

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO

**“CONOCIMIENTOS Y BARRERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL  
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO  
AYORA”**

ANDREA ELIZABETH AMORES ARMIJOS

DANIEL ALEXIS PUNGUIL FREIRE

QUITO 2019

## Contenido

Resumen:	7
Capítulo 1	11
Introducción	11
Título:	11
Lugar	11
Autores	11
Línea de investigación:	11
1.1 Introducción:	12
Capítulo 2	16
Marco teórico:	16
Definiciones	16
Lactancia materna	16
Leche materna	16
Relactación	16
Lactancia materna exclusiva	16
Alimentación complementaria	17
Medicamentos y o sustancias que aumentan la producción de leche	19
Barrera del personal de salud para un adecuado tratamiento de la mastitis	23
Impacto en la salud	24
Impactos psicosociales	26
Impacto económico	27
Impacto ambiental	27
El respaldo de la lactancia materna como la mejor nutrición para bebés	28
Lactancia materna a nivel internacional	30
Lactancia materna Ecuador	35
Barreras del personal de salud sobre el amamantamiento	37
Capítulo 3	44
Materiales y métodos	44
3.1. Problema de investigación:	44
3.2 Objetivos:	44
3.2.1. Objetivo General:	44
3.2.2. Objetivos Específicos:	44
3.3. Hipótesis:	45

3.4. Hipótesis alternativa:	45
3.5. Hipótesis estadística:	46
3.6. Metodología:	46
3.7. Diseño	46
3.7.1. Tipo de estudio:	46
3.8 Procedimiento de recolección de información:	46
3.10. Plan de análisis de datos:	47
3.11. Muestra	47
3.12. Criterios de inclusión:	48
3.13. Criterios de exclusión:	48
3.14 Delimitación de tiempo	49
Cronograma de trabajo	49
Capítulo 4.	50
4.1. Justificación:	50
4.2. Aspectos bioéticos	50
Capítulo 5	52
5.1. Metodología	52
Capítulo 6	54
6.1. Resultados:	54
Preguntas de opción múltiple.	58
Tres principales razones para que una madre tenga poca leche.	59
Capítulo 7:	62
7.1. Discusión:	62
Capítulo 8	72
8.1. Conclusiones:	72
Capítulo 9:	73
9.1 Recomendaciones:	73
Capítulo 10	75
10.1. Limitaciones:	75
Capítulo 11	76
Anexos:	76
Anexo # 11. 1 consentimiento Informado	76
Anexo # 11.2.	80
Evaluación de conocimientos y barreras sobre lactancia materna	80

Clave de respuestas: _____	88
Bibliografía _____	89

Índice de tablas e ilustraciones:

Tabla 1. Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 a 23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda _____	18
Tabla 2 Causas por las que un lactante no obtiene leche suficiente del pecho. _____	19
Tabla 3. Medicamentos y o sustancias que aumentan la producción de leche. _____	20
Tabla 4 Riesgos de salud asociados a no amamantar. _____	25
Tabla 5 Diez pasos hacia una lactancia materna exitosa. _____	29
Tabla 6 Competencias básicas en lactancia materna para profesionales de salud. _____	40
Tabla 7 Tiempo de trabajo en la institución. _____	54
Tabla 8 Aprobación de conocimientos según profesión. _____	55
Tabla 9 Aprobación de conocimiento según tiempo de trabajo. _____	55
Tabla 10 Aprobación de conocimiento según lugar de trabajo. _____	56
Tabla 11 Hijos y conocimiento. _____	56
Tabla 12 Barreras y conocimiento. _____	56
Ilustración 1 Barreras socioculturales _____	61

**Dedicatoria:**

A nuestras familias por ser un apoyo constante, nuestra fortaleza y nuestro objetivo para ser mejores profesionales cada día, que todo nuestro esfuerzo sea para beneficio de ustedes y los podamos enorgullecer con cada paso que damos.

A nuestros amigos por llenarnos de momento alegres, vivencias únicas y robarnos minutos de alegría en un camino difícil.

Este logro es de ustedes

### **Agradecimientos:**

Agradecemos a nuestros tutores Doctor Galo Sánchez del Hierro que nos guio oportunamente en la realización de cada paso de esta investigación, su paciencia y palabras de apoyo nos confortaron y llenaron de confianza para culminarlo, además de la colaboración de la Doctora Susana Alvear que nos alentó a perder el miedo a la investigación, reforzó nuestras dudas y nos hizo preguntarnos sobre la realidad en la que vivimos, a la Doctora Betzabé Tello que con su pasión por el tema nos alentó a adentrarnos aún más allá de lo que se conoce actualmente; al Doctor Moya que con su experiencia y cuestionario, ayudo en aspectos claves en la realización de esta investigación, a nuestro amigo el Doctor Jorge González por su apoyo constante y participación de este proceso y por último pero no menos importante a todo el personal docente y administrativo de la Pontificia Universidad Católica por brindarnos los conocimientos básicos, las herramientas y las aptitudes para tomar nuevos horizontes y crecer constantemente en nuestra práctica profesional.

## Resumen:

**Problema:** La falta de conocimiento sobre lactancia materna en los profesionales de medicina y enfermería tiene un impacto negativo en el desarrollo de los lactantes; y está asociado a la falta de preparación durante la formación de pregrado y posgrado.

**Objetivo:** Describir el conocimiento e identificar las barreras sobre lactancia materna en profesionales médicos pediatras-neonatólogos, gineco-obstetras y profesionales en enfermería que se encuentran en los servicios de: consulta externa y hospitalización de neonatología, centro quirúrgico de gineco-obstetricia, hospitalización de gineco-obstetricia, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal del HGOIA.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal de tipo cuantitativo. Se incluyeron los profesionales médicos y en enfermería que trabajan actualmente en el HGOIA. Al personal de salud que cumplió con los criterios de elegibilidad se les aplicó la evaluación de conocimientos y barreras de lactancia materna. Se tabularon los datos en el programa estadístico SPSS versión 25.

La muestra se tomó del universo total de profesionales de la salud que actualmente están laborando en esta institución. Se realizó un análisis descriptivo y correlaciones de acuerdo a las variables, utilizando t de student o pruebas de significación estadística Chi cuadrado.

Para determinar los conocimientos obtenidos en la evaluación; se utilizó como método de calificación un porcentaje mínimo del 70% o 15/22 preguntas correctas para considerar que el profesional conoce del tema; las preguntas sobre barreras fueron analizadas como variables descriptivas. El tiempo estimado para contestar la evaluación fue aproximadamente 30 minutos.

**Resultados:** Se encontró que 11,7% del personal tiene conocimientos adecuados, frente a 88,3% que no tienen el suficiente conocimiento con diferencias altamente significativas

( $\chi^2 = 166,39$ ;  $P = 0,000$ ); cabe mencionar que el grupo de profesionales con mayor calificación fueron los residentes asistenciales en un 33,3 %. En relación a las barreras culturales encontramos que no se da de lactar porque duelen los senos un 23.9 % seguida de un 22 % que cree que tiene poca leche; además la mayoría de encuestados contestó que no hay una adecuada preparación en su formación académica y que actualmente no tienen tiempo disponible.

**Conclusiones:** El personal de salud dentro de nuestro estudio no tiene un nivel de conocimiento adecuado para brindar una consejería de calidad, las instituciones hospitalarias y universidades no brindan educación en lactancia materna de manera integral o interactiva, debido a que la lactancia materna es considerada como una asignatura sin relevancia. Se debe enfatizar el enfoque que se le da a la lactancia materna en sus diferentes etapas prenatal y postnatal; todo el personal de salud tiene un papel fundamental en el inicio, mantenimiento de la lactancia y brindar una asesoría de calidad para que las madres tomen decisiones informadas.

### **Abstract:**

**Problem:** The lack of knowledge about breastfeeding in medical and nursing professionals has a negative impact on the development of infants; and is associated with lack of preparation during undergraduate and graduate training.

**Objective:** To describe the knowledge and identify barriers to breastfeeding in pediatricians-neonatologists, obstetricians-gynecologists and nursing professionals who works on the services of: outpatient and neonatal hospitalization, gynecological-obstetrics surgical center, hospitalization of gynecology-obstetrics, emergencies, adolescent clinic and prenatal outpatient clinic of HGOIA.

**Methodology:** A cross-sectional study of quantitative type was carried out. The medical and nursing professionals currently working in the HGOIA were included. The evaluation of knowledge and barriers to breastfeeding was applied to health personnel who met the eligibility criteria. The data was tabulated in the SPSS statistical program version 25.

The sample was taken from the total universe of health professionals who are currently working in this institution. We performed a descriptive analysis and correlations according to the variables, using t student's or tests of statistical significance Chi square.

To determine the knowledge obtained in the evaluation; a minimum percentage of 70% or 15/22 correct questions was used as a qualification method to consider that the professional workers knows about the subject; the questions about barriers were analyzed as descriptive variables. The estimated time to answer the evaluation was approximately 30 minutes.

**Results:** It was found that 11.7% of the personnel have adequate knowledge, compared to 88.3% who do not have sufficient knowledge with highly significant differences ( $\chi^2 = 166.39$ ,  $P = 0.000$ ); It is worth mentioning that the group of professionals with the

highest rating was the medical residents, 33.3%. In relation to cultural barriers we find that it is not possible to breastfeed because the breasts hurt 23.9% followed by a 22% that believes that it has poor breast milk; In addition, the majority of respondents answered that there is not adequate preparation in their academic training and that they currently do not have time available.

**Conclusions:** The health personnel in our study do not have an adequate level of knowledge to provide quality counseling, hospital institutions and universities do not provide breastfeeding education in a comprehensive or interactive way, because breastfeeding is considered as a subject without relevance. The approach given to breastfeeding in its different prenatal and postnatal stages should be emphasized; all health personnel have a fundamental role in the beginning, in the decision and maintenance of breastfeeding and provide quality advice for mothers to make informed decisions.

.

## Capítulo 1

### Introducción

#### Título:

“CONOCIMIENTOS Y BARRERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA”

#### Lugar

Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

#### Autores

Andrea Elizabeth Amores Armijos; Egresado de Facultad de Medicina de Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Daniel Alexis Punguil Freire; Egresado de Facultad de Medicina de Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Director de tesis: Doctor Galo Sánchez del Hierro, PhD, Médico Familiar.

Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

#### Línea de investigación:

- Investigación en ciencias básicas.
- Procesos de enseñanza-aprendizaje en educación médica.
- Gestión de atención médica.

## 1.1 Introducción:

Conocer sobre la lactancia materna, bajo un sustento científico y práctica clínica, es la mejor manera de implementar una adecuada consejería en alimentación al recién nacido y consecuentemente tener un impacto importante en el desarrollo y crecimiento del niño; según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la “carga” de enfermedades entre los niños menores de 5 años” (Oms, 2010); la importancia de la preparación del personal de salud sobre lactancia materna, puede generar la disminución de las consecuencias a largo plazo en la vida del lactante. El personal de salud tiene un rol crítico para brindar apoyo a la lactancia ya que tienen una influencia en las decisiones para iniciar y mantener la lactancia (Oms, 2010; Yang, Salamonson, Burns, & Schmied, 2018); sin embargo los profesionales de la salud, incluyendo los estudiantes de Enfermería y Medicina en formación, no siempre reciben una educación adecuada sobre lactancia materna durante su programa educativo para ayudar eficazmente a las madres, ya sea en el ámbito de conocimiento clínico, sus complicaciones, así como también el impacto que tiene este conocimiento en el lactante a largo plazo (Yang et al., 2018); por lo tanto es fundamental que los médicos y las enfermeras tengan conocimientos y habilidades básicas para poder dar una buena orientación con respecto al tema de lactancia, teniendo como sustento un cierto grado de información científica necesaria. En general durante el transcurso de la formación de médicos y enfermeras, no se recibe un apropiado enfoque a la alimentación del lactante y la salud de niño; se considera que los profesionales de la salud se convierten ellos mismos en barreras que impiden la mejora de las prácticas de alimentación de lactante (Oms, 2010).

Para lograr un óptimo desarrollo y crecimiento de los lactantes, la OMS y la UNICEF recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; así como también iniciar alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más, además, según la Academia Americana de Pediatría menciona que la leche materna es la forma ideal de nutrición infantil y proporciona beneficios de salud tanto a la madre como al lactante (Oms, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2003; Yang et al., 2018).

Según la OMS, lactancia materna exclusiva significa que “el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos” (Organización Mundial de la Salud, 2008, 2010). Por otro lado, la alimentación complementaria se define como “El proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna” (OPS/OMS, n.d.; Organización Mundial de la Salud, 2008, 2010). El conocimiento de las guías o recomendaciones de estas instituciones especializadas en el tema, son necesarias para poder brindar una consejería de calidad y adecuada a cada una de las demandas de las madres, ya que, si no se rigen a las propuestas indicadas, podrían llevar a que el lactante tenga una gama de afecciones crónicas en su posterior desarrollo, sin la garantía de poder recuperar su máximo desempeño a nivel físico, social y emocional. Se estima que solamente un 34.8% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses (Oms, 2010); muchos recién nacidos reciben algún otro tipo de alimento durante este tiempo; según los datos obtenidos del WHO Global Data Bank, en el Ecuador, en el año 2009, la tasa de alimentación con leche materna exclusiva hasta los 6 meses es del

25.3% en el área urbana, y del 53.9% en el área rural, teniendo en cuenta que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de edad un 48.5% del total (Organización Mundial de la Salud, 2009).

El conocimiento científico y sustentado sobre lactancia materna, por parte del personal médico y de enfermería, es crucial para disminuir las tasas expuestas en cuanto a lactancia exclusiva hasta los cuatro meses y aumentar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, disminuir las complicaciones y enfermedades que los lactantes puedan presentar. La Academia Americana de Enfermería acota que existe una necesidad que las enfermeras tengan un conocimiento básico sobre la promoción de la salud, reducción de riesgos y prevención de enfermedades (Spatz & Pugh, 2007); debe existir un compromiso para adoptar la lactancia materna como el estándar de oro en la nutrición infantil. Según el CDC, la educación profesional debe incluir cualquier programa que mejore los conocimientos, habilidades y actitudes de los proveedores de atención médica en relación con la importancia de la lactancia materna y las necesidades de asesoramiento sobre lactancia para las madres; también recalcan que los profesionales de atención médica son: médicos, enfermeras, parteras, enfermeras practicantes, nutricionistas, consultores de lactancia y otros profesionales de la salud que trabajan en maternidad (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

El personal de Salud puede influenciar en la decisión de la madre en amamantar y en su capacidad y deseo de seguir amamantando, sin embargo muchos de los profesionales de la salud, ya sean médicos o enfermeras, carecen de habilidades y conocimiento para ayudar a mujeres cuando tiene problemas en el periodo de lactancia; erróneamente algunos profesionales de la salud creen que la lactancia proporciona beneficios modestos y que los bebés alimentados con fórmula son tan saludables como los bebés alimentados con leche materna (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). La Academia

Americana de Pediatría determinó la necesidad de implementar un Currículo de residencia de Lactancia Materna, para abordar la falta de conocimiento de los médicos con respecto al tema (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Feldman-Winter et al., 2010); la cual actualmente se encuentra vigente; por otro lado, el Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos (USBC) y el Acta de Acción del Cirujano General para apoyar la lactancia materna, abordan que existe una necesidad específica de educar a los profesionales de la salud sobre la lactancia materna, recalca que los médicos y enfermeras deben recibir educación, capacitación para brindar apoyo y atención sobre lactancia basados en evidencia científica (Lowe, 2011; Pediatrics, 2012; Spatz, 2014); además establece explícitamente que todas las enfermeras deben proporcionar apoyo en lactancia como un estándar de cuidado (Lowe, 2011; Spatz, 2014).

## Capítulo 2

### Marco teórico:

#### Definiciones

##### Lactancia materna

Es la forma natural de brindar a los lactantes y niños pequeños nutrientes requeridos para un saludable crecimiento y desarrollo, esta práctica debe iniciarse en la primera hora después del nacimiento del bebe. Es una de las formas más efectivas de garantizar la salud y la supervivencia de los niños. (World Health Organization , 2018)

##### Leche materna

Es el alimento idóneo para los bebés y los niños pequeños que aporta anticuerpos y nutrientes para un desarrollo saludable; los protegen de enfermedades agudas y crónicas. Garantiza que los lactantes tengan una nutrición adecuada además que es el alimento más higiénico y económico. (World Health Organization , 2018)

##### Relactación

Es cuando se vuelve a producir leche después de haber cesado la lactancia, para un niño sea su hijo o no; incluyendo a mujeres que no ha estado embarazadas en cuyo caso se define como lactancia inducida (Oms, 1998).

##### Lactancia materna exclusiva

Es decir, el niño o lactante se alimenta solamente de la leche directamente del seno o extraída del seno de su madre o nodriza y no se alimenta de ningún otro líquido o sólido; incluyendo agua exceptuando sales de rehidratación oral, jarabes o gotas de vitaminas o medicamentos (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

## Alimentación complementaria

Históricamente las normativas de la alimentación complementaria se han ido modificando a lo largo del tiempo, en el año de 1988 se formó la sociedad internacional para la investigación en leche humana y lactancia, en 1991 se propuso la declaración Inocenti para protección, promoción y soporte, donde se declara que: “todas las mujeres tienen que practicar lactancia materna y que todos los infantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 4 – 6 meses de edad”; a principios del 2000 la Academia Americana de Pediatría formó la organización dedicada a proteger la lactancia materna.(Iycf, 2005)

La alimentación complementaria es un proceso que tiene lugar cuando la leche materna ya no aporta los requerimientos nutricionales necesarios para el lactante o niño pequeño y es indispensable iniciar progresivamente a adicionar a la dieta alimentos líquidos y sólidos; este proceso empieza desde los 6 meses o 180 días hasta los 23 meses, idealmente dura hasta los dos años de edad; es importante considerar que la leche aporta la mitad de los requerimientos hasta el año de vida, si esta dieta no aporta lo necesario existe un aumento en retraso del crecimiento y deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas (Oms, 2010b).

Es necesario mencionar que algunos comités y expertos europeos, no están alineados con las recomendaciones globales de la OMS, ya que la asociación europea de gastroenterología hepatología y nutrición pediátrica concluye que una lactancia materna exclusiva por 6 meses es una meta deseable, pero modificable respetando no iniciar antes de las 17 semanas y no esperar más allá de las 26 semanas. (Tulay et al., 2015). Por otro lado, el panel europeo de comida saludable recalca que la introducción de alimentación complementaria en un niño sano entre los 4 a 6 meses de edad es totalmente segura y no pone en riesgo o causa efectos adversos. (Tulay et al., 2015).

La manera más adecuada de brindar una alimentación complementaria

*Tabla 1. Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 a 23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda*

<b>Edad</b>	<b>Energía necesaria por día, además de la leche materna</b>	<b>Textura</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Cantidad de alimentos que usualmente consumiría un niño promedio</b>
6-8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos aplastados Continuar con la comida de la familia, aplastada	2-3 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se puede ofrecer 1-2 meriendas.	Comenzar con 2-3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml
9- 11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3-4 comidas al día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas	½ vaso o tasa o plato de 250ml
12-23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia picada, si es necesaria aplastada	3-4 comida por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1-2 meriendas	½ vaso o tasa o plato de 250ml

Obtenido de alimentación complementaria página 22 (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Tabla 2 Causas por las que un lactante no obtiene leche suficiente del pecho.

Factores de la lactancia materna	Madre factores psicológicos	Madre condición física	Condición del lactante
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inicio demorado</li> <li>● Alimentación en tiempos fijos</li> <li>● Mamadas poco frecuentes</li> <li>● No se da el pecho por la noche</li> <li>● Mamadas cortas</li> <li>● Mal agarre</li> <li>● Biberones, chupones</li> <li>● Otros alimentos y líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pérdida de confianza</li> <li>● Depresión</li> <li>● Preocupación</li> <li>● Angustia</li> <li>● Aversión a la lactancia</li> <li>● Rechazo al lactante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Píldoras anticonceptivas, diuréticos</li> <li>● Embarazo</li> <li>● Desnutrición grave</li> <li>● Alcohol</li> <li>● Tabaquismo</li> <li>● Retención de fragmentos de placenta</li> <li>● Falla pituitaria(rara)</li> <li>● Falta de desarrollo de los pechos(rara)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedad anomalías</li> </ul>

Tabla obtenida de: Capítulo 7. Manejo de las afecciones del pecho y de otros problemas de la lactancia materna **Tabla 9** (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

#### Medicamentos y o sustancias que aumentan la producción de leche

Los lactogogos son las sustancias o medicamentos que causan un aumento en la producción de leche. Se clasifican en:

*Tabla 3. Medicamentos y o sustancias que aumentan la producción de leche.*

<b>Fármacos</b>		<b>Naturales</b>
Hormonales	Fármacos que aumentan la liberación de prolactina	Pueden tener un efecto psicológico favorable
Preparaciones de estrógenos	Más frecuentes: Metoclopramida	Levadura de cerveza Té de hierbas
Progesterona	Clorpromacina	Bebidas de cereales calientes
O anticonceptivos orales	Raros: Sulpiride Hormona liberadora de tirotoxina	

Información obtenida de: Relactación (Oms, 1998).

### **Conducta de enfermería y la transferencia de leche:**

Es la principal clave fisiológica en la lactancia, el paso inicial para un buen enganche, se necesita una buena estimulación táctil hacia el infante, para que abra su boca en forma de bostezo, mientras que la madre debe presionar su mama usando un agarre en forma de c, de esta manera los dedos participan activamente. el 80% a 90% de la leche es obtenida en los primeros 5 minutos de cada pecho, pero la grasa rica en calorías, es obtenida en el remanente aproximadamente menor a los 20 minutos. Cabe recalcar que el proceso es totalmente distinto con respecto al uso de biberones, provocando cambios en la conducta y aprendizaje del lactante especialmente al momento del traspaso de biberón a mama. La conducta aprendida con respecto al uso de la lengua y la cantidad y volumen de salida varía provocando ira y frustración.

### **Reflejos del lactante que mejoran la lactancia:**

- Búsqueda, succión, deglución.

### **Agarre:**

Debe mantener los siguientes parámetros:

- Mucha areola y tejido
- El pezón constituye un tercio de lo que el lactante debe mantener en su boca, los dos tercios siguientes deben ser tejido mamario y areola, incluyendo los conductos mayores.
- La lengua del lactante debe mantenerse hacia adelante sobre la encía inferior
- Un buen agarre no traumatiza la piel del pezón, debe ser un acto libre de dolor.

### **Succión efectiva:**

Deber ser lentas y profundas a continuación de una deglución visible y audible.

Con liberación espontánea del pecho del lactante cuando se encuentre satisfecho.

### **Causas del mal agarre:**

- Empleo previo del biberón
- Pezones planos o invertidos
- Lactante pequeño o muy débil
- Inexperiencia de la madre
- Falta de ayuda calificada

### **Signos de mal agarre:**

- Más areola por debajo del labio inferior que por encima
- Boca del lactante no muy abierto

- Labio inferior del lactante invertido o con dirección hacia adelante.
- Mentón del lactante separado del pecho materno.

### **Consecuencias de una succión inefectiva:**

- Mastitis, por ingurgitación por obstrucción de los conductos lactíferos.
- Insuficiente aumento de peso del lactante
- Rechazo a ser alimentado, frustración del lactante y retirada del pecho.
- Succión por un largo periodo de tiempo.
- Sobreestimulación del pecho por succión y sobreproducción de leche.

### **Posiciones:**

Una madre relajada y cómoda, sin tensiones, sentada o acostada, con la condición de que sea capaz de sostener al lactante sin la necesidad de inclinar su pecho hacia adelante.

Cualquier posición que la madre haya elegido, se requiere de 4 puntos clave sobre la posición con respecto al niño.

1. El cuerpo del lactante debe estar erguido, con un ligero movimiento de la nuca hacia atrás.
2. Lactante frente al pecho de la madre, vigilando que no sea aplastado por la mama o su abdomen, procurando el contacto visual madre, hijo.
3. Cercanía cuerpo a cuerpo.
4. El cuerpo del lactante debe ayudarse de un medio de sostén, no solo su cabeza, pudiendo emplear la cama, almohadas o los brazos de la madre (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

### **Desarrollo de la leche madura:**

El calostro es el primer compuesto secretado durante los 2 a 3 primeros días después del parto, abundantes en glóbulos blancos, anticuerpos e inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, linfocitos, macrófagos además de presentar un factor epidérmico, el cual promueve el desarrollo de la mucosa gástrica; producidos en pequeña cantidad de aproximadamente 40 a 50 ml en su primer día, ricos en proteínas, minerales y vitaminas liposolubles E, K y A, la cual le brinda su color amarillento característico.

Mientras que la leche de transición, se desarrolla aproximadamente desde el día 7 al 14 y la leche madura que empieza su gran producción a partir de la segunda y cuarta semana después de parto ricas en vitaminas hidrosolubles a diferencia del calostro (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

### **Composición de la leche materna:**

- Grasas
- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Vitaminas y minerales
- Factores antiinfecciosos
- Factores bioactivos.

(Ops/Oms, 2003)

### **Barrera del personal de salud para un adecuado tratamiento de la mastitis**

Gran parte del personal de salud tiene en claro que la mastitis es igual a infección mamaria y esta falta de conocimientos de una adecuada participación ante esta entidad provoca mala consejería, llegando incluso a la suspensión de la lactancia.

La OMS refiere que las matronas y otros agentes de salud necesitan tener conocimientos y destrezas adecuados de manera que puedan ayudar a las madres a establecer la lactancia en el postparto inmediato, a continuar después la lactancia, y a superar las dificultades precozmente antes de que lleguen a ser más serias y puedan poner en riesgo la lactación (Oms, 2000).

### Impacto en la salud

La leche materna es conocida como el alimento más completo que puede consumir el lactante; el impacto nutricional que este tiene, proporciona al lactante una adecuada protección contra enfermedades, ya que la leche materna es una sustancia viva con propiedades inmunológicas y antiinflamatorias (Lowe, 2011). Según la Agencia para la investigación y calidad de la atención médica (AHRQ), la utilización de leche de fórmula se asocia a un aumento de las infecciones infantiles más comunes, como la diarrea y las infecciones de oído (Lowe, 2011); los datos que se reportan, sobre el riesgo de infección aguda de oído, son cien por ciento mayor entre los bebés alimentados exclusivamente con fórmula que entre los que han sido amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (Lowe, 2011). La tabla 4, detalla los riesgos asociados cuando no se ha alimentado exclusivamente con leche materna durante los seis meses:

Tabla 4 Riesgos de salud asociados a no amamantar.

Patología	% IC	Grupos de comparación
<b>Lactantes a término</b>		
Infecciones agudas de oídos (otitis media)	100 (56, 233)	Lactancia materna exclusiva vs fórmula exclusiva
Eczema (dermatitis atópica)	47 (14, 92)	Lactancia exclusiva <3 meses vs 6 meses)
Infecciones gastrointestinales (diarrea y vómito)	178 (144, 213)	Lactancia vs nunca lactancia
Hospitalización por enfermedades del tracto respiratorio inferior en el primer año	257 (85, 614)	Lactancia materna exclusiva por 4 meses vs nunca lactancia
Asma con antecedentes familiares		
Asma sin antecedentes familiares	67 (22, 133)	Lactancia <3 meses vs 6 meses)
Obesidad infantil	35 (9, 67)	Lactancia <3 meses vs 6 meses)
Diabetes mellitus tipo II	32 (16, 49)	Lactancia siempre vs nunca
Leucemia linfocítica aguda	64 (18, 127)	Lactancia siempre vs nunca
Leucemia mielógena aguda	23 (10, 41)	Lactancia nunca vs 6 meses
Síndrome de muerte súbita infantil	18 (2, 37)	Lactancia nunca vs 6 meses
	56 (23, 96)	Lactancia siempre vs nunca
<b>Pretérminos</b>		
Enterocolitis necrotizante	138 (22, 2400)	Lactancia siempre vs nunca
<b>Materno</b>		
Cáncer de mama	4 (3, 6)	Lactancia siempre vs nunca
Cáncer de ovario	27 (10, 47)	Lactancia siempre vs nunca

Cuadro obtenido de: The surgeon general's call to action to support breastfeeding; JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing; 2011; apéndice 2 página 79, traducido por: Andrea Amores Armijos (Lowe, 2011).

El riesgo de hospitalización secundaria a enfermedades del tracto respiratorio bajo es 250 veces mayor en los niños que fueron alimentados con fórmula que los niños que fueron

amamantados con leche materna exclusiva (Lowe, 2011), el reporte de la AHRQ también concluye que la alimentación con fórmula se asocia con mayores riesgos de enfermedades y afecciones crónicas importantes, como diabetes tipo 2, asma y obesidad infantil (Lowe, 2011), las tres de las cuales han aumentado a lo largo del tiempo entre los niños. En comparación con las madres que amamantan, aquellas que no amamantan experimentan un mayor riesgo de padecer enfermedades. El riesgo de cáncer de mama es mayor para las mujeres que nunca han amamantado (Lowe, 2011). De manera similar, el riesgo de cáncer de ovario es un 27 por ciento más alto para las mujeres que nunca habían amamantado que para las que habían amamantado (Lowe, 2011). En general, la lactancia materna exclusiva y la mayor duración de la lactancia materna se asocia con mejores resultados de salud materna.

### Impactos psicosociales

El impacto que tiene la lactancia materna en la psiquis de la madre es un factor determinante para que una madre tenga unión con su hijo, es el deseo de experimentar una sensación de vínculo o cercanía con su recién nacido (Lowe, 2011), algunas mujeres indican que el beneficio psicológico de la lactancia materna, incluida la vinculación más estrecha con sus bebés, es la influencia más importante en su decisión de amamantar. (Bai, Middlestadt, Joanne Peng, & Fly, 2009). La lactancia puede ayudar a reducir el riesgo de depresión posparto, una afección grave que experimentan casi el 13 por ciento de las madres (Lowe, 2011). Este trastorno plantea riesgos no solo para la salud de la madre sino también para la salud de su hijo, particularmente cuando no puede cuidar completamente a su bebé.

## Impacto económico

Existen beneficios económicos asociados con la lactancia materna que las familias, los empleadores, las aseguradoras privadas, gubernamentales y la nación en general pueden realizar. Se estima que las familias que siguieron prácticas óptimas de amamantamiento podrían ahorrar más de \$ 1,200- \$ 1,500 en gastos de fórmula infantil en el primer año (Lowe, 2011). Una mejor salud infantil significa menos reclamos de seguro de salud, menos tiempo de descanso de los empleados para cuidar niños enfermos y una mayor productividad (Lowe, 2011); el aumento de las tasas de lactancia materna puede ayudar a reducir la prevalencia de diversas enfermedades y condiciones de salud, lo que a su vez reduce los costos de la atención médica.

## Impacto ambiental

La lactancia materna también confiere beneficios ambientales globales; la leche humana es un alimento natural y renovable que actúa como una fuente completa de nutrición para bebés durante los primeros seis meses de vida. Además, no hay paquetes ni envases involucrados, a diferencia de las fórmulas para bebés y otros sustitutos de la leche humana que requieren empaques. Por cada millón de bebés alimentados con fórmula, se consumen 150 millones de envases de fórmula (Lowe, 2011); además, las fórmulas para bebés deben ser transportadas desde su lugar de fabricación a las tiendas minoristas, como las tiendas de comestibles, para que puedan ser compradas por las familias. Aunque la lactancia materna requiere que las madres consuman una pequeña cantidad de calorías adicionales, generalmente no requiere contenedores, ni papel, ni combustible para prepararse, ni transporte para entregar, y reduce la contaminación al ahorrar recursos y energía mundial (Lowe, 2011).

## El respaldo de la lactancia materna como la mejor nutrición para bebés

Con respecto a la composición de los nutrientes, la Asociación Dietética Estadounidense declaró: "La leche humana está especialmente diseñada para satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés humanos. Tiene el equilibrio adecuado de nutrientes proporcionados en formas fácilmente digeribles y biodisponibles" (Lowe, 2011). La Academia Americana de Pediatría declaró: "La leche humana es específica de la especie, y todas las preparaciones de alimentación sustitutivas difieren marcadamente de ella, lo que hace que la leche humana sea excepcionalmente superior para la alimentación infantil (Lowe, 2011). Si bien la lactancia materna se recomienda para la mayoría de los bebés, también se reconoce que un pequeño número de mujeres no pueden o no deben amamantar; la lactancia está contraindicada para las madres con VIH, el virus linfotrópico de células T humano tipo 1 o tipo 2, la tuberculosis activa no tratada o las lesiones de herpes simple en la mama (Lowe, 2011; Pediatrics, 2012).

El apoyo y la consejería en la lactancia materna deben estar disponibles de manera oportuna y eficaz; debido a esto se lanzó en el año 1992 la iniciativa de "Hospital amigo del niño", que tiene como objetivo que todos los establecimientos de salud donde las madres dan a luz brinden esta consejería (Oms, 2010); las instituciones de salud pueden ser consideradas como "amigos del niño" siempre y cuando cumplan los diez pasos para una lactancia exitosa, los cuales se detallan a continuación (tabla 5). La estrategia planteada ha demostrado ser efectiva para incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva (Oms, 2010).

*Tabla 5 Diez pasos hacia una lactancia materna exitosa.*

### **Diez pasos hacia una lactancia materna exitosa**

1. Disponer de una política por escrito relativa la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este medicamento indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Obtenido de “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” pág 31(Oms, 2010).

## Lactancia materna a nivel internacional

Los objetivos Nacionales de Healthy People Estados Unidos 2010 solicitaron que el 75% de las madres inicien la lactancia materna, el 50% continúe amamantando durante seis meses y el 25% continúe amamantando durante un año. Healthy People 2010 también incluyó los siguientes objetivos para la lactancia materna exclusiva: 40 por ciento de las mujeres amamanten exclusivamente durante tres meses y el 17 por ciento lo hicieran durante seis meses (Lowe, 2011); Los nuevos objetivos Nacionales, planteados por el Healthy People 2020, plantea un aumento de las metas y tasas de lactancia materna; dentro de los nuevos lineamientos que se quiere implementar y posteriormente cumplir son: aumentar la tasa de lactancia exclusiva hasta los 6 meses a 26%, aumentar los nacimientos en lugares calificados como “amigo del niño” desde 2,9% hasta el 8%, aumentar el número de instalaciones que dan soporte a la lactancia materna del 25% hasta 38% y por último reducir el uso de fórmula a las 48 horas de vida desde un 24% hasta el 14% (Handa & Schanler, 2013).

Según los datos del CDC, en el 2014, el 82,5% de la población de los Estados Unidos dio lactancia materna alguna vez (Centers for Disease Control and Prevention, 2014); por otro lado, del total de la población Americana, se detalla que el 55.3% de la población dio lactancia no exclusiva hasta los 6 meses, mientras que fue exclusiva tan solo el 24,9%, la idiosincrasia de la población determinó que únicamente se dio lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses en un 46.6%. Se recalca que el 27,8% de la población americana introdujo a los lactantes leche de fórmula antes de que cumplan los 3 meses de edad (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Menos de la mitad de todos los recién nacidos vivos a nivel mundial reciben el pecho de la madre dentro de la primera hora de vida (Unicef, 2016); lo que significa que 77

millones de recién nacidos esperan demasiado tiempo para el contacto con su madre; como consecuencia de ello, predispone al recién nacido a vulnerabilidad de condiciones patológicas a futuro, teniendo un impacto negativo en el desarrollo y crecimiento del mismo, tres de cada cinco recién nacidos vivos no reciben los beneficios que proporciona la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de edad; y además, las tasas de lactancia materna disminuyen progresivamente 1/3 entre los 12 y 23 meses de edad. No solo los datos presentados figuran la realidad a nivel mundial, sino que reflejan el desconocimiento total de las ventajas que tiene la leche materna. La lactancia materna no solo es responsabilidad de la mujer, sino que el apoyo debe incluir actores sociales como el gobierno, sistema de salud, comunidades, trabajo y familias de la mujer en periodo de lactancia. La mejora de las tasas de inicio temprano en lactancia materna ha sido lenta en los últimos 15 años, y las tasas globales aumentaron solo 14 puntos porcentuales en general (Unicef, 2016), según la UNICEF, casi dos de cada cinco recién nacidos amamantados recibieron alimentos o líquidos distintos de la leche materna en los primeros días de vida; lo cual es preocupante porque alimentar a los recién nacidos con cualquier otra cosa que no sea la leche materna tiene el potencial de retrasar el inicio de la lactancia materna, y la evidencia es clara de que cuanto mayor sea el retraso, mayor será el riesgo de muerte. A nivel mundial, menos de la mitad de los niños son amamantados hasta los 6 meses de vida; y las tasas de lactancia disminuyen del 74% al 1 año de vida hasta un 46% a los 2 años de vida. En casi todas las regiones, las tasas continuas de lactancia materna son más altas entre las mujeres de los hogares más pobres. A nivel mundial, dos de cada cinco recién nacidos son amamantados exclusivamente hasta los 6 meses (Unicef, 2016).

Comparando los datos actuales con los datos del año 2000, se destacan que se está enfatizando de mejor manera la introducción de alimentación complementaria pasado los

6 meses de vida, pero 1/3 de los lactantes todavía sigue esperando mucho tiempo para la introducción de alimentación complementaria, ya que solo la mitad de los niños entre 6 a 23 meses de edad reciben la cantidad mínima de alimentación complementaria para su edad, y globalmente 1 de cada 6 niños está recibiendo la dieta mínima necesaria para su crecimiento y desarrollo. Es común en muchas partes del mundo dar a los recién nacidos alimentos o líquidos distintos de la leche materna en los primeros días de vida, y esto está vinculado a las tradiciones, normas culturales, prácticas familiares y políticas y procedimientos del sistema de salud, muchos de los cuales no están basados en un sustento científico (Unicef, 2016), por lo tanto crea una discrepancia sobre las guías y lineamientos establecidos a nivel mundial por la OMS y las recomendaciones de la UNICEF sobre lactancia materna. Según los indicadores globales, sacados del Global Databases UNICEF 2016, solo el 45% de la población inicia lactancia materna en menos de una hora y solo el 43% de esta es amamantada exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. En comparación con los recién nacidos que se les dio de amamantar a menos de una hora de haber nacido, el riesgo de morir en los primeros 28 días de vida es un 41% más alto para aquellos que iniciaron el amamantamiento de 2 a 23 horas después del nacimiento, y un 79% más alto para aquellos que iniciaron el amamantamiento un día o más después del nacimiento; es decir, a nivel mundial menos de la mitad de los recién nacidos vivos reciben amamantamiento a la hora de vida (Unicef, 2016).

Menos de la mitad de los recién nacidos amamantados en las regiones de Asia oriental y el Pacífico, Oriente Medio, norte de África y Asia meridional reciben sólo leche materna en los primeros tres días de vida (Unicef, 2016). En Asia oriental y el Pacífico, al 42% de los recién nacidos se les da un líquido a base de leche como la fórmula; además, en el Medio Oriente y el norte de África, el 40% de los recién nacidos recibe líquidos a base

de leche, como agua corriente, agua azucarada o té; es decir, según los datos descritos, el 43% de la población total a nivel mundial proporciona al lactante otras sustancias en los 3 primeros días de vida; a pesar de esto las tasas más altas de lactancia materna exclusiva se encuentran en el sur de Asia, donde casi el 60% de los bebés menores de 6 meses de edad reciben sólo leche materna, seguida de África oriental y meridional con 57% de los niños menores de 6 meses de edad se benefician de esta práctica de lactancia exclusiva; por otro lado, en las regiones restantes, solo un tercio o menos de los bebés se benefician de lactancia materna exclusiva, y los datos de la UNICEF a nivel mundial de lactancia materna exclusiva es de apenas del 43% (Unicef, 2016).

La UNICEF cataloga a la leche materna como segura, no requiere preparación y está disponible incluso cuando el saneamiento ambiental es deficiente y no existe agua potable; la considera más que un simple alimento para bebés, es un medicamento potente para la prevención de enfermedades y que se adapta a las necesidades de cada niño (Unicef, 2016). La lactancia materna mantiene a los bebés a salvo de ambientes antihigiénicos y contaminantes en los alimentos que pueden causar diarrea y provocar la pérdida de nutrientes y la desnutrición. Este beneficio es particularmente importante en entornos humanitarios, donde estos riesgos pueden ser exacerbados. Según la UNICEF, la lactancia exclusiva previene al lactante de infecciones de oído, diarrea y neumonía. Casi la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de todas las infecciones respiratorias podrían prevenirse mejorando las prácticas de lactancia materna en países de ingresos bajos y medios (Unicef, 2016). Se estima que 250 millones de niños menores de cinco años en países de ingresos bajos y medianos corren el riesgo de un desarrollo subóptimo debido a la pobreza y el retraso del crecimiento (Unicef, 2016). La UNICEF desarrolló estrategias para garantizar que las madres que dan de lactar tengan respaldo continuamente, ya que la lactancia no es considerada como el problema de una sola

persona, sino que deben integrarse el gobierno y el personal de salud. Se necesita liderazgo para aprobar y hacer cumplir las leyes y políticas nacionales que reflejan la responsabilidad colectiva de proteger, promover y apoyar la lactancia materna (Unicef, 2016); al promulgar leyes para restringir la comercialización de los sucedáneos de leche materna y controlar su cumplimiento, se puede actuar contra las prácticas comerciales poco éticas y enviar el mensaje de que la lactancia materna es importante y necesaria (Unicef, 2016). Los profesionales de la salud con experiencia en asesoramiento sobre lactancia son necesarios para brindar orientación y apoyo a las madres; los hospitales también deben proteger, promover y apoyar la lactancia materna, mediante el fortalecimiento de los Diez Pasos de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (Unicef, 2016). Las políticas adecuadas deben mantener una participación idónea en aspectos económicos, ecológicos, energéticos y de salud; un ejemplo de ellos en el servicio de investigación económico de Estado Unidos, ha establecido que una buena lactancia materna puede ahorrar cerca de 3600 millones de dólares en alimentación con fórmula en un año, si la prevalencia de lactancia exclusiva aumenta al 75%; y si el 80% de las familiar lo aplicaran se vería un ahorro de aproximadamente 10.5 mil millones de dólares y una prevención de 741 muertes infantiles al año. Los gastos médicos por ambos padres se reducirían en medio millón de dólares por año únicamente evitando estas 3 enfermedades, otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante; mientras que en las comunidades más pobres el costo de la leche sustituta, el uso de biberones y combustible para la preparación de fórmulas podrían significar el 25 hasta el 50% del ingreso familiar (Ensanut, 2014).

En Latinoamérica la tasa de amamantamiento a menos de la hora de vida es apenas del 49% (Unicef, 2016). En comparación con el año 2000, las tasas han mejorado, pero a pesar de esto, más de 77 millones de recién nacidos vivos se les hace esperar mucho

tiempo para el inicio del amamantamiento. El 40% de la población latinoamericana introduce otro tipo de alimentación en los primeros 3 meses de vida. (Unicef, 2016). Por lo tanto, la carencia de conocimiento y sustento científico para no proporcionar lactancia exclusiva es totalmente deficiente. Los datos obtenidos en Latinoamérica son más desfavorables con respecto a lactancia exclusiva, ya que alcanza un 33% (Unicef, 2016).

Si se compara la tasa de lactancia materna exclusiva del año 2000 con la del 2015, en Latinoamérica solo se ha aumentado un 3%. Es decir, a pesar del esfuerzo que los organismos internacionales y nacionales que han promocionado y recalado para crear una política y compromiso para la lactancia exclusiva, en realidad muy poco ha contribuido para el desarrollo total a nivel mundial, y más aún a nivel de América Latina, ya que, en el 2000, la lactancia materna era solo del 30% (Unicef, 2016).

#### Lactancia materna Ecuador

Las prácticas de promoción en el tema de lactancia materna son respaldadas mediante la ley de maternidad gratuita, la cual brinda apoyo y protección a la madre en periodo de lactancia, parto y posparto, así como la cobertura de tratamientos de enfermedades de transmisión sexual, excepto VIH/SIDA, cubre emergencias obstétricas, incluso las derivadas de violencia intrafamiliar; de este modo, y en conjunto con el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, crean una estrategia sólida en la salud pública, brindando campañas continuas de promoción de la lactancia. Ejemplo de este la campaña tu leche es amor (Unicef, 2014). Los medios gubernamentales implementados tratan de generar estrategias sociales; brindando calidad al aporte energético calórico tanto a ellas como a sus niños, especialmente a menores de 5 años mediante los programas mi bebida y mi papilla.

Existen estudios de campo necesarios para evaluar la cobertura de la lactancia a todo el país mediante el censo en las encuestas nacionales de salud y nutrición; Existe una correlación con la literatura internacional con respecto a la importancia en el tiempo de la lactancia exclusiva, al beneficio inmunológico que puede brindar únicamente la leche materna, la disminución en los cuadros de síndrome metabólico en la vida adulta en comparación con adultos alimentados con leche de fórmula (Ensanut, 2014).

En el Ecuador la práctica de lactancia exclusiva en el año 2012 tuvo un 43,8%, planteándose como meta en el Plan nacional del Buen Vivir 2013-2017 y el Plan nacional de Desarrollo 2017-2021 aumentar hasta un 64%, meta que requiere acciones de promoción, educación, protección y apoyo.

En el año 2012 UNICEF junto a sus aliados, lanzó la propuesta en el Ecuador “comunicación para el desarrollo” (C4D) para la promoción de la lactancia materna, los principales motivos para implementarlos fueron las tasas de lactancia exclusiva en el país de un 46%, la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 2 años del 24% y el promedio de la lactancia materna exclusiva de los 2,7 meses. Tomando en cuenta que las causas por las cuales las mujeres no amamantan a sus bebés son: 1. La inadecuada información oportuna, promoción incompleta por parte del personal de salud, o debido a la masiva propaganda de sucedáneos, los mitos sobre la lactancia y el desconocimiento sobre las leyes que protegen a la mujer en lactancia en su entorno laboral y 2. La ausencia de un entorno favorable en la familia, comunidad o su lugar de trabajo debido a la falta de apoyo del padre en el periodo de lactancia, la escasez de bancos de leche o grupo de apoyo en su comunidad y la ausencia de lugares de trabajo que no proporcionan protección a la lactancia, sea por la ausencia de salas de amamantamiento o guarderías (Unicef, 2014).

Una vez planificada esta estrategia de promoción se planificaron los siguientes objetivos, la sensibilización de mujeres embarazadas, madres y familias a conocer los beneficios de la lactancia materna, la implementación de políticas públicas al ministerio de salud, en la reactivación de la estrategia Hospital Amigo del niño y la creación de grupos de apoyo comunitario, la estrategia posicionar la lactancia como método de erradicación de la desnutrición infantil en los medios de comunicación y la sensibilización e implementación de políticas que protejan la lactancia en el ámbito laboral, ya sea mediante la creación de lactarios o salas de amamantamiento (Unicef, 2014).

La promoción de la lactancia materna mejora no solamente la salud materna e infantil en el Ecuador, sino también proporciona un ahorro importante en seguros públicos, privados y en horas de trabajo no realizado. Se debería implementar una propuesta de promoción que incluya de mejor manera al personal de salud, enfermeros, consejeros y médicos para que incrementen el tiempo de lactancia materna, para observar de esta manera beneficios importantes a nivel de interés económico nacional (Ensanut, 2014).

### [Barreras del personal de salud sobre el amamantamiento](#)

El déficit de conocimiento sobre lactancia materna tiene como origen limitaciones en la educación y práctica, como consecuencia de esto, un desmerecimiento en la importancia de la lactancia materna (Spatz & Pugh, 2007). Para un conocimiento apto y una consejería de calidad se debe tener presente a la lactancia como algo integral y natural; teniendo en cuenta que las barreras socioculturales y demográficas, impiden el curso de comportamiento natural entre la madre y el niño. La lactancia materna no es solo el alimento ideal para el lactante; sino que es considerado como un proceso natural biopsicosocial que envuelve la supervivencia de la especie (Spatz & Pugh, 2007), proveyendo grandes ventajas para la madre y el lactante; como el contacto piel con piel y

el apego y vínculo entre los dos, ventaja que la leche de fórmula no tiene. Estas imposiciones y reglamentos que impiden respetar la naturaleza del ser humano son tabúes impuestos por la cultura y el personal de salud de cada región; ya que estos no son capaces de aclarar y dar una adecuada consejería por la falta de conocimiento y preparación en su vida profesional, dando como consecuencia una ausencia de educación sobre lactancia materna a la población, ya que se la considera como un tema irrelevante, sin tomar en cuenta la importancia de su conocimiento y desarrollo como especialidad.

Una adecuada lactancia materna tiene un rol importante en el desarrollo y crecimiento del lactante, previniendo enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas. Actualmente hay una falta de contenido de lactancia integral en los planes de estudio de enfermería y medicina. La lactancia materna es fundamental para la salud materna e infantil y disminuye la morbilidad y la mortalidad (Spatz & Pugh, 2007). El personal de salud de cabecera debe cumplir el rol de educadores de pacientes, y deben tener bases firmes en conocimientos sobre todos los aspectos de la lactancia materna y los beneficios de la leche humana (Spatz & Pugh, 2007). El personal de salud principalmente ha renunciado a su capacidad de supervisar y aconsejar a las madres que amamantan; esto da inicio a una propuesta que consiste que todo el personal de salud debe poseer una sólida base de conocimientos teóricos y clínicos para poder asistir a cualquier mujer que amamanta, y gracias a esto todos los programas de escuelas de enfermería y medicina deberían integrar este tema en todos los niveles del plan de estudios (Spatz & Pugh, 2007). Propuesto este escenario, es esencial que la leche humana y la información sobre la lactancia se intercalan a lo largo del plan de estudios.

El Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos (USBC) plantea y considera que la lactancia materna debe ser priorizada como un problema crítico de salud pública (Spatz, 2014); este comité aboga para que todos los profesionales de la salud incrementen sus

competencias en conocimiento y destreza en el tema de lactancia, y para realizar este objetivo, ellos han planteado una propuesta: “competencias básicas en la atención y los servicios de lactancia para los profesionales de la salud” (Spatz, 2014); el cual consta de lineamientos donde se enfocan en tres categorías para brindar soporte, esas categorías son: conocimientos, destrezas y actitudes (Committee, 2010). Estas categorías son consideradas las claves y el sustento en que cualquier programa educativo en lactancia materna debe tener y las tres deben estar interconectadas. El conocimiento sobre lactancia materna proviene de diferentes vías: el conocimiento incorporado, el conocimiento indirecto, el conocimiento basado en la práctica y el conocimiento teórico formal basado en evidencia de investigación (Dykes, 2006). El conocimiento incorporado sobre lactancia materna se considera un conocimiento subjetivo que se lo adquiere mediante las percepciones de una persona; el conocimiento indirecto sobre lactancia materna proviene de la experiencia en observar a una mujer la técnica que ella tiene de dar de lactar, de la misma manera, el conocimiento basado en la práctica se refiere al que se adquiere cuando el personal de salud indica a la paciente como es la técnica correcta; por otro lado el conocimiento formal se lo genera cuando existen oportunidades de aprendizaje estructurado dentro de la educación de una persona, en este caso del equipo de salud (Dykes, 2006). Debido a esto, el programa de residencia creado por la Academia Americana de Pediatría (AAP), se basa en entrenar a los profesionales en las tres categorías antes descritas; el programa tiene fases donde explotan la total dedicación y capacidad en actitud, conocimiento y destreza sobre la lactancia materna (Feldman-Winter et al., 2010); consiste en una preparación integral y humanitaria, en donde los profesionales son entrenados con una visión global para ser expertos en asistencia y consejería en lactancia materna (Feldman-Winter et al., 2010). Como efecto directo en la lactancia materna, los médicos que aprobaron el currículo incrementaron los

conocimientos, aumentaron el número de madres asistidas en lactancia materna, aumentaron los números de consejería sobre la alimentación del lactante, y mejoraron la explicación sobre las técnicas en lactancia materna; así como también mejoraron la confianza que tienen sobre sus conocimientos en el tema (Feldman-Winter et al., 2010). Este programa demuestra que los residentes que fueron entrenados con este currículo propuesto mejoraron las falencias que tenían en lactancia materna, mejoraron la confianza que ellos tuvieron con respecto al tema, mejoraron el abordaje y la importancia que se le da a la lactancia materna, así como también el impacto que tiene el promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (Feldman-Winter et al., 2010).

El comité de Lactancia Materna plantea que todos los profesionales de la salud, por lo menos, deben entender el rol que cumple el amamantamiento y la leche materna en el desarrollo del lactante; el comité también propone que los profesionales de la salud deben facilitar el proceso del amamantamiento, preparando a las familias sobre las expectativas y proveyendo a la madre de un equipo disciplinado que le puede brindar soporte con conocimientos científicos en lactancia materna (Spatz, 2014) (Committee, 2010). Las competencias que el Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos propuso se basan en lineamientos específicos que todo profesional de la salud debe tener, los cuales se detallan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 6 Competencias básicas en lactancia materna para profesionales de salud.

### **Competencias básicas en lactancia materna para profesionales de salud**

#### **Conocimiento:**

Todos los profesionales deben comprender:

Anatomía y fisiología de la lactancia.

Como la leche materna previene enfermedades.

Importancia de la lactancia materna exclusiva.

Prácticas en el embarazo y el parto que influyen la lactancia.

Factores sociales y culturales que influyen la lactancia.

Riesgos del consumo de leche de fórmula.

Contraindicaciones para la lactancia materna.

Cuándo y cómo acudir a servicios de ayuda para lactancia materna.

Capacitación para familiares.

Rol de las compañías que promocionan leche de fórmula. Cumplimiento del código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

### **Destrezas:**

Todos los profesionales de salud deben ser capaces de:

Proteger, promover y apoyar la práctica de lactancia materna.

Elaborar una historia clínica completa de lactancia y advertir de los factores que influyen esta.

Referir y buscar ayuda de expertos en lactancia materna.

Proteger la confidencialidad.

Usar nuevas tecnologías para asegurar actitudes prácticas basadas en evidencia.

### **Actitudes:**

Todo el personal de salud debería:

Valorar la leche humana y la lactancia como un problema de salud pública.

Reconocer y respetar las creencias culturales relacionadas con la lactancia materna.

Respetar la confidencialidad.

No dejarse influenciar por las compañías que promocionan la fórmula.

Buscar colaboración con instituciones interdisciplinarias de lactancia.

Promocionar el desarrollo de programas de lactancia entre colegas.

Dar soporte y consejería a colegas que estén dando de lactar.

Dar soporte a políticas locales o de estado.

Obtenido de “Core competencies in human milk and breastfeeding: Policy and practice implications for nurses” página 298, traducido por: Andrea Amores Armijos (Spatz, 2014).

Tanto la falta de conocimiento y habilidades del personal de salud, como las actitudes desfavorables hacia la práctica de la lactancia materna, pueden influir negativamente en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia (de Jesús, de Oliveira, & Fonseca, 2016); además, la falta de capacitación representa una de las causas de la ineficacia de la práctica profesional (de Jesús et al., 2016). El personal de Salud es continuamente identificado por las madres como la fuente confiable de información y orientación con respecto a la lactancia materna; por lo tanto, es importante que los médicos, especialmente los pediatras, demuestren competencias para apoyar la lactancia. La educación inadecuada y la capacitación inadecuada de los médicos se han identificado como las principales barreras para la lactancia materna (Handa & Schanler, 2013); la educación sobre la lactancia materna no es un elemento central de la mayoría de los programas de residencia o escuela de medicina (Handa & Schanler, 2013). Algunas estrategias de implementación que se han recomendado para este problema, incluyen mejorar el contenido de la lactancia materna en la educación y capacitación de pregrado y posgrado para profesionales de la salud (Handa & Schanler, 2013).

La Academia de Medicina de la Lactancia Materna (ABM) promueve la educación médica sobre la lactancia materna para desarrollar las competencias en este tema; la ABM indica que es necesario optimizar la educación y el entrenamiento de los médicos, en especial de los pediatras, y esta optimización mejorará la competencia de los profesionales de la salud con respecto a la lactancia materna (Handa & Schanler, 2013).

Dentro de los Lineamientos que tiene la Iniciativa “Hospital amigo del niño”, creada por la UNICEF en 1990, el segundo paso: “Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política”, se refiere a la capacitación para adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para implementar normas y rutinas hospitalarias en lactancia materna (de Jesus et al., 2016); la preparación en el tema sobre Lactancia materna debe ser considerado como un deber y obligación del personal médico.

## Capítulo 3

### Materiales y métodos

#### 3.1. Problema de investigación:

No existen investigaciones a nivel nacional que permitan conocer e identificar cual es el conocimiento de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras, con respecto al tema de lactancia materna en Ecuador. Es imprescindible cuantificar a la población de trabajadores de la salud que conocen, dirigen y manejan consejería sobre lactancia materna en madres y recién nacidos; de esta manera podremos demostrar y evaluar sus conocimientos teóricos y posteriormente comparar el nivel de educación y praxis que se tiene en nuestro país con respecto a las carencias y falencias de este tema.

#### 3.2 Objetivos:

##### 3.2.1. Objetivo General:

- Describir el conocimiento e identificar las barreras sobre lactancia materna en médicos pediatras, gineco-obstetras, médicos residentes asistenciales y licenciadas en enfermería que se encuentran en los servicios de: consulta externa de neonatología, hospitalización de neonatología, centro quirúrgico de obstetricia, centro quirúrgico de ginecología, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de Octubre a Diciembre del año 2018.

##### 3.2.2. Objetivos Específicos:

- Cuantificar la cantidad de profesionales de la salud que tiene un conocimiento apto sobre lactancia materna dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.
- Determinar cuáles son los profesionales de la salud más calificados (médicos gineco-obstetras, médicos pediatras, licenciadas en enfermería, médicos

residentes y médicos asistenciales) en conocimientos para brindar una adecuada consejería sobre lactancia materna.

- Evaluar si el tiempo de trabajo y experiencia determinan mejores conocimientos sobre lactancia materna.
- Jerarquizar las falencias más comunes de la encuesta de conocimiento, y así determinar cuáles son los temas que se deben reforzar sobre lactancia en el personal de salud del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.
- Identificar las barreras más comunes que influyen en el conocimiento sobre lactancia materna.
- Establecer las barreras educacionales que el personal de salud tuvo durante su formación académica sobre asesoría en lactancia, el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentación complementaria.
- Establecer las barreras socio-culturales más comunes que identifican los profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

### 3.3. Hipótesis:

Los profesionales de la salud que laboran en el HGOIA conocen sobre lactancia materna.

### 3.4. Hipótesis alternativa:

Los profesionales de la salud que laboran en el HGOIA no conocen sobre lactancia materna

### 3.5. Hipótesis estadística:

El 50 % de los profesionales de la salud que laboran en el HGOIA conocen sobre lactancia materna.

### 3.6. Metodología:

El evaluación sobre conocimientos y barreras en lactancia materna fue aplicada a manera de un cuestionario impreso de 29 preguntas en total, llevada a cabo por parte de los investigadores, en el personal de salud (médicos gineco-obstetras, médicos pediatras, licenciadas en enfermería, médicos residentes asistenciales), que laboran actualmente en los servicios de consulta externa de neonatología, hospitalización de neonatología, centro quirúrgico de gineco obstetricia, hospitalización de ginecoobstetricia, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal; que pertenecen a al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Una vez realizada la evaluación, se creó una base de datos utilizando los programas de Excel y SPSS versión 25, se procedió al análisis de cada una de las variables descriptivas y se utilizó correlaciones de acuerdo a cada uno de los casos, utilizando t-de student o chi2.

### 3.7. Diseño

#### 3.7.1. Tipo de estudio:

Es un estudio transversal de tipo cuantitativo para determinar el conocimiento y barreras de los profesionales de la salud en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

#### 3.8 Procedimiento de recolección de información:

Se procedió a preguntar si la persona está interesada en participar en el estudio de investigación y a explicar en qué consiste la presente. Los investigadores explicaron el

consentimiento informado (adjunta en el **Anexo 11.1**) a los profesionales antes mencionados que aceptaron participar en el estudio, se les detalló los parámetros de confidencialidad y anonimización de los datos obtenidos y se solicitó la firma confirmando su consentimiento de participación en el presente estudio. Los investigadores explicaron a los profesionales de la salud que hayan decidido participar que los datos son de uso exclusivo para la investigación y que su identidad no será comprometida ni divulgada; además se le informó que se puede retirar en cualquier momento del estudio sin ninguna repercusión física, económica o verbal. Posteriormente se les asignó un número y se les entregó la evaluación (adjunta en el **Anexo 11.2**). La evaluación fue llenada en ese momento y no pudo ser llevada a ningún lugar fuera de la institución; el tiempo de realización de la evaluación fue de 30 minutos aproximadamente.

3.9. Procedimientos de diagnóstico e intervención: no aplica.

3.10. Plan de análisis de datos:

Al contar con la información respectiva, se procedió a elaborar una base de datos en Excel y se procesaron en SPSS versión 25; posteriormente se realizó el análisis universal para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión (promedio, desviación estándar y rango intercuartílico); se calcularán las pruebas de significancia estadística chi cuadrado con un valor  $p < 0,05$ .

3.11. Muestra

Se determinó que se trabajará con el número total del personal de salud que conforman el universo, es decir 309 personas; de la cual está compuesta por: 190 licenciadas en enfermería, 29 médicos residentes asistenciales, 33 pediatras y 57 gineco-obstetras.

### 3.12. Criterios de inclusión:

Profesionales de la salud que trabajen actualmente dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y que acepten participar en el presente estudio.

Licenciados en enfermería.

Médicos residentes asistenciales.

Médicos Especialistas en Pediatría.

Médicos Especialistas en Gineco- Obstetricia.

### 3.13. Criterios de exclusión:

Profesionales de la salud que no pertenezcan a las especialidades antes mencionadas.

Profesionales de la salud que trabajen actualmente dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora que no acepten participar en el presente estudio.

### 3.14 Delimitación de tiempo

#### Cronograma de trabajo

##### Cronograma de trabajo mensual

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>DICIEMBRE</b>	<b>ENERO</b>
Inicio de recolección de datos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora	✓	✓				
Procesamiento de datos		✓	✓			
Escritura de datos y análisis			✓	✓		
Presentación de trabajo de titulación				✓	✓	✓
Defensa de trabajo de titulación						✓

## Capítulo 4.

### 4.1. Justificación:

La lactancia materna no tiene un enfoque adecuado en nuestro medio. Actualmente se desconoce el nivel de conocimiento de los profesionales de Salud en cuanto a la lactancia materna.

Por lo tanto, las bases del conocimiento con respecto a la consejería y lactancia materna deben ser sólidas y con sustento científico para evitar una consejería de calidad deficiente, ya que el impacto que esto conlleva es la mal nutrición del recién nacido, causando déficit en su crecimiento y desarrollo, además de enfermedades que podrían poner en riesgo la vida del lactante y durar toda su vida.

No se cuentan con estudios realizados a nivel nacional que evalúen los conocimientos del personal de salud con respecto a lactancia materna, y tampoco se han descrito las barreras que pueden influir en su conocimiento. Concomitantemente la lactancia materna beneficia a la madre reduciendo el riesgo de hemorragia postparto, cáncer de ovario y de mama.

El presente trabajo de investigación está dirigido a analizar el conocimiento que el personal de la salud tiene con respecto a la lactancia materna y las barreras que limitan la aplicación de los mismos.

### 4.2. Aspectos bioéticos

Se utilizó el consentimiento informado de la OMS (anexo # 11.1) para obtener la respectiva autorización y permiso por parte de los participantes en el estudio. Dicho consentimiento contiene la información detallada sobre el estudio, de manera clara y con un lenguaje entendible para los participantes; los cuales voluntariamente pueden aceptar

o no la participación en el mismo. El Dr. Ramiro Moya, autor de la Evaluación “Ramiro Moya”, autorizó la utilización y la modificación necesaria de su herramienta para la realización de este estudio. (Anexo #11.2).

El protocolo de investigación fue aprobado por parte del comité de ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, oficio número:FM-00259-18, y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, memorando Nro. HGOIA – PACG - 1860.

El principio de beneficencia en el estudio prima en el bienestar del binomio madre- hijo, aumenta y prioriza los derechos de una adecuada nutrición infantil, posteriormente mejorando la calidad de vida, desarrollo físico, emocional e intelectual de niños en periodo de lactancia y su vida adulta. Además fomenta interés en el conocimiento del personal de salud en su rol en esta crucial etapa vital y permite conocer las falencias en el sistema educativo de profesionales de la salud, para mejorar su preparación, calidad de atención integral, actitudes y conocimientos, evitando conflictos de intereses en ámbitos sociales, culturales, comerciales y financieros sobre todo con los demás principios de la bioética médica, especialmente la no maleficencia tratando de no incentivar el uso de sucedáneos de la leche materna, a no ser realmente necesarios en casos específicos evitando la consecuencias a largo plazo en el niño y disminuyendo la influencia de las casas farmacéuticas o entidades que producen o comercializan chupones, tetinas o los sucedáneos haciendo de ésta, una práctica no saludable y antinatural.

## Capítulo 5

### 5.1. Metodología

283 profesionales de la salud consintieron participar en el estudio, previa su confirmación hasta una tercera llamada en el que se incluyeron médicos especialistas en pediatría y ginecología, médicos asistenciales y personal de enfermería, de las áreas de los servicios de consulta externa de neonatología, hospitalización de neonatología, hospitalización de gineco obstetricia, centro quirúrgico de obstetricia, centro quirúrgico de ginecología, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal del Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora . La información tomada fue recolectada a base de una herramienta tipo cuestionario de opción múltiple sobre conocimientos en lactancia materna y sus barreras con un total de 29 preguntas, de las cuales 15 pertenecen específicamente para evaluar el conocimiento con un cálculo ponderado a una calificación mayor al 70%, porcentaje tomado en base del estudio del año 2018 Breastfeeding Resident Education Study (BRESt). Un grupo de 8 preguntas demuestran la utilización correcta de medios farmacológicos o naturales que aumenta o disminuyen la cantidad de leche materna, causas de morbilidad infantil a la administración de alimentación complementaria inadecuada, anticonceptivos óptimos y puntos clave en el respeto código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en niños menores de 6 años. Por último 6 preguntas sobre las barreras que el personal de salud tuvo, durante su preparación en pregrado o posgrado para aprender temas básicos de lactancia y consejería.

Previo la realización del cuestionario, el personal de salud tuvo que leer o conocer el consentimiento informado estipulando, la confidencialidad de los participantes, el uso netamente académico de la información, el tiempo estimado aproximadamente de 30 minutos para la realización del mismo y la aceptación en la participación del estudio

mediante una firma y fecha al final de la hoja. Finalizada la recolección de la información, los datos fueron trasladados a una base de datos en el programa Excel, por medio de la utilización de una plataforma en Google forms, se modificó a razón de un código numérico para exportarlo al paquete estadístico SPSS versión 25, donde se procedió a la medición de frecuencias, cruce de variables, análisis estadístico mediante la prueba estadística chi cuadrado y formación de gráficos representativos del estudio.

## Capítulo 6

### 6.1. Resultados:

De los 283 encuestados el 62% corresponden a profesionales de enfermería. El 43% laboran en el Centro obstétrico.

La mayoría de profesionales labora más de 6 años en la institución (tabla 7)

*Tabla 7 Tiempo de trabajo en la institución.*

		Tiempo de trabajo				Total
		< 1 año	1 a 3 años	4 a 6 años	> 6 años	
Profesión	Gineco Obstetra	9	12	10	16	47
	Personal de enfermería	28	33	43	73	177
	Pediatra	3	7	5	14	29
	Residente asistencial pediatría	8	14	7	1	30
Total		48	66	65	104	283

Treinta y tres participantes (11.7%) aprobó la encuesta de conocimientos con más del 70% de respuestas válidas. Siendo los residentes, el grupo con mejor porcentaje de aprobación (tabla 10). El análisis cruzado entre el nivel del conocimiento respecto de la profesión está altamente relacionado, los residentes asistenciales demuestran un mayor porcentaje de conocimiento, a diferencia del nivel menor de conocimiento respecto al grupo profesionales de enfermería (chi cuadrado: 28; p: 0,000).

*Tabla 8 Aprobación de conocimientos según profesión.*

Profesión	Aprueba	No aprueba	p
Gineco Obstetra	8 (17,0%)	39 (83,0%)	,000
Lic. de enfermería	8 (4,5%)	169 (95,5%)	,000
Pediatra	7 (24,1%)	22 (75,9%)	,000
Residente asistencial	10 (33,3%)	20 (66,7%)	,000
TOTAL	33 (11,7%)	250 (88,3%)	

No se encontró diferencia entre el tiempo de trabajo y la aprobación de conocimientos. El nivel de conocimiento no se encuentra relacionado con el tiempo de trabajo. Independiente de la experiencia adquirida, no es un factor significativo para conocer sobre lactancia materna (chi-cuadrado: 2,524; p: 0,471).

*Tabla 9 Aprobación de conocimiento según tiempo de trabajo.*

Tiempo de trabajo	Aprueba	No aprueba	P
< 1 año	6 (12,5%)	42 (87,5%)	,471
1-3 años	9 (13,6%)	57 (86,4%)	,471
4 a 6 años	4 (6,2%)	61 (93,8%)	,471
> 6 años	14 (13,5%)	90 (86,5%)	,471

Se encontró que los profesionales que laboran en la clínica de adolescente tienen más conocimientos sobre lactancia, seguidos por los profesionales que laboran dentro de hospitalización de neonatología. El nivel de conocimiento respecto al servicio donde laboran es significativo, es decir el 100% del personal de salud del área de consulta externa prenatal y consulta externa de neonatología no aprobaron, mientras que el 11,1% personal de emergencia y hospitalización de ginecología aprobaron (chi-cuadrado:15,37; p: 0,018).

*Tabla 10 Aprobación de conocimiento según lugar de trabajo.*

Lugar de trabajo	Aprueba	No	p
Centro quirúrgico	10 (8,1%)	113 (91,9%)	,018
Clínica de adolescentes	7 (35,0%)	13 (65,0%)	,018
Consulta externa de neonatología	0 (0,0%)	7 (100,0%)	,018
Consulta externa prenatal	0 (0,0%)	13 (100,0%)	,018
Emergencias	2 (11,1%)	16 (88,9%)	,018
Hospitalización de gineco obstetricia	3 (11,1%)	24 (88,9%)	,018
Hospitalización de neonatología	11 (14,7%)	64 (85,3%)	,018

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no influye estadísticamente si el personal de salud tuvo o no hijos, el 88,9% de los que no aprobaron tuvieron hijos, mientras que el 11,1 % de los que si aprobaron tuvieron hijos, (chi-cuadrado 0,226; p: 0,634).

*Tabla 11 Hijos y conocimiento.*

Hijos si	23 (11,1%)	184 (88,9%)	,634
Hijos no	10 (13,2%)	66 (86,8%)	,634

*Tabla 12 Barreras y conocimiento.*

Barreras	N	aprueba	No aprueba	p	Chi-cuadrado
23. tuvo educación en pregrado y post de lactancia materna					
Si	90 (31.8%)	16,7%	83,3%	0,04	6,456
No	191 (67.5%)	8,9%	91,1%	0,04	6,456
Sin respuesta	2 (0.7%)				

24. cuantas horas de teoría y práctica					
1 a 5 horas	90 (31,8%)	7,8%	92,2	0,309	5,967
5 a 10 horas entre	58 (20,5%)	10,3%	89,7%	0,309	5,967
entre 1 a 3 días	20 (7.1%)	5,0%	95%	0,309	5,967
más de 3 días	7 (2.5%)	28,6%	71,4%	0,309	5,967
14 semanas	13 (4,6%)	15,4%	84,65	0,309	5,967
Sin respuesta	95 (33,6)	15,8%	84,2%	0,309	5,967
25. lactancia materna como materia exclusiva					
De acuerdo	260 (91,9%)	12,7%	87,3%	0,192	3,305
Desacuerdo	22 (7.8%)	0%	100%	0,192	3,305
Sin respuesta	1 (0,4%)				
26. deben preparan de mejor manera a los médicos y enfermeras con respecto a lactancia materna					
De acuerdo	270 (95,4%)	12,2%	87,8%	0,180	1,799
Desacuerdo	13 (4,6%)	0%	100%	0,180	1,799
27. cree que las instituciones educativas, preparan mejor a los estudiantes					
Si	101 (35,7%)	16,8%	83,2%	0,043	4,077
No	182 (64,3%)	8,8%	91,2%	0,043	4,077
28. tendría tiempo para asistir a una preparación de 14 semanas					
Si	84 (29,7)	15,5%	84,5%	0,409	1,787
No	198 (70%)	10,1%	89,9%	0,409	1,787
Sin respuesta	1 (0,4%)				

En la pregunta 23, 171 (67,5%) participantes, no recibieron educación en pre o posgrado sobre lactancia materna, aprobando únicamente un 8,9%, mientras que 90 participantes (31,8%) del personal de salud tuvo dicha educación con un porcentaje de aprobación del 16,7 %, existiendo una relación significativa entre haber recibido educación sobre lactancia. (Chi cuadrado 6,4 con una p: 0,04). En la pregunta 24, no se encontró relación significativa alguna entre el grupo aprobado sobre el tiempo de horas dedicados. (Chi cuadrado 5,967, p: 0,309). La pregunta 25, el 87% de los que no aprobaron, estaban de acuerdo de los 260 (91,9%) del personal en tener lactancia materna como pensum en

estudios de, pre o posgrado, Sin embargo, no hubo relación estadística entre estas dos variables. (chi -cuadrado 3,305, p: 0,192). Dentro de la pregunta 26, el 87,8 del personal de salud que no aprobó refiere que, si se deben capacitar de una mejor manera con respecto a lactancia materna 270 (95,4%) encontrando una prueba p no significativa (chi-cuadrado 1,799, p: 0,180).

La pregunta 27, que plantea si las instituciones educativas preparan de mejor manera a sus estudiantes y respondieron que no lo hacen 182 (64,3%), el 91,2% del personal de salud no aprobó el cuestionario y el 8,8% lo aprobó, mientras que el personal que respondió que si los preparan de mejor manera 101 (35,7%), aprobó un 16,8%, teniendo valor p significativo. (chi- cuadrado: 4,077: p: 0,043). La pregunta 28, El tiempo disponible del personal de salud para asistir a un curso de capacitación de 14 semanas, no fue significativo con respecto a si conoce sobre lactancia o no, es decir el 89,9 % de los que no aprobaron, no tienen tiempo 198 (70%); mientras que el 15,5% de los que aprobaron respondieron que si 84 (29,7%). (chi- cuadrado 1,787; p: 0,409).

#### Preguntas de opción múltiple.

En cuanto a las consecuencias que causa en un niño empezar la alimentación complementaria antes de tiempo, según los profesionales de la salud encuestados los resultados obtenidos de las tres principales respuestas escogidas son: diarrea seguido de alergia alimentaria y desnutrición; siendo diarrea y la desnutrición dos de las tres principales consecuencias, pero en el caso de la neumonía sólo un 11 % de los profesionales la escogieron mostrándonos así; que las infecciones como la neumonía no representa una consecuencia de gran importancia para los profesionales encuestados. (chi- cuadrado: 157,38; p: 0,000).

Tres principales razones para que una madre tenga poca leche.

Con respecto a las principales razones para que una madre tenga poca leche; y analizando las respuestas según los encuestados la succión inefectiva y la posición inadecuada del lactante corresponden a más del 50 % de las causas, por lo tanto; estos sencillos problemas que además de ser los más comunes (Oms, 2010); son los que tienen la más sencilla resolución con una correcta consejería por parte de los médicos y enfermeras, que podría implementar mejoras en los comportamientos de las madres y evitar tabúes y miedos. La opción menos relevante fue pastillas anticonceptivas con hormonas progestágenos, (chi cuadrado 187,49, p: 0,000).

Entre los medicamentos que el personal de salud conoce que aumentan la producción de leche con un valor significativo (chi-cuadrado 572,939; p: 0,000), los más comunes fueron la metoclopramida en un 63% y la domperidona en un 17 % y según el sustento bibliográfico (Oms, 2010) cataloga a estos medicamentos ya mencionados como los únicos lactogogos válidos para estimular el aumento de la producción de leche ; pero cabe recalcar que estos medicamentos son útiles siempre y cuando la mujer reciba consejos adecuados y prácticos conjuntamente con posición y succión adecuado; con una prueba estadística (chi cuadrado: 557,497; p: 0,000).

Según podemos notar lo profesionales encuestados escogieron en su mayoría los líquidos como un ayudante o colaborador al aumento de la producción de leche sin embargo la pregunta claramente menciona que tengan evidencia científica que usted conozca y la creencia que los líquidos aumentan la producción de leche en una madre, es un dicho popular y no algo que tenga evidencia clara. En segundo lugar, fueron escogidas las respuestas correctas esto demuestra el conocimiento de su relación con la lactancia. (chi cuadrado: 557,497; p: 0,000).

La importancia de saber cuáles son los medicamentos que disminuyen la producción de leche deriva no solo en la posible frustración de una madre que no le brinde la cantidad adecuada a su hijo sino también que esta puede recurrir a sucedáneos de la leche por las creencias populares y los anuncios, es ahí donde entran los profesionales de la salud para explicar y guiar a las madres; a pesar que todos nosotros estamos conscientes de esto; podemos ver que no hay una base clara de cuáles medicamentos no son recomendados en esta etapa según (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010) todas estas opciones disminuyen o inhiben la producción de la leche, excepto los progestágenos. Esto significa que solo el 10 % de los encuestados considera que los progestágenos inhiben la producción de leche, demuestran que el conocimiento con respecto a la utilización de métodos de planificación familiar durante la lactancia es mayormente acertado (chi-cuadrado: 66,925; p: 0,000).

Los métodos de planificación familiar óptimos para una mujer que está en su periodo de lactancia es cualquier método que no tenga como principio activo los estrógenos por lo tanto los anticonceptivos orales combinados no se deben utilizar en el periodo de lactancia (chi- cuadrado 123,623; p: 0,000)

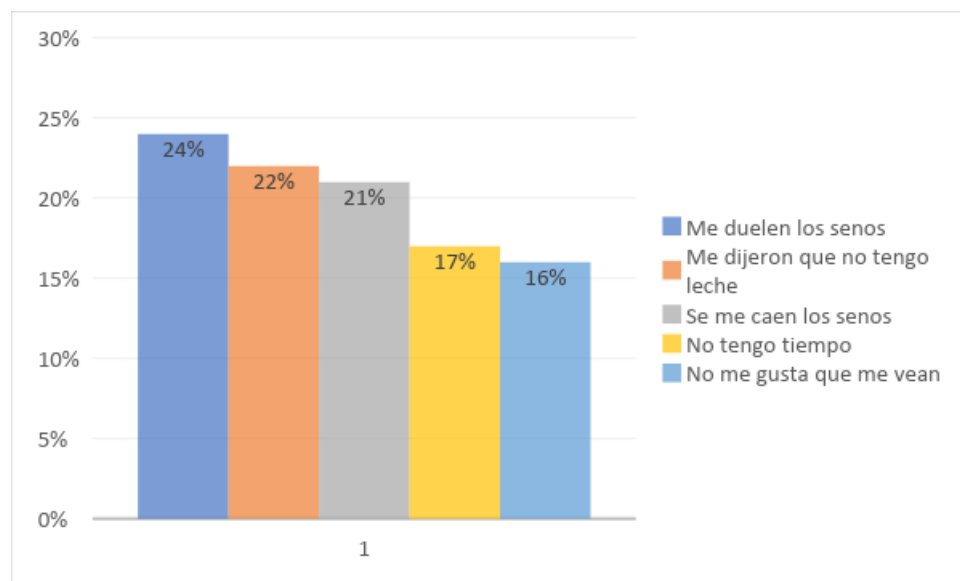
En los resultados obtenidos apenas el 6 % de los encuestados no conoce que los estrógenos no se administran el periodo de lactancia entonces el conocimiento del personal de salud sobre los métodos de planificación familiar es adecuado.

Para la mayoría de los profesionales el código de los sucedáneos de la leche materna defiende la nutrición segura y promueve la lactancia natural (chi-cuadrado: 58,309; p: 0,000); pero cabe recalcar que el 23 % de los profesionales está consciente que no deben

promover los sucedáneos de la leche materna a pesar de esto el 22 % de los profesionales están de acuerdo con que el código asegura que si no está disponible la lactancia materna se dé la mejor alternativa disponible.

La realidad muestra que solo el 5 % de personal de salud conoce el código de la leche materna o de sucedáneos

*Ilustración 2 Barreras socioculturales*



Las barreras de las personas que no dan de lactar tienen un componente sociocultural. Las creencias y mitos influyen directamente esta decisión así evidenciamos que una de las más comunes es el dolor de los senos seguida inmediatamente que le han dicho a una madre que tiene poca leche, estadísticamente significativo (chi-cuadrado 14,81, p: 0,005). La relevancia de un conocimiento impartido por el personal de salud principal actor y acompañante las primeras horas de lactancia con indicaciones de una técnica y agarre adecuado junto con un patrón de succión efectivo disminuye los mitos del dolor y de la cantidad insuficiente de leche.

## Capítulo 7:

### 7.1. Discusión:

Existe una marcada lista bibliográfica con respecto a la falta de conocimientos en lactancia materna en general. Estudios llevados a cabo en médicos residentes, especialistas en las áreas de ginecología, pediatría, medicina familiar, enfermeras y estudiantes de pregrado han demostrado que el impacto de sus destrezas y habilidades son de suma importancia al momento de impartir consejería en lactancia, especialmente instituciones donde el abordaje de la misma es escaso (Xena, Jana, & Feldman-Winter, 2009). Estudios que datan desde 1995 hasta la actualidad, demuestran el arduo trabajo, la extensa cantidad de información, horas de estudio y talleres de actualización que un trabajador de la salud debe adquirir para dar una asesoría en lactancia materna con calidad. Tomando en cuenta que el conocimiento es una de las 7 principales dimensiones de las competencias que un profesional debe manejar, mas no el único de mayor importancia, se debe adquirir además practica integral, relación afectiva, técnica y elementos de autorreflexión (Lewin & O'Connor, 2012).

Para calificar nuestra evaluación de conocimientos sobre lactancia materna tomamos como referencia los resultados encontrados en el estudio Breastfeeding Resident Education Study (BRES<sub>t</sub>). Donde demuestran que los residentes en pediatría mostraban un 71% de conocimiento en una encuesta modificada de 35 preguntas de opción múltiple y con ponderación mayor al 70% (Esselmont, Moreau, Aglipay, & Pound, 2018). En nuestro estudio sólo un 11 % del personal encuestado aprobó la evaluación que categorizamos mayor del 70%. En otro estudio realizado en 1995 en la evaluación nacional de médicos en lactancia, mostró que la tasa de respuesta del subgrupo de residentes en pediatría era del 74% en conocimiento, seguido del grupo de médicos ginecólogos y pediatras con una tasa del 69% (Freed, 1995). Los resultados obtenidos en nuestro estudio mostraron que la mayoría de personal que aprobó fueron los residentes y

la minoría fueron las licenciadas de enfermería, comparables con el estudio realizado en México (Knowledge of doctors and nurses in a hospital, about the benefits of breastfeeding) ya que el personal de enfermería del área pediátrica y de gineco-obstetricia tuvieron bajas calificaciones con 6 /10, mientras que los residentes tuvieron la más alta calificación 7,5/10 (Valenzuela, Trujillo, Lares, Sánchez, & Hernández, 2014); analizando con nuestro estudio lo residentes son el grupo de profesionales que mejor calificaciones obtuvo, esto puede deberse a que tienen conocimientos recién adquiridos; según el estudio Retention of knowledge and skills after Emergency Obstetric Care training: A multi-country longitudinal study (Ameh et al., 2018) realizado a 609 prestadores de servicios de maternidad, refiere que una vez que se adquiere un conocimiento o habilidad, el porcentaje de retención de dicha información es solamente del 75% de la información hasta el primer año posterior a la adquisición de dicho conocimiento, además la falta de oportunidades en la práctica lleva a la reducción significativa del conocimiento y de las habilidades a lo largo del tiempo (Ameh et al., 2018). El estudio Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills, realizado a licenciadas en enfermería, evaluó los conocimientos retenidos después de 3,6,9,12 meses posteriores a capacitación en BLS y ACLS; donde se determinó que los conocimientos adquiridos en dichas capacitaciones son consistentes hasta los 3 meses post capacitación, pero que dicho conocimiento y habilidades adquiridas pueden preservarse hasta los 12 meses post capacitación, siempre y cuando exista una adecuada práctica y adecuada instrucción por parte de los profesores (Smith, Gilcreast, & Pierce, 2008); según este estudio, los factores que influyen negativamente a la retención de la información son la práctica insuficiente y la enseñanza insuficiente (Smith et al., 2008). Según otro estudio Long-term retention of basic science knowledge: a review study (Custers, 2010) afirma que el después de 1 año de haber adquirido un conocimiento, 1/3 de dicho conocimiento

se pierde y progresivamente con el paso del tiempo dicho conocimiento se disminuye a la mitad (Custers, 2010). estos últimos artículos claramente describen y afirman que el conocimiento adquirido, ya sea en universidad o en capacitaciones o cursos, perdura en el tiempo hasta los 12 meses después de haberlos adquirido, y claramente pueden asimilarse los resultados en el presente estudio, ya que los residentes están en constante preparación y estudio, y las personas que ya no tienen esta práctica, se ven vulnerables a la disminución del conocimiento sobre lactancia materna; esta puede ser la razón por la cual los residentes en medicina tienen mejor puntaje que los demás grupos que incluyen el estudio.

Según el estudio realizado en Israel Attitudes and knowledge on breastfeeding among paediatricians, family physicians, and gynaecologists (Nakar et al., 2007); el conocimiento de los pediatras con respecto a la lactancia materna es significativamente mayor al conocimiento de los médicos familiares y ginecólogos, pero en el presente estudio solo el 24,1% de los pediatras tuvo un puntaje mayor al 70% en la encuesta.

Un estudio realizado en Chile Breastfeeding knowledge of health professionals working in municipal healthcare centers in Maipu, similar a la presente investigación, que valora el nivel de conocimiento en los profesionales tuvo como resultado que el 76.7% de los profesionales encuestados no recibieron clases formales de lactancia materna; comparada con nuestro estudio, el porcentaje que no recibió capacitación formal fue del 67,4% lo cual nos muestra que la realidad latinoamericana es parecida. También los investigadores chilenos obtuvieron que un 39% del personal de enfermería tuvo una calificación catalogada como muy buena, pero estos datos no se correlacionan con nuestro resultado en los que solo un 4,5% tuvo un score de más del 70% siendo estadísticamente significativo; cabe recalcar que en la investigación chilena se les ha impartido capacitaciones teórico-prácticas sistemáticas a pequeños grupos de

profesionales, dando como resultado mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes (16% en 1993; 46% en el año 2005 y 56,3% en 2013) y una disminución de costos en neonatología. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento en lactancia materna, profesión ( $p=0,019$ ) y presencia de capacitación ( $p=0,033$ ), (Kroesen, Oehrlein, Frésart, & Haverlag, 1993).

La mayor cantidad de años de entrenamiento residencial, experiencia personal con lactancia y el tener hijos se asociaron con un mayor nivel de conocimiento en lactancia; médicos que tuvieron hijos tenían una puntuación de 11.6 más puntos (95% CI: 3.1-22.7;  $p = 0.01$ ), que los médicos que no tuvieron hijos (Esselmont et al., 2018). A diferencia de nuestro estudio, no se asoció una relación significativa el tener hijos o no con el conocimiento en lactancia materna como lo estipula la bibliografía actual. Pediatras encuestados en el *Pediatricians and the Promotion and Support of Breastfeeding*, con experiencia personal en lactancia materna eran 2,3 veces más propensos a recomendar políticas de apoyo en lactancia, además tuvieron más probabilidades de estar en desacuerdo con alimentación de fórmula (Feldman-Winter, Schanler, O'Connor, & Lawrence, 2008). La experiencia en el manejo de la lactancia ejerce un gran efecto a las madres sobre las opciones para alimentar a sus hijos, así como la enseñanza de nuevas técnicas y posiciones del niño hacia el pecho de la madre. Además, los médicos gineco-obstetras del estudio *Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners*, mostraron ser más capaces para el manejo de escenarios clínicos con problemas asociados a la lactancia como mastitis (94% vs 80%,  $p < 0.001$ ) y absceso mamario (53% vs 37%,  $p < 0.001$ ) (Freed, Clark, Cefalo, & Sorenson, 1995).

Dentro de las barreras que el personal de salud tuvo durante su formación en nuestro estudio se incluyen la creencia de que las instituciones no preparan de mejor manera a sus estudiantes para apoyar a la lactancia materna (resultado estadísticamente significativo),

el no tener en el pensum de estudios una materia específica de lactancia y las horas de estudio dedicadas a lactancia con resultados estadísticamente no significativos. A comparación de resultados similares encontrados en el "breastfeeding basics" barreras en la falta de tiempo tanto personal como en la institución superior y la falta de métodos de enseñanza en la facultad sobre lactancia (Lewin & O'Connor, 2012). En el estudio (BRES<sub>t</sub>), señalan que del 75% al 96% de los residentes de pediatría nunca les han enseñado técnicas de lactancia, cómo: posicionamiento o succión efectiva; el 28% de los residentes no ha tenido la oportunidad de observar a una madre dar de lactar a su hijo en el hospital, y el 74% de los residentes ha tenido contacto menos de cuatro veces con una paciente que está en periodo de lactancia. (Esselmont et al., 2018). Con respecto al estudio Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners, un 70% de los ginecólogos y residentes en gineco-obstetricia han tenido contacto con 5 o más pacientes durante sus años de entrenamiento dando consejería en lactancia materna, pero un 54 % de estos nunca ha enseñado técnicas de amamantamiento, e inclusive solo un tercio de los residentes ha tenido consultas sobre problemas asociados con la lactancia; los médicos tratantes de ginecología refieren que el 86% hace consejería en lactancia materna en consulta externa; esto quiere decir que está claramente descrito que lo médicos gineco-obstetras no se les prepara bien en lactancia para que provean una efectiva consejería. La importancia que se le da en el hospital o universidad al entrenamiento en lactancia materna es deficiente; estos datos concuerdan con los datos obtenidos en el presente trabajo de titulación en el que la mayoría de encuestados 88.3% está de acuerdo que las universidades no les brindan una adecuada educación en la asignatura y promoción de la lactancia materna. Según nuestro estudio el 92.8 % del personal encuestado está de acuerdo que debe existir una asignatura exclusiva de lactancia materna, en comparación con el estudio (BRES<sub>t</sub>) el 93% de los médicos participantes

están de acuerdo con que se debe implementar medidas de aprendizaje sobre lactancia materna (Esselmont et al., 2018), es decir, la necesidad de la implementación de una asignatura no es necesario solo en el Ecuador, sino a nivel mundial.

Para los residentes de todas las especialidades se dedujo que la instrucción sobre lactancia fue presentada mayoritariamente de manera didáctica pasiva, es decir, al menos una lectura sobre lactancia y amamantamiento en un 77% para residentes en pediatría, 46% para residentes en ginecología y 69% para residentes en medicina familiar (Freed, Clark, Cefalo, & Sorenson, 1995). En el estudio (BRESt,) menos del 48% de estudiantes de pediatría han reportado que han recibido educación en lactancia durante su residencia, otros han mencionado que la educación no es didáctica y solo el 16% de pediatras tuvieron la oportunidad de seguir consultoría en lactancia durante su formación. Solo el 5% han mostrado haber tenido educación interactiva con madres en periodo de lactancia. La mayoría de residentes en este estudio descrito, respondieron que se debería incorporar entrenamiento en lactancia, catalogando de 4 a 8 horas como tiempo óptimo (Esselmont et al., 2018). Mientras que en nuestro estudio la mayoría de participantes respondieron que han tenido solamente de 1 a 5 horas de clases y practicas sobre lactancia materna y solamente un 45,5% de los profesionales encuestados tuvieron educación sobre lactancia materna. Además, en el estudio Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners (Freed et al., 1995). Arrojó que un 38% de los residentes y ginecólogos recuerda que la facultad de gineco-obstetricia le impartió información sobre la lactancia materna; la instrucción fue impartida a modo de lectura y pases de visita un 46% y demostración en solo un 8 %.

La investigación Attitudes and knowledge on breastfeeding among paediatricians, family physicians, and gynaecologists in Israel, reporta que solo un 24.8% de médicos afirman que la escuela de medicina fue importante en su formación con respecto conocimientos

en lactancia materna y que el 51.8% de los médicos decidieron auto educarse en lactancia materna debido a que sintieron la necesidad de hacerlo para su vida profesional diaria. Se menciona además que los roles de ginecólogos y médicos de familia tienen una tasa del 20% o menos de discusión sobre lactancia con sus pacientes embarazadas, esta cifra es preocupante para decisión sobre consejería temprana en sus pacientes, es decir, se está dedicando tiempo a una serie de condiciones no relacionadas con el parto y la lactancia (Nakar et al., 2007).

El punto más importante que la OMS, UNICEF y otros organismos internacionales defienden es que la lactancia materna es, la forma ideal de nutrición para un desarrollo saludable; a pesar de la insistencia de estos organismos en defender esta definición, el personal médico en nuestro estudio obtuvo un 20,1% de profesionales de la salud que contestaron bien esta pregunta, resultados no tan alejados de lo que sucede en otros países, en el estudio estadounidense *Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant*, se encuestó a 241 licenciadas en enfermería del área de pediatría, de las cuales el 45% del personal afirma que las fórmulas son nutricionalmente equivalentes a la leche materna, y un 11% no está segura si tienen dicha equivalencia, dando un total de 56% de personas que no saben el verdadero valor nutricional de la leche materna comparado con la leche de fórmula. Además, el 96% de licenciadas afirmó que la madre no obtiene ningún beneficio al dar de lactar y el 47% de enfermeras afirman que la administración de fórmula no interfiere con la lactancia exclusiva (Review, 2011).

Comparando los resultados sobre los riesgos de comenzar la alimentación complementaria antes de tiempo, se puede concluir que solo el 11% de participantes de nuestro estudio reconoce que la lactancia materna disminuye la incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales; mientras que el estudio *Breast-feeding education of obstetrics-*

gynecology residents and practitioners, menos de la mitad de los médicos encuestados, un 45%, están conscientes que la lactancia materna disminuye la incidencia de infecciones. Lo que sucede en otros países, como en el estudio estadounidense Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant (Review, 2011), el 60 % de los licenciados encuestados desconoce que la leche materna ayuda a la prevención de neumonía y otitis media.

En nuestra investigación se obtuvo que el 84.8 % del personal de salud reconoce la alimentación complementaria comienza a los 6 meses, concordando con los lineamientos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2010); mientras que en el estudio Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners, el 61 % de los médicos dicen que la alimentación complementaria debe comenzar a los 4 meses, es decir, que el periodo de lactancia materna exclusiva es inferior al recomendado por la OMS. Además, un estudio de Estados Unidos, Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant, el 61 % de licenciadas en enfermería encuestadas afirman que la administración de sólidos comienza a los 4 meses y el 15 % dudo de su respuesta. Por otra parte, se obtuvieron resultados concordantes con nuestro estudio un estudio brasileño Conocimientos y prácticas de profesionales de la salud sobre amamantamiento materno en servicios públicos de salud (Silvestre et al., n.d.), en el cual el 92.1 % de los participantes respondió que la duración ideal del amamantamiento exclusivo es hasta los 6 meses.

El estudio de Brasil Conocimientos y prácticas de profesionales de la salud sobre amamantamiento materno en servicios públicos de salud (Silvestre et al., n.d.), realizan y analizan variables de conocimiento, enfocado en 89 participantes, entre ellos 34 médicos

y 55 enfermeras, utilizando preguntas similares a las de nuestra investigación, la duración y frecuencia de las lactadas, qué hacer cuando existe baja producción de leche, el agarre y técnica correcta, motivos para interrupción de lactancia y definición de lactancia materna exclusiva. Con respecto a la duración y frecuencia de las lactadas se catalogó como respuesta acertada “agotar la mama antes de cambiar” en un 87,5%; más no existe una respuesta “libre demanda”. En este caso las dos respuestas se podrían interpretar como válidas, ya que en el estudio brasileño da énfasis en la obtención de la leche madura, la cual tiene un alto valor nutricional y esta solo se obtiene después de un tiempo determinado de la lactada; pero según la OMS (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2010), los lactantes no vacían completamente el pecho y solo extraen hasta un 72% de la leche disponible, por lo tanto siempre se puede extraer más leche del seno, demostrando que el lactante debería dejar de alimentarse debido a su saciedad, más no debido a que el pecho ha sido vaciado; los lactantes deben ser alimentados de acuerdo a sus necesidades; esto tiene concordancia con el estudio *Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant*, donde el 72% de las encuestadas afirman que el mejor régimen para dar de lactar es a libre demanda (McLaughlin, Marie, Fraser, 2011).

Con respecto a las preguntas: “causas de baja producción de leche”, el estudio brasileño se centra en el uso de otros alimentos y bebidas antes de tiempo, las mamadas cortas, con prisa, no frecuentes y la interrupción de las mamadas nocturnas, correlacionando con los resultados en nuestro estudio. Además, se tomó en cuenta que el observar una mamada, estar atento a la postura de la madre y al agarre del recién nacidos (succión inefectiva) puede beneficiar al subsidio del personal de salud sobre los riesgos de una ablactación precoz. Se catalogó también los motivos de interrupción de lactancia materna en 2

categorías, las biológicas: madres portadoras herpes y VIH, que en nuestro estudio fueron contemplados como contraindicaciones mas no como un motivo de interrupción; y los motivos socioculturales “la falta de experiencia, la creencia de leche débil, el trabajo materno fuera del hogar, la falta de espacio para amamantar y las interferencias externas de los familiares”. (Silvestre, Carvalhaes, Venâncio, Tonete, & Parada, 2009). barreras similares que impiden la lactancia encontradas en nuestro estudio, las más frecuentes fueron el no dar de lactar debido al dolor de los senos, me dijeron que tengo poca leche y él se me caen los senos.

En el estudio estadounidense *Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant*, un 64% de licenciadas de enfermería no estaba familiarizada con el término “hospital amigo del niño”, mientras que en nuestros datos un 41.8% no sabía de la iniciativa hospital amigo del niño. Debido a los datos encontrados y descritos, la enseñanza en lactancia materna es deficiente en universidades y en hospitales; no solo en nuestro ámbito, sino que es un problema nivel mundial, esto delinea la importancia de una adecuada educación y promoción desde etapas tempranas de estudio del equipo multidisciplinario, que requiere una lactancia materna exitosa además apearse a políticas de salud públicas que le dan la importancia adecuada a la lactancia.

## Capítulo 8

### 8.1. Conclusiones:

En el presente estudio se demostró que el personal de salud no tiene un nivel de conocimiento adecuado para brindar una consejería de calidad.

El personal de salud que más conocimiento tiene del tema son los residentes asistenciales, esto se asocia a que los conocimientos fueron impartidos recientemente.

Las instituciones hospitalarias y universidades no brindan educación en lactancia materna de manera integral o interactiva.

La lactancia materna es considerada como una asignatura sin relevancia.

Los resultados mostraron la necesidad de enfatizar el enfoque que se le da a la lactancia materna en sus etapas prenatal y postnatal.

En el periodo prenatal el gineco-obstetra tiene un papel esencial en la promoción del inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

Ha disminuido la consejería en lactancia por parte de los pediatras.

La falta de tiempo y dedicación por parte de los profesionales en enfermería ha disminuido la consejería en prácticas de lactancia.

Las barreras encontradas para esta intervención temprana son: desinterés, la falta de preparación en el tema, y la creencia que es una actividad sin mucha importancia.

La falta de conocimiento en lactancia materna tiene impacto en aspectos prácticos como técnica, posición y succión.

La pregunta mejor puntuada es la que se relaciona al inicio y el periodo de ablactación.

La pregunta con más desaciertos es la que se refiere al tiempo que debe tomar el seno el niño.

## Capítulo 9:

### 9.1 Recomendaciones:

Elaborar talleres, cursos y capacitaciones constantes sobre lactancia materna de calidad con clases teórico y prácticas para estudiantes de medicina y para profesionales de la salud para obtener y reforzar un conocimiento adecuado.

El personal de salud debe trabajar conjuntamente para crear estrategias de inicio y mantenimiento de lactancia materna

Se requiere la formación de comités de lactancia materna en cada casa de salud para mantener y promover una lactancia adecuada.

Acceso a capacitaciones permanentes a todo el equipo de profesionales que están en contacto con madres en el periodo pre y postnatal.

Incrementar el interés en mejorar la formación en lactancia materna en futuros profesionales de la salud.

Establecer una materia sobre lactancia materna didáctica en Universidades.

Realzar mediante campañas los beneficios de la lactancia materna en el ámbito de salud pública.

Reforzar el rol de gineco-obstetras en la educación sobre lactancia materna.

Priorizar consultas para explicar temas de relevancia para el binomio madre-hijo.

Incentivar la formación del vínculo madre-hijo.

Informar con lenguaje apropiado y palabras sencillas sobre los beneficios, problemas y bases fisiológicas de la lactancia.

Explicar que la lactancia es un proceso y puede tomar tiempo en establecerse exitosamente.

Eliminar los mitos sobre lactancia materna.

Explicar aspectos prácticos como posiciones cómodas y seguras; extracción de leche o intercalar la alimentación de cada seno.

Fortalecer el compromiso de las madres sin ejercer presión.

Implementar una evaluación simple para ayudar y dar seguimiento a la lactancia.

Usar cuestionarios cortos claros y completos para identificar problemas específicos en lactancia.

Recuperar el rol de los pediatras en la consejería materna.

Utilizar el estrecho contacto de los profesionales en enfermería para aconsejar y enseñar de manera práctica las técnicas básicas en lactancia.

Incentivar el compromiso de profesionales en enfermería para promover lactancia.

Informar para disminuir las creencias y mitos que la sociedad o cultura nos inculca.

Reforzar los conocimientos del personal de salud para disminuir las barreras que impiden una lactancia materna exitosa.

Se recomienda la realización de nuevos estudios a nivel nacional para conocer la realidad de nuestro país.

## Capítulo 10

### 10.1. Limitaciones:

El tiempo impartido para completar el cuestionario de los profesionales de salud, durante su periodo laboral podría influir directamente en la respuesta y por ende en el resultado.

El personal que menor calificación obtuvo fueron los pertenecientes a los servicios de consulta externa como es de esperarse la cantidad de pacientes y el estrés laboral se debe considerar como factor modificante.

La extensa cantidad de preguntas podría ser un limitante al momento de llenar el mismo.

El cambio rotativo, los turnos y el periodo laboral fue la principal limitante al momento de la búsqueda de los profesionales de salud para brindarnos su respuesta en el cuestionario.

Las respuestas adquiridas correctamente en la encuesta fueron tomadas de la organización mundial de la salud, cualquier tipo de bibliografía que respalde la respuesta de los profesionales de salud fuera de la OMS debe ser tomada a consideración.

Según varios profesionales de la salud, algunos de los literales en las preguntas del cuestionario estuvieron erróneamente planteados para el entendimiento y respuesta del mismo, por lo que se toma a consideración como limitación del presente estudio.

## Capítulo 11

### Anexos:

#### Anexo # 11. 1 consentimiento Informado

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**Nombre del Investigador(es) Principal(es): Andrea Amores Armijos, Daniel Punguil Freire**

*Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a médicos(as) asistenciales Gineco-obstetras, Pediatras y Licenciadas(os) en Enfermería de los servicios de consulta externa de neonatología, hospitalización de neonatología, centro quirúrgico de obstetricia, centro quirúrgico de ginecología, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal, que trabajan en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora; y que se les invita a participar en la investigación: “CONOCIMIENTOS Y BARRERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA.”*

**Nombre del Investigador(es) Principal(es): Andrea Amores Armijos, Daniel Punguil Freire**

**Nombre de la Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

**Nombre de la Propuesta: “CONOCIMIENTOS Y BARRERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA.”**

**Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:**

#### **PARTE I: Información**

##### **Introducción**

*Somos **Andrea Amores Armijos, Daniel Punguil Freire**, Estudiantes egresados de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; y estamos realizando nuestro proyecto de titulación de pregrado como Médicos, y estamos investigando sobre los conocimientos y barreras que tiene el personal de salud, sobre la Lactancia materna. Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me comenta según le informé para darme tiempo a explicarle a usted. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme al finalizar la explicación.*

## **Propósito**

*Conocer sobre la lactancia materna, bajo un sustento científico y práctica clínica, es la mejor manera de implementar una adecuada consejería en alimentación al recién nacido y consecuentemente tener un impacto importante en el desarrollo y crecimiento del niño; la importancia de la preparación del personal de salud sobre lactancia materna, puede generar la disminución de las consecuencias a largo plazo en la vida del lactante. El personal de salud tiene un rol crítico para brindar apoyo a la lactancia ya que tienen una influencia en las decisiones para iniciar y mantener la lactancia, determinar el conocimiento sobre este tema es la razón por la que hacemos este estudio. La encuesta está enfocada a determinar si el participante tiene conocimientos sobre lactancia materna para una adecuada consejería, además también está direccionada a saber si existen o existieron barreras para limitar este conocimiento durante su vida profesional o de estudiante en el pre-grado*

## **Tipo de Intervención de Investigación**

*Esta investigación incluirá únicamente llenar la evaluación utilizada para medir conocimientos e identificar barreras sobre lactancia materna en los Profesionales de Salud; la información será tabulada en una base de datos, **NO se dará a divulgar el nombre del participante** (esto es exclusivamente información confidencial del investigador responsable).*

## **Selección de participantes**

*Estamos invitando a todos los médicos(as), Gineco-obstetras, Pediatras, residentes asistenciales y Licenciadas(os) en Enfermería de los servicios de consulta externa de neonatología, hospitalización de neonatología, centro quirúrgico de obstetricia, centro quirúrgico de ginecología, emergencias, clínica de adolescentes y consulta externa prenatal, que pertenecen al el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.*

## **Participación Voluntaria**

*Su participación es en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir participar o no en este proyecto, su decisión de participar o no en este proyecto no afectará la atención que puede seguir recibiendo. (O su relación actual o futura con la Institución en la que usted trabaja). Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento, sin sanción o pérdida de beneficios a los que tendría derecho, retirarse no tiene ninguna consecuencia para Usted.*

*Usted podrá solicitar información relacionada con el proyecto de investigación en el momento que lo estime a los Investigadores Responsables, **Andrea Amores Armijos**, Teléfono: **0995303880**, correo electrónico: [andre.eliz692@hotmail.com](mailto:andre.eliz692@hotmail.com), **Daniel Punguil Freire**, Teléfono: **0984058715**, correo electrónico [dpf.fob@gmail.com](mailto:dpf.fob@gmail.com).*

## **Descripción del Proceso**

*Exclusivamente llenar la evaluación utilizada para medir conocimientos e identificar barreros sobre lactancia materna en los Profesionales de la Salud; se requiere una sola visita por parte del investigador(es).*

### **Duración**

*La investigación durará 1 mes en total.; solamente se requerirá de 30 minutos aproximadamente para llenar la evaluación; su participación en el estudio terminará en el momento en que usted termine de llenar la encuesta.*

### **Efectos Secundarios: ninguno**

### **Riesgos**

*Al participar en esta investigación y a juicio de los investigadores, Andrea Elizabeth Amores Armijos y Daniel Alexis Punguil Freire, estudiantes egresados de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, el estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para el profesional de la salud que decida participar en este estudio. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza; NO se dará a divulgar el nombre del profesional de la salud ni la calificación que obtenga el profesional de la salud que decida participar dentro de la investigación.*

### **Beneficios**

*Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico para saber realmente cuales con los conocimientos del personal médico con respecto al tema de Lactancia materna; determinar cuáles fueron las barreras clave para que el personal de salud no reciba una adecuada capacitación durante su vida de estudiantes, ya sea en el postgrado o en el pregrado; identificar cuantas horas de teoría y de práctica recibió sobre lactancia materna en el pregrado. Este estudio no se ha realizado anteriormente, por esta razón no se dispone de datos de anteriores estudios.*

*Es probable que los profesionales de la salud, ya antes mencionados, que decidan participar en la investigación, no reciban ningún beneficio personal por participar en este estudio; ya que este estudio no contempla beneficios directos para el profesional invitado, pero su participación contribuye a identificar los problemas que existen con respecto al conocimiento sobre lactancia materna de los profesionales de salud.*

### **Confidencialidad**

*Es posible que, si otros miembros de la comunidad o lugar de trabajo saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros **NO compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación.** La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Para su seguridad a su encuesta se le asignará número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto investigadores principales: **Andrea Amores Armijos, Daniel***

**Punguil Freire).** *Toda divulgación de la información obtenida se realizará con fines científicos y/o pedagógicos.*

### **Derecho a negarse o retirarse**

*Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento, sin sanción o pérdida de beneficios a los que tendría derecho, retirarse no tiene ninguna consecuencia, es su elección y todos sus derechos serán respetados.*

### **A Quién Contactar**

*Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: **Andrea Amores Armijos**, Teléfono: **0995303880** y **Daniel Punguil Freire**, Teléfono: **0984058715**.*

**Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Unidad de Titulación de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.**

### **PARTE II: Formulario de Consentimiento**

*He sido invitado a participar en la investigación sobre los conocimientos y barreras del personal de salud de esta institución. Entiendo que solamente tendré que llenar una encuesta. He sido informado de que los riesgos son nulos y no se va a divulgar la información escrita en dicha evaluación. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador(es) que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.*

*He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.*

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año:

Anexo # 11.2.

Evaluación de conocimientos y barreras sobre lactancia materna

**Datos de Filiación**

- Profesión:
  - Gineco- Obstetra
  - Pediatra
  - Residentes asistenciales
  - Licenciada(o) en Enfermería
- Servicio en el que trabaja actualmente:
  - Consulta externa de neonatología
  - Hospitalización de neonatología
  - Centro quirúrgico de obstetricia
  - Centro quirúrgico de ginecología
  - Emergencias
  - Clínica de adolescentes
  - Consulta externa prenatal
- Tiempo de trabajo:
  - < 1 año
  - 1-3 años
  - 4 a 6 años
  - > 6 años
- Tiene hijos:
  - Si
  - No

## **Evaluación de conocimientos y barreras sobre lactancia materna**

### **1) Escoja la opción que usted considere correcta sobre la definición de la lactancia materna:**

- a.** La lactancia materna es el proceso por el cual la madre o nodriza le proporciona alimento al niño creando un vínculo afectivo que se mantendrá para toda la vida.
- b.** La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños y recién nacidos los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.
- c.** La lactancia materna es la forma en que los niños y recién nacidos se alimentan y obtienen los electrolitos necesarios para su desarrollo pondoestatural e intelectual para su vida futura.
- d.** La lactancia materna es la acción de dar el pecho al recién nacido creando un vínculo de amor y alimentación que se inicia en los primeros minutos del nacimiento

### **2) Según sus conocimientos cuál es la mejor definición para la leche materna:**

- a.** Es la secreción de los conductos galactóforos que contiene inmunoglobulinas, vitaminas y hierro.
- b.** Es el nutrimento que producen las glándulas mamarias posterior al alumbramiento y que aporta todos los nutrientes que necesarios para un desarrollo sano.
- c.** Es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano.
- d.** Es un alimento que se puede administrar a los recién nacidos y los lactantes que sirve para poder crecer y desarrollarse hasta los tres años de vida.

### **3) ¿Qué entiende usted por lactancia materna exclusiva?**

- a.** Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y puede recibir algún tipo de líquidos como agua o coladas, pero no sólidos, además puede recibir sueros de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos.
- b.** Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.
- c.** Es la alimentación solo con el pecho durante los primeros tres meses de vida, a los tres meses deben introducirse alimentos sólidos, como purés de frutas y verduras, y que puede extenderse hasta los 2 años de vida

**4) ¿Qué es la alimentación complementaria?**

- a. Es la época en la cual el niño debe unirse a la dieta familiar ya que la leche materna no le es suficiente para cubrir sus necesidades para crecimiento y desarrollo adecuado e imprescindible.
- b. El proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna y se puede adicionar fórmulas sucedáneas
- c. Es el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

**5) Escoja ¿A partir de qué edad el niño/a debe empezar con alimentación complementaria?**

- a. 2 meses
- b. 4 meses
- c. 6 meses
- d. 9 meses
- e. 12 meses

**6) Escoja ¿Cuánto tiempo debe lactar el niño/a cada seno?**

- a. 10 a 15 minutos
- b. Menos de 10 minutos
- c. Libre demanda
- d. 15 a 20 minutos en un seno luego 5 a 10 minutos el otro.

**7) Escoja ¿Cada que tiempo debe tomar el seno el niño/a?**

- a. Libre demanda
- b. Cada hora
- c. Cada 2 horas
- d. Cada 3 horas

**8) Enumere las 3 principales consecuencias que causa en el niño empezar alimentación complementaria antes de tiempo por gravedad del 1 al 3:**

- a. Hemorragia intestinal \_\_\_\_\_
- b. Diarrea \_\_\_\_\_
- c. Alergia alimentaria \_\_\_\_\_
- d. Problemas de desnutrición \_\_\_\_\_
- e. Problemas de sobrepeso \_\_\_\_\_
- f. Infecciones (neumonía) \_\_\_\_\_

**9) Enumere las 3 principales razones para que una madre tenga poca leche:**

- a. falta de desarrollo de los pechos \_\_\_\_\_
- b. succión inefectiva \_\_\_\_\_
- c. posición inadecuada del lactante \_\_\_\_\_
- d. problemas endocrinos \_\_\_\_\_
- e. pastillas anticonceptivas con hormonas (progestágenos) \_\_\_\_\_

**10) Marque cuál o cuáles son los medicamentos y sustancias que usted conoce que aumentan la producción de leche:**

- a. Metoclopramida \_\_\_\_\_
- b. Fosfomicina \_\_\_\_\_
- c. Ondansetron \_\_\_\_\_
- d. Domperidona \_\_\_\_\_
- e. Lurasidona \_\_\_\_\_
- f. Dopamina \_\_\_\_\_

**11) De los siguientes marque cuál o cuáles tienen evidencia científica que apoya el aumento de la producción de leche:**

- a. Cornezuelo \_\_\_\_\_
- b. Levadura de cerveza \_\_\_\_\_
- c. Líquidos \_\_\_\_\_
- d. Bebidas de Cereales calientes \_\_\_\_\_
- e. Té aromático \_\_\_\_\_
- f. Tomar leche de vaca \_\_\_\_\_

**12) ¿A qué se debe la congestión mamaria?**

- a. Succión inefectiva.
- b. Falla de remoción de la leche.
- c. Mala técnica de agarre del seno.
- d. Todas son causas de congestión mamaria.
- e. Ninguna es causa de congestión mamaria.

**13) ¿Cuál es el tratamiento que se recomienda en la congestión mamaria?**

- a. Mejorar la remoción de la leche y corregir la causa subyacente; La madre debe hacer lactar el pecho afectado frecuentemente y aplicar un suave masaje mientras el lactante está succionando.
- b. Aplicar compresas calientes y el variar la posición del lactante.
- c. Recomendar a la madre que descansa y que haga lactar al bebé frecuentemente y que evite los intervalos prolongados entre mamadas.
- d. Todas son recomendadas según la OMS.

**14) ¿A qué se debe la mastitis?**

- a. Se debe únicamente a una falta de extracción mecánica de la leche por parte de la madre.
- b. Se debe a la falta de higiene entre lactadas.
- c. Se debe estasis de la leche y la infección.
- d. Su causa es la mala calidad de succión por parte del lactante.

**15) ¿Cuál es el tratamiento de la mastitis?**

- a. Antibióticos resistentes a la penicilinas
- b. Analgesia
- c. Extracción de leche del seno
- d. Todos son considerados el tratamiento de la mastitis
- e. Ninguno es considerado el tratamiento ya que el único tratamiento es la suspensión de la lactancia y drenar el absceso

**16) ¿Qué productos farmacológicos disminuyen la producción de leche? Marque con una X el que usted cree o los que usted cree.**

- a. Anticonceptivos como estrógenos \_\_\_\_\_
- b. Anticonceptivos como progestágenos \_\_\_\_\_
- c. Anticonceptivos orales combinados \_\_\_\_\_
- d. Diuréticos tiazidicos \_\_\_\_\_
- e. Metilergonovina/ ergometrina \_\_\_\_\_

**17) ¿Según la OMS, a qué tiempo luego del parto la madre debe utilizar un método de planificación familiar?**

- a. 2 meses
- b. 4 meses
- c. 6 meses
- d. 9 meses
- e. 12 meses

**18) ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos óptimos en una madre que está dando de lactar? Marque con una X las respuestas que usted crea**

- a. DIU \_\_\_\_\_
- b. Métodos de barrera \_\_\_\_\_
- c. Anticonceptivos orales combinados \_\_\_\_\_
- d. Progestágenos \_\_\_\_\_

**19) Señale contraindicaciones absolutas de la lactancia materna.**

- a. HIV activo
- b. tuberculosis
- c. madres que están recibiendo medicamentos anticancerígenos
- d. todas con contraindicaciones absolutas de lactancia

**20) ¿Cuál o cuáles son los puntos clave del código de la leche materna en niños/as menores de 6 meses? Señale con una X**

- a. Regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. \_\_\_\_\_
- b. Proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios. \_\_\_\_\_
- c. En caso de no ser amamantados, el Código también aboga por alimentar a los lactantes de forma segura con la mejor alternativa nutricional disponible. \_\_\_\_\_
- d. Los sucedáneos de la leche materna deben estar disponibles cuando se necesiten, pero no deben promoverse. \_\_\_\_\_

**21) ¿Qué es un hospital “amigo del niño”?**

- a. Son hospitales que tratan bien a la madre y al niño, son atentos en su atención y son responsables con cualquier afectación patológica que afecte al niño, teniendo en cuenta que la principal misión de estos hospitales es que no exista desnutrición y las enfermedades infecciosas se reduzcan.
- b. Son hospitales que constan de áreas de recreación para niños, las cuales se encuentran constantemente supervisadas por gente capacitada para enfrentar cualquier adversidad que presenten los niños, incluyendo patologías crónicas, infecciosas y de manejo difícil para personal no capacitado.
- c. Son hospitales que brindan apoyo y la consejería (orientación) que deberían estar disponibles de manera rutinaria durante el cuidado prenatal, para iniciar la preparación de las madres; en el momento del nacimiento, para ayudarles a iniciar la lactancia materna; y en el período postnatal, para asegurar que la lactancia materna se ha establecido completamente, y que cumplen con los diez pasos para la realización de una lactancia materna exitosa.

**22) ¿Qué es para usted un banco de leche materna?**

- a.** Es una institución que consiste en el almacenamiento y refrigeración de leche humana donada para lactantes que no pueden obtenerla de sus madres
- b.** Una institución sanitaria que cuenta con un local, dedicada a recolectar, analizar, almacenar, conservar y suministrar leche materna donada; así mismo, realiza labores de investigación, educación, información y asesoría referente a la lactancia materna.
- c.** Es una institución hospitalaria que acoge a lactantes que no pueden recibir leche de sus madres y les proporcionan fórmula de manera gratuita.

**23) ¿Recibió usted una educación sobre lactancia materna en el pregrado o post grado?**

Si

No

**24) Si su respuesta fue SI, indique cuánto tiempo de práctica y de teoría recibió**

- a) 1 a 5 horas entre teoría y práctica
- b) 5 a 10 horas entre teoría y práctica
- c) seminario de lactancia entre 1 a 3 días (incluyendo horas de práctica)
- d) Seminario de lactancia más de 3 días (incluyendo horas de práctica)
- e) Asignatura exclusiva sobre lactancia materna dentro del currículo de preparación de pregrado o postgrado de por lo menos 14 semanas de duración (incluyendo horas de práctica)

**25) ¿Cree usted que se debería implementar lactancia materna como materia exclusiva del pensum de estudios del pregrado?**

De acuerdo

En desacuerdo

**26) El comité de lactancia materna de los Estados Unidos (USBC) recomienda que las universidades e instituciones preparen de mejor manera a los médicos**

**y enfermeras con respecto a lactancia materna, ¿usted está de acuerdo con este planteamiento?**

De acuerdo

En desacuerdo

**27) ¿Usted cree que las instituciones educativas (universidades), además de los estudios estándar, preparan mejor a los estudiantes de medicina y enfermería para apoyar la lactancia materna?**

Si

No

**28) ¿Usted tendría tiempo para asistir a una preparación (curso o materia) de duración de 14 semanas para preparación exclusiva de lactancia materna?**

Si

No

**29) De las siguientes barreras expuestas, enumere del 1 al 3 cuáles cree usted que son las más determinantes para que impidan la lactancia en el Ecuador**

- a.** Se me caen los senos, por eso no doy de lactar \_\_\_\_\_
- b.** No me gusta que me vean cuando estoy dando de lactar \_\_\_\_\_
- c.** Me duelen los senos por eso no doy de lactar \_\_\_\_\_
- d.** Es que me dijeron que tengo poca leche \_\_\_\_\_
- e.** No tengo tiempo por el trabajo \_\_\_\_\_

Anexo # 11.3

Clave de respuestas:

**Preguntas sobre conocimientos en lactancia materna**

1. b

2. c

3. b

4. c

5. c

6. c

7. c

8. b,f,d

9. a, b, c

10. a,d

11. b, e, d

12. d

13. d

14.c

15. d

16. a,c,d,e

17. c

18. a, b, d

19. d

20. a, b, c, d

21. c

22. b

**A partir de la pregunta 23 hasta la 29 son respuestas cualitativas sobre barreras del conocimiento sobre lactancia materna**

## Bibliografía

### Referencias bibliográficas:

- Ameh, C. A., White, S., Dickinson, F., Mdegela, M., Madaj, B., & van den Broek, N. (2018). Retention of knowledge and skills after Emergency Obstetric Care training: A multi-country longitudinal study. *Plos One*, *13*(10), e0203606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203606>
- Bai, Y. K., Middlestadt, S. E., Joanne Peng, C.-Y., & Fly, A. D. (2009). Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *22*(2), 134–140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2009.00950.x>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The Cdc Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–60. Retrieved from <http://www.cdc.gov/breastfeeding>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *National Category: Breastfeeding Topic: Breastfeeding-Behavior*. Retrieved from [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/survey\\_methods.htm](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/survey_methods.htm).
- Custers, E. J. F. M. (2010). Long-term retention of basic science knowledge: A review study. *Advances in Health Sciences Education*, *15*(1), 109–128. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9101-y>
- de Jesus, P. C., de Oliveira, M. I. C., & Fonseca, S. C. (2016). Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, *92*(5), 436–450.

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.09.008>

Dykes, F. (2006). The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Maternal and Child Nutrition*, 2(4), 204–216.

<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2006.00071.x>

Ensanut. (2014). *Lactancia materna y alimentacion complementaria*. (P. Freire, Wilma ; Ramirez, Maria Jose; Belmont, Ed.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (primera, Vol. 1). Quito: El Telégrafo. Retrieved from [http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)

Feldman-Winter, L., Barone, L., Milcarek, B., Hunter, K., Meek, J., Morton, J., ...

Lawrence, R. A. (2010). Residency Curriculum Improves Breastfeeding Care.

*Pediatrics*, 126(2), 289–297. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3250>

Freed, G. L. (1995). National Assessment of Physicians' Breast-feeding Knowledge, Attitudes, Training, and Experience. *Jama: The Journal of the American Medical Association*, 273(6), 472. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520300046035>

Freed, G. L., Clark, S. J., Cefalo, R. C., & Sorenson, J. R. (1995). Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(5), 1607–1613. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90656-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90656-8)

Handa, D., & Schanler, R. J. (2013). Role of the Pediatrician in Breastfeeding Management. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.004>

Kroesen, G. M. W., Oehrlein, G. S., Frésart, E. de, & Haverlag, M. (1993). Depth

profiling of the Ge concentration in SiGe alloys using in situ ellipsometry during reactive-ion etching. *Journal of Applied Physics*, 73(12), 8017–8026.

<https://doi.org/10.1063/1.353916>

Lowe, N. K. (2011). The surgeon general's call to action to support breastfeeding.

*Jognn - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(4), 387–389.

<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01266.x>

McLaughlin, Marie, Fraser, J. (2011). *Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant*. Australia. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10072/52558http://www.lrc.asn.au/bfreview.html>

Oms. (1998). *Relactación Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*. (Vol. 31). Ginebra. <https://doi.org/10.1126/science.287.5459.1770>

Oms. (2000). Mastitis: Causas y manejo. *Ginebra, Organización Mundial de La Salud.*, 49. Retrieved from

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_00\\_13/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/es/)

Oms. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*.

Ops/Oms. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. (K. Dewey, Ed.). Washington DC: OMS. Retrieved from

<http://www.paho.org>

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. *Organización Mundial de la Salud*.

[https://doi.org/ISBN 92 4 356221 5](https://doi.org/ISBN%2092%204%20356221%205)

Organizacion Mundial de la Salud. (2008). *Indicadores para evaluar las prácticas de*

alimentación del lactante y del niño pequeño. *Indicadores Para Evaluar Las Prácticas de Alimentación Del Lactante y Del Niño Pequeño*, 27.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. *Organización Mundial de La Salud*, 36.  
[https://doi.org/ISBN 92 4 356221 5](https://doi.org/ISBN%2092%204%20356221%205)

Organizacion Mundial de la Salud, G. D. B. on I. and Y. C. (2009). Ecuador Who Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding (Iycf). Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/ecu.pdf?ua=1>

Pediatrics, A. A. of. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>

Silvestre, P. K., Carvalhaes, M. A. de B. L., Venâncio, S. I., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. de L. (2009). Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 953–960. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600005>

Smith, K. K., Gilcreast, D., & Pierce, K. (2008). Evaluation of staff's retention of Acls and Bls skills. *Resuscitation*, 78(1), 59–65.  
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.02.007>

Spatz, D. L. (2014). Core competencies in human milk and breastfeeding: Policy and practice implications for nurses. *Nursing Outlook*, 62(4), 297–298.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.04.004>

Spatz, D. L., & Pugh, L. C. (2007). The integration of the use of human milk and breastfeeding in baccalaureate nursing curricula. *Nursing Outlook*, 55(5), 257–263.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.07.003>

Unicef. (2014). Alianzas para la Nutrición Infantil. *Alianzas Para La Nutrición Infantil*, 1–32. Retrieved from

[https://www.unicef.org/ecuador/alianzas\\_para\\_la\\_nutricion.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/alianzas_para_la_nutricion.pdf)

Unicef. (2016). *From the first hour of life Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. Retrieved from

<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

Valenzuela, J. G. H., Trujillo, E. A., Lares, A. A. O., Sánchez, G. A. M., & Hernández,

G. Á. (2014). Saberes de médicos y enfermeras de un hospital, acerca de las bondades de la lactancia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81, 56–60. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp142c.pdf>

Yang, S.-F., Salamonson, Y., Burns, E., & Schmied, V. (2018). Breastfeeding

knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review.

*International Breastfeeding Journal*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1>