

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Central de Las Fuerzas Armadas

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE EMBARAZADASASISTIDAS EN
LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS
ARMADASSEPTIEMBRE-NOVIEMBRE, 2019.

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón

Asesores

Dra. Mikaury Brito (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.2. Justificación	5
II. Planteamiento del problema	6
III. Objetivos	8
III.1. General	8
III.2. Específicos	7
IV. Marco teórico	7
IV.1. Glándulas mamarias	9
IV.2. Lactancia	12
IV.2.1. Amamantamiento y vinculación	12
IV.2.2. Factores que pueden afectar el amamantamiento	13
IV.2.3. Aspectos socioculturales del amamantamiento	14
IV.2.4. Aspectos fisiológicos nutricionales	15
IV.2.5. Composición de la leche humana y sus beneficios. Comparación con la leche de vaca	16
IV.2.6. Contraindicaciones para la lactancia	24
IV.2.7. Complicaciones frecuentes	25
IV.2.8. Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños	27

IV.2.9. Otras opciones de alimentación	30
IV.2.10. Alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles	30
IV.2.11. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño	32
V. Operacionalización de las variables	33
VI. Material y métodos	34
VI.1. Tipo de estudio	34
VI.2. Demarcación geográfica	34
VI.3. Universo	34
VI.4. Muestra	34
VI.5. Criterios	34
VI.5.1. De inclusión	34
VI.5.2. De exclusión	35
VI.6. Instrumento de recolección de datos	35
VI.7. Procedimiento	35
VI.8. Plan de análisis	35
VI.9. Principios éticos	36
VII. Resultados	37
VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	50
X. Recomendaciones	51
XI. Referencias	52
XII. Anexos	58
XII.1. Cronograma	58

XII.2. Consentimiento informado	59
XII.3. Instrumento de recolección de los datos	60
XII.4. Costos y recursos	63
XII.5. Evaluación	64

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Señor le doy la honra y la gloria porque siempre ha estado de mi lado para ayudarme, fortalecerme, comprenderme y para darme la sabiduría y la inteligencia que necesito para salir a delante, por eso señor te amo por siempre y para siempre.

A los profesores.

Por su aporte a la enseñanza de la Medicina Familiar, que contribuyó en mi formación. Gracias por todo.

Al Hospital Central de Las Fuerzas Armadas.

Gracias por abrirme las puertas y poder lograr mi sueño de ser Médico Familiar.

A mis asesores Dra. Mikaury Brito y Dra. Claridania Rodríguez.

Quienes con su capacidad y dotadas de paciencia cada día y de manera incansable forjaron en mi la responsabilidad para poder hacer esta meta una realidad.

Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón

DEDICATORIA

A Dios

A Álvaro Chacón Gonzalez mi esposo

A mis hijos Álvaro Samuel y Said Emmanuel

Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre lactancia materna en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019. El universo estuvo constituido por todas las embarazadas y la muestra fue de 35 escogidas de forma no intencional. Se reporta que el 62.9 por ciento tiene alto conocimiento sobre lactancia materna, un 34.3 por ciento estaba comprendida entre 25-29 años, de las 12 embarazadas encuestadas comprendidas entre 25-29 años, el 75.0 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 8.3 por ciento, mediano conocimiento y un 16.7 por ciento bajo conocimiento, el 42.8 por ciento tenía un nivel superior de escolaridad, de las 15 embarazadas encuestadas con un nivel superior de escolaridad, un 86.6 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, el 6.7 por ciento, mediano conocimiento y un 6.7 por ciento bajo conocimiento, un 37.1 por ciento era soltera, de las 13 embarazadas encuestadas solteras, el 53.8 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 30.8 por ciento, mediano conocimiento y el 15.4 por ciento bajo conocimiento, el 40.0 por ciento tenía por ocupación oficio hogareño, un 82.9 por ciento presentó práctica positiva frente a la lactancia materna y el 88.6 por ciento presentó actitud adecuada sobre la lactancia materna.

Palabras clave: Embarazada, conocimientos, actitudes, prácticas, lactancia materna.

ABSTRACT

It was a descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted with the objective of determining the knowledge, attitudes and practices on breastfeeding in pregnant women assisted in the obstetrics consultation of the Central Hospital of the Armed Forces between September-November, 2019. The universe consisted of all pregnant women and the sample was 35 unintentionally chosen. It is reported that 62.9 percent have high knowledge about breastfeeding, 34.3 percent were between 25-29 years, of the 12 pregnant women surveyed between 25-29 years, 75.0 percent had high knowledge about breastfeeding, a 8.3 percent, medium knowledge and 16.7 percent under knowledge, 42.8 percent had a higher level of schooling, of the 15 pregnant women surveyed with a higher level of schooling, 86.6 percent had high knowledge about breastfeeding, 6.7 percent, medium knowledge and 6.7 percent under knowledge, 37.1 percent were single, of the 13 pregnant single respondents, 53.8 percent had high knowledge about breastfeeding, 30.8 percent, medium knowledge and 15.4 percent Under knowledge, 40.0 percent had a household occupation, 82.9 percent presented positive practice against breastfeeding and 88.6 percent presented an adequate attitude about breastfeeding.

Key words: Pregnant, knowledge, attitudes, practices, breastfeeding.

I. INTRODUCCION

La leche materna constituye el alimento natural e ideal, el más completo, que le ofrece la naturaleza al individuo, desde el mismo instante de su nacimiento; aportando múltiples beneficios; tanto al bebé como a la madre. Por otra parte, las repercusiones de la falta de leche materna duran toda la vida, dificultades de desarrollo intelectual, cognitivo y social, siendo la prevalencia mundial de lactancia materna baja, aumentando significativamente el riesgo de morbilidad y mortalidad cuando un infante menor de seis meses de edad no es alimentado exclusivamente con leche materna.¹

Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF desde el año 1991 lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) buscando fomentar los servicios de maternidad de los centros hospitalarios de todo el mundo promover la lactancia y no aceptar el uso de fórmulas que sustituyan a la leche materna, así mismo, en el 2002 la Asamblea

Mundial de la Salud y UNICEF respaldan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, esta estrategia apoya la lactancia materna exclusiva por seis meses, seguida de alimentación complementaria oportuna mientras continúa el amamantamiento por dos años y más.²

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, además ejerce una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en la madre. Considerado un derecho humano fundamental que debe ser promovido y protegido por el Estado, la Sociedad, las Familias y la Comunidad.³

La malnutrición ha sido relacionada con prácticas inadecuadas de alimentación, que ocurren durante el primer año de vida, tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.

I.1. Antecedentes

Santana H, Rodríguez F, Ramírez T. llevaron a cabo un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de la lactancia materna que tienen las embarazadas que asisten a la consulta prenatal en el Hospital Regional Universitario Jaime Mota en la ciudad de Barahona, durante septiembre-octubre 2011. Se reporta que 68.5 por ciento amamanta a su niño hasta los 6 meses, el 33 por ciento tiene incorrecto conocimiento sobre la lactancia materna, el 4.7 por ciento no conoce nada sobre lactancia, el 56.1 por ciento presentó un conocimiento irregular, el 53 por ciento tiene actitudes negativas respecto a la lactancia materna, el 66.9 por ciento no conoce los métodos de conservación de alimentos y el 17.4 por ciento no sabe qué hacer para conservar este tipo de leche.⁴

Ramírez L, Feliz A, González G., realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las madres de la Unidad de Atención Primaria No. 4, Batey Paja, Vicente Noble, provincia Barahona, noviembre 2015 - enero 2016. Se reporta que el 50 por ciento tiene alto conocimiento sobre la lactancia materna, un 30 por ciento, conocimiento mediano y el 20 por ciento bajo conocimiento, el 40 por ciento era mayor de 35 años, un 40 por ciento tenía un nivel superior de educación, un 76.7 por ciento se halló viviendo en unión libre, de las 30 madres, 14 de ellas primigestas, 9 eran uniparas, 3 habían presentado aborto y 8 habían sido cesareada una vez, de las 30 madres mayores de 30 años, el 66.6 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 16.6 por ciento mediano y el 16.6 por ciento bajo conocimiento, de las 12 madres con escolaridad superior, un 66.7 por ciento tienen alto conocimiento sobre lactancia materna, el 25 por ciento mediano y el 8.3 por ciento bajo conocimiento, de las 23 madres que vivían en unión libre, el 52.2 por ciento tienen alto conocimiento sobre lactancia materna, un 34.8 por ciento mediano y el 13 por ciento bajo conocimiento, un 83.3 por ciento presentó práctica adecuada frente a la lactancia materna y el 80 por ciento conoció la lactancia materna a través de los medios de información de masa y un 53.3 por ciento por medio de padres y familiares cercanos.⁵

InjanteM., ÁlvarezG, GavilanoL., llevaron a cabo un estudio observacional, tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de evaluar el conocimientos, las actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un Hospital Regional de Ica-Perú durante el mes de Enero del año 2017. Se reporta que la mayoría estaban comprendidas entre 20 y 35, el 18% tenía nivel universitario, el 53% era ama de casa, un 83% de mujeres encuestadas dice que es amamantamiento exclusivo con leche materna, 12% manifiesta que es agregar otras sustancias a la lactancia materna y en 5% se desconoce que sobre el tema. Respecto a la actitud de las el 68% sólo administró leche materna, el 4% sólo otro tipo de leche, el 28% administró una combinación de leche materna más otro tipo de leche, en cuanto a las prácticas se obtuvo que sólo el 26% realizaban la práctica del posicionamiento del bebé, el 44% practicaban la postura adecuada de la madre y el 31% practicaba la coherencia y coordinación entre lo que manifestaba y realizaba.⁶

Paredes E, Trujillo L, Chávez M, Romero A., llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre el conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar que acudieron a los módulos PrevenIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS en la ciudad de Morelia, Michoacán, México entre enero-mayo, 2018. La edad media de las participantes fue de 24.88 ± 4.64 años. Predominaron las mujeres casadas (56%), con nivel académico de licenciatura (49.4%), de religión católica (82.7%) y ama de casa (50.7%). La etapa de embarazo que prevaleció fue el segundo trimestre (cuadro I). El nivel de conocimientos sobre lactancia materna en más de la mitad de las participantes fue suficiente, un alto porcentaje de las mujeres encuestadas tenían conocimientos sobre la importancia de la misma para ayudar al crecimiento y desarrollo del bebé, con relación a los conocimientos de la mujer embarazada primigesta sobre cómo amamantar a su bebé, el 61.3% de las participantes refirió saber cómo hacerlo, y el 54% de ellas reportó que lo aprendió de la enfermera. Sin embargo, al solicitar a la paciente que mostrará la forma cómo amamantar a su bebé, solo el 48% lo demostró de forma suficiente.⁷

Gerónimo R, Magaña M, Zetina E, Herrera Y., realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres que asisten a la consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM) del Estado de Tabasco durante el periodo de Julio-Agosto de 2013. Resultados. De las 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67.3% fue regular y el 24% alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades.⁸

I.1.2. Justificación

Durante la residencia en el Hospital aprecié que las madres, a pesar de haber llevado algunas de ellas el curso de psicoprofilaxis, no ejecutan al momento de amamantar a sus hijos las prácticas que se les han impartido, mostrando incluso una actitud a favor de lactancia artificial, en reemplazo de la lactancia materna exclusiva, generando preocupación e interés por promover la lactancia y participación de todo el personal de salud para motivar la práctica del mismo.

Esta investigación se justifica por la necesidad de contar con una buena promoción en los diversos centros de salud, de manera que las madres embarazadas puedan adquirir mayor conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, técnicas y/o formas de amamantar y todas las ventajas de la lactancia materna tanto para ellas como para su hijo.

Permite asimismo conocer la actitud que tienen las madres primíparas ya que ello incide en que acepten rápidamente la propuesta de brindar una lactancia exclusiva; desechando el mito que ello hará que no tengan una figura armoniosa, tan ensalzada actualmente.

Esto es importante porque a pesar de existir programas que tienen como objetivo erradicar la desnutrición infantil ésta aún persiste, por ello es que se investiga si las madres reciben en el Hospital Central de La Fuerzas Armadas una adecuada promoción de la lactancia materna, a través de la evaluación del nivel de conocimiento, actitud y práctica, que acuden a este centro de salud teniendo en cuenta que es una sede donde se atienden gran número de gestantes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Sistema de Salud conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.⁹

La importancia de la atención prenatal durante el embarazo consiste en llevar a cabo el seguimiento de la evolución del mismo, con la finalidad de obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y cuidado del recién nacido, lo cual incluye la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. La atención a las mujeres durante la gestación tiene un enfoque integral, de educación, orientación y consejería, otorgados con calidad, calidez y respeto.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños recién nacidos los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo de forma sana. La leche materna es un producto biológico esencial compuesto de carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas, elementos trazos, factores de crecimiento y hormonas, que favorece la digestión y mantiene hidratado al recién nacido.¹⁰

Se reconocen los beneficios que la lactancia materna tiene tanto para la madre como para el lactante, ya que esta práctica brinda los nutrientes requeridos por el lactante, lo protegen contra infecciones y otras enfermedades, y por ende se relaciona con niños más sanos.

En sí misma, el acto de la lactancia materna contribuye a la prevención de la mortalidad infantil atribuida a la desnutrición; para ello, es preciso promover e informar a las mujeres gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño. Una de las medidas es la consejería del profesional de la salud, mediante la cual se orienta y acompaña a la madre durante el inicio de la lactancia materna y la exclusividad hasta los seis meses de edad del niño.

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), recomiendan la lactancia materna exclusiva

durante los primeros 6 meses de edad y la lactancia complementaria hasta los 2 años.¹¹

Aunque la mayoría de las mujeres puede llevar a cabo la lactancia materna bajo condiciones idóneas de información por el personal profesional de la salud y las redes de apoyo familiar, existe la posibilidad de que el grupo de mujeres que cursan su primer embarazo no tenga el conocimiento o la experiencia suficientes para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.¹²

Se ha demostrado que el nivel de conocimiento en temas de salud, incluyendo el conocimiento sobre la lactancia materna, está relacionado con la edad, ya que la madre gana experiencia cuando previamente ha amamantado a sus hijos.

Derivado de lo anterior se hace la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna de embarazadas que asisten a la Consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre lactancia materna en embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

III.2. Específicos

1. Describir las características socio-demográficas de las embarazadas.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre beneficios de la lactancia materna.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de amamantamiento.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre preservación de la leche.
5. Determinar la práctica de las prácticas que tienen las embarazadas.
6. Determinar las actitudes de las embarazadas sobre lactancia materna.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Glándulas mamarias

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias durante toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, momento en el cual comienzan un desarrollo considerable, alcanzando una estructura anatómicamente compleja. El máximo desarrollo de esta glándula se produce durante el embarazo y especialmente en el periodo posterior al parto, la lactancia. Las glándulas mamarias están contenidas en una estructura anatómica que se denomina mama.¹³

Las mamas están ubicadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, raciales y en la misma mujer de acuerdo con la edad y paridad. Pueden ser hemisféricas o cónicas más o menos prominentes o aplanadas.

La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido adiposo, por lo cual su forma y consistencia dependen especialmente de este tejido. Durante el embarazo y lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular. La base de la mama se extiende desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. La parte superoexterna de la glándula se extiende hacia la axila y se denomina prolongación axilar.

La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda.¹⁴

La mama está envuelta en fascia, la fascia pectoral superficial envuelve la mama y se continúa con la fascia abdominal superficial de Camper, la cara posterior de la mama descansa sobre la fascia pectoral profunda, la que está formada por la unión de las fascias de los músculos pectoral mayor, serrato anterior y recto abdominal.

Los planos fasciales superficial y profundo están conectados por bandas fibrosas llamadas ligamentos suspensorios de Cooper, que atraviesan el tejido mamario por los tabiques que dividen los lóbulos de la glándula y se insertan en la piel, dándole soporte a la glándula.

Histología

La mama consta de tres estructuras principales: piel, tejido subcutáneo y tejido glandular, que a su vez está compuesto de estroma y parénquima. La piel de la mama es delgada y contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas ecrinas. El pezón contiene abundantes terminaciones sensoriales además de glándulas sebáceas y sudoríparas, pero no folículos pilosos. La epidermis que cubre el pezón está formada por un epitelio plano estratificado queratinizado.¹⁵

La aréola, circular y pigmentada, mide entre 15 y 60 mm de diámetro. Los tubérculos de Morgagni, localizados cerca de la periferia de la aréola, son elevaciones formadas por la apertura de los conductos de las glándulas de Montgomery, las cuales son glándulas sebáceas grandes que representan un estado intermedio entre glándula sudorípara y glándula mamaria.

En el tejido conectivo ubicado bajo la aréola y el pezón existen numerosas fibras musculares lisas dispuestas en forma circular y radial, así como fibras longitudinales dispuestas a lo largo de los conductos galactóforos. Estas fibras musculares son responsables de la erección del pezón, que ocurre en respuesta a diferentes estímulos. La punta del pezón está ricamente inervada con terminaciones nerviosas libres y corpúsculos de Meissner ubicados en las papilas dérmicas.

Comparativamente, la inervación de la aréola es mucho más escasa. La piel periférica a la aréola tiene plexos neurales alrededor de los folículos pilosos, además de terminaciones nerviosas similares a los discos de Merkel y a los corpúsculos de Krause.

El parénquima, que forma parte del tejido glandular, está formado por glándulas de tipo tubuloalveolar; el estroma corresponde a tejido conjuntivo que conecta los lóbulos y tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

El parénquima de la glándula se divide en 15 a 20 segmentos dispuestos radialmente, denominados lóbulos mamarios. El sistema de conductos lactíferos, que vacía la glándula mamaria, comienza en el alvéolo, que se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar un conducto lobulillar, el conducto lobulillar recoge la secreción láctea de todos los alvéolos de un lobulillo.¹⁶

Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al juntarse con otros conductos de este tipo, forman el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón. Inmediatamente bajo la aréola mamaria, el conducto segmentario se dilata, formando el seno lactífero.

El calibre de los conductos galactóforos disminuye en su trayecto rectilíneo por el pezón, abriéndose al exterior por orificios separados de 0,4 a 0,7 mm de diámetro. Los linfáticos comienzan como redes capilares ubicados en las capas de tejido conectivo que separan los alvéolos. Desde estas redes se originan vasos linfáticos que drenan la linfa en forma centrífuga hacia la axila, la región subclavia y la región mamaria interna.

Innervación

Proviene de las ramas cutáneas laterales y anteriores de los nervios intercostales 2do. a 6to. y siguen los vasos sanguíneos para inervar la glándula. Pueden corresponder a fibras sensitivas, que tengan alguna función en captar la presión de la leche distendiendo los alvéolos y los conductos. Las fibras musculares lisas del pezón son inervadas por fibras nerviosas adrenérgicas.¹⁷

La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en tejido conectivo. Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alvéolos.

Durante el estado de reposo, el epitelio glandular está separado del estroma vascularizado vecino por una fina zona de fibroblastos, a través de los cuales no penetran vasos.

Esta unión epitelio-estromal, posiblemente, ejerce un control sobre el paso de sustancias a las células secretoras. Los alvéolos activos sólo aparecen durante el embarazo, período en el cual, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción.¹⁸

Simultáneamente aumenta la cantidad de tejido adiposo y la irrigación de la mama. En las últimas semanas del embarazo la secreción adquiere características especiales y se denomina calostro. Algunos días después del parto aparece la verdadera secreción láctea, la que distiende los alvéolos que en ese momento están tapizados por una sola capa de células cilíndricas bajas.

A medida que aumenta la cantidad de secreción, las células se aplanan, desapareciendo los espacios intercelulares o desmosomas. Durante el período de secreción el citoplasma de las células es basófilo, al microscopio electrónico se observan mitocondrias, lisosomas y ribosomas libres. Encima del núcleo, que se sitúa en la parte más basal de la célula, está el aparato de Golgi al que acompañan grandes vacuolas proteicas y lipídicas.

IV.2. Lactancia

La importancia de la lactancia natural para el desarrollo psicológico del niño y los adolescente, es considerada en las distintas corrientes psicológicas las que, a pesar de sus diferencias teóricas, coinciden en que el período de amamantamiento es fundamental para su desarrollo integral.¹⁸

IV.2.1. Amamantamiento y vinculación

La relación madre-hijo por su misma naturaleza de interacción proporciona un vínculo que puede ser definido como una relación única entre dos personas, que es específica y que perdura con el paso del tiempo. El vínculo es muy fuerte en el ser humano.¹⁹

Estos autores afirman que esta relación tiene dos características únicas: primero, antes del nacimiento del niño, este se gesta dentro del cuerpo de la madre y segundo, después del nacimiento ella refuerza ese vínculo asegurando la supervivencia del niño mientras que este es completamente dependiente de ella.

El poder de este vínculo es tan grande que capacita a la madre y al padre para hacer “sacrificios” necesarios inusuales para el cuidado de su niño, día tras día, noche tras noche, cambiando pañales sucios, atendiendo el llanto, protegiéndolo del peligro y brindándole alimentación, a media noche a pesar de la necesidad de dormir.

Además afirman que la situación más apropiada para determinar el comportamiento madre-hijo es observada durante el contacto que se establece en los primeros minutos que siguen al nacimiento. Otros autores refuerzan esta idea diciendo que estos primeros minutos de contacto son aun más enriquecedores para la personalidad del niño, si se utilizan canales de comunicación adecuados que inicien interacciones recíprocas agradables, una de ellas es el amamantamiento inmediatamente después del nacimiento.

IV.2.2. Factores que pueden afectar el amamantamiento

La ansiedad, la tensión y el estrés son considerados como factores nocivos para la producción láctea. Las investigaciones realizadas por Mata, refuerzan el concepto anterior al afirmar que el reflejo del descenso de la leche depende de varios factores: del estado anímico de la madre, de su deseo de lactar, de su tranquilidad ambiental y del convencimiento que tenga ella de que puede amamantar.²⁰

Además, se aprecian otros factores que han obstaculizado el acto de dar de mamar; como Pincus menciona, el padre puede tener sentimientos inconscientes y fantasías incestuosas orales relacionadas con su madre y esto le conduce a desear el pecho y la leche de su esposa. Además, dice Pincus, el padre puede sentir que se dificulta su relación sexual con su pareja. Mata considera que ha creado un simbolismo erótico alrededor de los senos materno que inhibe a la mujer a dar de mamar.

Otro aspecto citado por Mata es que los servicios deshumanizados de los hospitales aumentan la ansiedad de las mujeres, interfiriendo con el mecanismo de producción de la leche humana.

IV.2.3. Aspectos socioculturales del amamantamiento

El interés de promover la lactancia materna, obedece no sólo a los aspectos nutricionales sino también a los económicos, dado que la leche humana con relación a otras leches presenta una serie de ventajas en el aspecto económico. Mata considera que su costo es menor, esta leche está siempre disponible, no requiere envases, preparación, ni almacenamiento. Además no requiere biberones, refrigeración, hervidores, leches complementarias, gasto de combustible y también conlleva a economía del tiempo de la familia ya que no debe efectuar preparativos de la misma.²¹

Debe agregarse la economía de tiempo y costo en el control y tratamiento de enfermedades que pueden padecer los niños al ser alimentados con otras leches artificiales. Además, como lo expresan los Jelliffe, con la leche humana, el niño toma la cantidad que necesita.

Investigaciones realizadas por los Jelliffe Díaz .C y otras patrocinadas por la UNESCO, comparten las afirmaciones dadas anteriormente, haciendo énfasis en el mayor grado de disponibilidad, practicidad y economía de la leche natural, sobre la artificial.

A pesar de los múltiples beneficios de la lactancia natural, su prevalencia puede verse disminuida en parte por el desarrollo socioeconómico, la rápida urbanización, la participación de la mujer a la fuerza laboral y la falta del cumplimiento de legislación que proteja a la madre trabajadora que lacta.

Un factor que influye para la disminución de la lactancia natural, es la distribución de leche en polvo. También puede citarse como causa, según Mata, la influencia del comercio que distorsiona los valores y creencias sobre la propia naturaleza del ser humano, la inestabilidad y desintegración familiar, la falta de protección para el niño, niños de bajo peso al nacer que tienen que estar hospitalizados por lo que se interrumpe o no se establece del todo la lactancia natural.

Una de las causas de destete, es el trabajo fuera del hogar de la madre, además de la ausencia de guarderías de lugares adecuados para que la madre pueda amamantar al niño en horas laborales.

Según los Jelliffe, aunque la madre trabaje, los ingresos se disminuyen por el pago del gasto en el cuidado del niño y la compra de alimentos infantiles complementarios. Para ellos, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, y la fuerte promoción de los alimentos infantiles, son posibles determinantes del destete temprano, lo que puede traer efectos negativos aún más serios en la salud de los niños, de las madres y las familias de estratos socioeconómicos bajos.²²

Para M. Gutiérrez Lestón, “el hábito de lactar al pecho”, en Latinoamérica es un fenómeno fundamentalmente sociológico y por lo tanto, su interpretación debe buscarse en el seno de las comunidades, la raíz del pensamiento (creencias y mitos) que sustentan la actitud ante la lactancia.

Considera que para aumentar y mantener el hábito de lactar al pecho, se debe intervenir utilizando como principal herramienta a la educación en el proceso de socialización del mismo, empezando por la madre y el padre como iniciadores del proceso, cubriendo escuelas y colegios y sobre todo, la capacitación adecuada del equipo de salud infantil para que ejerza un rol de liderazgo en la recuperación y reivindicación del valor sociocultural del amamantamiento.

IV.2.4. Aspectos fisiológicos nutricionales

Si bien el proceso de lactación es resultado de la interacción de numerosos factores, tanto físicos como emocionales involucrados en la relación madre e hijo, fisiológicamente hablando éste es controlado por numerosas glándulas endocrinas, especialmente las hormonas hipofisarias prolactina y oxitocina.²³

Desde la pubertad comienzan modificaciones en la glándula mamaria (crecimiento y brote de conductos), por acción de estrógenos, esteroides corticosuprarrenales, hormona de crecimiento que preparan el amamantamiento. En el embarazo, se produce un mayor crecimiento de la región lóbulo-alveolar, el pezón se alarga y se hace más eréctil, posiblemente la sensibilización para la acción de la prolactina.

El crecimiento depende de la acción combinada de las dosis adecuadas de estrógeno, progesterona, prolactina sumándose para ello la hormona del crecimiento e hidrocortizona. Los estrógenos juegan en este período un doble papel: por un lado promueven la hipertrofia de células secretantes de prolactina con una elevación subsecuente de las concentraciones basales periféricas de la hormona y por otro inhiben al mismo tiempo el efecto de las concentraciones altas de prolactina sobre el epitelio secretor de los alvéolos mamarios. Por esta razón no hay secreción láctea.²⁴

En el momento del parto se presenta una caída muy importante del nivel de estrógenos y progesterona, al contrario de las glucocorticoides que se secretan cerca de diez veces más. La prolactina se encuentra aumentada. En el postparto, por estímulo de la succión mamaria se inician el reflejo de la secreción y el reflejo de la eyección láctea.

Desde fines del embarazo hay secreción en los senos de una sustancia llamada Calostro, que se hace más abundante después del alumbramiento; es un líquido amarillento y pegajoso, rico en proteínas e inmunoglobulinas, lactoferrín y glóbulos blancos en cantidades adecuadas para el enriquecimiento inmunológico y antiinfeccioso del neonato, tiene menos grasa y menos lactosa, más vitamina A, sodio y zinc que la leche madura que se segrega luego.

En general un niño sano consume entre 700 y 800 mL, cada 46 horas. El tamaño del pecho, no parece estar relacionado con el volumen de la producción de leche, si la madre está bien alimentada. Fisiólogos; nutricionistas, pediatras, ginecólogos, entre otros especialistas, sostienen que la leche materna por sí sola puede como alimento único asegurar al niño un desarrollo normal durante los primeros seis meses.

IV.2.5. Composición de la leche humana y sus beneficios. Comparación con la leche de vaca

La composición de la leche materna, que contiene todos los elementos indispensables para el recién nacido, además de otorgarle protección contra las infecciones, sigue siendo una fuente importante de nutrientes hasta pasado el año de vida.²⁵

La composición de este fluido es dinámica y obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, donde desempeñan un papel importante células, nutrientes y sustancias químicas. Además de carecer absolutamente de todos los sistemas de defensa que la madre transmite a través de la leche y que son importantes -sobre todo ante los microorganismos causantes de diarreas, la leche de vaca que no ha sido modificada no es recomendable durante el primer año.

Su contenido de proteínas, fósforo, cloruro, sodio y potasio es excesivo, especialmente para bebés de pocos meses de edad. Esto provoca una sobrecarga renal de solutos que puede ser perjudicial para los lactantes. A pesar de que la leche materna contiene menos hierro que la de vaca, su biodisponibilidad es muy superior.²⁶

Por otra parte, esta última, sin modificar, aporta hierro de baja biodisponibilidad, que favorece la aparición de cuadros de deficiencia que pueden llevar a una anemia. En años recientes, las investigaciones han mostrado que la proteína de la leche de vaca, sin modificar o modificada en la fórmula, podría incrementar los riesgos de diabetes en niños susceptibles.

Estos estudios son sólo una evidencia preliminar de su conexión con la diabetes, pero es otra buena razón para evitar la leche de vaca y dar pecho a los bebés.

La leche materna es un alimento complejo y aun cuando fuese factible imitar artificialmente o biotecnológicamente todos sus componentes, no se podría lograr que la interacción entre ellos fuese igual que la natural, de modo que tampoco se podrían conseguir los mismos efectos en el organismo.

Componentes nitrogenados: En la leche materna existen dos fracciones nitrogenadas, una correspondiente al nitrógeno proteico, que forma el 75% del nitrógeno total y otra de nitrógeno no proteico, que corresponde al restante 25% e incluye urea, creatinina, creatina, ácido úrico, aminoácidos libres y amoníaco y, en menores cantidades, poliaminas, hormonas, factores de crecimiento, nucleótidos cíclicos y oligosacáridos que contienen nitrógeno. La primera fracción incluye dos grupos de componentes: la caseína y las proteínas del suero, presentes en una relación de 40:60.

Las micelas de caseína están formadas por subunidades proteicas; predomina la β -caseína y es minoritaria la κ -caseína; la α -caseína estaría ausente. En los últimos años se planteó que los fragmentos de caseína obtenidos de la digestión enzimática estimularían el sistema inmunológico del lactante. También se le asignaron roles relacionados con la absorción de iones calcio y actividades antitrombóticas, antihipertensivas y opioídes.²⁷

El otro grupo son las proteínas del suero, donde la α -lactalbúmina es la mayoritaria, con una secuencia de aminoácidos que responde adecuadamente a los requerimientos del lactante. Presenta una apropiada concentración de cistina y triptófano, limitantes en fórmulas a base de leche bovina. Como forma parte de la enzima lactosa-sintetasa, interviene en la síntesis de lactosa, aunque no existe una relación directa con su contenido.

Otra de las proteínas mayoritarias es la lactoferrina, que tiene la capacidad de ligar dos átomos de hierro. Como en la leche humana predomina en estado no saturado, en el tracto intestinal del bebé compite con algunas bacterias por el hierro, de manera que los microorganismos no disponen de él para su proliferación y ejerce un efecto bacteriostático, en sinergismo con la IgA secretoria.

También puede tener efecto bactericida al interactuar con las paredes de los microorganismos, desestabilizándolas y causando su muerte. Además, un péptido bactericida que se genera durante la digestión de la lactoferrina, la lactoferricina, sería aun más efectivo que la lactoferrina intacta.

A través de estos mecanismos, la lactoferrina puede desempeñar un papel esencial en la protección del recién nacido ante infecciones gastrointestinales. Se ha postulado que la lactoferrina promovería la absorción del hierro, si bien no hay consenso al respecto. La lactoferrina se encuentra en cantidades muy elevadas en el calostro, pero aunque desciende posteriormente, su presencia se mantiene a lo largo de toda la lactancia. En la leche de vaca la cantidad es diez veces inferior a la existente en la leche humana.²⁸

La leche materna es rica en inmunoglobulinas (especialmente en el calostro); la principal es la IgA secretoria, con menores cantidades de IgA monomérica, IgG e IgM.

Se sintetiza en la glándula mamaria y su función es la de formar anticuerpos capaces de unirse a virus y bacterias, impidiendo la penetración en la mucosa intestinal, lo que se logra gracias a su resistencia a la proteólisis y su estabilidad a pH bajo. Otra función muy importante de la IgA secretoria es el bloqueo de la adhesión de patógenos al epitelio intestinal y la unión a sus toxinas.

La leche materna presenta en su composición anticuerpos específicos contra antígenos ambiental a los que el neonato está potencialmente expuesto. La albúmina sérica sólo cumple el rol de aporte de aminoácidos. En el grupo de enzimas lácteas, la lisozima (escasa en la leche de vaca) es la más abundante y se encuentra en niveles muy superiores a los plasmáticos. Presenta una acción bactericida en el intestino del lactante y cataliza la ruptura de las uniones β -1,4 de la pared celular de las bacterias.²⁹

Otra enzima importante es la lipasa, que permanece activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por bajas concentraciones de sales biliares, con producción de glicerol y ácidos grasos libres. Esta hidrólisis sería la causante de la alta absorción de grasas en los bebés alimentados a pecho.

Por otra parte, la liberación de ácidos grasos libres y monoglicéridos, protege contra protozoos, bacterias y virus, debido a que poseen actividad antimicrobiana. Como otra característica importante, se le atribuye a la lipasa el efecto de inactivación del parásito *Giardialamblia*, muy frecuente en poblaciones de escasos recursos. También es de interés mencionar a la PAF-AH (acetilhidrolasa del factor activador de plaquetas) a la que se atribuye la menor incidencia de enterocolitis necrotizante, en particular en los neonatos prematuros alimentados con leche humana.

Las mucinas, proteínas que forman parte de la membrana de los glóbulos grasos, interfieren en la adhesión de bacterias patógenas a células epiteliales, en forma similar a otras glicoproteínas y oligosacáridos; también actúan como factores de defensa inespecíficos. Algunos de los componentes mencionados presentan, además, actividad antiinflamatoria. Entre los componentes del nitrógeno no proteico pueden destacarse la taurina y los nucleótidos.³⁰

La taurina, además de intervenir en la conjugación de ácidos biliares, está presente en el sistema nervioso central. Su deficiencia en etapas tempranas puede afectar la función retiniana.

Los nucleótidos han cobrado gran importancia en los últimos tiempos, ya que se les atribuyen diversas funciones: actuarían como inmunomoduladores, como promotores de las bifidobacterias a nivel de la flora intestinal y también mejorarían la maduración y proliferación gastrointestinal.

Carbohidratos: La lactosa es el principal carbohidrato presente en la leche materna y se sintetiza en la glándula mamaria a partir de glucosa. Aporta, junto con la grasa, la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del bebé, favorece la implantación de una flora acidófila y promueve la absorción del calcio. Existen también en la leche oligosacáridos, los que representan el tercer componente mayoritario de la leche tras la lactosa y la grasa.³¹

Están formados por 4 a 12 monómeros, con una combinación variable de D-glucosa, D-galactosa, N-acetil-glucosamina, L-fucosa y ácido siálico.

Debido a su estructura, que es similar a la de ciertos receptores de membrana de las mucosas gastrointestinal y retrofaríngea, son capaces de actuar como ligandos competitivos frente a microorganismos patógenos; de esta manera, evitan su unión a receptores presentes en las mucosas, protegiendo al lactante de infecciones intestinales y de las vías aéreas superiores.

Existe gran interés en relación con su papel en la salud y el desarrollo del lactante, ya que cumplen en el organismo un rol similar al de la fibra soluble de la dieta: ejercen un efecto probiótico, al promover el desarrollo de bifidobacterias en el intestino, lo que genera un pH ácido que inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos.

Lípidos: Las grasas presentes en la leche materna, representan una importante fuente de energía para el bebé y aportan aproximadamente el 50% de las calorías totales. Son fuente de ácidos grasos esenciales y vehículo de las vitaminas liposolubles, cuya absorción favorecen. Realizan un aporte balanceado de ácidos grasos $\omega 6$ y $\omega 3$, importante para lograr una síntesis equilibrada de eicosanoides.

Los lípidos están compuestos en un 98 por ciento por triglicéridos.

El ácido oleico (18:1, ω 9, 32,8%) y el palmítico (16:0, 22,6%) son los ácidos grasos más abundantes que los componen. El tercero en abundancia es uno de los ácidos grasos esenciales, el ácido linoleico (18:2, ω 6, 13,6%). Los ácidos grasos saturados representan el 42 a 47 por ciento y los insaturados, el 53 a 58 por ciento. Los poliinsaturados de cadena larga, que no se encuentran en la leche de vaca, son beneficiosos en la etapa de crecimiento y maduración del sistema nervioso central del bebé.³²

A este respecto, en los últimos años se ha destacado el rol de los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, que son los que predominan en cerebro y retina del neonato, en el desarrollo neurológico y de funciones visuales. El ácido oleico (18:1, ω 9), mayoritario en la leche humana, no es un ácido graso esencial. Sin embargo, se observa su acumulación en el tejido nervioso en la etapa neonatal, en particular en la mielina.

Es precursor de otros ácidos grasos monoenoicos, característicos de los esfingolípidos de la mielina.

Minerales: La concentración de minerales está adaptada a los requerimientos nutricionales y capacidad metabólica del niño. En comparación con los sucedáneos, la leche materna presenta alta biodisponibilidad de minerales, en especial de calcio, magnesio, hierro, cobre y zinc. Los minerales se encuentran presentes principalmente ligados a las proteínas del suero, al citrato o a la membrana proteica del glóbulo de grasa, a diferencia de la leche bovina, donde la caseína presenta la mayor proporción de minerales.

Estas particularidades serían las principales causas de la mejor absorción de estos nutrientes. El aporte total de minerales es bajo, lo que favorece el funcionamiento renal del lactante. En especial, la carga de sodio, potasio y cloruros corresponde a un tercio del contenido en la leche de vaca, lo que permite al bebé conservar el agua disponible para el cumplimiento de otras funciones como el control de la temperatura, sin eliminarla en la orina. Entre los nutrientes minerales se destaca el aporte de calcio y fósforo, con una relación Ca: P de 2 a 1, lo que asegura su óptima utilización.³³

El 99% del calcio corporal está presente en huesos y dientes en la forma de fosfato de calcio, que otorga dureza y estructura, el 1 por ciento restante se encuentra en líquidos extracelulares y membranas celulares. Es responsable de un gran número de funciones de regulación.

El fósforo es un nutriente esencial que participa en un importante número de funciones biológicas. En la leche humana, el 23% se encuentra unido a proteínas, aproximadamente el 15% se encuentra en forma de fósforo inorgánico y la cantidad restante aparece unido a lípidos. Su concentración en la leche materna es menor que en la leche de vaca. Se ha destacado la importancia de establecer un límite superior de fósforo para leches artificiales, ya que una excesiva cantidad contribuye a desestabilizar el nivel de calcio plasmático, con riesgo de hipocalcemia, lo que podría desencadenar una tetania neonatal.³⁴

El hierro, además de ser esencial para la producción de glóbulos rojos y el transporte de oxígeno, también interviene en el desarrollo cognitivo. La leche materna es una fuente de hierro de alta biodisponibilidad en los primeros meses de vida; si bien se encuentra en niveles muy bajos, se absorbe más del 70% en comparación con el 30 por ciento de la leche de vaca.

Algunos autores atribuyen la extraordinaria biodisponibilidad a la elevada cantidad de lactoferrina presente. Otros mencionan una conjunción de factores, como la baja concentración de proteínas, calcio y fósforo (inhibidores potenciales de la absorción) y elevadas concentraciones de lactosa y ascorbatos (potenciadores).

El cinc es un mineral esencial para el crecimiento y desarrollo del niño, está involucrado en el normal desarrollo del sistema inmunológico y en otros procesos fisiológicos, forma parte de algunas hormonas, además de ser cofactor de enzimas que intervienen en procesos metabólicos. Su distribución cambia a lo largo de la lactancia; en la leche madura, alrededor del 30 por ciento se encuentra ligado a los lípidos (principalmente en la membrana del glóbulo de grasa), 20 por ciento a la caseína y el 50 por ciento restante, a componentes presentes en el suero lácteo; ligandos principales en el suero lácteo con una proteína (albúmina) y un compuesto de bajo peso molecular (citrato).

Su concentración en la leche materna es inferior a la de vaca pero su biodisponibilidad es muy superior, tal como lo evidencia su eficiencia terapéutica en el tratamiento de la acrodermatitis enteropática (síndrome de malabsorción de cinc, patología hereditaria).

El cobre es un mineral requerido para la utilización del hierro y cofactor de enzimas involucradas en el metabolismo de la glucosa y en la síntesis de hemoglobina, tejido conectivo y fosfolípidos. A pesar de que la concentración de cobre en la leche materna es baja, es raro encontrar deficiencia en niños alimentados exclusivamente con leche humana. En cuanto a su distribución, el 80 por ciento se encuentra en el suero lácteo, sólo 5 a 15% en la grasa y el resto en la caseína.³⁵

En el suero, el ligando principal es la seroalbúmina y en menor proporción el citrato y aminoácidos libres. La absorción de este mineral en la leche humana es de aproximadamente 25 por ciento mientras que en leche de vaca es de 18 por ciento.

Vitaminas: La leche de una madre bien nutrida presenta cantidades suficientes de vitaminas para el normal crecimiento del bebé sólo con la excepción de algunas. La vitamina K se encuentra en muy bajas cantidades y no dependería de una suplementación materna. Por estar relacionada con el proceso de coagulación sanguínea, como prevención de déficit por diferentes causas se recomienda su suministro en el momento del nacimiento para evitar hemorragias hasta la estabilización de la flora intestinal.

La vitamina D se considera una parahormona, con funciones hematopoyéticas y propiedades inmunoreguladoras. Cumple un rol importante en la mineralización ósea al incrementar la absorción intestinal de calcio y fósforo y la reabsorción renal de calcio. Cuando por razones climáticas, geográficas o culturales no se recibe la influencia de los rayos solares, se hace necesario su aporte diario.³⁶

Como se mencionó previamente, la grasa de la leche actúa como vehículo de las vitaminas liposolubles. La vitamina E se encuentra en mayor concentración en la leche materna que en la de vaca.

Esto resulta ventajoso en función de su capacidad antioxidante, si se tiene en cuenta la mayor cantidad de ácidos grasos poliinsaturados de la leche humana.

La vitamina A interviene en el proceso de la visión y es necesaria para el crecimiento normal, la reproducción, el desarrollo fetal y la respuesta inmunológica. La principal acción del ácido ascórbico es la de agente antioxidante y reductor; como cofactor en reacciones enzimáticas que intervienen en el normal desarrollo del cartílago y el hueso. Además, estimula la absorción del hierro y actúa en el metabolismo de los depósitos de este mineral. La leche humana normalmente es rica en vitamina C y su concentración media es mayor que la de vaca.

IV.2.6. Contraindicaciones para la lactancia

Son pocas, entre las que se distinguen:

Efecto nocivo de la leche materna sobre el recién nacido como la galactosemia, enfermedad de orina jarabe de acre, fenilcetonuria, drogadicción materna, quimioterapia oncológica, drogas y/o procedimientos radiactivos, SIDA, entre otros.³⁷

Padecimientos de salud materna: internación en UTI, cardiopatía descompensada, desnutrición materna severa, enfermedad psiquiátrica, depresión materna severa, TBC activa, cáncer de mama, pezón invertido, absceso periareolar drenado, SIDA, quimioterapia oncológica, alcoholismo y drogadicción, tratamiento con metronidazol continuo

Alteraciones anatomo-funcionales de la cavidad bucal del niño que impidan el amamantamiento.

Razones circunstanciales que impidan temporariamente la lactancia. No requieren suspensión de la lactancia, afecciones como: citomegalovirus; diabetes, a sabiendas de que el amamantamiento puede producir hipoglucemias, por lo se debe ajustar dieta e insulino terapia; hepatitis A, ni la B siempre que el recién nacido reciba la IgHB y la vacuna al nacer con revacunación al mes y a los 6 meses; lepra; herpes simple siempre que no haya lesiones mamarias; TBC siempre que la madre esté en tratamiento desde 2 semanas antes del parto.

Puede darse en los casos de: muerte feto-neonatal; contraindicaciones para la lactancia; enfermedades de la glándula mamaria; prolongación de la lactancia más allá de lo esperado. Inhibir la lactogénesis inmediatamente luego del parto, se denomina "prevención de la lactancia" y una vez que ella se instala, se denomina "supresión de la lactancia".³⁸

Prevención de la lactancia: las acciones incluyen: I)- vendajes compresivos de las mamas inmediatamente luego del parto, manteniéndolo por 3 a 5 días; II)- no amamantar al recién nacido; no estimular aréola ni pezón, restringir la ingesta de líquidos; III)- administrar bromocriptina vía oral 2,5 mg cada 12 horas por 2 semanas, previendo los efectos colaterales (náuseas y vómitos), reduciendo la dosis a 1,25 mg cada 12 horas por 3 semanas, aún sabiendo que al suspenderla puede reiniciarse el proceso de lactogénesis obligando a retomar el tratamiento por mayor tiempo según respuesta.

Supresión de la lactancia: I)- el destete se hará en forma progresiva y concomitante con suplementación alimentaria del niño; II)- se restringirá la ingesta de líquidos; III)- ocasionalmente se aplicará vendaje compresivo de las mamas; IV)- no se estimulará aréola ni pezón; V)- se vaciará la mama manualmente; VI)- se administrará bromocriptina vía oral 2,5 mg cada 12 horas por 2 a 3 semanas dependiendo de la respuesta, prolongando la administración de 1,25 mg cada 12 horas por 7 a 10 días después de suspenderse la galactopoyesis.

IV.2.7. Complicaciones frecuentes

Durante la lactancia puede ocurrir

Dolor: la causa más frecuente de dolor es la mala posición del niño al mamar, cuando sólo se introduce el pezón en la boca y las encías lo presionan; otras veces son la micosis de aréola y pezón la causa del dolor.

Grietas del pezón: su principal causa es la mala posición del niño al mamar. Si la grieta es leve se corregirá mejorando la técnica. La utilización de cremas sólo mantiene la humedad y retardan su curación. Cubrir la aréola y pezón con leche luego de cada mamada y dejarla secar al aire o exponerla al sol o a calor seco por unos minutos.³⁹

Si la grieta es extensa y se abre con cada mamada, se extraerá la leche manualmente y se ofrecerá al lactante con cuchara hasta que se cure la grieta, lo que generalmente saltándose una a dos mamadas.

Congestión mamaria: la primaria se evidencia por mamas voluminosas, duras y sensibles, por acumulación masiva de leche; es conveniente el vaciamiento masivo por mamada; si la congestión compromete la aréola ella no podrá ser introducida en la boca del lactante, debiendo extraerse por succión mecánica hasta ablandar la aréola.

La congestión secundaria se presenta, además de la acumulación de leche, edema intersticial que impide la salida de leche; las mamas se presentan muy duras, dolorosas, calientes, enrojecidas; deberá usarse analgésicos, calor local, vaciamiento mecánico y luego frío para disminuir la congestión; el cuadro cederá al volver el reflejo eyecto-lácteo; para vaciar la mama deberá estimularse el reflejo eyecto-lácteo por estímulo pasivo de aréola y pezón y luego exprimirla manualmente o por bomba extractora.⁴⁰

Micosis mamaria: sospecharla ante dolor quemante y persistente durante la mamada y aún después; pezón y aréola rosados; a veces una grieta pruriginosa entre pezón y aréola; el niño puede presentar candidiasis en la boca; tratarlos con tópicos antimicóticos.

Obstrucción de conductos: ocurre por retención de leche en el área que drena un conducto, sea por compresión externa u obstrucción interna; se observa un nódulo mamario doloroso, a veces recurrente, sin otras complicaciones; tratamiento con masajes o calor local al amamantar y combatir causa; si la zona es muy dolorosa y enrojecida, descartar una mastitis.

Mastitis: proceso infeccioso del tejido mamario; puerta de entrada más frecuente, una grieta del pezón; hay dolor, congestión y eritema localizado, malestar general, fiebre y calofríos; incidencia del 2,5 por ciento del total de nodrizas, de las que un 4,6 por ciento evolucionan al absceso mamario; como tratamiento, lo correcto es drenarla antes de llegar al absceso, con reposo, analgésicos, calor local, vaciamiento sin contraindicar la mamada, antibióticos y antiflogósicos no esteroideos.

Como antibióticos de primera elección, la cloxacilina (250 a 500 mg cada 6 horas); puede usarse la amoxicilina (500 mg cada 8 horas) o la eritromicina (250 a 500 mg cada 6 horas). Como antiflogósticos, el ibuprofeno (400 mg cada 8 horas) o naproxeno (375 mg cada 12 horas).

Absceso mamario: secundario a una mastitis mal tratada o tratada tardíamente. Su manejo es quirúrgico. Si se lo drena cerca de la aréola, deberá suspenderse temporariamente la lactancia.

Reinducción de la lactancia: cuando la misma es recuperable, lo que puede lograrse poniendo el niño al pecho con mayor frecuencia y reduciendo progresivamente su alimentación suplementaria. Se logra más fácil cuanto menor sea el niño y menor sea el tiempo de biberones.

IV.2.8. Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños

La lactancia natural es una forma sin límite de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.⁴¹

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.

La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche. Aunque es un acto natural, la lactancia natural también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria.

También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, por ejemplo de agentes de salud cualificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.

Es posible ayudar a las mujeres que tienen un empleo remunerado para que sigan amamantando facilitándoles unas condiciones mínimas, por ejemplo una licencia de maternidad remunerada, arreglos de trabajo a tiempo parcial, guarderías en el lugar de trabajo, instalaciones para extraer y almacenar la leche materna y pausas para el amamantamiento.

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:⁴²

Según se formula en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que ultimó el examen sistemático de la duración óptima de la lactancia natural exclusiva

- han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente;
- han de ser adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento;
- han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias y utilizando utensilios limpios, y no biberones y teteras.
- han de darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante que la falta de alimentos.⁴³

Además, es necesario diversificar los enfoques, para velar por que el acceso a los alimentos corresponda de forma adecuada a las necesidades energéticas y de nutrientes del crecimiento de los niños, por ejemplo haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales.

Si se facilita a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos, se contribuirá a que en el hogar se preparen y administren sin ningún peligro alimentos locales. El sector agropecuario tiene un papel particularmente importante que desempeñar en la producción, la accesibilidad y la asequibilidad de alimentos idóneos para la alimentación complementaria.

Además, los alimentos complementarios de bajo costo, preparados con ingredientes localmente disponibles utilizando tecnologías apropiadas de producción en pequeña escala en la comunidad, pueden ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de lactantes de más edad y otros niños pequeños.

Los alimentos complementarios procesados industrialmente también ofrecen una opción a algunas madres que tienen medios para comprarlos. Los productos alimenticios elaborados para lactantes y niños pequeños, si están destinados a la venta u otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y estar en conformidad con el Código Internacional Recomendado de Prácticas de Higiene para Alimentos para Lactantes y Niños.

Enriquecer los alimentos o utilizar suplementos de nutrientes, universales o específicos también puede contribuir a que los lactantes y los niños pequeños reciban cantidades adecuadas de micronutrientes.

IV.2.9. Otras opciones de alimentación

La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre.⁴⁴

En esas escasas situaciones sanitarias en que los lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados, la elección de la mejor alternativa, leche materna extraída de la propia madre del lactante, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina, depende de cada circunstancia.

Sólo el personal de salud o, en caso necesario, otros trabajadores de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre la alimentación de los lactantes que no reciben leche materna con sucedáneos de ésta, por ejemplo una leche maternizada apropiada preparada de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, o una leche maternizada preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.

Dichas demostraciones deben dirigirse exclusivamente a las madres y otros miembros de la familia que necesiten utilizar esos sucedáneos; la información suministrada debe abarcar instrucciones adecuadas para la preparación apropiada y advertencias sobre los riesgos que pueden acarrear para la salud una preparación y una utilización incorrectas.

Los lactantes no amamantados al pecho, por las razones que sea, deben recibir una atención especial del sistema de salud y bienestar social ya que constituyen un grupo de riesgo.

IV.2.10. Alimentación en circunstancias excepcionalmente difíciles

Las familias que se encuentran en situaciones difíciles requieren una atención especial y un apoyo práctico para poder alimentar adecuadamente a sus hijos. En esos casos aumenta la probabilidad de que no sean amamantados, al igual que aumentan los peligros de la alimentación artificial y de la alimentación complementaria inadecuada.⁴⁵

Siempre que sea posible, las madres y sus hijos deberían estar juntos y recibir el apoyo que necesitan para ejercer la opción de alimentación más adecuada según las circunstancias.

Los lactantes y los niños pequeños malnutridos se encuentran con más frecuencia en entornos donde mejorar la calidad y la cantidad de ingesta alimentaria resulta particularmente problemático. A fin de prevenir una recaída y de superar los efectos de la malnutrición crónica, esos niños precisan una atención suplementaria tanto durante el inicio de la fase de rehabilitación como a más largo plazo.

Es posible que sea especialmente difícil conseguir alimentos complementarios o nutricionalmente adecuados e ino cuos, o que esos niños necesiten complementos dietéticos. La lactancia natural continua, frecuente y, cuando sea necesario, la vuelta a la lactancia natural son medidas preventivas importantes, ya que el origen de la malnutrición a menudo radica en una práctica inadecuada de la lactancia natural o en su interrupción.

La proporción de lactantes con insuficiencia ponderal al nacer oscila entre el 6 por ciento y más del 28 por ciento en función del entorno. La mayoría nacen a término, o casi, y pueden mamar en la hora que sigue al nacimiento. La leche humana es particularmente importante para los lactantes prematuros y para la pequeña proporción de lactantes a término con muy bajo peso al nacer, pues corren más riesgo de contraer infecciones, padecer mala salud a largo plazo o de morir.⁴⁶

Los lactantes y los niños se cuentan entre las víctimas más vulnerables de las situaciones de emergencia naturales o provocadas por el hombre. La interrupción de la lactancia natural y la alimentación complementaria inadecuada acentúan el riesgo de malnutrición, enfermedad y mortalidad. La distribución incontrolada de sucedáneos de la leche materna, por ejemplo en entornos de refugiados, puede provocar un cese prematuro e innecesario de la lactancia natural. En el caso de la gran mayoría de los lactantes, habría que hacer hincapié en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural, y en el aseguramiento de una alimentación complementaria oportuna, inocua y apropiada.

IV.2.11. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño

Se calcula que cada año nacen 1,6 millones de niños de madres infectadas por el VIH, principalmente en los países de bajos ingresos. Es necesario sopesar el riesgo absoluto de transmisión del VIH cuando se practica la lactancia natural durante más de un año, a escala mundial entre el 10 por ciento y el 20 por ciento con el aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad cuando no se amamanta a los lactantes.⁴⁷

Todas las madres infectadas por el VIH deberían recibir asesoramiento, es decir, información general sobre la manera de satisfacer sus necesidades nutricionales y sobre los riesgos y las ventajas de las distintas opciones de alimentación, y una orientación específica para seleccionar la opción que probablemente mejor se adecue a su situación.

Se necesita una alimentación de sustitución adecuada para los lactantes cuyas madres son VIH-positivas y prefieren no dar el pecho. Se necesita un sucedáneo adecuado de la leche materna, por ejemplo una preparación para lactantes elaborada de conformidad con las normas del Codex Alimentarius que correspondan a una preparación casera con suplementos de micronutrientes.

En algunos casos puede optarse por leche materna sometida a tratamiento térmico, o por la proporcionada por una madre donante VIH-negativa. Para reducir el riesgo de interferencia con la promoción de la lactancia natural para la gran mayoría, el recurso a sucedáneos de la leche materna para esos lactantes debería ser coherente con los principios y el fin del Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la Leche Materna.

En el caso de las madres VIH negativas o que no se han hecho la prueba, la lactancia natural exclusiva sigue siendo la opción de alimentación recomendada. Los niños que viven en circunstancias especiales también merecen una atención adicional, por ejemplo, los huérfanos y los niños en familias de acogida, así como los hijos de madres adolescentes, de madres con discapacidades físicas o mentales, con problemas de drogadicción o alcoholismo, o de madres que están en prisión o que forman parte de poblaciones desfavorecidas o marginadas de alguna otra forma.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad de la adolescente	Tiempo transcurrido desde el momento que nació hasta el momento del estudio	Número de años cumplidos	Ordinal
Escolaridad	Grado escolar que tiene la adolescente	Analfabeta Básica Media Superior	Nominal
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra	Soltera Casada Unión libre	Nominal
Conocimiento sobre lactancia materna	Grado de saber sobre lactancia materna	Alto Medio Bajo	Nominal
Actitud	Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable	Positiva Negativa	Nominal
Práctica	Es el conjunto de actividades que cada persona realiza diariamente según su entorno influyendo la cultura, costumbre y estilos de vida.	Correcta Incorrecta	Nominal

VI.MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1.Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

VI.2. Ámbito de estudio

El estudio fue realizado en el Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, ubicado en el Ensanche Naco, el cual corresponde a un tercer nivel de atención y delimitado, al Norte, por la calle Dr. Heriberto Pieter, al Sur, por la calle Prof. Aliro Paulino, al Este, por la calle Ortega y Gasset y al Oeste, por la calle del Carmen

VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por todas las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 35 embarazadas escogidas de forma no intencional asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

VI.5. Criterios de inclusión

- Madres embarazadas.
- Embarazadas que deseen participar voluntariamente en el estudio de investigación.
- Embarazadas que firmen consentimiento informado.

VII.6. Criterios de exclusión

- Embarazadas que no firmen consentimiento informado.
- Embarazadas que no asistan a la consulta.

VII.7. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario (instrumento), con preguntas cerradas y se llenaron a través de observaciones directas de las embarazadas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

VII.8. Procedimiento

Fueron contactadas las embarazadas al momento de su cita en el área de consulta externa, donde se harán las preguntas consignadas en el cuestionario, previo consentimiento informado.

Para medir el conocimiento se sumarán los ítems

Alto conocimiento (12-15 respuestas correctas).

Mediano conocimiento (8-11 respuestas correctas).

Bajo conocimiento (menos de 7 respuestas correctas).

Para medir la actitud

Escala	Puntuación
Positiva	2-3
Negativa	0-1

Práctica de la LME.

Escala	Puntuación
Correcta	13-24
Incorrecta	0-12

VII.9. Tabulación

La información fue procesada mediante el programa EPI-INFO.7.0 y se presentará a través de cuadros y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

VII.10. Análisis

Se planificó y se estableció como técnica estadística los cálculos en porcentajes y la representación de la información en distribución de frecuencia relativa y en series agrupadas.

VII.11. Principios éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

VII. RESULTADOS

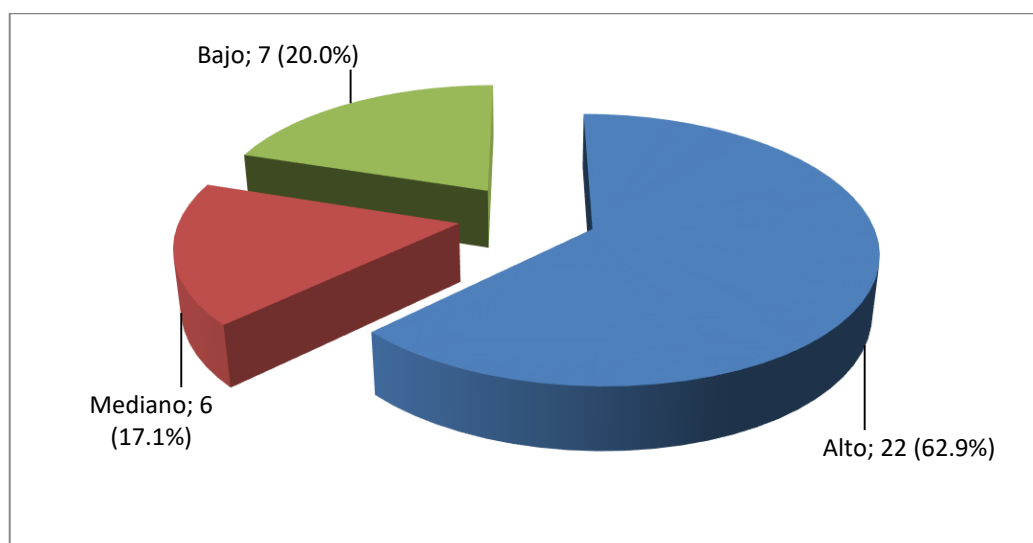
Cuadro 1. Nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	22	62.9
Mediano	6	17.1
Bajo	7	20.0
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se evidenció que el 62.9 por ciento de las embarazadas encuestadas tienen alto conocimiento sobre lactancia materna.

Gráfico 1. Nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 1

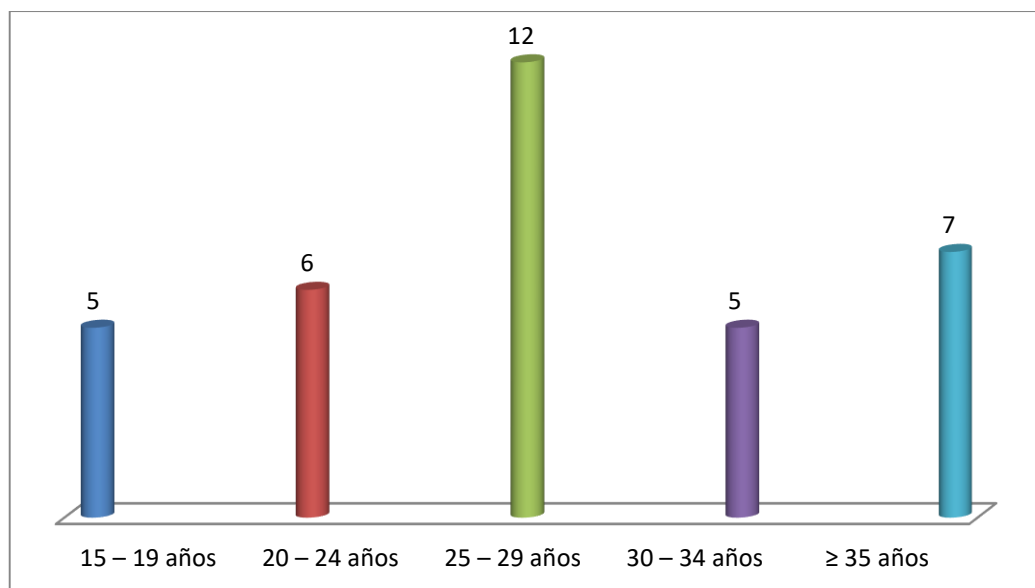
Cuadro 2. Edad de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Edad (años)	Frecuencia	%
15 – 19	5	14.3
20 – 24	6	17.1
25 – 29	12	34.3
30 – 34	5	14.3
≥ 35	7	20.0
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se observó que un 34.3 por ciento de las embarazadas encuestadas estaban comprendidas entre 25-29 años.

Gráfico2. Edad de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 2

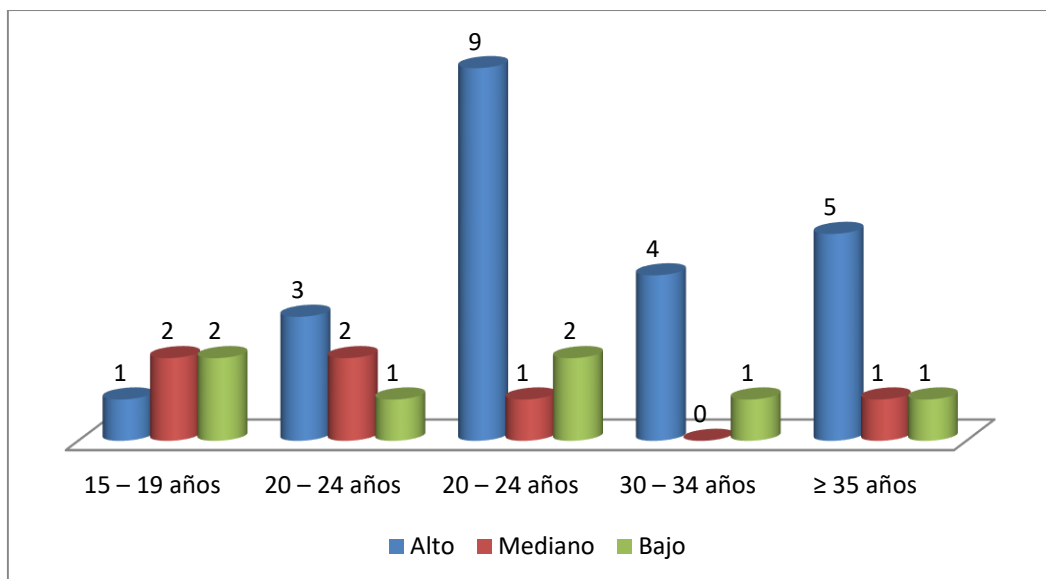
Cuadro 3. Edad y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Edad (años)	Conocimiento						TOTAL	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
15 – 19	1	20.0	2	40.0	2	40.0	5	14.3
20 – 24	3	50.0	2	33.3	1	16.7	6	17.1
25 – 29	9	75.0	1	8.3	2	16.7	12	34.3
30 – 34	4	80.0	0	0.0	1	20.0	5	14.3
≥ 35	5	71.4	1	14.3	1	14.3	7	20.0
Total	22	62.9	6	17.1	7	20.0	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se observó que de las 12 embarazadas encuestadas comprendidas entre 25-29 años, el 75.0 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 8.3 por ciento, mediano conocimiento y un 16.7 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 3. Edad y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 3

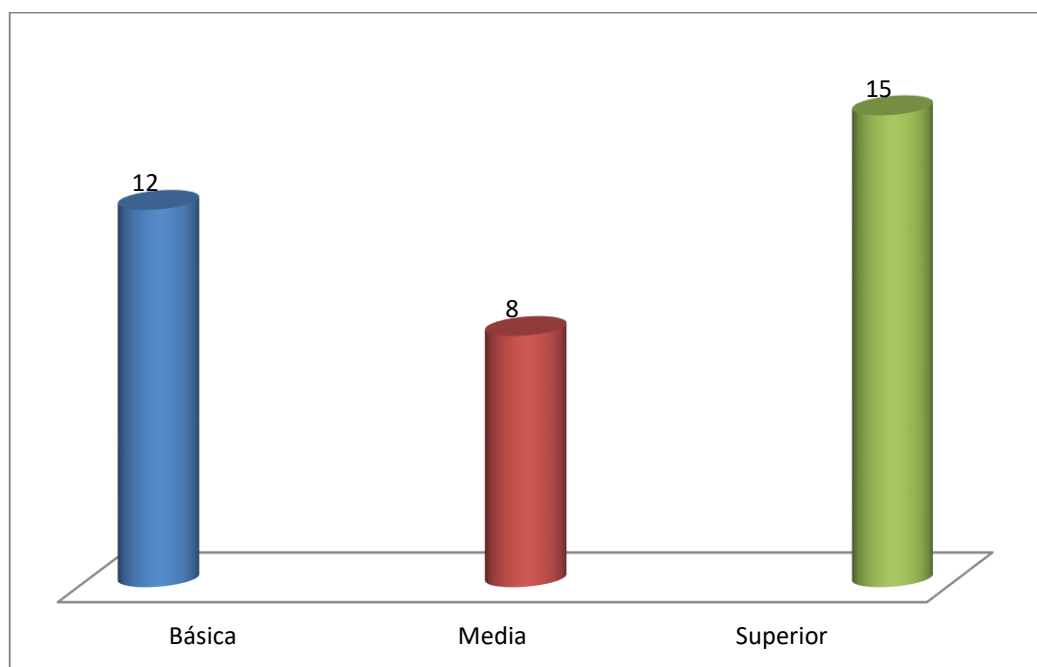
Cuadro 4. Escolaridad de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Escolaridad	Frecuencia	%
Básica	12	34.3
Media	8	22.9
Superior	15	42.8
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se encontró que el 42.8 por ciento de las embarazadas encuestadas tenían un nivel superior de escolaridad.

Gráfico4. Escolaridad de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 4

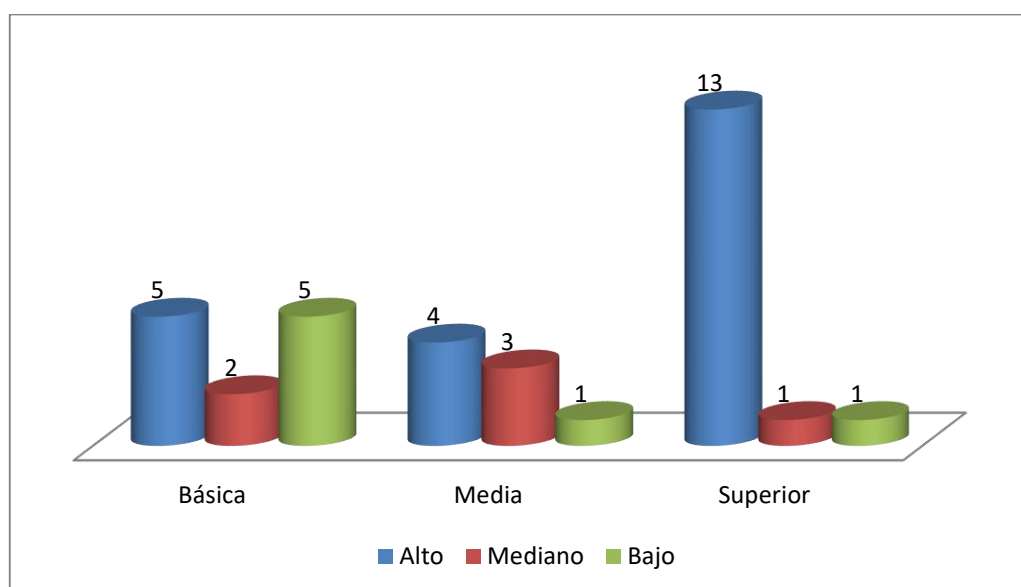
Cuadro 5. Escolaridad y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Escolaridad	Conocimiento						TOTAL	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Básica	5	41.7	2	16.6	5	41.7	12	34.3
Media	4	50.0	3	37.5	1	12.5	8	22.9
Superior	13	86.6	1	6.7	1	6.7	15	42.8
Total	22	62.9	6	17.1	7	20.0	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se encontró que de las 15 embarazadas encuestadas con un nivel superior de escolaridad, un 86.6 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, el 6.7 por ciento, mediano conocimiento y un 6.7 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 5. Escolaridad y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 5

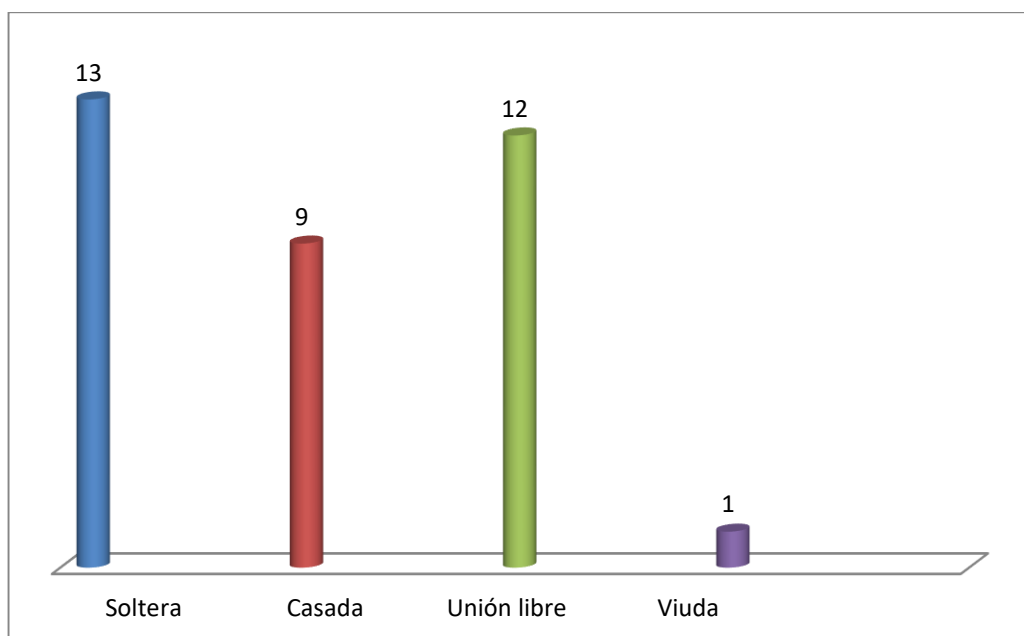
Cuadro 6. Estado civil de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	13	37.1
Casada	9	25.7
Unión libre	12	34.3
Viuda	1	2.9
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se evidenció que un 37.1 por ciento de las embarazadas encuestadas eran solteras.

Gráfico6. Estado civil de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 6

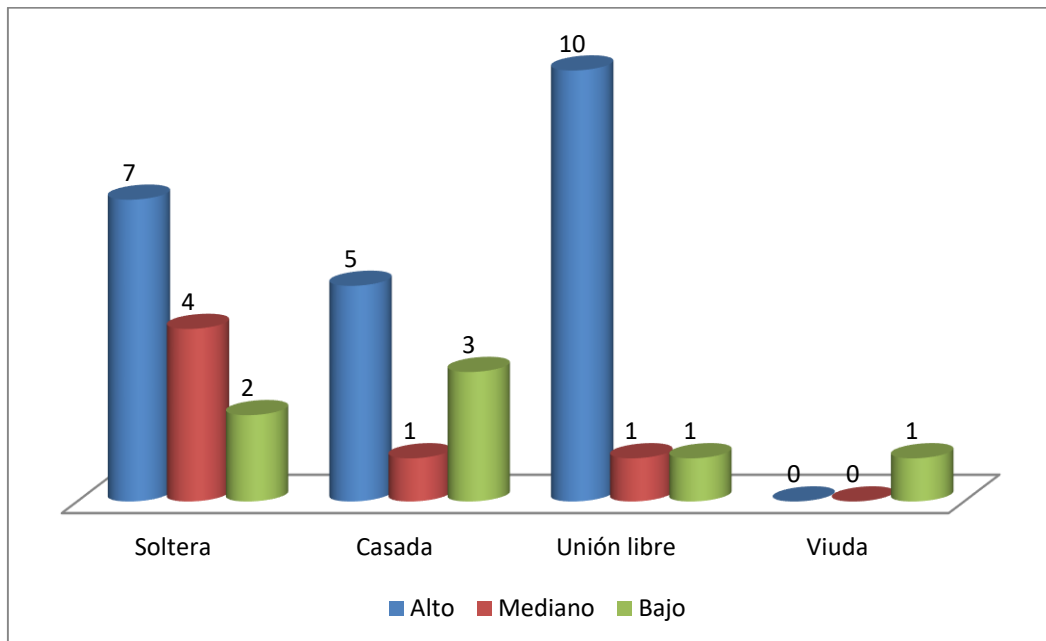
Cuadro 7. Estado civil y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Estado civil	Conocimiento						TOTAL	
	Alto		Mediano		Bajo			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Soltera	7	53.8	4	30.8	2	15.4	13	37.1
Casada	5	55.6	1	11.1	3	33.3	9	25.7
Unión libre	10	83.3	1	8.3	1	8.3	12	34.3
Viuda	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	2.9
Total	22	62.9	6	17.1	7	20.0	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se encontró que de las 13 embarazadas encuestadas solteras, el 53.8 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 30.8 por ciento, mediano conocimiento y el 15.4 por ciento bajo conocimiento.

Gráfico 7. Estado civil y nivel de conocimientos de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 7

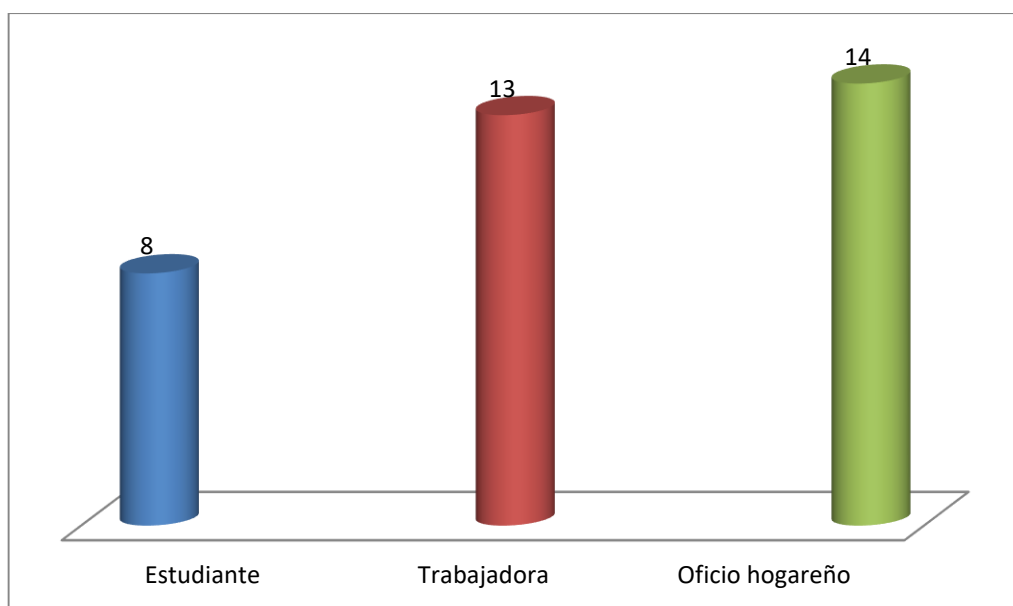
Cuadro 8. Ocupación de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	8	22.9
Trabajadora	13	37.1
Oficio hogareño	14	40.0
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se encontró que el 40.0 por ciento de las embarazadas encuestadas tenían por ocupación oficio hogareño.

Gráfico8. Ocupación de las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 8

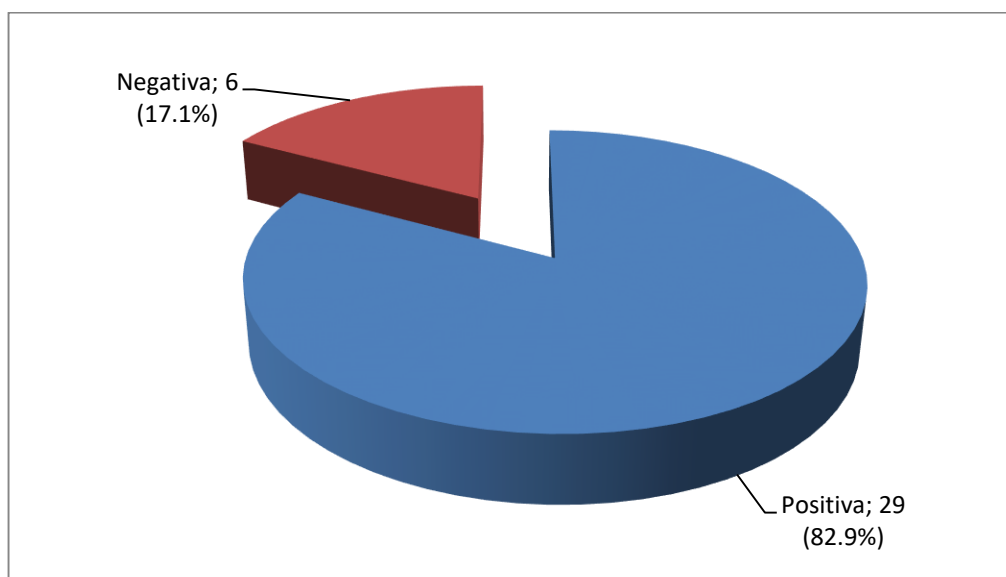
Cuadro 9. Práctica sobre lactancia materna por las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Práctica	Frecuencia	%
Positiva	29	82.9
Negativa	6	17.1
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se observó que 82.9por ciento de las embarazadas encuestadas presentaron práctica positiva frente a la lactancia materna.

Gráfico 9. Práctica sobre lactancia materna por las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 9

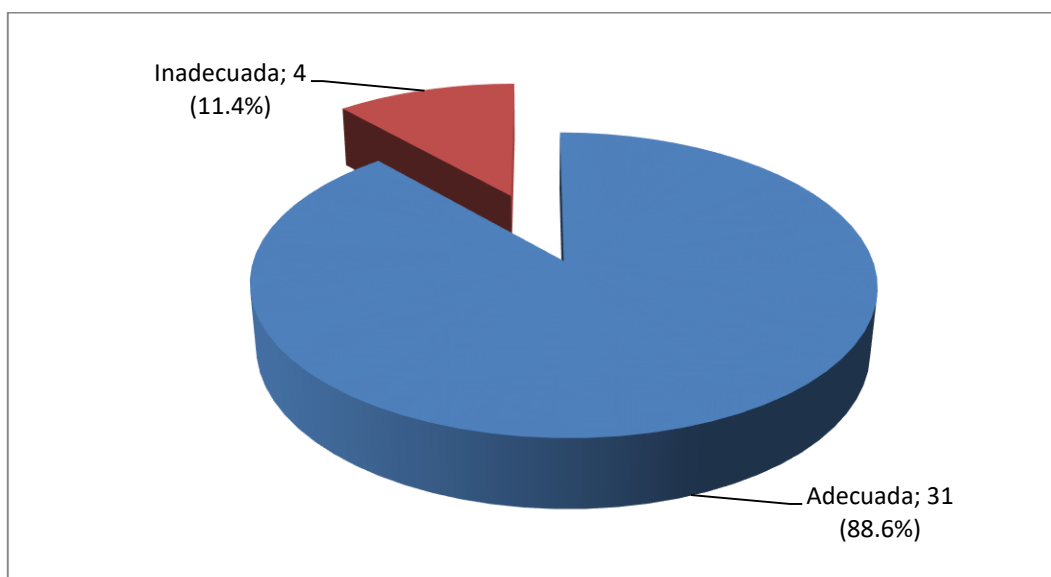
Cuadro 10. Actitud sobre lactancia materna por las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.

Actitud	Frecuencia	%
Adecuada	31	88.6
Inadecuada	4	11.4
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a embarazadas

Se evidenció que el 88.6 por ciento de las embarazadas encuestadas presentaron actitud adecuada sobre la lactancia materna.

Gráfico10. Actitud sobre lactancia materna por las embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, septiembre-noviembre, 2019.



Fuente: Cuadro 10

VIII. DISCUSIÓN

Durante el período septiembre-noviembre, 2019 fueron entrevistadas un total de 35 embarazadas de las que asistieron a la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, con el objetivo de determinar el conocimiento, la práctica y la actitud sobre lactancia materna, de las cuales 22 de ellas tenían alto conocimiento, lo que equivale a un 62.9 por ciento. Hallazgo que difiere de Santana *et al*, en su estudio sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de la lactancia materna que tienen las embarazadas que asisten a la consulta prenatal en el Hospital Regional Universitario Jaime Mota en la ciudad de Barahona, durante septiembre-octubre 2011, quienes encontraron que el 33 por ciento tiene incorrecto conocimiento. Ramírez *et al*, en su estudio nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las madres de la Unidad de Atención Primaria No. 4, Batey Paja, Vicente Noble, provincia Barahona, noviembre 2015 - enero 2016, reportaron que el 50 por ciento tiene alto conocimiento sobre la lactancia materna. Injante *et al*, en su investigación acerca de los conocimientos, las actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un Hospital Regional de Ica-Perú durante el mes de Enero del año 2017, reportaron que el 83 por ciento dijo conocer que es amamantamiento exclusivo con leche materna.

La relación existente entre nivel de conocimiento y la edad, se evidenció que a mayor edad, mayores eran los porcentajes de conocimiento sobre lactancia. Estos resultados coinciden con Díaz,² y cols., en su estudio sobre los aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida en el 2011; donde se evidenció que esta variable está muy asociada con el alto nivel de conocimiento, señalando que esto es probable que en las jóvenes, no exista preocupación por adquirir estos conocimientos y no tengan la percepción del riesgo que puede tener aparejado, la falta de lactancia natural para el niño.

Con respecto al nivel de instrucción de las embarazadas encuestadas, el 42.8 por ciento tenía un nivel superior y el 22.9 por ciento nivel medio, observándose en estos dos grupos los mayores porcentajes de alto conocimiento sobre la lactancia. Paredes,⁵ y cols., se su estudio sobre la actitud y practica sobre lactancia materna en madre que acuden a la consulta de perinatología de hospital de la mujer dominicana 2009, reportaron igual hallazgo con respecto a nivel de escolaridad.

La distribución de las embarazadas según su estado civil y los conocimientos sobre lactancia materna, muestra que el 37.1 por ciento formaba parte de una soltería. Si bien todos los grupos según su estado civil mostraron alto resultados en cuanto a los conocimientos sobre lactancia materna, los porcentajes más bajo se observaron en las embarazadas casadas y los mejores, en las de unión libre. Similar hallazgo lo encontró Delgado, en su estudio sobre el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva en Chiclayo, Perú en el 2012.

Se evidenció que un 82.9 por ciento de las madres presentaron una práctica adecuada frente a la lactancia materna. Por lo anterior expuesto, se puede concluir que un porcentaje considerable de madres tiene prácticas adecuadas en lactancia materna ya que se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla para dar de lactar a su bebe, realiza la estimulación del reflejo de succión al inicio del amamantamiento, permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y laaréola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial. Sin embargo existe un porcentaje significativo con practicas inadecuadas relacionado a que la madre no acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen y cuando da de lactar a su bebe no coloca su espalda recta con los hombros cómodos y relajados lo cual conlleva a que ocurra interrupciones en la duración de la lactancia materna predisponiendo a que el niño esté expuesto a padecer enfermedades que alteren su óptimo crecimiento y desarrollo.

Al identificar las actitudes se encontró que había una actitud adecuada hacia los aspectos de ser vistas dando pecho materno, al mirar a otra mujer realizar dicha actividad, hacia los cambios en el estilo de vida asociados con la lactancia, hacia el deseo natural de amamantar a su bebe, hacia el vínculo madre-hijo y consideraban la lactancia materna como lo ideal.

IX. CONCLUSIONES

1. El 62.9 por ciento de las embarazadas encuestadas tienen alto conocimiento sobre lactancia materna.
2. Un 34.3 por ciento de las embarazadas encuestadas estaban comprendidas entre 25-29 años.
3. De las 12 embarazadas encuestadas comprendidas entre 25-29 años, el 75.0 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 8.3 por ciento, mediano conocimiento y un 16.7 por ciento bajo conocimiento.
4. El 42.8 por ciento de las embarazadas encuestadas tenían un nivel superior de escolaridad.
5. De las 15 embarazadas encuestadas con un nivel superior de escolaridad, un 86.6 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, el 6.7 por ciento, mediano conocimiento y un 6.7 por ciento bajo conocimiento.
6. Un 37.1 por ciento de las embarazadas encuestadas eran solteras.
 1. De las 13 embarazadas encuestadas solteras, el 53.8 por ciento tenían alto conocimiento sobre lactancia materna, un 30.8 por ciento, mediano conocimiento y el 15.4 por ciento bajo conocimiento.
7. El 40.0 por ciento de las embarazadas encuestadas tenían por ocupación oficio hogareño.
8. Un 82.9 por ciento de las embarazadas encuestadas presentaron práctica positiva frente a la lactancia materna.
9. El 88.6 por ciento de las embarazadas encuestadas presentaron actitud adecuada sobre la lactancia materna.

X. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública

1. Implementar estrategias de salud que fomenten y promuevan la lactancia materna a nivel nacional.
2. Involucrar a los medios de comunicación con el fin de lograr la popularización de estas estrategias.
3. Mantener estrecha vigilancia del cumplimiento de los programas dirigidos a estimular la lactancia materna que se ponen en práctica en los centros de atención primaria y secundaria del país.

Al Hospital Central de Las Fuerzas Armadas

1. Capacitar y actualizar de manera continua al personal médico y de enfermería sobre lactancia materna.
2. Estimular al personal médico y de enfermería a brindar charlas de lactancia materna a toda paciente mujer en edad fértil, embarazada o puérpera que asista al Centro de Salud o Puesto de Salud.
3. Animar la participación de las parejas y/o familiares de la embarazada o puérpera en actividades que fomenten la estimulación de la lactancia materna. Promocionar la lactancia materna a través de medios visuales como afiches, murales y poster para sensibilizar a las madres y que de esta manera tengan prácticas adecuadas.

Al personal médico y de enfermería

1. Mantenerse actualizado sobre el tema de la lactancia materna.
2. Concientizar a las pacientes en edad fértil, embarazadas y puérperas sobre la importancia de la lactancia materna.
3. Incluir en las charlas de lactancia materna la enseñanza de posiciones de amamantamiento, extracción manual de leche materna, almacenamiento y administración de la misma.

XI. REFERENCIAS

1. UNICEF. La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011. PG. Disponible en: <http://unicef.org/honduras/estadomundialinfancia2011.pdf>.
2. Menéndez Guerrero. G. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. 2012. Revista cubana de obstetricia y ginecología Disponibles en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
3. Peña. A. Impacto Materno y Neonatal del Embarazo en la Adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2011:44-49.
4. Santana H, Rodríguez F, Ramírez T. Llevaron a cabo u estudio descriptivo con el objetivo de determinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de la lactancia materna que tienen las embarazadas que asisten a la consulta prenatal en el Hospital Regional Universitario Jaime Mota en la ciudad de Barahona, durante septiembre-octubre 2011. Santo Domingo, 21:14-18.
5. Ramírez L, Feliz A, González G., realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tienen las madres de la Unidad de Atención Primaria No. 4, Batey Paja, Vicente Noble, provincia Barahona, noviembre 2015 - enero 2016. Santo Domingo, 2017:23-26.
6. Injante M., Álvarez G, Gavilano L., llevaron a cabo un estudio observacional, tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de evaluar el conocimientos, las actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un Hospital Regional de Ica-Perú durante el mes de Enero del año 2017. Perú, 2017:30-35.
7. Paredes E, Trujillo L, Chávez M, Romero A., llevaron a cabo un estudio descriptivo sobre el conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar que acudieron a los módulos PrevenIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS en la ciudad de Morelia, Michoacán, México entre enero-mayo, 2018. México, 2018:19-24.

8. Gerónimo R, Magaña M, Zetina E, Herrera Y. Conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres que asisten a la consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM) del Estado de Tabasco durante el periodo de Julio-Agosto de 2013.
9. Organización Mundial de la Salud. Nutrición: Lactancia materna exclusiva. OMS: Ginebra; 2017. Acceso: 09/06/2017. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
10. Gorrita R, Ortiz Reyes D, Alfonso Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Rev Cubana Pediatr. 2016;88(1):1-6.
11. Argote D, Cordero J. Relación del tipo de lactancia y el estado, nutricional de los niños menores de seis meses, Chilca 2014. Perú, 2015:18-201.
12. González R, Hoyos A, González I. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev. Med. Electrón, 2017;39(5):1-6.
13. Olivares R. Hijos con lactancia exclusiva de sus madres caen por primera vez en 17 años y llegan sólo al 45%. [Citado el 11/10/2019] Disponible en: http://diario.elmercurio.cl/2010/08/09/nacional/_portada/noticias/ea49ce60-3dbc-4800-bef3-0b5a78ce528e.htm
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño pequeño. OMS 2013;5-12
15. Huachan C, Miguel I. Factores de edad, paridad, grado de instrucción, ocupación, en la duración de la lactancia materna exclusiva en madres egresadas del servicio de maternidad del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Trujillo; 2012:90-96.
16. López E, Vega N, Pérez R. Causas del abandono de la lactancia materna en adolescentes del Centro Materno-Infantil San Lorenzo de Los Mina durante octubre-diciembre del 2012. Tesis de grado, UASD, 2013:7-12.
17. Álvarez D, Toraño O, Machó J, Valdez M, González M. Comportamiento de la lactancia materna exclusiva, y causas de abandono, en los niños

- nacidos en el año 2007, Policlínico Universitario Carlos J. Finlay, Marianao, Ciudad Habana, Cuba. *RevCub Puericultura*, 2007:1-5.
18. Bastida C, Gonzáles K, Pérez L, Sole D. Frecuencia de abandono de la lactancia materna exclusiva y causas determinantes en madres de niños de 7 a 9 meses que asisten al Ambulatorio Urbano tipo II "San José". Barquisimeto Estado Lara, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Decanato de Medicina, 2010:1-10.
 19. León H. Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel *Pediatría de México* 2010;12(1):29-32.
 20. Boga M, Pereyra M, Duración de la lactancia materna y factores educativos, económicos y sociales influyentes en el abandono de la misma antes del tiempo recomendado." Año 2015. Tesis de grado, 2015:7.12.
 21. Calvo-Quiroz C. Factores socioeconómicos, culturales y sociales al sistema de salud que influye en el amamantamiento. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*, octubre 2008-marzo 2009: 2010;15:1-8.
 22. Camargo F, Latorre J, Porrás J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, 2011;16(1):56-72.
 - 23.240. Estévez MD, Cebrián DM, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *AnEspPediatr*, 2009;56:144-50.
 24. Huachan C, Miguel I. Factores de edad, paridad, grado de instrucción, ocupación, en la duración de la lactancia materna exclusiva en madres egresadas del servicio de maternidad del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Trujillo; 2014:90-96.
 25. Lereboux M, Rodríguez M, Ramírez H. Factores que influyeron en el abandono de la lactancia materna en mujeres que asisten a las consultas de pediatría del Hospital Regional Juan Pablo Pina durante enero-febrero 2012. Tesis de grado UASD, 2013:12-15.
 26. Morón C. Lactancia materna y ventajas bucales en niños. Oficina Regional De la FAO para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 2013,52-56.

27. Navarro M; Duque J. Trejo O. Z. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud pública Méx. 2012;(4):276-284.
28. González R, Hoyos A, González I. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Rev. Med. Electrón, 2017;39(5):1-6.
29. Delgado L, Puelles F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Chiclayo, 2012. Tesis de grado, Chiclayo, 2015:27-30.
30. Pinilla E, Domínguez C, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enferm. glob. 2014;13(33):1-5.
31. Paredes G, Gómez v, Espinal E. Actitud y practica sobre lactancia materna en madre que acuden a la consulta de perinatología de hospital de la mujer dominicana 2009.
32. Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Publica 2014. Santo Domingo Este, RepDom 2012:9-12.
33. Meneghello R. Pediatría Practica en Diálogos, 4ta edición, Madrid, España ; Editorial Médica Panamericana; 2017:187-192.
34. Stoppard M. Como Alimentar al Bebé. Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento, Guía práctica y completa para todos los futuros Padres. 4º ed. Londres: Norma; 2016:6-8.
35. Osorio, Jairo, Hacia una Feliz Lactancia Materna, Texto Práctico para Profesionales de la Salud, Editorial Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, El Salvador, C.A., 2011:12-15.
36. Camargo F, Latorre J, Porras J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud, 2013;16(1):56-72.

37. Delgado L, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Chiclayo, 2012. Tesis de grado, 2012:12-15.
38. Martínez Fouré M. Alimentación Adecuada, vida prolongada. Rev Chil. Aliment. Nutric. Chile: 2015,4(3):15-16.
39. Organización Mundial de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. A54/INF:DOC:/4. Mayo 2014:12-15.
40. Ronayne de Ferrer PA, Sambucetti ME. Casein to whey protein ratio in rat and human milks: effects of maternal protein intake. J DairySci 2011;76:1645-1653.
41. Fernández Marín C, Gutiérrez Martínez M, Martos Vilchez M, Peña Caballero M, Rodríguez Ruiz J, Sánchez Martínez B. Guía de Lactancia Materna. Granada: Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Marzo 2015. Disponible en: 210 http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf
42. Becerra-Bulla F, Bonilla-Bohórquez L, Rodríguez-Bonilla J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. Revista de la Facultad de Medicina. 2015;63(1):119-26
43. Gorrita R. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Rev Cubana Pediatr. Jul-set 2014;86(3):1-5
44. Palou Oliver M, Vega Fernández V, Elvira Martín M, Rivero Reynel AM. Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna iniciada al ingreso en una unidad de neonatología. Metas de Enfermería. 2015; 18(1): 6-12.
45. O'Donnell A, Carmuega E. Recomendaciones para la alimentación de niños normales menores de 6 años. Publicación CESNI # 16, 2001634-37.
46. Carmuega E, O'Donnell A. La alimentación complementaria. Bases científicas para el consejo alimentario durante los trascendentes primeros dos años de la vida. Boletín CESNI, 2015; 7:1-19.

47.. Joanna BriggsInstitute. Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. Bestpractice. 2013; 15 (3):1-4.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	2019						
	Abril	mayo	Junio	julio	agosto	Septiembre	octubre
	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Delimitación del objeto de estudio	XX						
Diseño de anteproyecto		XX					
Entrega de anteproyecto		XX	XX				
Recolección de la información				XXXX	XXX		
Procesamiento y análisis de la información					XX		
Trascripción y encuadernación						XX	
Entrega de tesis							XX

XII.2. Consentimiento informado

Yo, _____ deajo constancia de haber sido informada sobre el presente estudio, tanto en sus objetivos como el propósito y alcance de dicha investigación, para lo cual se respetara total anonimato de mi identidad personal y la

información obtenida en el consentimiento, entre otros; otorgando por lo tanto, mi consentimiento para ser participe en forma voluntaria de esta investigación. Asimismo, se me ha dado el conocimiento que puedo retirarme del estudio cuando así lo decida sin que esto ocasione ningún tipo de perjuicio a mi persona. En tal sentido, se avala el presente documento con mi firma junto a las rubricas de la(s) investigadoras.

Firma_____

XII.3. Instrumento de recolección de datos

Conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

Es grato dirigirme a usted para saludarle muy cordialmente y solicitarle su participación en responder el cuestionario que tratará sobre Conocimientos, las actitudes y las prácticas de embarazadas asistidas en la consulta de obstetricia del Hospital Central de Las Fuerzas armadas entre septiembre-noviembre, 2019.

I. DATOS GENERALES

1. Edad

15-19____ 20-24____ 25-29____ 30-34____ 35 y más____

2. Escolaridad

Ninguna____ Básica____ Media____ Superior____

3. Estado civil

Soltera____ casada____ Unión libre____ viuda____ divorciada____

4. Ocupación

Estudiante____ trabajadora____ oficio del hogar____. Otras_____.

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Conteste el cuestionario marcando la respuesta que usted considere la correcta con un aspa (X) Si No

1) ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?

- a) Es dar a su bebé sólo leche materna de día y de noche
- b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas
- c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro
- d) Es dar a su bebé leche materna más purés

2) ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

- a) A las 4 horas de nacido
- b) Inmediatamente después del parto
- c) A las 24 horas de nacido
- d) Cuando él bebe llora de hambre por primera vez

3) El calostro (primera leche) es:

- a) Un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros 5 días después del parto
- b) Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo
- c) La composición de la leche materna
- d) Es un líquido segregado por las glándulas mamarias a partir de la tercera semana luego del parto

4) ¿Conoce que contiene la leche materna?

- a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
- b) Grasas, proteínas y agua
- c) Solo agua, vitaminas y minerales
- d) No tengo conocimiento del tema

5) ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar a su bebé?

- a) Hasta los 2 años
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 12 meses
- d) Hasta que ya no tenga más leche

6) ¿Qué beneficios económicos tiene la lactancia materna?

- a) El niño se enferma menos y se gasta menos dinero en medicinas.
- b) No se gasta dinero en otras leches suplementarias para alimentar al bebé
- c) Las dos anteriores

- d) No tengo conocimiento del tema
- 7) Si su bebe tuviera diarrea:
 - a) Le suspende la lactancia materna
 - b) Le da panetela y otras agüitas
 - c) Le da lactancia materna más suero oral
 - d) Le daría pecho con mayor frecuencia.
- 8) ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando no hay una adecuada técnica de amamantamiento?
 - a) Heridas en los pezones
 - b) Pezones adoloridos
 - c) Conductos obstruidos
 - d) Todas las anteriores
- 9) ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta en la madre cuando el niño no se ha puesto a mamar desde el nacimiento y que no mama a demanda?
 - a) Mastitis (infección a las mamas)
 - b) Ingurgitación mamaria
 - c) Dolor y fiebre
 - d) No tengo conocimiento del tema
- 10) Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?
 - a) Tendría que darle leche artificial.
 - b) Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche artificial cuando se separe de él.
 - c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
 - d) Tendría que darle leche de tarro en biberón

III. PRÁCTICAS

- 11) ¿Cuál es la posición correcta del acoplamiento de la boca del niño al seno de la madre?
 - a) La boca del bebé debe estar bien abierta para que gran parte de la areola entre en ella y el pezón quede centrado dentro de su boca con la barbilla tocando el pecho y apartando la nariz
 - b) La boca del bebé debe estar semiabierta para que entre en ella solo el pezón
 - c) La boca del bebé debe estar cerrada y se debe introducir en la boca del bebé solo el pezón
 - d) No tengo conocimiento del tema
- 12) ¿Cada qué tiempo debe de dar de mamar a su bebe?
 - a) Cada 3 horas
 - b) Cada 4 horas
 - c) Cada 2 horas o a libre demanda
- 13) ¿Cuánto tiempo debe tomar de cada pecho el bebé?
 - a) De 05 a 10 minutos por cada pecho
 - b) De 10 a 15 minutos por cada pecho
 - c) De 20 a 25 minutos por cada pecho
 - d) 30 minutos por cada pecho
- 14) ¿Cómo se sabe por qué pecho hay que empezar a dar de lactar después de que el bebé ya lactó por primera vez en el día?
 - a) Empezará de dar de lactar por cualquier seno
 - b) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al final
 - c) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al inicio
 - d) Empezará a dar de lactar por el seno que esté más lleno
- 15) ¿Cómo debe limpiarse los senos?
 - a) Lavar los pezones con jabón o champú
 - b) Bañarse diariamente es suficiente
 - c) Desinfectar con alcohol los pezones

- d) No es necesario limpiarlos
- 16) ¿Qué debe hacer antes de dar de lactar a su niño?
- Consumir una buena alimentación
 - Lavarse las manos con jabón y agua y suavizar los senos con leche materna
 - Dormir una o dos horas para que se relaje
 - Tomar bastante agua
- 17) ¿En caso de pezones agrietados (con heridas) que considera usted que debería hacer?
- Lavarse los pezones diariamente con agua tibia y jabón.
 - Echar alcohol
 - Aplicar un poco de leche materna luego de amamantar, dejar secar por 5 minutos.
 - a + c
- 18) ¿Sabe Ud. cómo se realiza la extracción de leche materna manualmente?
- Se extrae con la pezonera
 - Se inicia con masajes colocando la mano en forma de "C" empujando los dedos pulgar e índice hacia el tórax
 - Consiste en presionar el seno fuertemente hasta que salga leche
 - Todas las anteriores
- 19) ¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?
- En recipientes de vidrio previamente hervidos con tapa en la refrigeradora o en lugar fresco.
 - En botellas de plástico
 - En una jarra fuera del refrigerador
 - En cualquier recipiente y lugar.
- 20) La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:
- 2 -4 horas
 - 8 -12 horas
 - 24 horas
 - 48 horas
- 21) ¿Cómo se debe calentar la leche extraída?
- En el horno microondas
 - A fuego directo en la cocina
 - En un recipiente con agua caliente (baño maría)
 - No tengo conocimiento del tema

III. ACTITUD

- Dar de lactar genera sentimientos de amor y sentimientos positivos en la mamá?
 - Si_____ b. No_____
- La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre- hijo proporcionando
 - Seguridad al bebé ya que se siente protegido por su madre.
 - Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.
 - Se estimula el amor en el niño, desarrollando la confianza y el apego.
 - Todas las anteriores.
- La lactancia materna exclusiva genera en la madre satisfacción y gozo por dar pecho a su bebé?
 - Si_____ b. No_____

XII.4. Costos y recursos

Humanos

Una sustentante Dosasesores			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio D\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	160.00	640.00
PaperGraphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades3	10.00	20.00
Computador	unidades1	1500.00	5000.00
Impresora	unidad	150.00	150.00
Proyector			
Cartucho	HP		
Calculadoras			
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	8 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	15.00 c/u	1200.00
Pago de tesis	4	5000.00	2000.00
Tarjetas de llamada	1 médico	60.00 c/u	15000.00
	15		900.00
Subtotal			29650.00
Imprevistos (10%)			2965.00
Total			RD\$32,615.00

XIII.5. Evaluación

Sustentante

Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón

Asesores

Dra. Micaury Brito
(Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológica)

Jurado

Autoridades:

Dr. Martin Manuel Salazar Simo
Director General Residencia Medica

Dr. Ramón Feliz
Jefe de Enseñanza HCFF. AA.

Dra. Rossy Molina Cuevas
Coordinadora Residencia Medica MFYC

Dr. William Duke
Decano de la Facultad de Ciencia de La Salud

Fecha presentación _____

Calificación: _____

