

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE NEONATOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMYM TOLUCA EN EL PERIODO 01 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2019”.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGIA

PRESENTA:

E.EN PED. MARIANA SANDOVAL BENÍTEZ

DIRECTORA:

E.EN NEO. GABRIELA CORONA MARTINEZ

REVISORES:

E.EN NEO.ALFREDO VALDÉS LÓPEZ

E.EN NEO. CÉSAR GUILLERMO SÁNCHEZ ACOSTA

E.EN NEO. PATRICIA D. OSTIA GARZA

E.EN NEO. JUAN FERNANDO GARCÍA ROBLEDO

TOLUCA, MÉXICO, 2021.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	1
2. PLANTEAMIENTO DL PROBLEMA	26
3. JUSTIFICACIÓN.....	28
4. OBJETIVOS.....	29
5. METODOLOGÍA	30
6. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	33
7. ORGANIZACIÓN.....	33
8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	34
9. RESULTADOS.....	35
10. DISCUSIÓN.....	50
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
9. BIBLIOGRAFÍA.....	53
10. ANEXOS.....	58

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta que actualmente se cuenta con pocos estudios en relación al tema y el mayor porcentaje de referencias con las que contamos es de literatura extranjera, y considerando que es importante que las madres tengan conocimiento sobre la lactancia materna ya que al contar con información integral se verían incentivadas a ser responsables con una nutrición y un desarrollo adecuado para sus hijos; se justifica la investigación con fines de concientizar a las mamás acerca de la importancia de este acto y los aspectos positivos y beneficiosos del mismo.

- En un estudio realizado en Perú- 2014, titulado: “Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre Lactancia Materna Exclusiva (LME) que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014”. Se tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. La población estudiada la constituyeron 50 madres puérperas atendidas en el servicio de maternidad del C.S. Piedra Liza. Se observó del 100% (50) de las madres entrevistadas respecto al conocimiento sobre la LME, un porcentaje mayoritario de 70% (35) tenía conocimiento medio, el 16% (8) conocimiento alto y el 14% (7) conocimiento bajo. Consideraron como verdadera solo dos creencias; el 58% “que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos”, y 52% “que una madre debe tomar leche para producir leche”, respecto a la actitud sobre la LME, el 84% (42) tiene una actitud favorable y el 16% (8) tiene una actitud desfavorable. (1)
- En un estudio realizado en Chimbote- Perú (2014), titulado: “conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del Puesto de Salud San Juan – Chimbote”. Tuvo como objetivo determinar el conocimiento sobre LME, en primigestas del Puesto de Salud San Juan, durante el periodo setiembre – diciembre del 2012. La metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva, de cohorte transversal. Los resultados obtenidos expresan que el 78.7% de primigestas desconoce sobre lactancia materna exclusiva y solo el 21.3% tiene conocimiento sobre el tema. El 66% de primigestas conocen sobre la definición de

la LME; 53.2% desconocen la duración de la LME; 66% sabe en qué momento se inicia la Lactancia Materna (LM) y 55% conoce sobre la frecuencia de la mamada. Se encontró que el 80.9% desconoce que la leche materna puede ser extraída manualmente; así mismo 74.5% no sabe el almacenamiento de la leche materna. La cantidad de mujeres que desconoce que la LM es importante para su bebe está representada por un 51.1%; el 86.2% no sabe que el VIH es una contraindicación para brindar leche materna; por otro lado 59.6% desconoce los beneficios de ésta para el bebé; así también 66% no sabe los beneficios; 66% conocen la posición adecuadamente para el amamantamiento; por último 59.6% de las encuestadas refirió no haber recibido información sobre LME. (2)

- En un estudio realizado en Tabasco – México (2013), titulado: “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel”. Tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre LM, en las mujeres en periodo posparto que asisten a la consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM). Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal, la muestra quedó conformada por 300 mujeres en periodo posparto que asistieron a consulta externa en el servicio de tamiz neonatal del HRAEM del estado de Tabasco durante el periodo de julio- agosto de 2013. El promedio de edad que se obtuvo, de las 300 mujeres estudiadas en periodo posparto, fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Con relación al nivel de conocimiento sobre LM 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%. Con relación a la práctica, el 89% reportó una LME. El 90.7% practican la LM debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades. (3)
- En un estudio realizado en Cuba- 2013, titulado: “Variables que influyen en el comportamiento de la LME hasta el sexto mes”. Cuyo objetivo fue determinar algunas variables que influyen en el comportamiento de la LME hasta el 6° mes de vida del recién nacido. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a través de la aplicación de una encuesta a 56 madres de niños mayores de 6 meses,

pertenecientes a 4 consultorios del Médico de la Familia del Policlínico “Héroes del Moncada”, en el periodo comprendido desde enero hasta diciembre de 2012. Se obtuvo como resultado que el grupo comprendido por mujeres entre 20-35 años fue el que predominó en las madres que mantuvieron la LME hasta el sexto mes, con un 73.2 %; las madres que tuvieron mayor conocimiento sobre los beneficios o ventajas de la LM fueron las madres con nivel universitario (21.4 %). En el 42.3 % de los casos se interrumpió la LME por la incorporación al trabajo; y se enfermaron más aquellos niños que interrumpieron la lactancia. (4)

- En un estudio realizado en Cuba-2012, titulado: “Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre”. El objetivo fue evaluar la información que, sobre LM, poseen las gestantes en el tercer trimestre de su embarazo, pacientes que pertenecen al Policlínico "Mártires del 9 de Abril", del municipio San José de las Lajas. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, para conocer el nivel de información sobre LM, en el tercer trimestre, de 114 gestantes del Policlínico "Mártires del 9 de Abril", de San José de las Lajas. Se valoraron sus historias de salud individual y familiar, y se les aplicó un cuestionario con 22 preguntas que se evaluó cualitativa y cuantitativamente. Se obtuvo como resultados que solo la quinta parte de las gestantes poseía la información suficiente sobre lactancia materna. Más de la mitad de los 17 aspectos explorados, eran deficientes en más del 50 % de las encuestadas. Los errores más frecuentes fueron: momento de dar agua al niño con LME, cuándo brindar otro alimento, hasta cuándo mantener la LM, cómo debe ser la dieta de la madre, como alternar y el aseo de los pechos, y los impedimentos de la madre para la lactancia. (5)
- En un estudio realizado en Chile- 2012, titulado: “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”. Estudio de corte transversal. Se aplicó una encuesta sobre características sociodemográficas, información recibida, inicio y duración de la lactancia y causas de destete. Se observó que 256 madres del sector público y 158 del sector privado fueron incluidas. Se observó mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar en sistema privado ($p < 0.02$); 45.8% de madres mantuvo LME hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos.

Principales causas de destete: decisión materna (27.2%), percepción de hambre (24.1%), factores estéticos (17.3%) y enfermedad del niño (13%). La LME hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa sexo femenino del hijo, menor escolaridad materna y sistema público de salud. (6)

- En un estudio realizado en Ancash- Perú – (2012), titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa”. El objetivo fue asociar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la LM de las madres con la frecuencia de diarrea aguda infecciosa en los últimos seis meses del niño menor de dos años. El estudio fue analítico de corte transversal. Participaron 34 madres de niños menores de 2 años. Se halló conocimiento de medio a bajo en 76.5% de las madres encuestadas, actitudes neutras en 58.8% y favorables en 20.6% y prácticas neutras en 64.7% e inadecuadas en 23.5%. No se encontró correlación entre estos. (7)
- En un estudio realizado en Lima-Perú – (2009), titulado:” Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. Tuvo como objetivo determinar las actitudes y el nivel de conocimiento de las madres de los recién nacidos del servicio de Neonatología, sobre LME, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio fue descriptivo, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 90 madres, seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple de una población de 220 madres. Se obtuvo como resultados que el 97.8% de las madres consideraron que la LM debería ser exclusiva hasta los 6 meses de vida de su bebe, las mujeres que conocen o tienen información acerca de los beneficios que trae la LM tanto para el niño como para la madre estuvo representado por un 43%, el 93.3% conoce la técnica correcta de LM, un porcentaje equivalente al 70% de las madres consideraron que la succión por parte del bebe es el factor que más influye en la producción de leche materna. Acerca de las actitudes, las madres que está totalmente de acuerdo en brindar LME a su bebé menor de seis meses fueron

representadas por un 67.8%, un porcentaje equivalente al 41.1% está en desacuerdo sobre usar leche artificial para alimentar a su bebé y el 16.7% se muestra indeciso; por otro lado, el 50% de madres se muestra en desacuerdo en brindar otros alimentos al bebé menor de 6 meses. Con respecto a brindar otros líquidos al bebé menor de 6 meses, el 38.9% está en desacuerdo, mientras que el 14.4% está de acuerdo. (8)

- En un estudio realizado en Lima-Perú (2006), titulado: “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) de octubre a diciembre del 2005”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en LM y su relación con factores socioculturales. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en el IEMP durante octubre a diciembre del 2005 con total de 372 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada; previa prueba de confiabilidad y validación de juicio de expertos. Se obtuvo como resultado que solo el 30.1% tuvo un buen nivel de conocimiento sobre LM; la gran mayoría 69.9% demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). Dentro de los grupos estudiados se halló que el grupo que obtuvo un mal conocimiento sobre LM fueron las adolescentes con un (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. El grupo de puérperas que solo tiene educación primaria presento el más alto porcentaje de conocimiento malo (32.8%) sobre la LM. El grupo de casadas y convivientes obtuvieron un nivel de conocimiento entre regular y bueno, siendo ellas el grupo predominante, mientras que el grupo de las mujeres solteras obtuvieron un conocimiento malo (38.4%). Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de LM (25.8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%). Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23.5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas. Las puérperas que han recibido la información sobre LM de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%). (9)

LACTANCIA MATERNA

La alimentación al seno materno o LM es aquella que se obtiene del pecho materno y provee a los bebés los nutrientes necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos.

La LM es considerada el alimento ideal para el recién nacido, debido a que es segura, gratuita y se encuentra lista para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial. (10,11)

La LM puede ser exclusiva LME o no. Para tener clara la definición de “exclusividad”, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente leche del pecho de la madre, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos). (10) La OMS recomienda que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna sin adicionar agua u otros líquidos durante los seis primeros meses de vida. Esta es una forma para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptima. Posterior a esta edad, los lactantes deben seguir con lactancia materna, complementada con alimentos líquidos y sólidos, hasta los dos años o más. (12)

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé. (13)

En México la LME en menores de seis meses había permanecido estable desde la década de los 70 hasta 2006, sin embargo, entre 2006 y 2012 se observa notable deterioro pasando de 22.3% a 14.5%, explicándose por un incremento en el porcentaje de niños que consumen fórmula infantil, otras leches y agua. El deterioro está ocurriendo en grupos de mayor vulnerabilidad social (en la región sur del país) quienes no reciben servicios en salud y madres que no cuentan con empleo remunerado. (14)

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos.

Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. (15)

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

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. (10,16)

Contienen factores protectores que brindan protección pasiva y activa frente a una amplia variedad de patógenos. El calostro es particularmente rico en estos factores y su ingestión durante la primera hora de vida previene la mortalidad neonatal.

El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por lactada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. (10,11,13,15)

La leche de transición se produce entre el cuarto y el décimo día postparto en relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Su volumen es de aproximadamente 400 a 600 ml/día. (16) La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre

mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. (16)

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto (Lawrence, 1989) y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos. (11,15)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio temprano de la LM trae beneficios para la supervivencia, la salud, el desarrollo cerebral y motor, su empleo exclusivo durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad, en gran medida porque reducen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. (10)

Los recién nacidos que son colocados en el seno durante la primera hora de vida, tienen una menor probabilidad de morir en el período neonatal.

La LME elimina la ingestión de microorganismos patógenos que pueden ingresar al organismo del lactante mediante agua, otros líquidos y alimentos. También previene el daño de las barreras inmunológicas del intestino del lactante, debido a sustancias contaminantes o alergénicas que se encuentran en las fórmulas lácteas u otros alimentos. (15,16)

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses. Este problema es más evidente al hablar de madres

adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thota Thuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea. (17)

La efectividad de la lactancia se verificará pesando al bebe, que gana más de 20 a 30 gramos al día, o a través de la prueba de humedad, que consiste en que el recién nacido esté mojando más de seis pañales en 24 horas. Se puede estimar entonces que la madre está produciendo leche suficiente. Si el recién nacido no gana peso o no micciona varias veces al día, puede estar presentado deshidratación hipernatrémica por falta de aporte de leche materna. (13)

La lactancia materna debe ser exclusiva para todo ser humano, los primeros seis meses, y seguir lactando hasta los 24 meses o más. No existe leche artificial que iguale las bondades de la leche humana, porque la leche materna cubre todas necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, sea el recién nacido prematuro o a término. (17)

La lactancia materna, ya sea exclusiva en menores de 6 meses o de cualquier tipo, inicia por debajo de lo que recomienda la OMS y desciende rápidamente con la edad del niño, la mediana de la duración de lactancia es alrededor de 10 meses. El deterioro tan marcado en prácticas de lactancia se observa por primera vez en la ENSANUT 2012; ninguna otra encuesta nacional de México lo había reportado. (18)

Las causas de abandono de la lactancia materna pueden ser diversas y dependen del estrato social y cultural en donde se estudien. En nuestro país, así como en el resto del mundo, la alimentación al seno materno ha disminuido en las últimas décadas, debido a la urbanización, la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y el aumento de las actividades de las mujeres dentro de la fuerza productiva del país. (19)

En un estudio realizado en HG “Dr. Darío Fernández Fierro”, ISSSTE en 1999, se demostró que tanto la vía de nacimiento como la condición laboral de la madre, no se vieron relacionadas de manera significativa con el abandono de la lactancia. La causa de abandono más frecuente fue la disminución de la producción de leche y en segundo lugar la mastitis. Las complicaciones durante la lactancia más frecuentes fueron las grietas y la mastitis. (20)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO

La lactancia ha demostrado ser un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enterocolitis necrosante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit de atención, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta. (11,21)

En promedio, los niños amamantados durante 6 a 9 meses tienen un coeficiente intelectual que supera en unos 6 puntos al de los niños amamantados durante menos de un mes. Este sólido hallazgo ha provocado que algunas personas denominen a la leche materna como “leche más inteligente”. Los lactantes alimentados con LME durante 6 meses, en vez de 4 meses, también gatean y caminan antes. (22,23,24)

La importancia del inicio temprano de la LM ha sido reconocida por la OMS, la que recomienda que todos los recién nacidos a término, con una edad gestacional superior a las 32 semanas o que nacen con un peso mayor a 1500 gramos, sean colocados al seno durante la primera hora de vida. (10,21)

La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%. (25)

Un análisis mundial de 4 millones de muertes neonatales, mostró que las infecciones (sepsis, neumonía, tétanos y diarrea) provocaron el 36% de las muertes, y los nacidos prematuros un 27%. En Estados Unidos, la infección y el bajo peso al nacer están presentes en 56% de todas las muertes perinatales y neonatales. Los efectos deletéreos

de ambas causas pueden ser prevenidos o reducidos mediante el inicio temprano de la LM (o alimentación con leche humana) y con la LME. (26,27)

Cabe mencionar que actualmente cobra importancia la alimentación durante los primeros 1000 días de vida debido a que se ha demostrado es la clave esencial para una futura vida sana, la misión de los pediatras durante esta etapa de ventana crítica es promover la lactancia materna exclusiva, ya que hay menor riesgo de diarreas, otitis media, neumonía, alergias alimentarias, infecciones urinarias, DM tipo 2, HTA y obesidad. (26)

En esta etapa se forman la mayor parte de los órganos, tejidos y también el potencial físico e intelectual de cada niño, se desarrollará la inteligencia, se formarán los hábitos alimentarios perdurables y se definirá la salud nutricional del niño ya que una buena alimentación en estos “mil días críticos” será un seguro de salud para su vida futura. (13) Los daños que se generen durante estos primeros mil días tendrán consecuencias irreversibles en el individuo, por lo que la prevención es fundamental. El reloj de los 1000 días no se puede reiniciar, debemos tener los conocimientos adecuados sobre la alimentación en este importante periodo. (21,29)

Las tasas de sobrepeso y obesidad están en aumento en niños en edad preescolar, el estado nutricional de la madre y la alimentación en los primeros 2 años de vida se consideran una ventana crítica para su riesgo. (23,29)

La velocidad de crecimiento neural (cerebro, duramadre, aparato óptico, médula espinal, región etmoidal y cavidades nasales) es alta durante los primeros años de vida; llama la atención que durante el primer año se alcanza un 40% de su crecimiento, y a los 5 años alcanza aproximadamente el 85% de la masa neural que tendrá cuando sea adulto. Las alteraciones que ocurran durante los primeros 2 años de vida generarán morbimortalidad futura afectarán el desarrollo mental - motor y a largo plazo puede asociarse a bajo rendimiento intelectual, disminución en la capacidad de trabajo y alteraciones en la capacidad reproductiva. (28,29)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

Son conocidos los múltiples beneficios que ofrece a la madre como:

- Reduce la hemorragia postparto y acelera la recuperación del útero debido a la liberación de oxitocina durante la lactancia.
- Pérdida de peso y reducción en la circunferencia de cadera
- La LM disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Protección anticonceptiva.
- Reduce el riesgo de cáncer en la mujer. Hay evidencia fuerte y convincente sobre la asociación que existe entre amamantar y la disminución del riesgo tanto de cáncer de mama, como de cáncer de ovario. (30)

La amenorrea de lactancia ofrece una protección anticonceptiva muy alta a las mujeres que están en LME, con tasas de embarazo menores de 1% en los primeros seis meses post-parto.

La eficacia anticonceptiva disminuye rápidamente después del primer sangrado post-parto, con la introducción de alimentación suplementaria y cuando se cumplen seis meses post-parto.

Cuando ocurre cualquiera de estas condiciones, es necesario comenzar a usar otro método anticonceptivo.

La lactancia se debe apoyar con una elevada frecuencia de succión para que sea exitosa, para mantener la amenorrea y para evitar que se requiera alimentación suplementaria del o la lactante. Además de la protección anticonceptiva, la amenorrea de lactancia proporciona un período de tiempo de varios meses, durante los cuales la mujer puede comenzar otro método anticonceptivo sin temor de que esté embarazada (por ejemplo: se puede insertar un DIU sin esperar el primer sangrado). (31)

Un estudio multicéntrico en Estados Unidos, en cuatro estados del este, encontró que el riesgo relativo de Cáncer de Mama (CM) en mujeres premenopáusicas era inversamente proporcional a la duración de la lactancia. (32)

La reducción del CM es el efecto en salud más sobresaliente que ofrece la LM a la mujer.

Dar el pecho reduce el riesgo de cáncer de ovario un estudio multinacional en Australia, Chile, China, Israel, Méjico, Filipinas y Tailandia encontró que el riesgo relativo de cáncer de ovario era menor cuando la duración de la lactancia era mayor (33).

La LM protege a la madre contra la osteoporosis y la fractura de cadera en edad avanzada.

Por otro lado, estudios en diversas poblaciones han mostrado el efecto de la LM en la reversión y la disminución consecuente en el riesgo de alteraciones asociadas con el aumento y la distribución de adiposidad como Diabetes Mellitus 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular. Debido a que la grasa visceral es metabólicamente activa y secreta sustancias inflamatorias, 11 los resultados descritos del efecto protector de la lactancia en la movilización y utilización de la grasa visceral que es acumulada durante los embarazos sugieren que las mujeres que no lactan podrían estar en mayor riesgo de desarrollar DM2 y enfermedad cardiovascular. (34,35)

La no iniciación y la interrupción temprana de la LM pueden predecir la depresión posparto. En una muestra de 755 mujeres que tuvieron un resultado positivo en la escala de depresión posparto a las 6 semanas después del parto, la alimentación con biberón se identificó como un predictor significativo de la sintomatología. (36)

Es posible que la práctica de LM sea un indicador de otros factores, es decir, mujeres que deciden lactar pueden tener mayor escolaridad o nivel socioeconómico y comportamientos más saludables, asociados también con un mejor peso. (37)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL HOSPITAL

Un estudio que reseña los beneficios económicos de la LM para Estados Unidos de América, muestra que existe un ahorro por una disminución del gasto del estado en fórmulas lácteas, un menor costo neto de los alimentos familiares, y menores costos generales en el cuidado de la salud. Si se alcanzaran tasas de un 75% de LM al alta hospitalaria y de un 50% a los 6 meses post parto, se podrían ahorrar U\$3.6 mil millones, tomando como referencia valores del año 1998. (38)

Otro estudio norteamericano que considera el impacto de la LM para las madres, estima que las tasas actuales de LM en ese país resultan en un exceso anual de casi 5000 casos

de CM, más de 50.000 casos de hipertensión arterial y casi 14000 casos de infarto agudo al miocardio, comparado con una cohorte de mujeres que amamantan por al menos un año. Además, concluye que la LM subóptima implica un costo total para la sociedad de U\$ 17.4 mil millones por muertes prematuras, U\$733.7 millones en costos directos, y U\$126.1 millones por morbilidad indirecta (39). Una declaración publicada por la Academia Americana de Pediatría basada en un detallado costo análisis, concluyó que, si el 90% de las madres norteamericanas amamantarán de forma exclusiva por al menos 6 meses a sus hijos, se ahorrarían U\$13 mil millones cada año. (40)

En México el costo de inadecuada alimentación con leche materna varió entre 745.6 millones a 2416.5 millones, donde los costos de la fórmula infantil representaron entre el 11 y 38 % casos: 933 a 5796 muerte infantiles se atribuyeron a prácticas inadecuadas de lactancia materna representando el 27% de tales enfermedades. (41)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA SOCIEDAD

También implica un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas y biberones, e indirecto en costos de salud asociados, muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad, entre otros. Cabe mencionar que es medioambientalmente amigable sin dejar trazas de huella de carbono en su producción y consumo. (42,43)

TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO

La madre puede dar de lactar en la posición más cómoda para ella, aún en su cama hospitalaria, cuidando que el bebé esté algo inclinado, su cabeza por encima del resto del cuerpo.

La posición del lactante colocado al pecho es fundamental, debe tomar el pecho de frente, a la altura del pezón, su cuerpo debe estar en íntimo contacto con el de su madre “vientre contra vientre”, su nariz debe estar a la misma altura que el pezón. El labio superior e inferior deben estar abiertos y evertidos para acoplarse a la areola. El niño nunca debe chupar sólo el pezón. (44,45) (Imagen No. 1)



Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladares

POSICIONES PARA AMAMANTAMIENTO

Posición sentada (o posición de cuna)

Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho. (45,46) (Imagen no. 2)

IMAGEN No. 2 POSICIÓN SENTADA



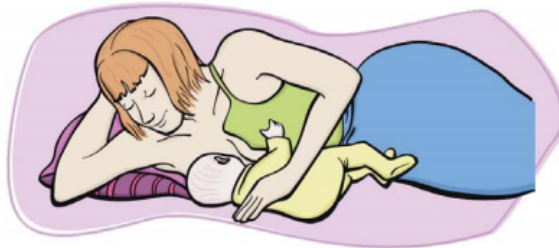
Posición acostada

Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladares

La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es

una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días de lactancia. (45,46)
(Imagen no.3)

IMAGEN No. 3 POSICIÓN ACOSTADA



Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladares

Posición crianza biológica

La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho). (45,46)
(Imagen no. 4)

IMAGEN No. 4 POSICIÓN BIOLÓGICA



Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladares

Posición en *balón de*
invertida)

rugby (o posición

Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello

y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros. (45,46) (Imagen no. 5)

IMAGEN No. 5 POSICIÓN INVERTIDA



Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladare s

Posición de caballito

El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé. (45,46) (Imagen no. 6)

IMAGEN No. 6 POSICIÓN DE CABALLITO



Fuente: Guía de lactancia materna 2009. Gobierno de Balladare s

Son importantes las tomas frecuentes, aunque el ritmo de cada bebé es diferente, es aconsejable identificar los signos que indican que el bebé está dispuesto a mamar (como sacar la lengua, chuparse los puños, removerse en la cuna, etc.), ya que será más fácil

conseguir una toma efectiva al ser el llanto un signo tardío de hambre que le dificulta al recién nacido el buen agarre al pecho. Las tomas al pecho deben ser a demanda, el principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces toma el pecho de la madre, más leche se produce. La duración de las tomas es variable, pero es aconsejable el vaciado completo de un pecho antes de ofrecer el otro, debido a que la leche del final de la mamada es la más rica en grasa y la que provoca la sensación de saciedad y hace que el lactante deje de mamar cuando ya ha recibido la leche suficiente. Si el niño no vacía completamente el último pecho, la toma siguiente deberá iniciarse en este pecho (45,46)

COMPLICACIONES ASOCIADAS A MALA TÉCNICA LACTANCIA MATERNA

La primera lactada ha de iniciarse lo más precoz posible, en la sala de partos, favorecida por el contacto piel con piel y aprovechando el primer periodo de reactividad del recién nacido. El contacto piel con piel favorece la adaptación del bebé a la vida extrauterina y favorece el vínculo con la madre y la lactancia. Una vez conseguida una primera toma correcta, se favorece el éxito de la siguiente toma. (10, 45,46)

COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR LA MADRE POR MALA TÉCNICA DE LACTANCIA

GRIETAS EN EL PEZÓN

Suelen aparecer en los primeros días de iniciada la lactancia, cuando la posición al pecho y el acoplamiento boca-pezones no es el correcto (mala técnica de amamantamiento), constituyen uno de los principales motivos de abandono de la lactancia.

El mal agarre del recién nacido origina las grietas al agredir el pezón con sus encías o al comprimirlo con la lengua contra el paladar duro (45). La madre deberá aplicar su leche sobre las grietas; el poder cicatrizante de la leche materna es por tener factores de epitelización, antiestafilococo y de cicatrización. El pezón no necesita que se esté lavando cada vez que lacte su hijo; es suficiente una limpieza al día; ello se debe a que las glándulas de Montgomery no permiten la colonización bacteriana.

Ante cualquier dolor al amamantar o grietas en el pezón, siempre se debe observar la mamada, observar el pezón después de la mamada y examinar la succión del niño.

Se ha observado que el uso del chupete y el biberón está relacionado con el aumento del dolor en el pezón, con la aparición de grietas, congestión y reducción en la frecuencia y duración de la lactancia. (45)

CONGESTIÓN MAMARIA

La congestión mamaria se define como la inflamación y distensión de las mamas; suele aparecer entre el segundo y el quinto día postparto. Se relaciona con el cambio del calostro a leche más abundante y madura.

Con frecuencia suele aparecer tras el transcurso de la lactancia, las madres suelen experimentar un aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario.

Se han identificado 4 variables relacionadas con la congestión mamaria:

- Inicio tardío de la lactancia.
- Mujeres sometidas a cesárea.
- Mamadas infrecuentes e inefectivas.
- Mamadas restringidas en el tiempo.

El amamantamiento frecuente durante las primeras 48 horas está asociado con niveles inferiores de congestión mamaria posteriores. El manejo óptimo de la lactancia materna y el apoyo a esta se reconoce como un factor positivo en la reducción de la frecuencia de síntomas de congestión mamaria. (45,46).

MASTITIS

En la mayoría de los casos la mastitis es producida por una mala posición del lactante al pecho, que lesiona el pezón e impide el vaciado adecuado de la mama, lo que origina estasis intraductal, ingurgitación e inflamación y predispone a la infección.

La mastitis constituye la inflamación de la mama, que puede estar acompañada o no por infección. Se produce aproximadamente en un 5-33% de las mujeres que amamantan, siendo entre un 3 y 12% bilaterales (46).

La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con escalofríos.

En casos de mastitis puerperal, el germen más frecuente es el estafilococo dorado o estreptococo grupo A; el tratamiento consiste en la administración de dicloxacilina u oxacilina y de probióticos, no suspender la lactancia, salvo en caso de absceso, hasta el drenaje del mismo; en este caso, se podrá extraer la leche del otro seno y administrarla al bebe y, posteriormente, seguir lactando de los dos senos

COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTAR LOS RECIÉN NACIDOS POR MALA TÉCNICA DE LACTANCIA

Los principales signos de amamantamiento ineficaz son:

- Pérdida continuada de peso después del tercer día.
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días.
- Heces meconiales después del cuarto día.
- Lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehusa las tomas.
- Lactante que no ha recuperado el peso del nacimiento a las dos semanas (11)

PROGRAMAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN), es un esfuerzo mundial lanzado entre 1991 y 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para promover, proteger y apoyar la lactancia materna, desde entonces, esta iniciativa ha crecido alrededor del mundo, contando con más de 20,000 hospitales designados a través de 171 países.

Una vez que un hospital cumpla con el 100% de los criterios marcados y con una tasa de al menos el 85% de lactancia materna exclusiva, podrás solicitar a tu Secretario de Salud Estatal una visita de evaluación para obtener la nominación.

Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud (10,47).

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH. Las aptitudes básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de capacitación para trabajadores sanitarios del primer nivel en materia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el que se combinan aspectos preventivos y asistenciales. La evaluación del asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados y los agentes de salud comunitarios en materia de lactancia materna ha demostrado que se trata de una intervención eficaz para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva (28, 48).

La base de la iniciativa son los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding*.

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

Los diez pasos de la iniciativa Hospital amigo del niño y de la niña son (47):

1. Los procedimientos institucionales necesarios para garantizar que la atención se brinde de manera consistente y ética.

1a. Cumplir plenamente con el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

1b. Tener una política escrita de alimentación infantil que se comunique rutinariamente al personal y a los padres.

1c. Establecer sistemas continuos de monitoreo y gestión de datos.

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

CÓDIGO INTERNACIONAL PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger y fomentar la lactancia materna mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales ha definido y fortalecido las estipulaciones del Código.

La Conferencia Internacional de Nutrición del 1992 en Roma, definió que una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición es a través de fomentar la lactancia materna, concluyendo que una de las acciones para aumentar los índices de la lactancia materna en el mundo es la implementación del monitoreo del Código Internacional. Dicho Código, 27 años después, sigue siendo “la piedra angular” para las autoridades de salud pública en regular algunas normas básicas como (48):

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

Todos los gobiernos deberían incorporar el Código en sus normas jurídicas. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código, así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Salud Mundial. Más de 20 países ya poseen proyectos de ley que esperan ser aprobados. UNICEF colabora con legisladores y abogados a fin de que en más países se pongan en vigencia el Código y otras normas y leyes de protección de la maternidad. La implementación del Código es fundamental para la salud de los lactantes y niñas/os.

A pesar de los desafíos que suponen los trastornos sociopolíticos, la pandemia del VIH y los desastres naturales y aquellos ocasionados por la humanidad, hay una mayor cantidad de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. No obstante, aún en aquellos lugares en donde la lactancia materna es parte

de la cultura, las condiciones podrían no ser óptimas; y cuando la práctica común es la alimentación artificial, las consecuencias podrían ser nefastas (48).

El demorar o restringir la toma de leche materna y sustituirlas con otros productos antes de los seis meses, continúa siendo la práctica común que aumenta el riesgo de infecciones, alergias, enfermedades de largo plazo y muerte (49).

La alimentación con leche materna y la buena nutrición en la infancia son aspectos cruciales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, en particular, los que se refieren a la supervivencia infantil, erradicar la pobreza extrema y el hambre (48).

UNICEF trabaja con aliados, gobiernos y comunidades para proteger y promover la lactancia natural, apoyando leyes nacionales relacionadas con la alimentación de los recién nacidos, mejorando la atención pre y posnatal y brindando recursos a las madres primerizas a nivel de las comunidades. Otra gran prioridad para UNICEF es apoyar la lactancia materna durante las situaciones de emergencia, cuando las malas prácticas alimentarias suelen contribuir a la mortalidad infantil (49,50).

Si se llevara a cabo lactancia materna durante la llamada “hora dorada” y ésta se continuará de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y se logrará extender hasta los dos años de vida, se salvarían alrededor de 220 000 vidas de infantes.

La OMS recomienda el calostro como alimento perfecto para el recién nacido. (10)

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y supervivencia de los niños.

A pesar de la legislación existente y los esfuerzos por enfatizar la importancia de dicha práctica, menos de 40% de los menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna (OMS) y en México, la situación no es diferente. (19,24)

Estudios en diversos países han identificado que la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona con la edad materna, paridad, nivel socioeconómico, tabaquismo, consejería de lactancia, uso de chupete, jornada laboral y algunas características del RN.

El promedio de duración de LME es de 1.8 meses, menos de 5% de las mujeres lleva a cabo la recomendación oficial, sin incrementos en la última década (ENSANUT 2012).

En nuestro país, a pesar de los grandes beneficios de la LM para la salud de las futuras generaciones, ésta se redujo de 22.3% en 2006 a 14.5% en 2012 y aunque recientemente, con las acciones de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna se ha conseguido mejorar la lactancia materna a 30.8% en 2015, este indicador aún dista mucho de la meta global. (14) Predominando los niños que son alimentados con sucedáneos de leche materna, o alimentados con leche materna por un periodo de tiempo muy corto, sin saber el daño que le están generando.

Todos los problemas citados y recalcados anteriormente se ven muy influenciados, por distintos factores que tienen una relación muy estrecha con el tema de lactancia materna y la práctica de la misma, ya que son parámetros que se pueden tomar como la base del conocimiento que pueda poseer cada persona y el cómo lo emplean y relacionan con sus hijos y su entorno.

Por todo esto es necesario conocer los factores que se asocian al conocimiento de las madres puérperas en relación con la lactancia materna, el hospital cuenta con pocos trabajos de investigación acerca de lactancia materna sólo dos de los cuales sólo cuento con información del primero el cual se titula: “Resultados preliminares de la implementación del programa “Iniciativa Hospital del niño y la madre “en el hospital materno infantil de Toluca, en el periodo de enero de 2015 a mayo de 2016, en este trabajo de investigación se pudo conocer que en el periodo mencionado 200 madres acudieron a tramitaron la licencia por lactancia materna eficaz sin embargo sólo 67 madres la obtuvieron. Dentro de los resultados llama la atención que las madres que solicitan la licencia de lactancia materna el 93% solicitan la de 3 meses con medio goce de sueldo y el 7% solicita 6 meses sin goce de sueldo, que la lactancia materna exclusiva 63% llego a los 6 meses y complementaria hasta los 42 meses de edad representando el 2%, como el índice más alto y el más bajo con 7 meses con un 16%, los demás porcentajes oscilan entre 6 a 28 meses de edad de los hijos de las madres trabajadoras.

Y el segundo “El impacto de la Ley de Promoción, Apoyo y Proporción de la Lactancia Materna en el Estado de México en la salud de los hijos amamantados con Lactancia Materna exclusiva de las madres trabajadoras que han optado por esta prestación en el Hospital Materno Infantil ISSEMyM agosto 2018.

Por todo lo anterior y siendo que en noviembre de 2017 este hospital recibió la denominación “Hospital Amigo del Niño y de la Niña” con la finalidad de procurar la salud de los niños nos interesa saber que tan prepararas con respecto a lactancia materna egresan las puérperas, formulando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres de los recién nacidos del hospital materno infantil de ISSEMYM Toluca en el periodo 01 de septiembre al 31 de octubre de 2019?

JUSTIFICACIÓN

Debido a que el HMI ISSEMYM Toluca cuenta con la denominación Hospital Amigo del Niño y de la Niña desde noviembre de 2017, surge la inquietud de saber que tan preparadas sobre lactancia materna egresan las madres de los recién nacidos del servicio de puerperio fisiológico, con la finalidad de fortalecer algunos aspectos sobre la lactancia materna y así contribuir con el mejor desarrollo del recién nacido.

Considerando que es vital que las madres tengan conocimiento sobre la lactancia materna puesto que al contar con información integral se verían incentivadas a ser responsables con una nutrición y un desarrollo adecuado para sus hijos; se justifica la investigación con fines de concientizar a las mamás acerca de la importancia de este acto y los aspectos positivos y beneficiosos del mismo.

Este trabajo también influiría en el ámbito económico, disminuyendo los reintros hospitalarios, así como costos en el manejo de la alimentación de los niños, ya que, con un mejor dominio del tema, se evitaría el empleo o uso de sucedáneos de leche materna (formula), los cuales tienen valores monetarios elevados generando desbalance en el salario diario.

Una vez obtenidos los resultados de este estudio se dará a conocer la información para incentivar la realización de otros estudios acerca del tema, con la finalidad de obtener en un futuro un mejor programa del mismo.

Asimismo, este estudio puede influir en otros hospitales de ISSEMYM para informar adecuadamente a las madres sobre lactancia materna, implementando el mismo programa en todos los hospitales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA en el periodo de 01 de septiembre al 31 de octubre de 2019.

Objetivos particulares:

- Identificar las características sociodemográficas (Edad, nivel de instrucción, procedencia) de las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA.
- Identificar las características obstétricas (paridad, atención prenatal de las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA.
- Conocer la recepción de información sobre la lactancia materna exclusiva de las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA, mediante la aplicación de la encuesta sobre el conocimiento de lactancia materna, previamente elaborado y validado
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva con las características sociodemográficas y obstétricas de las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva según la recepción de información de las madres de RN en el HMI ISSEMYM TOLUCA.

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, analítico, transversal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLEE	NIVEL DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha	Años cumplidos de la participante	Cuantitativa discontinua	Razón
ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo.	Unión libre Separada Divorciada Viuda Soltera Casada (De acuerdo a información plasmada en el certificado de nacimiento)	Cualitativa policotómica	Nominal
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Grados de estudios que posee una persona.	Ninguna Primaria Secundario Preparatoria / Técnico. Profesional Postgrado (De acuerdo a información plasmada en el certificado de nacimiento)	Cualitativa policotómica	Ordinal
NÚMERO DE HIJOS	Persona o animal	Cantidad de hijos	Cuantitativa	Razón

	considerados con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos.		discreta	
CONOCIMIENTO LACTANCIA MATERNA	Grado de información sobre lactancia materna	Adecuado No adecuado	Cualitativa dicotómica	Nominal
INFORMACIÓN PREVIA	Noticia o dato que informa acerca de algo	Si recibió No recibió	Cualitativa dicotómica	Nominal

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

Madres de RN del HMI ISSEMYM Toluca que se encontraban el servicio de puerperio fisiológico en el periodo 1º de septiembre al 31 de octubre de 2019.

Tamaño de muestra: para poblaciones finitas

Cálculo del tamaño de la muestra = $n / (1 + (n/N))$

$$n = (Z^2) (p)(q) / e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

$$p = 0.6$$

$$q = 1 - p = 0.4$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = partos en promedio por 1 mes 233

$$n = \frac{(1.96)^2(0.6)(0.4)}{(0.10)^2} = 92$$

$$TM = 92 / (1 + (92 / 233)) = 66$$

LÍMITE DE ESPACIO

Hospital Materno Infantil de ISSEMYM Toluca.

LÍMITE DE TIEMPO

Del 1º de septiembre al 31 de octubre de 2019.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Madres de los RN que se encuentren en el servicio de puerperio fisiológico del HMI ISSEMYM de Toluca en el periodo 1º de septiembre al 31 de octubre de 2019.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Madres que no quieran participar

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

Encuesta aplicada mediante entrevista.

Descripción

Luego de la aceptación por parte del Comité de Investigación y Ética en Investigación de Hospital Materno Infantil de ISSEMYM, se procedió a informar sobre el estudio a todas las puérperas que cumplieran con los criterios de inclusión y posterior a su aceptación se les aplicó la encuesta previamente elaborada y validada en estudios anteriores como el Padilla, Cárdenas, entre otros; constó de 14 preguntas que exploran los conocimientos de lactancia; se operacionalizó que un nivel inadecuado de conocimiento sobre lactancia materna es si responden correctamente entre 0 a 8 preguntas, y adecuado de 9 a 14 preguntas. Los datos se recopilaron en hoja de captación de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, y se realizó un análisis univariado y bivariado, elaborando las tablas de frecuencia, gráficos para la presentación descriptiva y tablas de contingencia necesarias para la relación entre el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y las

características de la puérpera; se usó la prueba estadística de chi cuadrada para determinar significancia estadística con $p < 0.05$.

IMPLICACIONES ÉTICAS:

Para realizar la presente investigación se pidió autorización al Comité de Investigación y Ética en Investigación de Hospital Materno Infantil de ISSEMYM, se solicitó consentimiento informado y se mantuvo en anónimo la identidad y los datos de las pacientes se procuró en todo momento respetar confidencialidad, y siempre beneficencia no maleficencia.

Bajo la siguiente normatividad:

- Declaración de Helsinki
- Ley general de salud en el artículo 98 y 103.
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos y la NOM 004 del expediente clínico
- Reglamento de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios.
- El estudio se realizó por profesionales de la salud de manera descriptivas sin modificar el entorno el recién nacido ni de a madre.
- No se tiene ninguna situación de conflicto de interés, real, potencia o evidente incluyendo ningún interés financiero, personal, familiar u otro.

ORGANIZACIÓN:

Tesista: Mariana Sandoval Benítez encargada de recabar la información, vaciarla en la base de datos y participación en el análisis de dicha información.

Directora de Tesis: Dra. Gabriela Corona Martínez encargada de analizar y supervisar la concentración de la información así como de realizar el análisis estadístico y de coadyuvar en la realización de discusión y conclusiones.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Los costos del presente trabajo serán financiados por el investigador principal.

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas de las madres de los recién nacidos atendidos en el Hospital Materno Infantil ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

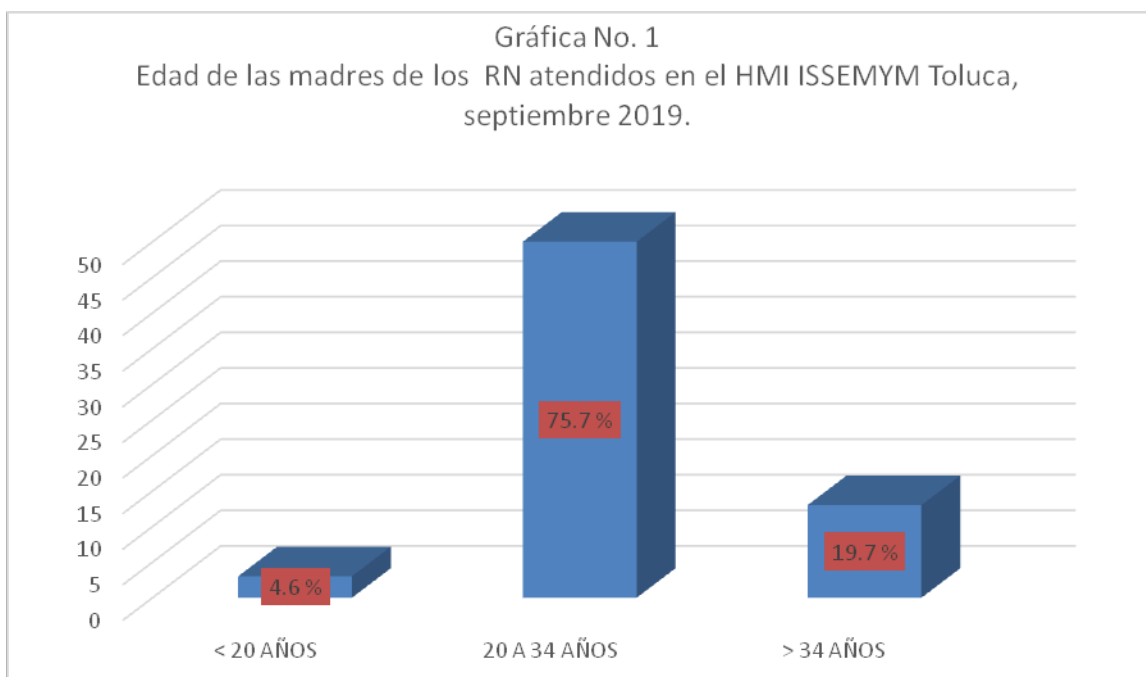
a) Edad

Tabla No. 1

**Edad de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM
Toluca, septiembre 2019.**

Edad	Número de madres	Porcentaje
< 20 años	3	4.6 %
20 – 34 años	50	75.7%
>34 años	13	19.7%
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



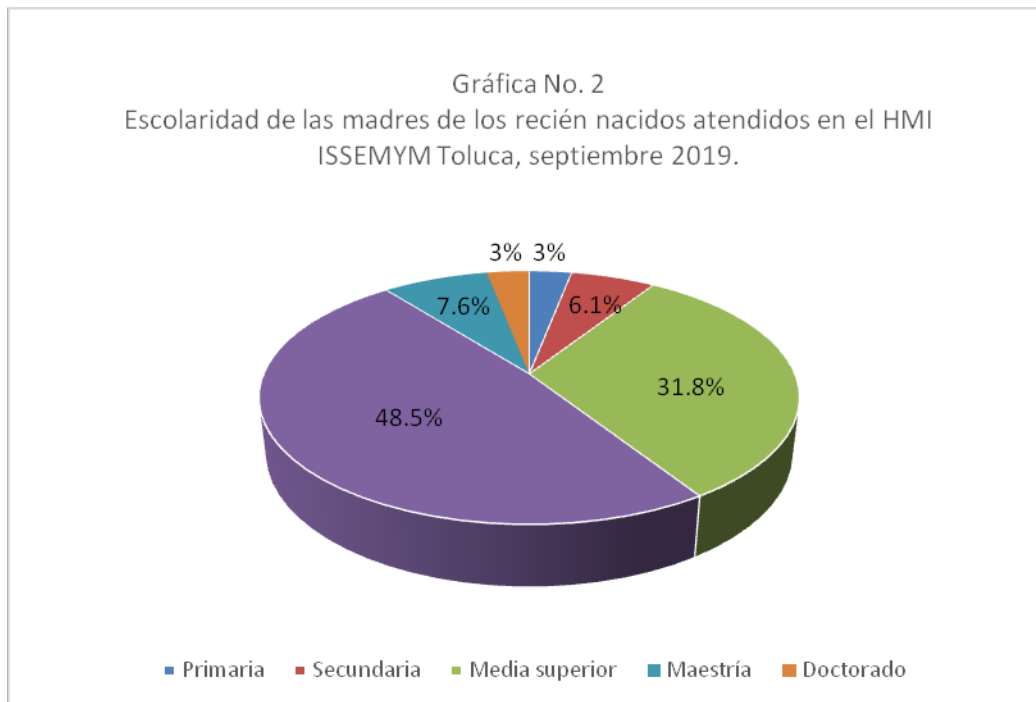
Fuente: base de datos.

b) Escolaridad

**Tabla No.2
Escolaridad de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM
Toluca, septiembre 2019.**

Escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	2	3 %
Secundaria	4	6.1 %
Media superior	21	31.8 %
Superior	32	48.5 %
Maestría	5	7.6 %
Doctorado	2	3 %
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

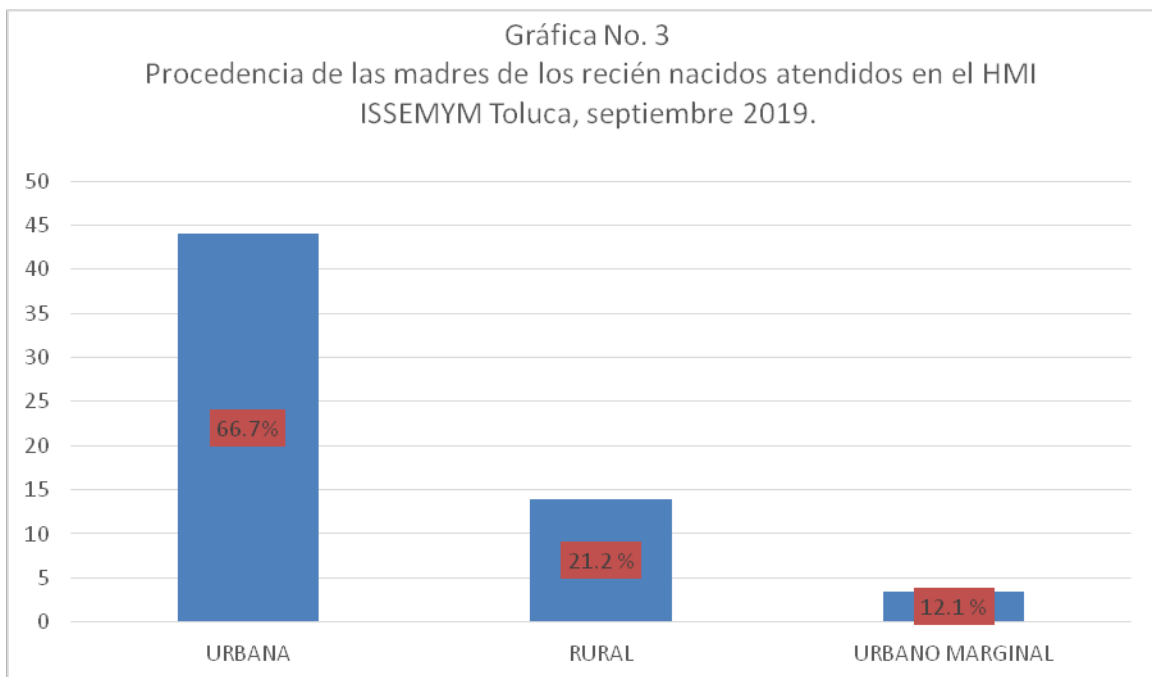
c) Procedencia

Tabla No.3

Procedencia de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Procedencia	Número de madres	Porcentaje
Urbana	44	66.7%
Urbano marginal	8	12.1%
Rural	14	21.2%
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

2. Características obstétricas de madres de los recién nacidos atendidos en el HMI de ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

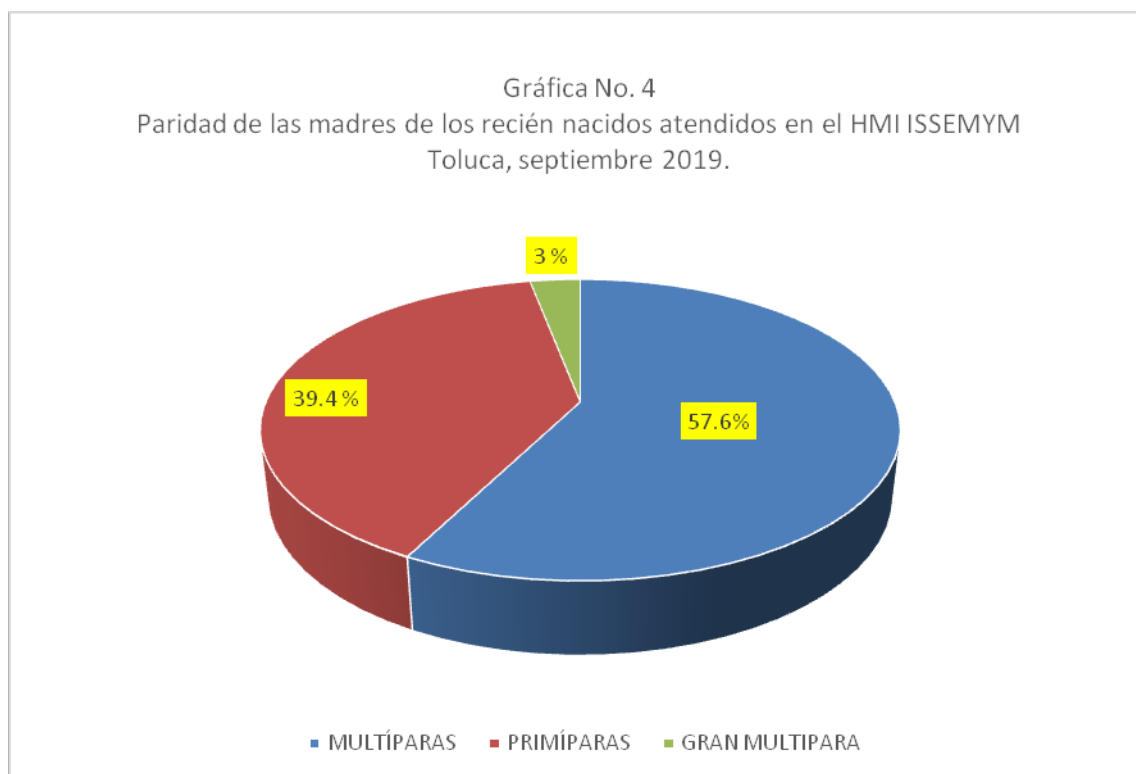
a) Paridad

Tabla No.4

**Paridad de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM
Toluca, septiembre 2019.**

Paridad	Número de madres	Porcentaje
Primípara	26	39.4%
Múltipara	38	57.6%
Gran múltipara	2	3%
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



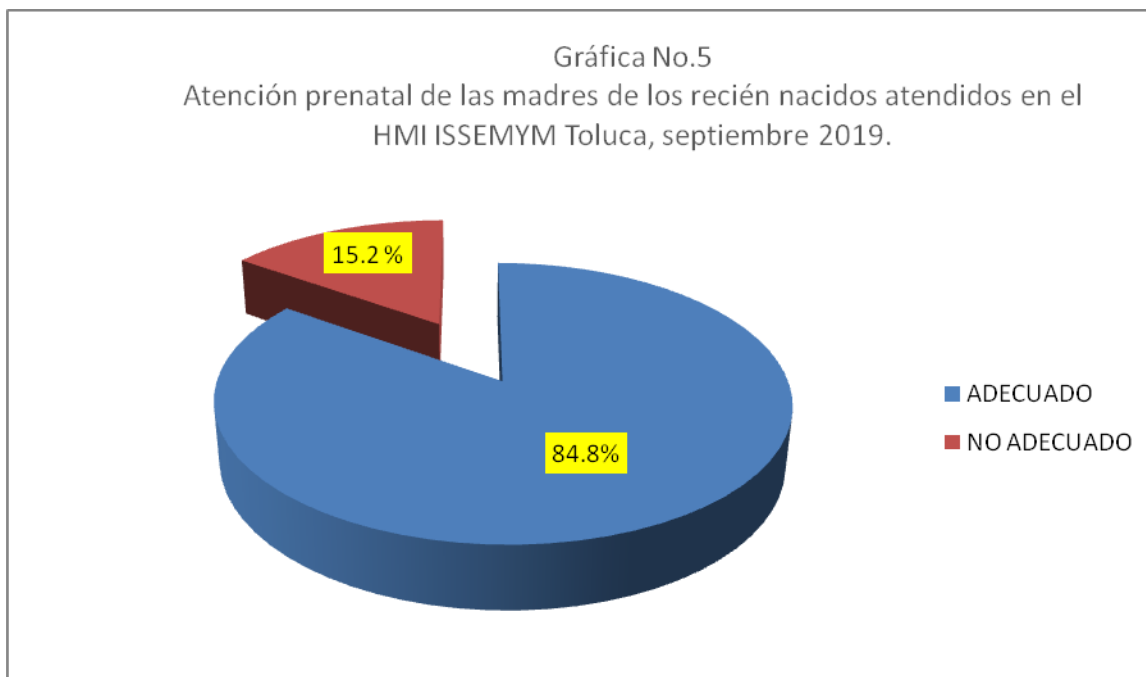
Fuente: base de datos.

b) Atención prenatal

**Tabla No.5
Paridad de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM
Toluca, septiembre 2019.**

Atención prenatal	Número de madres	Porcentaje
Adecuado >6 o más consultas	56	84.8%
No adecuado < de 6 consultas	10	15.2%
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

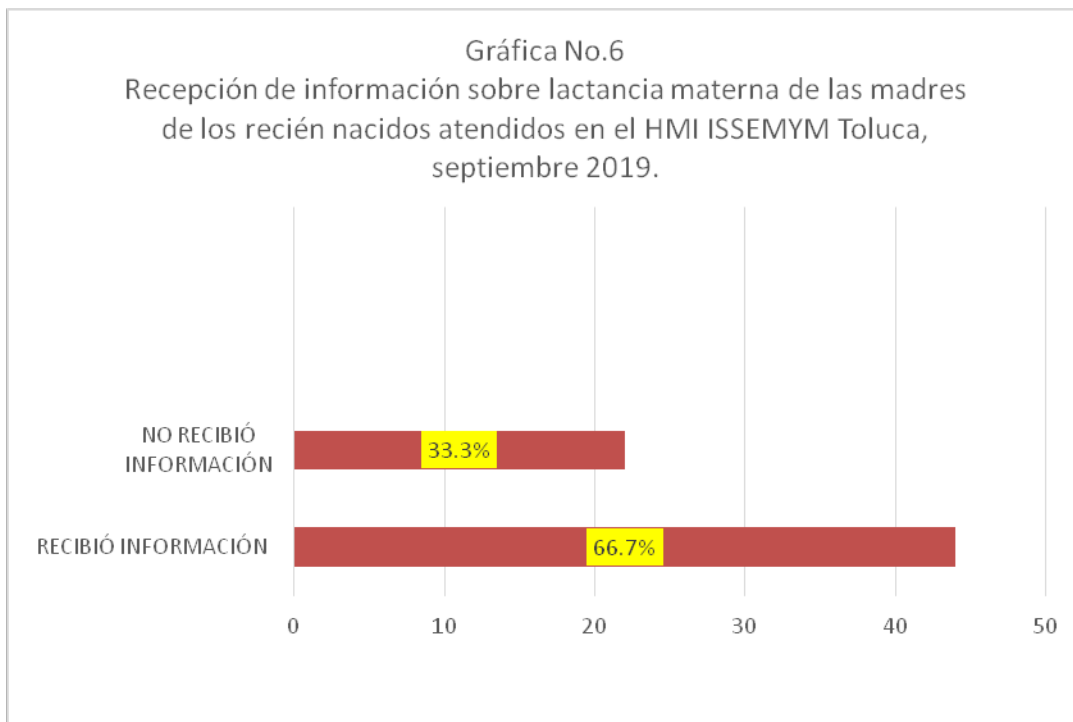
- Recepción de información sobre la lactancia materna de las madres de los recién nacidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Tabla No.6

**Recepción de información sobre la lactancia materna de los recién nacidos
atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.**

Recibió información	Número de madres	Porcentaje
No recibió	22	33.2%
Sí recibió	44	66.7%
Total	66	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

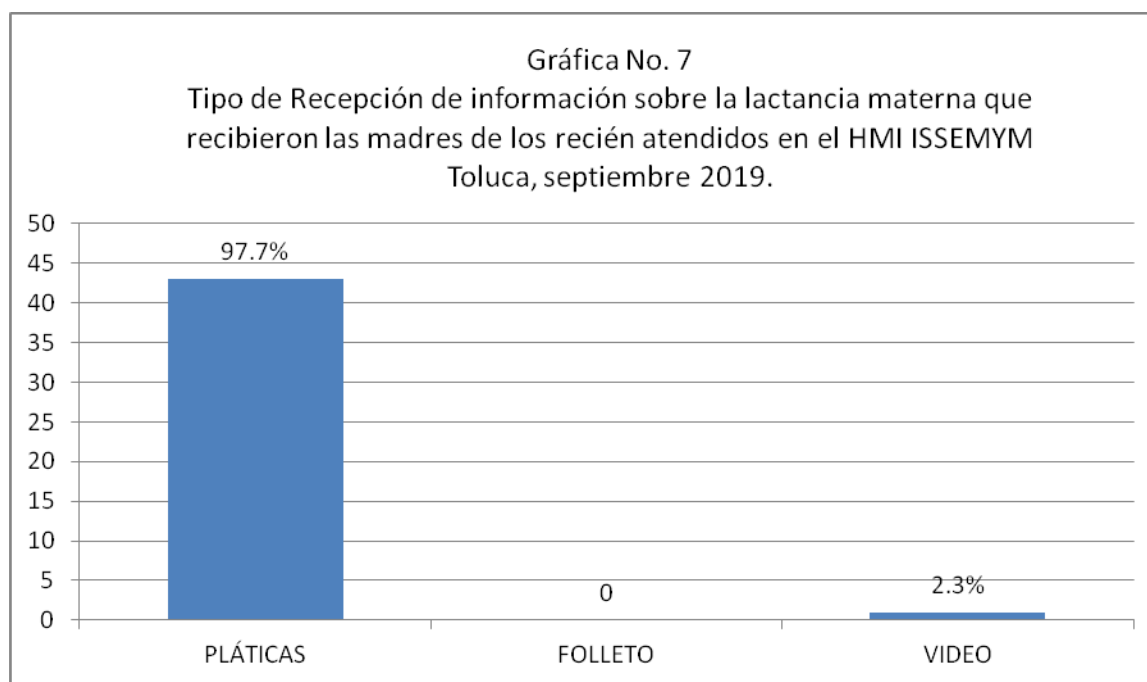
a) Tipo de recepción de información

Tabla No. 7

Tipo de Recepción de información sobre la lactancia materna que recibieron las madres de los recién atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Fuente	Cantidad	%
Pláticas	43	97.7 %
Folleto	0	0
Video	1	2.3 %
Total	44	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

4. Conocimiento sobre la lactancia materna en las madres de los recién atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Tabla No. 8

Repuestas del cuestionario de nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres de los recién atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

PREGUNTAS	De acuerdo	%	No de acuerdo	%	No sé	%
1. La leche materna tiene menos requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas	1	1.6	65	98.4	0	0
2. La lactancia materna debe ser exclusiva por espacio de 4 meses	19	28.8	47	71.2	0	0
3. La lactancia materna debe de extenderse hasta los 2 años de edad	46	69.8	15	22.7	5	7.5
4. La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.	62	94	2	3	2	3
5. La lactancia materna debe ser de libre demanda para el recién nacido, no debe tener horario	64	97	2	3	0	0
6. Hay que dar suplemento de leche artificial a los niños que parecen insatisfechos después de la lactancia	21	31.9	43	65.1	2	3
7. El niño alimentado al pecho puede deshidratarse si no se le ofrecen líquidos (agua o suero glucosado) entre tomas	7	10.6	58	87.8	1	1.6
8. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia materna	2	3	59	89.5	5	7.5
9. La lactancia materna impide que la madre quede embarazada	11	16.8	46	69.6	9	13.6
10. La leche materna protege al niño de infecciones	63	95.4	2	3	1	1.6
11. La lactancia disminuye el riesgo de sangrado	50	75.7	5	7.5	11	16.8
12. Si él bebe está durmiendo debe dejarlo y esperar que se despierte para darle de lactar	7	10.6	57	86.4	2	3
13. La mejor posición para dar de lactar es acostada	16	24.2	43	65.2	7	10.6
14. La madre debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar	60	91	6	9	0	0

Fuente: base de datos.

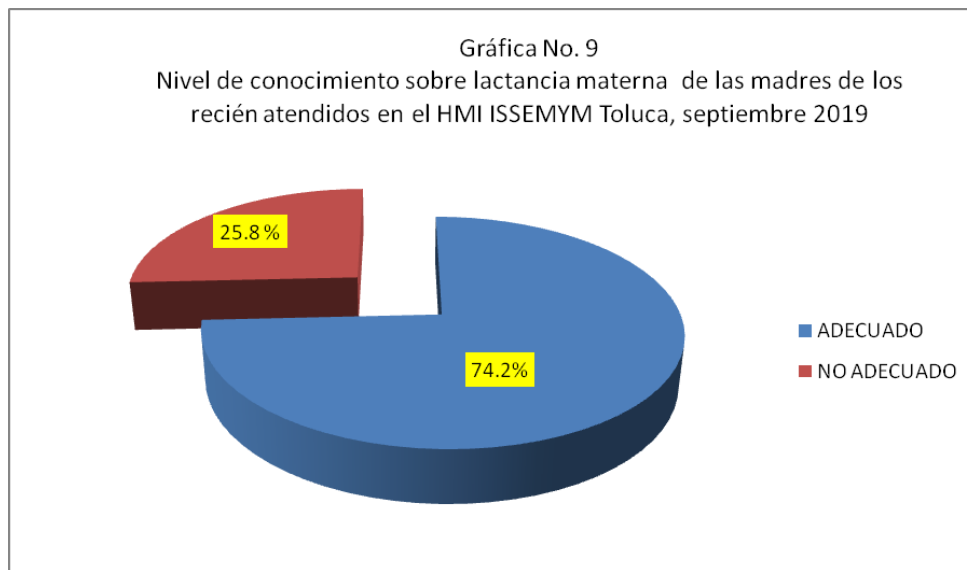
Tabla No. 9

Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las madres de los recién atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Nivel de conocimiento	Cantidad	Porcentaje

Adecuado	49	74.2 %
No adecuado	17	25.8%
Total	44	100 %

Fuente: base de datos.



Fuente: base de datos.

5. Relación entre las características sociodemográficas y obstétricas con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

El 76.9 % de las puérperas mayores de 34 años y el 74 % de las de 20 - 34 años de edad presentan un adecuado nivel de conocimiento sobre la lactancia materna; solo el 66.7 % de las menores de 20 años tienen un nivel de conocimiento adecuado; la edad no se

asocia significativamente ($p=0.932$) a un mejor nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla No. 4).

Tabla No. 10

Edad de la madre del recién nacido y nivel de conocimiento sobre lactancia materna en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Edad	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva				Total
	ADECUADO		NO ADECUADO		
< 20 años	2	66.7 %	1	33.3 %	3
20 a 34 años	37	74 %	13	26 %	50
>34 años	10	76.9 %	3	23.1 %	13
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

Fuente: base de datos.

$\chi^2=140$, $p= 0.932$

El 80 % de las puérperas con nivel de escolaridad maestría y el 78.1 % de las que tienen nivel de educación superior tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre la lactancia materna; el nivel de instrucción no se asoció significativamente ($p=0.725$) al nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla N0 5).

Tabla No. 11

Nivel de Instrucción y nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Nivel de Instrucción	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva				Total
	ADECUADO		NO ADECUADO		
Primaria	1	50 %	1	50 %	2
Secundaria	2	50 %	2	50 %	4
Media superior	16	76.2 %	5	23.8 %	21
Superior	25	78.1 %	7	21.9%	32
Maestría	4	80 %	1	20 %	5
Doctorado	1	50 %	1	50 %	2
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

Fuente: base de datos.

$X^2=2.839$, $p= 0.725$.

El 100 % de las puérperas que proceden de zona rural tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre la lactancia materna; muy elevado con respecto al de las que proceden de la zona urbanomarginal (66%) y las que proceden de la zona urbana tienen menor nivel de conocimientos (29.4%); la procedencia se asoció significativamente ($p=0.040$) al nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla No.6).

Tabla No. 12

**Procedencia y nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en el HMI
ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.**

Procedencia	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva				Total
	ADECUADO		NO ADECUADO		
Urbano	29	66 %	15	34 %	44
Urbano marginal	6	75 %	2	25%	8
Rural	14	100 %	0	0	14
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

Fuente: base de datos.

$X^2=6.457$, $p= 0.040$.

El 100 % de las madres gran múltipara y el 84.2 % de las múltiparas presentan un adecuado nivel de conocimiento sobre la lactancia materna; mayor que las primíparas (57.5%); la mayor paridad se asoció significativamente ($p=0.041$) al nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla No. 13).

Tabla No. 13

**Paridad y nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en el HMI ISSEMYM
Toluca, septiembre 2019.**

Paridad	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Total
---------	---	-------

	ADECUADO		NO ADECUADO		
Primípara	15	57.7	11	42.3	26
Múltipara	32	84.2	6	15.8	38
Gran múltipara	2	100	0	0	2
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

$\chi^2=6.9392$, $p= 0.041$

Fuente: base de datos.

El 90 % de las puérperas que tienen de 0 a 5 atenciones prenatales presentan un mayor nivel de conocimiento sobre la lactancia materna que las que tienen más de 6 atenciones prenatales (71.4%); el mayor número de atenciones prenatales no se asoció significativamente ($p=0.216$) al nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla No. 14).

Tabla No. 14

Atención prenatal y nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva	Total

Atención prenatal	ADECUADO		NO ADECUADO		
Adecuado	40	71.4 %	16	28.6 %	56
No adecuado	9	90 %	1	10 %	10
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

Fuente: base de datos.

$\chi^2=1.530$, $p= 0.216$.

6. Relación entre la recepción de información y el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

El 79.5 % de las puérperas que han recibido información sobre lactancia materna tienen una mayor frecuencia de nivel de conocimiento adecuado sobre la lactancia materna que las que no han recibido información (63.6%); la recepción de información sobre lactancia materna no se asoció significativamente ($p=0.336$) al nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. (Tabla No. 15).

Tabla No. 15

Información sobre lactancia materna y Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en el HMI ISSEMYM Toluca, septiembre 2019.

Información sobre lactancia materna	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva				Total
	ADECUADO		NO ADECUADO		
Si	35	79.5 %	9	20.5 %	44
No	14	63.6 %	8	36.4 %	22
Total	49	74.2 %	17	25.8 %	66

Fuente: base de datos.

$\chi^2=0.924$, $p= 0.336$.

DISCUSIÓN

La población que se escogió para este estudio fueron las madres de los recién nacidos atendidos en el HMI ISSEMYM Toluca en septiembre 2019. La muestra que se obtuvo fueron 66 pacientes, las mujeres encuestadas se encuentran en un rango de 20 a 34 años de edad, siendo la mayoría de ellas con educación superior, procedentes de zona urbana, multíparas, con adecuado control prenatal y con información previa dada por un personal de salud.

Se halló que la mayoría de encuestadas presentaba un nivel de educación superior y representaba el 78.1% (n= 25) del total y se observó que a mayor nivel de educación

mayor era el conocimiento sobre LM de las madres de los recién nacidos, sin embargo no es estadísticamente significativo con un valor $p=0.725$. Estos resultados fueron semejantes a un estudio realizado por MSc. William Cáceres Fernández, en Cuba en el 2013 (4), donde se observó que el grupo que predominaba eran aquellas con un nivel educativo pre universitario representando el 51.8% ($n=29$) de su población y al relacionarlo con el conocimiento de LM se encontró que existía asociación entre las variables siendo significativamente estadístico.

En el presente estudio se encontró que la variable edad no está asociado al conocimiento sobre LM, con un valor $p= 0.932$; es decir que la edad de las madres no está asociada al nivel de conocimiento sobre LM.

En el desarrollo y el análisis de la asociación de esta variable se observó que las madres menores de 20 años son las que menor conocimiento tienen acerca del tema, mientras más adultas son mayor es el conocimiento, todo este análisis difiere con el estudio realizado por Liz Bellido Roque y Jeanette Bellido Roque (1), donde se observó que las mujeres entre 18 y 25 años tenían mayor sobre LM, enfatizando más a las adolescentes de este grupo, y las más adultas no.

En cuanto al número de hijos previos al actual, se observó que el grupo predominante es aquel en el que las mujeres tenían otro hijo representando un 84.2 % ($n=32$) del total, se observó que es estadísticamente significativo con el conocimiento sobre LM con un valor de $p=0.041$; es decir a mayor cantidad de hijos mayor era su conocimiento. En un estudio realizado por Milagros Huamayalli Flores y Amelia Nelly Solís Villanueva en Chimbote-Perú en el 2014 (2), se observó que aquellas mujeres que no tenían hijos previos al actual el porcentaje de desconocimiento sobre lactancia materna fue de 78.7% concordando así que el haber criado niños previamente otorga conocimientos acerca de este proceso, como lo es la LM.

También se pudo observar que no hubo asociación entre el haber recibido información previa por un profesional de salud y el conocimiento sobre LM. Se encontró un total de 14 mujeres que no había recibido información representando un 63.6 % del total de la población y se obtuvo un valor $p=0.336$ siendo estadísticamente no significativo, ya que

se encontró que aquellas mujeres que no habían recibido información previa obtuvieron puntaje similar en la encuesta realizada con respecto a aquellas que recibieron información; estos resultados difieren con el estudio realizado por Rosa Niño M, Gioconda Silva, Eduardo Atalah S. en Chile en el 2012 (6), donde se encontró que aquellas mujeres que no habían recibido información previa fueron un grupo minoritario representado por un 9% del total de su población y fueron las que obtuvieron un mayor puntaje y resultó estadísticamente significativo con un valor $p= 0.02$.

CONCLUSIONES

- La edad es un factor que no se asocia significativamente, al conocimiento de las madres de los recién nacidos sobre lactancia materna.
- El nivel de educación es un factor que no se asocia significativamente, al conocimiento de las madres de los recién nacidos sobre lactancia materna.
- La procedencia es un factor que está asociado significativamente, al conocimiento de las madres de los recién nacidos sobre lactancia materna.
- El número de hijos es un factor asociado significativamente, al conocimiento de las puérperas sobre lactancia materna.

- La información previa otorgada por un personal de salud, es un factor que no está asociado significativamente, al conocimiento de las puérperas sobre lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio con una mayor población, con una cantidad mayor de encuestadas para poder identificar y reconocer que nivel de conocimiento poseen las madres de familia derechohabientes de ISSEMYM, para intervenir dicho problema.
- Se debería dar a conocer el resultado de este estudio al comité de Lactancia Materna del Hospital Materno Infantil ISSEMYM Toluca, para que tomen en cuenta los resultados obtenidos con la finalidad de mejorar su trabajo con las pacientes para lograr incrementar el conocimiento.
- Seguir involucrándose en el estudio sobre el conocimiento, inicio y éxito de la lactancia materna exclusiva con la finalidad de procurar lactancia materna hasta los dos años de edad.
- Incentivar a los profesionales en salud en tomar cursos sobre consejería de lactancia materna, a fin de mejorar su trabajo con las pacientes y lograr mejorar los conocimientos sobre lactancia materna.
- Continuar seguimiento y control de niño sano de los RN egresados con LME.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido L, Bellido J. Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014. Rev Cient Ágora [Internet]. 2014; 03(01):300-306.
2. Huamayalli M, Solís A. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del puesto de salud San Juan – Chimbote. IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud [Internet]. 2014; 01(02).
3. Gerónimo R, Magaña M, Hernández E, Herrera Y, Contreras J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco [Internet]. 2014; 20(1).

4. Cáceres W, Reyes M, Malpica E, Álvarez L, Solís L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. 2013
5. Gorrita RR, Ravelo Y, Ruiz E, Brito B. Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre. Rv. Cubana de Pediatría [Internet]. 2012; 84(2):357-367.
6. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chil Pediatr [Internet]. 2012; 83 (2): 161-169.
7. Veramendi-Espinoza LE, Zafra-Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA, Moras-Rosado MM. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. Cimel . 2012; 17(2):82-88.
8. Solorzano ML, Beltran J, Barrientos N, Gonzales M. Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. Ciencias de la Salud [Internet]. 2009; 2(2):59-68.
9. Ferro M, Flore H. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005. Tesis para la obtención del título de Licenciada en Obstetricia. Lima-Perú 2016.
10. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010; Washington. Fecha de consulta: marzo de 2019. Disponibilidad:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
11. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: WHO; 2013. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/. Consultado: marzo 2019.
12. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. Pág.181-183

13. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO; 2001.
14. Encuesta Nacional de Nutrición. 2012; México. Fecha de consulta: marzo 2019. Disponibilidad:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
15. Sabillón F, Abdu B. Composición de la Leche Materna. Honduras Pediátrica. 1997; 17(4): 120-124.
16. García R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediatr Mex. 2011; 32(4):223-230.2
17. Motil KJ, Kertz B, Thota Thuchery M. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. J Adolesc Health 1997; 20:442-9
18. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico. Salud Publica Mex. 2013;55(supl 2): S170-9.
19. González de Cossio T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell D, Reyes-Vázquez H, Rivera-Dommarco JA. Breastfeeding in Mexico was stable, on average, but deteriorated among the poor, whereas complementary feeding improved: results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys. J Nutr. 2013;143(5):664-71.
20. Chávez A, Sánchez R, Ortiz H, Peña B, Arocha B. Causas de Abandono de la Lactancia Materna. Rev Fac Med UNAM. 2002; 46 (2):165-172
21. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud "UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad. 2008; Washington. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2019. Disponibilidad:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/
22. Lozano Ma. J. Crecimiento y desarrollo del lactante amamantado. Nuevas gráficas de la OMS. Manual de Lactancia Materna. España. Panamericana. En: Asociación

- Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. España: Panamericana; 2009. p. 121-125
23. Organización Mundial de la Salud. ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? 2010. Fecha de consulta: marzo de 2019. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html>
 24. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora CG. Evidence on the long-term effect of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. WHO; 2007.
 25. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding in the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000; 355:451-5.
 26. Hernández V, Gutiérrez Muñoz J. Lactancia materna, infecciones gastrointestinales y respiratorias. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005:1030-34.
 27. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding in the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000; 355:451-5.
 28. Victora CG, Vaughan JP. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* .1987; 2: 319-22.
 29. Victora CG, Bahl R. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*. 2015;3(4): 199-205.
 30. Lipworth L, Bailey R, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: A review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92:302–12.
 31. Díaz S. Anticoncepción para la mujer que amamanta. Fertilab: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2006.
 32. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological

- studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet*. 2002; 360:187-95
33. Rosenblatt K, Thomas D (1993) Breastfeeding and Human Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. *Intl J Epidemiol* 22: 192-197.
 34. Liu B, Jorm L and Banks E. Parity, Breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010; 33:1239-41.
 35. Bartok C, Ventura A. Mechanisms underlying the association between breastfeeding and obesity. *Int J Pediatr Obes*. 2009; 4:196-204.
 36. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J*. 2015;19(4):897-907.
 37. Rodríguez J, Acosta N. Factors affecting how long exclusive breastfeeding lasts. *Rev. Salud Pública*. 2008; 10 (1):71-84.
 38. Bartick MC, Stuebe AM, Schwarz EB, Luongo C, Reinhold AG, Foster EM. Cost Analysis of Maternal Disease Associated With Suboptimal Breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013; 122:111-9.
 39. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129: e827-41.
 40. Betrán AP, De Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on Infant mortality in Latin America. *BMJ*. 2001; 323:303-6.
 41. Colchero A, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr*. 2015; 101:579-86.
 42. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr*. 2017; 88(1): 07-14.
 43. Betrán AP, De Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on Infant mortality in Latin America. *BMJ*. 2001; 323:303-6.
 44. United Nations Children's Fund. *Manual de Lactancia Materna*. 2012; Ecuador. Fecha de consulta: marzo de 2019. Disponibilidad: www.unicef.org.ec
 45. Gobierno de las Illes Balears, Consejería de Salud y Consumo. *Guía de lactancia materna* 2009. Fecha de consulta: julio 2019. Disponibilidad: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

46. Alba. Lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. 2013. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2013. Disponibilidad: www.albalactanciamaterna.org
47. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre Lactancia Materna. 2019. Fecha de consulta: 16 de abril de 2019. Disponibilidad: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>
48. United Nations Children's Fund, Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 2012. Fecha de consulta: 12 de abril de 2019. Disponibilidad: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html
49. WHO Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Fecha de consulta: julio de 2019.
50. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. 1998; Ginebra. Fecha de consulta: 16 de abril de 2019. Disponibilidad: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf

ANEXO No. 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN "NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE ISSEMYM"

PRESENTACIÓN

Soy Mariana Sandoval Benítez, Pediatra, actualmente me encuentro cursado el segundo año de la subespecialidad en Neonatología y estoy realizando este proyecto de investigación, acerca del conocimiento que tienen las madres de los recién nacidos sobre la lactancia, con la finalidad de fortalecer algunos aspectos sobre la lactancia materna y así contribuir con el mejor desarrollo del recién nacido.

Toda la investigación se desarrolla en pro de los derechos humanos, atendiendo la legislación vigente aplicable, sin la comisión de conductas ilícitas.

Pon éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, para brindarnos su autorización voluntaria para participar en este proyecto, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, solo será de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio y destruidas posteriormente.

Usted puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar, usted desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos tendrá un tiempo promedio de duración de 10 minutos.

Contacto con la Investigadora:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la M. Esp.P. Mariana Sandoval Benítez, al teléfono 7221565255. Si después de tener conocimiento de todo lo informado está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ acepto en forma voluntaria y previa información detallada, de las características del estudio, para que me sean aplicada la encuesta para este trabajo de investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Comité de Ética en Investigación Hospital Materno Infantil ISSEMyM

Calle: Alfredo del Mazo S/N, Col. Científicos, Toluca, Estado de México

C.P. 50160, Tel: 722 2360840 ext. 3047

Dra. Mariana Sandoval Benítez

Investigador responsable tel: 7221565255

Correo electrónico: mariana.sa.be@hotmail.com

Nombre participante _____ Fecha _____

Dirección _____

Firma _____

Nombre testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Parentesco _____ Firma _____

Nombre testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Parentesco _____ Firma _____

Nombre responsable _____ Firma _____

Fecha _____

ANEXO No. 2

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de investigación:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS
MADRES DE RN EN EL HMI ISSEMYM TOLUCA”

1. Características Sociodemográficas:

Edad: años

1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. > 34 años

Procedencia:

1. Urbana 2. Urbano marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción:

1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior

2. Características Obstétricas:

Paridad:

1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran Multípara

Atención prenatal:

1. Adecuado (6 a más atenciones) 2. No adecuado (< 6 atenciones)

3. Recibió información sobre la lactancia materna en alguna ocasión por parte del sistema de salud:

1. Si recibió 2. No recibió Esta fue: 1. Charla 2. Folleto 3. Videos 4. Otro:

1. Antes de la primer hora vida 2. Durante las primeras 24 horas vida

4. Cuestionario de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva

PREGUNTAS	De acuerdo	No de acuerdo	No sé
1. La leche materna tiene menos requerimientos nutricionales que las fórmulas maternizadas			
2. La lactancia materna debe ser exclusiva por espacio de 4 meses			
3. La lactancia materna debe de extenderse hasta los 2 años de edad			
4. La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.			
5. La lactancia materna debe ser de libre demanda para el recién nacido, no debe tener horario			

6. Hay que dar suplemento de leche artificial a los niños que parecen insatisfechos después de la lactancia			
7. El niño alimentado al pecho puede deshidratarse si no se le ofrecen líquidos (agua o suero glucosado) entre tomas			
8. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia materna			
9. La lactancia materna impide que la madre quede embarazada			
10. La leche materna protege al niño de infecciones			
11. La lactancia disminuye el riesgo de sangrado			
12. Si él bebe está durmiendo debe dejarlo y esperar que se despierte para darle de lactar			
13. La mejor posición para dar de lactar es acostada			
14. La madre debe acercar el pecho al niño para que pueda amamantar			

Puntaje:

Conocimiento: 1. Inadecuado

2. Adecuado