PONTIFICIA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

LACTANCIA MATERNA: NIVEL DE CONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DE SÉPTIMO SEMESTRE EN CONTRASTE CON ALUMNOS DE EXTERNADO I Y II MEDICINA DURANTE EL SEMESTRE 2021-01

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORAS: Andrea Carolina Arregui Ayala & Camila Sofia Palacios Portilla

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

Dr. Marco Antonio Pino Bedón.

QUITO, 2022

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1 **13**

1.1 Introducción 13

1.2 Justificación 14

1.3 Problema de investigacion 15

1.4 Pregunta de investigación 15

1.5 Objetivos e Hipótesis 15

1.5.1 Objetivo general 15

1.5.2 Objetivos específicos 16

1.5.3 Hipótesis 16

2.0 MARCO TEÓRICO **17**

2.1 Definición de terminos 17

2.1.1 Lactancia materna exclusiva 17

2.1.2 Sucedáneos de la leche 17

2.1.3 Alimentación complementaria 17

2.1.4 Areola 18

2.1.5 Agarre 18

2.1.6 Contacto piel a piel 18

2.1.7 Calostro 18

2.1.8 Lactancia a demanda 19

2.1.9 Periodo de lactancia: 19

2.1.10 Periodo transicional: 19

2.1.11 Leche de transición. 20

2.1.12 Leche madura. 20

2.1.13 Leche de pretérmino. 20

2.1.14 diferencias más importantes entre leches DE VACA Y LECHE MATERNA: 21

2.1.15 Mastitis 22

2.1.16 Congestión mamaria 22

2.1.17 Enganche eficaz 22

2.1.18 Doula 23

2.1.19 Lactancia mixta 23

2.1.20 Capacidad gastrica 23

2.2 Epidemiologia nacional 24

2.3 Beneficios de la lactancia 25

2.3.1 Para la madre 25

2.3.2 Para el niño 25

2.3.3 Para la Sociedad 26

2.4 Contraindicaciones de la lactancia 26

2.5 Fisiología 27

2.6 Alimentacion complementaria a la leche materna 31

2.7 Requerimiento energético 32

2.7.1 Proteínas 33

2.7.2 Grasas 33

2.7.3 Carbohidratos. 33

2.7.4 Minerales 34

2.8 Problemas frecuentes 35

2.8.1 De las mamas 35

2.8.2 De la madre 39

2.8.3 Del lactante 41

2.9 Creacion de un banco de leche 41

2.9.1 Recomendaciones 42

2.9.2 Tecnica de extracción manual 43
2.10 Apoyo educativo. 44
2.11 Apoyo clínico. 45
2.12 Técnica de amamantamiento 46
2.12.1 Posiciones para amamantar de la madre y del niño 46
2.12.2 Enganche eficaz 50
2.13 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna 51
2.14 Uso de medicamentos durante la lactancia 54
3.0 METODOLOGÍA 55
3.1 Tipo de estudio y diseño de estudio 55
3.1.1 Muestra y Universo 55
3.1.2 Criterios de inclusión 57
3.1.3 Criterios de exclusión 57
3.1.4 Variables del estudio 57
3.2 Recoleccion de datos 59
3.3 Plan de analisis de datos 59
3.3.1 Procesamiento vía estadística descriptiva 59
3.3.2 Procesamiento vía estadística inferencial 60
3.4 Aspectos bioéticos 65
3.5 Aspectos administrativos 65
4.0 RESULTADOS 66
5.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 88
5.1 Conclusiones 88
5.2 recomendaciones 89
Referencias bibliográficas 90
5.3 Referencias bibliográficas 90
ANEXOS 94

ANEXO 1 94

ANEXO 2 96

ANEXO 3 98

AGRADECIMIENTO

Andrea Arregui

En primer lugar, deseo agradecer a mi familia especialmente a mi madre y mi padre quienes con su apoyo constante he conseguido culminar mis estudios con mi mayor esfuerzo y dedicación; con sus consejos, sus constantes palabras de aliento y su afecto incondicional. Agradezco su permanencia a mi lado, por las largas noches de insomnio. Dicen que los momentos más complejos se atraviesan con aquellos que amas, gracias a ellos el rendirme nunca estuvo en mi mente.

Para mi mejor amiga, Camila Palacios, la cual nunca me ha dejado atrás a pesar de las dificultades que ambas hemos presentado en el transcurso de esta carrera que ambas amamos. Te dedico estas palabras para recordar tantos momentos juntas que hemos sobrellevado y aun así me faltan otras palabras para poder describir lo que has llegado a formar en mi vida gracias por tu amistad y confianza por todos estos años.

Camila Palacios

Agradezco a Dios por siempre guiarme en el camino y nunca abandonarme.

Agradezco a mi familia quienes dedicaron todo su esfuerzo, amor, apoyo y tiempo en todos los momentos importantes y desafiantes en mi vida para que yo llegue a ser quien soy ahora, mi madre Lucia que más que eso es mi mejor amiga y nunca me dejó sola, mi padre Ricardo mi apoyo en todo momento, mi hermano Sebastián mi ejemplo de constancia, mi hermanito menor Willy por las largas noches de estudio donde dormía a mi lado y me apoyaba.

Agradezco a mi mejor amiga, Andrea Arregui, una excelente persona, quien desde primer semestre me apoyó y ayudó para salir adelante. Sin tu ayuda y apoyo no habría podido salir adelante y llegar a donde estamos ahora. A mis amigos de carrera que de una u otra manera

estuvieron en este largo camino y me enseñaron sobre el valor de la amistad, gracias por todos los momentos ya sean buenos y malos.

Un agradecimiento especial al Doctor Marco Antonio Pino, por su dedicación y esfuerzo para ayudarnos en este nuestro proyecto de investigación. Así cómo también a los hospitales donde tuvimos el honor de hacer nuestro internado: “Hospital General Provincial Luis G. Davila” y “Hospital de especialidades Carlos Andrade Marín” en los cuales pudimos poner en práctica todo lo aprendido durante la carrera, así como también, aprender muchas cosas nuevas que estamos seguras serán de gran utilidad para nuestra vida profesional.

DEDICATORIA

A nuestras familias que han sido nuestro apoyo fundamental

A nuestros maestros que han sido nuestros guías en el camino

A todos nuestros pacientes, madres, padres, niños y niñas que han pasado y marcado nuestras vidas.

RESUMEN

R.1 INTRODUCION:

La lactancia materna es una de las actividades más eficaces para el aseguramiento de la nutrición óptima de los niños en los primeros 6 meses de vida. Sus beneficios son amplios y es imprescindible el conocimiento por parte de los estudiantes de medicina y futuros médicos para la correcta aplicación de esta, por ello es necesario evaluar el mismo por medio de una encuesta.

R.2 OBJETIVO:

Comparar los conocimientos sobre lactancia materna entre los estudiantes de medicina de externado I y II y séptimo semestre de la Facultad de Medicina de la PUCE durante el semestre 2021-01 mediante el uso de la Encuesta de Conocimientos en Lactancia (ECoLa) (Pleguezuelo, Vega, & Menéndez, 2019), la misma que fue modificada y validada por los autores de la encuesta para los estudiantes de pregrado.

R.3 MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo que se basa en la recolección de información primaria a través de la encuesta ECoLa. La aplicación de este instrumento permitirá medir el nivel de conocimiento acerca de la fisiología de: la lactancia, recomendaciones que podrían proporcionar a una madre, desenvolvimiento con problemas y la calidad y cantidad de conocimiento obtenido por los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que cursan el externado I y II y séptimo semestre durante el semestre 2021-01

R.4 RESULTADOS:

El promedio de edad de la población estudiada fue de 23 años con un 38,5% del total, seguido por los 22 años con un 25,5% y un 17% de los de 21 años, esto entre los porcentajes más representativos. Al sexo femenino le correspondió el 65% de los encuestados. En nuestro

estudio mediante la encuesta ECoLa hay un predominio de conocimiento deficiente en general con un 78% comparado a un 22% de conocimiento suficiente, de esto podemos darnos cuenta de que las mujeres en general obtuvieron mejores resultados en la encuesta en comparación a los hombres y de estás las que tuvieron los mejores puntajes fueron las mujeres del externado. De igual manera se evidenció que al avanzar el nivel de formación académica aumentaba el nivel de conocimiento de los encuestados mismo que reportó resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Se encontró que la preferencia para la especialidad médica se inclina hacia las áreas clínicas, mientras que las especialidades de interés como lo son ginecología y pediatría representan una minoría y con los resultados obtenidos, se infiere que no existe relación entre el deseo de especialidad a futuro y un nivel de conocimiento suficiente.

R.5 CONCLUSIONES:

Se evidencia una mejoría en el nivel de conocimientos y habilidades en todos los encuestados conforme avanzan los niveles de pregrado y sobre todo en mujeres, sin embargo, el mismo debe mejorar para que puedan impartir dichos conocimientos en la comunidad.

Palabras claves: Lactancia Materna, Test ECoLa, Aptitud, Conocimiento

ABSTRACT

A.1 INTRODUCTION:

Breastfeeding is one of the most effective activities for ensuring optimal nutrition of the newborn in the first 6 months of life. Its benefits are wide-ranging and knowledge among medical students and future doctors is essential for its correct application, which is why it is necessary to evaluate this knowledge by means of a survey.

A.2 OBJECTIVE:

To compare the knowledge of breastfeeding among medical students of externship I and II and 7th semester of the Faculty of Medicine of the PUCE during the semester 2021-01 by using the Survey of Breastfeeding Knowledge (ECoLa) (Pleguezuelo et al., 2019)which was modified and validated by the authors of the survey for undergraduate students.

A.3 MATERIALS AND METHODS:

Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach based on the collection of primary information through the ECoLa survey. The application of this instrument will allow us to measure the level of knowledge about the physiology of breastfeeding, recommendations that could be provided to a mother, development with problems and the quality and quantity of knowledge obtained by the medical students of the Pontificia Universidad Catholica del Ecuador who are studying externship I and II and 7th semester during the 2021-01 semester.

A.4 RESULTS:

The average age of the population studied was 23 years with 38.5% of the total, followed by 22 years with 25.5% and 17% of those aged 21 years, among the most representative percentages. The female sex accounted for 65% of the respondents. In our study by means of the ECoLa survey there is a predominance of deficient knowledge in general with 78% compared to 22% of sufficient knowledge, the results showed that women in general

obtained better results in the survey compared to men, and of these, those with the best scores were women from the externship. It was also evident that as the level of academic education increased, the level of knowledge of the respondents increased, with statistically significant results ($p < 0.05$). It was found that the preference for a medical specialty is inclined towards clinical areas, while specialties of interest such as gynecology and pediatrics represent a minority, and with the results obtained, it can be inferred that there is no relationship between the desire for a future specialty and a sufficient level of knowledge.

A.5 CONCLUSIONS:

There is evidence of an improvement in the level of knowledge and skills of all respondents as they progress through the undergraduate levels, especially women, but this needs to improve for them to be able to impart these skills in the community.

Key words: Breastfeeding, ECoLa Test, Aptitude, Knowledge

CAPITULO 1

1.1 *INTRODUCCIÓN*

Actualmente, uno de cada cinco menores de cinco años muere en el mundo a causa de alguna infección ya sea respiratoria o gastrointestinal, así como por desnutrición. Sin embargo, cabe señalar que estas causas de morbilidad y mortalidad son totalmente prevenibles basándonos en que deben existir hábitos nutricionales saludables y dentro de los mismos destaca la lactancia materna exclusiva (LME). Por todos los beneficios que aporta esta última puede prevenir muchas enfermedades no solo agudas entre las cuales destacan las infecciones sino también crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

A pesar de que existen un sin número de estudios en los cuales se comprueban los beneficios tanto para la madre como para el hijo de la lactancia materna no se ha visto un aumento considerable de la misma debido a diversos factores entre ellos que un mayor número de mujeres han entrado a formar parte de la fuerza laboral fuera del hogar, a la influencia de la propaganda y a la exposición de alimentos sustitutos a la leche materna. También se debe a la falta de consejería a las madres y a la falta de facilidades para que la madre pueda ejercer el derecho a dar de lactar a sus hijos o extraerse la leche en los lugares de trabajo, factores que influyen especialmente en madres del área urbana, en donde la prevalencia de lactancia materna es menor (Freire et al., 2014). Cabe resaltar que los factores sociodemográficos y culturales aún influyen en el conocimiento sobre lactancia materna en madres primíparas. La proporción de niños amamantados ha aumentado gradualmente a lo largo de las décadas del 55% en la década de 1970 al 78,9% en la década de 2000 y con 82,9% para el año 2010 con un 19,6% que sigue amamantando, sin embargo, no alcanza el umbral para las recomendaciones de salud pública. (Courtois et al., 2021)

En la práctica se evidencia que madres a pesar de tener conocimientos del tema desconocen sobre la correcta técnica para amamantar y los beneficios de esta en los primeros 6 meses de vida, lo cual obstaculiza el éxito de la misma. Esto puede ser explicado por diversas razones como algunas creencias, edad de la madre, factor laboral, entre otros (Freire et al., 2014).

1.2 *JUSTIFICACIÓN*

La lactancia exclusiva es fundamental para la supervivencia y salud infantil ya que proporciona al lactante los nutrientes esenciales para el correcto desarrollo del niño tales como: vitaminas A, B y C, fósforo, calcio, proteínas, grasas y azúcares. También actúa como inmunomodulador protegiendo al lactante de infecciones respiratorias, gastrointestinales (diarreas y deshidratación, estreñimiento, cólicos), alergias, enfermedades de la piel y favorece el desarrollo del cerebro humano, de igual forma, tiene un efecto positivo para prevenir enfermedades no transmisibles en la vida adulta tales como la obesidad.

El desarrollo del sistema nervioso va marcando los periodos de alimentación del niño siendo éste incapaz de procesar cualquier otro alimento que no sea líquido antes de los 4 meses de edad. De 4 a 6 meses será capaz de deglutir semisólidos hasta adquirir el reflejo de masticación posterior a los 6 meses siendo este el momento ideal para iniciar la alimentación complementaria. (Lázaro & Marín, 2017)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva por al menos seis meses, pudiendo ser mantenida hasta los dos primeros años de vida por sus beneficios. La lactancia materna tiene importantes beneficios para la salud de los lactantes y niños pequeños con efectos a corto y largo plazo, ya que reduce la incidencia y la gravedad de enfermedades comunes de la primera infancia, otitis media, alergias, infecciones respiratorias y gastrointestinales, aporta beneficios para la salud en la edad adulta y reduce el

riesgo de enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad y la diabetes tipo II. Los efectos beneficiosos sobre el metabolismo del calcio también se observan en las madres que amamantan, lo que reduce el riesgo de osteoporosis, mejora la salud cardiovascular y reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario (Sociedad Argentina de Pediatría, 2022). Es por esta razón que el personal de salud debe estar preparado en el tema para poder guiar correctamente a la madre y de igual manera fomentar la misma.

Esta investigación se realizó con el fin de conocer, el nivel de conocimiento sobre el tema de los estudiantes de medicina de los últimos años y futuros médicos. Esto puede contribuir a evitar problemas que son solucionables a tiempo y sobre todo fomentar la lactancia materna que tanto bien les hace a los niños. Por medio de la encuesta ECoLa. (Pleguezuelo, V. et al., 2019)

1.3 *PROBLEMA DE INVESTIGACION*

Nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina séptimo semestre en contraste con alumnos de externado 1 y 2 acerca de la lactancia materna.

1.4 *PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN*

¿Cuál es la diferencia entre el nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina séptimo semestre con alumnos de externado 1 y 2 acerca de la lactancia?

1.5 *OBJETIVOS E HIPÓTESIS*

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar los conocimientos sobre lactancia materna entre los estudiantes de medicina de externado I y II y séptimo semestre de la facultad de medicina durante el semestre 2021-01 mediante el uso de la Encuesta de Conocimientos en Lactancia (ECoLa).

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna obtenidos de la aplicación de la encuesta ECoLa a los alumnos en séptimo semestre y del externado I y II

Demostrar que el conocimiento sobre lactancia materna que poseen los estudiantes de séptimo semestre es menor al presentado por los estudiantes de externado I y II

Determinar si existe relación entre la especialidad de preferencia a futuro y el nivel de conocimiento actual acerca de la lactancia materna.

1.5.3 HIPÓTESIS

Los conocimientos acerca de lactancia materna son menores en los estudiantes de séptimo semestre en comparación a los estudiantes de externado I y II

En los estudiantes de séptimo semestre se obtienen resultados de conocimientos deficientes; es decir menor de 17 aciertos en la encuesta ECoLa

CAPITULO 2

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 *DEFINICIÓN DE TERMINOS*

2.1.1 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (OMS, 2022).

2.1.2 SUCEDÁNEOS DE LA LECHE

Un sucedáneo de la leche materna es todo alimento comercializado presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin (Penang, Annelies, & Yeong, 2010)

2.1.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de la misma. Esta práctica se recomienda realizar a partir de los 6 meses se debe añadir de forma gradual e individual los demás alimentos siempre intentando mantener la lactancia a libre demanda, al iniciarlos de manera individual se puede identificar posibles alergias a tiempo. (M. Gómez, 2018)

2.1.4 AREOLA

Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece aún más, para hacerse más visible cuando el bebé empiece a mamar. El niño o niña debe tomar parte de la areola para mamar bien. (Mondello & Carranza, 2013)

2.1.5 AGARRE

Esta es la técnica del bebé que le permite engancharse al pecho para succionar y alimentarse (M. Gómez, 2018)

2.1.6 CONTACTO PIEL A PIEL

Se refiere al contacto directo entre la piel desnuda de la madre y la piel del recién nacido después del nacimiento, y durante la primera hora después del nacimiento, el contacto piel con piel estabiliza el ritmo cardíaco del infante, fortalece el vínculo afectivo y la relación entre madre e hijo. (A. Gómez, 2013).

2.1.7 CALOSTRO

Durante el embarazo, se acumula en las glándulas mamarias una sustancia llamada precalostro, que consiste en exudados plasmáticos, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, albúmina sérica, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Durante los primeros cuatro días después del nacimiento, se produce calostro. El calostro es un líquido espeso y amarillento, de 2 a 20 ml por porción, suficiente para satisfacer las necesidades de un recién nacido. Produce 54 kcal/100 ml, 2,9 g/100 ml de grasa, 5,7 g/100 ml de lactosa, 2,3 g/100 ml de proteína. Contiene una alta concentración de β-caroteno amarillento y un gran número (100.000/mm2) de linfocitos y macrófagos. (Lample, 2012)

Debido al alto contenido de inmunoglobulina A (IgA, inmunoglobulina A) (3,2 g/100 ml), los recién nacidos están protegidos de los patógenos intestinales, reduciendo el número de futuras infecciones intestinales. (Cunningham et al., 2019).

Las células de calostro no son destruidas por el sistema digestivo del niño y permanecen inmunológicamente activas. (Lample, 2012)

2.1.8 LACTANCIA A DEMANDA

Hace referencia a la frecuencia con la que se da de lactar dependiendo de lo que quiera el niño, tanto de día como de noche, sin límite de tiempo ni cantidad, esto asegura una correcta alimentación para el niño. (OMS, 2022)

2.1.9 PERIODO DE LACTANCIA:

Comprende los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna y en su defecto, las fórmulas para lactantes. (Arriola, Lazo, & Chinchilla, 2016).

2.1.10 PERIODO TRANSICIONAL:

Integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año. En él se inicia la Diversificación Alimentaria (DA) que comporta el inicio progresivo de la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula sin suspender la lactancia materna (Arriola et al., 2016).

2.1.11 LECHE DE TRANSICIÓN.

Inicia su producción entre el cuarto y sexto día postparto, se evidencia como un aumento brusco en la producción de leche, misma que continúa aumentando progresivamente hasta alcanzar un volumen estable entre 600 y 700 ml/día a los 15-30 días de puerperio. (Lample, 2012)

2.1.12 LECHE MADURA.

Inicia su producción posterior a la leche de transición y aporta 70 kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 900 ml/día aproximadamente durante el periodo de lactancia exclusiva, pero puede superar esa cantidad en dependencia de la frecuencia de succión del niño. Durante el segundo semestre de vida del lactante su producción disminuye a 600 ml/día. En caso de presentarse un embarazo múltiple o si la madre se encuentra amamantando a otro niño el volumen puede aumentar a 700 a 900 ml, suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de ambos. (Lample, 2012)

2.1.13 LECHE DE PRETÉRMINO.

En el transcurso de un mes o más, las madres que dan a luz a bebés prematuros producen leche con una composición diferente, con mayores porcentajes de proteínas, grasas y calorías, y menos lactosa que la leche madura. Esto es ideal para los bebés prematuros que necesitan una ingesta alta de proteínas y calorías para crecer y tienen una capacidad reducida para digerir la lactosa. La IgA y la lactoferrina también son abundantes en la leche materna de los bebés prematuros. La taurina es esencial para los bebés prematuros y se encuentra solo en la leche materna. Las diferencias cuantitativas y cualitativas entre la leche de vaca y la leche materna son tan importantes que determinan diferentes comportamientos de protección nutricional e

inmunológica de los recién nacidos y lactantes. Por otro lado, la leche procesada que se le da a los niños tiene componentes biológicos alterados. Las fórmulas que se dan a los recién nacidos están hechas con leche de vaca modificada para parecerse a la leche materna. Sin embargo, faltan los componentes bioactivos contenidos en la leche materna.(Lample, 2012)

2.1.14 DIFERENCIAS MÁS IMPORTANTES ENTRE LECHES DE VACA Y LECHE MATERNA:

- La presión osmótica de la leche de vaca (350 mOsm/L) es significativamente más alta que la de la leche materna (286 mOsm/L), lo que provoca una sobrecarga excesiva de solutos en los riñones que el lactante no puede manejar.
- La caseína de la leche de vaca, forma grumos no digeribles en los intestinos de los bebés.; en cambio la humana forma suaves y pequeñas que son fáciles de digerir. Como resultado, el vaciado gástrico tarda aproximadamente una hora y media, en comparación con las cuatro horas de la leche de vaca.
- La proteína de suero más abundante en la leche materna es la alfa-lactoalbúmina, que tiene un alto valor biológico y sólo hay trazas de ella en la leche de vaca; en tanto que esta es rica en beta-lactoglobulina, una proteína con un elevado potencial alergénico.
- El contenido de lactoferrina en la leche de vaca es mínimo.
- La leche de vaca no contiene taurina, un aminoácido esencial para los prematuros
- La leche de vaca tiene alto contenido de ácidos grasos de cadena corta y media y la leche materna posee un alto contenido de grasas saturadas.
- La leche de vaca no contiene lipasa ni omega 3
- En cuanto al hierro, el de la leche humana se absorbe en un 50%, el de vaca en un 10% y el de las fórmulas fortificadas en un 4%.

- El calcio de la leche materna, a pesar de su bajo contenido, se absorbe mejor debido a su alta relación calcio/fósforo.
- La leche de vaca es baja en IgA.
- Los componentes bioactivos de la leche humana no se encuentran en la leche de vaca procesada ni en las fórmulas lácteas.

2.1.15 MASTITIS

En ocasiones, los conductos lácteos se obstruyen y, a menos que se desbloqueen, pueden provocar una inflamación muy dolorosa en el tejido mamario. Se pueden experimentar síntomas parecidos a los de la gripe, además de sentir el pecho dolorido, caliente y abultado. Muchas veces será necesario acudir al especialista en presencia de estos síntomas. (Cunningham et al., 2019).

2.1.16 CONGESTIÓN MAMARIA

Se caracteriza por fugas de leche y dolor en los senos que alcanzan su punto máximo de 3 a 5 días después del parto (Spitz, Lee, & Peterson, 1998).

2.1.17 ENGANCHE EFICAZ

Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del bebé mire hacia el cuerpo de la madre, con la mayor parte de la areola insertada en el borde inferior de la boca, para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos de un buen agarre del pezón incluyen: barbilla del bebe tocando el pecho de la madre, boca bien abierta, ambos labios evertidos, mejillas redondas (no hundidas). La areola debe verse por encima de la parte inferior de la boca mientras amamanta.

2.1.18 DOULA

Palabra que significa mujer que acompaña, cuya característica principal es la de ser madre, tener experiencia en las necesidades de la mujer que acaba de dar a luz y se enfrenta a los cambios, y tener experiencia y conocimientos para fomentar y dar soporte a la lactancia materna. (Marenostrum, 2000)

2.1.19 LACTANCIA MIXTA

Hace referencia a cuando el lactante recibe leche materna, leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y otros alimentos. (Luis Del Mazo-Tomé & Suárez-Rodríguez, 2018)

2.1.20 CAPACIDAD GASTRICA

Se trata de la estimación del tamaño del estómago del recién nacido y por medio de eso poder deducir la cantidad total de alimento que este puede ingerir por toma, de esta manera se asegura que se va a saciar.

Dicha capacidad es de 5 a 7 ml entre el día 1 y 2 desde el nacimiento, para esta altura el tamaño del estómago es similar a una cereza a medida que aumentan los días este va creciendo, para el día 3 la capacidad será de 22 a 27 ml y su estómago será del tamaño de una nuez y para el día 10 será de 45 a 60 ml y su estómago será del tamaño de un durazno, para el mes tendrá una capacidad de 80 a 150 ml y será su estómago del tamaño de un huevo. (Bergman, 2013)

Una regla para calcular la capacidad gástrica es:

- Peso en gramos – 3 / 100

Teniendo en cuenta esos datos, debemos saber que el tiempo de vaciamiento gástrico tiene el pico máximo en 30 minutos llegando a ser total en un periodo de 3 a 4 horas.

2.2 *EPIDEMIOLOGIA NACIONAL*

Según el ENSANUT 2018, acerca del inicio temprano de lactancia materna el 72,7% de los niños menores de 2 años tuvo un inicio temprano de la misma, comparando las áreas urbanas y rurales se ve que es más prevalente en el área rural con un 75,6 % lo cual podría deberse a factores económicos, religiosos o culturales en comparación al área urbano con un 71,2 % esta baja en la tasa de lactancia puede deberse a factores laborales, económicos o sociales. Si este indicador lo comparamos con los datos del ENSANUT 2012 vemos que solo el 54,6% de los niños menores de 2 años recibió este inicio temprano de la lactancia. Vemos que la diferencia es considerable y que los indicadores han mejorado, sin embargo, aún es mejorable.

Acerca de la lactancia materna exclusiva como sabemos es primordial durante los 6 primeros meses de manera exclusiva pudiendo esta extenderse, en el Ecuador de acuerdo a la Ley Orgánica del Servidor Público, se indica que la licencia por maternidad (artículo 27), se trata de una licencia remunerada por 12 semanas (3 meses) y luego de ello se concede permiso con remuneración a las servidoras para el cuidado del recién nacido por 2 horas diarias durante 12 meses a partir de la terminación de la licencia de 3 meses por maternidad es por ello que los indicadores se ven afectados ya que las madres no pueden permanecer con sus hijos los 6 primeros meses para que esta lactancia materna exclusiva se cumpla, esto es congruente con el nivel de instrucción puesto que a mayor nivel de del mismo, la madre posee menos tiempo para pasar con su hijo. Esto lo vemos reflejado a que en valores estadísticos tenemos que en el área rural el porcentaje de lactancia materna es de 70,1% mientras que en el área urbana es de 58,4%, en cuanto al nivel de instrucción contamos con un 50,2% con educación superior lo cual es un porcentaje considerable que puede hacer que los índices disminuyan sustancialmente.

La lactancia materna durante los primeros meses y años de vida es un factor importante en la prevención no solo de enfermedades coyunturales como las infecciones, sino también de

enfermedades crónicas que se presentan a lo largo de la vida, como la diabetes, la obesidad y ciertos tipos de cáncer. Además, ayuda a prevenir la desnutrición, desde la desnutrición crónica, que representa el 25,3% en el Ecuador, hasta la obesidad y el sobrepeso, que alcanza el 62,8% en adultos (de 19 a 60 años), según ENSANUT 2012.

De acuerdo con la información obtenida por la ENSANUT-ECU 2012, se conoce que las prevalencias de lactancia materna exclusiva y continua no alcanzan los niveles adecuados ni metas establecidas por el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2013-2017

2.3 *BENEFICIOS DE LA LACTANCIA*

2.3.1 PARA LA MADRE

- Disminuyen los sangrados pospartos
- Favorecen involución uterina
- Reduce el riesgo de hipertensión y anemia posterior al parto
- Disminuye la posibilidad la depresión posparto
- Menor incidencia de cáncer de mama y ovario
- Tasa menor de osteoporosis
- Disminuye riesgo de aparición de enfermedades no trasmisibles como diabetes mellitus tipo II, así como: cáncer de mama, ovárico y uterino
- Establecimiento de un vínculo madre hijo más estrecho

2.3.2 PARA EL NIÑO

- Disminuye la mortalidad infantil
- Reducción de las infecciones respiratorias

- Disminución de las infecciones gastrointestinales
- Menor riesgo de infecciones y de alergias
- Previene la desnutrición
- Estimula la maduración del intestino
- Aporta elementos inmunoprotectores
- Favorece el apego a la madre brindándole al niño, seguridad y protección
- Superioridad nutricional.

2.3.3 PARA LA SOCIEDAD

- Beneficio ecológico
- Disminuye la morbimortalidad infantil
- Menos costos de salud
- Disminuye los gastos relacionados con la producción, almacenamiento y transporte de las fórmulas lácteas

2.4 *CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA*

- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol
- Enfermedades infectocontagiosas: Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis activa sin tratamiento
- Consumo de fármacos secretados en la leche: fármacos citotóxicos pueden interferir con el metabolismo celular y causar supresión o neutropenia, afectan el crecimiento. Tales como ciclofosfamida, ciclosporina, doxorrubicina, metotrexato y micofenolato

- Uso de fármacos quimioterapéuticos o radiofármacos con fines terapéuticos o diagnósticos debido a que alteran la calidad de la leche.
- Cáncer de mama en tratamiento.
- La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), aunque, es importante mencionar que, en países en vías de desarrollo, la balanza favorece a la lactancia. Esto se debe a que es preferible el riesgo de infección a que una desnutrición, además, en estos países, por la falta de acceso al agua, pueden existir otros riesgos causados por una mala preparación, utilización y administración de las fórmulas. (Velasco, Caicedo, Navarro, Tejada, & Armas, 2021)
- Galactosemia, enfermedad genética donde no se puede ingerir un tipo de azúcar llamada galactosa, la cual se encuentra en la leche; ya que puede acumularse en sus órganos y afectarlos.
- Deficiencia congénita de lactasa, que vuelve al bebé intolerante a la lactosa ya que es incapaz de digerirla debido a la ausencia de este azúcar en su organismo.
- El consumo de drogas como heroína, cocaína, metanfetaminas y marihuana por la madre, ya que pueden tener consecuencias nocivas para el bebé.(Velasco et al., 2021)

2.5 *FISIOLOGÍA*

En cada glándula mamaria encontramos de 15 a 25 lóbulos dispuestas en forma radial que están separados por tejido adiposo, cada lóbulo contiene varios lobulillos que a su vez tienen numerosos alveolos. Los alveolos tienen un pequeño conducto que se unen entre ellos y forman un conducto único más grande mismos que se abren por separado en el pezón, donde se pueden distinguir como orificios pequeños pero distintos. El epitelio secretor alveolar sintetiza los diversos componentes de la leche.

Durante el posparto inmediato empieza la secreción de calostro, que es un líquido de color amarillo intenso. En comparación con la leche madura, el calostro es rico en componentes inmunológicos y contiene más minerales y aminoácidos. También tiene más proteínas, muchas de las cuales son las llamadas globulinas, pero contiene menos azúcar y grasa. La secreción persiste durante cinco a 14 días, la cual luego tiene una conversión gradual a la leche madura en cuatro a seis semanas. Gracias al alto contenido del calostro de inmunoglobulina A (IgA) existe una gran protección contra patógenos entéricos para el recién nacido. Otros factores de resistencia del huésped que se encuentran en el calostro y la leche incluyen complemento, macrófagos, linfocitos, lactoferrina, lactoperoxidasa y lisozimas.

Existe una secreción de 600 mL de leche diaria aproximadamente durante el periodo de lactancia. Esta leche madura es un líquido biológico complejo y dinámico que contiene grasas, proteínas, carbohidratos, factores bioactivos, minerales, vitaminas, hormonas y muchos otros productos celulares. Los contenidos y concentraciones de la leche materna pueden cambiar durante una sola toma y depende mucho de la dieta materna y la edad para que estos cambien además de la salud y las necesidades del recién nacido. La leche a comparación con el plasma es isotónica y la lactosa representa la mitad de su presión osmótica. También en la leche encontramos los aminoácidos los cuales son dos: los esenciales que son los derivados de la sangre y los no esenciales que se derivan en parte de la sangre o son sintetizados en la glándula mamaria. La mayor parte de las proteínas de la leche son únicas e incluyen alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína. Los ácidos grasos son sintetizados en los alveolos a partir de la glucosa y se secretan mediante un proceso de tipo apocrino. En la leche materna también se encuentran cantidades variables de casi todas las vitaminas entre ellas, la vitamina K la cual es virtualmente nula y es por eso que se administra una dosis intramuscular al recién nacido.

La leche materna tiene una proporción de suero-caseína de 60:40, lo cual se considera ideal para la absorción. La prolactina se secreta de manera activa en la leche materna. De igual

manera existe el factor de crecimiento epidérmico y como las enzimas proteolíticas gástricas no lo destruyen este puede absorberse para promover así el crecimiento y la maduración de la mucosa intestinal del recién nacido. Otros componentes críticos en la leche humana incluyen melatonina y oligosacáridos.

Existen mecanismos humorales y neurales precisos que son los que intervienen en la lactancia y son mecanismos complejos. La progesterona, el estrógeno y el lactógeno placentario, combinados con la prolactina, el cortisol y la insulina, actúan en conjunto para así estimular el crecimiento y desarrollo del aparato secretor de leche. Con el parto, los valores séricos maternos de progesterona y estrógeno disminuyen de manera abrupta y profunda con este descenso se elimina la influencia inhibitoria de progesterona en la producción de alfa-lactoalbúmina y a su vez se estimula a la lactosa sintasa para elevar las concentraciones de lactosa en la leche. Cuando se da la abstinencia de progesterona también permite a su vez que la prolactina actúe sin oposición en su estimulación de la producción de alfa-lactoalbúmina. Cuando se da la activación de los receptores sensibles al calcio en las células epiteliales mamarias se regula a la proteína relacionada con la hormona paratiroidea (PTHrP) y esto al mismo tiempo aumenta el transporte de calcio a la leche. La serotonina también se produce en las células epiteliales mamarias y participa para el mantenimiento de la producción de leche.

La parte posterior de la lactancia que hace referencia a la intensidad y duración de la lactancia se controlan, por el estímulo repetitivo de succionar y vaciar la leche de las mamas. La prolactina es esencial para la lactancia y es por ello las mujeres que presentan necrosis hipofisaria extensa (síndrome de Sheehan) no lactan. A pesar de que las concentraciones plasmáticas de prolactina disminuyen después del parto a cifras más bajas respecto a las del embarazo, con cada acto de amamantamiento se desencadena aumento de las concentraciones. Al estímulo de la mama se restringe la liberación de dopamina que también es conocida como

factor inhibidor de la prolactina del hipotálamo que, a su vez induce de modo transitorio una mayor secreción de prolactina.

En la hipófisis posterior se secreta oxitocina de forma pulsátil, esto se estimula a la extracción de leche de una mama por el lactante al provocar aumento en la contracción de las células mioepiteliales en los alveolos y los conductos lácteos pequeños. La expulsión de leche o su descenso, es un reflejo activado por la succión, que estimula a la hipófisis posterior para que exista liberación de oxitocina. Este reflejo incluso puede inducirse por el llanto del recién nacido e inhibirse por el miedo o el estrés materno.

Como ya lo hemos mencionado, la leche materna contiene varias sustancias inmunológicas protectoras, entre ellas la IgA secretora y los factores de crecimiento. Estos anticuerpos de la leche materna son los que se dirigen de manera específica contra antígenos ambientales maternos, como Escherichia coli, la lactancia materna reduce la incidencia de infecciones del conducto auditivo, así como también infecciones respiratorias y gastrointestinales como la enterocolitis necrosante o el síndrome de muerte súbita del lactante. La lactancia materna es en sí particularmente importante para la inmunidad en los recién nacidos prematuros.

Es de gran interés y atención la función de los linfocitos en la leche materna sobre todo en los procesos inmunitarios neonatales. En la leche encontramos linfocitos T y B, pero son los linfocitos T que parecen diferir de los que se encuentran en la sangre, ya que son estos linfocitos T de la leche que se componen casi en su 100% de células que poseen antígenos de membrana específicos, en especial los que son de memoria parecen ser la vía precisa para que el recién nacido se beneficie de la experiencia inmunológica materna.

2.6 *ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A LA LECHE MATERNA*

Por recomendaciones de la OMS y otros organismos internacionales a partir de los 6 meses de edad es necesario iniciar con lo que es la alimentación complementaria esto con la finalidad de poder proporcionarle al lactante todos los nutrientes que son necesarios para su desarrollo ya que es en este momento que la lecha materna se vuelve insuficiente para satisfacer en su totalidad las necesidades nutricionales del lactante. Este es conocido como un periodo de transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria acompañado de la leche materna y empieza desde los 6 meses y dura hasta los 18 o 24 meses de edad, el cual de igual manera se puede alargar. Este es considerado como un período de alta vulnerabilidad en la que muchos niños inician o agravan los cuadros de desnutrición lo que contribuyen a las altas tasas de desnutrición de los menores de 6 años. Existe un consenso en la comunidad científica en afirmar que las necesidades nutricionales de los niños nacidos a término y con peso adecuado pueden ser satisfechas con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, es por ello que la alimentación complementaria a la leche materna debe iniciarse cuando la misma sola ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño es por ello que se vuelve necesario introducir otros alimentos y líquidos a partir de los 6 meses y no antes. Para una óptima salud hay que asegurar una alimentación complementaria adecuada que se considera una de las estrategias más costo-efectivas para la misma, y al mismo tiempo para reducir la morbilidad y mortalidad en los niños pequeños. Se sabe que las necesidades de micronutrientes de los infantes y niños pequeños, particularmente de lo que es hierro y zinc, están directamente afectadas por el peso al nacer, la edad gestacional al nacimiento y la presencia de enfermedades, así como los cambios fisiológicos que son propios de la leche materna y del lactante hacen que este dependa de los alimentos complementarios más la leche materna para alcanzar los requerimientos de hierro y zinc después de los 6 meses de vida. Se sabe que una alimentación complementaria óptima contribuye a reducir en un 6% la mortalidad en los menores de 5 años.

y que más o menos el 50% de la mortalidad infantil está directa o indirectamente relacionada con la mala nutrición en los primeros dos años de vida, lo cual tiene gran impacto a lo largo del ciclo de vida. Luego de los 2 años, se vuelve mucho más difícil revertir los efectos de la desnutrición o del retardo en el crecimiento lineal, así como algunos de los déficits funcionales ya serán permanentes. La información indica que hay suficiente evidencia para establecer que los dos primeros años de vida constituyen un período crítico para prevenir la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Además, este es considerado como el período en el que se puede alcanzar un óptimo crecimiento y desarrollo, siempre y cuando la lactancia materna y los alimentos que la complementan estén presentes en cantidad, calidad y frecuencia adecuadas, además del acceso por parte del niño en forma oportuna, a adecuados servicios de salud que vigile continuamente su crecimiento y asegure que se está pasando por este proceso de forma adecuada. Existe efectos negativos en la salud y el crecimiento de los niños debido a la baja calidad de la alimentación en niños cuyas dietas tienen una disminuida densidad de micronutrientes, sumada a otras prácticas inadecuadas de alimentación, más tasas altas de infección. Muchas veces y a pesar de que las prácticas de lactancia materna son óptimas, pero se reciben cantidades insuficientes de alimentos o no reúnen las condiciones nutricionales adecuadas, los niños podrían presentar cuadros de desnutrición crónica (Freire et al., 2014)

2.7 *REQUERIMIENTO ENERGÉTICO*

El requerimiento energético para el crecimiento infantil en el primer año de vida es muy elevado siendo este inversamente proporcional a la edad del niño y variable según la edad por la velocidad de crecimiento y el tipo de tejido que se sintetiza. Las necesidades de mantenimiento incluyen el metabolismo básico, la excreción y el efecto dinámico especial de los alimentos. Las cantidades requeridas para la actividad física varían de 9 kcal/día en los primeros meses y 23 kcal/kg/día en la segunda mitad. El valor energético recomendado es de

108 kcal/kg/día durante los primeros 6 meses y de 96 kcal/kg/día durante los 6-12 meses. Según principios inmediatos, la proporción de energía producida debe ser la misma que la de la leche materna. Por lo tanto, las grasas deben proporcionar el 50% de la energía, los carbohidratos el 36% y las proteínas el 7% de la energía. (Lázaro & Marín, 2017)

2.7.1 PROTEÍNAS

La base para calcular el consumo de proteínas de los bebés es la cantidad que reciben los bebés que lactan, es decir, 2,0 g/kg/día en los primeros 3 meses y 1,73 g/kg/día en bebés de 3 a 6 meses m

2.7.2 GRASAS

La ingesta recomendada de grasas es de 3,3 g/100 kcal (30% del total de calorías) y 300 mg de ácido linoleico por cada 100 kcal (2,7% del total de energía). No se han establecido los números exactos de necesidades con respecto al ácido linolénico, pero se debe mantener una proporción de 10/1 de ácido linoleico a ácido linolénico como lo que se posee en la leche materna. Hay que tener presente que lo más importante es la calidad de las grasas y no la cantidad de las mismas, ya que los infantes y niños pequeños necesitan una buena fuente de ácidos grasos esenciales en la dieta, las cuales provienen del pescado, huevo, hígado y aceites vegetales.

2.7.3 CARBOHIDRATOS.

Caracterizados por ser una fuente de energía y no pueden ser reemplazadas por otros nutrientes. La lactosa es el disacárido predominante sintetizado por la glándula mamaria de los mamíferos este aporta el doble de energía sin aumentar la osmolaridad. La lactosa es la fuente

de galactosa para la formación de galactocerebrósidos. La cantidad recomendada es de 8-12 g. por 100 calorías. (5,4 - 8,2 g/100 ml de fórmula). Debe obtener 50-55 calorías de la dieta.

2.7.4 MINERALES

El hierro es lo que puede causar deficiencias. Existe poco hierro en la leche materna, su biodisponibilidad es muy alta y puede cubrir la necesidad hasta los 4-6 meses.

Estas recomendaciones se consensan en varios estudios realizados en este período de la vida, que es cuando se puede dar el mayor retardo irreversible en el crecimiento, en particular en la primera fase de la alimentación complementaria que es entre los 6-12 meses, cuando se empieza a sustituir la leche materna con alimentos de baja densidad se empieza con un proceso llamado contaminación alimentaria que es donde emergen las diarreas, y aparecen y se asientan las deficiencias de micronutrientes. Si la transición de la dieta exclusiva con leche materna a otra en la cual se incluyen alimentos complementarios no es realizada adecuadamente, da origen a varios problemas que van a afectar al estado nutricional de los niños. Entre los problemas más comunes se encuentra la baja densidad de alimentos ofrecidos, la poca cantidad de alimentos de acuerdo con la edad, el escaso aporte de alimentos fuente de proteínas animales y la poca práctica de una alimentación perceptiva estos problemas relacionados con la alimentación complementaria se traducirán en un atraso en el desarrollo motriz y mental de los niños, una disminuida capacidad física y mayor riesgo a enfermedades crónicas en la adultez. Es por esto que la OMS puso en conocimiento de los países y de la comunidad científica un conjunto de guías para la alimentación complementaria de niños que toman leche materna. Estas guías se sintetizan en las siguientes. Practicar en forma exclusiva la lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses, continuar con la lactancia e introducir alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad.

1. Mantener la lactancia materna a demanda, hasta los 2 años.
2. Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidados psicosociales.
3. Preparar y almacenar los alimentos en forma segura.
4. Administrar la cantidad adecuada de alimentos complementarios.
5. Administrar en forma gradual alimentos complementarios con la consistencia adecuada y así poder diferenciar si es que existe reacción alérgica a algún alimento en particular.
6. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.
7. Administrar una variedad de alimentos para asegurar el contenido nutricional de los alimentos que necesita el niño.
8. Administrar suplementos de vitaminas y minerales, o productos fortificados a la madre y al niño.
9. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades, incluyendo leche materna más frecuente y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores. Después de la enfermedad dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

2.8 *PROBLEMAS FRECUENTES*

2.8.1 DE LAS MAMAS

2.8.1.1 DOLOR.

La lactancia materna es un proceso fisiológico que no debe producir dolor por lo que cuando existe dolor se debe valorar la posición de la boca del niño al amamantar ya que si no

existe un enganche eficaz la presión de las encías del lactante puede generar malestar. (Lample, 2012)

2.8.1.2 CONGESTIÓN MAMARIA.

Es la retención de leche que resulta por el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas y puede ser primaria o secundaria. La congestión primaria consiste en un aumento del tamaño, consistencia y sensibilidad de ambas mamas sin poder extraer leche. El vaciamiento que se da por parte del niño es el tratamiento adecuado. Por otra parte, en la congestión secundaria, además de acumularse la leche, se asocia edema intersticial que puede obliterar los conductos impidiendo la salida, aquí existe dolor, aumento de temperatura local y eritema. El tratamiento consiste en el vaciamiento efectivo de la mama por medio de bomba, con la mano o por el niño, acompañado de compresas frías y calientes, dar masajes en toda la piel de la mama. Pueden asociarse antinflamatorios y analgésicos. (Lample, 2012)

2.8.1.3 GRIETAS DEL PEZÓN.

La principal causa es la mala técnica al momento de amamantar. Para este problema se recomienda no separar las mamadas, ni omitir la lactancia, así como no usar ningún tipo de cicatrizante porque puede producir rechazo por parte del niño. Lo ideal es colocarse un poco de leche materna y dejar secar al aire. Si la grieta es muy grande se recomienda la extracción manual cada 3-4 horas por 24-48 horas. (Lample, 2012)

2.8.1.4 MASTITIS.

Es un proceso inflamatorio e infeccioso del tejido intersticial que rodea los lóbulos mamarios que comienza con un desgarro del pezón no tratado o un crecimiento excesivo persistente. Se caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral, puede acompañarse de malestar general, fiebre y escalofríos. El destete brusco, un

vaciamiento incompleto de las mamas y el intervalo entre tomas pueden también desencadenar en este proceso. El tratamiento consiste en reposo de la madre por 24 o 48 horas, uso de analgésicos o antinflamatorios, ingestión de abundantes líquidos, no suspender la lactancia materna y el uso de antibióticos. (Lample, 2012)

2.8.1.5 ABSCESO MAMARIO.

Ocurre como resultado de una mastitis mal tratada. Generalmente, el tratamiento es quirúrgico y se completa con antibióticos y antinflamatorios. Si la herida está lejos de la areola, la madre puede continuar amamantando. De lo contrario, se debe hacer extracción manual con bomba en la mama enferma y se mantiene la succión en el pecho sano. Durante los períodos de fiebre se debe evitar la lactancia. (Lample, 2012)

2.8.1.6 QUISTES DE RETENCIÓN DE LECHE.

Se presentan como nódulos mamarios sensibles y en ocasiones recurrentes en madres que, por lo demás no presentan síntomas. Se producen por un mal vaciamiento de la zona que drena los conductos galactóforos, ya sea por presión externa (posición al amamantar, sostén apretado) o por obstrucción interna (estrechez de un conducto, tapón de leche espesa). El tratamiento consiste en dar masaje y calor local, cambios de posición al amamantar y disminuir la ingesta de grasas en la madre. (Lample, 2012)

2.8.1.7 MICOSIS MAMARIA.

Esa es una infección de areola y pezón producida por *Cándida albicans*; se distingue por un color rosado como terciopelo en toda el área de pezón y areola. Suele acompañarse de lesiones de Muguet en la boca de los niños o de candidiasis genital. El síntoma más característico es el dolor punzante durante y después de la mamada, lo que indica el compromiso de los conductos. El tratamiento consiste en no suspender la lactancia, usar antimicóticos

locales para ambos durante 10 días y enjuagar la boca del niño con una solución de bicarbonato después de cada amamantamiento. (Lample, 2012)

2.8.1.8 PEZONES PLANOS O INVERTIDOS.

Esta situación siempre representa un reto y requiere de atención especial por parte del personal de salud, pero si la madre desea realmente amamantar esto no es una contraindicación. Es importante determinar la capacidad de eyección del pezón. Esto realmente determina la capacidad de un recién nacido para succionar el pecho de una manera efectiva. Esto implica pellizcar la areola con los dedos índice y pulgar y colocarla detrás de la base del pezón. El pezón debe sobresalir con la compresión, pero si reacciona hacia adentro, se considera un pezón invertido. Hasta el momento, no hay evidencia de que los ejercicios de Hoffman sean beneficiosos, de hecho, suelen estar contraindicados en casos de amenaza de parto pretérmino por la liberación de oxitocina que se produce. En estos casos es muy importante iniciar la lactancia lo más antes posible y no dar biberones al niño para evitar confusiones que pueden hacer más difícil la situación. El amamantamiento ayuda a elongar el pezón y de igual manera se puede usar un tensador de pezones unos minutos antes de poner el niño a lactar. (Lample, 2012)

2.8.1.9 CIRUGÍA MAMARIA

En caso de que la madre haya tenido una mastectomía unilateral, podrá amamantar con éxito, siempre y cuando el otro pecho sea funcionalmente normal. Si los conductos lácteos se ven afectados y la inervación de la areola se altera durante la cirugía de reducción, la producción de leche puede disminuir; por lo tanto, se recomienda amamantamiento frecuente y extracción manual para incrementar la producción de la misma. Los implantes de silicona se colocados detrás de las glándulas mamarias, por lo que no interfieren con la lactancia. (Lample, 2012)

2.8.2 DE LA MADRE

2.8.2.1 NUEVO EMBARAZO

En caso de que una madre queda embarazada, la calidad de su leche es buena por lo que debe seguir amamantando a su hijo con leche materna. Generalmente, es el mismo niño quien comienza a acortar los períodos de lactancia y se va produciendo un destete de manera gradual y natural.(Lample, 2012)

2.8.2.2 REFLEJO EYECTO-LÁCTEO INHIBIDO

La incertidumbre, la tensión y el dolor durante el amamantamiento pueden alterar el reflejo de eyección de la leche, limitar el vaciamiento adecuado de la mama y reducir la producción de la leche. El tratamiento consiste en mejorar las técnicas de amamantamiento y abordar las fuentes de dolor y la tensión materna.(Lample, 2012)

2.8.2.3 REFLEJO EYECTO-LÁCTEO EXCESIVO.

Sucede lo contrario de lo anterior, en este caso, al iniciar la lactancia la madre presenta una gran descarga de leche, atragantando al niño y lo que hace que se aparte del pecho, pudiendo causar también distensión gástrica y cólicos. El tratamiento consiste en colocar al bebé en posición de decúbito ventral sobre la madre acostada o bien sentado frente a la madre en posición de caballito y extraer un poco de leche antes de alimentarlo.(Lample, 2012)

2.8.2.4 CRISIS TRANSITORIA DE LA LACTANCIA.

Ocurre alrededor del segundo o tercer mes, las madres consultan ya que el lactante come de nuevo como si estuviese recién nacido. Esto no es más que una respuesta al aumento del patrón de crecimiento en el niño por lo que requiere un mayor volumen de leche. La producción se suele regular en el lapso de una semana. (Lample, 2012)

2.8.2.5 PARTOS MÚLTIPLES

En el caso de estas madres es necesario de un gran apoyo tanto por el personal de salud como por la familia. Es posible amamantar gemelos al mismo tiempo, ya que al haber un mayor estímulo por la succión del pecho trae como consecuencia un aumento en la producción de leche que los niños necesitan. Se recomienda que las madres consuman por lo menos 1000 calorías adicionales por día sobre su dieta normal. En partos trillizos puede ser necesaria la suplementación con fórmulas infantiles, pero sin dejar de lado la lactancia. (Lample, 2012)

2.8.2.6 MADRE CON CESÁREA

No hay razón médica para separar hijo de madre. Todo lo que se necesita es el apoyo del personal de salud para enseñar la técnica adecuada y entregarle a su hijo lo más pronto posible luego del procedimiento, dentro de la primera hora para la anestesia de conducción o al despertar la madre, si se utilizó anestesia general. La mejor posición para amamantar en estos casos es acostada o semisentada con el niño frente a ella. En el caso de madres de niños prematuros las unidades de terapia neonatal y pediátrica deben brindar el apoyo necesario para que las madres puedan pasar el mayor tiempo posible junto a su hijo amamantándolo o extrayéndose la leche. Si la situación lo permite, se debe poner al niño sobre el pecho de la madre lo antes posible. (Lample, 2012)

2.8.2.7 MADRE TRABAJADORA

Uno de los desafíos claves con el que se enfrentan los defensores de la lactancia materna, es lograr que las madres trabajadoras sigan amamantando durante el mayor tiempo posible. Cada día son más las madres que interrumpen o disminuyen la lactancia por cumplir con su trabajo fuera del hogar y esto es una de las causas principales de la introducción temprana de la

alimentación complementaria y el uso de fórmulas infantiles, lo que resulta en la disminución de la producción láctea de la madre.(Lample, 2012)

2.8.3 DEL LACTANTE

2.8.3.1 HIPERBILIRRUBINEMIA.

Esta puede ser de origen inmunológico y no inmunológico, entre las causas de la segunda atribuibles a la lactancia se encuentran las siguientes:

- Alimentación insuficiente: que se trata de prolongación de la ictericia fisiológica debido a la poca excreción fecal de la bilirrubina. Ocurre a los 2-4 días posteriores al nacimiento y es causado por la alimentación poco frecuente o al uso de leches de fórmulas lácteas o soluciones de dextrosa. Los niveles de bilirrubina pueden alcanzar hasta 15,5 mg/dl. El tratamiento consiste en no suspender la lactancia, sino aumentar la frecuencia de la lactancia.
- Por leche materna: es una forma benigna, rara y prolongada de hiperbilirrubinemia. Ocurre hacia el final de la primera o segunda semana y puede durar por 1 a 3 meses. El niño está sano y la madre tiene buenas habilidades para amamantar. Por recomendación de algunas escuelas cuando los niveles de bilirrubina son mayores de 20 mg/dl se sugiere suspender la lactancia por 24 horas y se recomienda que la madre se haga extracción manual para mantener la producción.(Lample, 2012)

2.9 *CREACION DE UN BANCO DE LECHE*

Se debe informar a las madres sobre las alternativas disponibles para continuar con la lactancia. Necesitan ser educados sobre sus derechos laborales, como amamantar al niño, con

qué frecuencia extraer y como almacenar la leche de forma correcta para evitar que esta se descomponga y ya no sea de utilidad para el niño. (Lample, 2012)

2.9.1 RECOMENDACIONES

1. Se debe recomendar amamantar al menos 6 veces en 24 horas (sin contar la extracción de leche)
2. Amamantar durante la noche
3. No pasar más de 4 horas sin amamantar o extraerse la leche

Muchas madres que trabajan a tiempo completo pueden mantener la lactancia exclusiva por 6 meses mediante la creación de su propio banco de leche y es una forma de incluir a su entorno y que estos la apoyen en este proceso. El mejor método es la extracción manual porque con ello puede ordeñar todos los conductos lactíferos y hacer de esta manera hacer una recolección completa. Esto no sucede con las bombas manuales o eléctricas que solo lo realizan en una sola dirección. Al manipular la leche, es importante seguir buenas prácticas de higiene para evitar la contaminación. Puede usar recipientes limpios de vidrio o plástico para almacenar la leche. La leche de las diferentes extracciones durante un día se puede almacenar y luego envasarse, anotando la fecha y la cantidad. Debe congelarse si no se va a tomar dentro de las 72 horas. Para su uso, debe pasarse del congelador al refrigerador, luego llevarse a temperatura ambiente y finalmente se coloca en agua tibia. No usar altas temperaturas ya que el calor excesivo destruye las enzimas y las proteínas.

El tiempo de mantenimiento de la leche, depende de la forma de almacenamiento que es de la siguiente manera:

1. Temperatura ambiente 12 horas
2. Refrigerador 72 horas

3. Congelador (dentro de la nevera) 14 días
4. Congelador separado 6 meses

2.9.2 TECNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL

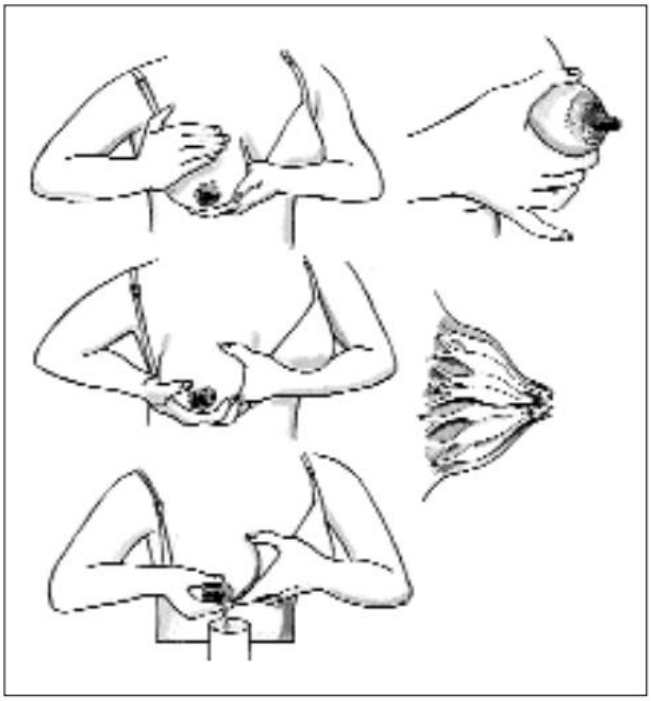


Ilustración 1

1. Lávese bien las manos y las uñas con jabón. Séquese las manos con una toalla limpia o desechable que se utilice únicamente para este fin. Las madres lactantes deben mantener una buena higiene de las uñas y mantenerlas cortas para evitar rascarse el pecho o el niño.

2. El seno se debe masajear suavemente con movimientos circulares a lo largo de los colgajos del seno para estimular la producción de leche.

3. Frote suavemente los pezones para estimular el reflejo hormonal de la lactancia.

4. Sostenga el frasco o recipiente en su mano y apóyelo sobre la mesa para que permanezca en una posición estable y su pecho esté cerca del recipiente.

5. Con la mano libre, tomar el pecho rodeándolo con los dedos en “C”, luego presione la base de la mama, empujándola contra la pared torácica para sacar hacia los senos lactíferos la leche que está en los alvéolos y conductos.

6. Pellizque la mama con el dedo pulgar por encima, justo en el límite externo de la areola o a 3 o 4 centímetros de la base del pezón cuando es muy amplia.

7. No deslice hacia el pezón y presione con el pulgar sin frotar la piel. La técnica de extracción debe ser en forma intermitente y rítmica: presionar, soltar, presionar, etc.

8. Si la leche no sale inmediatamente no presione con fuerza, presione en una forma uniforme y firme. Cuando se estimula el reflejo de eyección, salen uno o más chorros de leche durante algunos minutos.

9. Varíe la presión de los dedos alrededor de la areola y presione uno por uno a lo lardo de la distribución circular de la areola.

10. Evite apretar o tirar del pezón ya que esto suprime el reflejo de eyección.

11. Cuando el flujo disminuya, repetir el masaje y hacer una suave vibración de la mama con el cuerpo inclinado hacia delante. Si no sale más leche, se debe proceder a la extracción de la otra mama.

12. Después de la extracción, humedecer el pezón y la areola con unas gotas de leche y dejarlos secar al aire.

2.10 *APOYO EDUCATIVO.*

La educación sobre la lactancia materna se convierte en un proceso continuo de intercambio de conocimientos y experiencias entre la madre, el equipo de salud que la controla y los grupos madre-madre. Sus metas son:

1. Conocimiento de las mamas y los cambios mamarios durante el embarazo y la lactancia. Se debe explicar que el tamaño de los senos y la forma del pezón no afectan la capacidad de producción de la leche.

2. comprender los beneficios de la lactancia para el binomio madre-hijo y las estrategias de lactancia materna preventiva y grupal.

3. Conocer la importancia de una Doula en el parto (una Doula es una mujer que la cuida). Los estudios han demostrado que la presencia de una mujer está continuamente presente durante el trabajo de parto tiene efectos psicológicos positivos, lo que lleva a un trabajo de parto más participativo, consciente y relajado.

4. Involucrar al padre en la preparación del embarazo mediante el acompañamiento a las actividades prenatales, tales como citas médicas, clases de preparación para el parto, consejería de lactancia materna y compartir el plan de parto para que el padre se sienta como un ente importante de este proceso

5. Promover la educación nutricional.

2.11 *APOYO CLÍNICO.*

Esto significa un conjunto de recomendaciones que deben ser dadas por el médico para el cuidado adecuado de los senos, entre ellos están:

1. El examen de los senos, para identificar y tratar condiciones médicas.

2. Atención prenatal de los senos, incluidas las recomendaciones para limpieza regular y el tipo de sostén para las madres. Evitar el uso de jabones, cremas o lociones en la areola o pezones esto se debe a que interfieren con la lubricación natural de las secreciones de las glándulas de Montgomery.

3. Para pezones planos, puede estar indicado masajes y ejercicios, pero no se recomienda la estimulación del pezón ya que se pueden desencadenar contracciones uterinas por efecto de la liberación de oxitocina, por lo que no son aconsejables en caso de amenaza de parto pretérmino, especialmente después de la semana 20. (Lample, 2012)

2.12 *TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO*

La técnica adecuada es fundamental para una lactancia exitosa ya que brinda motivación y confianza a las madres en su capacidad para amamantar. Las técnicas adecuadas de amamantamiento tienen en cuenta estos aspectos:

1. La posición correcta de la madre.

2. la posición correcta del niño en relación con el cuerpo de la madre.

3. Acople correcto de la boca del niño al pecho de la madre.

4. Frecuencia de las tomas.

5. Periodo de alimentación sin límite de tiempo, para poder obtener la primera leche materna.

2.12.1 POSICIONES PARA AMAMANTAR DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Las madres pueden amamantar sentadas o acostadas, siempre y cuando sea cómodo y agradable para ambos. El niño debe quedar a nivel del pecho con su boca, sin necesidad de girar, extender o flexionar demasiado la cabeza para lograrlo. (Lample, 2012) Existen varias posiciones, pero entre las ideales para la lactancia se encuentran las siguientes:

Nombre de la Posición	Descripción	Imagen
Tradicional sentada:	Si la madre amamantará estando sentada debe realizarlo en una silla cómoda y con un respaldo que sea firme que le permita apoyar bien la espalda. Es más conveniente poner los pies sobre un pequeño taburete. Si el niño es demasiado pequeño, es preferible usar una almohada o cojín que se acomode a la altura del pecho. Esta técnica se realiza teniendo al niño recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado de la lactancia. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo y esta queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño queda en contacto con el de la madre y su brazo inferior abraza por el costado del tórax a la madre. La mano del brazo que sostiene al niño agarra firmemente al niño por las nalgas y forma una unidad para que la madre pueda acercar y alejar al niño del pecho con un simple movimiento del brazo. La madre utiliza su mano libre para llevársela al pecho en forma "C ", es decir coloca los 4 dedos por debajo del pecho y el dedo pulgar por detrás de la areola, de esta manera se ofrece el pecho. Con el pezón se estimula el labio inferior del niño para que pueda abrir la boca y en ese momento acercar al niño al pecho.(Lample, 2012)	 ***Ilustración 2***
De canasta o de pelota.	Esta posición es conveniente para amamantar gemelos al mismo tiempo. Al no ejercer presión sobre el abdomen ni sobre la herida es recomendada en caso de cesárea. Suelen haber madres que prefieren esta posición para amamantar en casos normales. En esta posición, el bebé se coloca debajo del brazo del amamantamiento, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre sostiene la cabeza del niño con la mano del lado de la lactancia y sostiene al niño por la base del cuello (Lample, 2012).	 ***Ilustración 3***

Nombre de la Posición	Descripción	Imagen
Reversa	La madre sujeta y ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta y sostiene la cabeza del niño por la nuca con la otra mano. En esta posición se necesita de un cojín o almohada para colocar el cuerpo del niño a nivel de los pechos. Esta posición permite que el niño se deslice de un seno al otro sin cambiar de posición. Es útil cuando el niño tiene preferencia por un solo seno o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Existen madres que amamantan habitualmente en esta posición por la facilidad para poder vaciar ambos senos (Lample, 2012).	 ***Ilustración 4***
De caballito	Posición ligeramente diferente a la descrita anteriormente. El nombre de "posición de caballito" proviene de que el niño enfrenta el pecho de la madre montado sobre la pierna de esta. Como se encuentra en posición vertical, la mano que sostiene la cabeza del niño debe se coloca en forma de "C" en la base del cráneo, con los dedos medio y pulgar detrás de las orejas. Cuando la parte posterior de la cabeza está sostenida con la palma de la mano, el bebé responde con un reflejo de extensión por lo que lleva la cabeza hacia atrás y se aleja del pecho. Esta posición se recomienda en caso de senos muy grandes, pezones agrietados, aumento en el reflejo eyecto-lácteo, niños hiper o hipotónicos, niños con labio y paladar hendido (Lample, 2012).	 ***Ilustración 5***

Nombre de la Posición	Descripción	Imagen
Mano de bailarina.	Esta posición es importante en el caso del niño hipotónico ya que la mano es la que ofrece el pecho. Se debe poner la mano en forma de "C" que es la que sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del niño a esto se le llama la mano de bailarina con el fin de sostener la mandíbula y con esto ayudar a los movimientos de succión (Lample, 2012).	 ***Ilustración 6***
Tradicional acostada.	En esta posición la madre y el niño se acuestan en decúbito lateral, poniéndose frente a frente. Como en los casos anteriores, la cara del niño debe estar frente al pecho, el abdomen debe estar pegado al cuerpo de la madre y la cabeza de estar apoyada en el brazo inferior de la madre. La cabeza queda más cómoda si es apoya sobre una almohada doblada (Lample, 2012).	 ***Ilustración 7***
Niño sobre la madre	En esta posición el niño se encuentra acostado en decúbito ventral sobre el pecho de la madre y ella es la que le sostiene la frente con su mano. Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo (Lample, 2012).	 ***Ilustración 8***

Nombre de la Posición	Descripción	Imagen
Amamantamiento de gemelos.	En esta situación, la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a sus circunstancias, debe tener en cuenta: características de sus pechos condición de los bebés indicaciones especiales Es necesario ayudarla para que pueda adoptar una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho (Lample, 2012).	 ***Ilustración 9***

2.12.2 ENGANCHE EFICAZ

2.12.2.1 POSICIÓN CORRECTA DE LOS LABIOS.

Para que sea correcto, tanto el labio superior como el inferior deben estar hacia afuera para acoplarse a la areola; de esta forma, los labios realizan un masaje en la zona de los senos lactíferos

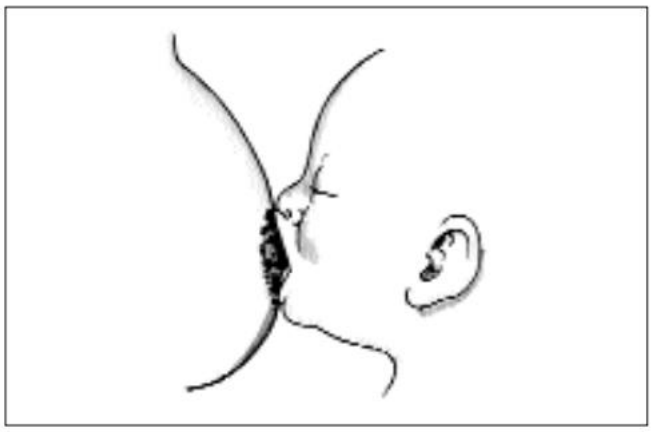


Ilustración 10

2.12.2.2 POSICIÓN CORRECTA DE LA LENGUA.

Para succionar, la lengua debe estar por delante de la encía inferior y así poder envolver al pezón y la areola y al mismo tiempo los presiona, suavemente contra la encía superior y el paladar, con esto se logra un efecto de émbolo que, produce un vacío posterior, permitiendo el flujo de leche hasta el fondo de la boca.

El pezón y la areola deben formar un cono que permita llegar con la punta del pezón hasta el límite del paladar duro. Si hay una estimulación adecuada de la areola y el pezón se desencadenará el reflejo de eyección y mantendrá la producción de leche. La boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño.

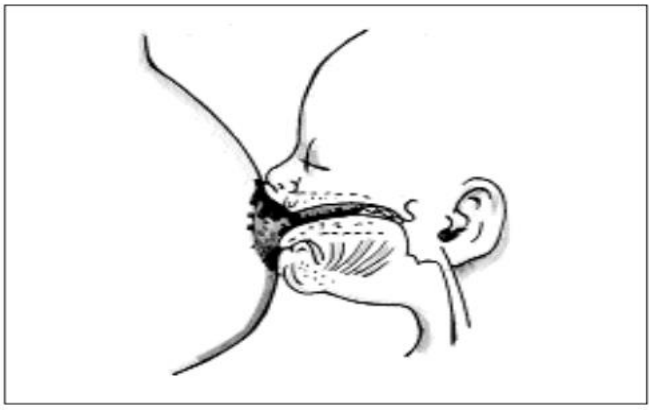


Ilustración 11

2.13 *CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA*

Un problema grande al cual nos enfrentamos en la actualidad es a la comercialización de sucedáneos de la leche materna ya que hay una tendencia generalizada a la disminución a la práctica de la lactancia y a consecuencia de esto existe índices elevados de desnutrición y morbimortalidad infantil sobre todo en países en vías de desarrollo. La implementación de sucedáneos de la leche materna, de suplementos, biberones y tetinas causan un gran desaliento para la lactancia.

A pesar de que existe un código internacional de comercialización de sucedáneos, este es solo como una recomendación para que los gobiernos lo apliquen según las circunstancias nacionales, sin embargo, en nuestro país deben existir correctas formas para aplicar este código, pero sobre todo se deben implementar políticas que incentiven y faciliten la lactancia materna.

El objetivo de este código es proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente para así proteger y promover la lactancia y que esta sea natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos siempre y cuando estos sean necesarios teniendo la información y los métodos adecuados para su correcta aplicación. Esta comercialización aplica a menores de 6 meses por la administración con tetero o indicado para sustituir parcial o totalmente la leche materna, los sucedáneos incluidos en este código son: n: leches artificiales con o sin modificaciones para lactantes, leche en polvo, líquida, evaporada, azucarada, cereales o harinas, sopas, jugos, coladas de frutas, biberones y tetinas.

El código tiene algunas disposiciones las cuales son importantes conocerlas y en algún punto implementarlas:

1. No hacer publicidad de estos productos

2. No dar muestras gratis a las madres

3. Prohibición de regalos o muestras al personal de salud

4. Prohibición uso de imágenes que idealicen la alimentación artificial incluyendo imágenes de lactantes en las etiquetas de los productos

5. Los profesionales deben tener información científica la misma que debe ser impartida a los pacientes

6. Las etiquetas deben explicar las ventajas del amamantamiento y los costos y peligros de la alimentación artificial

7. Los productos que no están autorizados como sucedáneos de la leche no deben ser promocionados para la alimentación de los bebés

8. Todos los productos deben ser de alta calidad y adecuarse a las condiciones climáticas y de almacenamiento del país donde se veden

Como profesionales de la salud es necesario conocer este código, pero sobre todo promulgar lo que le hace bien al bebé y la madre que es la lactancia exclusiva hasta los seis meses y a partir de esto implementar la alimentación complementaria que sea oportuna y adecuada sin suspender la lactancia materna lo más que se pueda, lo ideal sería hasta los años.

2.14 *USO DE MEDICAMENTOS DURANTE LA LACTANCIA*

Contraindicados
- Antineoplásicos
- Bromuro
- Sales de oro
- Cocaína
- Salicilatos (altas dosis)
- Cloranfenicol
- Medio de contraste yodado
- Dipirona
- Radiofármacos
- Metronidazol

Peligrosos en altas dosis
- Acebutolol
- Clindamicina
- Alcohol
- Anticonceptivos con estrógenos
- Atenolol
- Fenobarbital
- Antihistamínicos / descongestionantes
- Narcóticos
- Clortalidona
- Quinolonas (ciprofloxacina)
- Cimetidina
- Sulfonamidas de acción prolongada

Probablemente seguros en dosis habituales
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (captopril, enalapril)
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Aminoglucósidos
- Propiltiouracilo
- Anticolinérgicos
- Quinidina
- Anticonvulsivantes (excepto fenobarbital)
- Salicilatos
- Antihistamínicos
- Espironolactona
- Azatioprina
- Sulfisoxazol
- Barbitúricos
- Tetraciclina (menos de 2 semanas)
- Butirofenonas (haloperidol)
- Tiazidas de acción corta
- Metoclopramida
- Antidepresivos tricíclicos
- Verapamilo

Seguros en dosis habituales
- Acetaminofen
- Lidocaína
- Antiácidos
- Sulfato de magnesio
- Cafeína
- Metildopa
- Cefalosporinas
- Metilergometrina
- Anticonceptivos con progestágenos
- Narcóticos (excepto en adictos)
- Corticoesteroides
- Penicilinas
- Descongestionantes nasales (nebulizador nasal)
- Propanolol
- Digoxina
- Teofilina
- Eritromicina
- Remplazo tiroideo
- Heparina
- Vacunas
- Insulina
- Vancomicina
- Inhaladores (broncodilatadores y corticoides)
- Warfarina
- Labetalol
- Laxantes no absorbibles

(Philip at al, 1994)

CAPÍTULO 3.

3.0 METODOLOGÍA

3.1 *TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE ESTUDIO*

Se trata de un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo se basará en la recolección de información primaria a través de la encuesta ECoLa. La aplicación de este instrumento permitirá medir el nivel de conocimiento acerca de la fisiología de la lactancia, las recomendaciones que podrían proporcionar a una madre, y el desenvolvimiento frente a problemas. Se evaluará la calidad y cantidad de conocimientos en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que cursaron el externado I y II y el séptimo semestre durante el semestre 2021-01.

3.1.1 MUESTRA Y UNIVERSO

3.1.1.1 UNIVERSO

Estudiantes de la carrera de medicina de séptimo semestre (malla nueva), externado I y II (malla antigua) que correspondan al periodo 2021-01, pero el levantamiento de datos se llevará a cabo en el periodo 2021-02. El número total de estudiantes inscritos en cada nivel es:

- Séptimo: 204 (48%)
- Externado I: 120 (29%)
- Externado II: 96 (23%)

Total:420

3.1.1.2 MUESTRA

Se realizará un muestreo aleatorio estratificado donde los estratos seleccionados consistirán en

los estudiantes de séptimo semestre, externado I y II. En base a esto la muestra será afijada proporcionalmente a la población de cada nivel. Este método de muestreo es escogido por que asegura que la muestra obtenida sea probabilísticamente representativa y que por lo tanto habilite generalizaciones futuras.

Tomando en cuenta el tamaño del universo se hace el cálculo de la muestra. Considerando un error aceptable del 5% (significancia del 0.05) y un nivel de confianza del 95%. Aplicando estas magnitudes y la siguiente formula se realiza el cálculo de la muestra.

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed)

Two-sided confidence level:	95%
Power:	80 %
Ratio (Unexposed : Exposed):	2
% outcome in unexposed group:	85 %
Risk ratio:	0,7647
Odds ratio:	0,32772
% outcome in exposed group:	65 %

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	50	53	60
Unexposed	100	105	119
Total	150	158	179

En base a la tabla anteriormente expuesta se incluye una muestra de 203 en nuestro estudio distribuidos de la siguiente manera

- Séptimo: 98
- Externado I: 58
- Externado II: 47

3.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Quito inscritos en el de séptimo semestre o los de externado I y II durante el periodo 2021-01
- Estudiantes que aceptaron entrar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado

3.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de medicina no regulares o repitientes
- Estudiantes que ya sean madres o hayan dado de lactar
- Estudiantes con hijos

3.1.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

3.1.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	OPERALIZACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Sexo	Caracteres sexuales físicos. Representación en forma BINARIA	Conjunto de condiciones físicas, biológicas, y fisiológicas que caracterizan a un individuo en femenino o masculino	CUALITATIVO Respuesta dicotómica: Femenino Masculino Nominal	Femenino Masculino
Edad Fecha de nacimiento	Años cumplidos hasta el momento en que va a realizar la encuesta	Tiempo en años de vida que tiene una persona	Cuantitativa Número de años cumplidos en rangos Politómica	AÑOS Numérico

VARIABLE	OPERALIZACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
			Discreta	
Autoidentificación étnica	Autodefinición	Grupo étnico con el cual la persona se siente identificada.	Cualitativa	Mestizo Indígena Afroecuatoriano Montubio Blanco Otros
Nivel	Semestre cursado en la universidad en donde ya se han recibido materias respecto al tema durante el período 2021-1	Semestre de estudios universitarios	Cualitativa Ordinal	Numérico séptimo 9no 10mo
Especialidad médica de preferencia	Interés a futuro que implica su interés en el conocimiento o no del tema	Rama de la medicina que la persona demuestra mayor afinidad	Cualitativa Nominal	No aplica
ECoLa		Nivel de conocimientos sobre lactancia materna evaluadas en 22 preguntas de la encuesta	Cualitativa nominal De la pregunta 1 a la 22 se evalúa el nivel de conocimientos sobre lactancia materna. La puntación máxima en el cuestionario es de 22 preguntas en base al número de aciertos se considera: - 22 a 18 suficiente - menos de 17 deficiente	No aplica
		Fuentes de información en lactancia materna	Cualitativa Nominal De la pregunta 23 a la 28 se evalúa las fuentes de información para	Formal: universidad, textos académicos, entidades gubernamentales y no

VARIABLE	OPERALIZACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
			la formación de lactancia materna las cuales no tienen puntaje alguno.	gubernamentales (OMS, PAHO, OPS) Informal: página web con poca o nula validez científica.

3.2 *RECOLECCION DE DATOS*

Aplicación de la encuesta ECoLa de forma digital mediante Google forms. La misma será enviada por medio de un enlace, con el uso de redes sociales y aplicaciones digitales como la página de la Asociación de Estudiantes de Medicina de la PUCE, grupos de WhatsApp y mediante el correo electrónico institucional.

Desde el día 15 de diciembre de 2021 hasta el 04 de abril de 2022 se aplicó la encuesta en línea Encuesta de Conocimientos en Lactancia (ECoLa) validada en el 2014 y se la aplicó a los estudiantes de medicina de séptimo y externado I y II. Se cuenta con una población de 200 participantes de los cuales 65% corresponden a mujeres y 35% corresponden a hombres.

3.3 *PLAN DE ANALISIS DE DATOS*

Una vez recolectados los datos se procederá a la tabulación de estos, y se los procesará por estadística descriptiva e inferencial

3.3.1 PROCESAMIENTO VÍA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Empleando los datos tabulados se hará un análisis descriptivo de las variables lo cual incluye el cálculo de las principales medidas de tendencia central (media, y moda) y dispersión

(desviación estándar, rango y coeficiente de variación); acompañado de gráficos apropiados a cada una.

3.3.2 PROCESAMIENTO VÍA ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Se procederá a realizar 2 pruebas estadísticas con cruce de variables: t de student y chi cuadrado; para lo cual se utilizará como herramienta de procesamiento estadístico los programas EpiInfo y SPSS

3.3.2.1 T DE STUDENT

Se empleará una prueba de t de student para comparación de medias de las variables: puntaje obtenido en total de la encuesta en relación con sexo y edad. Las hipótesis nulas (Ho) y alternativas (H1) planteadas son las siguientes:

3.3.2.1.1 PUNTAJES OBTENIDOS Y SEXO

Ho: el promedio de puntaje de los hombres es igual al de las mujeres

H1: el promedio de puntaje de los hombres es distinto al de las mujeres

3.3.2.2 CHI CUADRADO

Se empleará una prueba Chi-cuadrado de Pearson cuando hay 200 observaciones y en caso de haber menos de 200 usamos la corrección de continuidad, cuando la corrección de continuidad discrepa de la razón de verosimilitud se elige el resultado estadístico con una menor significancia.

Esta prueba se utilizará para identificación de independencia entre variables puntaje obtenido en total de la encuesta en relación como: sexo, semestre en curso, especialidad a futuro; para los resultados globales y especifico a las preguntas 1, 2, 4, 7, 9, 11, 22, 25 y 28

(Ver anexo 3) estas preguntas fueron seleccionadas a discreción de los autores puesto que son decisivas para identificar si los encuestados realmente poseen el conocimiento suficiente acerca de lactancia materna

Las hipótesis nula y alternativa para las variables descritas son, estas son:

3.3.2.2.1 PUNTAJE GLOBAL EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.1 PUNTAJE GLOBAL EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.2 PREGUNTA 1: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.1 PREGUNTA 1: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.2 PREGUNTA 2: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.3 PREGUNTA 2: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.4 PREGUNTA 4: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.5 PREGUNTA 4: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.6 PREGUNTA 7: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.7 PREGUNTA 7: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.8 PREGUNTA 9: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.9 PREGUNTA 9: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.10 PREGUNTA 11: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.11 PREGUNTA 11: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.12 PREGUNTA 22: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.13 PREGUNTA 25: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.14 PREGUNTA 25: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.15 PREGUNTA 22: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.3.2.2.16 PREGUNTA 28: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS FEMENINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos

3.3.2.2.17 PREGUNTA 28: PUNTAJE EN RELACION AL NIVEL DE INDIVIDUOS MASCULINOS.

Ho: el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos

H1: el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos

3.4 *ASPECTOS BIOÉTICOS*

Se asegura la confidencialidad de los datos ingresados por medio de la encriptación de datos provistos por el programa elegido para realizar las encuestas en línea (ver consentimiento informado Anexo # 1) y la información será guardada en ordenadores personales con clave por lo que se está respetando la autonomía de las personas a brindar información para que puedan elegir entrar o no al estudio a través de la firma del consentimiento informado.

3.5 *ASPECTOS ADMINISTRATIVOS*

Se requiere coordinación con los representantes de estudiantes de la Asociación Escuela de Medicina para la aplicación de las encuestas. Los investigadores principales estarán a cargo de esto y a su vez de tabular y analizar los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV.

4.0 RESULTADOS

Tabla 1. Resultados para la prueba de t de student para la comparación de medias entre edad y sexos femenino y masculino

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Prueba de muestras independientes – Femenino										
Femenino Edad	Se asumen varianzas iguales	1.163	.282	1.448	198	0.149	0.318	0.220	-0.115	0.751
Prueba de muestras independientes – Masculino										
Masculino Edad	Se asumen varianzas iguales	1.448	0.231	0.197	128	0.844	0.048	0.241	-0.429	0.524

Los resultados de la prueba de Levene de igualdad de varianzas no son estadísticamente significativos ($p > 0.05$), por lo tanto, se asumen varianzas iguales. En cuanto a la comparación de medias entre edad y sexo tanto femenino como masculino no se demuestran diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) es decir la edad no produce una diferencia en cuanto a los resultados de la encuesta por lo que los resultados son homogéneos.

Tabla 2 Resultados globales para la puntuación de individuos masculinos y femeninos en función de su nivel.

			DEFICIENTE	**SUFICIENTE**	**TOTAL**
Femenino	Último semestre	externado I y II	50 (68.5%)	23 (31.5%)	73

			DEFICIENTE	SUFICIENTE	TOTAL
	aprobado en el periodo 2021-01	séptimos	49 (86.0%)	8 (14.0%)	57
	Total		99 (76.2%)	31 (23.8%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021-01	externado I y II	23 (74.2%)	8 (25.8%)	31
		séptimos	34 (87.2%)	5 (12.8%)	39
	Total		57 (81.4%)	13 (18.6%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021-01	externado I y II	73 (70.2%)	31 (29.8%)	104
		séptimos	83 (86.5%)	13 (13.5%)	96
	Total		156 (78.0%)	44 (22.0%)	200

- Femenino: Razón de verosimilitud 5.608 p = 0.018 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad 1.163 p = 0.281 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 7.697 p = 0.006 casos validos: 200

Los resultados globales de la encuesta reflejan que el 22% de la muestra encuestada cuentan con un conocimiento suficiente acerca de lactancia materna; los porcentajes afirmativos para cada segmento consultado se presentan de la siguiente manera: 13.5% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 12.8% de sexo masculino y 14.0% sexo femenino y 29.8% a los estudiantes de externado I y II siendo este 25.8% de sexo masculino y 31.5% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó la razón de verosimilitud con una $p<0.05$ por lo que se debe rechazar la Ho. Es decir, la variable conocimiento no es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad con $p>0.05$ por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, la variable conocimiento es independiente al nivel de los individuos masculinos. Se utilizo la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para el total de la población con

p<0.05. Es decir, la variable conocimiento no es independiente. Por lo que en este contexto se concluye que el nivel de conocimientos si se relaciona con el género, las mujeres poseen un mayor nivel de conocimiento y esto puede tener relación con factores propios de su sexo que los llevan a poseer un mejor resultado con la encuesta aplicada.

Tabla 3 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 1: La alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo incrementado de morbimortalidad para el niño- Verdadero.

			Falso	Verdadero	Total
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	5 (6.8%)	68 (93.2%)	73
		séptimos	8 (14.0%)	49 (86.0%)	57
	Total		13 (10.0%)	117 (90.0%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	6 (19.4%)	25 (80.6%)	31
		séptimos	8 (20.5%)	31 (79.5%)	39
	Total		14 (20.0%)	56 (80.0%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	11 (10.6%)	93 (89.4%)	104
		séptimos	16 (16.7%)	80 (83.3%)	96
	Total		27 (13.5%)	173 (86.5%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad 1.125 p = 0.289 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad .000 p = 1.000 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 1.585 p = 0.208 casos validos: 200

En cuanto a la consulta sobre si la alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo incrementado de morbimortalidad para el niño reflejan que el 86.5% de la muestra encuestada está de acuerdo con la afirmación planteada; los porcentajes afirmativos para cada segmento consultado se presentan de la siguiente manera: 83.3% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 79.5% de sexo masculino y 86.0% sexo femenino y 89.4% a los estudiantes de externado I y II siendo este 80.6% de sexo masculino y 93.2% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de continuidad con una p>0.05 por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad con p>0.05 por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, la variable conocimiento es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Tabla 4 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 2: La alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo aumentado de morbilidad para la madre respecto a las mujeres que dan el pecho-Verdadero.

			Falso	Verdadero	Total
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	16 (21.9%)	57 (78.1%)	73
		séptimos	14 (24.6%)	43 (75.4%)	57
	Total		30 (23.1%)	100 (76.9%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	6 (19.4%)	25 (80.6%)	31
		séptimos	10 (25.6%)	29 (74.4%)	39
	Total		16 (22.9%)	54 (77.1%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	22 (21.2%)	82 (78.8%)	104
		séptimos	24 (25.0%)	72 (75.0%)	96
	Total		46 (23.0%)	154 (77.0%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad .021 p = .885 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad .113 p = .737 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson .417 p = .518 casos validos: 200

En cuanto a la consulta “la alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo aumentado de morbilidad para la madre respecto a las mujeres que dan el pecho” reflejan que el 77% de la muestra encuestada está de acuerdo con la afirmación planteada; los porcentajes afirmativos para cada segmento consultado se presentan de la siguiente manera:

75.0% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este74.4 % de sexo masculino y 75.4% sexo femenino y 78.8% a los estudiantes de externado I y II siendo este 80.6% de sexo masculino y 78.1% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de continuidad, por lo que se debe aceptar la Ho ($p>0.05$). Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos, se utilizó la corrección de continuidad ($p>0.05$), por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos.

En base a ambas tablas anteriormente descritas se llega a la conclusión que los participantes de la encuesta, independientemente del sexo, están conscientes que la lactancia artificial conlleva un riesgo de morbilidad materno-infantil. Esto influye en el vínculo que se genera durante la gestación, riesgos en la salud tanto para la madre como el lactante e incluso afectar en la economía familiar por los costos agregados que suponen los sucedáneos de la leche. Por lo que se puede suponer que los estudiantes de la salud aconsejarían la lactancia materna sobre la artificial, sabiendo los beneficios de la misma.

Tabla 5 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 4: El siguiente dibujo muestra cómo debería ser un enganche eficaz-Falso

			Falso	**Verdadero**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	54 (74.0%)	19 (26.0%)	73
		séptimos	42 (73.7%)	15 (26.3%)	57
	Total		96 (73.8%)	34 (26.2%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	24 (77.4%)	7 (22.6%)	31
		séptimos	22 (56.4%)	17 (43.6%)	39
	Total		46 (65.7%)	24 (34.3%)	70

			Falso	Verdadero	Total
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	78 (75.0%)	26 (25.0%)	104
		séptimos	64 (66.7%)	32 (33.3%)	96
	Total		142 (71.0%)	58 (29.0%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad .000 p = 1.000 casos validos: 130
- Masculino: Razón de verosimilitud 3.467 p = .063 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 71.684 p = .194 casos validos: 200

En cuanto a la consulta sobre el enganche eficaz, el análisis estadístico refleja que el 71% de la muestra encuestada está en desacuerdo con la afirmación planteada; los porcentajes afirmativos para cada segmento consultado se presentan de la siguiente manera: 66.7% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 56.4 % de sexo masculino y 73.7% sexo femenino y 75% a los estudiantes de externado I y II siendo este 77.4% de sexo masculino y 74.0% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de continuidad ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la razón de verosimilitud por lo que se debe rechazar la Ho ($p<0.05$). Es decir, el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculino

En base a los datos anteriormente expuestos, se infiere que la mayoría de los encuestados reconoce correctamente un enganche eficaz, lo que resulta en una técnica de lactancia correcta, misma que ha demostrado presentar beneficios y evitar complicaciones a largo plazo tales como desnutrición e irrupción en el vínculo materno-infantil, que resulta en frustración por parte de la madre al no poder dar de amamantar de manera adecuada a su hijo.

Tabla 6 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 7: ¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia? - LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.

Sexo			**Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 meses de edad, complementada con otros alimentos hasta que deseen madre e hijo.**	**LME hasta los 6 meses de edad, pudiendo mantener la lactancia, complementada con otros alimentos, hasta un máximo de 2 años.**	**LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	1 (1.4%)	26 (35.6%)	46 (63.0%)	73
		séptimos	2 (3.5%)	27 (47.4%)	28 (49.1%)	57
	Total		3 (2.3%)	53 (40.8%)	74 (56.9%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	2 (6.5%)	8 (25.8%)	21 (67.7%)	31
		séptimos	1 (2.6%)	26 (66.7%)	12 (30.8%)	39
	Total		3 (4.3%)	34 (48.6%)	33 (47.1%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	3 (2.9%)	34 (32.7%)	67 (64.4%)	104
		séptimos	3 (3.1%)	53 (55.2%)	40 (41.7%)	96
	Total		6 (3.0%)	87 (43.5%)	107 (53.5%)	200

- Femenino: Razón de verosimilitud 2.807 p = .246 casos validos: 130
- Masculino: Razón de verosimilitud 11.943 p = .003 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 10.660 p = .005 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia materna, reflejan que el 53.5% de la muestra encuestada concuerda que: la lactancia materna exclusiva es hasta los 6 meses y posteriormente es complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo, se presentan de la siguiente manera: 41.7% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 30.8 % de sexo masculino y 49.1% sexo femenino y 64.4% a los estudiantes de externado I y II siendo este 67.7% de sexo masculino y 63.0% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó razón de verosimilitud ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la razón de verosimilitud por lo que se debe rechazar la Ho ($p<0.05$). Es decir, el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Tabla 7 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 9: Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de inicio a las madres, en centros sanitarios - Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

			Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos.	**Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante.**	**Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia.**	**Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.**	**Todas las anteriores son correctas.**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	3 (4.1%)	12 (16.4%)	5 (6.8%)	35 (47.9%)	18 (24.7%)	73
		séptimos	3 (5.3%)	16 (28.1%)	7 (12.3%)	18 (31.6%)	13 (22.8%)	57
	Total		6 (4.6%)	28 (21.5%)	12 (9.2%)	53 (40.8%)	31 (23.8%)	130
Masculino	Último	externado	0 (0.0%)	5 (16.1%)	4 (12.9%)	18 (58.1%)	4 (12.9%)	31

			Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos.	Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante.	Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia.	Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.	Todas las anteriores son correctas.	Total
	semestre aprobado en el periodo 2021 01	I y II						
		séptimos	5 (12.8%)	10 (25.6%)	2 (5.1%)	15 (38.5%)	7 (17.9%)	39
	Total		5 (7.1%)	15 (21.4%)	6 (8.6%)	33 (47.1%)	11 (15.7%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	3 (2.9%)	17 (16.3%)	9 (8.7%)	53 (51.0%)	22 (21.2%)	104
		séptimos	8 (8.3%)	26 (27.1%)	9 (9.4%)	33 (34.4%)	20 (20.8%)	96
	Total		11 (5.5%)	43 (21.5%)	18 (9.0%)	86 (43.0%)	42 (21.0%)	200

- Femenino: Razón de verosimilitud 5.294 p = .258 casos validos: 130
- Masculino: Razón de verosimilitud 9.496 p = .050 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 8.597 p = .072 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de proporcionar muestras gratuitas de leche de inicio a las madres en centros sanitarios, se refleja que el 43.0% de la muestra encuestada está de acuerdo en que es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; los porcentajes afirmativos para cada segmento consultado se presentan de la siguiente manera: 34.4% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 38.5% de sexo masculino y 58.1% sexo femenino y 51.0% a los estudiantes de externado I y II siendo este 31.6% de sexo masculino y 47.9% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó razón de

verosimilitud (p>0.05) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la razón de verosimilitud (p<0.05) por lo que se debe rechazar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos masculinos.

En ambas tablas anteriormente expuestas, se concluye que los encuestados poseen un nivel de conocimiento adecuado en cuanto a políticas de salud pública pertinentes a lactancia materna referentes a las recomendaciones oficiales presentadas por la OMS, por lo tanto, se infiere que las sugerencias impartidas en un futuro por el estudiante serán las adecuadas.

Tabla 8 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 11: Una mujer puérpera que amamanta a su hijo de 1 semana de edad, consulta por lumbalgia. Respecto a su tratamiento sintomático, los AINEs están contraindicados por la edad del lactante – Falso

Sexo					**Total**
			Falso	Verdadero	
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	49 (67.1%)	24 (32.9%)	73
		séptimos	40 (70.2%)	17 (29.8%)	57
	Total		89 (68.5%)	41 (31.5%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	18 (58.1%)	13 (41.9%)	31
		séptimos	20 (51.3%)	19 (48.7%)	39
	Total		38 (54.3%)	32 (45.7%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	67 (64.4%)	37 (35.6%)	104
		séptimos	60 (62.5%)	36 (37.5%)	96
	Total		127 (63.5%)	73 (36.5%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad 0.033 p = 0.856 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad 0.105 p = 0.746 casos validos: 70

- Total: Chi-cuadrado de Pearson 0.080 p = 0.778 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de "los AINEs están contraindicados durante la lactancia dependiendo de la edad del lactante" reflejan que el 63.5% de la muestra encuestada está en desacuerdo con la afirmación planteada y se presentan de la siguiente manera: 62.5% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 51.3 % de sexo masculino y 70.2% sexo femenino y 64.4% a los estudiantes de externado I y II siendo este 58.1% de sexo masculino y 67.1% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de continuidad (p>0.05) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad (p>0.05) por lo tanto se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Con base a lo anteriormente planteado, se concluye que, ya sea para los problemas que puedan presentarse durante los primeros días posteriores al parto como para los problemas tardíos, la mejor opción para el manejo de dolor en pacientes en periodo de lactancia es la prescripción de AINEs, mismos que no causan irrupción en la lactancia.

Tabla 9 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 22: Si una mujer está esperando gemelos, la lactancia mixta es la mejor opción – Falso

			Falso	**Verdadero**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	44 (60.3%)	29 (39.7%)	73
		séptimos	41 (71.9%)	16 (28.1%)	57
	Total		85 (65.4%)	45 (34.6%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	18 (58.1%)	13 (41.9%)	31

			Falso	**Verdadero**	**Total**
		séptimos	23 (59.0%)	16 (41.0%)	39
	Total		41 (58.6%)	29 (41.4%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	62 (59.6%)	42 (40.4%)	104
		séptimos	64 (66.7%)	32 (33.3%)	96
	Total		126 (63.0%)	74 8 (37.0%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad 1.441 p = 0.230 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad 0.000 p = 1.000 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 1.065 p = 0.302 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de si la lactancia mixta es la mejor opción en caso de esperar gemelos, se obtuvo que el 63.0% de la muestra encuestada está en desacuerdo con la afirmación planteada y se presentan de la siguiente manera: 66.7% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 59.0% de sexo masculino y 71.9% sexo femenino y 59.6% a los estudiantes de externado I y II siendo este 58.1% de sexo masculino y 60.3% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de continuidad ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Por lo tanto, es importante destacar que los estudiantes comprenden que el hecho de tener gemelos no implica la necesidad de la implementación de sucedáneos de la lactancia, ya que existen posiciones y tácticas que ayudan a la madre a que mantenga la lactancia exclusiva en gemelos.

Tabla 10 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 25: Que amamante en publico

			No	**Si**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	1 (1.4%)	72 (98.6%)	73
		séptimos	3 (5.3%)	54 (94.7%)	57
	Total		4 (3.1%)	126 (96.9%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	4 (12.9%)	27 (87.1%)	31
		séptimos	4 (10.3%)	35 (89.7%)	39
	Total		8 (11.4%)	62 (88.6%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	5 (4.8%)	99 (95.2%)	104
		séptimos	7 (7.3%)	89 (92.7%)	96
	Total		12 (6.0%)	188 (94.0%)	200

- Femenino: Corrección de continuidad 0.583 p = 0.445 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad 0.000 p = 1.000 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 0.546 p = 0.460 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de si debe ser considerado correcto que una madre amamante en público, los resultados del análisis reflejan que el 94% de la muestra encuestada está de acuerdo con la afirmación planteada y se presentan de la siguiente manera: 92.7% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 89.7% de sexo masculino y 94.7% sexo femenino y 95.2% a los estudiantes de externado I y II siendo este 87.1% de sexo masculino y 98.6% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó corrección de

continuidad (p>0.05) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad (p>0.05) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Dichos resultados demuestran que, a pesar de la connotación sexual de la mama por parte de la sociedad, los estudiantes de medicina han logrado interiorizar a lactancia materna como un proceso fisiológico, que brinda beneficios tanto a la madre como al lactante.

¿Tabla 11 Resultados tabulados para puntuación de individuos femeninos y masculinos respectivos a la pregunta 28?: ¿Te sientes preparado para brindar consejería acerca de lactancia materna?

			No	**Sí**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	47 (64.4%)	26 (35.6%)	73
		séptimos	45 (78.9%)	12 (21.1%)	57
	Total		92 (70.8%)	38 (29.2%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	19 (61.3%)	12 (38.7%)	31
		séptimos	26 (66.7%)	13 (33.3%)	39
	Total		45 (64.3%)	25 (35.7%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	66 (63.5%)	38 (36.5%)	104
		séptimos	71 (74.0%)	25 (26.0%)	96
	Total		137 (68.5%)	63 (31.5%)	200

- Femenino: Razón de verosimilitud 3.351 p = 0.067 casos validos: 130
- Masculino: Corrección de continuidad 0.046 p = 0.830 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 2.549 p = 0.110 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de si los estudiantes se sienten preparados para brindar consejería acerca de lactancia materna, los resultados del análisis reflejan que el 68.5% de la

muestra encuestada no se siente preparado y se presentan de la siguiente manera: 74.0% a los estudiantes de séptimo semestre siendo este 66.7% de sexo masculino y 78.9% sexo femenino y 63.5% a los estudiantes de externado I y II siendo este 61.3% de sexo masculino y 64.4% sexo femenino.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó razón de verosimilitud ($p<0.05$) por lo que se debe rechazar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje no es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la corrección de continuidad ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, el promedio de puntaje es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Con los resultados anteriormente obtenidos, se evidencia que los estudiantes no se sienten en la capacidad de brindar una correcta asesoría en la lactancia, lo que puede ser un resultado de la falta de contenido brindado durante la formación académica, sin embargo, las mujeres se presentan ligeramente más confidentes para brindar esta asesoría lo que puede deberse a cualidad propia de su sexo.

Tabla 12 Especialidad de preferencia a futuro

			Clínicas	**Ginecología**	**Pediatría**	**Quirúrgicas**	**Total**
Femenino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	34 (46.6%)	13 (17.8%)	10 (13.7%)	16 (21.9%)	73
		séptimos	23 (40.4%)	10 (17.5%)	5 (8.8%)	19 (33.3%)	57
	Total		57 (43.8%)	23 (17.7%)	15 (11.5%)	35 (26.9%)	130
Masculino	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	14 (45.2%)	3 (9.7%)	2 (6.5%)	12 (38.7%)	31
		séptimos	19 (48.7%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)	17 (43.6%)	39

			Clínicas	Ginecología	Pediatría	Quirúrgicas	Total
	Total		33 (47.1%)	4 (5.7%)	4 (5.7%)	29 (41.4%)	70
Total	Último semestre aprobado en el periodo 2021 01	externado I y II	48 (46.2%)	16 (15.4%)	12 (11.5%)	28 (26.9%)	104
		séptimos	42 (43.8%)	11 (11.5%)	7 (7.3%)	36 (37.5%)	96
	Total		90 (45.0%)	27 (13.5%)	19 (9.5%)	64 (32.0%)	200

- Femenino: Razón de verosimilitud 2.511 p = 0.473 casos validos: 130
- Masculino: Razón de verosimilitud 1.757 p = 0.624 casos validos: 70
- Total: Chi-cuadrado de Pearson 3.327 p = 0.344 casos validos: 200

En cuanto a la consulta acerca de la especialidad de preferencia a futuro los resultados reflejan que el 45% de la muestra encuestada tiene como preferencia a futuro las especialidades clínicas, seguido de 32% especialidades quirúrgicas mientras que las especialidades relevantes para nuestro estudio representan 13.5% ginecología y 9.5% pediatría.

Para la descripción de los resultados de la población femenina se utilizó la razón de verosimilitud ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, la especialidad de preferencia a fututo es independiente al nivel de los individuos femeninos. Con respecto a los individuos masculinos se utilizó la razón de verosimilitud ($p>0.05$) por lo que se debe aceptar la Ho. Es decir, la especialidad de preferencia a fututo es independiente al nivel de los individuos masculinos.

Con los resultados obtenidos de la especialidad de preferencia, se infiere que no existe relación entre el deseo de especialidad a futuro y un nivel de conocimiento suficiente.

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN

En este estudio se ha evaluado el conocimiento acerca de la fisiología de la lactancia, las recomendaciones que podrían ser proporcionadas por el profesional de salud a la madre, el nivel de resolución de problemas que se puedan presentar y como fue el conocimiento y destrezas obtenidos a lo largo de la formación académica.

Previo a su inicio, se estableció que la población objetivo serían estudiantes que hayan cursado y aprobado el quinto semestre de la rotación niño, en la cual se ha abordado, revisado y analizado sobre la lactancia materna, lo que permite en el estudio delimitar a integrantes que cumplan los criterios de inclusión de séptimo, externado I y II, con el fin de reconocer y poder evaluar el nivel de conocimientos adquiridos con referencia a la lactancia materna, con lo que se podrá determinar si existe una diferencia significada.

En relación al estudio "*Conocimiento sobre lactancia materna en personal de salud en la unidad de medicina familiar no.1, Aguascalientes"* (Quezada, 2022) y "*Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review"* (S.-F. Yang, Salamonson, Burns, & Schmied, 2018) ambos evidenciaron que el personal de salud en formación no presenta un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna, lo que podemos corroborar con el estudio presentado, ya que los estudiantes de séptimo semestre poseen igual deficiencia respecto al tema, en comparación con los estudiantes de externado I y II, que poseen mejor conocimiento.

En relación al sexo de la población estudiada, se observa que las estudiantes femeninos de externo I y II tienen un mejor conocimiento sobre la lactancia materna en relación a sus compañeros; similares resultados que se obtuvieron en otros estudios como lo que se encontró

en el trabajo de Quezada, (2022) y *"Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among University undergraduate women and men "* (Marrone, Vogeltanz-Holm, & Holm, 2008) esto se debe corregir a futuro ya que la lactancia materna se debe enfocar a la promoción y prevención dado que los estudiantes son futuros profesionales que atenderán a madres en dicha actividad y/o etapa de vida. De igual manera, en el estudio "*Awareness about "Ten steps for successful breastfeeding" among medical and nursing students"* se llegó a la misma conclusión, siendo las mujeres quienes poseen un mayor nivel de conocimiento sobre este tema (Kakrani, Rathod Waghela, Mammulwar, & Bhawalkar, 2015). Dichos estudios sugieren que la biología juega un papel fundamental dentro del conocimiento de ciertos temas dentro de la formación académica, sin embargo, un estudio realizado a estudiantes de medicina de sexo femenino en Australia, quienes estaban acabando su carrera de pregrado, concluye que las participantes poseen buenas y positivas aptitudes en cuanto al tema de lactancia materna, pero en cuanto al conocimiento se demostró que existe deficiencia en el mismo (Brodribb, Fallon, Jackson, & Hegney, 2008).

El estudio *"Effectiveness of a comprehensive integrated module using interactive lectures and workshops in understanding and knowledge retention about infant feeding practice in fifth year medical students: a quasi-experimental study"* evaluó a estudiantes de quinto año de medicina en el cual menciona que estos conocimientos y habilidades deben ser impartidos a lo largo de los primeros años de la carrera, y demostró que aquellos estudiantes que tuvieron prácticas simuladas tienen un nivel de conocimiento mayor en relación con el presente estudio (Sjarif et al., 2016), lo que demuestra una deficiencia en la formación relacionada con la lactancia materna, ya que no existe programas de educación continua o existe un déficit de implementación de herramientas que mejoren el entendimiento, compresión y/o análisis de conocimientos sobre el tema. De igual forma los estudios *"Increasing student nurses' knowledge of breastfeeding in baccalaureate education."* (Bozzette & Posner, 2013) y

"A pilot study to evaluate the effect of classroom-based high-fidelity simulation on midwifery students' self-efficacy in clinical lactation and perceived translation of skills to the care of the breastfeeding mother-infant dyad" (Grabowski et al., 2021) respectivamente concluyen que los estudiantes presentan un nivel de conocimiento mayor posterior a la implementación de cursos didácticos valorado mediante un método pre-post examen, mientras que *"Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students."* (Dodgson & Tarrant, 2007) y *"Breastfeeding knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students in Taiwan: A cohort study"* (S. F. Yang, Schmied, Burns, & Salamonson, 2019) recomiendan también la implementación de rotaciones clínicas en el área de cuidados perinatales.

Acorde a *"Behaviour, Attitudes and Knowledge of Healthcare Workers on Breastfeeding."* (Čatipović, Puharić, Puharić, Čatipović, & Grgurić, 2022) se demostró que los profesionales de salud encuestados poseen un conocimiento deficiente en cuanto a el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna, lo que se contrapone al presente estudio en donde los encuestados presentan un conocimiento adecuado en cuanto a políticas de salud pública.

Uno de los pilares fundamentales dentro de la formación de una persona es la experiencia personal, misma que juega un papel fundamental en el desarrollo de actitudes y creencias sobre el tema, esto se vio reflejado en que a pesar de que los estudiantes conocen sobre la importancia de la lactancia y los beneficios de la misma, una gran parte de los mismos considera inadecuada la lactancia en público, por la connotación sexual que le ha sido socialmente asignada a la mama (Cricco-Lizza, 2006), sin embargo, esto se contrapone con la presente investigación, que refleja que una minoría de la población estudiada se encuentra en desacuerdo con el amamantamiento en público, a su vez el estudio *"Percepción de la lactancia materna en estudiantes del internado de la carrera de medicina de 4 universidades de la ciudad*

de Santo Domingo, durante el período noviembre 2019 a febrero 2020" (Santos Gutiérrez & Carrasco Carbonell, 2020) apoya la declaración anteriormente mencionada encontrándose que la mayor parte de su población de estudio considera a la lactancia en público como "normal".

Se evidencio una falta de estudios analíticos relacionados con lactancia materna y su nivel de conocimiento en estudiantes que se encuentren cursando el pregrado, lo que resulta en la deficiencia de investigaciones que abarquen la complejidad de los conocimientos en esta población de estudio, sin embargo, sí se dispone de información más amplia sobre el tema en profesionales de la salud que ya han acabo el pregrado (Medel Marambio, Benadof, & Toro Huerta, 2017), que se basa en una encuesta llamada "los diez pasos para una lactancia exitosa" aplicado a enfermeros, matrones, nutricionistas y médicos en donde se concluyó que quienes poseen el mayor nivel de conocimiento sobre el tema son los nutricionistas y aquellos con el nivel de conocimiento más deficiente son los médicos, eso debido a las distinta estructuras curriculares de las malla de formación en pregrado, lo que demuestra que los médicos a pesar de ser quienes tiene mayor contacto como primer nivel de salud con las pacientes embarazadas, no poseen la formación académica adecuada, lo mismo que se demuestra en el presente estudio en donde se evidencia un déficit en el conocimiento sobre el tema, de acuerdo a lo antes mencionado se logró determinar que este déficit de conocimiento se debe a la falta de educación adecuada sobre la lactancia materna dentro de la malla curricular (Pacheco Vega, 2020).

En el presente estudio se consultó si los participantes se sentían o no capacitados para brindar una correcta asesoría sobre la temática, la mayoría respondió que no se sentía preparado para hacerlo debido al deficiente conocimiento que poseen sobre el tema, sin embargo, en el estudio *"Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding"* (Krogstrand & Parr, 2005) se concluyó que los estudiantes si se sienten confiados sobre las practicas recibidas durante la carrera y poseen una actitud positiva pero

existe un déficit en los conocimientos en donde más de la mitad de los estudiados reportan tener una limitada educación en lactancia materna, misma conclusión a la cual llegó en el estudio "*Randomized, controlled trial of a normal pregnancy virtual patient to teach medical students counseling skills*." (Ricciotti, Hacker, Flesco, Dodge, & Huang, 2010), por el contrario, en el estudio *"Improving breastfeeding medicine in undergraduate medical education: A student survey and extensive curriculum review with suggestions for improvement."* se concluye lo opuesto, donde la mayoría de los estudiantes tienen una base de conocimientos adecuados, sin embargo, no se sientes listos para brindar consejería sobre el tema a las madres todo esto debido a la falta o nula practica en el tema (Gary, Birmingham, & Jones, 2017). Una ventaja para la población estudiada en el presente estudio es que acuden a prácticas desde el primer año de la carrera y mantienen contacto con pacientes, entre ellos gestantes o madres que recién han dado a luz, esto ayuda a que los estudiantes se sientan confiados al momento de la práctica, sin embargo, al no tener un nivel conocimientos adecuada está confianza se ve disminuida, causando problemas al momento de brindar asesoría.

"Los profesionales de la salud presentan un déficit en cuanto a conocimiento lo que se traduce a deficiencia dentro de la práctica clínica imposibilitando brindar asesoramiento adecuando a madres que se encuentren dando de lactar" (Radzyminski & Callister, 2015), mismo déficit que se presenta en la presente investigación. De igual manera en el estudio *"Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción."* demuestra que incluso médicos especialistas en áreas de interés para nuestro estudio como lo son pediatras y ginecólogos tienen un déficit en el conocimiento acerca de los beneficios y en los riesgos de la lactancia materna, ya que la mayoría conoce las complicaciones que esta conlleva, sin embargo, no sabe cómo prevenirlas (Brun Barreiro et al., 2022).

En toda la bibliografía investigada se encontró que los médicos son quienes tienen menor conocimiento sobre el tema, debido a que los planes de estudio de las facultades de medicina frecuentemente carecen de contenidos suficientes y prácticas de implementación sobre el manejo de la lactancia materna, por lo que los médicos suelen estar mal preparados para abordar los problemas cuando estos surgen (Holmes, Mcleod, Thesing, Kramer, & Howard, 2012). En el estudio *"Effectiveness of workshop for teaching breastfeeding promotion and management to medical students."*, posterior a la implementación de un taller acerca de la promoción y el manejo de la lactancia materna en estudiantes de medina, se observó un incremento en el nivel de conocimiento acerca de esta, lo que se refleja en una mejor capacidad resolutiva frente a problemas comunes acerca del tema (Hall & Gecht-Silver, 2020).

CAPÍTULO 6.

5.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 *CONCLUSIONES*

La investigación encontró que las variables edad y sexo no demostraron diferencias significativas, dando a entender que la edad no causa diferencia en los resultados, por lo que los resultados son homogéneos.

Se encontró que la preferencia para la especialidad médica se inclina hacia las áreas clínicas, seguido de las quirúrgicas, mientras que las especialidades de interés para nuestro estudio como lo son ginecología y pediatría representan una minoría.

Se demostró un que existe un resultado deficiente para la totalidad de la población encuestada, no obstante, fueron las mujeres encuestadas pertenecientes a externado I y II quienes obtuvieron un mejor puntaje, esto debido a factores biológicos, influencia del ambiente, conocimientos empíricos y los adquiridos durante el pregrado. Por lo que se necesitaría una capacitación más a profundidad en dicho tema para las poblaciones que respondieron la encuesta.

Se determinó que mientras se avanzaba dentro de la formación educativa, el nivel de conocimiento de los participantes de la población masculina fue mejorando.

Los resultados del presente estudio son congruentes con los estudios realizados por otros autores como los citados a lo largo del documento, demostrando la validez y la metodología aplicada, el diseño de la muestra y finalmente lo sustancial de los resultados.

5.2 *RECOMENDACIONES*

Promover la capacitación continua al personal de salud sobre temas de nutrición y alimentación durante el embarazo y la lactancia, para que luego sean conocimientos impartidos a los pacientes y de esta manera prevenir enfermedades y problemas que pueden comprometer la salud e integridad tanto del niño como la madre.

Impulsar que el personal de salud sea mensajero para las madres acerca de las recomendaciones y beneficios sobre la lactancia materna inmediata, exclusiva y continua, mediante el uso de material didáctico, ilustrativo, charlas o videos que sean adaptables a las condiciones de cada una.

Fomentar la educación integral independiente del sexo en las aulas de clase en la universidad, para que poco a poco se vayan rompiendo tabúes que comprometan el correcto y completo aprendizaje de temas tan importantes como lo es la lactancia materna, para que tanto hombres como mujeres, futuros médicos, sean capaces de impartir las enseñanzas correctas a las madres.

Por parte del Ministerio de Salud y de las propias universidades se deberían organizar programas de capacitación de lactancia materna, desde las fases iniciales de la formación académica destinados a los profesionales de la salud, cuyo objetivo sea promoverla, para que se lleven a cabo de manera exitosa, estos deben ser de fácil acceso, de cualquier modalidad ya sea presencial o virtual y deberán ser evaluados con el fin de obtener resultados positivos

Se recomiendan más salidas de campo ya que la práctica fomentaría una ampliación y una correcta aplicación de los conocimientos obtenidos teóricamente, para que los futuros profesionales de la salud se sientan en capacidad de ser embajadores de este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5.3 *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

Arriola, A., Lazo, B., & Chinchilla, J. (2016). Healthy infant feeding Fundamentos sobre Alimentación del lactante sano. *Acta Pediátrica Hondureña*, *7*, 580. Retrieved from http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol7/pdf/APHVol7-1-2016-11.pdf

Bergman, N. J. (2013). Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. *Acta Paediatrica*, *102*(8), 773–777. https://doi.org/10.1111/APA.12291

Bozzette, M., & Posner, T. (2013). Increasing student nurses' knowledge of breastfeeding in baccalaureate education. *Nurse Education in Practice*, *13*(3), 228–233. https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2012.08.013

Brodribb, W., Fallon, A., Jackson, C., & Hegney, D. (2008). Breastfeeding and Australian GP registrars--their knowledge and attitudes. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, *24*(4). https://doi.org/10.1177/0890334408323547

Brun Barreiro, M. P., Ferreira Rojas, C. J., Sánchez Bernal, S. F., González Céspedes, L. E., Brun Barreiro, M. P., Ferreira Rojas, C. J., … González Céspedes, L. E. (2022). Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción. *Pediatría (Asunción)*, *49*(1), 33–45. https://doi.org/10.31698/PED.49012022006

Čatipović, M., Puharić, Z., Puharić, D., Čatipović, P., & Grgurić, J. (2022). Behaviour, Attitudes and Knowledge of Healthcare Workers on Breastfeeding. *Children 2022, Vol. 9, Page 1173*, *9*(8), 1173. https://doi.org/10.3390/CHILDREN9081173

Courtois, F., Péneau, S., Salanave, B., Andreeva, V. A., Roland-Cachera, M. F., Touvier, M., … Fezeu, L. K. (2021). Trends in breastfeeding practices and mothers' experience in the French NutriNet-Santé cohort. *International Breastfeeding Journal*, *16*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/S13006-021-00397-X/FIGURES/7

Cricco-Lizza, R. (2006). Student nurses' attitudes and beliefs about breast-feeding. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, *22*(5). https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2005.11.007

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). El puerperio. In *Williams Obstetricia* (25th ed., pp. 652–666). Cuidad de México: McGraw-Hill Intermericana Editores. Retrieved from https://accessmedicina.puce.elogim.com/content.aspx?bookid=2739&sectionid=229288128#1166851957

Dodgson, J. E., & Tarrant, M. (2007). Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, *27*(8), 856–867. https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2006.12.001

Freire, W., Ramírez-Luzuriaga, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva-Jaramillo, M., Romero, N., … Monge, R. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU-2014 TOMO I. Retrieved September 25, 2021, from https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Gary, A. J., Birmingham, E. E., & Jones, L. B. (2017). Improving breastfeeding medicine in undergraduate medical education: A student survey and extensive curriculum review with suggestions for improvement. *Education for Health*, *30*(2). https://doi.org/10.4103/EFH.EFH_180_15

Gómez, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, *22*(1–2), 79–82. https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017

Gómez, M. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre Alimentación Complementaria*. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

Grabowski, A., Chuisano, S. A., Strock, K., Zielinski, R., Anderson, O. S., & Sadovnikova, A. (2021). A pilot study to evaluate the effect of classroom-based high-fidelity simulation on midwifery students' self-efficacy in clinical lactation and perceived translation of skills to the care of the breastfeeding mother-infant dyad. *Midwifery*, *102*, 103078. https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2021.103078

Hall, M., & Gecht-Silver, M. (2020). Effectiveness of workshop for teaching breastfeeding promotion and management to medical students. *Breastfeeding Medicine*, *15*(10). https://doi.org/10.1089/BFM.2020.29162.ABSTRACTS

Holmes, A. V., Mcleod, A. Y., Thesing, C., Kramer, S., & Howard, C. R. (2012). Physician Breastfeeding Education Leads to Practice Changes and Improved Clinical Outcomes. *Https://Home.Liebertpub.Com/Bfm*, *7*(6), 403–408. https://doi.org/10.1089/BFM.2012.0028

Kakrani, V. A., Rathod Waghela, H. K., Mammulwar, M. S., & Bhawalkar, J. S. (2015). Awareness about "Ten steps for successful breastfeeding" among medical and nursing students. *International Journal of Preventive Medicine*, *6*(1). https://doi.org/10.4103/2008-7802.156838

Krogstrand, K. S., & Parr, K. (2005). Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, *105*(12). https://doi.org/10.1016/J.JADA.2005.09.007

Lample, E. (2012). Lactancia Materna. *Obstetricia Moderna*, 182–199. Retrieved from http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_15.pdf

Lázaro, A., & Marín, B. (2017). Alimentación del lactante sano. *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf

Luis Del Mazo-Tomé, P., & Suárez-Rodríguez, M. (2018). Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 51. https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000010

Marenostrum, C. (2000). La Doula: Una nueva profesión que emerge alrededor del parto. *Natura Medicatrix: Revista Médica Para El Estudio y Difusión de Las Medicinas Alternativas, ISSN 0212-9078, Nº. 61 (Noviembre), 2000, Págs. 38-39*, (61), 38–39. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989262&info=resumen&idioma=ENG

Marrone, S., Vogeltanz-Holm, N., & Holm, J. (2008). Attitudes, knowledge, and intentions related to breastfeeding among University undergraduate women and men. *Journal of Human Lactation*, *24*(2), 186–192. https://doi.org/10.1177/0890334408316072

Medel Marambio, L., Benadof, D., & Toro Huerta, C. (2017). Breastfeeding knowledge of health professionals working in municipal healthcare centers in Maipu, Chile. *Medwave*, *17*(3), e6891. https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2017.03.6891

Mondello, F., & Carranza, C. (2013). *Lactancia Materna*. Honduras. Retrieved from https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf

OMS. (2022). Lactancia materna exclusiva. Retrieved April 17, 2022, from https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html#:~:text=que%20el%20lactante%20solo%20reciba,utilicen%20biberones%2C%20tetinas%20ni%20chupetes.

Organización Panamericana de la Salud. (1992). Infecciones respiratorias agudas en niños : Tratamiento de casos en hospitales pequeños. *Serie PALTEX Para Ejecutores de Programas de Salud*, *24*. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3111/Infecciones%20respiratorias%20agudas%20en%20los%20ni%C3%B1os%20Tratamiento%20de%20casos%20en%20hospitales%20peque%C3%B1os.pdf?sequence=1

Pacheco Vega, V. M. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas del protocolo de lactancia temprana y apego precoz (primera hora) OMS en estudiantes de posgrado de Pediatría, Medicina Familiar y Ginecología - Obstetricia de la PUCE período académico 2020* (Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Retrieved from http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/18342

Penang, I., Annelies, A., & Yeong, J. (2010). *Protecting Infant Health* (Vol. 11). Retrieved from https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ProteccionDeLaSaludInfantil.pdf

Pleguezuelo, V., Vega, C., & Menéndez, M. (2019). Adaptación de la ECoLA para estudiantes de pregrado. Retrieved September 28, 2021, from http://www.aelama.org/wp-content/uploads/2019/03/ecola-mfyc-prefinal.pdf

Quezada, I. (2022). *"Conocimiento sobre lactancia materna en personal de salud en la Unidad De Medicina Familiar No.1, Aguascalientes"* (Universidad Autónoma de Aguascalientes). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes. Retrieved

from http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2253/456568.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Radzyminski, S., & Callister, L. C. (2015). Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, *24*(2), 102–109. https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.2.102

Ricciotti, H. A., Hacker, M. R., Flesco, L. D., Dodge, L. E., & Huang, G. C. (2010). Randomized, controlled trial of a normal pregnancy virtual patient to teach medical students counseling skills. *The Journal of Reproductive Medicine*, *55*(11–12), 498–502. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21291036/

Santos Gutiérrez, V., & Carrasco Carbonell, M. M. (2020). *Percepción de la lactancia materna en estudiantes del internado de la carrera de medicina de 4 universidades de la ciudad de Santo Domingo, durante el período noviembre 2019 a febrero 2020* (Universidad Iberoamericana (UNIBE)). Universidad Iberoamericana (UNIBE). Retrieved from https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/178

Sjarif, D. R., Yuliarti, K., Wahyuni, L. K., Wiguna, T., Prawitasari, T., Devaera, Y., … Afriansyah, A. (2016). Effectiveness of a comprehensive integrated module using interactive lectures and workshops in understanding and knowledge retention about infant feeding practice in fifth year medical students: a quasi-experimental study. *BMC Medical Education*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/S12909-016-0705-2

Sociedad Argentina de Pediatría. (2022). Lactancia Materna 2022 "Una responsabilidad compartida" . *Sociedad Argentina de Pediatría* . Retrieved from https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_lactancia-materna-2022--una-responsabilidad-compartida-305.pdf

Spitz, A., Lee, N., & Peterson, H. (1998). Treatment for lactation suppression: little progress in one hundred years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *179*(6 Pt 1), 1485–1490. https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70013-4

Velasco, P., Caicedo, A., Navarro, J., Tejada, M., & Armas, M. (2021). Lactancia materna: rompiendo las barreras. *Revista Digital Universitaria*, *22*(4). https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.4.8

Yang, S. F., Schmied, V., Burns, E., & Salamonson, Y. (2019). Breastfeeding knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students in Taiwan: A cohort study. *Women and Birth*, *32*(3), e334–e340. https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2018.08.167

Yang, S.-F., Salamonson, Y., Burns, E., & Schmied, V. (2018). Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*. https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Formulario de consentimiento informado para entrevista individual

El objetivo de esta ficha de consentimiento informado es proveer información a los participantes de esta investigación con una clara explicación del proceso y la importancia de su participación.

La presente investigación es conducida por Andrea Carolina Arregui Ayala & Camila Sofia Palacios Portilla, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de medicina séptimo semestre en contraste con alumnos de externado 1 y 2 acerca de los beneficios y riesgos de la lactancia materna. Con esta encuesta se busca evaluar el nivel de conocimiento en cuanto a fisiología, fuentes de información y nivel de recomendaciones para la madre sobre el tema. Esperamos que contestes esta encuesta de la manera más sincera posible.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si usted decide participar la información que sea recogida será confidencial y no será usada con otro propósito fuera de esta investigación. Además, usted puede abandonar el estudio aun cuando haya aceptado antes. La encuesta será anónima y tendrá una duración de 20 minutos.

Si aún necesita información o esta no ha sido clara usted tiene derecho a preguntar al

investigador acerca de la misma, así como las inquietudes que se generen en el transcurso de la investigación.

Se puede contactar con:

Andrea Carolina Arregui Ayala

- Teléfono 0995035038
- Correo: andre.arregui137@gmail.com

Camila Sofia Palacios Portilla

- Teléfono 0988229273
- Correo: cami-sofi20@hotmail.com

Dr. Carlos Vidal Acurio Velazco

- Correo: cvacurio@puce.edu.ec

Le agradecemos de antemano por su participación.

Este estudio se realiza vía internet, por lo que si aceptas llena las siguientes preguntas

He leído la información proporcionada y se me ha aclarado las inquietudes generadas. Acepto voluntariamente participar en esta investigación con la realización de una entrevista. Además, conozco que la información obtenida es confidencial y no se utilizará fuera de esta investigación.

- Acepto
- No acepto

ANEXO 2

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, responda las siguientes preguntas de orden demográficos:

Sexo:

- Femenino
- Masculino

¿Cuál es su edad en años cumplidos?

¿En qué nivel de la carrera se encontraba cursando en el semestre 2021-01?

- séptimo
- Externado I
- Externado II

¿Cuál es su autoidentificación étnica?

- Mestizo
- Indígena
- Afroecuatoriano
- Montubio
- Blanco
- Otros:

Que especialidad médica es de tu preferencia:

- Quirúrgicas

- Clínicas
- Ginecología

Ha dado de lactar o ha estado involucrado directamente en proceso de lactancia materna (pareja de la madre en periodo de lactancia) si su respuesta es si la encuesta termina aquí. Muchas gracias.

- Si
- No

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA (ECoLa)

El fin de estas preguntas son evaluar tu conocimiento acerca de la fisiología de la lactancia

1. La alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo incrementado de morbimortalidad para el niño

   - **Verdadero**
   - Falso

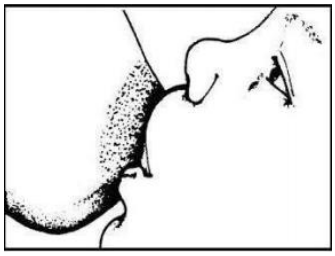
2. La alimentación exclusiva a base de leche artificial conlleva un riesgo aumentado de morbilidad para la madre respecto a las mujeres que dan el pecho.

   - **Verdadero**
   - Falso

3. A partir de los 6 meses, las tomas deben reducirse a 2-3 al día, complementadas con el resto de los alimentos.

   - Verdadero
   - **Falso**

4. El siguiente dibujo muestra cómo debería ser un enganche eficaz



   - Verdadero
   - **Falso**

5. Se debe recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas.

   - Verdadero

- **Falso**

6. En caso de mastitis se debe desechar la leche del pecho afecto hasta completar el tratamiento
   - **Verdadero**
   - Falso

Las siguientes preguntas son para evaluar el nivel de recomendaciones que podrían proporcionar a una madre

7. ¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia?
   - Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 meses de edad, complementada con otros alimentos hasta que deseen madre e hijo.
   - LME hasta los 6 meses de edad, pudiendo mantener la lactancia, complementada con otros alimentos, hasta un máximo de 2 años.
   - **LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.**
8. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más importante a realizar en una madre lactante que tiene grietas en los pezones?
   - Lavado con agua y jabón.
   - Aplicación de lanolina pura después de cada toma
   - **Valoración de la toma.**
   - Recomendar el uso de pezoneras.
9. Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de inicio a las madres, en centros sanitarios:
   - **Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.**

- Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos.
- Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante.
- Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia.
- Todas las anteriores son correctas.

Las siguientes preguntas son para evaluar conocimientos de fisiología, recomendaciones y desenvolvimiento con problemas

10. La escasa producción de leche materna por causas maternas es un problema frecuente que hace necesario suplementar con biberón.
    - Verdadero
    - **Falso**
11. Una mujer puérpera que amamanta a su hijo de 1 semana de edad, consulta por lumbalgia. Respecto a su tratamiento sintomático, los AINEs están contraindicados por la edad del lactante.
    - Verdadero
    - **Falso**
12. Una madre lactante consulta por cuadro respiratorio en el que está indicada la realización de radiografía de tórax. En relación con la lactancia:
    - **La realización de radiografía no está contraindicada**
    - Debe desecharse la leche durante las siguientes 24 horas.
    - La lactancia debe suspenderse definitivamente.
    - La radiografía no estaría contraindicada si se produce fuera del pecho de la paciente
13. Una madre lactante consulta porque va a comenzar tratamiento con un medicamento específico prescrito por un médico especialista. Éste le ha dicho que debe destetar a su

bebé de 8 meses porque el tratamiento es muy importante. ¿Dónde podrías consultar si el fármaco es compatible o no con la lactancia?

- **En la ficha técnica del medicamento.**
- Me remitiría a la información del médico especialista que lo haya prescrito.
- En el Vademécum
- No es necesario consultarlo. Valorando riesgos y beneficios lo más adecuado es el destete, puesto que el niño tiene ya 8 meses.

14. La lactancia materna en niños mayores de un año aumenta el riesgo de excesiva dependencia del niño hacia la madre en el futuro.
    - Verdadero
    - **Falso**
15. Una vez que el niño ya toma alimentación variada no tiene sentido continuar con la lactancia materna.
    - Verdadero
    - **Falso**
16. Los médicos de familia deben estar capacitados para solucionar dificultades relacionadas con la lactancia materna.
    - **Verdadero**
    - Falso
17. Si una embarazada padece una enfermedad crónica que la condiciona a tomar mediación de forma permanente, la lactancia artificial es la mejor opción para no exponer a su hijo a dicha medicación de forma prolongada.
    - Verdadero
    - **Falso**

18. Es importante establecer un horario para la lactancia materna a fin de que el bebé vaya adquiriendo una rutina adecuada.

    - **Verdadero**
    - Falso

19. Las bajas tasas de lactancia materna en nuestro país implican un problema importante de salud pública.

    - **Verdadero**
    - Falso

20. Dormir en la misma cama que el bebé es una práctica que favorece la lactancia materna.

    - **Verdadero**
    - Falso

21. La alimentación artificial es una buena alternativa para facilitar que el padre se implique en la crianza del bebé.

    - Verdadero
    - **Falso**

22. Si una mujer está esperando gemelos, la lactancia mixta es la mejor opción.

    - Verdadero
    - **Falso**

23. Valora de 1 (peor) a 5 (mejor) la calidad de la formación recibida sobre lactancia materna durante los años de educación

Deficiente 1 2 3 4 5 Satisfactoria

Estas preguntas son para evaluar cómo son y fueron la calidad y cantidad de conocimiento obtenido por la universidad

24. ¿Has recibido algún curso específico de lactancia materna?

- Sí
- No

25. ¿Crees que es apropiado que una mujer amamante en público?
    - Sí
    - No
26. ¿Cuál es tu mayor fuente de conocimiento en lactancia materna? Selecciona todos los que correspondan.
    - Cursos
    - Libros / artículos
    - Conocimientos de la facultad
    - Mis residentes mayores (u otros colegas)
    - Mi propia experiencia
27. ¿Crees que deberías tener conocimientos suficientes para diagnosticar y aportar soluciones a los problemas específicos de la lactancia?
    - Sí
    - No
28. ¿Te sientes preparado para ello?
    - Sí
    - No