. Aunque algunos de estos nutrientes y propiedades saludables cambian con el almacenamiento, hay buena evidencia de que el almacenamiento de la leche materna puede ser seguro, permitiendo proporcionar una nutrición óptima para el niño cuando no puede ser amamantado o no hay disponibilidad de leche recién extraída. La leche humana almacenada mantiene sus cualidades únicas al grado de que sigue siendo el estándar de oro en alimentación infantil, superior a la alimentación artificial ⁽²⁸⁾.

5.2.1. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE HUMANA

La manera ideal para la extracción de leche materna es la técnica de extracción manual la cual consiste en los siguientes pasos (figura 5.7) ⁽²⁹⁾:

- La madre debe de elegir un ambiente tranquilo y tener pensamientos agradables. Su habilidad para relajarse facilitará que baje la leche.
- Deben lavarse bien las manos con agua y jabón. Las manos sucias pueden transmitir virus y bacterias, algunos de los cuales pueden causar enfermedades.
- Sentarse o quedarse de pie cómodamente y mantener el recipiente cerca del pecho.
- Dar masajes a los pechos con movimientos circulares, especialmente en la zona de la areola y pezón.
- Colocar el dedo pulgar sobre el pecho por encima del pezón y la areola, y el índice por debajo, opuesto al pulgar. Con los otros dedos sostiene el pecho.(en forma de “C”)
- Presionar el pulgar y el índice ligeramente hacia adentro, hacia la pared torácica, evitando presionar demasiado fuerte para no bloquear los conductos de leche. Comprima los dedos rítmicamente, como si el niño estuviese mamando. Hacer presión y soltar, hacer presión y soltar.
- Extraer leche de un pecho durante por lo menos 3 a 5 minutos hasta cuando el flujo disminuya, luego extraer del otro pecho, y luego repetir en los dos lados, hasta que sienta ambos pechos blandos. La extracción adecuada de leche toma entre 20 y 30 minutos, especialmente en los primeros días cuando puede que solamente se produzca un poco de leche.
- Extraiga su leche hacia un envase limpio y estéril, de plástico o vidrio con tapa.

Figura 5.7 Técnica de extracción manual de Leche Materna



Comité de Protocolos de la Academy of Breastfeeding Medicine. Almacenamiento de Leche Humana. Información para el Uso Casero en Bebés a Término. 2010; 5(3).

5.2.2. ALMACENAMIENTO DE LECHE HUMANA

Una vez extraída la leche materna debe de ser almacenada en envases de vidrio o plástico limpios y estériles con tapa, para evitar contaminación. Los envases deben lavarse con agua y detergente, y posteriormente colocarlos en agua hirviendo por 15 min. Los frascos deben ser etiquetados con fecha y hora de extracción. La leche, debe de refrigerarse para evitar su degradación o congelarse si no va a utilizarse las próximas 48-72 horas. A temperatura ambiente el tiempo

de vida de la leche materna es de 8 a 12 horas, en refrigeración (4°C) el tiempo de vida es de 3-5 días y en congelación (-20°C) se conserva por alrededor de 3 meses ⁽¹⁵⁾.

5.2.3. DESCONGELACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE HUMANA

Para lograr una descongelación exitosa y un transporte efectivo, se deben llevar acabo las siguientes recomendaciones ^(15,28):

- Utilizar la leche de fecha más atrasada.
- Descongélela lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior.
- Calentar la leche a baño maría. No usar microondas para descongelar.
- Es habitual que la grasa de la leche extraída se separe dándole un aspecto de “leche cortada”. Al agitarla suavemente recuperará su apariencia normal.
- El transporte los envases con leche, de preferencia dentro de una caja aislante con hielo.

CAPÍTULO 6. PROGRAMAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

6.1. HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales Amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica ^(6, 29).

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud ^(6, 29).

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH. Las aptitudes básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de capacitación para trabajadores sanitarios del primer nivel en materia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el que se combinan aspectos preventivos y asistenciales. La evaluación del asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados y los agentes de salud comunitarios en materia de lactancia materna ha demostrado que se trata de una intervención eficaz para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva ^(6, 30).

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño describe las intervenciones esenciales para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva.

6.1.1. DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

Los diez pasos de la iniciativa Hospital amigo del niño y de la niña son ^(6, 31):

1. Tener una política de lactancia materna por escrito que se pone en conocimiento de todo el personal de rutina.
2. Capacitar al personal de la maternidad en las habilidades para implementar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora inmediatamente después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separarse de sus bebés.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que este médicamente indicado
7. Practicar el alojamiento conjunto, permitir a la madre su bebé permanecer juntos las 24 horas del día.
8. Alentar la lactancia a demanda.
9. No dar biberones, ni chupones a bebés que están amamantando
10. Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia en la comunidad y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital

6.2. CÓDIGO INTERNACIONAL PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger

y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales ha definido y fortalecido las estipulaciones del Código.

La Conferencia Internacional de Nutrición del 1992 en Roma, definió que una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición es a través de fomentar la lactancia materna, concluyendo que una de las acciones para aumentar los índices de la lactancia materna en el mundo es la implementación del monitoreo del Código Internacional. Dicho Código, *25 años después*, sigue siendo “*la piedra angular*” para las autoridades de salud pública en regular algunas normas básicas como ⁽³²⁾ :

- No anunciar sucedáneos de leche materna, biberones, ni tetinas
- No obsequiar muestras gratuitas a las madres
- No realizar promociones en los sistemas de salud, que incluye no ofrecer suministros de fórmula gratis o a bajo costo
- No permitir que se entreguen donaciones o muestras gratuitas a las/los trabajadoras/os de la salud
- No utilizar fotografías de bebés, ni palabras que idealicen la alimentación artificial en las etiquetas de los productos; la información provista a las / los trabajadoras/es de la salud debe ser científica y objetiva
- La información sobre alimentación artificial, incluyendo la que aparece en las etiquetas, deberá explicar los beneficios y superioridad de la lactancia materna y alertar sobre los peligros relacionados con la alimentación artificial.

Todos los gobiernos deberían incorporar el Código en sus normas jurídicas. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Salud Mundial. Más de 20 países ya poseen proyectos de ley que esperan ser

aprobados. UNICEF colabora con legisladores y abogados a fin de que en más países se pongan en vigencia el Código y otras normas y leyes de protección de la maternidad. La implementación del Código es fundamental para la salud de los lactantes y niñas/os.

A pesar de los desafíos que suponen los trastornos sociopolíticos, la pandemia del VIH y los desastres naturales y aquellos ocasionados por la humanidad, hay una mayor cantidad de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. No obstante, aún en aquellos lugares en donde la lactancia materna es parte de la cultura, las condiciones podrían no ser óptimas; y cuando la práctica común es la alimentación artificial, las consecuencias podrían ser nefastas ⁽³²⁾.

El demorar o restringir la toma de leche materna y sustituirlas con otros productos antes de los seis meses, continúa siendo la práctica común que aumenta el riesgo de infecciones, alergias, enfermedades de largo plazo y muerte ⁽³²⁾.

La alimentación con leche materna y la buena nutrición en la infancia son aspectos cruciales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, en particular, los que se refieren a la supervivencia infantil, como reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años para 2015, erradicar la pobreza extrema y el hambre ⁽³²⁾.

UNICEF trabaja con aliados, gobiernos y comunidades para proteger y promover la lactancia natural, apoyando leyes nacionales relacionadas con la alimentación de los recién nacidos, mejorando la atención pre y posnatal y brindando recursos a las madres primerizas a nivel de las comunidades. Otra gran prioridad para UNICEF es apoyar la lactancia materna durante las situaciones de emergencia, cuando las malas prácticas alimentarias suelen contribuir a la mortalidad infantil ⁽³²⁾.

6.3. LA LIGA DE LA LECHE

La Liga de la Leche se fundó en 1956 y, en la actualidad, atiende cada mes a más de 300.000 madres en 63 países. La Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA) ⁽³³⁾.

La Liga de La Leche se fundó para proporcionar información, apoyo y estímulo, principalmente a través de ayuda personal, a todas las madres que quieran amamantar a sus hijos. Es de vital importancia la ayuda que una madre puede prestar a otra madre para entender las necesidades de su hijo o hija y para aprender a satisfacerlas del mejor modo posible, si bien será siempre un complemento a los cuidados del pediatra y otros profesionales de la salud ⁽³²⁾.

La Liga de la Leche cree que amamantar, con la cantidad de ventajas físicas y psicológicas importantes que comporta, es lo mejor para el bebé y la madre, a la vez que constituye la forma ideal de iniciar la relación del hijo o hija con sus padres. La ayuda cariñosa y el apoyo del padre permiten a la madre concentrarse en el cuidado del pequeño; así los padres desarrollan juntos una estrecha relación que fortalece a la familia y a todo el tejido social ⁽³³⁾.

La Liga de la leche cree además que, a través de la lactancia, las madres comprenden y aceptan con mayor claridad las responsabilidades y recompensas que les trae su especial papel dentro de la familia. El crecimiento que experimenta una mujer como madre se refleja en un crecimiento como persona, y enriquece con entendimiento y humanidad los demás papeles que desempeña a lo largo de su vida. La Liga de la Leche Internacional, tiene como misión ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar mediante la ayuda, el apoyo, la información y la formación madre a madre, y en promover un mejor entendimiento de la lactancia como elemento importante en el sano desarrollo del niño y la madre ⁽³³⁾.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Directa o indirectamente, la malnutrición es responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años. Bastante más de dos tercios de estas muertes, a menudo relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, se producen en el primer año de vida. Un tercio de los lactantes reciben lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses ⁽³⁴⁾.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido ⁽³⁵⁾.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida.

Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y siguiendo dándole el pecho hasta los dos años, cada año se salvarían unas 220 000 vidas infantiles.

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento.

La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños ⁽³⁶⁾.

Se ha demostrado que la deficiente información que poseen las madres sobre la lactancia materna es una causa del abandono de ésta práctica; igualmente hay madres trabajadoras que suspenden la lactancia materna por falta de

asesoramiento, responsabilidad social, cultural y hospitalaria, ya que debido a esto, se incrementa el uso de sucedáneos de la leche materna ^(37, 38, 39, 40).

Es por lo anterior que se crea la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM?

III. JUSTIFICACIONES

Cerca de 5500 niños mueren en el mundo cada día debido a prácticas de alimentación inadecuadas. Muchos niños sufren los efectos a largo plazo de estas prácticas que incluyen desarrollo alterado, desnutrición, y un incremento en las infecciones y enfermedades crónicas. También se ha documentado un incremento en la incidencia de obesidad en los niños que no amamantaron. Mejorar la alimentación de los lactantes y niños pequeños es relevante en todas partes del mundo ⁽²⁾.

De acuerdo con la OMS más del 60 % de los niños no recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y menos de la mitad comienza a amamantarse durante la primera hora de vida; en realidad la nueva generación de madres desconoce el valor especial de su propia leche, no tiene la confianza o la seguridad de que son capaces de producir toda la leche que necesita el infante y de igual manera la importancia de valor nutritivo ⁽⁴¹⁾.

El deterioro en México de la lactancia materna es evidente, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), en México, el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5% y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia ⁽⁴²⁾.

Existen múltiples factores que afectan la lactancia materna siendo uno de los de mayor relevancia la falta de información y la poca capacitación que recibe la madre, a pesar de que actualmente todo personal de salud está obligado a brindarle capacitación a la madre sobre lactancia materna.

Los estudios hablan por sí solos, se tiene que seguir evaluando a la población sobre el conocimiento de la lactancia materna y darles la información que necesitan para evitar su devaluación.

Actualmente se están implementando todo tipo de programas a beneficio de la lactancia materna, el Hospital de Ginecología y Obstetricia actualmente está iniciando con la implementación el programa Hospital Amigo del Niño y de la Niña, por lo cual los resultados de dicha investigación se tomaran como base para iniciar la capacitación con las madres acerca de la lactancia materna.

IV. OBJETIVOS

IV.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la información que con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

IV.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si las mujeres postparto practican lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Identificar la información sobre los beneficios de la lactancia materna que poseen las mujeres postparto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Identificar la información sobre las posiciones de amantamiento que poseen las mujeres postparto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Identificar la información sobre almacenamiento de la leche materna, que poseen las mujeres postparto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Identificar la información sobre extracción de la leche materna, que poseen las mujeres postparto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

V. HIPÓTESIS

Más del 50 % de las mujeres postparto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, cuentan con información insuficiente sobre Lactancia Materna.

Dimensión espacial y temporal.- Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, en enero de 2014.

VI .MÉTODO

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo transversal, descriptivo y prospectivo.

VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ÍTEM
Lactancia materna	Es la acción de dar leche humana al recién nacido, con el fin de brindarle beneficios de crecimiento y desarrollo. ⁽¹⁾	Alimentación al seno materno.	Cualitativa	Importancia y beneficios de la lactancia Materna. Técnicas y posiciones de amamantamiento. Composición de la leche materna. Almacenamiento de la leche materna.	1 al 32 y el inciso E
Edad	Años de vida transcurridos desde el nacimiento a la fecha. ⁽⁴³⁾	Años cumplidos de las participantes.	Cuantitativa continua	Todas	A
Nivel de Escolaridad	Grado de estudios que posee una persona. ⁽⁴³⁾	Grado de estudio de las participantes.	Cualitativa	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	B
Ocupación	Trabajo o acción en el que emplea su tiempo una persona. ⁽⁴³⁾	Actividad que realiza las participantes.	Cualitativa	Hogar Trabajadora Estudiante Profesional	C
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. ⁽⁴³⁾	Vínculo personal que tienen las participantes	Cualitativa	Soltera Casada Divorciada Unión libre	D
Información	Conjunto organizado de datos procesados. ⁽⁴³⁾	Datos adquiridos	Cualitativa	Suficiente para aquellas participantes que contesten 22 reactivos o más correctamente Insuficiente para aquellas participantes que contesten menos de 22 reactivos correctamente	

VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

La unidad de observación fueron mujeres postparto que tuviesen la capacidad de dar lactancia materna del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Se trabajó con todas las mujeres que ingresaron en el mes de enero de 2014.

VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que se encontraran lactando en ese momento.
- Mujeres postparto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Que aceptaron participar en el estudio voluntariamente, aceptando y firmando la carta de consentimiento informado para participar en el estudio. (Anexo1)

VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No aceptar participar en la investigación.
- Que no estuviesen hospitalizadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
- Mujeres que no estuviesen lactando en ese momento.
- Mujeres que hayan tenido contraindicada la lactancia.
- Mujeres cuyos hijos hayan tenido contraindicada la lactancia.
- Mujeres cuyos hijos hayan fallecido.

VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que ya no hayan querido participar en el estudio.

VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El instrumento de investigación (Anexo 2) fue un cuestionario, para determinar la información con la que cuentan las mujeres postparto acerca de lactancia materna.

El instrumento de investigación estuvo conformado por datos personales y preguntas en relación a la importancia y beneficios de la lactancia materna, técnicas de amantamiento, posiciones de amantamiento y composición y almacenamiento de la leche materna

Dicho cuestionario constó de 32 preguntas tanto abiertas como cerradas.

Por arriba de 22 preguntas contestadas correctamente la información con la que cuentan las madres sobre Lactancia Materna fue suficiente, mientras que por debajo de 22 preguntas contestadas correctamente la información fue insuficiente.

VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

Se solicitó la autorización del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, para realizar dicha investigación en sus instalaciones, posteriormente se solicitó la autorización del proyecto por Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina.

Se hizo la validación del instrumento de investigación, por medio de jueceo, con 7 expertos del tema.

Una vez obtenida la autorización para la realización de la presente investigación, se les explicó el objetivo de la investigación a las mujeres participantes y se procedió a firmar el consentimiento informado. Se realizó la aplicación de instrumento de investigación previamente validado a las participantes.

Se recopiló y depuró la información y se estableció la información con la que cuentan las madres sobre lactancia materna.

VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

La presente investigación de llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, en el período de enero del 2014.

VI. 8 DISEÑO DE ANÁLISIS

Una vez hecha la recolección de la información, los resultados se presentaron mediante estadística descriptiva, utilizando el programa Microsoft Office Excel.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, esta investigación se basó en:

En esta investigación, prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Se contó con el consentimiento informado y por escrito de los sujetos que participaron en la investigación o de su representante legal. Se explicó la investigación a detalle, los objetivos y procedimientos a realizar.

Se protegió la privacidad del individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo hayan requerido y este lo autorice.

El sujeto fue libre de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio ⁽⁴⁴⁾.

Además el presente trabajo se llevó a cabo de acuerdo a los postulados éticos contenidos en la declaración de Helsinki ⁽⁴⁵⁾.

VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se aplicaron 188 encuestas de las cuales 7 fueron excluidas debido a que el instrumento de investigación no fue llenado por completo.

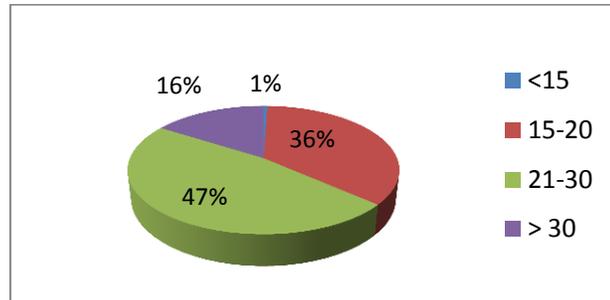
De las 181 mujeres encuestadas 47% se encontraban en un rango de edad de entre 21 y 30 años de edad, 36% entre 15 y 20 años, 16% mayores de 30 años y solo 1% se encontraba por debajo de los 15 años (figura 8.1). Según el estudio realizado por el Valdés Dacal, S. (2002), las mujeres adolescentes menores de 18 años presentan muchas complicaciones durante su embarazo como bajo peso materno, anemia, amenaza de parto pretérmino así como bajo peso al nacer ⁽⁴⁶⁾. Por otro lado Amaro Hernández, F. (2006), observó que la HTA crónica, la Diabetes Mellitus, las cardiopatías y ruptura temprana de membranas, son algunas complicaciones más importantes encontradas en mujeres embarazadas mayores de 35 años de edad ⁽⁴⁷⁾.

Figura 8.1. Edad

Rango de edad	Fx	(%)
<15	1	1 %
15-20	65	36 %
21-30	86	47 %
> 30	29	30 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.1. Edad



Fuente: Figura 8.1

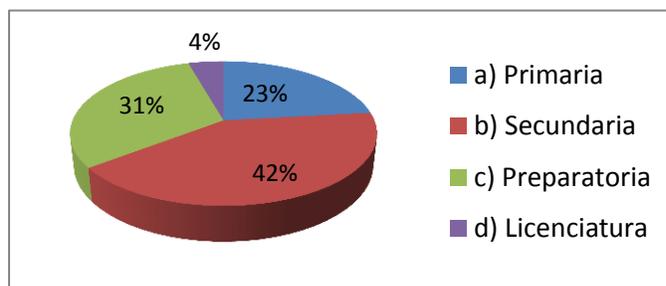
En lo referente a la escolaridad, 23% de las mujeres solo cuentan con primaria, 42% con secundaria, 31% preparatoria y solo 4% cuenta con Licenciatura (figura 8.2). Tomando en cuenta el estudio de Charlton, D. (2002) que demuestra que la escolaridad se relaciona con embarazos en edad temprana y falta de información ⁽⁴⁸⁾.

Figura 8.2. Nivel de Escolaridad

Escolaridad	Fx	(%)
a) Primaria	42	23 %
b) Secundaria	75	42 %
c) Preparatoria	56	31 %
d) Licenciatura	8	4 %
Total	181	100%

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.2. Nivel de Escolaridad



Fuente: Figura 8.2

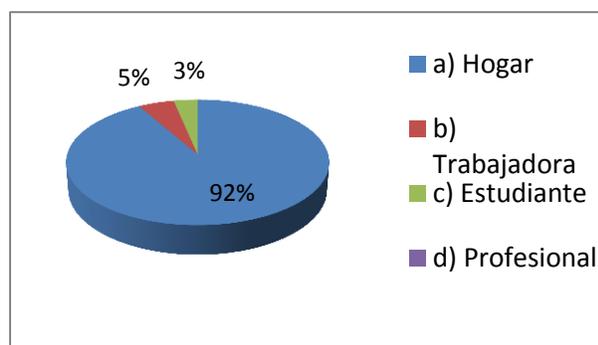
Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (92%) se dedicaban al hogar (figura 8.3); la lactancia se ve afectada por la mayor cantidad de mujeres en el ámbito laboral, lo que de acuerdo a la OMS (2010), a nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva, esto conlleva al deterioro de la lactancia materna y aun incremento en la mortalidad de niños menores de 5 años. ⁽¹⁾

Figura 8.3. Ocupación

Ocupación	Fx	(%)
a) Hogar	166	92 %
b) Trabajadora	9	5 %
c) Estudiante	6	3 %
d) Profesional	0	0 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.3. Ocupación



Fuente: Figura 8.3.

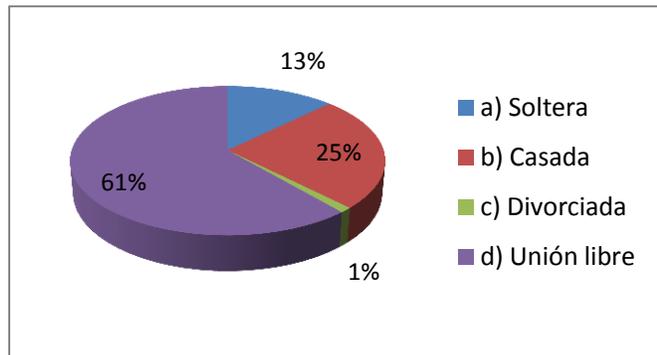
De las 181 mujeres encuestadas, 61% viven en unión libre, 13% son solteras, 25% casadas, mientras que solo 1% de las mujeres se encuentran divorciadas (figura 8.4).

Figura 8.4. Estado Civil

Estado Civil	Fx	(%)
a) Soltera	23	13 %
b) Casada	45	25 %
c) Divorciada	2	1 %
d) Unión libre	111	61 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.4. Estado Civil



Fuente: Figura 8.4.

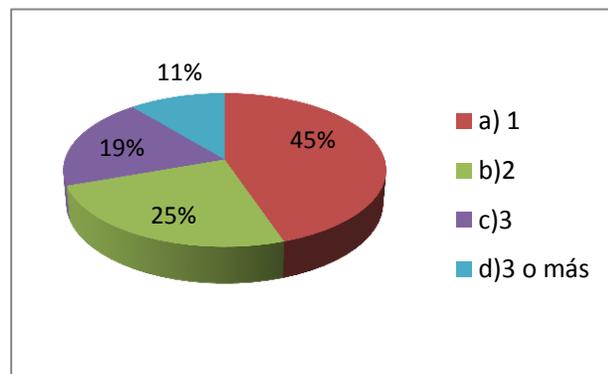
Tomando en cuenta el estudio mencionado anteriormente Charlton, D (2002), que demuestra que la escolaridad se relaciona con embarazos en edad temprana ⁽⁴⁸⁾, se puede observar que 55% de las participantes tenían más de 1 hijo, mientras que 45% tenían solo 1 (figura 8.5).

Figura 8.5. Número de hijos

Número de hijos	Fx	(%)
a) 1	81	45 %
b) 2	45	25 %
c) 3	35	19 %
d) 3 o más	20	11 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.5. Número de hijos



Fuente: Figura 8.5

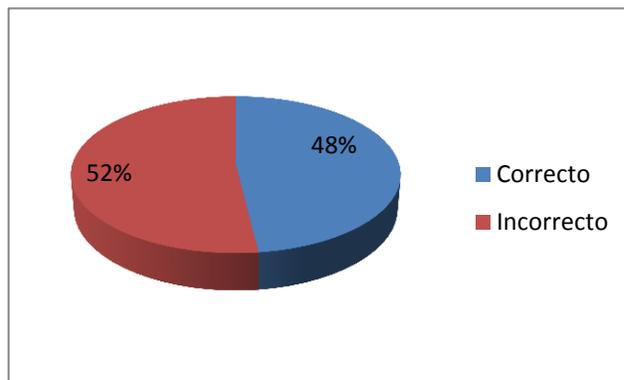
De acuerdo con la OMS (2010) la Lactancia Materna es la forma ideal de aportar al bebé los nutrimentos necesarios para su crecimiento y desarrollo ⁽¹⁾, el estudio nos muestra que únicamente 4 de cada 10 mujeres conocen lo que es la Lactancia Materna (figura 8.6).

Figura 8.6. ¿Explique brevemente qué es la Lactancia Materna?

Respuestas	Fx	(%)
Correcto	87	48%
Incorrecto	94	52%
Total	181	100%

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.6. ¿Explique brevemente qué es la Lactancia Materna?



Fuente: Figura 8.6.

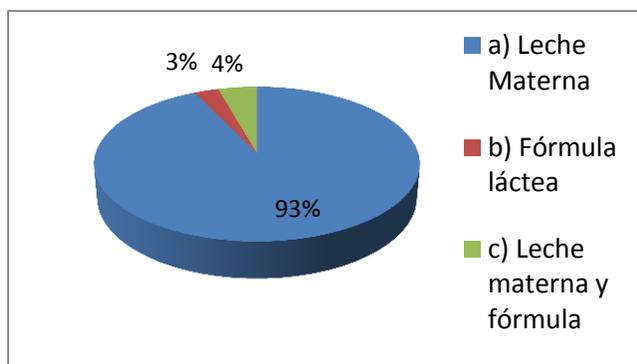
Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (93%) ofrecían Lactancia Materna exclusiva a sus bebés durante el alojamiento conjunto (figura 8.7), esto puede deberse a lo mencionado por Martínez, L. (2011), que el alojamiento conjunto se encuentra relacionado con el intervalo lactancias, en donde las que tienen alojamiento dan de lactar en mejores intervalos que aquellas que no tienen alojamiento ⁽⁴⁹⁾

Figura 8.7. ¿Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos?

Opciones	Fx	(%)
a) Leche Materna	168	93 %
b) Fórmula láctea	5	3 %
c) Leche materna y fórmula	8	4 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.7. ¿Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos?



Fuente: Figura 8.7.

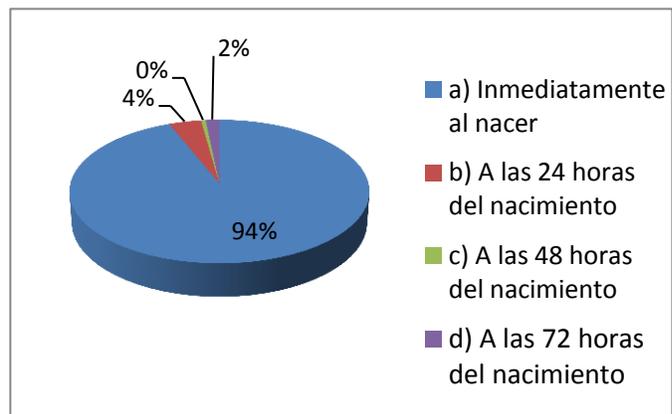
Del total de las mujeres encuestadas, 94% considera que la Lactancia Materna debe comenzar inmediatamente al nacer, 4 % que debe comenzar a las 24 horas del nacimiento y 2% menciona que debe comenzar a las 72 horas después del nacimiento (figura 8.8). Según la Organización Mundial de la Salud (2010), la Lactancia Materna debe comenzar la primera hora de vida ⁽¹⁾, por lo que todas aquellas mujeres que acertaron fueron las que indicaron que la Lactancia Materna debe comenzar inmediatamente al nacer.

Figura 8.8. ¿En qué momento considera que debe comenzar la Lactancia Materna?

Opciones	Fx	(%)
a) Inmediatamente al nacer	170	94%
b) A las 24 horas del nacimiento	7	4%
c) A las 48 horas del nacimiento	1	0%
d) A las 72 horas del nacimiento	3	2%
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.8. ¿En qué momento considera que debe comenzar la Lactancia Materna?



Fuente: Figura 8.8.

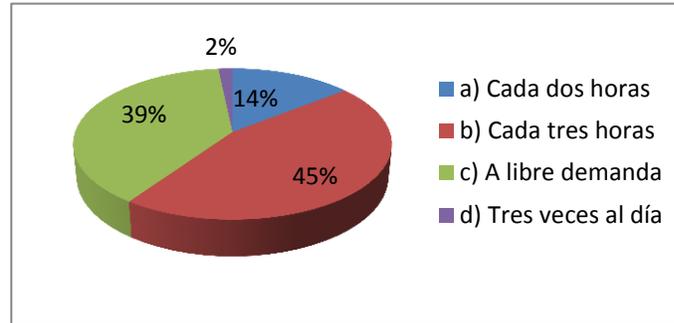
Del total de las participantes, 14% consideran que se debe de lactar al bebé cada dos horas, 45% dice que debe ser cada tres horas, 2% tres veces al día, mientras que solo 39% contestó correctamente (figura 8.9) de acuerdo a los recomendado por la United Nations Children´s Fund (2012) que la Lactancia debe ser a libre demanda ⁽⁴⁾.

Figura 8. 9. ¿Cada cuánto tiempo se debe de lactar a su bebé?

Opciones	Fx	(%)
a) Cada dos horas	26	14%
b) Cada tres horas	82	45%
c) A libre demanda	70	39%
d) Tres veces al día	3	2%
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.9. ¿Cada cuánto tiempo se debe de lactar a su bebé?



Fuente: Figura 8.9.

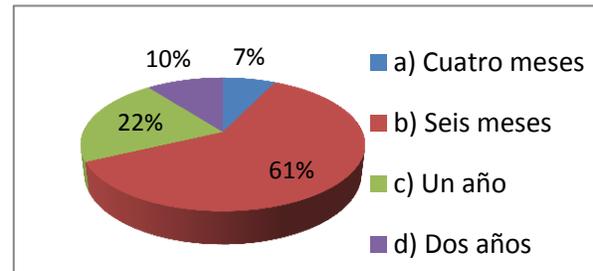
Se obtuvo que 6 de cada 10 niños (61%) consideran que deben recibir Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (figura 8.10), cifras mayores en comparación con las de la Organización Mundial de la Salud (2013), donde menciona que solo 40% recibe Lactancia Exclusiva hasta los 6 meses ⁽³⁶⁾.

Figura 8.10. ¿Cuánto tiempo debe durar la Lactancia Materna exclusiva?

Opciones	Fx	(%)
a) Cuatro meses	13	7 %
b) Seis meses	110	61 %
c) Un año	39	22 %
d) Dos años	19	10 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.10. ¿Cuánto tiempo debe durar la Lactancia Materna exclusiva?



Fuente: Figura 8.10.

Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (97%) que participaron en el estudio utilizarían el biberón para alimentar a su bebé (figura 8.11); 38% de las participantes mencionaron que no utilizarían el biberón debido a que la leche materna es mejor que la fórmula, 34% mencionaron que no es conveniente por que dañan las encías, entre otras (figura 8.11.1); por otro lado algunas de las razones más relevantes mencionadas por las madres del por qué sí utilizaría el

biberón se encuentra que 29% lo utilizarían en caso de que no hubiera leche, 19% utilizarían el biberón después de los 6 meses como complemento, 14% por trabajo, entre otras (figura 8.11. 2.)

La Organización Mundial de la Salud (2013) recomienda evitar el uso de biberón y chupones en el recién nacido, diversos estudios muestran las consecuencias que se presentan con el uso del biberón ⁽¹⁾. Martínez, L. (2011), menciona que el recién nacido que utiliza biberón presenta una confusión de pezón ya que la succión del biberón es diferente a la requerida durante la Lactancia Materna, además de interferir en la producción de leche, debido a que hay menor número de succiones lo que se traduce en menor producción de prolactina y por tanto destete precoz. ⁽⁴⁹⁾

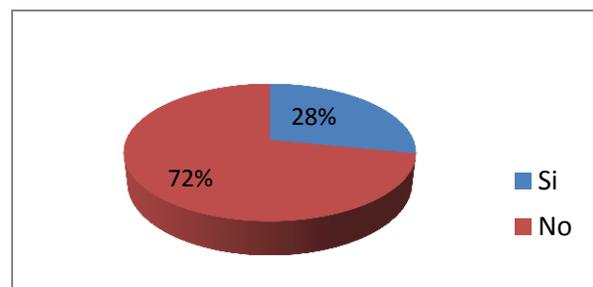
Así mismo, Goldstein, J. (2007), demostró que el riesgo de desarrollar Caries temprana en infancia aumenta cuando el bebé es amamantado por un periodo inferior a 6 meses, lo que hace suponer que la Lactancia Materna es un factor de protección ⁽⁵⁰⁾; es por esto que aquellas madres que acertaron al contestar fueron aquellas que no darían biberón a su bebé.

Figura 8.11. ¿Cree usted que es conveniente utilizar el biberón para alimentar a su niño?

Opciones	Fx	(%)
Si	51	28 %
No	130	72 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.11. ¿Cree usted que es conveniente utilizar el biberón para alimentar a su niño?



Fuente: Figura 8.11.

Figura 8. 11.1. Si ¿Por qué?

Respuestas	Fx	(%)
Refuerza nutrientes	1	2 %
Por alguna emergencia	1	2 %
Después de los 6 meses, como complemento	10	19 %
Cuando la madre está enferma	2	4 %
Les ayuda	5	10 %
Se puede dar agua y té	1	2 %
Por comodidad	2	4 %
Si el bebé no se llena	4	8 %
Cuando no hay pezón	1	2 %
Cuando no hay leche	15	29 %
Por trabajo	7	14 %
Cuando el bebé no tolera la Leche Materna	1	2 %
Cuando el bebé no succiona	1	2 %

Fuente: Instrumento de investigación

Figura 8. 11.2. No ¿Por qué?

Respuestas	Fx	(%)
No ayuda	10	8 %
Es mejor la Leche Materna	50	38 %
Daña los dientes y encías	44	34 %
Se enferman más con el biberón	8	6 %
Quita las defensas	1	1 %
Produce cólicos	5	4 %
Está contaminado	2	2 %
No se desarrollan bien	3	2 %
Provoca confusión en el bebé	3	2 %
Succiona aire	4	3 %

Fuente: Instrumento de investigación

De las mujeres encuestadas y tomando en cuenta que las participantes podían marcar más de una opción, 45% no conocen ningún padecimiento en donde este contraindicada la lactancia, 24% cree que la lactancia materna está contraindicada

cuando se usan sustancias (alcohol, drogas, tabaco, medicamentos, etc.), 11% mencionó Hepatitis C y 20% VIH SIDA (figura 8.12.)

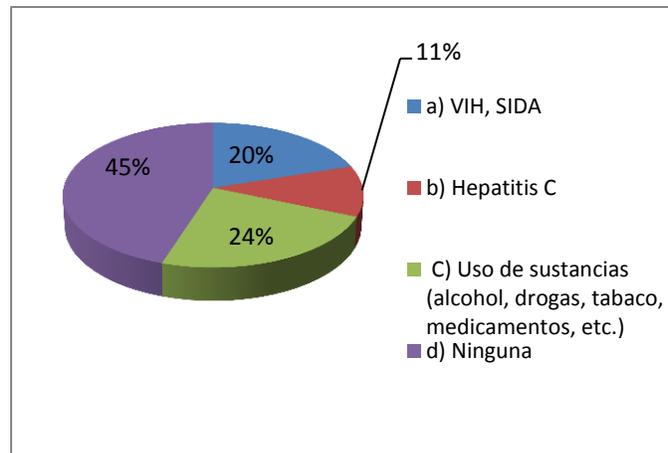
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2009), el VIH-SIDA es el único padecimiento en el cual está contraindicada la Lactancia ⁽¹⁰⁾, por tanto la respuesta se tomó como correcta si las madres contestaban solo la opción a (VIH, SIDA).

Figura 8. 12. ¿Cuándo, la madre tiene contraindicado dar lactancia materna?

Opciones	Fx	(%)
a) VIH, SIDA	44	20 %
b) Hepatitis C	25	11 %
C) Uso de sustancias (alcohol, drogas, tabaco, medicamentos, etc.)	52	24 %
d) Ninguna	99	45 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.12. ¿Cuándo, la madre tiene contraindicado dar lactancia materna?



Fuente: Figura 8. 12.

De las participantes, 25% mencionó que la Leche Materna contiene vitaminas, 20% mencionó calcio, seguido por el hierro con 16%, siendo estas las más populares (figura 8.13); tomando en cuenta las participantes podían marcar más de una opción, aquellas que tuvieran más de cuatro opciones tendrían la pregunta correcta.

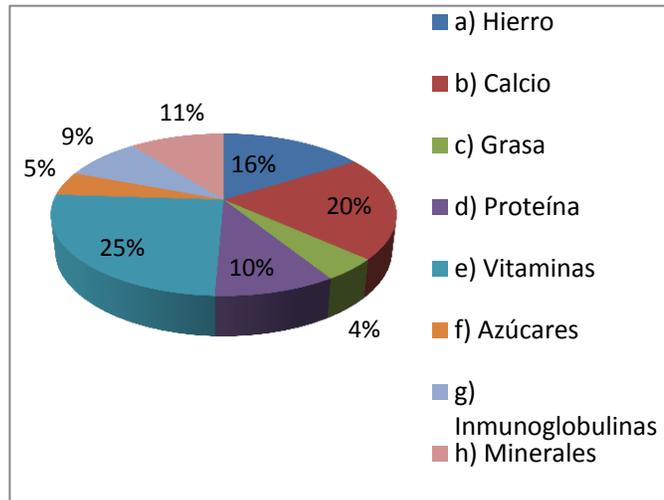
De acuerdo con Macías S. (2006), la leche materna tiene una naturaleza dinámica ajustada a las necesidades del niño en crecimiento y no solo aporta componentes nutritivos sino también factores bioactivos necesarios para el desarrollo infantil ⁽²⁰⁾.

Figura 8. 13. Señale con una X los componentes nutrimentales de la leche materna.

Opciones	Fx	(%)
a) Hierro	47	16 %
b) Calcio	60	20 %
c) Grasa	13	4 %
d) Proteína	28	10 %
e) Vitaminas	74	25 %
f) Azúcares	14	5 %
g) Inmunoglobulinas	25	9 %
h) Minerales	31	11 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 13. Señale con una X los componentes nutrimentales de la leche materna.



Fuente: Figura 8. 13.

De la totalidad de mujeres encuestadas, 72% creen que la leche materna si disminuye el riesgo de infecciones respiratorias en el bebé, 15% cree que esto es falso, mientras que 13% no sabe (figura 8.14).

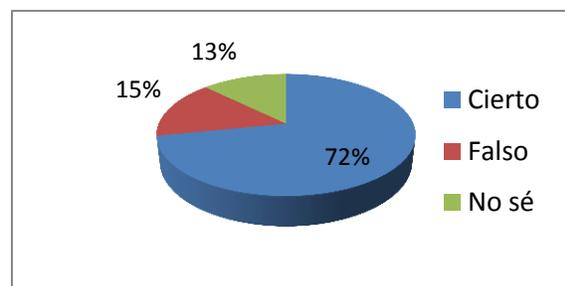
El estudio realizado por Hernández V. (2005), demuestran la aseveración de lo mencionado anteriormente, considerando a la Lactancia Materna exclusiva como factor protector de infecciones respiratorias (0.44%), en comparación con la alimentación mixta que se considera como factor de riesgo con (1.8%)⁽⁵¹⁾. Por lo que fue correcto para las participantes que indicaron que la pregunta es cierta.

Figura 8. 14. La leche materna, disminuye el riesgo de infecciones respiratorias.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	130	72 %
Falso	28	15 %
No sé	23	13 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 14. La leche materna, disminuye el riesgo de infecciones respiratorias



Fuente: Figura 8. 14.

Del total de las mujeres encuestadas 99% considera que el bebé alimentado con leche materna sí tendrá un mejor crecimiento y desarrollo, mientras que 1% cree que esto es falso (figura 8.15). El estudio realizado por Rodríguez M. (2009), demuestra que la alimentación exclusiva con leche materna, durante los seis primeros meses de vida, tiene una influencia en la evolución del peso del niño a lo largo del primer año, así parece que la ganancia de peso, en los alimentados con leche materna exclusivamente, es menor que los alimentados con lactancia mixta o lactancia artificial, además que los niños alimentados con leche materna tienen menor riesgo de presentar sobrepeso y obesidad a lo largo de la vida, en comparación con los alimentados con fórmula ⁽⁵²⁾.

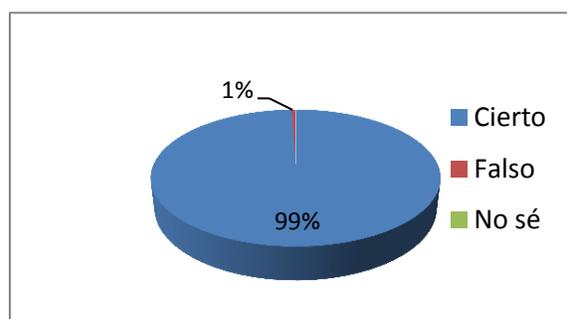
Otros estudios como el de Victoria C. (1987), muestran que los niños que no recibían leche materna tienen más riesgo de morbilidad por enfermedades respiratorias, gastrointestinales y por otros tipos de infecciones, frente a los alimentados con leche materna ⁽⁵³⁾.

Figura 8.15. El bebé alimentado con leche materna tendrá un mejor crecimiento y desarrollo.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	180	99 %
Falso	1	1 %
No sé	0	0 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 15. El bebé alimentado con leche materna tendrá un mejor crecimiento y desarrollo.



Fuente: Figura 8. 15.

De la totalidad de las participantes, 78% considera que las madres que amamantan a su bebé tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario, 11% considera esto falso, mientras que 11% no sabe (figura 8.16). De acuerdo al estudio de Lipworth L. (2000), las mujeres que amamantaron alguna vez tuvieron menor riesgo de desarrollar cáncer de mama y de ovario que aquellas

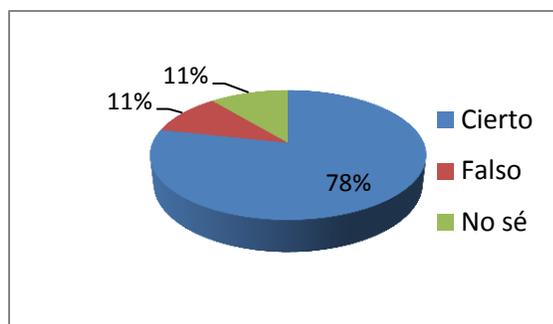
que nunca amamantaron, así la duración de la Lactancia Materna se asoció a menor riesgo de desarrollar estos tipos de cáncer ⁽⁵⁴⁾.

Figura 8.16. Las madres que amamantan a su bebé tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	142	78 %
Falso	19	11 %
No sé	20	11 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.16. Las madres que amamantan a su bebé tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.



Fuente: Figura 8. 16.

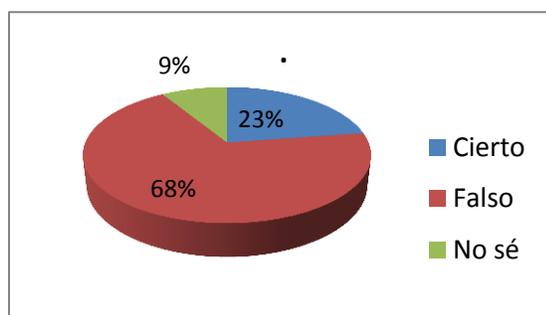
Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (98%) creen que la Lactancia Materna Exclusiva sirve como método anticonceptivo (figura 8.17), de acuerdo con Herrero I. (2008), el Método de Lactancia Amenorrea (MELA) los primeros 6 meses después del parto tiene una eficacia del 98%, debido a la supresión de la ovulación por cambios hormonales provocados por la succión del pecho ⁽⁵⁵⁾.

Figura 8.17. La lactancia materna exclusiva, sirve como método anticonceptivo.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	41	23 %
Falso	124	68 %
No sé	16	9 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.17. La lactancia materna exclusiva, sirve como método anticonceptivo.



Fuente: Figura 8. 17.

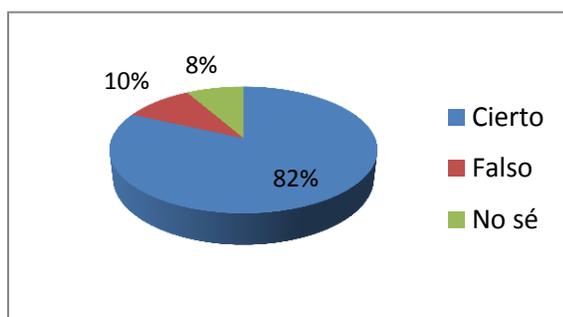
Del total de participantes, 82% cree que el bebé que se alimenta con leche materna se enferma menos de diarrea, 10% cree que esto es falso, mientras que 8% no sabe. Queda demostrada la aseveración de lo anterior con el estudio realizado por Hernández, V. (2005), donde se menciona que la Lactancia Materna exclusiva es factor protector de infecciones gastrointestinales (0.37%) en comparación con la alimentación mixta que se considera como factor de riesgo con 2% ⁽⁵¹⁾.

Figura 8. 18. El bebé que se alimenta de leche materna se enferma menos de diarrea.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	148	82 %
Falso	18	10 %
No sé	15	8 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 18. El bebé que se alimenta de leche materna se enferma menos de diarrea.



Fuente: Figura 8. 18.

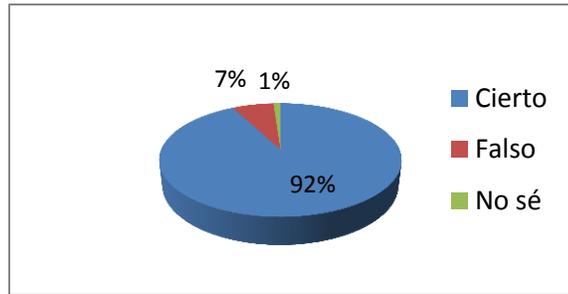
Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres (99%) sí considera que se ahorra tiempo y dinero al alimentar al bebé con leche materna (figura 8.19); de acuerdo a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (OMS, 2008), hay mayores gastos familiares para la adquisición y preparación de la alimentación artificial, como tiempo extra para dar esta alimentación, así como gasto adicional por enfermedad de los niños. ⁽⁶⁾

Figura 8. 19. Se ahorra tiempo y dinero al alimentar al bebé con leche materna.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	167	92 %
Falso	12	7 %
No sé	2	1 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 19. Se ahorra tiempo y dinero al alimentar al bebé con leche materna.



Fuente: Figura 8. 19.

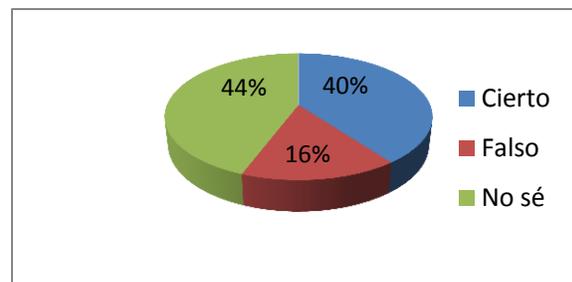
De las mujeres encuestadas, 40% consideran que dar pecho al bebé reduce la presencia de hemorragias en la madre, de acuerdo a la UNICEF (1995) el sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el recién nacido inmediatamente después del parto aumenta la producción y la liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original. ⁽¹⁷⁾

Figura 8. 20. Cuando se da pecho al bebé se reducen las hemorragias en la madre.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	72	40 %
Falso	29	16 %
No sé	80	44 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.20. Cuando se da pecho al bebé se reducen las hemorragias en la madre.



Fuente: Figura 8. 20.

De la totalidad de las mujeres encuestadas, 63% cree que la leche materna sí puede brindar protección al bebé de padecer en un futuro Diabetes Mellitus y Obesidad, 13% cree que esto es falso, mientras que 24% no sabe (figura 8.21).

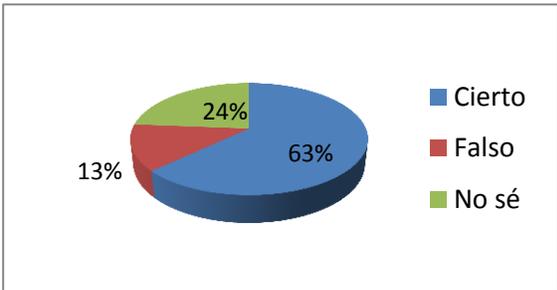
En el estudio Evidence Of the long-time effects of breaatfeeding (OMS, 2007), dice que los niveles de glucosa tienen una correlación inversa con los ácidos grasos de cadena larga en la membrana del músculo esquelético, ácido que contiene la leche materna a diferencia de las leches de fórmula que no lo poseen. Por lo que la lactancia materna tiene el beneficio a largo plazo de disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, de igual manera dice que al alimentar al bebé con leche materna tiene una diferencia en la ingesta de proteína y el metabolismo de energía, en comparación con alguna fórmula; hay respuestas diferenciales en respuestas hormonales a la alimentación; la fórmula puede resultar en una mayor respuesta de insulina resultando en deposición de grasa y un número elevado de “adipocitos” , esto hace que la lactancia materna disminuya el riesgo de padecer el Sobrepeso y la Obesidad ⁽⁵⁶⁾.

Figura 8. 21. La leche materna puede brindar protección al bebé de padecer en un futuro Diabetes Mellitus y Obesidad.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	114	63 %
Falso	24	13 %
No sé	43	24 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 21. La leche materna puede brindar protección al bebé de padecer en un futuro Diabetes Mellitus y Obesidad.



Fuente: Figura 8. 21.

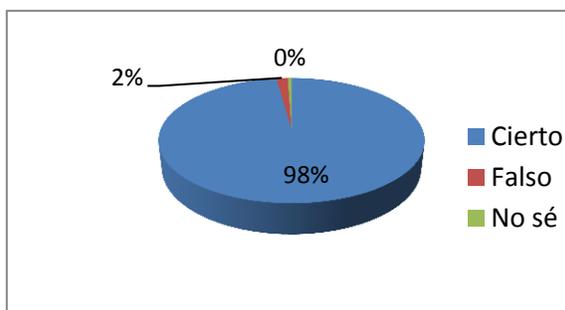
De la totalidad de las mujeres encuestadas 9 de cada 10 (98%) cree que la leche materna si proporciona todos los nutrimentos, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida (figura 8.22); según la OMS (2010) alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida es óptimo para el crecimiento, desarrollo y salud de los niños, ya que durante los primeros seis meses de vida la leche materna satisface las necesidades nutricionales de los bebés y reduce la mortalidad neonatal hasta un 20% ^(1,2).

Figura 8. 22. La leche materna proporciona todos los nutrimentos, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	177	98 %
Falso	3	2 %
No sé	1	0 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 22. La leche materna proporciona todos los nutrimentos, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida.



Fuente: Figura 8. 22.

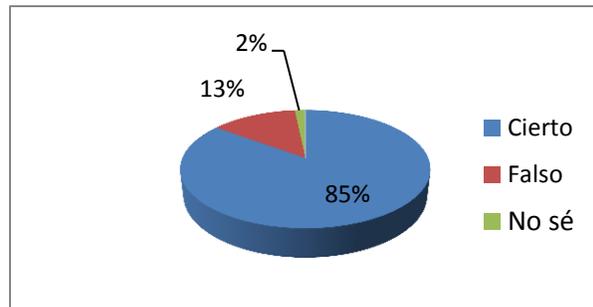
Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé ⁽²²⁾; en este caso, de la totalidad de las mujeres encuestadas 85% cree que cuando el bebé agarra el pecho debe de introducir el pezón y la mayor parte de la areola a su boca, 13% cree que esto es falso, mientras que 2% no sabe, por lo que únicamente quienes contestaron como cierta la pregunta estuvieron en lo correcto (figura 8.23).

Figura 8. 23. Cuando el bebé agarra el pecho debe de introducir el pezón y la mayor parte de la areola a su boca.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	154	85 %
Falso	24	13 %
No sé	3	2 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 23. Cuando el bebé agarra el pecho debe de introducir el pezón y la mayor parte de la areola a su boca.



Fuente: Figura 8. 23.

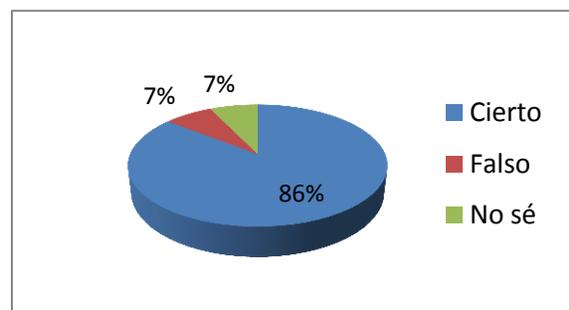
Estar sentada de una manera cómoda con la espalda apoyada y con los pies sobre un apoyo, hace que las posiciones de amamantamiento sean mejor utilizadas, el bebé tenga una mejor succión y por lo tanto la lactancia materna sea exitosa, al mismo tiempo que la madre se sentirá tranquila ^(6,23), cabe destacar que 86% cree que al momento de amamantar la madre debe de estar cómoda y con la espalda apoyada, 7% cree que esto es falso y 7% no sabe (figura 8.24).

Figura 8. 24. Al momento de amamantar la madre debe de estar cómoda y con la espalda apoyada.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	155	86 %
Falso	13	7 %
No sé	13	7 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 24. Al momento de amamantar la madre debe de estar cómoda y con la espalda apoyada.



Fuente: Figura 8. 24.

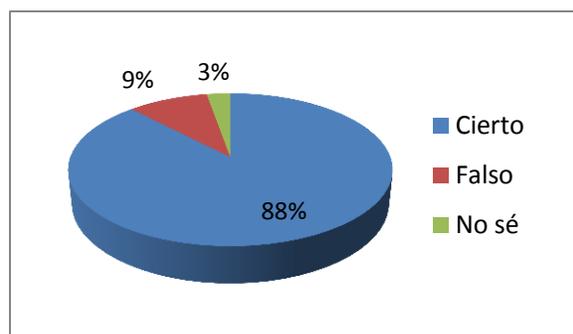
La mayoría de las mujeres postparto (88%) cree que el seno debe agarrarse en forma de "C", 9% cree que esto es falso, mientras que 3% no sabe (figura 8.25). En la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (OMS, 2008), dice que utilizar esta técnica para agarrar el pecho presionando ligeramente sobre la parte superior del pecho, puede mejorar la forma del mismo para que el bebé tenga un buen agarre; se igual manera, esto asegura que los dedos de la madre no estén tan cerca del pezón y así favorecer que el bebé agarre una buena porción del pecho en su boca ⁽⁶⁾.

Figura 8.25. El seno debe agarrarse en forma de "C".

Opciones	Fx	(%)
Cierto	159	88 %
Falso	17	9 %
No sé	5	3 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.25. El seno debe agarrarse en forma de "C".



Fuente: Figura 8. 25.

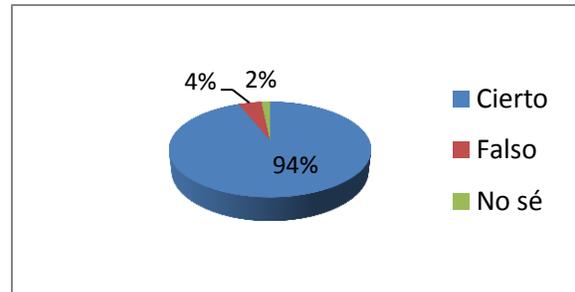
De la totalidad de las mujeres encuestadas, 94% cree que cuando el bebé es amamantado, su cuerpo debe de estar alineado y pegado al cuerpo de la madre, 4% cree que esto es falso, mientras que 2% no sabe (figura 8.26). Para amamantar con comodidad, es necesario colocar al bebé en una posición correcta, además dicha posición ayudará a que tenga una succión efectiva, el bebé debe estar alineado oído, hombro y cadera, para que el cuello no esté torcido ni extendido hacia atrás o flexionado hacia adelante. El cuerpo del niño debe de estar pegado al cuerpo de la madre, así el bebé es llevado al pecho y no el pecho hacia el bebé. ⁽¹³⁾

Figura 8. 26. Cuando el bebé es amamantado ¿Su cuerpo debe de estar alineado y pegado al cuerpo de la madre?

Opciones	Fx	(%)
Cierto	170	94 %
Falso	8	4 %
No sé	3	2 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 26. Cuando el bebé es amamantado ¿Su cuerpo debe de estar alineado y pegado al cuerpo de la madre?



Fuente: Figura 8. 26.

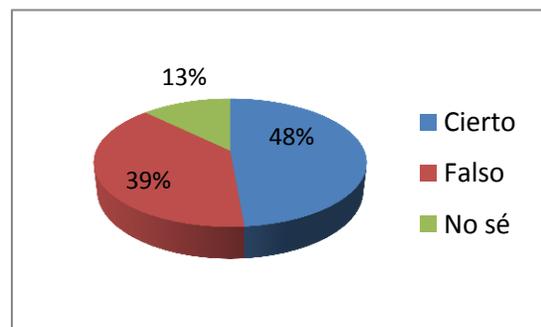
De la totalidad de las mujeres encuestadas, 48% cree que la lactancia materna si puede continuar aún cuando madre e hijo estén separados, 39% cree que esto es falso, mientras que 13% no sabe (figura 8.27). Según Flores Díaz, AL. (2006), la lactancia materna se ve afectada tras el abandono de las madres por diversos factores, entre ellos el incremento de madres trabajadoras, que tienen que dejar a sus hijos en guarderías o con algún familiar, sin embargo menciona que la mayoría de estas madres no tiene información acerca de cómo continuar la Lactancia Materna cuando la madre se encuentra separada de su hijo ⁽⁵⁷⁾, además Morán Rodríguez, M. (2009), en su estudio indica que las madres no siguen las recomendaciones de la OMS, lo que lleva a que la mayoría se incline por otras opciones como sucedáneos de la leche materna ⁽⁵⁸⁾.

Figura 8. 27. La lactancia materna puede continuar aun cuando madre e hijo estén separados.

Opciones	Fx	(%)
Cierto	88	48 %
Falso	70	39 %
No sé	23	13 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8 .27. La lactancia materna puede continuar aun cuando madre e hijo estén separados.



Fuente: Figura 8. 27.

Según el Protocolo Clínico: Almacenamiento de Leche Humana (2010), en conjunto con la OMS (2008) indican que hay varias maneras de mantener la leche materna en refrigeración y su duración puede variar según la higiene durante la extracción y el almacenamiento de la leche materna, además de la temperatura a la que se refrigere, sin embargo a una temperatura óptima de 4°C la leche materna dura alrededor de 3 a 5 días ^(6, 28).

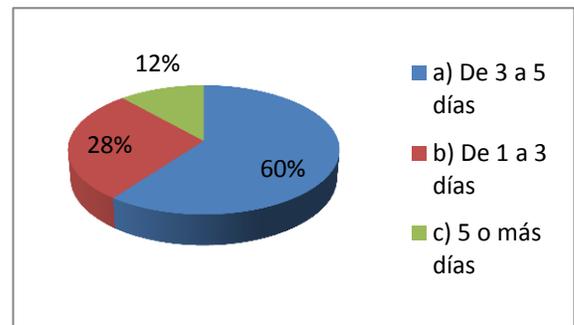
En este caso 60 % de las de la totalidad de las mujeres encuestadas acertó en este rubro, 28% contestó que la leche materna en refrigeración dura de 1 a 3 días, mientras que 12% cree que dura más de 5 días (figura 8.28).

Figura 8. 28. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en refrigeración?

Opciones	Fx	(%)
a) De 3 a 5 días	109	60 %
b) De 1 a 3 días	51	28 %
c) 5 o más días	21	12 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 28. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en refrigeración?



Fuente: Figura 8.28.

El tiempo de refrigeración y congelación de la leche humana depende de las medidas higiénicas de extracción, almacenamiento y de la temperatura; por lo que a una temperatura de -20 °C, la leche materna puede durar de 3 y hasta 6 meses congelada, lo que es ideal para evitar los sucedáneos de la leche materna, sin embargo varios estudios varían en sus declaraciones y en la seguridad que tiene la leche materna congelada, sin embargo es una oportunidad para el bebé de alimentarse de leche materna si la madres no está con ellos. ^(6, 28).

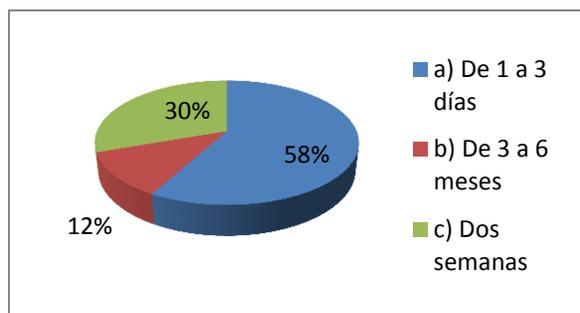
Es este caso únicamente 12% de las mujeres encuestadas acertó al contestar de 3 a 6 meses, 58% por su parte contestó que la leche materna dura congelada de 1 a 3 días y el resto (30%) contestó dos semanas (fuente 8.29).

Figura 8. 29. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en congelación?

Opciones	Fx	(%)
a) De 1 a 3 días	105	58 %
b) De 3 a 6 meses	21	12 %
c) Dos semanas	55	30 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 29. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en congelación?



Fuente: Figura 8.29.

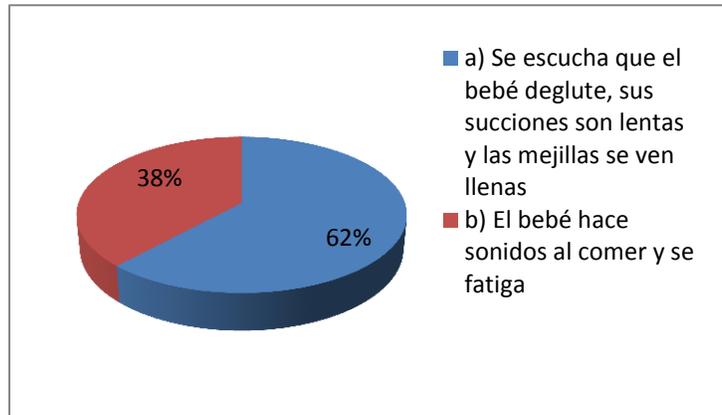
Del total de las mujeres encuestadas, 62% cree que los signos de una buena succión son cuando se escucha que el bebé deglute, sus succiones son lentas y las mejillas se ven llenas y 38% cree que los signos de una buena succión son cuando el bebé hace sonidos al comer y se fatiga (figura 8.30). Los bebés tienen tres reflejos importantes que les permiten obtener su alimento, estos son el reflejo de búsqueda, succión y deglución, el bebé por sí solo busca el pezón de la madre guiándose por el olor de la leche, toma el pecho hasta lograr que el pezón y parte de éste, toquen el paladar blando del bebé y finalmente con la boca llena de leche, degluten. Por lo que una buena succión es evidente cuando las succiones del bebé son lentas, se llenan las mejillas y se escucha que deglute ⁽⁶⁾.

Figura 8.30. ¿Cuáles son los signos de una buena succión?

Opciones	Fx	(%)
a) Se escucha que el bebé deglute, sus succiones son lentas y las mejillas se ven llenas	112	62 %
b) El bebé hace sonidos al comer y se fatiga	69	38 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 30. ¿Cuáles son los signos de una buena succión?



Fuente: Figura 8. 30.

Tomando en cuenta que en la siguiente pregunta sobre posiciones de amamantamiento, las mujeres encuestadas podían marcar más de una opción, se obtuvo lo siguiente; la posición más conocida, es con 45% la posición sentada, seguida por la acostada (42%), y las menos conocidas con 3% son cruzada y mixta (figura 8.31); si la madre contestó al menos dos opciones fue considerada correcta.

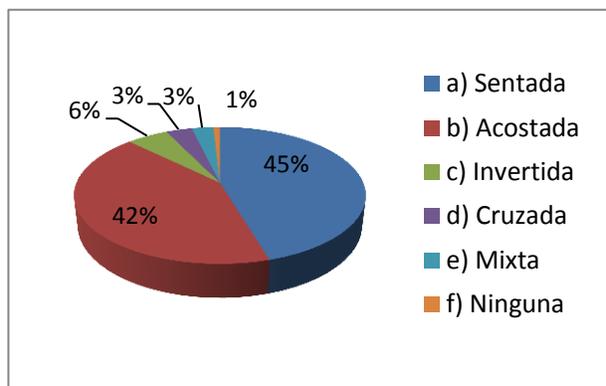
Cada binomio madre hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento de manera que no existen pautas rígidas en cuanto a la duración ni número de mamadas. Cuando la producción de leche se ajusta a las demandas del niño o la niña, las mamadas se irán haciendo más cortas a medida que se hace en forma más eficiente. El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Una correcta técnica de amamantamiento contribuye al éxito de la lactancia materna ⁽²⁴⁾.

Cuadro 8. 31. ¿Qué posiciones de amamantamiento conoce?

Opciones	Fx	(%)
a) Sentada	158	45 %
b) Acostada	146	42 %
c) Invertida	19	6 %
d) Cruzada	12	3 %
e) Mixta	10	3 %
f) Ninguna	3	1 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 31. ¿Qué posiciones de amamantamiento conoce?



Fuente: Figura 8. 31.

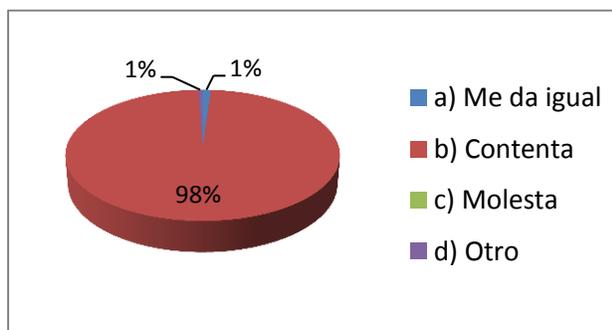
Al amantar a su bebé 9 de cada 10 mujeres (98%), se siente contenta (figura 8.32). El alojamiento conjunto tiene muchos beneficios, el bebé duerme mejor y llora menos; antes del nacimiento la madre y su bebé desarrollaron un ritmo de sueño/alerta que se alteraría si se separan, la lactancia se establece y continua, el bebé gana peso rápidamente; alimentarle respondiendo a las pautas del bebé es más fácil cuando el bebé está cerca, así ayuda a establecer una buena producción de leche; la madre adquiere confianza para atender a su hijo. El bebé está expuesto a menos infecciones estando cerca de su madre. Promueve el apego entre la madre y el bebé aún si la madre no está amamantando ⁽⁶⁾.

Figura 8. 32. ¿Cómo se siente al amamantar a su bebé?

Opciones	Fx	(%)
a) Me da igual	2	1 %
b) Contenta	178	98 %
c) Molesta	0	0 %
d) Otro	1	1 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 32. ¿Cómo se siente al amamantar a su bebé?



Fuente: Figura 8. 32.

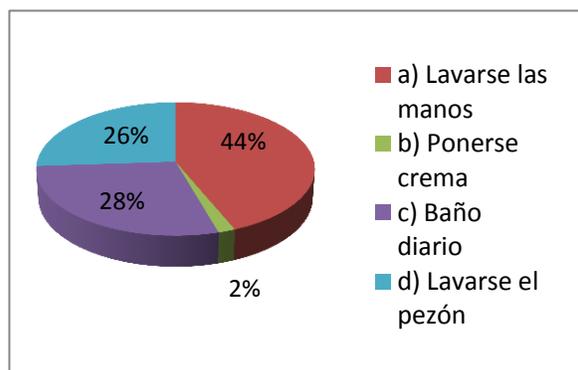
De las opciones de medidas de higiene que se deben de tener antes de amamantar al bebé, y teniendo en cuenta que se podían marcar más de una opción la más popular fue con 44% lavarse las manos, seguido por el baño diario con 28% y lavarse el pezón con 26%, la menos mencionada fue ponerse crema con 2% (figura 8.33), en este caso, a las mujeres que marcaron lavarse las manos y baño diario se tomó la respuesta como correcta. La medida más eficaz para eliminar los gérmenes que pueden provocar enfermedades, principalmente diarrea, una de las principales causas de muerte en niños menos de 5 años. Por otro lado el baño diario le permitirá a la madre tener los pezones limpios, es importante evitar mitos para la limpieza de los senos y pezones, ya que puede ser contraproducente para el bebé amamantado ⁽⁹⁾.

Figura 8. 33. ¿Cuáles son las medidas de higiene que se deben de tomar antes de amamantar al bebé?

Opciones	Fx	(%)
a) Lavarse las manos	146	44 %
b) Ponerse crema	6	2 %
c) Baño diario	95	28 %
d) Lavarse el pezón	87	26 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 33. ¿Cuáles son las medidas de higiene que se deben de tomar antes de amamantar al bebé?



Fuente: Figura 8. 33.

De acuerdo a las respuestas obtenidas en el instrumento de investigación el 83% de las mujeres contestaron correctamente alguna opción para producir más cantidad de leche (figura 8.34), entre las cuales se encontraron alimentar y tomar mucha agua (27%), masajearse los senos (7%), con 3% tomar galactogogos (alimentos que ayudan a la producción de leche⁽⁴³⁾), entre otras (figura 8.34.1); mientras que el 17% respondieron incorrectamente, se incluyeron respuestas como, comer más (37%), tomar leche (10%), tomar pulque, comer verduras y

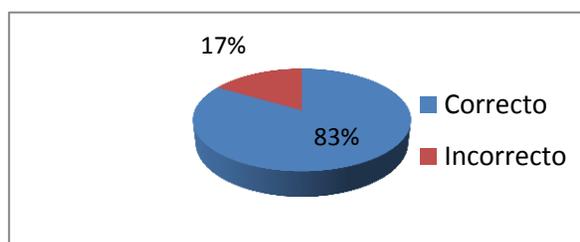
taparse el pulmón (en término coloquial significa cubrirse la espalda con un suéter o una manta) con 3%, además de que 44% no sabía (figura 8.34.2). La mayoría de las mujeres son guiadas por distintos instintos o mitos que a través de los años y de las generaciones antepasadas, y se han ido adoptando como una práctica segura y correcta, sin embargo hoy en día se sabe que seguir mitos o guiarse de ellos, puede sin más, no traer ningún beneficio, e incluso pueden llegar a ser perjudiciales para el binomio madre- hijo ⁽¹¹⁾.

Figura 8. 34. ¿Qué haría usted para producir más leche materna?

Opciones	Fx	(%)
Correcto	151	83 %
Incorrecto	30	17 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8.34. ¿Qué haría usted para producir más leche materna?



Fuente: Figura 8. 34.

Figura 8.34.1. Correcto

Respuestas	Fx	(%)
Alimentarse bien y tomar mucha agua	40	27 %
Alimentarse bien	40	26 %
Tomar mucha agua	56	37 %
Masajes en los senos	10	7 %
Tomar galactogogos	5	3 %

Fuente: Instrumento de investigación

Figura 8.34.2. Incorrecto

Respuestas	Fx	(%)
No sé	13	44 %
Comer más	11	37 %
Tomar leche	3	10 %
Tomar pulque	1	3 %
Comer verduras	1	3 %
Taparse el pulmón	1	3 %

Fuente: Instrumento de investigación

De acuerdo a las respuestas obtenidas en el instrumento de investigación 23% de las mujeres contestaron correctamente alguna opción si su bebé no se satisface, entre las que se encuentran consultar al pediatra con 44%, vaciar los senos para producir más leche (42%), comer bien con 7 %, acudir a un banco de leche (3%), asistir a la clínica de salud y acudir con una nodriza con 2 % (figura 8.35.1); mientras que 77% respondieron incorrectamente, entre este porcentaje se encuentra 88% con gran impacto, dar fórmula; mientras que 8% indica no saber qué hacer, y el resto le daría a su bebé con 1 % leche de vaca, fruta, té y atole (figura 8.35.2).

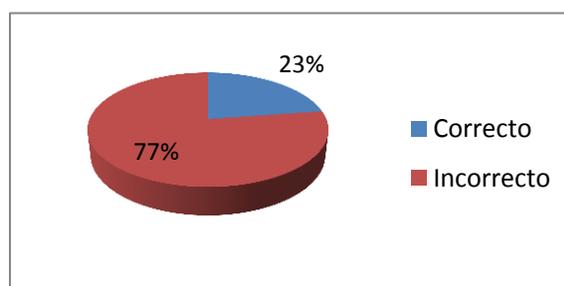
La lactancia materna muchas veces puede parecer un acto perfecto, pero cuando la madre se enfrenta a la lactancia real, pueden surgir muchas frustraciones y molestias, que a final influyen negativamente en el resultado de la lactancia natural, es por eso que las mujeres se guían por mitos que pueden afectar al bebé en su crecimiento y desarrollo, el uso de fórmulas principalmente se cree posee todas las cualidades de la leche materna y cubre las necesidades nutricionales básicas, y como es evidente la mayoría de las mujeres hasta hoy han caído en ese mito ⁽¹¹⁾.

Figura 8. 35. ¿Si usted cree que su bebé no se satisface que haría?

Respuestas	Fx	(%)
Correcto	41	77 %
Incorrecto	140	25 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 35. ¿Si usted cree que su bebé no se satisface que haría?



Fuente: Figura 8. 35.

Figura 8. 35.1. Correcto

Respuestas	Fx	(%)
Consultar al Pediatra	18	44 %
Vaciar los senos, para producir más leche	17	42 %
Banco de leche	1	3 %
Comer bien	3	7 %
Asistir a la Clínica de salud	1	2 %
Nodriza	1	2 %

Fuente: Instrumento de investigación

De la totalidad de mujeres encuestadas, 60% sí recibieron orientación sobre Lactancia Materna (figura 8.36), proveniente de varias fuentes entre las que se encuentran principalmente las enfermeras (54%) , seguido por el Doctor (14%), el Nutriólogo y los Centros de Salud (12%), la familia (3%) entre otras (1%) mientras que 40 % no han recibido capacitación (figura 8. 37).

El Programa Amigo del Niño y de la Niña (2008) está diseñado para el personal que tiene contacto con la embarazada, madres y sus recién nacidos. El personal incluye a Doctores, Parteras, Enfermeras, asistentes de atención de salud, Nutriólogos, grupos de apoyo y otro personal. Todos deben brindar orientación basándose en los Diez Pasos para una Lactancia Materna exitosa. Además de que es responsabilidad del personal de la salud darle valor a la Lactancia Materna y proteger este acto natural, a beneficio de las madres y sus recién nacidos ⁽⁶⁾.

Figura 8. 36. ¿Ha recibido orientación sobre Lactancia Materna?

Opciones	Fx	(%)
Si	72	40 %
No	109	60 %
Total	181	100 %

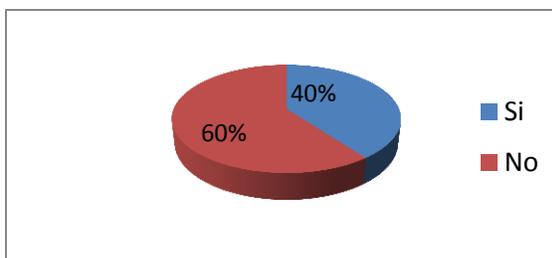
Fuente: Instrumento de investigación

Figura 8. 35.2. Incorrecto

Respuestas	Fx	(%)
Darle fórmula	123	88 %
No sé	12	8 %
Darle leche de vaca	1	1 %
Darle fruta	1	1 %
Darle té	1	1 %
Darle atole	2	1 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 36. ¿Ha recibido orientación sobre Lactancia Materna?



Fuente: Figura 8. 36.

Figura 8.37. Sí han recibido orientación.

Respuestas	Fx	(%)
Doctor	10	14 %
Nutrióloga	9	12 %
Enfermera	39	54 %
Plática de primera vez	2	3 %
Centro de salud	9	13 %
Familia	2	3 %
Servicio social	1	1 %

Fuente: Instrumento de investigación

De todas las mujeres que participaron en el estudio, 37% tienen información suficiente sobre Lactancia Materna, mientras que 63% tienen información insuficiente (figura 8.38), de las mujeres que recibieron orientación sobre Lactancia Materna, 51% obtuvo un resultado óptimo, mientras que 49% no lo tuvo (figura 8.40), se vieron resultados igualitarios en las mujeres que indicaron tener escolaridad de Licenciatura con 50% información suficiente y 50% insuficiente (figura 8.41).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). La duración de la Lactancia Materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres Encuestas de Nutrición y Salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de Lactancia Materna reflejan un franco deterioro de la Lactancia Materna. El porcentaje de Lactancia Materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia ⁽⁴²⁾.

En cuanto al número de hijos cabe destacar que aquellas que indicaron tener 3 hijos (11%) y 3 o más hijos (19%) (Figura 8.5), la información suficiente con la que cuentan fue mayor (49% y 45% respectivamente) en comparación con las que

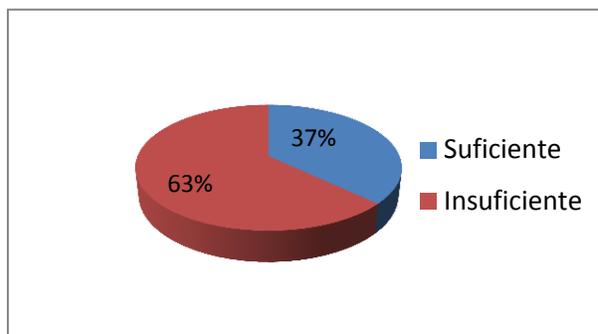
tienen un hijo (33%) o dos hijos (29%). Sin embargo para este ítem no influyó la cantidad de hijos pues en todas las informaciones insuficientes fue mayor.

Figura 8. 38. Las mujeres postparto tienen información suficiente sobre Lactancia materna.

Información	Fx	(%)
Suficiente	67	37 %
Insuficiente	114	63 %
Total	181	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Gráfica 8. 38. Las mujeres postparto tienen información suficiente sobre Lactancia materna.



Fuente: Figura 8. 38.

Figura 8. 39. Información con la que cuentan las mujeres que recibieron orientación.

Información	Fx	(%)
Suficiente	37	51 %
Insuficiente	35	49 %
Total	72	100 %

Fuente: Instrumento de investigación

Figura 8. 40. Información con la que cuentan las participantes de acuerdo a la escolaridad.

Escolaridad	Suficiente	Porcentaje	Insuficiente	Porcentaje
a)Primaria	13	31 %	29	69 %
b)Secundaria	30	40 %	45	60 %
c)Preparatoria	20	36 %	36	64 %
d)Licenciatura	4	50 %	4	50 %

Fuente: Instrumento de investigación

Figura 8. 41. Información con la que cuentan las mujeres encuestadas de acuerdo al número de hijos.

Número de hijos	Suficiente	Porcentaje	Insuficiente	Porcentaje
a)1	27	33 %	54	57 %
b)2	13	29 %	32	71 %
c)3	17	49 %	18	51 %
d) Más de 3	9	45 %	11	55 %

Fuente: Instrumento de investigación

IX. CONCLUSIONES

Solo el 40% de las mujeres que participaron en el estudio recibieron orientación sobre Lactancia Materna, situación preocupante ya que el éxito de la Lactancia Materna depende en gran medida de la información con la que cuenten las madres.

En los resultados se muestra que más de la mitad (52%) de las mujeres que participaron en el estudio no tienen una idea clara de lo que es la Lactancia Materna, punto clave para que la Lactancia tenga éxito; a pesar de que tienen claro que la Lactancia debe iniciar al momento de nacer y que debe ser exclusiva hasta los seis meses, aún tienen la idea de establecer horarios de alimentación al niño, lo que lleva a que el bebé no cubra sus requerimientos y a que no se produzca mayor cantidad de leche por la falta de extracción.

Por otro lado las madres no conocen claramente la importancia de la leche materna a nivel nutrimental, ya que son pocos los componentes que conocen, asociándola solo a calcio, hierro y vitaminas, dejando de lado algunos muy importantes; así pues, se muestra que 88% de ellas recurriría a la fórmula si el bebé no se satisface, a pesar de que conocen formas para aumentar la producción de leche. Además 28% de las participantes utilizarían el biberón por ideas erróneas, hábitos o comodidad.

A pesar de que la mayoría de las participantes conocen los beneficios que tienen la Lactancia Materna tanto para ellas como para sus bebés, carecen de información relacionada a técnicas de amantamiento como agarre, succión, y posiciones que son claves para una buena práctica de amantamiento.

Sabiendo que la Lactancia se debe al contacto del binomio madre-hijo el hecho que sean separados no implica que la lactancia sea interrumpida, sin embargo el resultado que se obtuvo fue que solo el 48% considera esto posible, aunque no conocen el manejo que se le debe de dar a la leche materna después de su extracción, no saben cuánto tiempo dura en refrigeración ni en congelación.

Aunque es evidente que alrededor 65% de las mujeres que asisten al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, tienen un nivel de escolaridad de primaria o secundaria, se puede notar que la escolaridad influye en la información con la que cuentan las participantes, ya que 50% las mujeres que tenían escolaridad de Licenciatura obtuvo información suficiente sobre Lactancia.

También se hizo evidente que el número de hijos también influye en la información que poseen las mujeres participantes, ya que las que tenían 3 o más hijos fueron la que obtuvieron información suficiente.

Dado lo anterior y con 63% de la totalidad de las mujeres encuestadas cuentan con información insuficiente y únicamente 37% de las participantes cuentan con información suficiente sobre Lactancia Materna se puede concluir que la hipótesis es acertada, ya que menos del 50% de las mujeres postparto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM cuentan con información suficiente sobre Lactancia Materna.

X. SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados de la investigación menos de la mitad de las mujeres que acuden al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM tienen información suficiente sobre Lactancia Materna y menos de la mitad han sido capacitadas.

Por lo anterior se debería de realizar la capacitación a todas las pacientes, formando un comité de Lactancia Materna, integrado por Nutriólogo, Médico y Enfermera, que se encargue de establecer el contenido de la capacitación incluyendo no solo aspectos básicos de Lactancia Materna, sino incluir técnicas, posiciones, extracción y almacenamiento de la Leche Materna, además de encargarse de la capacitación de todo el personal.

Además de establecer una clínica de Lactancia Materna integrada por una Enfermera y una Psicóloga, donde se aborden temas y prácticas de Lactancia así como aspectos emocionales, que sirva como grupo de apoyo a las mujeres embarazadas.

El área de Nutrición estaría a cargo de brindar pláticas sobre Lactancia Materna en el área de consulta externa, antes de ingresar a su consulta respectiva, además de aplicar a las pacientes cuestionarios o preguntas abiertas para verificar si están siendo capacitadas y que la información sea retenida.

La capacitación en el área de alojamiento conjunto estará a cargo del área de enfermería, una vez que cada paciente ingrese se debe de dar la información.

Realizar evaluaciones por parte del comité de Lactancia Materna a todo el personal del Hospital para verificar si la información que distribuyen sea la correcta así como capacitación práctica, para verificar posiciones y técnicas de agarre.

Establecer alianzas con otros hospitales para el apoyo de la Lactancia Materna, informarles a las madres de los Bancos de Leche en caso de que tuvieran excedentes de leche, o el mismo hospital recaudar la leche donada, pedir su pasteurización en algún hospital con banco de leche, pudiendo ser una opción el

Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Saenz y utilizar esa leche para tomas de apoyo a recién nacidos en vez de utilizar fórmula.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta 5 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>
2. González I, Pileta B. Lactancia Materna, Rev Cub Enferm. 2002; 18 (1):15-22.
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2012. Niñas y Niños en un mundo urbano. 2012, Nueva York. Fecha de consulta: 5 de febrero de 2013. Disponibilidad: http://www.unicef.org/spanish/media/files/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf
4. Rodríguez J, Acosta N. Factors affecting how long exclusive breastfeeding lasts. Rev. Salud Pública. 2008; 10 (1):71-84.
5. Kramer M et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. Journal of the American Medical Association, 2001, 285(4): 413-420).
6. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud "UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad. 2008; Washington. Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/
7. Agrelo F, Lobo B, Chesta M. Berra S, Sabulsky J. Los Crecimiento de niños amamantados y alimentados con biberón hasta los 2 años de vida: estudio CLACYD,1 1993–1995. Pan Am J Public Health.1999; 6(1): 44-52

8. Lozano Ma. J. Crecimiento y desarrollo del lactante amamantado. Nuevas gráficas de la OMS. Manual de Lactancia Materna. España. Panamericana. En: Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. España: Panamericana; 2009. p. 121-125
9. United Nations Children's Fund. Lactancia Materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. 2008. Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
10. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009; Ginebra. Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_sp_a.pdf.
11. Amador L. Leche materna vs Leche de fórmula. Rev. Consumidor. 2004: 62-67.
12. Rendón ME, Serrano G. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(4):319-327.
13. Organización Mundial de la Salud. 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. 2010; Washington. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
14. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna. Una guía para profesionales. 2004; Barcelona. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_la_lactancia_materna_AEP.pdf.

15. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Niñez. Norma nacional de Lactancia materna. 2009; Uruguay. Fecha de consulta 10 de septiembre de 2013. Disponibilidad: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5681,2155

16. United Nations Children's Fund. Consejería en Lactancia Materna. Curso de capacitación. 1993; Nueva York. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf.

17. United Nations Children's Fund. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. 1995; Chile. Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>

18. Calixto R, González MA, Bouchan P. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. Perinatol Reprod Hum. 2011; 25 (2): 109-114.

19. García R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediatr Mex. 2011; 32(4):223-230.

20. Macías S, Rodríguez S, Ronayne P. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Arch Argent Pediatr. 2006; 104(5):423-430.

21. Sabillón F, Abdu B. Composición de la Leche Materna. Honduras Pediátrica. 1997; 17(4): 120-124.

22. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. Pág.181-183

23. Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud, Servicio de Promoción de la Salud. La lactancia materna. Información para amamantar. 2007. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/guialactanciarioja.pdf>.

24. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2012; España. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf

25. Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Lactancia natural. S.E.G.O. 2000. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.aeped.es/sites/default/files/11-sego_doc_de_consenso.pdf

26. United Nations Children's Fund. Manual de Lactancia Materna. 2012; Ecuador. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: www.unicef.org.ec

27. Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. 2013. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: www.albalactanciamaterna.org

28. Comité de Protocolos de la Academy of Breastfeeding Medicine. Almacenamiento de Leche Humana. Información para el Uso Casero en Bebés a Término. 2010; 5(3): 55-61.

29. Organización Mundial de la Salud. Extracción de Leche Materna. 2000. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2013. Disponibilidad: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDR_93.5_\(part3\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDR_93.5_(part3)_spa.pdf)

30. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Exclusive Breastfeeding. 2013. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
31. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. 1998; Ginebra. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
32. United Nations Children's Fund, Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 2012. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2013. Disponibilidad: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html
33. Liga de la Leche. 2012. Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.laligadelaleche.es/>
34. Organización Mundial de la Salud. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. 2013. Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/index.html>
35. Organización Mundial de la Salud .Lactancia Materna. 2013. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
36. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre Lactancia Materna. 2013. Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>
37. Chávez A, Sánchez R, Ortíz H, Peña B, Arocha B. Causas de Abandono de la Lactancia Materna. Rev Fac Med UNAM. 2002; 46 (2):165-172

38. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell L, Rivera-Dommarco J. Práctica de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Publica Mex .2013; 2(1): 170-179
39. Dias O, Leana da Cunha A, Rocha L. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev Bras Enferm. 2008; 61(4): 488-92.
40. Morán M, Naveiro J.C. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutr Hosp. 2009; 24(2):213-217.
41. La Alianza Mundial Pro Lactancia Materna. Semana Mundial de la Lactancia Materna. 2013. Fecha de consulta. 24 septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://worldbreastfeedingweek.org/pdf/wbw2013-calendar-spa.pdf>
- 42.-Encuesta Nacional de Nutrición. 2012; México. Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
43. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2013; Madrid. Fecha de Consulta: 08 de diciembre de 2013. Disponibilidad: <http://rae.es/recursos/diccionarios/drae>
44. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 2013. Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2013. Disponibilidad: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
45. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos Humanos. Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2013. Disponibilidad: Http://Www.Inb.Unam.Mx/Bioetica/Documentos/Declaracion_Helsinki.Pdf
46. Valdés Dacal, S. Embarazo en La Adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(2):84-8

47. Amaro Hernández, F. Repercusión De La Edad Materna Avanzada Sobre El Embarazo, El Parto Y El Recién Nacido. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 20(6): 1025-0255
- 48.- Delfina Charlton, L. Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad (Tejarcillos de Alajuelita, 2002), *enfermería en costa Rica* 2006; 25(1):19-23
49. Martínez L. Uso del chupete: Beneficios y riesgos, *An Espec Pediatr*, 2011: 53, 580-585. Fecha de consulta: 01 de marzo de 2014. Disponibilidad: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20II%202009/8%20Alojamiento%20Conjunto.pdf>
50. Goldstein. J. “Riesgos nutricionales e higiénicos asociados a la caries de la temprana infancia en el binomio madre-hijo(a) en el Distrito Josefino de Río Azul” *Revista Científica Odontológica*, 2007: 3(2), 74-80.
51. Hernández V, Gutiérrez Muñoz J. Lactancia materna, infecciones gastrointestinales y respiratorias. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005:1030-34.
52. Rodríguez M. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp.* 2009; 24 (2):213-217.
53. Victoria CG, Vaughan JP. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* .1987; 2: 319-22.
54. Lipworth L, Bailey R, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: A review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:302–12.
55. Herrero I. Métodos anticonceptivos durante la Lactancia: Revisión. *Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina*, 2008: 178,22-26.

56. Horta, Bernardo L.; Bahl, Rajiv; Martínés, José Carlos. Evidence on the long-term effects of breastfeeding Systematic reviews and meta-analysis. OMS. 2007. pág. 52

57. Flores Díaz, AL. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Rev. Medicina Familiar, 2006: 8(1), 33-39

58. Morán Rodríguez M. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutr Hosp. 2009; 24(2):213-217

XII. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM”

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo (nombre de la madre) _____ declaro voluntariamente que acepto participar en el estudio de investigación “Información con la que cuentan las mujeres postparto sobre Lactancia Materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM”, en el mes de enero de 2014, que se llevara a cabo en las instalaciones del Hospital de Ginecología y Obstetricia perteneciente al IMIEM.

Estando consiente de que la evaluación consistirá en la aplicación de un cuestionario sobre lactancia materna, es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento en que lo desee.

La información proporcionada será utilizada para fines educativos, protegiendo la privacidad de la misma.

En caso de retirarme del estudio, no me verá afectado en dicha institución.

Nombre y firma

ANEXO 2.
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



Instrumento de investigación:

“INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM”

Las siguientes preguntas tienen como finalidad saber qué tanto conoce usted sobre Lactancia Materna. Le solicitamos no deje preguntas sin contestar. Le agradecemos su participación.

DATOS PERSONALES

Instrucciones: conteste y/ o marque con una X las respuesta que considere sea la correcta

A. Edad (años): _____

B. Nivel de escolaridad:

a) Primaria	
b) Secundaria	
c) Preparatoria	
d) Licenciatura	

C. Ocupación:

a) Hogar	
b) Trabajadora	
c) Estudiante	
d) Profesional	

D. Estado civil:

a) Soltera	
b) Casada	
c) Divorciada	
d) Unión libre	

E. Número de hijos:

a) 1	
b) 2	
c) 3	
d) 3 o más	

1. ¿Explique brevemente qué es la Lactancia Materna?

2. ¿Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos?:

a) Leche materna	
b) Fórmula láctea	
c) Leche materna y fórmula	

3. ¿En qué momento considera que debe comenzar la Lactancia Materna?

a) Inmediatamente al nacer	
b) A las 24 horas del nacimiento	
c) A las 48 horas de nacimiento	
d) A las 72 horas después del nacimiento	

4. ¿Cada cuánto tiempo se le debe lactar a su bebé?

a) Cada dos horas	
b) Cada tres horas	

c) A libre demanda	
d) Tres veces al día	

5. ¿Cuánto tiempo debe durar la Lactancia Materna exclusiva?

a) Cuatro meses	
b) Seis meses	
c) Un año	
d) Dos años	

6. ¿Cree usted que es conveniente utilizar el biberón para alimentar a su niño?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

7. ¿Cuándo, la madre tiene contraindicado dar lactancia materna? (Marque las que conozca)

a) VIH, SIDA	
b) Hepatitis C	
c) Usos de sustancias (alcohol, drogas, tabaco, medicamentos, etc.)	
d) Ninguna	

8. Señale con una X los componentes nutrimentales de la leche materna. (Marque las que conozca)

a) Hierro		e) Vitaminas	
b) Calcio		f) Azúcares	
c) Grasa		g) Inmunoglobulinas	
d) Proteínas		h) Minerales	

A continuación conteste cierto, falso o no sé, de acuerdo con las siguientes preguntas:

Pregunta	Cierto	Falso	No sé
9. La leche materna, disminuye el riesgo de infecciones respiratorias.			
10. El bebé alimentado con leche materna tendrá un mejor crecimiento y desarrollo.			
11. Las madres que amamantan a su bebé tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.			
12. La lactancia materna exclusiva, sirve como método anticonceptivo.			
Pregunta	Cierto	Falso	No sé
13. El bebé que se alimenta de leche materna se enferma menos de diarrea.			
14. Se ahorra tiempo y dinero al alimentar al bebe con leche materna.			
15. Cuando se da pecho al bebé se reducen las hemorragias en la madre.			
16. La leche materna puede brindar protección al bebé de padecer en un futuro			

Diabetes Mellitus y Obesidad.			
17. La leche materna proporciona todos los nutrimentos, vitaminas y minerales que un bebé necesita para el crecimiento durante los primeros seis meses de vida.			
18. Cuando el bebé agarra el pecho debe de introducir el pezón y la mayor parte de la areola a su boca.			
19. Al momento de amamantar la madre debe de estar cómoda y con la espalda apoyada.			
20. El seno debe de agarrarse en forma de "C".			
21. Cuando el bebé es amamantado ¿su cuerpo debe de estar alineado y pegado al cuerpo de la madre?			
22. La lactancia materna puede continuar aun cuando madre e hijo estén separados.			

23. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en refrigeración?

a) De 3 a 5 días	
b) De 1 a 3 días	
c) 5 o más días	

24. ¿Cuánto tiempo dura la leche materna en congelación?

a) De 1 a 3 días	
b) De 3 a 6 meses	
c) Dos semanas	

25. ¿Cuáles son los signos de una buena succión?

- a) Se escucha que el bebé deglute, sus succiones son lentas y sus mejillas se ven llenas.
- b) El bebé hace sonidos al comer, se fatiga

26. ¿Qué posiciones de amamantamiento conoce?

a) Sentada		d) Cruzada	
b) Acostada		e) Mixta	
c) Invertida		f) Ninguna	

27. ¿Cómo se siente al amamantar a su bebé?

a) Me da igual	
b) Contenta	
c) Molesta	
d) Otro	

28. ¿Cuáles son las medidas de higiene que se deben tomar antes de amamantar al bebé?
(Marque las que conozca)

a) Lavarse las manos		c) Baño diario	
b) Ponerse crema		d) Lavarse el pezón	

29. ¿Qué haría usted para producir más leche materna?

30. ¿Si usted cree que su bebé no se satisface que haría?

31. ¿Ha recibido orientación sobre Lactancia Materna?

Si _____ No _____

32. Si su respuesta es "Sí"; ¿De parte de quién ha recibido orientación sobre Lactancia Materna?

¡GRACIAS!