



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 "VALLEJO"

**"ANALISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA
ENSEÑANZA SOBRE NUTRICION DEL LACTANTE POR MEDICOS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20 "VALLEJO"**

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. AMADOR GONZÁLEZ JOCELYN ESTEFANÍA GABRIELA

ASESOR
DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA



CIUDAD DE MÉXICO, 2018

GEN ERACION 2015-2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“ANALISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA ENSEÑANZA SOBRE
NUTRICION DEL LACTANTE POR MEDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 20 “VALLEJO”**

TUTOR

DR. CRUZ ARTEAGA GILBERTO

Médico Especialista en Medicina Familiar

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, IMSS.

**“ANALISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA ENSEÑANZA SOBRE
NUTRICION DEL LACTANTE POR MEDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 20 “VALLEJO”**

V.O.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

Médico Especialista en Medicina Familiar,

Maestra en Terapia Familiar

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, IMSS.

**“ANALISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA ENSEÑANZA SOBRE
NUTRICION DEL LACTANTE POR MEDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 20 “VALLEJO”**

V.O.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Médico Especialista en Medicina Familiar,

Maestra en Ciencias de la Educación

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, IMSS.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea.

A mis suegros por acogerme en su seno familiar como una hija más y hacerme sentir el orgullo paternal que profesan hacia mis logros.

A mi papá, que gracias a él he aprendido mucho acerca del mundo, por ello me siento preparada para enfrentar cualquier disyuntiva. Gracias por enseñarme a ver la vida con los ojos abiertos, y saber que todos debemos aprender de los tropiezos, por eso te respeto tanto. Eres un ejemplo muy grande para mí. Te doy las gracias por todo ello y le ruego a Dios para que te cuide por siempre.

Finalmente a mi hija por acompañarme desde que inicie la carrera, por siempre apoyarme y darme una sonrisa cuando me sentía sin ánimos, por su paciencia en los días que no pude estar con ella y por los sacrificios que realizó a pesar de su corta edad, entendiéndome más que muchos adultos aunque nunca encontrare palabras que se acerquen a lo agradecida que estaré con ella, solo me queda dedicarte las siguientes palabras:

Gracias por ser la sonrisa que necesite en mis días más tristes, y darme una luz que seguir en mis días más oscuros.

Cuando el camino de mi vida se tornó más agreste te volviste un bastón para apoyarme y si sentías que la soledad me consumía tú siempre llegabas a hacerme compañía.

Gracias hija, ángel, amiga mía.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por acompañarme desde que inicie mis estudios hasta llegar este momento, por lo sacrificios realizados y por darme apoyo moral en todo momento.

A mis profesores, de los cuales recibí apoyo académico y técnico en la elaboración de este proyecto.

A mi asesor de tesis, por su atención, paciencia y experiencia para la elaboración de la tesis.

Sin su apoyo no hubiera culminado esta tarea.

¡¡Gracias!!

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
MARCO TERICO.....	4
MARCO LEGAL.....	5
EDUCACION PARA MEDICOS Y MADRES.....	7
FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	10
LACTANCIA CON FORMULA.....	13
LACTANCIA MIXTA.....	15
¿EN QUÉ CONSISTE EL MÉTODO KASSING?.....	19
ALIMENTACIÓN USANDO UN VASO.....	20
TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE.....	22
PASOS PARA LA EXTRACCIÓN CON SACA LECHES.....	23
MITOS Y REALIDADES DE LA LACTANCIA.....	27
DERECHOS DE LA MADRE AL REGRESAR AL TRABAJO.....	28
ABLACTACION O ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN LA OMS.....	30
CASOS ESPECIALES.....	36
LAS 10 CLAVES DE LA LACTANCIA.....	44
DISEÑO DE LA APP ANDROID.....	45
JUSTIFICACIÓN.....	46
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	47
HIPÓTESIS, MATERIAL Y METODOS.....	48
MATERIAL Y MÉTODO.....	53
ANÁLISIS DE DATOS.....	55
DISEÑO DE LA APP ANDROID.....	56
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES.....	90
RECOMENDACIONES.....	94
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS.....	100
REFERENCIAS.....	127

**“ANALISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA ENSEÑANZA SOBRE
NUTRICION DEL LACTANTE POR MEDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NUMERO 20 “VALLEJO”**

RESUMEN

“ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO APLICADO A LA ENSEÑANZA SOBRE NUTRICIÓN DEL LACTANTE POR MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20 “VALLEJO”

Amador-González, J. E. G.¹, Cruz-Arteaga G.²

1. Residente de Medicina Familiar, UMF No. 20 “Vallejo”

2. Jefe de Educación e Investigación Médica, UMF No. 20 “Vallejo”

Introducción: La lactancia materna es exclusiva hasta los 6 meses de edad y la nutrición del lactante es un tema primordial. En México solo el 14.5 % en menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. La principal causa de abandono de la lactancia materna y de una inadecuada nutrición del lactante es debido a la falta de contenido y/o incompreensión de la información otorgada a la madre o el cuidador, así como una comunicación ineficiente entre el médico de primer nivel y la madre.

Objetivo: El presente estudio pretende evaluar el conocimiento y la actitud profesional ante la lactancia materna en los médicos de primer nivel de atención en la UMF 20 “Vallejo”, posterior a una intervención. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo, aplicado a 89 médicos en el periodo Marzo-Diciembre 2017. Se aplicó un instrumento que evaluó el conocimiento y la actitud profesional ante la lactancia materna en los médicos de la UMF 20. Se realizó una intervención educativa y se aplicó el instrumento en dos ocasiones pre-curso y pos-curso. Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión). Se empleó estadística analítica (Chi cuadrada con un OR –IC 95%) Se empleó el paquete SPSS versión 21. **Resultados:** De acuerdo con el cuestionario de la UNICEF previo a la capacitación solo el 6,17% de los médicos se consideraba como competente, posterior a la intervención lo fue el 84.75% el 66% (n=39) se encuentra con una actitud regular a buena.

Conclusiones: La aplicación de nuevos métodos de enseñanza acerca de la nutrición del lactante mejora de manera importante la actitud y conocimientos médicos hasta en un 44%.

Palabras clave: Lactancia materna. Conocimiento. Aptitude. Médicos, Primer nivel..

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE KNOWLEDGE APPLIED TO THE TEACHING ON NUTRITION OF THE BREASTFEED BY DOCTORS OF THE UNIT OF FAMILY MEDICINE NUMBER 20" VALLEJO"

Amador-González, J. E. G.1, Cruz-Arteaga G.2

1. Resident of Family Medicine, UMF No. 20 "Vallejo"

2. Head of Education and Medical Research, UMF No. 20 "Vallejo"

Introduction: Breastfeeding is exclusive until 6 months of age and infant nutrition is a primary issue. In Mexico only 14.5% in children under 6 months receive exclusive breastfeeding. The main cause of abandonment of breastfeeding and inadequate nutrition is due to the lack of content and / or incomprehension of the information given to the mother or the caregiver, as well as an inefficient communication between the first-level physician and the mother.

Objective: The present study aims to evaluate the knowledge and professional attitude towards breastfeeding in first level care physicians in the UMF 20 "Vallejo", after an intervention.

Material and methods: A cross-sectional, descriptive, prospective study was carried out, applied to physicians in the March-December 2017 period. An instrument was applied to evaluate the knowledge and professional attitude towards breastfeeding in the physicians of the FMU. An educational intervention was carried out and the instrument was applied on two occasions pre-course and post-course. Descriptive statistics were used (percentages, frequencies, measures of central tendency and dispersion). Analytical statistics were used (Chi square with an OR -IC 95%) The SPSS version 21 package was used.

Results: According to the UNICEF questionnaire prior to training only 6.17% of doctors considered themselves competent, after the intervention 84.75% 66% (n = 39) found an attitude regular to good.

Conclusions: The application of new methods of teaching about infant nutrition significantly improve the attitude and medical knowledge up to 44%.

Keywords: Breastfeeding. Knowledge. Fitness. Doctors, First level.

MARCO TEORICO

La educación es el proceso para facilitar el aprendizaje, los conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas, que se transfieren a través de la narración de cuentos, discusión, enseñanza, formación o la investigación. La educación no se transmite solo a través de la palabra, sino que está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de los educadores, pero los estudiantes pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto en la forma en que uno piensa, siente o actúa puede considerarse educativa.

La educación puede tener lugar en contextos formales o informales. La educación formal está dividida en varias etapas, preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, universidad y posgrados.

Dentro del ámbito de la educación formal encontramos lo que se conoce como educación médica, esta es definida como el proceso de enseñanza- aprendizaje de formación del estudiante, mediante la integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidades y valores, de tal manera que se encuentre en condiciones de ejercer la medicina.

Esta a su vez contiene a la educación para la salud, la cual es definida por la OMS como un instrumento que posibilita la promoción de la salud, la cual permite comprender las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, mejorando la alfabetización sanitaria, así como el conocimiento de la población en relación con la salud, permitiendo el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

En el ámbito de la educación médica como en la educación para la salud, se fomenta la medicina preventiva, que puede ser definida como la enseñanza de los métodos y aprendizajes que evitan los hábitos y las malas prácticas que pueden perjudicar la salud del individuo.

Gracias a la formación de este concepto se ha generalizado por parte de los médicos y profesionales de la salud el establecimiento de pláticas, cursos y presentaciones sobre diversos factores que pueden afectar la salud.

En el caso de ginecología y pediatría se ha dado un gran énfasis a fomentar la lactancia materna que de acuerdo a la OMS «La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más, por esto es necesario que el profesional de la salud en contacto con madres y padres de lactantes cubra los conocimientos básicos acerca de los temas que se relacionen con la nutrición del lactante.

MARCO LEGAL

El primer tema que debe de ser tratado antes de entrar de lleno a los temas relacionados con la nutrición el lactante es el marco legal existe en la actualidad ya que este protegerá los derechos de la madre y del niño. Este tema se puede manejar de dos maneras: contexto internacional y nacional.

A continuación se en listan de manera cronológica las leyes que apoyan al lactante:

- A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como "el mayor experimento a gran escala en una especie animal": a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta
- En 1979 la OMS/Unicef organiza una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución llamando a la elaboración de un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.¹⁰ También se funda IBFAN para velar por el desarrollo de dicho Código.
- En 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta sobre "Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna"².
- En 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia se denominó: **LA LACTANCIA MATERNA EN EL DECENIO DE 1990**, dando como resultado una iniciativa a nivel mundial conocida como **LA DECLARACIÓN DE INNOCENTI** que insta a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una "cultura de la lactancia materna".
- En 1991 comienza surge la **INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS**, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de Lactancia materna al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozaron de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la lactancia materna³
- La Asamblea de la OMS de 1994, en la resolución 47.5 fijó la duración óptima de la lactancia materna exclusiva en 6 meses y llamó la atención sobre el error de distribuir sucedáneos de leche materna en situaciones de emergencia y propuso recoger datos sobre el crecimiento de lactantes amamantados que sirvieran para elaborar un nuevo patrón de crecimiento⁴
- En 2006 la Unión Europea publica las "Recomendaciones Standard para la alimentación del lactante y niño pequeño en la Unión Europea" que constituye una completa guía para la alimentación del lactante y el niño pequeño desde la gestación hasta los 3 años. Contiene apartados especiales para los prematuros, situaciones que contraindican la lactancia, riesgos de no amamantar y recomendaciones para el uso apropiado y seguro de sucedáneos cuando la madre así lo decida⁴.

En cuanto a nuestro país se han redactado también leyes que apoyan al lactante a continuación se enlistan estas de manera cronológica

- De acuerdo con la reforma al artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, las mujeres durante la lactancia podrán decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno. También podrán disfrutar de una hora por día para amamantar a sus hijos o realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia fomentando la lactancia materna y amamantamiento.
- En la reforma al artículo 28 numeral C de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, se menciona se podrá capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.
- Mientras que la reforma el artículo 11 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, señala que constituye violencia laboral el impedimento a las

mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género.

Otro ámbito muy relacionado con este tema son las iniciativas que promueven una buena educación sobre nutrición para el lactante, estas son aplicadas tanto en nuestro país como a nivel internacional a continuación se enlistan las principales iniciativas.

POLITICAS A ESCALA NACIONAL

1. Asegurarse de que no sólo haya políticas y leyes adecuadas en vigor, sino que también se apliquen y cumplan.

Esto incluye apoyo para:

2. Preparación y aplicación de políticas y marcos estratégicos nacionales sobre la alimentación de los bebés y los niños.
3. Preparación y aplicación de planes programáticos para poner en marcha la estrategia; preparación y aplicación de una legislación apropiada (**Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna**) y la legislación para la protección de la maternidad⁶
4. Facilitar alianzas estratégicas públicas y privadas con otras organizaciones internacionales y actores a escala nacional para la mejora de la nutrición del lactante y del niño pequeño.

DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Apoyo para poner en práctica intervenciones en el sistema de salud, tales como los Diez pasos para una lactancia eficaz y la **iniciativa de hospitales amigos de los niños y las niñas**, planes de estudio, formación y apoyo a los trabajadores de la salud y los sistemas de información sanitaria.
2. Entre los recursos disponibles, producidos conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, cabe destacar el **curso de formación sobre la iniciativa de hospitales amigos de los niños y las niñas**, y un curso integrado de orientación sobre la alimentación del lactante y del recién nacido.

PROMOCION DEL AMBITO COMUNITARIO

Se presta apoyo a la nutrición basada en la comunidad y las actividades de apoyo a las madres en las que, por ejemplo, participan trabajadores de salud comunitarios, asesores no profesionales y grupos de apoyo de madres a madres

1. Las actividades de **comunicación y promoción** sobre la lactancia materna son también un componente clave del apoyo de UNICEF. La **semana mundial de la lactancia materna** es un acontecimiento anual celebrado en todo el mundo con el apoyo de UNICEF, la OMS y otros aliados.
2. **La alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias especialmente difíciles**: UNICEF apoya las acciones emprendidas para hacer frente a **la alimentación infantil en situaciones de emergencia** y la **alimentación infantil en el contexto del VIH/SIDA**.
3. **La Iniciativa de Hospitales y Centros de Salud Amigos de los Niños (IHAN)** pretende mejorar la calidad de la atención prestada por los distintos centros sanitarios, ya sean hospitales o centros de Atención Primaria con el objetivo de mejorar la calidad de la interacción madre-padre y recién nacido, mejorando asimismo las tasas de lactancia

materna (LM) y el bienestar general de las familias. La mayor parte de estas medidas requieren para su implantación unas actitudes favorables por parte de los profesionales.

Las pautas de atención que se deben otorgar a los recién nacidos y lactantes se encuentran contenidas en las siguientes normas y guías de práctica clínica.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.** En esta norma se establecen las pautas para la atención de las mujeres embarazadas y recién nacido, en el que se incluye la asesoría y orientación a la madre sobre lactancia materna así como el derecho del recién nacido a recibir alimentación con leche materna.
- **Guía de Práctica Clínica GPC-ISSSTE-699-13, Prevención, control y detección del recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.**
- En esta guía se determinan los criterios de normalidad para considerar a un el recién nacido sano, además de promover la lactancia materna como programa prioritario de la atención materno infantil. E inculcar a los padres el cuidado adecuado que deben de tener con los recién nacidos y lactantes.
- **Guía de Práctica Clínica GPC-ISSSTE-226-09, Atención del recién nacido según lugar de nacimiento.** Esta guía hace hincapié en los cuidados que debe recibir el recién nacido dentro de sus primeras 24 horas de vida así como la importancia de iniciar la lactancia materna de manera inmediata posterior al parto no complicado..
- **Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-637-13. Lactancia materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos.** En esta guía se establecen los medicamentos que pueden ser empleados mientras la madre se encuentre embarazada o que se encuentre lactando, así como los medicamentos contraindicados durante la lactancia.
- **Guía de Práctica Clínica GPC-ES-560-17. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna.** En esta guía se dan las pautas a seguir para la capacitación de la lactancia materna, así como el tratamiento y orientación que se debe dar en los principales problemas que se pueden presentar durante este periodo.

EDUCACION PARA MEDICOS Y MADRES

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la nutrición al lactante estaba en su punto más bajo, y por esto pueden ser mujeres que desconozcan aspectos básicos de la lactancia natural, lactancia con formula, ablactación y, sobre todo nutrición en general del lactante. Por ello es importante insistir de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre: - Beneficios de la lactancia materna. Técnicas correctas de amamantamiento y alimentación con biberones, vasos y otros. Evaluación de las mamas. Detección de factores de riesgo y Reconocer las verdaderas contraindicaciones para cualquier método ya sea de lactancia con formula materna además de los alimentos indicados durante el proceso de inicio de ablactación. Por ello se ha observado que la educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5-10%.

En el caso de que la mujer haya optado por lactancia artificial se podrá indagar sobre el motivo de su decisión, ya que puede estar basada en conceptos erróneos o malas experiencias previas personales o familiares. Pero en todo momento, se deberá mostrar una actitud de respeto y cordialidad

En diversos estudios se ha observado que a pesar de que las madres poseen conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva existen creencias o mitos que la afectan directamente la suspensión de la misma.

El IMSS dentro de sus estatutos pide que su personal de salud debe tener los conocimientos sobre el tema de nutrición del lactante, para de esta manera orientar de forma adecuada a las madres para que puedan otorgar de manera adecuada los nutrientes que este requiere durante los primeros 2 años de vida, además de cómo resolver los problemas o dificultades que se puedan desarrollar durante este periodo⁷.

Si bien la mayoría de los profesionales sanitarios saben sobre nutrición del lactante y que la lactancia materna es la mejor alimentación para el lactante, muchos ignoran el manejo correcto de las técnicas que involucra el proceso de alimentación del lactante en las diferentes fases que este tendrá hasta poderse alimentar de manera normal y a veces solo se limitan a recomendar y limitar costumbres perjudiciales para el lactante estas pueden ser : horarios rígidos, separar a la madre y al niño en el puerperio inmediato, retrasar la primera toma, usar chupetes y biberones o contraindicar la lactancia natural por motivos menores.

Es por ello que las aéreas básicas de conocimientos y habilidades que deben manejar los profesionales de salud sobre nutrición del lactante en primer nivel de atención al ser este el que proporciona la Información de primera mano al paciente y apegándose a las guías al IMSS es la siguiente:

Tabla 1 (conocimientos y habilidades del profesional de la salud)

Área	Tema Desglosado.
Fisiología	Fisiología de la lactancia y lactante Prematuridad Lactancia prolongada, lactancia con formula, ablactación
Salud Publica	Recomendaciones oficiales Riesgos lactancia artificial
Manejo de Problemas iniciales	Hipoglucemia Grietas y dolor al amamantar Mastitis Deshidratación Ictericia
Manejo de Problemas tardíos	Inadecuada producción de leche Escasa ganancia ponderal Llanto Crisis de lactancia Vuelta al trabajo. Alimentación complementaria
Evaluación de la toma	Toma a libre demanda Toma con horarios
Condicionantes maternas	Enfermedades maternas Uso de tóxicos, Consumo de drogas, Uso de fármacos,
Actitudes	Promoción y consejería de la lactancia materna, Empatía
Conocimiento de normatividad sobre lactancia materna	Conocer normas oficiales y guías de práctica clínica

Si se toma por especialidad el grado de conocimiento que debe tener cada especialista involucrado en el primer nivel de atención según la OMS y la NOM oficial mexicana quedaría de la siguiente manera:

Tabla 2 (Las áreas que deben conocer de acuerdo a su categoría)

Área	Categoría			
	Medico (a) Odontólogos	Enfermera (o)	Trabajador (a) Social	Nutrióloga
Fisiología de la lactancia.	X	X	X	X
Salud Publica	X	X	X	X
Manejo de Problemas iniciales de la lactancia	X	X	X	X
Manejo de Problemas tardíos de la lactancia	X	X	X	X
Evaluación de la toma	X	X		
Condicionantes maternas y del recién nacido	X	X	X	X
Actitudes y aptitudes profesionales ante la nutrición del lactante.	X	X	X	X
Conocimiento de normatividad sobre atención materna – infantil, lactancia materna y nutrición del lactante	X	X	X	X

Una de las ideas más recientes del IMSS en beneficio de la nutrición del lactante fue en el año 2013 a la cual se le denominó **LA SEMANANACIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2013** donde se estipuló una división en la manera de implementar la educación de las nuevas y futuras madres sobre este tema, en primera instancia tenemos:

A) EDUCACIÓN PRENATAL:

Idealmente iniciar desde la consejería y cuidados pre-concepcionales, así como en el primer trimestre del embarazo. En las clases de preparación al parto se imparte una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología, higiene y cuidados, problemas más frecuentes, etc. Además, el contacto y apoyo entre madres y padres, que se establece de manera espontánea y natural tiene un efecto positivo significativo sobre las tasas de lactancia, tanto de inicio como de duración del amamantamiento.

Este apoyo hoy en día se canaliza también a través de grupos locales dentro de las unidades de medicina familiar, donde es conveniente incluir en estas actividades de educación y soporte a la familia y personas allegadas.

A continuación se desarrollan los temas de esta etapa.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señalan asimismo que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

La elaboración de la leche materna comienza en las glándulas mamarias, cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos (cada lobulillo contiene de 10 a 100 alvéolos) y a su vez en pequeños racimos donde se encuentran células secretoras, en las cuales se produce leche materna⁸.



Figura 1. Fisiología de la lactancia materna, ADAM.2014

La producción de leche comprenderá dos grandes mecanismos el primero relacionado con la rapidez de la síntesis y secreción y el segundo con la expulsión; donde intervienen las hormonas prolactina y oxitocina. Ambos mecanismos dependen de la succión o de otro estímulo del pezón la secreción depende de un sofisticado mecanismo fisiológico estimulado por hormonas que desencadenan una respuesta endocrinológica que comienza con el estímulo de succión del lactante, pues si mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón.

Los nervios del pezón enviando el mensaje al cerebro de la madre de que el niño quiere leche, el cerebro responde, ordena la producción de una sustancia llamada prolactina, esta hace que la leche se comience a formar en los alveolos, entre más mama el niño más leche produce la madre y la oxitocina responsable de contraer los músculos alrededor de los alvéolos para la expulsión de la leche.

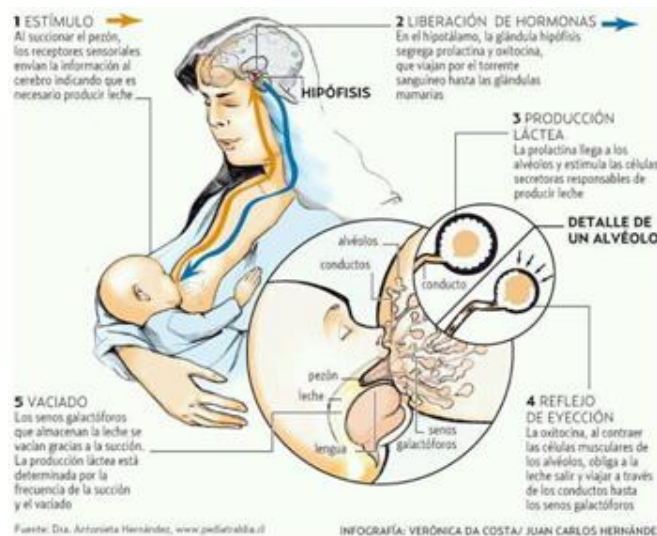


Figura 2. Fisiología de la lactancia materna, 2014 (www.pediatrilandia.com)

La leche materna varía según la etapa de lactancia, el calostro es un líquido espeso, amarillento de alto poder nutritivo, rico en proteínas y con un elevado contenido en defensas o anticuerpos que se produce desde el último trimestre del embarazo hasta los primeros cinco días después del parto, es la primera leche que se segrega y la más importante para el niño pues contiene anticuerpos para todas las enfermedades que la madre ha padecido y de las que se recuperó; la leche transicional es de color blanquecino, comienza a secretarse desde el quinto o séptimo día del nacimiento del niño hasta el final de la segunda semana aquí es donde comienza el aumento de la leche y por último la leche madura que se produce a partir de la tercera semana luego del parto y es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores la cual produce que el niño gane peso. En general la leche materna contiene nutrientes con la calidad necesaria y en las cantidades exactas para el recién nacido, contiene proteínas, lípidos, carbohidratos, hierro, agua, lactoferina, leucocitos, lactosa, grasa, factor bífido, lisozima y vitaminas.

EDUCACION ANTES Y DESPUES DEL PARTO

ANTES DEL PARTO

En las citas con el médico familiar y/ ginecólogo hay que preguntar a la madre qué tipo de alimentación quiere dar, lactancia materna, artificial o mixta, así como motivos por las que elige está a continuación se desarrollan los temas de esta etapa.

TIPOS DE LACTANCIA.

Lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre, a cambio o no de algún tipo de compensación

COMPOSICIÓN.

El calostro o primer leche es rica en anticuerpos y sustancias defensiva, Este es un líquido viscoso y de color amarillento, que las glándulas mamarias segregan durante los 3 o 4 días después del nacimiento. Está compuesto por agua, proteínas, minerales, es rico en azúcar, bajo en calorías y en grasas. Es perfecto e insustituible para el bebé por su alto valor nutritivo y su fácil digestión. Además, de sus más de 30 componentes, 13 de ellos se pueden encontrar únicamente en el calostro. La cantidad de anticuerpos que posee hace que el bebé esté protegido frente a determinadas infecciones intestinales y respiratorias hasta que se desarrolle su propio sistema inmunológico. Además de su alto nivel nutritivo, favorece el desarrollo de su sistema digestivo y ayuda a evacuar el meconio. Por eso, es imprescindible que se pegue al niño al pecho al momento de nacer y las primeras 48 horas⁸.

Tabla 3: Cantidades nutrimentales de la leche materna

	LECHE MATERNA MADURA	CALOSTRO
Agua	88	87
Energía	70	58
Lactosa g/100 ml	7'3	5'3
Nitrógeno total mg/100 ml	171	360
Nitrógeno proteico	313	510
Nitrógeno no proteico	47	32
Proteínas totales g/100 ml	0'9	2'3
Caseína g/100 ml	0'25	-
Lactoalbúmina g/100 ml	0'26	0'16
Lactoferrina g/100 ml	0'17	0'33
Lisozima g/100 ml	0'05	-
IGA g/100 ml	0'14	0'36
Grasas totales g/100 ml	4'2	2'9
Ácido linoleico de la grasa	8'3%	6'8%
Colesterol mg/100 ml	16	28
Calcio mg/100 ml	28	-
Fósforo mg/100 ml	15	-

El primer control médico es entre el 3er y 5to día posterior al nacimiento, a los 15 días de vida el niño debiera recuperar su peso de nacimiento, parte del que perdió durante la primera semana. Después del parto el único estímulo que tiene el pecho para producir leche es la succión del niño. Las cantidades que el niño debe tomar aproximadamente por cada alimentación son: primer mes: 100 ml, 2º mes, 120 ml, 3er mes 150 ml, 4º mes 180 y 5º mes 200 ml

LACTANCIA CON FORMULA

La lactancia artificial es la alimentación del lactante con leche artificial (preparados lácteos provenientes principalmente de la leche de vaca). La denominada "lactancia artificial" se inventó a finales del siglo XIX, aplicada a la alimentación de terneros y otros animales de granja, para dar salida a los excedentes de producción de leche de vaca, que era conservada en polvo y rehidratada posteriormente para su uso. Unos años después, por iniciativa de la empresa de Henri Nestlé, se inició su uso en humanos. Alcanzó su máxima popularidad en los años 1960.

Posteriormente se ha disminuido su uso al demostrarse desventajas de este tipo de alimentación respecto a la lactancia materna⁸.

Gracias a los conocimientos sobre la composición de la leche materna, las necesidades nutricionales del lactante y el desarrollo tecnológico, podemos encontrar en el mercado una gran variedad de fórmulas que se adaptan a diferentes circunstancias del niño. Dada la importancia de una correcta alimentación en los albores de la vida, diferentes comités relacionados con la nutrición -American Academy of Pediatrics (AAP), European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPHAN) y el Comité Científico de Alimentación de la Comisión Europea-, han establecido una serie de recomendaciones sobre la composición y calidad de las fórmulas lácteas, identificando tres tipos de fórmulas:

Clasificación

	Fórmula para prematuros y neonatos de bajo peso <ul style="list-style-type: none">• Mayor aporte calórico (24 cal/onza)• Mayor contenido proteico y minerales• Carbohidratos aportados en forma de maltodextrinas• Son hipo osmolares (120-148 mOsm/L)• Fórmulas de transición : Prematuros > 2500g o 9 meses edad corregida.	150 ml/kg/día en 8 a 12 tomas
	Fórmula de Inicio <ul style="list-style-type: none">• Recomendados para los primeros seis meses de edad• Adaptados a la inmadurez digestiva y renal del bebé• Primera elección como suplemento• 150 ml/kg/d en 6-8 tomas	
	Fórmulas de continuación <ul style="list-style-type: none">• Recomendadas después de los 6 meses hasta el año• Peso > 6kg• Parte de una dieta mixta• Contenido de hierro 1,2-2 mg/100cc• 1 medida (4.4g) por onza de agua	

(Ucros & Mejia, 2009), (Pediatrics, 2013)

(Ruiz MD, Pouymiró Y, Dumas YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses)

TIPOS DE FORMULAS

Las leches de fórmulas son productos alimenticios diseñados para proporcionar las necesidades alimenticias de los lactantes. Se presentan en forma de polvo, concentrados, o formas listas para tomar. Al proceso alimenticio que utiliza estas leches se le conoce como “alimentación con fórmula”, “lactancia artificial”. Las fórmulas son muy variadas en densidad calórica, composición de nutrientes, ingredientes, sabor, digestibilidad y precio. Se recomiendan, siempre que el lactante no pueda tomar leche de mujer. En general, todas las necesidades nutricionales del lactante, en los primeros cuatro a seis meses de la vida, existen diferentes tipos de fórmulas que se adaptan a las necesidades específicas de los lactantes. Algunos de los tipos de fórmulas son:

Fórmulas de inicio. Estas fórmulas se recomiendan para lactantes desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Su contenido de nutrimentos es muy similar al de la leche materna y sus proteínas han sido modificadas para que sean similares a las de la leche humana.

Fórmulas de seguimiento. Estas fórmulas se recomiendan para lactantes de más de 6 meses de edad que ya reciben otros alimentos además de la leche. Su contenido de proteínas es mayor que el de las fórmulas de inicio, pero no tan alto como el de la leche de vaca. Al igual que las fórmulas de inicio, las de seguimiento están adicionadas con hierro.

Fórmulas para prematuros. Están indicadas para bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Su cantidad de calorías y proteínas es mayor que en las fórmulas de inicio para responder a las necesidades del rápido crecimiento de estos bebés.

Fórmulas de soya. Estas fórmulas no están elaboradas a base de leche de vaca, sino de soya. Se indican en los casos en los que los lactantes manifiesten intolerancia al azúcar de la leche (lactosa) o alergia a las proteínas de la leche de vaca.

Fórmulas sin lactosa. Están elaboradas a base de leche de vaca, pero se ha eliminado la principal fuente de hidratos de carbono: la lactosa, que se sustituye por otros tipos de azúcares. Estas fórmulas se indican cuando un lactante no tolera la lactosa de forma temporal (por ejemplo después de un cuadro diarreico) o permanente.

Fórmulas hipoalergénicas. En estas fórmulas, la proteína ha sido previamente hidrolizada (predigerida) y se recomiendan para lactantes que manifiestan alergia a las proteínas de la leche de vaca⁹.

Otras fórmulas especiales. Existen otras fórmulas especiales para situaciones clínicas específicas como reflujo gastroesofágico, diarreas, o alteraciones congénitas del metabolismo. A continuación se muestran en la siguiente imagen algunos de estos tipos:

Fórmulas Especiales

FÓRMULA	INDICACIÓN
Libres de lactosa	<ul style="list-style-type: none"> Intolerancia congénita a la lactosa Gastroenteritis Recuperación nutricional
Hipoalergénicas, Hidrolizadas	<ul style="list-style-type: none"> Sustituye proteínas por péptidos sencillos Pacientes con dificultad para absorción de proteínas Pacientes con desnutrición severa, síndrome de intestino corto, fibrosis quística
Elementales	<ul style="list-style-type: none"> Alérgicos a proteínas de origen animal y soya
A base de soya	<ul style="list-style-type: none"> Alérgicos a proteína de leche de vaca Factores socioculturales Debe suplementarse hierro por alto contenido de fitatos
Antirreflujo	<ul style="list-style-type: none"> Almidones de maíz y arroz No en menores de 4 meses
Malabsorción lipídica	<ul style="list-style-type: none"> Problemas linfáticos y malabsorción
Anti Estreñimiento	

Velasquez, O (2013). *Pediadosis*. Health Book's Editorial

LACTANCIA MIXTA

Es aquella en la que el lactante recibe leche materna y fórmula maternizada. Se debe adoptar este tipo de alimentación cuando la madre no tiene suficiente cantidad de leche (hipogalactia) o, cuando no dispone de tiempo suficiente para la lactancia natural.

En el caso de hipogalactia, la madre ofrece primero el pecho y posteriormente la leche artificial, denominando a esta técnica lactancia coincidente. En caso de no poder ofrecer la leche materna de manera continua, se seguirá la técnica alternante, ofreciendo siempre que se pueda la leche materna y la fórmula láctea cuando la madre no esté disponible y no se la haya extraído previamente de manera manual o mecánica.

Durante el parto:

Esto es desde las primeras horas de haber concluido este se le darán pláticas sobre la técnica correcta en primera instancia de lactancia materna, posterior a esto de haberse detectado alguna posible patología se implementara y explicara el cómo alimentar al lactante de manera artificial. A continuación se muestra el protocolo a seguir para la implementación de lactancia materna y con formula:

Técnica adecuada de Amamantamiento

La técnica de amamantamiento consisten en:

1. Lavado de manos con agua y jabón



2. Aseo del seno materno



- Ubicación del niño: debe estar frente a la madre de modo que la mano de la madre sostenga la espalda del niño y la cabeza del niño descanse en el pliegue del codo de la madre, el abdomen del niño debe estar en contacto con el de la mamá (ombligo con ombligo), la correcta adhesión o acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre es sosteniendo la mama con la mano formando una "C" con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba, los labios del niño deben estar totalmente separados de forma evertida¹⁰.



- La duración de las mamadas deberá ser en un promedio de 5 a 15 minutos por mama a demanda del bebé y para no producir dolor al retirar al niño del seno se recomienda introducir el dedo meñique por la comisura bucal presionando la encía inferior.
- Para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño. Tenemos diferentes posiciones:



- Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

- b. Posición semisentada o cuna cruzada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- c. Posición debajo del brazo, de sandía o de futbol americano: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.
- d. Posición acostada: La madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que pueda afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del lactante.

FORMA DE PREPARAR EL BIBERÓN

TECNICA DE PREPARACION

Para una preparación adecuada hay que tener en cuenta en primer lugar que esta puede variar de una marca a otra por lo cual es necesario siempre leer las instrucciones que nos muestra el fabricante en cada lata.

PREPARACION POR PROPORCION DE PESO

Multiplica el peso de tu bebé por 2,5 onzas (74 ml).

Si tu bebé todavía no come alimentos sólidos (no debería hacerlo antes de los 4 a 6 meses de edad), según la regla general, debes ofrecerle 2,5 onzas (74 ml) de leche de fórmula por libra (0,45 kg) de peso corporal al día.

Esto quiere decir que si tu bebé pesa 6 libras (2,7 kg), le darás alrededor de 15 onzas de fórmula (445 ml) en un periodo de 24 horas. Si pesa 10 libras (4,5 kg), debería ingerir 25 onzas (740 ml) en un periodo de 24 horas.

PREPARACION POR EDAD

La cantidad de leche de fórmula que el recién nacido o lactante requiere depende de la edad y peso del bebe.













Inicialmente al recién nacido la cantidad de leche que se puede proporcionar es en base a su capacidad gástrica. Por lo que durante la primera semana se administra de 30 a 60 ml por toma. Es decir de 1 a 2 onzas. Y su alimentación será a libre demanda.

Alrededor del mes, la cantidad de leche que consumirá por toma será de 3 a 4 oz. Es decir de 90 a 120 ml. Mientras que por día será de 18 a 32 oz (532 ml a 947 ml), divididas en 6 a 8 tomas.

A partir de los 2 a 6 meses, consumirá de 4 a 6 onzas (118 a 178 ml) por toma y de 23 a 32 onzas (680 ml a 947 ml) por día. En promedio aumentara 30 ml o una onza por mes en cada toma.

A los 6 meses, ingerirá de 6 a 8 onzas (178 a 237 ml) por toma, hasta alrededor de 32 onzas (947 ml) de leche de fórmula por día.

Cuando la cantidad de leche ingerida alcance las 32 onzas, en 24 horas, y si el lactante ya se encuentra alrededor de los 6 meses de edad, se podrá iniciar alimentación complementaria. Se podrá iniciar con cereal de arroz o con papilla con verduras, esto siempre de manera paulatina y en pocas cantidades para evitar problemas gastrointestinales¹¹.

	Paso 1 Limpie y desinfecte la superficie en la que preparará la toma.		Paso 7 Cierre el biberón y mezcle bien los ingredientes agitándolo suavemente.
	Paso 2 Lávese las manos con agua y jabón y séquelas con un paño limpio o un paño desechable.		Paso 8 Enfríe inmediatamente el contenido hasta la temperatura apropiada para alimentar al bebé, colocando el biberón bajo el chorro del grifo o sumergiéndolo en un recipiente con agua fría o con hielo. Para no contaminar el contenido, asegúrese de que el nivel del agua quede por debajo de la tapa del biberón.
	Paso 3 Hierva agua potable limpia. Si utiliza un hervidor automático, espere hasta que se desconecte. Si utiliza una cazuela, asegúrese de que el agua hierva a fuego vivo.		Paso 9 Seque el exterior del biberón con un paño limpio o desechable.
	Paso 4 Lea las instrucciones que figuran en el envase del sucedáneo en polvo para saber qué cantidad de agua y de polvo necesita. Utilizar más o menos polvo del indicado puede hacer enfermar al bebé.		Paso 10 Compruebe la temperatura de la toma vertiendo unas gotas en el interior de la muñeca. La toma estará tibia, no caliente. Si sigue estando caliente, enfríela un poco más antes de alimentar al bebé.
	Paso 5 Cuidando de evitar las quemaduras, vierta la cantidad apropiada de agua hervida en un biberón limpio y esterilizado. El agua no estará a menos de 70°C, de modo que no la deje enfriar durante más de 30 minutos después de hervirla.		Paso 11 Alimente al bebé.
	Paso 6 Agregue la cantidad exacta de polvo al agua contenida en el biberón.		Paso 12 Deseche todo resto de la toma que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.

TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

Existen muchas maneras hoy en día para proporcionar la fórmula maternizada al recién nacido. En esta sección se te proporcionar los conocimientos básicos sobre los métodos más aceptados en la actualidad. Recuerda siempre preguntar a tu médico e informarte más de cada una de estas.

TÉCNICA CON BIBERÓN

Muchos expertos recomiendan evitar dar el biberón, pero si se recurre a este utensilio, ya sea porque la madre a regresado al trabajo, el bebé sea prematuro o tenga algún otro padecimiento tanto la madre como el bebé que impidan la lactancia materna el consejo es aplicar el llamado método Kassing. Este método recibe su nombre de Dee Kassing, una asesora de lactancia estadounidense. Su artículo 'Bottle-Feeding as a Tool to Reinforce Breastfeeding' ("La alimentación con biberón como una herramienta para reforzar la lactancia materna"), publicado en 2002 en una revista especializada, fue el punto de partida para la difusión de esta técnica, que busca recrear las condiciones de esfuerzo, estimulación y enganche que experimenta el bebé al tomar la teta. De ese modo se reducen las posibilidades de que el pequeño se confunda cuando se reencuentra con el pecho de su madre.

¿EN QUÉ CONSISTE EL MÉTODO KASSING?

- El bebé se coloca **sentado a 90°** (no en la posición de amamantar).
- Debe **estimularse al bebé para que busque el biberón**, tocándole las mejillas o los labios (reflejo de búsqueda) hasta que lo encuentre.
- El biberón debe tener una **tetina alargada, blanda y redonda** (las convencionales no se parecen al pezón).
- Es importante que la tetina sea larga porque debe **tocar el punto donde se unen el paladar blando y el duro**, igual que en la lactancia natural (se recomienda que la tetina tenga una longitud entre 18 mm y 2 cm).
- El bebé debe **encontrar por sí mismo el biberón y succionar** para extraer la leche.
- Cuando ha succionado varias veces, se debe **sacar el biberón y volver a empezar**.
- El tronco del bebé debe mantenerse en **posición vertical y evitar que la leche caiga por gravedad**.
- El **orificio debe ser de tamaño medio** para que el bebé deba esforzarse para extraer la leche.
- Como orientación, debe **tardarse unos 20 minutos en dar el biberón** (aproximadamente, lo que tardaría en mamar de los dos pechos maternos)
- Con este sistema **se reproduce bastante fielmente la lactancia materna** y el bebé puede recibir el alimento de las dos formas indistintamente.



(MÉTODO KASSING, foto tomada en HGP 3A, IMSS, 2016)

ALIMENTACIÓN USANDO UN VASO

Consiste en la alimentación de un bebé mediante el uso de un vaso pequeño (de 30 o 60 ml) de leche, es decir, el tamaño de un bote medicamento). Es útil para evitar la confusión tetina / pezón cuando el bebé está aprendiendo a succionar. Los bebés no beben por un vaso igual que lo haría un adulto, sino que lo hacen succionando la leche (los bebés nacidos a término o mayores) o chupando con la lengua (los prematuros o con bajo peso). Hay estudios que sugieren que el uso de un vaso en un bebé prematuro (bebés de hasta 30 semanas han llegado a usarlo) mantienen una mayor estabilidad del nivel de oxígeno en la sangre si se alimentan con vaso que cuando se alimentan con biberón.

Aunque las tazas o vasos de menor diámetro pueden reducir el peligro de derrames, en muchos sitios se utilizan las tazas de té ordinarias. Se trata de utensilios que se consiguen fácilmente y a bajo costo, y además en prácticamente todos los hogares hay alguna taza, vaso o copa, o un cuenco de superficie lisa, que puede utilizarse para alimentar a los lactantes.

También se pueden adquirir vasos comercializados específicamente para la alimentación de los bebés.

¿CÓMO SE SUPLEMENTA A UN BEBÉ USANDO UN VASO?

- Llena el vaso más o menos por la mitad, ya sea con leche materna o artificial.
- Podría ser útil envolver al bebé en una manta para mantener sus manos fuera del alcance del vaso o taza.
- Coloca un pañal de tela, una toalla pequeña o un babero absorbente debajo de la barbilla del bebé para absorber la leche que derrame.
- Sostén al bebé en tu regazo en posición vertical apoyado (es decir, con el antebrazo detrás de la espalda del bebé y de la mano apoyando el cuello y la cabeza del bebé), frente a ti.
- Lleva el vaso a los labios del bebé e inclínalo hasta que la leche llega justo a sus labios.
- Deja que el bebé tome la leche a su propio ritmo.
- La leche no debe ser vertida en la boca del bebé porque se puede ahogar.
- Dale tiempo al bebé a eructar, si lo necesita.
- Deja que el bebé decida cuándo ha terminado.



(METODO EN VASO IMSS UMF 20)

POSTNATAL O PUERPERIO:

Durante las primeras 48 horas posteriores al alta, las madres presentan “la subida de leche” y las primeras dificultades reales para brindar la lactancia materna en el domicilio, por lo que la orientación y el apoyo que brinde el profesional en salud será fundamental para tener éxito en la lactancia materna y garantizar de esta manera la adecuada nutrición al recién nacido y lactante.

Durante su estancia hospitalaria posterior al nacimiento es importante que los pediatras, ginecólogos y personal de enfermería de los hospitales de gineceo- obstetricia expliquen de nueva cuenta las técnicas para la lactancia materna, así como las opciones de lactancia en caso de que el recién nacido o madre lo requiera, resolviendo las dudas que presente la madre, además las posibles complicaciones o problemas que se pueden presentar en los primeros días posparto, ya que más del 90 % del abandono de lactancia materna de manera temprana se debe a la poca importancia que se da por parte de los profesionales de salud con respecto a estas dudas¹².

La primera visita posparto con el médico familiar se deberá realizar entre el tercer y séptimo día posterior al nacimiento, en la cual se aclararan a la madre las dudas presentadas sobre la lactancia materna, las opciones para la nutrición del recién nacido o lactante en casos especiales, cuidados en la madre y el recién nacido durante el puerperio, así como cuidados posterior al regreso del trabajo. Además se fomentara la extracción y almacenamiento de leche materna en madres trabajadoras.

PERIODO DE HOSPITALIZACION

Los primeros días, son para favorecer el descanso y la recuperación materna, se aconsejara dar la toma en posición acostada y se insistirá en la aplicación de una técnica adecuada de succión y la posición correcta al bebé, se le enseñara a la madre y al cuidador principal a identificar los signos precoces de hambre, así como a otorgar lactancia a libre demanda en los primeros meses de vida. Asimismo, se insistirá y aconsejará evitar el uso del chupón hasta que la lactancia esté bien establecida para evitar la confusión del bebé, del pezón con la tetina.

No se debe administrar ningún sustituto de líquidos como agua, suero o soluciones glucosadas salvo indicación médica justificada. A las madres se les recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón, y dejando secar al aire tras la toma, para favorecer la lubricación correcta y evitar la aparición de grietas. Se evitara el uso de povidona yodada tanto en recién nacidos como en sus madres, ya que el yodo se concentra en la leche materna, alcanzando concentraciones mucho más altas que en el plasma materno, lo cual puede resultar en una exposición infantil significativa y una posible disfunción tiroidea o bocio.

Las dudas y los problemas que hayan podido surgir (ingurgitación mamaria, aparición de grietas, etc), se resolverán instruyendo a la madre sobre las posibles soluciones.

PERIODO DE ALTA

Es responsabilidad del médico familiar o pediatra establecer los controles que considere necesarios posterior al egreso hospitalario, estos controles se establecerán en la primer consulta dependiendo del estado en el que se encuentre la madre y el recién nacido. Además de tomarse controles de peso, talla y somatometria y desarrollo neuromuscular del neonato y lactante para determinar si existe un adecuado desarrollo e identificar alteraciones, para su derivación con el especialista correspondiente.

Durante la atención del recién nacido y lactante en sus primeros dos años de vida es importante el recalcar la importancia de la alimentación con leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y de manera complementaria de los 6 meses a los 2 años.

Por lo que es importante el tratar el tema de técnica correcta de amamantar, posiciones adecuadas, extracción de leche, mitos y realidades más comunes, pues debido a diversas creencias tanto en personal de salud o de la madre el porcentaje de abandono de la lactancia materna de manera temprana es elevado., también los principales problemas durante la lactancia con seno materno. Tipos de alimentación alternativa con leche materna y fórmula maternizada, uso correcto de sucedáneos de leche, derechos de las madres que laboran, así como la manera correcta de iniciar la ablactación¹².

A continuación se muestran los temas relacionados a este periodo.

TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DE LECHE

Técnica de extracción manual

Primero es necesario lavarse las manos y tener un recipiente esterilizado, limpio y seco.

Antes de comenzar la extracción de la leche la madre debe comenzar masajeando los pechos suavemente con el fin de mover la leche por los conductos y estimular el reflejo de eyección de la leche. Los movimientos del masaje deben de hacerse de forma circular y hacia la areola.

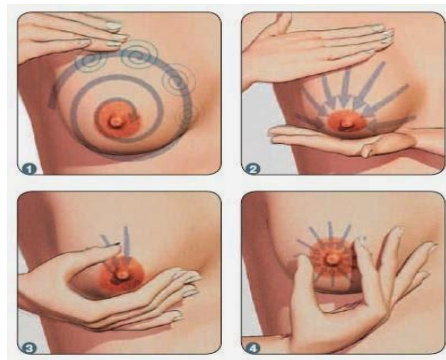
A continuación, se debe agarrar el pecho con la mano en forma de letra C. El pulgar debe ponerse sobre el pecho y el índice debajo del pecho de forma opuesta al pulgar. Ambos dedos deben estar alejados del pezón, por encima de la areola o justo sobre la areola si ésta es muy grande. Si los dedos agarran el pezón la madre no obtendrá leche suficiente (o ninguna) y le causará dolor.

Presionar el pulgar y el dedo juntos hacia la pared torácica, luego tirar juntos hacia el pezón y finalmente liberar. Repetir la acción de forma rítmica (presionar y liberar). Leche comenzará a gotear y puede llegar a salir en chorro.

Una vez el chorro de leche empieza a disminuir la madre debe rotar los dedos alrededor del pecho y repetir la misma técnica por todos los segmentos del pecho (todos los 360° del pecho) hasta que empiece a obtener muy poca leche de ese pecho.

El pezón no se debe presionar porque le causará daño a la madre y no obtendrá leche. La madre debe también evitar el deslizar sus dedos sobre la piel porque puede dañar el tejido subyacente.

Extraer la leche de cada pecho durante 3-5 minutos hasta que el flujo empieza a disminuir, entonces cambia al otro pecho. Realizar lo mismo en cada pecho. El proceso completo debe durar alrededor de 20-30 minutos.



(TECNICA DE MASAJE UMF 20)

PASOS PARA LA EXTRACCIÓN CON SACA LECHES

Uso del sacaleches:

- Buscar un lugar cómodo para extraerte la leche.
- Seleccionar un tipo de sacaleches acorde al tamaño correcto del pecho. El embudo debe rodear el pezón de cerca, pero dejar suficiente espacio para que el pezón no roce contra la pared del embudo y pueda moverse libremente hacia adelante y hacia atrás.
- Se extrae la leche con el vacío máximo tolerable, es decir, el mayor nivel de vacío que puede tolerar una madre sin dejar de estar cómoda. Se determina el vacío máximo tolerable aumentando el vacío hasta que se sienta que la extracción molesta un poco, sin llegar a doler; si esto ocurre, reducirlo ligeramente.
- La clave para una extracción de leche satisfactoria es estimular el reflejo de salida de la leche. La molestia o el dolor obstaculizan la salida de la leche.
- Se masajean los pechos antes y ocasionalmente durante la extracción para estimular la salida y el flujo de leche.
- La extracción doble permite dedicar la mitad de tiempo a extraer leche. Los niveles de prolactina son más altos cuando utilizas la extracción doble, de modo que puede llegar a producir más leche con el tiempo.
- Si se extrae la leche de un pecho y luego del otro, realizarlo de manera alternada hasta completar la extracción.
- La extracción de la leche nunca debe ser dolorosa. Si se siente dolor, es necesario interrumpir el uso de sacaleches, por lo que se deberá explicar nuevamente la técnica para una adecuada extracción.



(SUCCION CON SACA LECHES, (Imagen tomada de video explicativo de succión con saca leches. , UNICEF, 2016)

PROBLEMAS MÁS COMUNES POSTPARTO

Durante los primeros días posparto se pueden presentar diferentes problemas por lo cual es necesario que el profesional de la salud maneje con amplitud los problemas que se pueden presentar en este periodo siendo los más comunes que se pueden presentar durante la lactancia materna los siguientes:

PROBLEMA	PORQUE SUCEDE	SOLUCIÓN
 <p>DOLOR AL AMAMANTAR</p>	Es provocado por mal acoplamiento boca con el pezón, si a pesar de una buena técnica el dolor persiste, es necesario descartar otras causas	Se evalúa acoplamiento, distancia de la nariz del niño con la mama y cuanto de la areola se introdujo a la boca del niño. Si la distancia nariz-mama es mayor de 1cm, es probable que no esté bien acoplado y el dolor se corregirá con solo introducir más areola en la boca del niño y asegurarse que ambos labios estén evertidos y la nariz y mentón del niño cercanos a la mama
 <p>GRIETAS EN EL PEZÓN</p>	Son heridas en los pezones producto de una presión inadecuada producida por la boca del niño.	Si el dolor es muy intenso, o la herida se abre al mamar, se recomienda dejar de amamantar por 24-48 horas y extraer manualmente la leche cada 3 a 4 horas para dársela al niño. La clave en el tratamiento es el buen acoplamiento, pero sobre la herida se puede aplicar un poco de leche de la madre y dejarla secar.
 <p>SANGRADO DEL PEZÓN</p>	En el postparto, puede haber sangramiento a través del pezón por los cambios hormonales característicos de este período. Las grietas también pueden provocar sangramientos	Con una buena técnica de lactancia éstas deberían solucionarse en pocos días. Si esto no sucede o la descarga viene de un ducto en particular, es necesaria mayor evaluación.
 <p>MASTITIS</p>	Es una infección del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario. Los factores que predisponen pueden ser grietas en el pezón, retención de leche, cambio abrupto en la frecuencia de las mamadas, mal vaciamiento, disminución de la resistencia materna a la infección.	El tratamiento consta de: vaciamiento frecuente de la mama, reposo, líquidos abundantes, analgésicos o AINES (Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas) y antibióticos por 10 días. El antibiótico recomendado es Cloxacilina o Flucloxacilina en dosis habituales. Se debe mantener la lactancia, favoreciendo el vaciamiento del lado comprometido

 <p>Enrojecimiento Calor Endurecimiento Dolor</p> <p>ABSCESO MAMARIO</p>	<p>Se produce por un tratamiento inadecuado o tardío de una mastitis.</p>	<p>Es necesario sospecharla en caso de una mastitis tratada con antibióticos que no mejora. En estos casos se recomienda control ecográfico y extensión del tratamiento a 15 días.</p>
 <p>No-lactante Congestionado Glándulas mamarias</p> <p>CONGESTIÓN MAMARIA</p>	<p>No es raro que al 3º o 4º día postparto, las madres experimenten una sensación de calor y peso en sus mamas debido al cambio de calostro a leche más abundante.</p>	<p>El tratamiento es el vaciamiento frecuente, idealmente por el niño. Si la areola está comprometida, primero debe vaciarse manualmente o con bomba esa zona para que el niño pueda acoplarse y mamar efectivamente.</p>
 <p>LECHE INSUFICIENTE O "DELGADA"</p>	<p>Es un problema frecuentemente expresado por las madres, la "falta de leche", hay que determinar si hay una inadecuada extracción de leche.</p>	<p>El apoyar la fisiología de la lactancia, evitando el dolor, mamadas frecuentes, vaciamiento completo, sin interferir con chupetes, suplementos o restricciones a la frecuencia o tiempo de las mamadas, es el mejor galactogogo conocido y no tiene efectos indeseables.</p>
 <p>PEZONES PLANOS O INVERTIDOS</p>	<p>Este problema puede ser fácilmente identificado en los controles anteriores al parto.</p>	<p>En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de tensadores de pezón, esto antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de oxitocina en el útero, ya que posterior a esto, el estímulo del pezón puede producir contracciones uterinas. Una vez nacido, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando. Si el niño no es capaz de acoplarse, se recomienda la extracción manual de leche hasta que éste sea lo suficientemente grande para abarcar toda la areola con su boca.</p>
 <p>MICOSIS DEL PEZÓN</p>	<p>Es producido por <i>Cándida Albicans</i>. se caracteriza por un pezón de color rosado aterciopelado, en contraste con el tono café de la areola, a veces agrietado o descamativo y con lesiones</p>	<p>El tratamiento debe ser efectuado al menos por 10-15 días, aplicando antimicóticos tópicos (nistatina, miconazol) en el pezón y en la boca del niño después de cada mamada, y eliminando el hongo de los lugares contaminados (lavado de ropa, juguetes y hervir chupetes, mamaderas). Si se sospecha compromiso de los conductos, la madre debe usar terapia sistémica con fluconazol.</p>

Para realizar la capacitación de la madre con respecto a la lactancia, los profesionales de la salud se basaran en las guías de práctica clínica para realizar el cuidado y la alimentación del lactante. Así como emplearan diversos medios impresos y ópticos como folletos, trípticos, diapositivas, carteles, videos, etc. Como apoyo durante esta capacitación.



MITOS Y REALIDADES DE LA LACTANCIA

En la actualidad existen muchos mitos sobre la lactancia materna que aunque se ha intentado dar mayor promoción a su práctica, las costumbres y creencias han mermado en cierta medida su difusión a continuación se muestran los mitos más comunes sobre lactancia

MITOS	REALIDADES
El calostro (la leche que la madre produce en los primeros tres días después del parto) debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico	El calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del bebé. Es como una vacuna ya que además contiene una gran cantidad de inmunoglobulinas y anticuerpos ¹³ ..
El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido	Es amarillo porqué está rico en beta carotenos (una sustancia que previene muchas enfermedades). Además contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo.
El bebé no debería succionar hasta que salga la leche blanca	La lactancia debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar
Los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas porque sin estas últimas serán más fértiles en la edad adulta	La leche materna hace que los niños crezcan sanos, fuertes e inteligentes. Hay que amamantar niños y niñas por el mismo tiempo, sin diferencias.
Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprenda a caminar	Los bebés deben ser alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses. De los 6 meses hasta los dos años, hay que complementar el consumo de leche materna con otros alimentos
Se deben introducir uvas antes de los seis meses para que el niño aprenda a hablar más rápido	No se deben introducir alimentos líquidos o sólidos antes que el bebé cumpla seis meses. No hay ninguna evidencia científica que las uvas contribuyan a que el niño o la niña hablen antes.
Los bebés necesitan beber aguas aromáticas, té y coladas para fortalecer el estómago, o si están enfermos y tienen diarrea	La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Si la diarrea es severa, consulte el médico.
El biberón es inofensivo e higiénico	Una higiene incorrecta en los utensilios de alimentación de nuestro bebé, puede provocar infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica a la dentición y al habla del niño y de la niña.

Existe la posibilidad que pese a la explicación de estos y otros mitos algunas pacientes insistan en estas prácticas, por lo que es importante que el médico y personal de enfermería explique nuevamente los efectos y consecuencias que puede generar el continuar con dichas prácticas, así como plasmarlo dentro del expediente clínico o nota médica, de esta manera el profesional de salud se verá absuelto de toda responsabilidad jurídica que genere la mala práctica de la lactancia por parte de la madre o cuidador principal que pueda poner en riesgo al neonato.

DERECHOS DE LA MADRE AL REGRESAR AL TRABAJO

Existe desconocimiento por gran parte de las madres trabajadoras sobre los derechos y obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo, por lo cual son pocas las que presentan sus denuncias ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje, sumado a las artimañas a las que acuden los empleadores para burlar la ley por lo cual se hace necesario que el profesional de la salud pueda referir en caso de ser necesario a la paciente a la instancia adecuada además de conocer las leyes que puedan aportarla al regreso a laborar .

En el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo se mencionan los derechos que gozan todas las mujeres embarazadas, tales como:

1. Durante el periodo del embarazo, no se realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y que signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, tales como levantar, tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que actúen o puedan alterar su estado psíquico y nervioso.
2. Disfrutar de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. Una vez pasado el período postnatal mayor a lo que la ley establece, los demás días no serán pagados ni tampoco amparado por una incapacidad.
3. Los periodos de descanso se prorrogarán el tiempo necesario en el caso de que se encuentre imposibilitada para trabajar a causa del embarazo o del parto.
4. En el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en un lugar adecuado e higiénico que designe la empresa.
5. Durante los periodos de descanso de seis semanas, se percibirá el salario íntegro. En los casos de prórroga, se tendrá derecho al 50 por ciento del salario, por un periodo no mayor de 60 días.
6. Podrá regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto.
7. Se computarán, en la antigüedad, los periodos pre y post natales.

De igual forma, el artículo 171 de la ley, menciona que “Los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con su ley y disposiciones reglamentarias”.

La mujer deberá pedir su incapacidad por maternidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en caso de trabajar en una empresa afiliada, o ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, si trabaja para el Gobierno.

En 2014, la Cámara de Diputados aprobó por mayoría, reformas al artículo 11 de la Ley General del Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia, que prohíbe a los centros de trabajo obligar a una mujer a presentar un examen médico de no embarazo o se le coaccione por estar embarazada, por cambio de estado civil o estar a cargo del cuidado de sus hijos.

En el último periodo presidencial sean hecho modificaciones a estas leyes y a otras las cuales son por medio del siguiente decreto:

**"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:
SE ADICIONAN Y REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD; DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B) DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL; DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL; DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO; DE LA LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, Y DE LA LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA:**

Artículo Primero.- Se reforma la fracción II del artículo 64 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 64

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;

II Bis a IV

Artículo Segundo.- Se reforma el artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional, para quedar como sigue:

Artículo 28.- Las mujeres disfrutarán de un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto, y de otros dos después del mismo. Durante la lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia y tendrán acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

Artículo Tercero.- Se reforma la fracción II y se adiciona una fracción III, recorriéndose la actual en su orden, al artículo 94 de la Ley del Seguro Social, para quedar como sigue.

Artículo 94.

II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida;

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.

Artículo Cuarto.- Se reforma la fracción II, y se adiciona una fracción III, recorriéndose la actual en su orden, al artículo 39 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para quedar como sigue:

Artículo 39.

II. A la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre o, a falta de esta, a la persona encargada de alimentarlo;

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para realizar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. Con cargo al seguro de salud, una canastilla de maternidad, al nacer el hijo, cuyo costo será señalado periódicamente por el Instituto, mediante acuerdo de la Junta Directiva.

Artículo Quinto.- Se reforma el artículo 28, numeral C, de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, para quedar como sigue:

Artículo 28. Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

C. Capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

Artículo Sexto.- Se reforma el artículo 11 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para quedar como sigue:

Artículo 11. Constituye violencia laboral: la negativa ilegal a contratar a la Víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género.

ABLACTACION O ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN LA OMS

Otro ámbito importante a enseñar al paciente es la ablactación ya que será el paso posterior a la lactancia y la OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee¹³.

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados.

El protocolo se basa en la información disponible y propone la realización de estudios a domicilio para probar las recomendaciones destinadas a mejorar la alimentación. La OMS recomienda que el protocolo se utilice para idear intervenciones que mejoren la alimentación complementaria y forme parte del proceso de adaptación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Las investigaciones han revelado que los cuidadores necesitan un apoyo especializado para alimentar adecuadamente a los lactantes. Se ofrecen directrices sobre la alimentación apropiada en los cursos de orientación sobre Alimentación del lactante y el niño pequeño y sobre Alimentación complementaria, así como en las directrices y el curso de formación de trabajadores sanitarios del primer nivel sobre la AIEPI.

La OMS ha elaborado la guía *Complementary feeding: family foods for breastfed children*, que proporciona a los trabajadores de la salud orientaciones más pormenorizadas sobre cómo apoyar la alimentación complementaria.

La Reunión consultiva mundial sobre alimentación complementaria convocada por la OMS del 10 al 13 de diciembre de 2001 dio lugar a una actualización de las recomendaciones sobre las prácticas alimentarias adecuadas y de orientaciones a los gestores de programas para que las pongan en práctica. Los documentos de referencia utilizados en esa reunión consultiva se publicaron en el suplemento especial de la revista *Food and Nutrition Bulletin* 2003; y representan una actualización de la publicación conjunta de la OMS y el UNICEF *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge 1998*

En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado* se resumen las pruebas científicas actuales sobre la alimentación complementaria con el fin de orientar las políticas y la acción programática a nivel mundial, nacional y comunitario. A su vez, la publicación *Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad (2005)* ofrece orientaciones sobre cómo alimentar los niños que no están recibiendo leche materna¹⁴.

Basándose en los nuevos conocimientos y en colaboración con los asociados, la OMS elaboró indicadores actualizados sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, incluida la alimentación complementaria. El resultado han sido tres publicaciones: una sobre definiciones, otra sobre mediciones, y otra sobre perfiles de los países.

ABLACTACION POR ETAPAS

El especialista recomendará que la alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial.

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa.

Para iniciar con el periodo de ablactación el profesional debe de plantear una serie de reglas que eviten la mala práctica en la ablactación y por ende puedan dañar al infante. Las reglas a seguir serán las siguientes:

REGLAS BÁSICAS:

- Seleccionar alimentos frescos y de alta calidad.
- La higiene es fundamental. La persona encargada de preparar los alimentos, como así también todos los utensilios que intervienen en dicha elaboración deben tener una perfecta higiene.
- Incorporar el alimento de manera lenta, observando la tolerancia del bebe hacia el mismo, esperar un par de días antes de incorporar otro diferente.
- Los alimentos deben cocinarse con poco agua. El agua de cocción puede aprovecharse para demás preparaciones (purés y papillas).

- No exagerar la cocción, así aprovechamos la mayor cantidad posible de nutrientes.
- No agregar sal, azúcar ni miel a ninguna preparación durante el primer año de vida.
- El método de cocción más adecuado es el hervido, puesto que no irrita la mucosa intestinal del bebe.
- La temperatura de la comida y alimentos debe ser templada.
- La actitud al dar la comida debe ser de suavidad y paciencia. Se debe respetar el tiempo de aprendizaje y evolución del bebe. Evitar agobios y agresividad aunque la mejor intención sea nutrirlo, logrando de esta manera que su primera experiencia con la comida sea agradable y placentera.
- Higienizar los dientes del bebe con una gasa húmeda o un cepillo para bebés al menos antes de ir a dormir para así evitar la aparición de caries a temprana edad. Así mismo se recomienda higienizar las encías y la lengua del bebe luego de cada comida para que goce de una buena salud oral.

Períodos de la ablactación

- Ablactación: 5 a 7 meses
- Ablactación: 7 a 9 meses
- Ablactación: 9 a 12 meses

INCORPORACIÓN LENTA Y PAULATINA DE ALIMENTOS SEMISÓLIDOS EN LA DIETA DE UN NIÑO. 5 A 7 MESES

En este período el lactante en la mayoría de los casos ya se encuentra para la incorporación de cereales o papillas infantiles **sin gluten**. El gluten es una proteína presente en algunos cereales que no toleran los bebés.

La mejor forma es incorporar cereales y papillas en raciones pequeñas, y emplear cuchara, de esta manera se le enseña a comer al bebe y él bebe controla cuando está saciado y de esta manera se evitan las calorías extras que consume cuando está mezclado en el biberón.

Además de cereales como el arroz, se pueden incorporar purés de frutas y verduras, siempre iniciando primero con las verduras. Las verduras más aconsejadas por su fácil digestión son:

- **Verduras amarillas:** Pure de zanahorias, calabaza, calabacín y patata.
- **Verduras verdes:** Puré de guisantes.

Puede añadirse aceite de oliva al puré para enriquecerlo.

Lo mejor es darle de una sola verdura por vez, y esperar un par de días antes de incorporar la siguiente. **Nunca incorporar sal.**

Si las verduras no generan ninguna intolerancia pueden incorporarse frutas como por ejemplo: manzanas, plátanos, melocotones, peras. Lo más recomendable es en forma de puré y no como zumo, lo cual le permitirá al bebe aprender a comer. **Jamás se debe agregar azúcar.**

Un reciente estudio ha demostrado que tanto los zumos y demás bebidas azucaradas, aportan calorías de más en la dieta del bebe. Las caries a temprana edad también son consecuencia del consumo de zumos y bebidas con azúcar. Es importante que él bebe este sentado en su sillita y no acostado. No hay que dejar de amamantar al bebe sino continuar entre cuatro a seis veces al día además de las papillas que incorporamos a su dieta.

Es fundamental hidratar al bebe ya que al comenzar con las papillas y al ser su alimentación más consistente necesitará líquidos.

Ejemplo de menú a la edad de 5 a 7 meses

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200cc aprox.) • Papilla de cereal sin gluten (3-4 cucharadas) • Puré de manzana (2-3 cucharadas)
Media Mañana	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200 cc aprox.) • Papilla de cereal sin gluten (1 -3 cucharadas)
Comida o Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Puré de verduras (zanahorias con aceite de oliva)(3-4 cucharadas) • Puré de pera (3 cucharadas)
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200cc aprox.) • Papilla sin gluten (1-3 cucharadas)
Cena	<ul style="list-style-type: none"> • Puré de guisantes con aceite de oliva (3 cucharadas) • Puré de plátano (2-3 cucharadas)
Antes de dormir	<ul style="list-style-type: none"> • leche materna o de fórmula (200 cc aprox)

INCORPORACIÓN LENTA Y PAULATINA DE ALIMENTOS SEMISÓLIDOS EN LA DIETA DE UN NIÑO: 7 A 9 MESES DE EDAD

A esta edad, además de las papillas se, pueden introducirse alimentos de textura blanda como por ejemplo:

- **Cereales y legumbres:** Incorporar cereales con gluten; arroz (arbóreo), avena, cebada, puré de lentejas, fideo, galletas simples, pan en trocitos bien pequeños.
- **Vegetales:** Verduras cocidas.
- **Proteínas:** Carnes de ave (pollo, pavo) y de ternera, yema de huevo cocida y quesos frescos.
- **Otros:** Yogurt blanco sin azúcar.
- **Frutas:** Frutas cocidas; manzana, pera y durazno.

El bebe seguirá tomando leche materna o de fórmula entre 3 y 5 veces diarias. Con respecto a la ingesta de líquidos, debe beber agua aproximadamente 200 cc al día, mejor si es en un vaso para ir quitando poco a poco el biberón.

Ejemplo de menú a la edad de 7 a 9 meses

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200cc aprox.) • Papilla de cereales (3-5 cucharadas) • Puré de manzana (3 cucharadas)
Media Mañana	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200cc) • Papilla de cereal
Comida o Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Calabaza cocida bien blanda más una cucharadita de aceite de oliva • Pollo licuado o picadito (3 cucharadas) • Puré de pera
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula (200cc) • Puré de melocotón
Cena	<ul style="list-style-type: none"> • Puré de verduras más una cucharadita de aceite de oliva • Yogur o queso fresco
Antes de dormir	<ul style="list-style-type: none"> • Leche materna o de fórmula

INCORPORACIÓN LENTA Y PAULATINA DE ALIMENTOS SEMISÓLIDOS EN LA DIETA DE UN NIÑO. 9 A 12 MESES

En esta etapa, el apetito del bebe suele disminuir aunque no en todos los casos. Esto sucede porque su crecimiento no es tan rápido como en las etapas anteriores.

Lo importante es saber que esta es sólo una etapa. Los padres comienzan a conceder algunos caprichitos, golosinas y meriendas a todas horas, para compensar lo que no haya comido durante el día generando así malos hábitos alimenticios.

Hay que recordar una regla directa: a más caprichos, menos apetito tendrá el niño para la comida.

Muchas veces con esta actitud se cae en una sobrealimentación poco saludable para el lactante.

Su bebe debe comer sentado en la sillita y ya puede incorporar alimentos que el mismo puede comer con sus manos:

- Manzanas peladas y cortadas en trozos
- Quesos blandos
- Plátano.
- Pasta cocida

- Tiritas de pavo o pollo

Se puede dejar comer al niño con sus manos, ya que esto fomenta el conocer texturas, colores y sabores, así como desarrollar el tacto fino y grueso, por lo que es necesario asegurarse lavarle las manos, para evitar infecciones gastrointestinales y respiratorias además de desarrollar hábitos de una buena higiene. En esta etapa él bebe tomará el pecho tres a cuatro veces al día, y la ingesta de líquidos (agua) será de alrededor de 250 cc al día.

Los alimentos que el bebe en esta etapa puede comer son:

- **Cereales y legumbres:** puede tomar cereales secos (copos de maíz sin azúcar), pan, fideos, arroz y purés de legumbres.
- **Verduras:** puede comer todo tipo de verduras cocidas, blandas o picadas
- **Frutas:** puede comer frutas sin semillas, evitar cítricos, ya que puede llegar a presentar intolerancia, las frutas con cascara como uvas deben pelarse.
- **Proteínas:** puede consumir carnes magras bien cocidas de vacuno, cerdo, pollo, pavo, yema de huevo, y quesos blandos.

Nota importante El bebe debe tener cumplido el año para poder incorporar miel, pescado, cítricos, cacahuets y mariscos. La incorporación de estos alimentos de debe demorar cuanto más se pueda ya que ayudará a evitar alergias alimentarias.

Ejemplo de menú a la edad de 9 a 12 meses

Desayuno	<input type="checkbox"/> Leche materna o de fórmula (250cc) <input type="checkbox"/> Una rebanada de pan con aceite de oliva <input type="checkbox"/> Manzana cortada (100gr)
Media Mañana	<input type="checkbox"/> Leche materna o de fórmula (250cc) <input type="checkbox"/> Copos de cereal o fruta en trocitos
Comida o Almuerzo	<input type="checkbox"/> Arroz o fideos con aceite de oliva (1/2 taza) <input type="checkbox"/> Pollo cocido (2 cucharadas) <input type="checkbox"/> Yogur
Merienda	<input type="checkbox"/> Leche materna o de fórmula (250cc) <input type="checkbox"/> Pan con aceite o fruta en daditos
Cena	<input type="checkbox"/> Puré de verduras (100 a 125 gr.) más una cucharadita de aceite de oliva <input type="checkbox"/> Queso fresco <input type="checkbox"/> Plátano o manzana
Antes de dormir	<input type="checkbox"/> Leche materna o de fórmula (250 cc)

Finalmente una parte importante de la educación son los casos especiales para la nutrición del lactante ya que el medico de las unidades de primer nivel será el que tiene el contacto directo con los casos especiales, posterior al nacimiento y tendrá que llevar un seguimiento del caso en su consulta a continuación se mostraran los casos más comunes a conocer para consulta general.

CASOS ESPECIALES

LACTANCIA MATERNA Y CESÁREA

Una cesárea es una intervención quirúrgica realizada para el nacimiento de un bebé. Las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea tienen menores tasas de lactancia materna que las que tienen a sus hijos mediante parto vaginal. Esto parece deberse a creencias erróneas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital, y no tanto a la intervención en sí misma. La lactancia materna puede ayudar a estas madres a recuperar la confianza en sí mismas, ya que tras una cesárea es más frecuente que la madre experimente emociones negativas, como ansiedad, baja autoestima o depresión postparto. Además, les permite recuperarse rápidamente de la operación, al favorecer la contracción uterina y la disminución del sangrado en el postparto inmediato.

En la mayoría de los casos el bebé puede hacer su primera toma durante su primera hora de vida. La técnica anestésica utilizada para la cirugía suele ser la anestesia regional, que proporciona anestesia de la zona quirúrgica sin afectar al niño ni a la conciencia de la madre, que permanece despierta durante la cirugía. No es necesario esperar a que desaparezcan los efectos de la anestesia en la madre, ya que los medicamentos utilizados habitualmente son compatibles con la lactancia, y la concentración de los mismos en la leche materna es despreciable, si tenemos en cuenta que ya estuvo expuesto a estos fármacos intraútero.

Además, la permanencia de los efectos de la anestesia permite que la mamá se coloque al bebé al pecho en distintas posiciones sin sufrir ningún dolor en la herida. Por el mismo motivo, es fundamental que la madre reciba un tratamiento adecuado para su dolor postoperatorio. El dolor puede influir negativamente en la producción de leche por mecanismos hormonales parecidos a los del estrés y por la disminución en el número de tomas. La postura ideal para estas mamás es la postura tumbada, con una o dos almohadas bajo la cabeza y la espalda. Para ofrecerle el otro pecho la mamá puede cambiar de lado o inclinarse hacia delante, aunque puede permanecer bastante tiempo en la misma posición sin ofrecer el otro pecho para evitar dolores en la herida con los movimientos. La ayuda del padre puede ser fundamental para colocar al bebé al pecho sin que tenga que moverse. En estas madres es más beneficioso el contacto permanente con su bebé para favorecer la subida de la leche que los cambios de posición frecuentes y dolorosos para ofrecerle los dos pechos. También se puede ofrecer el pecho sentada con el bebé en la postura del “balón de rugby”, sin que el bebé se apoye en la barriga de la madre. Si quiere darle pecho en la postura clásica, deberá colocar un cojín sobre su barriga para que el bebé no se apoye directamente en la herida y le haga daño con sus movimientos.



(Posición de balón de rugby)

La lactancia materna debe ofrecerse siempre a demanda. No es necesario recurrir a chupetes, tetinas, ni biberones sin una causa justificada. La subida de la leche puede retrasarse si la madre y el bebé se separaron tras el nacimiento, pero si permanecieron en contacto piel con piel no tienen

por qué diferenciarse de los nacidos vaginalmente. Durante los primeros días estas madres van a necesitar ayuda para las tareas domésticas y para atender al bebé. Como el resto de recién nacidos, estos bebés pueden estar adormilados o llorar sin motivo aparente, y las madres no siempre están en condiciones de acunarlos y pasearlos, como los nacidos vaginalmente. En estos casos es especialmente importante la colaboración de la pareja.

LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Los prematuros son los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación. Los avances médicos han aumentado las posibilidades de supervivencia de lactantes de peso corporal cada vez más pequeño, de modo que, actualmente, el límite de viabilidad se sitúa en las 24 semanas de gestación y un peso corporal de 500 gramos, aunque hay ejemplos de niños menores que han podido sobrevivir.

Para los recién nacidos prematuros la leche materna es especialmente importante, ya que además de los beneficios que tiene para los nacidos a término, en estos bebés tiene un efecto protector frente a infecciones, se digiere fácilmente y mejora su desarrollo psicomotor.

El principal problema nutricional de los prematuros es la interrupción de la circulación feto-placentaria cuando el aparato digestivo todavía no está maduro. El objetivo principal de su alimentación va a ser conseguir un crecimiento similar al que hubiera tenido intraútero si continuara la gestación.

Distintos estudios han puesto de manifiesto que la leche materna continúa siendo el alimento ideal para estos niños. Cubre todas las necesidades de los bebés de más de 1500 gramos de peso al nacimiento, ya que su composición varía cuando el niño nace prematuramente para adaptarse a sus necesidades. La mayoría de los prematuros se puede alimentar exclusivamente con leche de su madre desde su nacimiento, sin necesitar ningún aporte extra de nutrientes. Sin embargo, los prematuros de muy bajo peso <1000 g sí van a tener necesidades nutricionales especiales. En estos casos puede ser necesario añadir determinados nutrientes y minerales a la leche materna.

En un primer momento, dependiendo del grado de prematuridad del bebé, puede ser necesario administrar la leche materna mediante una sonda nasogástrica. Se recomienda estimular la succión mientras se administra la leche por la sonda, usando un suplementador y colocando al niño al pecho de la madre durante la administración de la leche. Los chupetes y las tetinas no son recomendables ya que se puede producir la confusión tetina-pezones.

La mayoría de los recién nacidos pueden succionar correctamente el pecho desde la semana 32. Pensar que mamar directamente del pecho es agotador para el bebé es un error bastante común; sin embargo, distintos estudios han demostrado que se necesita menos energía para mamar que para tomar el biberón. Además, el bebé tolera mejor y más precozmente el pecho que el biberón. Si se duerme o se cansa durante las tomas, puede ser necesario administrar leche materna después de la toma o hacer las tomas más frecuentes. Para administrarla, utilizaremos un vasito, una cucharilla, una jeringuilla o un biberón-cuchara. En algunos casos va a ser necesario administrarle al bebé leche artificial especial para prematuros o incluso alimentarlo a través de una perfusión intravenosa mientras la madre tiene la subida de la leche y/o la situación del recién nacido se estabiliza.

Cualquier cantidad de calostro o leche madura que se extraiga la madre deberá entregarla en la unidad donde esté ingresado su hijo para que se la administren tan pronto como sea posible. La madre necesitará información adecuada y apoyo emocional para conseguir producir la cantidad de leche que necesita el bebé, que es un reto para ella y para el personal sanitario.

De todas formas, hay que tener claro que darle leche materna al recién nacido prematuro es siempre beneficioso, aunque sea en pequeña cantidad. Para el bebé tan importante es la cantidad

de leche materna que se le da como el cariño que puede recibir mediante la puesta al pecho y el contacto piel con piel, y la madre no se debe sentir mal si no consigue toda la leche que necesita al bebé.

RECOMENDACIONES PARA CONSEGUIR LA PRODUCCIÓN LÁCTEA :

1. Empezar con la extracción y estimulación de la leche materna lo antes posible.
2. Permanecer con tu hijo el máximo tiempo posible.
3. Ponerse al bebé al pecho.
4. Realizar el método madre canguro (MMC).
5. Si el bebé se cansa durante la toma, administrar más leche después con un vasito, cucharilla... o hacer las tomas más frecuentes.
6. Usar un sacaleches eléctrico doble.
7. Realizar la extracción viendo a su hijo o inmediatamente después de realizar el MMC.

El principal obstáculo para conseguir una lactancia materna exclusiva en estos bebés va a ser su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales o en una unidad neonatal. Esto puede superarse fácilmente permitiendo a la madre permanecer con el bebé constantemente, en unidades de puertas abiertas. Lo ideal sería que las madres tuvieran habitaciones para poder descansar junto a sus hijos, aunque esto no siempre es posible.

Las unidades neonatales deben disponer de un lugar tranquilo para la extracción de la leche, y de sacaleches eléctricos a disposición de las madres. La extracción de la leche debe realizarse inmediatamente después de realizar el contacto piel con piel o, si la madre se encuentra cómoda, puede realizar la extracción de la leche delante de su hijo.

MÉTODO DE LA MAMA CANGURO

El Método Madre Canguro fue diseñado por el doctor Édgar Rey Sanabria en Bogotá, Colombia, en 1978, y desarrollado un año después por los pediatras Héctor Martínez Gómez y Luis Navarrete Pérez.

Este método, inspirado en el desarrollo de los marsupiales, busca disminuir en la medida de lo posible el tiempo de separación de la madre y del recién nacido cuando se ha producido un parto prematuro. Además, se pretende reducir la incidencia de las enfermedades hospitalarias en los bebés y favorecer la supervivencia en el caso de existir escasos recursos médicos, como un número limitado de incubadoras.

Tras varias modificaciones del MMC, se creó en 1993 el Programa Madre Canguro, que fue aprobado por UNICEF y que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de devolver el protagonismo a los padres.

Según el Instituto Nacional de Pediatría de México (INP), el MMC puede emplearse en bebés cuyo peso al nacer sea inferior a 2.000 gramos y se fundamenta colocar al bebé en el pecho desnudo de la madre favoreciendo el contacto piel con piel entre ambos. Ella (o el padre, quien también puede practicar el método) permanece sentada o Semi-sentada arropando al bebé el mayor tiempo posible. De esta forma, además de ofrecer al pequeño el calor necesario, también se refuerza el vínculo materno filial, se favorece la lactancia materna y se envía al bebé cuanto antes al hogar ya que se mejora su vida extrauterina, siempre que su estado de salud lo permita.

Es importante tener en cuenta que, mientras dure el MMC, los padres deben mantener una vigilancia médica hasta cumplidas las 40 semanas de vida tras el parto. Además, la selección del pequeño debe ser la adecuada, ya que en caso contrario podría haber complicaciones y requerir una nueva hospitalización.

El método Madre Canguro ha conseguido demostrar ser una técnica muy eficaz en el tratamiento de los bebés prematuros, por lo que se recomienda cada vez más en las unidades de cuidados intensivos neonatales como complemento de la incubadora y también en casa.

Beneficios emocionales

El bebé encuentra en su madre su hábitat natural, donde encuentra refugio y comida. El contacto piel con piel es vital para el pequeño. Le proporciona seguridad, tranquilidad y favorece el vínculo emocional del niño con su madre/padre, lo cual repercute en su desarrollo.

Beneficios neurológicos

El bebé que está en contacto con su madre regula mejor el estrés y se adapta mejor al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que el método canguro ayuda a los prematuros a tolerar mejor el dolor de las intervenciones médicas.

Contribuye a poner en marcha sus mecanismos neurobiológicos y a mejorar sus respuestas adaptativas.

Mejora las constantes vitales

Al estar en contacto con el cuerpo de su madre el bebé obtiene una mejor regulación de la temperatura corporal. Se produce una especie de sincronización entre ambos haciendo que si el bebé necesita calor, sube la temperatura corporal de la madre, pero si éste tiene fiebre, la temperatura de la madre baja.

Además, obtiene buen nivel de oxígeno, estabiliza la frecuencia respiratoria y cardíaca y coordina mejor la succión-deglución, lo cual contribuye a que gane peso más rápidamente.

Es económico

No se necesitan grandes recursos para implementarlo. Es un método seguro, eficaz, natural, fácil de aplicar y económico. De hecho, se le ocurrió utilizar este método a un neonatólogo colombiano en 1978 como alternativa ante la escasez de incubadoras.

Mejorías en el bebé

Favorece su desarrollo psicomotor, disminuye las apneas (cese transitorio de la respiración) y mejora el sistema inmunitario del bebé protegiéndolo de infecciones. Su situación clínica mejora notablemente, lo cual contribuye a que el bebé gane peso y se recupere más rápido.

Beneficios para los padres

En el caso de la madre que amamanta, el tener al bebé pecho hace que succione con más frecuencia aumentando así la producción de leche, lo cual repercute en beneficio del bebé.

A la vez, los padres se sienten partícipes de la recuperación de su bebé, se sienten más confiados y con más fuerza para sobrellevar el período en el hospital.

Quienes han practicado el método Madre Canguro aseguran que es una experiencia embriagadora y placentera, y desde luego el bienestar de los padres se refleja en el bebé.



(técnica mama canguro)

LACTANCIA DE GEMELOS

El especialista debe de enseñar la manera correcta de amamantar a los dos bebés incluyendo posturas ya que amamantar a dos o más bebés es un desafío para la madre y para el personal sanitario. Estos bebés tienen, además, más posibilidades de nacer prematuramente que cuando la gestación es única. Esto será un problema más a superar, especialmente si necesitan ingresar en una unidad neonatal o en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Será en estos casos cuando más necesiten la leche de su madre y más apoyo tengamos que darle a ésta. El principal problema es organizativo y de falta de tiempo, no de cantidad de leche, ya que cuanto más succionen los bebés, más leche tendrá la mamá.

Hay muchos estudios que demuestran que la cantidad de leche de la madre se adapta a las necesidades de sus hijos siempre que la lactancia se realice a demanda. Un ejemplo histórico de que es posible amamantar a más de un bebé lo tenemos en las antiguas nodrizas o amas de cría, que se hacían cargo de la lactancia de hasta seis niños a la vez cuando la madre decidía no continuar con la lactancia, por el motivo que fuera. Para tener éxito lo más práctico es intentar amamantar a los dos bebés simultáneamente. Una vez que los bebés aprenden a mamar en una determinada posición, suelen mamar en la misma postura aunque el otro hermano no esté tomando en ese momento. De este modo, si en ese momento el otro bebé quisiera tomar el pecho, se podría incorporar en cualquier momento. Para el amamantamiento simultáneo pueden ser útiles distintas posturas:

POSTURA SENTADA – POSICIÓN CRUZADA

En esta posición ambos bebés están estirados frente a la madre, pero cruzados entre sí, uno delante del otro. Puede ser útil especialmente en el caso de que los bebés sean pequeños



POSTURA SENTADA – POSICIÓN “DOBLE RUGBY”

Esta es quizás una de las posiciones más frecuentes para amamantar a bebés múltiples, con ambos mamando en posición de rugby de una teta distinta. Tiene la ventaja de que, en esta posición, los cuerpos de los bebés no se tocan entre sí por lo que no pueden molestarse mutuamente. Es especialmente útil a medida que los bebés crecen



POSTURA SENTADA – POSICIÓN MIXTA (ESTIRADA + RUGBY)

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



POSTURA ESTIRADA – POSICIÓN ESTIRADOS

En esta posición ambos bebés está estirados en paralelo, con la madre ladeada hacia un costado. Uno de los bebés descansa sobre la superficie del sofá o cama donde se encuentre la madre, y el otro descansa sobre el cuerpo de la madre, entre ambos puede ser útil colocar una toalla enrollada que facilite su apoyo.

Una variante puede ser que la madre esté también en postura estirada o semi reclinada pero sin ladearse, con ambos bebés en posición estirada en paralelo sobre su cuerpo.



Todas estas posiciones, así como sus muchas combinaciones y variantes, son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre / hijo, sino que habrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

LAS 10 CLAVES DE LA LACTANCIA.

A lo largo de la orientación y cursos de capacitación a la madre basada en guías de práctica clínica y códigos de conducta internacional (OMS/UNICEF) se insistirá a la madre acerca de la lactancia materna, exceptuando casos especiales en los cuales no es posible otorgarla, se le recordará a la madre que la lactancia es un deber con el neonato y no un derecho que ella pueda o no manejar por modas, y por tanto deberá preguntar al médico antes de implementar un método de alimentación contrario al sugerido.

Para poder llevar a cabo una buena lactancia deben recordar las diez claves de la lactancia materna:

1. Amamantar pronto, cuanto antes mejor. La primera toma debe realizarse en la misma sala de partos dentro de los primeros 20 minutos de vida.
2. Ofrecer pecho a menudo, día y noche.
3. Asegurarse que él bebe succiona eficazmente y que la postura es correcta.
4. Permitir que succione del primer pecho lo que desee hasta que lo suelte y después ofrecer el otro.
5. Cuanto más succione él bebe, más leche producirá la madre.
6. Evitar los suplementos de fórmulas lácteas y agua.
7. Evitar el uso del chupón o mamila hasta que la lactancia este establecida.
8. El llanto no siempre significa hambre.
9. Es importante que la madre descanse y se cuide.
10. Ofrecer apoyo de grupo de lactancia materna si la madre lo necesita
11. .

LOS 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ (OMS/UNICEF 1986)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la 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 materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo 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 la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica

DISEÑO DE LA APP ANDROID

Se tomó la decisión de realizar una APP ANDROID ya que de las 112.8 millones de líneas móviles activas en México durante el segundo trimestre del año 2017, 95.9 millones corresponden a usuarios con Smartphone, que representan el 85 por ciento del total y a su vez, un crecimiento de 16.9 por ciento respecto al mismo periodo del año previo, de acuerdo con un análisis de The Competitive Intelligence Unit (CIU).

Haciendo de este método una manera viable para que el instituto encuentre un canal de difusión a métodos educativos actuales y accesibles a cualquier tipo de personas.

El Smartphone ofrece tres características de gran utilidad para la difusión de la información. La primera es la capacidad de tener internet móvil, facilitando así el acceso a información más nueva y actual sobre el tema de nutrición del lactante. La segunda capacidad es la portabilidad, si bien a inicios de la telefonía celular estos pesaban un aproximado de 500g, actualmente el peso y tamaño promedio de estos se reduce a menos de 150g, y a unos pocos centímetros. El tercer punto es la capacidad de almacenamiento y reproducción de multimedia. Finalmente el ámbito por el cual se tomó la decisión es el sistema Android, el cual es un programa que permite un fácil diseño y elaboración de materiales didácticos también conocidas como APP's a cualquier persona, además de permitir incluir diversos tipos de archivos. Haciendo que este actualmente sea el sistema operativo más utilizado para el diseño comercial.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia se ha buscado el fomento del marco educativo como una herramienta preventiva para evitar la incidencia y propagación de enfermedades. Uno de los factores más importantes para esta prevención es la lactancia materna, ya que la salud depende del estado nutricional implementado desde la infancia, ya que si esta es mala, se puede afectar el desarrollo físico, neurológico y psicológico del infante.

En la actualidad debido a diferentes factores como la publicidad, moda, marketing, necesidades laborales o recomendaciones basadas en mitos, las madres han optado por sustituir la alimentación del neonato por fórmulas lácteas o alimentos que no cubren las necesidades mínimas para este, aumentando la morbimortalidad en los lactantes. Ya que aumentan el riesgo de contraer enfermedades respiratorias, y gastrointestinales, además de aumentar los trastornos nutrimentales como desnutrición u obesidad.

Como se sabe la lactancia materna es uno de los aspectos más importantes del neonato y lactante, para su cuidado, pues influye directamente en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de estos niños, además procura obtener un crecimiento y depósitos de nutrientes similar a lo intrauterino y promover un desarrollo neurológico y cognitivo normal.

Con la finalidad de promover una nutrición adecuada el Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado diversos programas para la atención materno-infantil, y ha desarrollado diferentes programas para capacitar al personal de salud involucrado en esta atención, así como la orientación y capacitación de las madres.

Dos de estos programas son Embarazo Seguro y PREVENIMSS. En los temas que se manejan se encuentran nutrición y cuidados durante el embarazo, lactancia materna, nutrición y cuidados del neonato y del lactante, así como talleres, trípticos, videos y presentaciones u otros medios educativos con los que se buscaran brindar la oportunidad de tener un desarrollo óptimo.

La finalidad de este estudio es conocer la efectividad de los programas que se aplican sobre lactancia en las Unidades De Medicina Familiar y el Hospital De Gineco-Pediatría 3A, buscando en primera instancia cuales son los programas que se aplican en este ámbito y saber si estos son tomados en cuenta tanto por el personal como por los pacientes de la clínica. Puesto que se ha observado una disminución drástica de la lactancia materna, ya que actualmente solo 1 de 7 neonatos recibe alimentación con leche materna (ENSANUT 2012). Por lo que se ha incrementado la alimentación con fórmulas lácteas, lo cual ha incrementado la incidencia de infecciones respiratorias, gastrointestinales así como reacciones alérgicas a diversos alimentos.

Es por ello que al aumentar la demanda de los sucedáneos de leche por parte de las madres, debido a la publicidad o mal información, los cuales son poco sustentados en hechos científicos, fomentados por mercadotecnia, haciendo de lado la lactancia materna, diciendo que estos son la mejor opción de nutrición para el recién nacido y lactante, es necesario plantearse 3 cosas: si el personal encargado de dar esta capacitación u orientación posee los conocimientos suficientes para disipar todas las dudas de las madre, si los temas y tiempo que se les da para la capacitación de embarazadas y madres de los recién nacidos son suficientes, si los medios de difusión del tema son eficaces o si la tecnología ha rebasado a la manera de difundir la enseñanza del instituto principalmente.

Aunque el internet ha sido una herramienta que ha brindado la posibilidad de difundir el conocimiento de una manera más fácil y generalizada, es bien conocido que también la información difundida en foros, páginas o redes sociales, practican, creencias, modas o información poco confiable que pueden afectar la nutrición del lactante.

En la actualidad uno de los problemas que encuentra el médico o profesional de la salud al intentar educar a la madre en el rubro de la nutrición del neonato, esta tiende a llegar con una predisposición o creencia previa de que el otorgar o no la alimentación con seno materno es un derecho que ellas tienen sobre su propio cuerpo pues son sus senos los que sufrirán las consecuencias de dar la lactancia materna, por lo que consideran la nutrición del neonato o lactante de poca importancia, pudiendo escoger a gusto el tipo de alimentación que se les otorgara, limitando muchas veces al neonato de la lactancia materna a pesar de ser el pilar más importante para su nutrición y desarrollo.

Por medio de la implementación de encuestas se buscara el conocer el grado de conocimiento que tienen tanto el personal de salud como pacientes sobre este tema además de saber si a su parecer los programas actuales cubren las necesidades, además de conocer cuál sería de ser necesario la mejor innovación que esto plantearían.

Una vez obtenidos los resultados se corroborará la efectividad de los programas, se identificarán las carencias y debilidades en estos. Finalmente se planteará una estrategia o método de enseñanza que pueda ser más didáctico para el aprendizaje y para su aplicación en el personal de salud y en el paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

SABER SI EL CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICION DEL LACTANTE POR PARTE DE LOS MEDICOS ES APLICADO DE MANERA CORRECTA A LA ENSEÑANZA DE LOS PACIENTES DE LA UMF 20

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el grado de conocimiento aplicado a la enseñanza sobre nutrición del lactante por médicos de la UMF 20

Objetivos específicos:

- Identificar el grado de conocimiento acerca de nutrición del lactante , lineamientos de la UNICEF y necesidades del servicio de atención pediátrica post parto
- Identificar el grado de conocimiento sobre los lineamientos de las guías de práctica clínica ,cursos y material didáctico proporcionado para la atención educativa en el tema de nutrición del lactante
- Identificar actitudes de los médicos ante el tema de lactancia materna en la UMF 20 “Vallejo”.
- Realizar una comparativa de las variables obtenidas y concluir si esta es bien recibida por el paciente

HIPÓTESIS

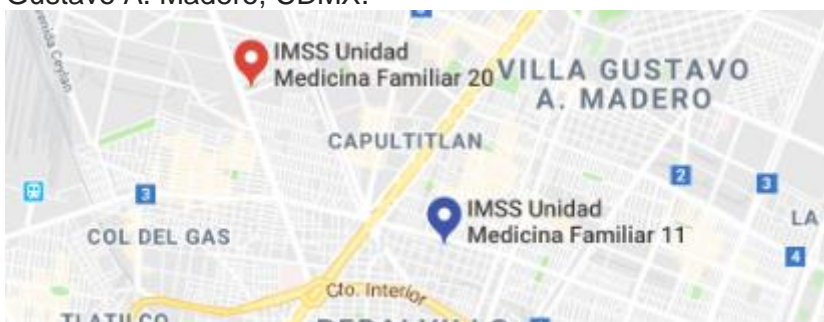
H0: Los médicos de primer nivel de atención no tienen un nivel moderado de conocimientos y actitudes sobre nutrición del lactante

H1: Los médicos de primer nivel de atención si tienen un nivel moderado de conocimientos y actitudes sobre nutrición del lactante.

MATERIAL Y METODOS:

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

El estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar Numero 20, la cual es de primer nivel de atención, localizada en Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX.



(Mapa de la ubicación UMF 20)

TIPO DE ESTUDIO

Por diseño es un estudio abierto, ambulatorio, analítico, descriptivo, transversal.

SELECCIÓN DE MUESTRA

Muestreo no probabilístico por conveniencia

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La UMF cuenta con personal en salud en ambos turnos, de los cuales 60 son médicos, de ellos 56 son médicos familiares, 4 médicos generales los 60 médicos están distribuidos en ambos turnos 30 en el turno matutino y 30 en vespertino.

72 pacientes de los consultorios del 1-30 divididos en ambos turnos

Selección de la muestra:

Muestreo no probabilístico.

Universo de Trabajo:

Médicos familiares y generales adscritos a la UMF 20.

CRITERIOS:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos familiares adscritos a consulta externa de medicina familiar, pertenecientes a la UMF No. 20. Médicos generales adscritos a consulta externa de medicina familiar.
- Ambos turnos.
- Pacientes de embarazadas o con lactantes menores de los consultorios del 1-30 pertenecientes a ambos turnos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Médicos generales y familiares que no pertenezcan al área de consulta externa de medicina familiar.
- Médicos no familiares y no generales que pertenezcan al área de consulta externa.
- No ser pacientes de embarazada o con lactantes menores de los consultorios del 1-30 pertenecientes a ambos turnos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos que no firmen el consentimiento de participación,
- Que no completen la encuesta.
- Que se decidan abandonar el estudio.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Conocimiento adquirido	Se realizara en 4 sesiones en bloque de 10 médicos mediante un programa académico establecido. Se evaluara mediante los instrumentos de conocimientos sobre lactancia materna y actitudes profesionales ante la lactancia materna.	Cuantitativa	La variable Conocimientos se clasificó en: Escala numérica de 0 a 27

Variable independiente: lactancia materna, definición, evaluación: instrumentos actitud y conocimiento, estrategia educativa de intervención. Operativa: se realizar la actividad educativa en bloques de 10 médicos en sesiones 1-5 con temas, con un programa académico establecido. O entregar como estrategia educativa

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Conocimiento sobre nutrición del lactante	El conocimiento son datos o información adquirida por experiencia o educación, mediado por la percepción de la información empírica y el raciocinio .	Posterior a la firma del consentimiento informado se les otorga instrumento. El instrumento consta de 24 preguntas de opción de pregunta nominal si/no y opción múltiple.	Cuantitativa	La variable Conocimientos se clasificó en: Una variable numérica de 0-27

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Aptitud ante la lactancia materna.	Capacidad de una persona para realizar adecuadamente cierta actividad, función o servicio.	Después de la firma del consentimiento informado el instrumento de evaluación el cual consta de 23 preguntas nominales si /no y de opción múltiple	Cuantitativa Discreto	La variable Conocimientos se clasificó en: Con una escala numérica del 0-38

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Normatividad respecto a nutrición del lactante	Conocimiento sobre las leyes y normas que rigen la legislación en métodos educativos y didácticos sobre el tema.	Después de la firma de consentimiento informado se aplicó la encuesta sobre normatividad que costa de 10 reactivos de opción múltiple.	Cuantitativo Discreto	La variable Normatividad se calificó empleando una escala de 0 a 10.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
----------	-----------------------	------------------------	-----------	--------------------

Metodología de enseñanza	Manera en la cual el medico transmite sus conocimientos hacia el paciente	Después de la firma de consentimiento informado se aplicó un cuestionario sobre el tipo de metodología empleado a pacientes de los diferentes consultorios que consto de 10 preguntas de opción múltiple.	Cuantitativo Discreto	La metodología se calificó empleando una escala de 0 a 10.
--------------------------	---	---	-----------------------	--

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Grado de entendimiento	.Comprensión del paciente de los conocimientos transmitidos por el profesional de la salud	Después de la firma de consentimiento informado se aplicó un cuestionario a pacientes de los diferentes consultorios que consto de 4 preguntas de opción múltiple.	Cuantitativo Discreto	La metodología se calificó empleando una escala de 0 a 10.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Actitud del medico	Capacidad Moral de desarrollarse dentro de un ámbito escolar o laboral	Posterior la firma de consentimiento informado se aplicó un cuestionario a pacientes de los diferentes consultorios Sobre la actitud del médico durante la consulta.	Cuantitativo Discreto	La metodología se calificó empleando una escala de 0 a 10.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Manejo del tema	Es la capacidad que tiene el medico de desenvolverse acerca de un tema sin cohibiciones ni tabús.	Después de la firma de consentimiento informado se aplicó un cuestionario a pacientes de los diferentes consultorios acerca de la información otorgada durante la consulta, que consto de 5 preguntas de opción múltiple. Con puntaje de 0 a 2 puntos.	Cuantitativo Discreto	La metodología se calificó empleando una escala de 0 a 10.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Aceptación de la aplicación Android.	Grado de satisfacción que existió por parte de médicos y pacientes a la utilización de la aplicación Android.	Posterior a la firma de consentimiento informado, se otorgó de manera libre y gratuita la Aplicación Android: LACTIMSS, y se aplicó un cuestionario a pacientes y médicos sobre el grado de satisfacción la cual consta de 10 reactivos.	Cuantitativo Discreto	La metodología se calificó empleando una escala de 0 a 10.

VARIABLES DEMOGRAFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años de vida del médico. En la ficha de identificación pregunta 3.	Cuantitativa discreta	2. Edad: ___ años.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	En la ficha de identificación pregunta 4.	Cuantitativa Ordinal	4.- Sexo: Masculino(__) Femenino (__)
Turno laboral	Se refiere al horario laborado en el día.	En la ficha de identificación se pregunta 5. Se pregunta por horario laboral	Cualitativa Nominal	Turno: A) Matutino B) Vespertino C) Mixto
Categoría laboral	Actividad o trabajo. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Se pregunta por la categoría de contratación. En la parte de la ficha de identificación pregunta 6	Cualitativa nominal	Categoría: A) Médico Familiar B) Médico General
Antigüedad laboral	Se refiere a la duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador.	Años de actividad laboral ejerciendo la ocupación En la ficha de identificación, pregunta 7.	Cuantitativa discreta	Antigüedad: en años.
Tipo de contratación	Se refiere si el trabajador tiene un contrato definitivo o no definitivo.	Se refiere al tipo de contrato. En la ficha de identificación pregunta 8.	Cualitativa nominal	Contratación: A) Base B) 02 o 08

MATERIAL Y MÉTODO.

Unidad de análisis:

Médicos familiares y generales de consulta externa de medicina familiar.

Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se empleó la siguiente formula:

$$* \quad n = \frac{z^2 * p * q}{(e^2) + z^2 * p * \frac{q}{N}} = \frac{1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{(0.05^2) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5) / 60} =$$

$n =$

Donde

N: universo = 60

K: constante del nivel de confianza (1.96)

e: Error maestral (5%)

p: proporción de individuos que poseen la característica de estudio. (0.5)

q: proporción de individuos que poseen la característica de estudio. (0.5)

n: es el tamaño de la muestra

Nivel de confianza (95%)

METODOLOGÍA.

Para la realización del estudio se emplearan 2 cuestionarios.

La primer parte se preguntara acerca de datos estadísticos: nombre, sexo, edad, categoría, antigüedad, estado civil y número de hijos.

Inicialmente se darán sesiones sobre los temas de lactancia materna. Jueves 2, 9, 16 tarde 7-8, 4 sesiones de una hora de duración. Describir. Como se hace. DrRuben

La segunda sección consta de una encuesta sobre las actitudes profesionales ante la lactancia materna, propuesta por la UNICEF.

La tercera sección consta de una encuesta sobre conocimientos de lactancia materna realizada por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

MÉTODO DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA:

Para ello se dará aviso al Director y Jefes de Departamento clínico de la UMF 20 de la realización del estudio.

Posteriormente se informara a los médicos adscritos a consulta externa de medicina familiar s y residentes de medicina familiar de la UMF 20 de ambos turno sobre la aplicación de la encuesta, la cual se les dará antes del inicio de la jornada laboral.

El tiempo estimado para la resolución de la encuesta es de 20 minutos. La cual se recogerá una vez concluida la encuesta.

Los resultados se entregaran de manera confidencial si así lo desean.

Para valorar sus conocimientos y actitudes existen cuestionarios preestablecidos con estos tópicos tanto por la OMS como por la UNICEF. Dentro de los instrumentos de evaluación se encuentran

1. Las encuestas estarán basadas en la siguiente estructura tomada de los cuestionarios de nutrición complementaria y lactancia materna de la oms

Datos explicativos del neonato o lactante

Valoración del estado nutricional
1. Historia clínico-nutricional - Antecedentes familiares y personales - Historia evolutiva de la alimentación, conducta alimentaria y patrones de actividad física - Curva de crecimiento
2. Historia dietética Valoración actual de la dieta y el comportamiento alimentario - <i>Métodos indirectos:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta recuerdo de 24 horas • Listado de frecuencia/consumo • Alimentos preferidos/rechazados • Encuesta prospectiva (3 días no consecutivos, incluyendo 1 día festivo) - <i>Métodos directos:</i> pesada de alimentos
3. Exploración física
4. Valoración antropométrica - Parámetros: peso, talla, pliegues cutáneos, perímetros - Protocolos de medida y patrones de referencia
5. Valoración de la Composición Corporal (CC) - Antropometría: estimación de la masa grasa (MG) (%). - Bioimpedancia (BIA): estimación de la masa magra (MM) (kg)
6. Exploraciones analíticas
7. Estimación de los requerimientos energéticos - Cálculo del gasto energético, GER (Gasto Energético en Reposo) y GET (Gasto Energético Total) - Ecuaciones de predicción del GER vs Calorimetría indirecta

ESCALAS DE EVALUACIÓN

Para evaluar al profesional ante la nutrición del lactante se usó la siguiente tabla:

Variable	Medición
Normatividad respecto a nutrición del lactante y atención del recién nacido	Numérica del 0 al 10
Conocimientos básicos respecto a lactancia materna y nutrición del lactante.	Numérica del 0 al 27
Aptitud del médico ante la lactancia materna y la nutrición del lactante.	Numérica del 0 al 38
Actitud del médico en consulta	Numérica del 0 al 10
Metodología de aprendizaje	Numérica del 0 al 10
Manejo del tema abordado en consulta	Numérica del 0 al 10
Grado de entendimiento del paciente.	Numérica del 0 al 10
Aceptación de la aplicación Android por médicos.	Numérica del 0 al 10
Aceptación de la aplicación Android por pacientes	Numérica del 0 al 10

Una vez obtenidos los resultados analizaremos cada una de las preguntas y con base a las carencias que se determinaremos cual es método que facilite el aprendizaje de estas, para de esta manera poder realizar un curso de capacitación sobre lactancia materna, que se centre en las áreas de menor conocimiento, para los médicos de la UMF que otorguen atención Materno Infantil.

Al finalizar el estudio se analizarán los resultados obtenidos y con base a estos se diseñará de ser necesario un método que facilite el entendimiento en temas de lactancia tanto para personal de la salud como lo pacientes blanco. Finalmente se planteará una estrategia o método de enseñanza que pueda ser más didáctico para el aprendizaje y aplicación tanto para el personal como para el paciente

ANÁLISIS DE DATOS:

Se vaciarán los datos de la hoja de cálculo EXCEL en el paquete Microsoft Office Excel 2010, para la base de datos, primero se realizará limpieza de la misma en busca de datos aberrantes, repetidos o perdidos.

El análisis será mediante: el programa de IBM SPSS Statistics 22 para el procesamiento de datos.

Estadística descriptiva.

Variabes cualitativas: utilizaremos distribución de frecuencias y porcentajes.

Variabes cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda y desviación estándar).

Estadística analítica

Para medir la fuerza de asociación de los factores de riesgo se utilizará, se calculará mediante:

Índice de Confiabilidad al 95%

Significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Los resultados se presentarán en tablas y gráficas.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

Este estudio es factible, puesto que contamos con todos los recursos humanos, materiales y autorización previa para su realización. Se respetaron todos los principios éticos para la investigación.

Contamos con personal médico que otorga servicio a la población general y además servicios especializados en manejo de pacientes embarazadas, capacitación sobre lactancia materna y manejo de recién nacidos y niños sanos.

Nuestro estudio es válido desde el punto de vista ético pues se solicitará consentimiento informado por escrito de los trabajadores en salud para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez.

El presente estudio es con fines de investigación clínica, se proporcionará hoja de consentimiento informado, conforme a la Declaración de Helsinki.

DISEÑO DE LA APP ANDROID

Se realizó una aplicación con base en los sistemas operativos móviles Android utilizando un entorno basado en la en el software Android estudio que es una herramienta que básicamente utiliza programación del tipo de C++ además de esto está pre cargada una biblioteca de códigos de programación Java y C++ para facilitar la programación dando como resultado el dicho de manera sencilla y quedando básicamente como un diagrama de flujo

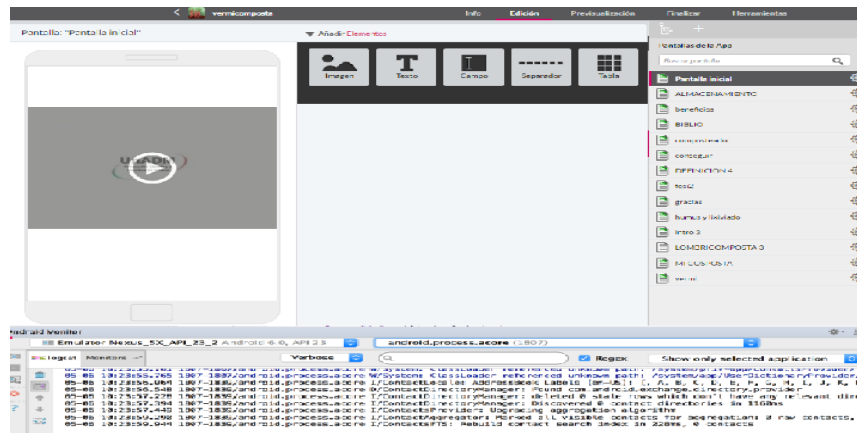
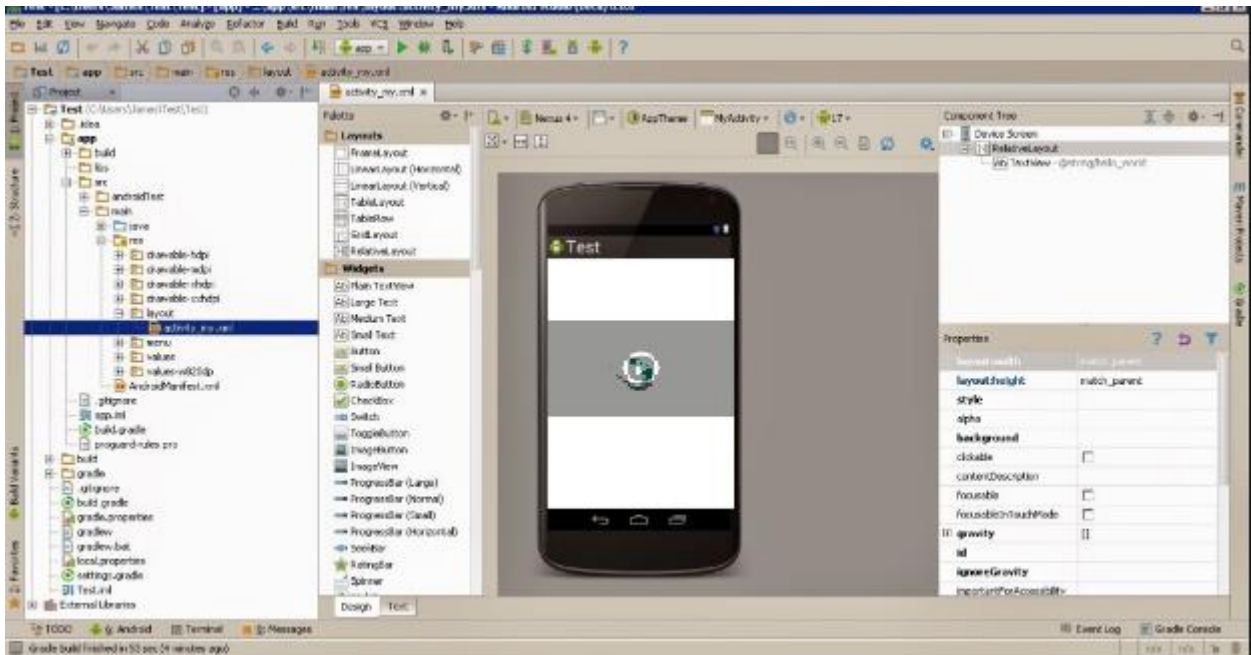
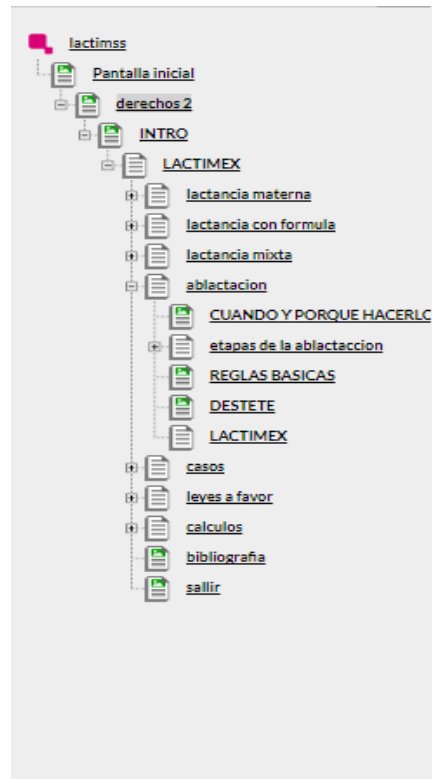


Figura Programación de la aplicación.

Se procedió la programación en Android estudio



La aplicación sigue un diagrama de flujo para su funcionalidad que permite modificarla o cambiar la información de manera gradual de ser necesario. Además este nos facilita el entendimiento y separación de problemas comunes al iniciar a programar



Se utilizaron recursos informativos de la UNICEF, IMSS y OMS para elaborar el contenido de la APP quedando este de la siguiente manera

Programa realizado por la



Dra. Jocelyn Estefanía Amador



LACTANCIA MATERNA

LACTANCIA ARTIFICIAL

LACTANCIA MIXTA



A partir del 5 al 7 meses de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos asegure el correcto desarrollo y buena salud de salud del bebé hasta se junctos como lactancia.

Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos.

La mejor manera de la lactación se debe adquirir en el primer año de vida. A esto se le llama lactancia materna y es el alimento más adecuado al bebé al llevar una dieta saludable en los años venideros.

Con respecto a las formas y maneras de preparar los alimentos, es conveniente tener en cuenta que los niños aprenden a diferenciar los sabores desde los primeros meses de vida durante la lactación, por lo tanto no es conveniente condimentar las preparaciones. De esta manera se garantiza que los alimentos y el sabor sean saludables y fáciles de comer.

Las razones por las que debemos introducir alimentos diferentes en la dieta de un bebé son las



La lactancia materna es considerada como el mejor alimento para el bebé, ya que proporciona todos los nutrientes necesarios para su desarrollo y crecimiento.

CONDICIONES QUE SE OBSERVAN EN LAS SIGUIENTE TABLA Y/O DIFERENTES TIPOS

Fórmulas Especiales

FÓRMULA	INDICACIÓN
Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Intolerancia congénita a la lactosa Gastroenteritis Resistencia nutricional
Lactancia artificial	<ul style="list-style-type: none"> Susceptible a problemas de digestión Pacientes con dificultad para absorber los nutrientes Pacientes con desnutrición severa, síndrome de intestino corto, fístula gástrica
Elementales	<ul style="list-style-type: none"> Alergias a proteínas de origen animal y soja
Alta de sodio	<ul style="list-style-type: none"> Alergias a proteínas de leche de vaca Pacientes con insuficiencia renal Debe seguir manteniendo bien por alto el contenido de sodio
Acidófilo	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos de mala y mala No en menores de 4 meses
Multivitaminas	<ul style="list-style-type: none"> Problemas intestinales y malabsorción

Revisado por: 2012-2013. Revisado por: 2014-2015. Revisado por: 2016-2017.



El primer año de vida del bebé debe coincidir con la desaparición del reflejo de protrusión (empujar con la lengua lo que se acerca a los labios). El reflejo de succión que facilitará su alimentación, por ejemplo cuando tu bebé pueda sostener su cabezita, coordinar el movimiento del bazo inferior hacia adentro y sentirse solo lo con la ayuda

RECURSOS INFORMATIVOS Y VERAS MATERIALES DE APOYO PARA COMPLEMENTAR EL TEMA (A CORTOS TIEMPOS) A NUESTRA PAGINA INICIAL



POR UNA LACTANCIA SEGURA TRABAJEMOS JUNTOS



IMSS-LUMI-20

Como método de descarga de la APP se optó por la elaboración de un cartel que tenga el código QR que permita la descarga directa de esta.



GUIA INTERACTIVA DE NUTRICION DEL LACTANTE "LACTIMSS"
DESCARGA LA APLICACION GRATIS AQUI

QUE ES LACTIMSS?

Es una guía interactiva que brinda información complementaria sobre los temas de lactancia y nutrición así como los derechos de la madre durante el periodo de lactancia. Esta se desarrolló pensando en tu comodidad y portabilidad en el sistema operativo Android.

Gracias a esta guía esperamos despejar tus dudas, evitar prácticas inadecuadas y eliminar mitos o costumbres que puedan resultar perjudiciales para tu bebé. Otro beneficio que nos traerá será la reducción en impresiones de panfletos, folletos y trípticos haciendo más amigable para el medio ambiente, además se redujeron los costos innecesarios y se aumentó en gran medida la difusión que buscamos como Instituto en este tema.

COMO LA OBTENGO?

- 1.- Entra a la aplicación de playstore y descarga un lector de código QR
- 2.- Una vez instalado el lector de códigos escanea el siguiente código QR para descargar la aplicación:



3.- Si no descargas el lector de códigos obtiene un problema de descarga con tu navegador web mediante el siguiente link:



<http://mobiincubemobi/DSQEMV>

4.- Para permitir a nuestro Smartphone la instalación de aplicaciones procedentes de orígenes desconocidos nos dirigiémos a:

Ajustes > Seguridad > Seleccionar Orígenes Desconocidos.

Una vez hecho esto te aparecerá un mensaje, dale clic en aceptar.

5.- Finalmente ve a la carpeta descargas o revisa las notificaciones de tu celular y da clic en el último archivo de cargado o marcado y comience a instalar.

 
unicef
únete por la niñez

RECURSOS

Humanos:

El investigador y el asesor, los participantes del estudio.

Físicos y Software:

Software Android Studio

1 computadora con Windows 8 o superior.

SPSS 23 y Microsoft Office 2010.

1 Celular con sistema Android 4.0 o superior.

1 Calculadora

500 hojas blancas para impresión de encuestas.

150 encuestas.

150 Consentimientos informados

12 lápices del No. 2 o 2 ½

Financieros:

Costo aproximado \$15,000

RESULTADOS

La unidad de Medicina Familiar No 20 “Vallejo” cuenta con 30 consultorios de Medicina Familiar, que laboran en los turnos matutino y vespertino, por lo que se evaluaron a 60 médicos adscritos de ambos turnos.

Durante el estudio un médico del turno vespertino abandono la investigación por cambio de adscripción.

Edad	Turno Matutino	Turno Vespertino
25-29	0	2
30-34	2	9
35-39	10	0
40-44	6	3
45-49	5	4
50-54	2	2
55-59	3	5
60-64	2	1

Edad	Turno matutino Masculino	Turno matutino Femenino	Turno vespertino Masculino	Turno vespertino Femenino
25-29	0	0	0	2
30-34	1	1	2	7
35-39	2	9	2	1
40-44	2	4	2	2
45-49	0	5	2	1
50-54	0	2	2	0
55-59	0	3	1	5
60-64	1	1	0	1

Se comparó el grado de conocimiento previo a intervención respecto a la Normatividad referente a la atención materna infantil y lactancia materna entre los médicos adscritos de la UMF 20 de ambos turnos. Para ello se empleó la escala numérica del 0 al 10.

Los resultados obtenidos se plasmaron en la siguiente tabla.

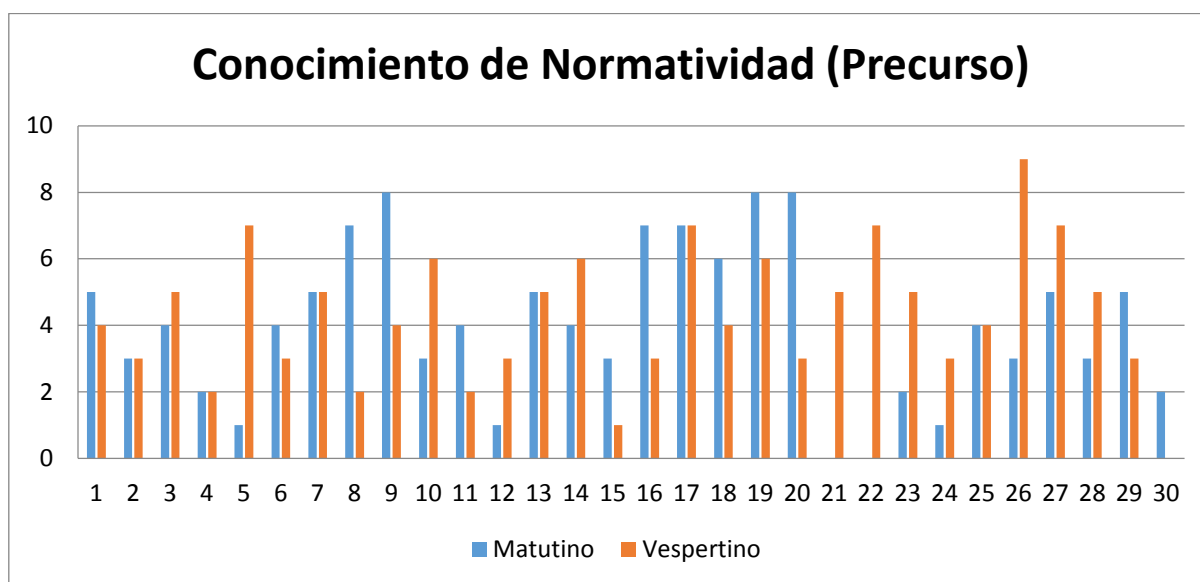
Tabla No 1. Comparativa del conocimiento Pre Curso sobre Normatividad referente a Atención Materna Infantil y Nutrición del Lactante en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.

Consultorio No.	Turno M	Turno V
1	5	4
2	3	3
3	4	5
4	2	2
5	1	7
6	4	3
7	5	5
8	7	2
9	8	4
10	3	6

Consultorio No.	Turno M	Turno V
11	4	2
12	1	3
13	5	5
14	4	6
15	3	1
16	7	3
17	7	7
18	6	4
19	8	6
20	8	3

Consultorio No.	Turno M	Turno V
21	0	5
22	0	7
23	2	5
24	1	3
25	4	4
26	3	9
27	5	7
28	3	5
29	5	3
30	2	0

Grafica No. 1 Comparación del conocimiento Pre Curso sobre Normatividad referente a Atención Materna Infantil y Nutrición del Lactante en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.



Se obtuvo la puntuación promedio de ambos turnos de los conocimientos previos sobre lactancia materna, se observó que el puntaje mínimo fue de cero para ambos turnos, el puntaje máximo fue de 8 para el turno matutino y 9 para el turno vespertino.

Como se puede observar en la tabla No. Se obtuvo un mayor puntaje en el turno vespertino, sin embargo no es significativa la diferencia entre ambos.

Tabla No 2. Comparativa de medidas centrales y medidas de dispersión del conocimiento sobre Normatividad Pre Curso.

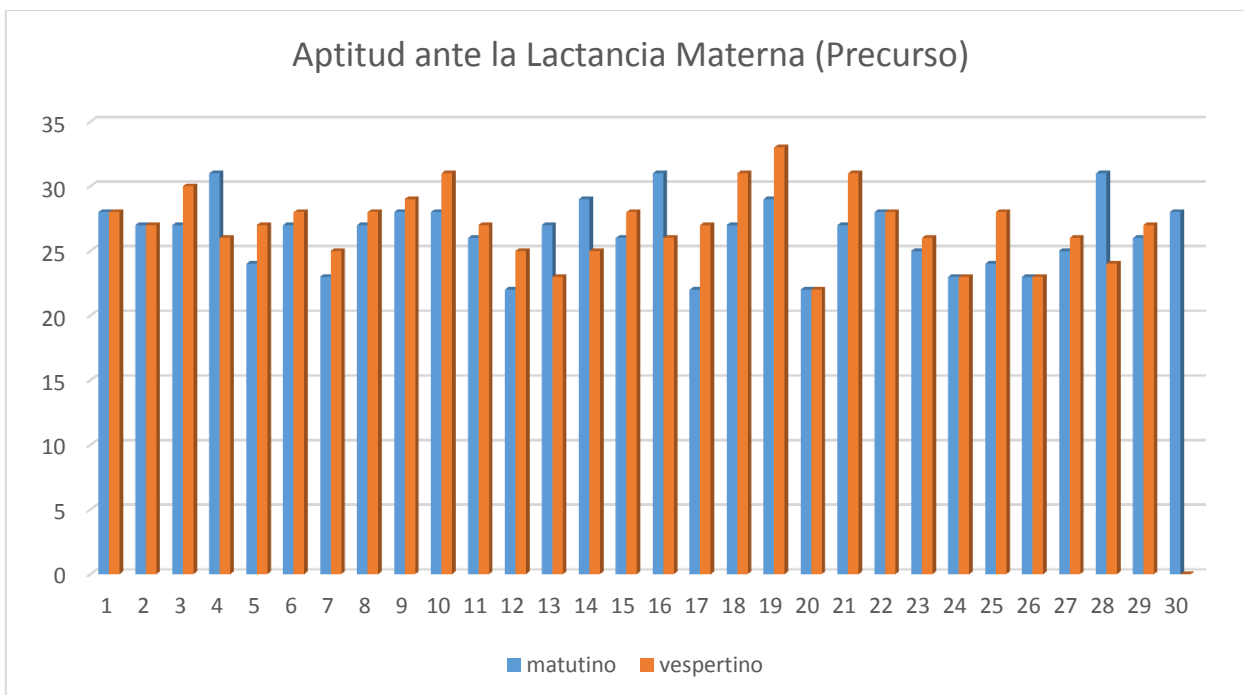
Turno	Matutino	Vespertino
	n=30	n=29
Suma Puntajes	120.00	129.00
Promedio	4.00	4.45
Puntaje Mínimo	0.00	0.00
Puntaje Máximo	8.00	9.00
Medidas Centrales		
Media	3.88	4.19
Mediana	4.00	4.00
Moda	5.00	3.00
Medidas de dispersión		
Varianza	5.52	4.15
Desviación Estándar	2.35	2.04

En la siguiente tabla se muestra la comparación de los puntajes obtenidos del cuestionario de aptitud profesional ante la lactancia materna de la UNICEF. Se empleó una escala de 0 a 38 para este apartado.

Tabla No 3. Comparativa del conocimiento Pre Curso sobre Aptitud profesional ante la Lactancia Materna en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.

Consultorio No.	Turno M	Turno V
1	28	28
2	27	27
3	27	30
4	31	26
5	24	27
6	27	28
7	23	25
8	27	28
9	28	29
10	28	31
Consultorio No.	Turno M	Turno V
11	26	27
12	22	25
13	27	23
14	29	25
15	26	28
16	31	26
17	22	27
18	27	31
19	29	33
20	22	22
Consultorio No.	Turno M	Turno V
21	27	31
22	28	28
23	25	26
24	23	23
25	24	28
26	23	23
27	25	26
28	31	24
29	26	27
30	28	0

Grafico 2. Comparativa del conocimiento Pre Curso sobre Aptitud profesional ante la Lactancia Materna en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.



Para el cuestionario de Aptitud Profesional de la UNICEF, empleo una escala de 0 a 38, los resultados obtenidos los podemos observar en la siguiente tabla.

Tabla No 4. Comparativa de medidas centrales y medidas de dispersión del conocimiento Pre Curso sobre Aptitud profesional ante la Lactancia Materna en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.

Turno	Matutino	Vespertino
	n=30	n=29
Suma Puntaje	791.00	782.00
Promedio	26.36	26.96
Puntaje Mínimo	22.00	22.00
Puntaje Máximo	31.00	33.00
Medidas Centrales		
Media	26.56	26.81
Mediana	27.00	27.00
Moda	27.00	28.00
Medidas de dispersión		
Varianza	6.93	7.18
Desviación Estándar	2.63	2.68

Se obtuvo la puntuación promedio de ambos turnos de aptitud profesional pre curso, se observó que el puntaje mínimo fue de 22 para ambos turnos, el puntaje máximo fue de 31 para el turno matutino y 33 para el turno vespertino.

El promedio por turno fue de 26.56 para el matutino y 26.96 para el vespertino.

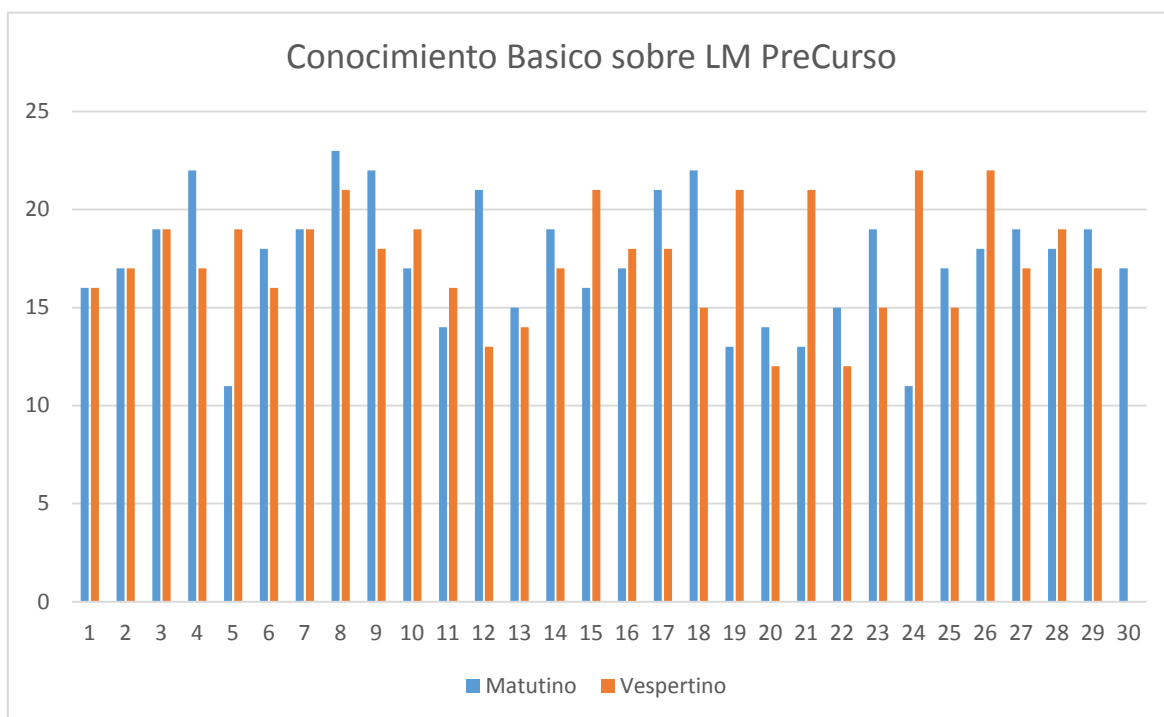
La media para el turno matutino fue de 26.56, para el turno vespertino fue de 26.81, respecto a la moda para el turno matutino fue de 27, y para el turno vespertino de 28, Respecto a las medidas de dispersión la Varianza fue de 6.93 para el turno matutino y 7.18 para el vespertino. Mientras que la dispersión estándar fue de 2.35 y para el vespertino de 2.68. Como se puede observar en la tabla No . se obtuvo un mayor puntaje en el turno vespertino.

Se empleó el Cuestionario de Conocimientos básicos sobre lactancia materna del **COLMAEP**, para ello se empleó una escala numérica de 0 a 27. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5. Conocimientos básicos Pre curso sobre lactancia materna y nutrición del lactante.

Consultorio No..	Turno M	Turno V	Consultorio No.	Turno M	Turno V	Consultorio No.	Turno M	Turno V
1	16	16	11	14	16	21	13	21
2	17	17	12	21	13	22	15	12
3	19	19	13	15	14	23	19	15
4	22	17	14	19	17	24	11	22
5	11	19	15	16	21	25	17	15
6	18	16	16	17	18	26	18	22
7	19	19	17	21	18	27	19	17
8	23	21	18	22	15	28	18	19
9	22	18	19	13	21	29	19	17
10	17	19	20	14	12	30	17	0

Grafico 3. Conocimientos básicos Pre curso sobre lactancia materna



Al analizar los puntajes se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla No 6. Comparativa de medidas centrales y medidas de dispersión Conocimientos básicos Pre curso sobre lactancia materna

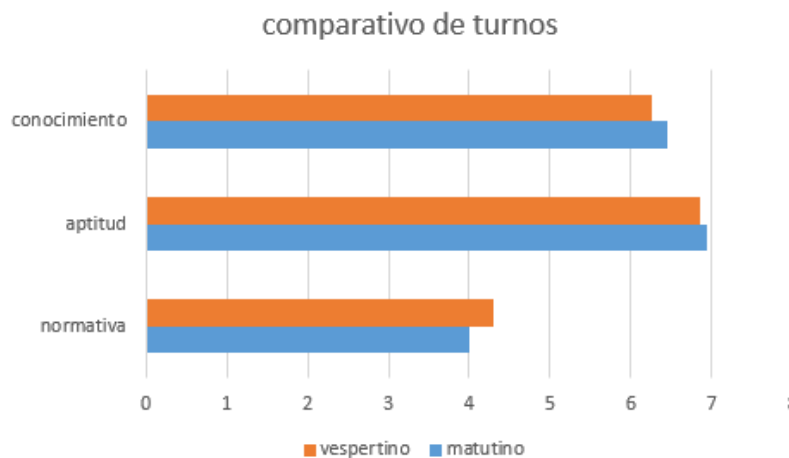
Turno	Matutino	Vespertino
	n=30	n=29
Suma	522	506
Promedio	17.4	17.4482759
Puntaje Máximo	23	22
Puntaje mínimo	11	12
Calificación	6.44	6.46
Medidas Centrales		
Media	17.56	17.38
Mediana	17.50	17.00
Moda	19.00	17.00
Medidas Dispersión		
Varianza	10.25	17.77
Desviación	3.20	4.22

Una vez obtenidos los puntajes del Grado de conocimiento sobre Normatividad, Conocimiento y Actitud ante la lactancia materna previas al curso se procedió a sacar el promedio de los puntajes obtenidos en cada área, en base a una calificación de 0 a 10 y realizar la comparación entre ambos turnos.

Tabla No 7. Comparación del grado de conocimientos sobre Normativa, Aptitud profesional y conocimientos básicos sobre Lactancia Materna.

Turno	Normativa	Aptitud	Conocimiento
Matutino	4	6.94	6.44
Vespertino	4.3	6.86	6.25

Grafica No. 4: Comparación del grado de conocimientos sobre Normativa, Aptitud profesional y conocimientos básicos sobre Lactancia Materna.



Como podemos observar en la tabla y en las gráficas previas, en ambos turnos se obtuvo una calificación menor de 8, requisito necesario para considerarse competente por UNICEF en los temas de atención materna infantil, lactancia materna y nutrición del lactante, por lo que previo al curso de capacitación el tema con menor puntaje es referente a la Normatividad.

En la Grafica No.4 Podemos observar que existe una diferencia entre ambos turnos, por lo que se les pregunto a los médicos la principal causa de esta diferencia, a lo que mencionaron que dentro de la unidad no existen cursos sobre el tema, además los médicos del turno vespertino señalaron que solo presentan sesiones generales y de casos clínicos de manera ocasional y no semanalmente. También en ambos turnos se presentó una renuencia a tomar los cursos fuera del horario laboral.

Con la obtención de estos datos se procedió a iniciar la capacitación acerca de los temas de atención materna infantil, lactancia materna y nutrición del lactante, haciendo énfasis

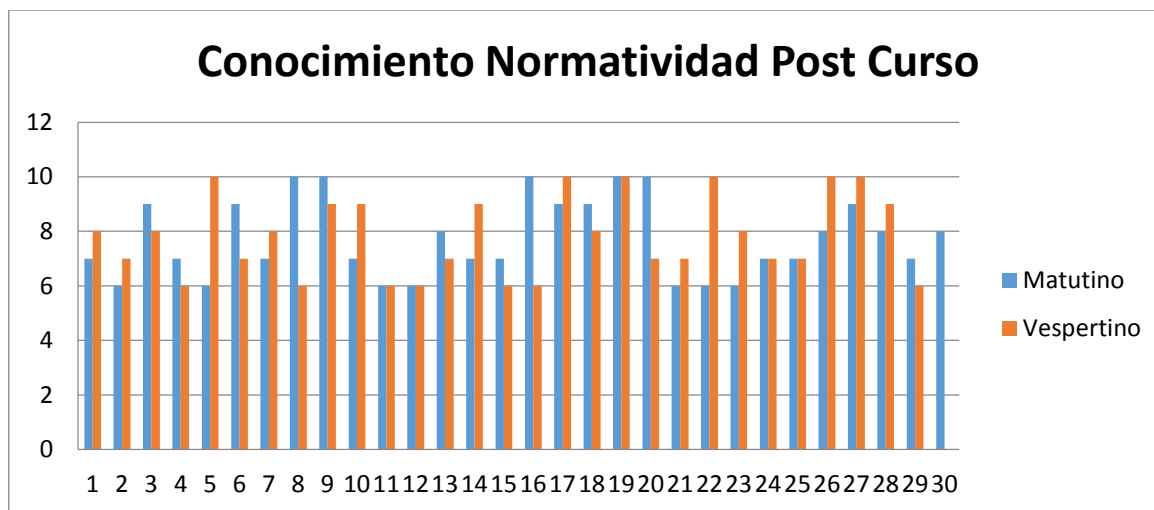
en la Normatividad asociada, aptitud profesional y conocimientos básicos sobre estos temas.

Para ello se realizó el Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CAALMA), el cual consto de un total de 4 sesiones, en las que en cada sesión se abarco una unidad de acuerdo al programa, se les proporciono material didáctico así como la normatividad vigente en el tema una vez concluido se aplicaron de nueva cuenta los cuestionarios obteniendo las siguientes resultados:

Tabla No 8. Comparativa del conocimiento Post Curso sobre Normatividad referente a Atención Materna Infantil y Nutrición del Lactante en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.

Consultorio No..	Turno M	Turno V	Consultorio No.	Turno M	Turno V	Consultorio No.	Turno M	Turno V
1	7	8	11	6	6	21	6	7
2	6	7	12	6	6	22	6	10
3	9	8	13	8	7	23	6	8
4	7	6	14	7	9	24	7	7
5	6	10	15	7	6	25	7	7
6	9	7	16	10	6	26	8	10
7	7	8	17	9	10	27	9	10
8	10	6	18	9	8	28	8	9
9	10	9	19	10	10	29	7	6
10	7	9	20	10	7	30	8	0

Grafica 5. Comparativa del conocimiento Post Curso sobre Normatividad referente a Atención Materna Infantil y Nutrición del Lactante en médicos adscritos de ambos turnos de la UMF 20.

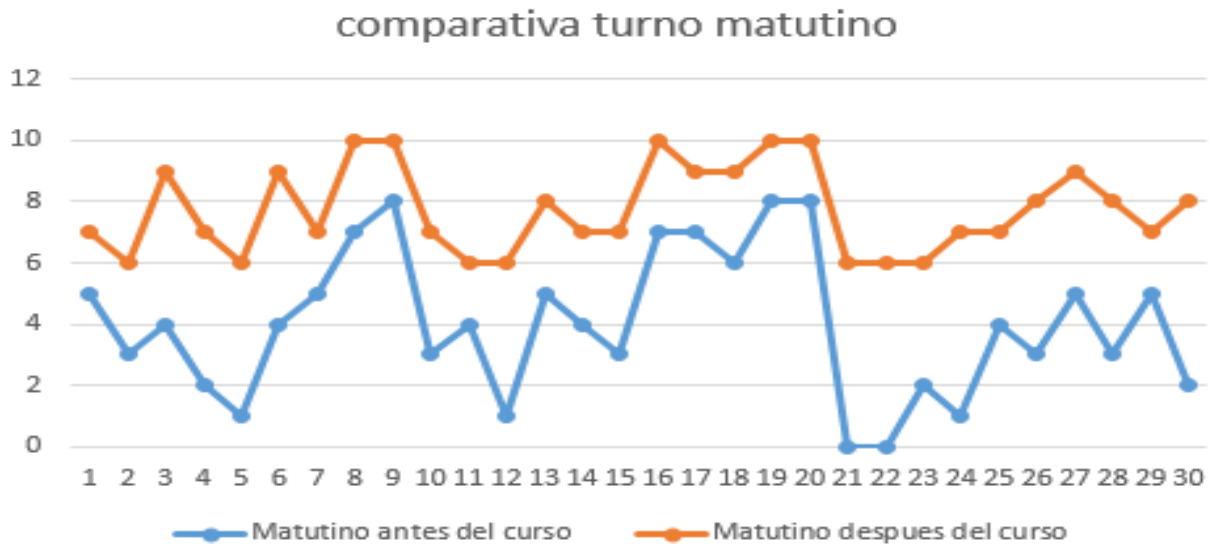


Una vez obtenidos los resultados se compararon las evaluaciones pre curso y post curso, obteniendo los siguientes resultados para el turno matutino y el turno vespertino

Tabla 9. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la normativa turno matutino.

Conocimiento sobre la normativa Turno Matutino								
Consultorio No.	Pre curso	Post Curso	Consultorio No.	Pre curso	Post Curso	Consultorio No.	Pre curso	Post Curso
1	5	7	11	4	6	21	0	6
2	3	6	12	1	6	22	0	6
3	4	9	13	5	8	23	2	6
4	2	7	14	4	7	24	1	7
5	1	6	15	3	7	25	4	7
6	4	9	16	7	10	26	3	8
7	5	7	17	7	9	27	5	9
8	7	10	18	6	9	28	3	8
9	8	10	19	8	10	29	5	7
10	3	7	20	8	10	30	2	8

Grafica 6. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la normativa turno matutino.



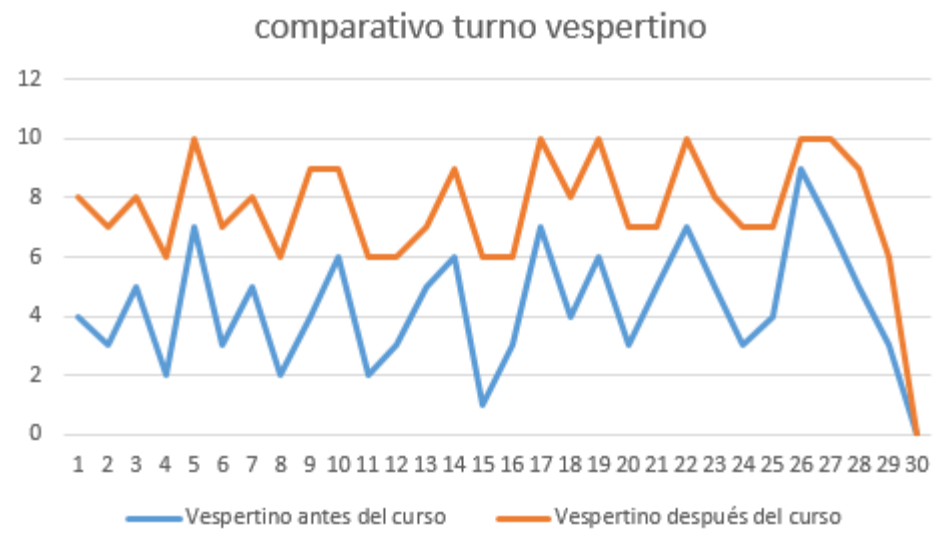
Dentro del turno matutino se mostró una mejoría como se observa en la gráfica No. 6.

Posteriormente se realizó la comparación se procedió a la comparativa del turno vespertino

Tabla 10. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la normativa turno vespertino.

Conocimiento sobre la normativa turno vespertino								
Consultorio No..	Pre curso	Post Curso	Consultorio No..	Pre curso	Post Curso	Consultorio No.	Pre curso	Post Curso
1	4	8	11	2	6	21	5	7
2	3	7	12	3	6	22	7	10
3	5	8	13	5	7	23	5	8
4	2	6	14	6	9	24	3	7
5	7	10	15	1	6	25	4	7
6	3	7	16	3	6	26	9	10
7	5	8	17	7	10	27	7	10
8	2	6	18	4	8	28	5	9
9	4	9	19	6	10	29	3	6
10	6	9	20	3	7	30	0	0

Grafico 7. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la normativa turno vespertino.



Se observó una clara mejoría dentro de los resultados se procedió a la comparación de ambos turnos de aptitud profesional

Tabla 11. Comparación del conocimiento post curso de la actitud profesional en ambos turnos.

Aptitud Profesional								
Cónsul No	Matutino	Vespertino	Cónsul No.	Matutino	Vespertino	Cónsul No	Matutino	Vespertino
1	33	27	11	33	33	21	26	36
2	33	29	12	29	31	22	29	35
3	33	36	13	30	30	23	27	33
4	36	31	14	36	34	24	25	31
5	32	32	15	31	36	25	28	36
6	31	34	16	36	34	26	27	30
7	29	33	17	29	35	27	28	32
8	28	32	18	30	36	28	29	29
9	36	36	19	25	36	29	31	33
10	31	36	20	25	32	30	27	0

Gráfico 8. Comparación del conocimiento post curso de la actitud profesional en ambos turnos.

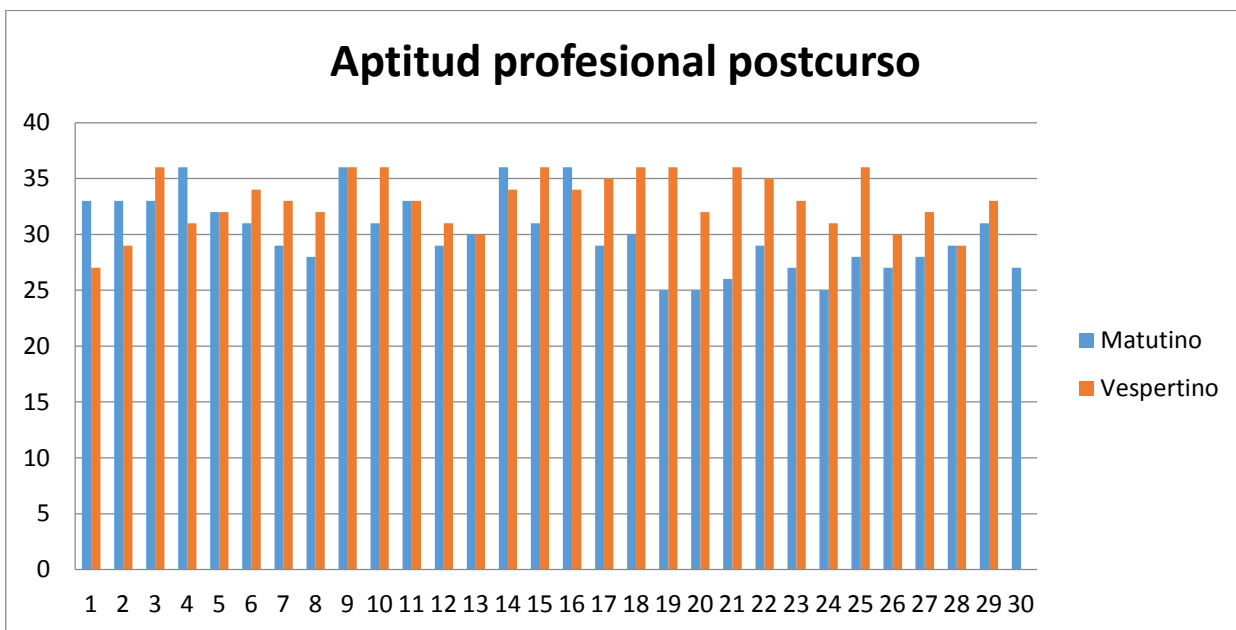


Tabla 12. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno matutino

Aptitud Profesional Turno Matutino								
Cónsu I No	Pre curso	Post curso	Cónsu I No	Pre curso	Post curso	Cónsu I No	Pre curso	Post curso
1	28	33	11	26	33	21	27	29
2	27	33	12	22	29	22	28	31
3	27	33	13	27	30	23	25	27
4	31	36	14	29	36	24	23	25
5	24	32	15	26	31	25	24	28
6	27	31	16	31	36	26	23	27
7	23	29	17	22	29	27	25	28
8	27	28	18	27	30	28	31	32
9	28	36	19	29	33	29	26	31
10	28	31	20	22	25	30	28	35

Grafico 9. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno matutino

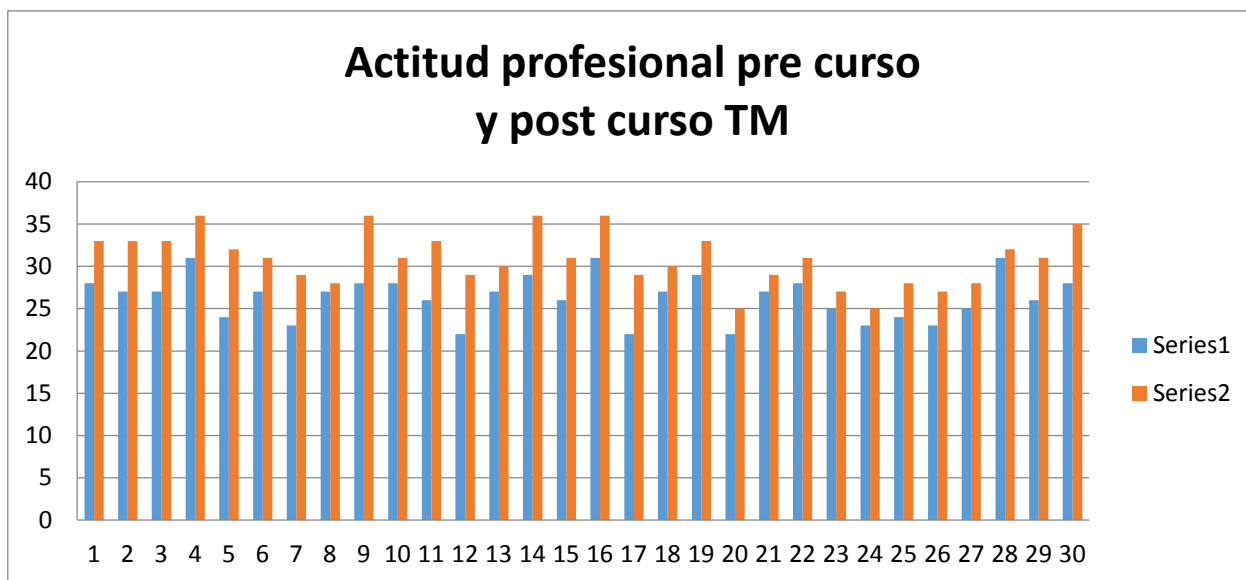
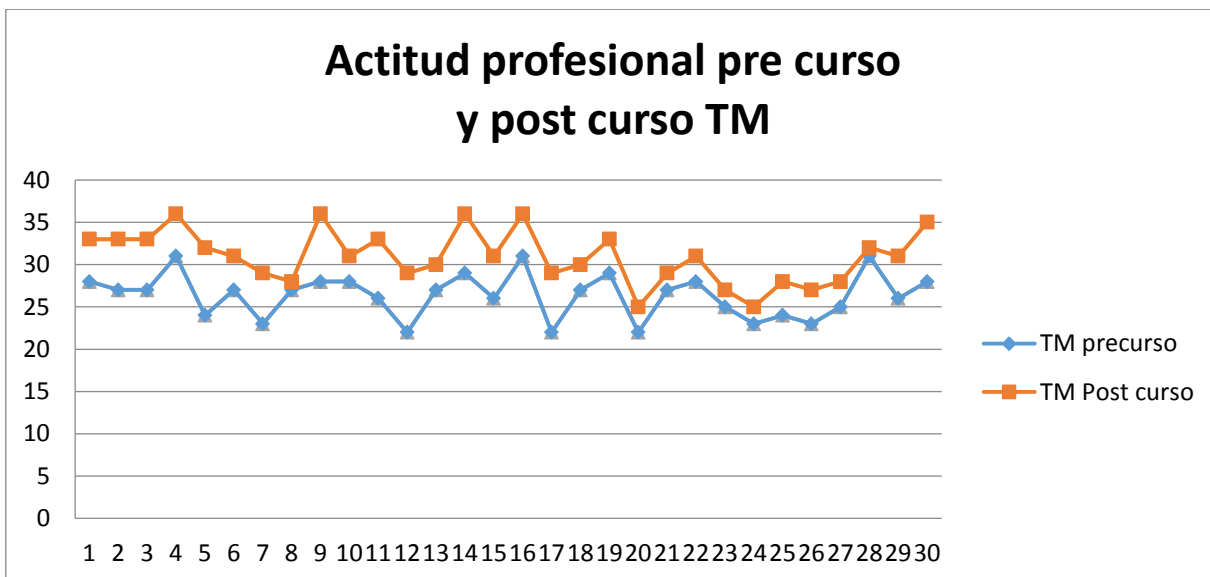


Grafico 10. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno matutino



Se observó una mejoría en la aptitud profesional entre el pre curso y el post curso del turno matutino. El promedio de puntos obtenidos aumento de 26.36 a 30.9 y su calificación mejoro de 6.9 a 8.13, mejorando en un en un 11.9%.

Tabla 13. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno vespertino

Aptitud Profesional Turno Vespertino								
Cónsu l No	Pre curso	Post curso	Cónsu l No	Pre curso	Post curso	Cónsu l No	Pre curso	Post curso
1	28	29	11	27	33	21	31	36
2	27	29	12	25	31	22	28	35
3	30	36	13	23	30	23	26	33
4	26	31	14	25	34	24	23	31
5	27	32	15	28	36	25	28	36
6	28	34	16	26	34	26	23	30
7	25	33	17	27	35	27	26	32
8	28	32	18	31	36	28	24	29
9	29	36	19	33	36	29	27	33
10	31	36	20	22	32	30	0	0

Grafico 11. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno vespertino

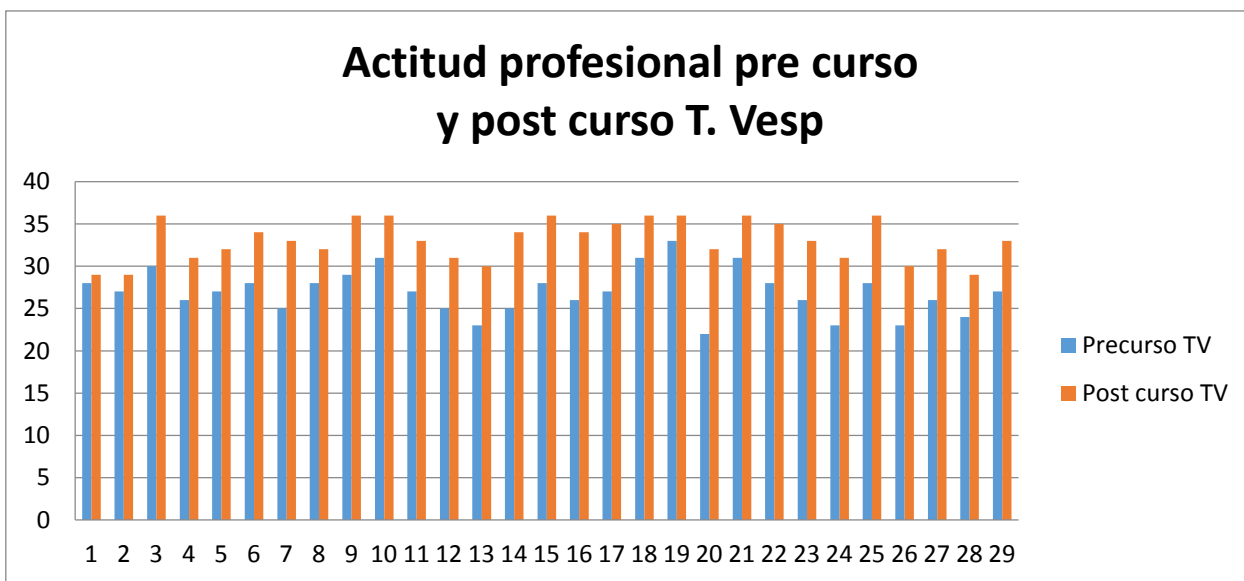
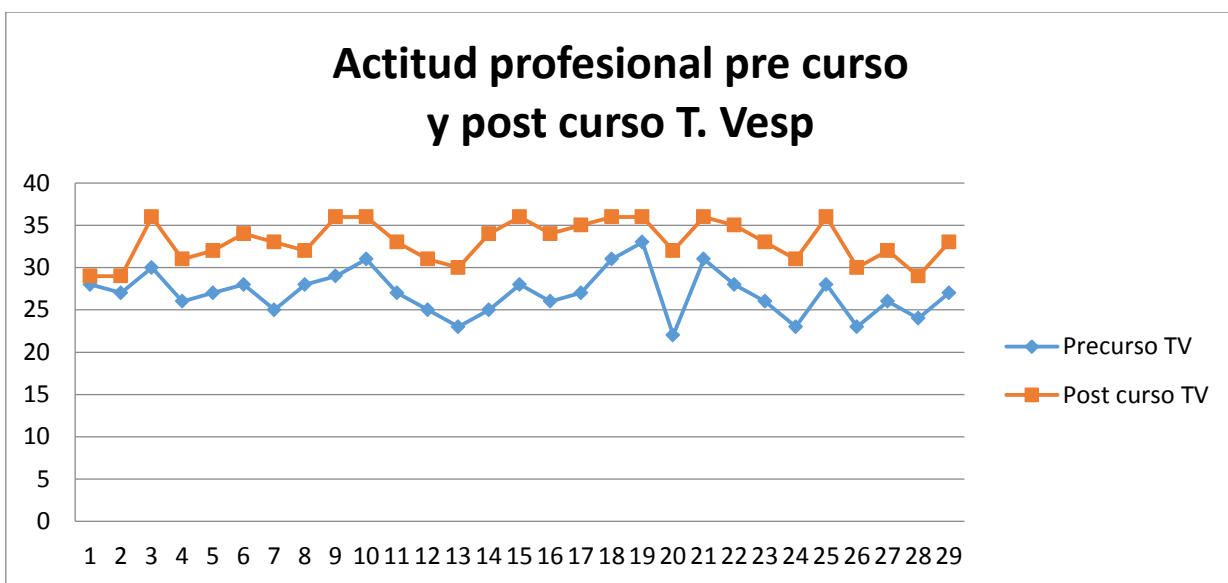


Grafico 12. Comparación del conocimiento pre curso y post curso de la actitud profesional en el turno vespertino.

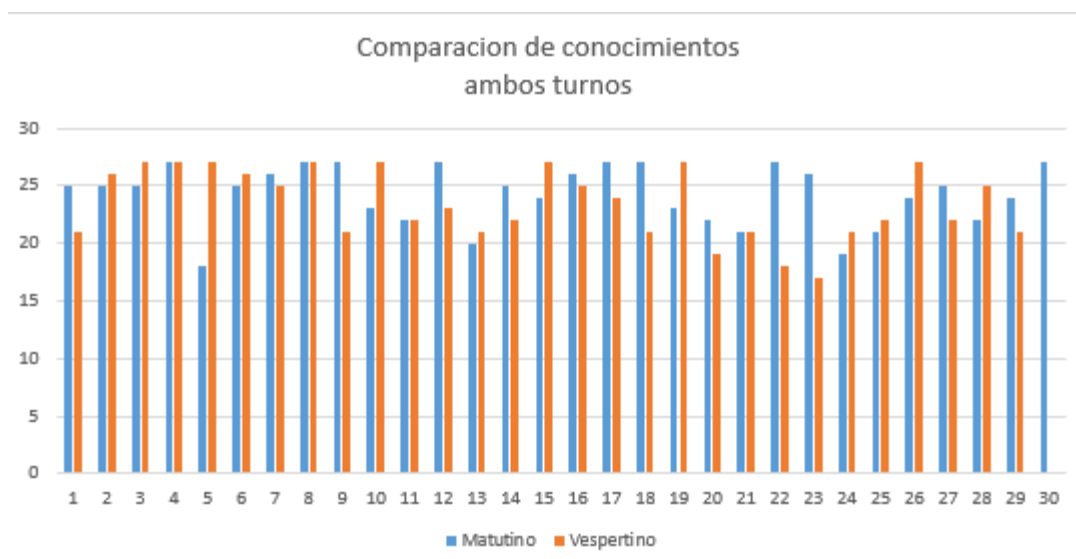


Se observó una mejoría en la aptitud profesional entre el pre curso y el post curso del turno matutino. El promedio de puntos obtenidos aumento de 26.06 a 32.0 y su calificación mejoro de 6.85 a 8.42, mejorando en un en un 15.6%.

Tabla 14. Comparación del conocimiento básico post curso ambos turnos

Conocimientos básicos		
Consultorio No	Matutino	Vespertino
1	25	21
2	25	26
3	25	27
4	27	27
5	18	27
6	25	26
7	26	25
8	27	27
9	27	21
10	23	27
11	22	22
12	27	23
13	20	21
14	25	22
15	24	27
16	26	25
17	27	24
18	27	21
19	23	27
20	22	19
21	21	21
22	27	18
23	26	17
24	19	21
25	21	22
26	24	27
27	25	22
28	22	25
29	24	21
30	27	0

Grafico 13. Comparación del conocimiento básico post curso ambos turnos



Se prosiguió al análisis del grado de conocimiento por turno

Tabla 15. Comparación del Conocimientos básicos pre curso y post curso Turno Matutino

Conocimientos básicos pre curso y post curso Turno Matutino		
Cónsul No.	Pre curso	Post curso
1	16	25
2	17	25
3	19	25
4	22	27
5	11	18
6	18	25
7	19	26
8	23	27
9	22	27
10	17	23
11	14	22
12	21	27
13	15	20
14	19	25
15	16	24
16	17	26
17	21	27
18	22	27
19	13	23
20	14	22
21	13	21
22	15	27
23	19	26
24	11	19
25	17	21
26	18	24
27	19	25
28	18	22
29	19	24
30	17	27

Grafico 14. Comparación del Conocimientos básicos pre curso y post curso Turno Matutino

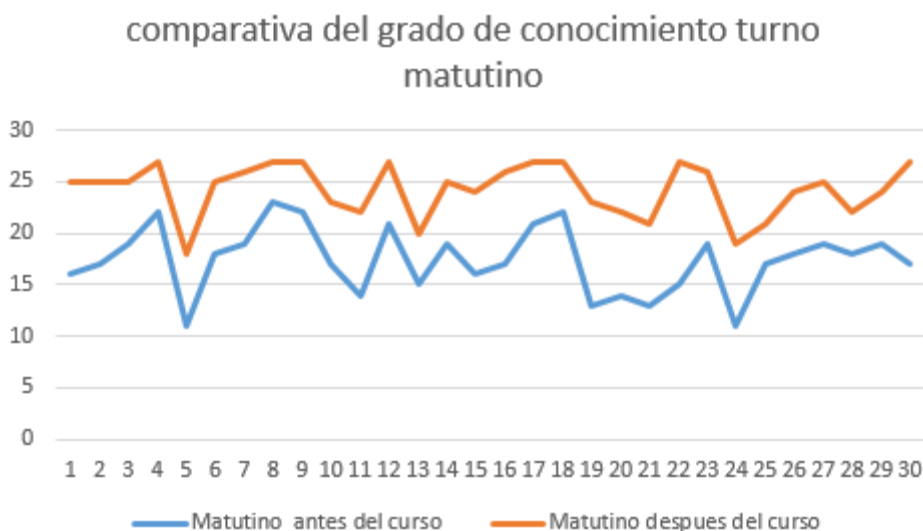
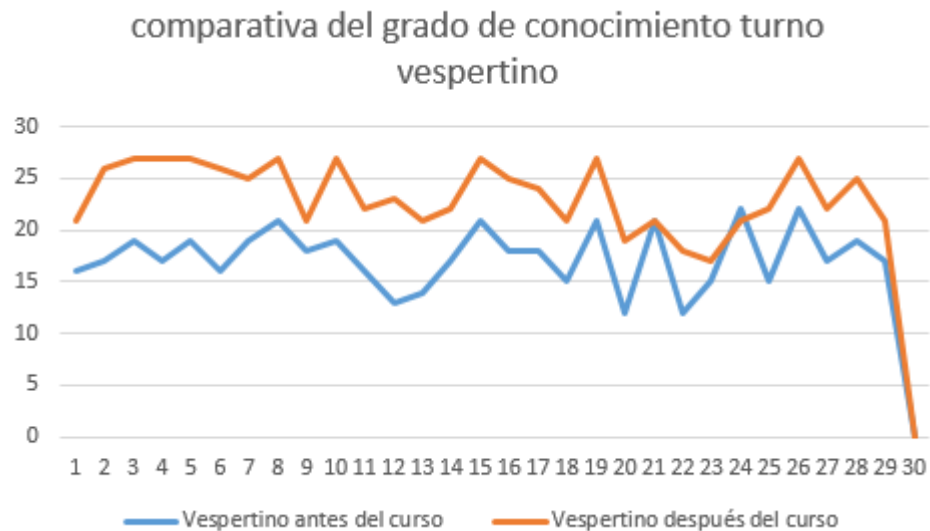


Tabla 16. Comparación del Conocimientos básicos pre curso y post curso Turno Vespertino

Consultorio No.	Vespertino antes del curso	Vespertino después del curso
1	16	21
2	17	26
3	19	27
4	17	27
5	19	27
6	16	26
7	19	25
8	21	27
9	18	21
10	19	27
11	16	22
12	13	23
13	14	21
14	17	22

15	21	27
16	18	25
17	18	24
18	15	21
19	21	27
20	12	19
21	21	21
22	12	18
23	15	17
24	22	21
25	15	22
26	22	27
27	17	22
28	19	25
29	17	21
30	0	0

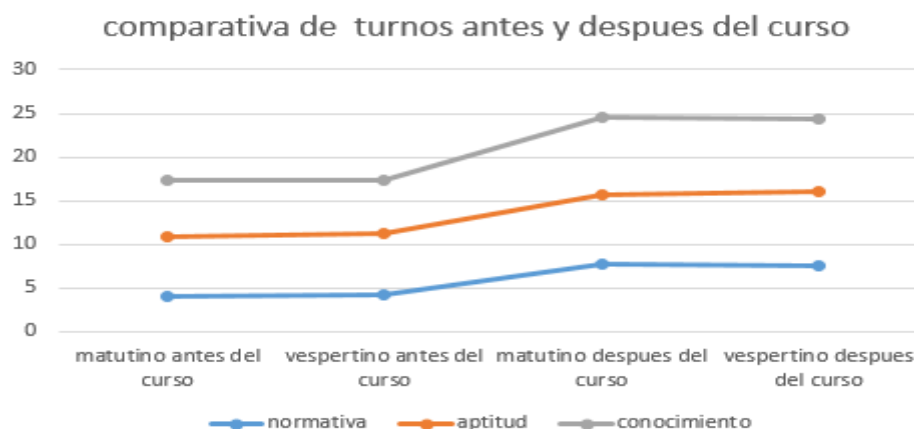
Grafico 15. Comparación del Conocimientos básicos pre curso y post curso Turno Vespertino



Se compararon los promedios antes y después del curso obteniendo los siguientes resultados
 Tabla 17 Comparación entre Normatividad, Actitud y Conocimientos pre y post curso

Turno	normativa	aptitud	conocimiento
Matutino pre curso	4	6.94	6.44
Vespertino pre curso	4.3	6.86	6.25
Matutino post curso	7.73	7.92	8.98
Vespertino post curso	7.56	8.4	8.38

Grafico 15. Comparación entre Normatividad, Actitud y Conocimientos pre y post curso.



Una vez concluido el curso se observó una mejoría al realizar los test que aunque se sigue notando una renuencia del personal de la tarde a tomar cursos fuera de su turno, estos al igual que el turno de la mañana muestran una mejoría en los tres rubros.

TERCERA FASE

Se procede a la tercera fase del estudio que es la toma de información a los pacientes de los consultorios de los diferentes médicos, para así determinar la aplicación de los conocimientos adquiridos.

El primer rubro a calificar es la actitud del médico ante el tema, es decir cuál es la disposición de este a aprender más sobre del tema y que métodos usa para esto. Con esta finalidad se utilizó la siguiente escala:

Tabla 18. Evaluación de la actitud medica

Actividad	Puntaje
No realiza ninguna	0
Cursos Presenciales	2
Cursos en línea	2
Métodos Didácticos	2
Internet	2
Aplicaciones y tecnologías de innovación Android, IOS y otros	2

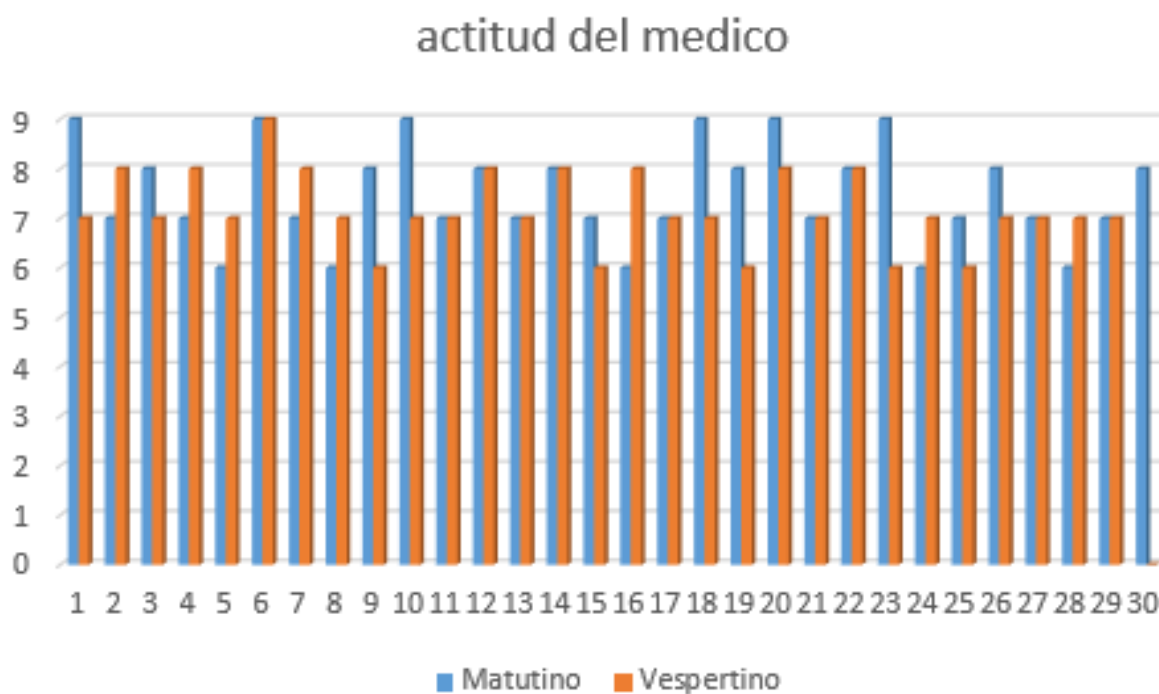
Se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla 18. Comparativa de la Actitud profesional posterior a curso.

Actitud del médico Post curso		
Consultorio No.	Matutino	Vespertino
1	9	7
2	7	8
3	8	7
4	7	8
5	6	7
6	9	9
7	7	8
8	6	7
9	8	6
10	9	7
11	7	7
12	8	8
13	7	7
14	8	8

15	7	6
16	6	8
17	7	7
18	9	7
19	8	6
20	9	8
21	7	7
22	8	8
23	9	6
24	6	7
25	7	6
26	8	7
27	7	7
28	6	7
29	7	7
30	8	0

Grafica16. Comparativa de la Actitud profesional posterior a curso.



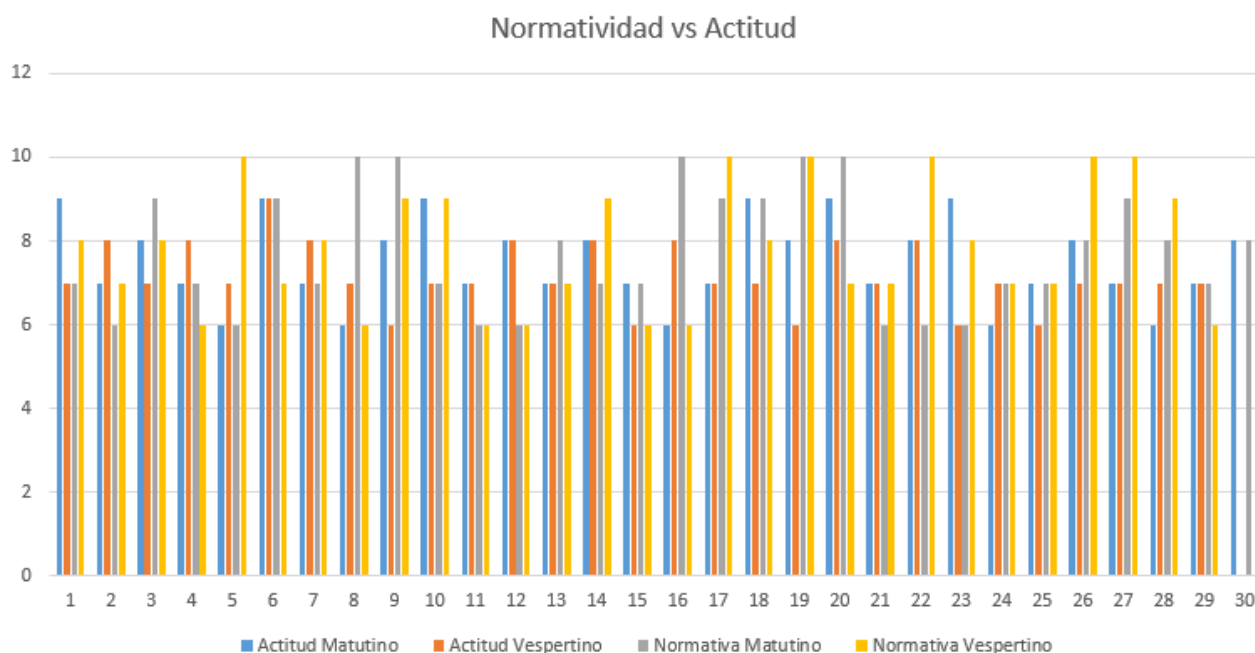
El rubro de actitud se comparó con el conocimiento respecto a normativa, ya que uno de los factores más comunes que provoca la presencia o proliferación de demandas es que el medico presente una actitud renuente, apática u hostil al tema, por lo cual es necesario saber que tanto aplica el conocimiento de la normativa en su actitud como médico.

Tabla 19. Comparativa de Actitud profesional –Vs Normatividad

Actitud del medico vs conocimiento de la normativa				
Cónsul No.	Actitud Matutino	Actitud Vespertino	Normativa Matutino	Normativa Vespertino
1	9	7	7	8
2	7	8	6	7
3	8	7	9	8
4	7	8	7	6
5	6	7	6	10
6	9	9	9	7
7	7	8	7	8
8	6	7	10	6
9	8	6	10	9
10	9	7	7	9
11	7	7	6	6
12	8	8	6	6
13	7	7	8	7

14	8	8	7	9
15	7	6	7	6
16	6	8	10	6
17	7	7	9	10
18	9	7	9	8
19	8	6	10	10
20	9	8	10	7
21	7	7	6	7
22	8	8	6	10
23	9	6	6	8
24	6	7	7	7
25	7	6	7	7
26	8	7	8	10
27	7	7	9	10
28	6	7	8	9
29	7	7	7	6
30	8	0	8	0

Grafica 15. Comparativa de Actitud profesional –Vs Normatividad



Concluimos que en el tema relacionado con actitud versus normatividad existe un buen conocimiento sobre la normativa actual, aunque a pesar de esto hay renuencia por parte de algunos consultorios a aplicarla en su totalidad en la consulta relacionada sobre este tema.

El siguiente rubro a calificar es la Metodología empleada para la enseñanza del tema:

Tabla 20. Evaluación de la enseñanza en consultorio

Actividad	Puntaje
No usa	0
Usa modelos	2.5
Recomienda cursos	2.5
Recomienda libros	2.5
Hace uso de internet, paginas oficiales de salud	2,5

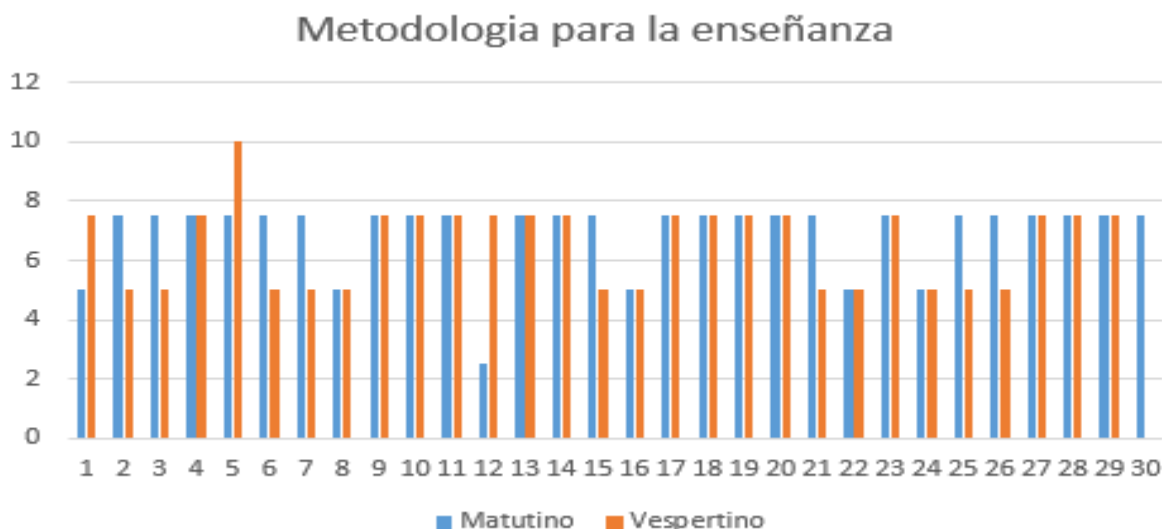
Se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 21. Evaluación de la metodología aplicada a la enseñanza en consultorio en ambos turnos.

Metodología para la enseñanza		
Consultorio No	Matutino	Vespertino
1	5	7.5
2	7.5	5
3	7.5	5
4	7.5	7.5
5	7.5	10
6	7.5	5
7	7.5	5
8	5	5
9	7.5	7.5
10	7.5	7.5
11	7.5	7.5
12	2.5	7.5
13	7.5	7.5
14	7.5	7.5

15	7.5	5
16	5	5
17	7.5	7.5
18	7.5	7.5
19	7.5	7.5
20	7.5	7.5
21	7.5	5
22	5	5
23	7.5	7.5
24	5	5
25	7.5	5
26	7.5	5
27	7.5	7.5
28	7.5	7.5
29	7.5	7.5
30	7.5	0

Grafico 16. Evaluación de la metodología aplicada a la enseñanza en consultorio en ambos turnos.



La metodología aplicada a la enseñanza sobre el tema tuvo una aceptación que se puede calificar de regular a buena, el rubro de metodología va ligado a la aptitud que tenga el medico con la enseñanza, por lo cual se decidió realizar la comparativa entre estos dos temas.

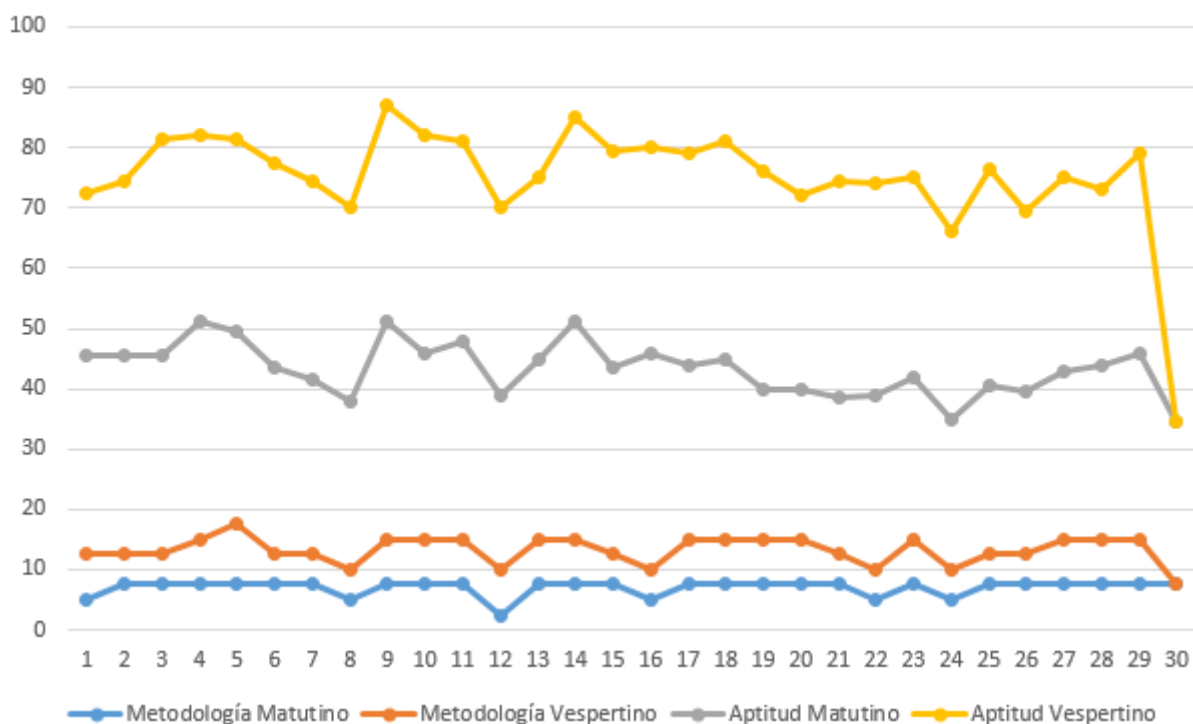
Tabla 22. Metodología de la Enseñanza Vs Actitud Médica

Metodología para la enseñanza vs aptitud con respecto al tema				
Consultorio No.	Metodología		Aptitud	
	Matutino	Vespertino	Matutino	Vespertino
1	5	7.5	33	27
2	7.5	5	33	29
3	7.5	5	33	36
4	7.5	7.5	36	31
5	7.5	10	32	32
6	7.5	5	31	34
7	7.5	5	29	33
8	5	5	28	32
9	7.5	7.5	36	36
10	7.5	7.5	31	36
11	7.5	7.5	33	33
12	2.5	7.5	29	31
13	7.5	7.5	30	30

14	7.5	7.5	36	34
15	7.5	5	31	36
16	5	5	36	34
17	7.5	7.5	29	35
18	7.5	7.5	30	36
19	7.5	7.5	25	36
20	7.5	7.5	25	32
21	7.5	5	26	36
22	5	5	29	35
23	7.5	7.5	27	33
24	5	5	25	31
25	7.5	5	28	36
26	7.5	5	27	30
27	7.5	7.5	28	32
28	7.5	7.5	29	29
29	7.5	7.5	31	33
30	7.5	0	27	0

Grafica 17. Metodología de la Enseñanza Vs Actitud Médica

metodología de enseñanza vs aptitudes del medico



Si bien metodología y aptitudes se califican con distintas bases numéricas al realizar la comparativa de las gráficas es notorio que existe tanto una mayor aptitud como mejor manejo de la metodología en el turno vespertino.

El siguiente rubro a evaluar es el grado de entendimiento del paciente, siendo este uno de los mas importantes, ya que será el grado de retención de la información con la que se quedara el paciente una vez finalizada la consulta.

Se utilizó la siguiente tabla:

Tabla 23. Evaluación del entendimiento del paciente.

Actividades	Puntaje
No emplea ninguna	0
Eficacia	2
Persuasión	2
Reforzamiento de indicaciones	2
Propositivo	2
Manejo del tema	2

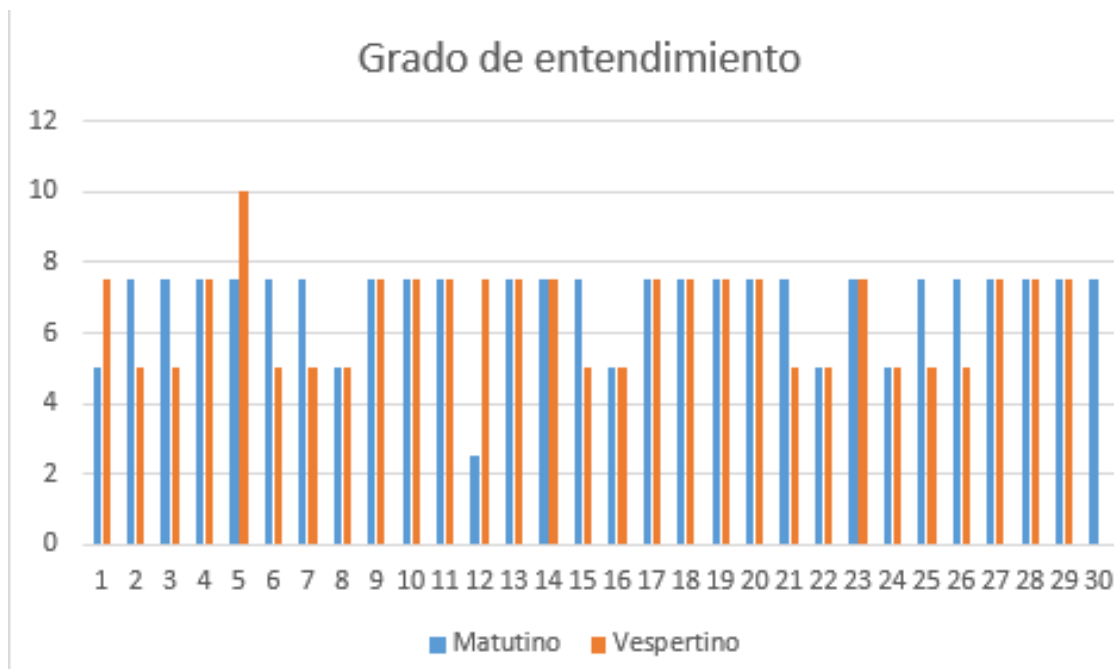
Los resultados fueron los siguientes.

Tabla 24. Comparación del entendimiento de los pacientes en ambos turnos

Grado de entendimiento		
Consultorio No.	Matutino	Vespertino
1	8	8
2	9	9
3	7	7
4	8	8
5	7	9
6	8	9
7	9	7
8	7	6
9	7	8
10	6	9
11	9	10
12	9	9
13	10	9
14	6	8

15	9	9
16	7	7
17	7	6
18	8	7
19	7	8
20	9	9
21	7	6
22	8	7
23	7	9
24	8	7
25	9	9
26	9	8
27	8	6
28	9	8
29	8	8
30	8	0

Grafico 17. Comparación del entendimiento de los pacientes en ambos turnos

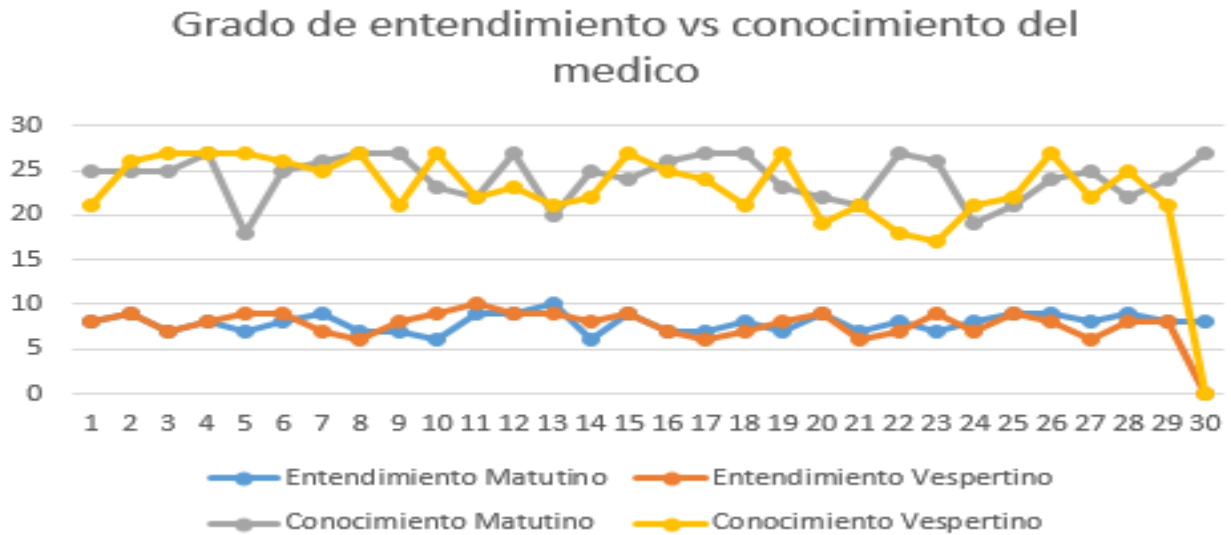


Una vez obtenidos los resultados se observó que el grado de entendimiento del paciente con respecto al tema va de regular a bueno, aunque existió una tendencia a la necesidad de tener métodos educativos con una mayor portabilidad y acceso a ellos las 24 horas. Se procedió a realizar una comparativa entre el grado de entendimiento y conocimiento del medico, para saber así si este está aplicando las nociones obtenidas durante el curso.

Tabla 25. Tabla comparativa entre el grado de entendimiento del paciente contra el conocimiento medico de ambos turnos.

Grado de entendimiento vs conocimiento del medico				
Consultorio No.	Entendimiento Matutino	Entendimiento Vespertino	Conocimiento Matutino	Conocimiento Vespertino
1	8	8	25	21
2	9	9	25	26
3	7	7	25	27
4	8	8	27	27
5	7	9	18	27
6	8	9	25	26
7	9	7	26	25
8	7	6	27	27
9	7	8	27	21
10	6	9	23	27
11	9	10	22	22
12	9	9	27	23
13	10	9	20	21
14	6	8	25	22
15	9	9	24	27
16	7	7	26	25
17	7	6	27	24
18	8	7	27	21
19	7	8	23	27
20	9	9	22	19
21	7	6	21	21
22	8	7	27	18
23	7	9	26	17
24	8	7	19	21
25	9	9	21	22
26	9	8	24	27
27	8	6	25	22
28	9	8	22	25
29	8	8	24	21
30	8	0	27	0

Grafico 18. Comparativa entre el grado de entendimiento del paciente contra el conocimiento medico de ambos turnos.



Aunque las dos graficas se encuentran medidas en escalas numéricas diferentes se observa que el conocimiento de ambos turnos se puede calificar de regular a bueno.

Una vez terminada la aplicación se proporcionó de manera gratuita a médicos y a pacientes por igual, para su evaluación.

Tabla 26. Evaluación de la aplicación Android.

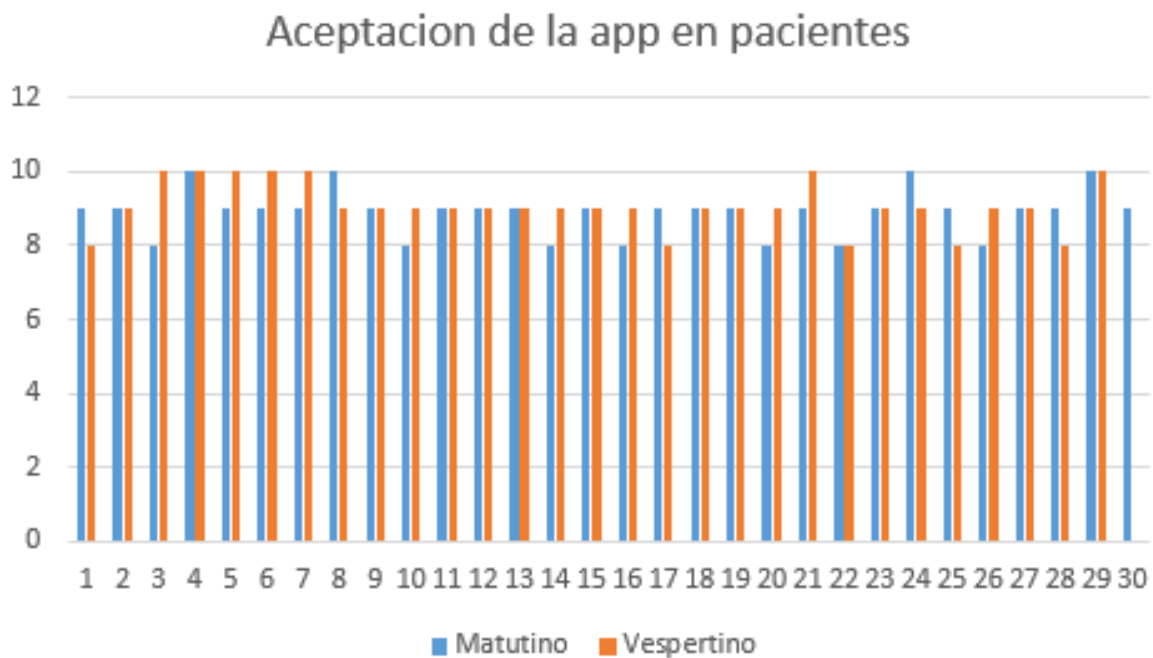
Rubro	Puntaje (No me gusta=0, Me gusta =1)
Utilidad	1
Accesibilidad	1
Sencillez en el Manejo	1
Contenido Audiovisual	1
Comodidad en el entorno (Hogar/Laboral)	1
Forma de descarga	1
Cartel Informativo	1
Peso de la aplicación	1
Actualidad del contenido	1
Innovación con respecto a métodos tradicionales del IMSS (Trípticos, folletos, diapositivas)	1

En primera instancia se mostraran los resultados de la aceptación de a la aplicación de los pacientes.

Tabla 27. Grado de aceptación y evaluación de la aplicación Android en pacientes.

Aceptación App Paciente		
Cónsul No.	Matutino	Vespertino
1	9	8
2	9	9
3	8	10
4	10	10
5	9	10
6	9	10
7	9	10
8	10	9
9	9	9
10	8	9
11	9	9
12	9	9
13	9	9
14	8	9
15	9	9
16	8	9
17	9	8
18	9	9
19	9	9
20	8	9
21	9	10
22	8	8
23	9	9
24	10	9
25	9	8
26	8	9
27	9	9
28	9	8
29	10	10
30	9	0

Grafica 19. Grado de aceptación de la APP en pacientes.

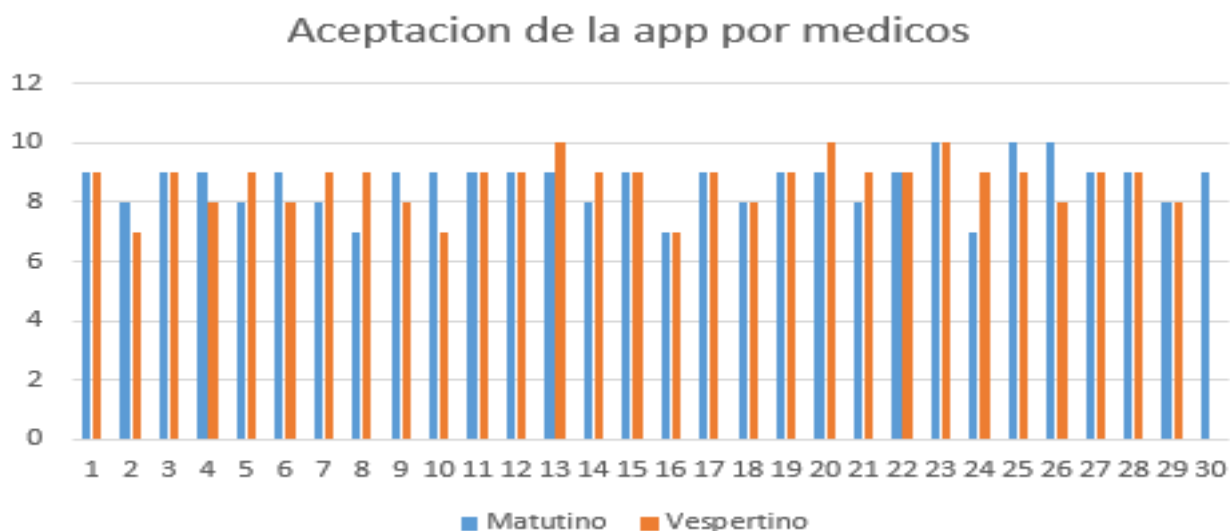


Los promedios obtenidos fueron 8.9 matutino y 9 vespertino centrandose las calificaciones en un promedio de buena a excelente ubicando las quejas en el tamaño de app y forma de descarga. Con esto se identificó que el paciente actual busca métodos más portables que le proporcionen información en el momento que la requiera y que sean altamente didácticos A continuación se muestra el grado de aceptación de la APP en médicos

Tabla 27. Grado de aceptación y evaluación de la aplicación Android en pacientes.

Aceptación App Médicos		
Consultorio No.	Matutino	Vespertino
1	9	9
2	8	7
3	9	9
4	9	8
5	8	9
6	9	8
7	8	9
8	7	9
9	9	8
10	9	7
11	9	9
12	9	9
13	9	10
14	8	9
15	9	9
16	7	7
17	9	9
18	8	8
19	9	9
20	9	10
21	8	9
22	9	9
23	10	10
24	7	9
25	10	9
26	10	8
27	9	9
28	9	9
29	8	8
30	9	0

Grafica 19. Grado de aceptación y evaluación de la aplicación Android en pacientes.



El promedio de aceptación por parte de los médicos fue 8.6 en los turnos matutino vespertino centrandó las calificaciones en un promedio de buena a excelente.

La mayoría de las calificaciones negativas fueron respecto al tamaño de la aplicación y forma de descarga.

DISCUSIÓN

De acuerdo con el cuestionario de la UNICEF previo a la capacitación solo 4 de 59 médicos adscritos se consideraba como competente respecto a los temas de lactancia materna y nutrición del lactante. Lo que corresponde al 6,17% de la muestra. Respecto a la actitud profesional esta mejoro en un 45%, sin embargo cerca del 66% (n=39) aún se encuentra con una actitud regular a buena.

Posterior a la capacitación solo el 15.25% (n=9) continua siendo no competente.

De acuerdo con Molinero en su estudio de intervención para el cumplimiento de lactancia materna realizado en 2015 se observó que el 30% de los conocimientos del grupo sin intervención era competente, mientras que en el grupo con intervención representaba el 85%.

EN el estudio realizado por Juventino en 2015 se observó que la falta de conocimiento e ineffectividad de la comunicación por parte del personal de salud influía hasta en un 41% el abandono temprano de la lactancia materna, así como fomentaba prácticas inadecuadas respecto a la nutrición del lactante en un 24%.

Las prácticas educativas son consideradas eficaces cuando influyen las creencias que las personas tienen en sus propias capacidades. La educación también afecta el comportamiento de las personas al enfrentar adversidades, además de modificar la duración de las adversidades y la cantidad de esfuerzo empleado para enfrentarlas

Existe una comunicación con el paciente ineficiente, ya que este a pesar de calificar al médico en rubros que van de regular a bueno menciona que este se comunica en un lenguaje que los paciente no comprenden. Otro punto que refieren es requerir de un mayor tiempo para la explicación de los temas.

Dentro de lo analizado en este estudio se identificó que uno de los mayores problemas que tanto médicos como pacientes mencionan tener es la falta de acceso a información de primera mano de buena calidad las 24 horas del día, por ello se decidió optar por la elaboración de una aplicación Android, ya que este es uno de los métodos de mayor portabilidad, difusión y accesibilidad que existen en la actualidad.

Se concluyó por parte de los médicos que este tipo de aplicación es una forma más didáctica de elaborar material educativo para paciente y para los médicos.

Por desgracia el método de digitalización actual de guías de práctica clínica, curso online y actividades en línea ofrecidas por el instituto se centra en la elaboración de extensos PDF que más que didácticos o prácticos vuelven tedioso el revisarlos.

Por lo cual ellos ven más factible la elaboración de verdaderas guías de práctica clínica como la que se realizó para este estudio.

CONCLUSIONES:

Al inicio del estudio se observó por medio de las mediciones realizadas que la capacitación que muestran los médicos generales y familiares de la UMF No. 20 tiene calificaciones malas. No cumpliendo los estándares mínimos que la UNICEF plantea necesarios para una posible certificación como clínica amigo del niño. Estos resultados fueron aún peores dentro del turno vespertino, manifestando ellos que se debe a la falta de capacitación, que se dé dentro de su horario laboral. A lo que se cuestionó por qué no se han tomado cursos relacionados fuera de su horario laboral, recibiendo una negativa por parte de la plantilla de este turno. Por lo cual se decidió la implementación del **CURSO DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y NUTRICION DEL LACTANTE**. Que gracias al apoyo de Jefes de Departamento y Director de clínica se les invito a los médicos de consulta en medicina familiar a realizar el curso, ya sea en modalidad presencial o en línea. Teniendo una asistencia del 98%, de los cuales 48% fue presencial y 52% en línea. Al 98% se le otorgo el material de apoyo del curso, el cual incluyo: Presentaciones de las unidades del curso en PDF y PPT, APP ANDROID: “LACTIMSS”, Normas Oficiales y Guías de Practica clínica así como Manual para profesionales del curso CAALMA.

A los médicos que acudieron al curso presencial se les dieron un total de 4 sesiones de 2 horas, durante el mes de Diciembre del 2017.

Finalizando el periodo que se tenía contemplado para el aprendizaje del material y sesiones del curso se prosiguió a realizar una nueva evaluación de los médicos, en donde se obtuvieron calificaciones de regulares a buenas, aumentando el porcentaje de aprobados de 6.17 a 66%, con respecto a los lineamientos de la UNICEF. Para comprobar que el conocimiento que ellos adquirieron fue transmitido de manera adecuada a los pacientes se realizó una evaluación de calidad del servicio prestado por el médico, obteniendo calificaciones que fueron de buenas a excelentes. Un punto a destacar es la mención por parte de las pacientes del cambio de actitudes de los médicos hacia los temas de nutrición del lactante, ya que con anterioridad ellas decían que no se abordaba de manera comprensible el tema o presentaba falta de interés por parte del médico, al realizar

una comparación entre ambos turnos se observó que aunque los valores de conocimiento obtenidos por el turno vespertino son menores que los del turno matutino, comparados con el grado de entendimiento del paciente, presentan datos más homogéneos en el grado de entendimiento de lo transmitido por el médico.

Como parte del estudio se tomó una encuesta de satisfacción de la APP “LACTIMSS” obteniendo una gran aceptación por parte de los médicos, quienes refirieron que se les hacia un método innovador, que presentaba información práctica, reciente y de gran interés, así como un apoyo visual para su consulta. Los médicos manifestaron que las guías de práctica clínica desarrolladas por el IMSS no fueran solo PDF, si no que fueran una guía interactiva como la Aplicación desarrollada para esta tesis, la cual consideraron como “***una verdadera guía de práctica clínica digital***”.

Se les dio a los pacientes la aplicación en la cual los pacientes mencionaron que esta maneja varios de los temas que les son de interés y que en ocasiones les genera duda y que por falta de tiempo o pena no pregunta.

Las pacientes les otorgaron calificaciones de buena a excelente, realizando sugerencias de que este material se les pudiera proporcionar de manera gratuita dentro de la consulta o en la unidad.

Finalmente se sometió a una encuesta de satisfacción acerca de la forma de descarga y accesibilidad de la APP tanto a médicos como pacientes; obteniendo calificaciones de excelencia, ya que se les hizo un método, rápido, conciso y sencillo.

Como se pudo observar dentro de este estudio a pesar de contar con la infraestructura necesaria y recursos suficientes para implementar un modelo educativo actualizado que aborde los temas necesarios sobre nutrición del lactante esto no es llevado a cabo.

Lo que es demostrable mediante las calificaciones obtenidas previas al **CURSO DE ATENCION MATERNO INFANTIL Y NUTRICION DEL LACTANTE**. El cual se basa en los lineamientos de la UNICEF y del curso CAALMA.

Encontrando dos factores comunes en ambos turnos, encontrando dos factores: renuencia del médico a tomar cursos fuera de los horarios laborales y a la falta de interés de los directivos de aplicaciones de cursos propositivos, actualizados y obligatorios respecto a la capacitación de nutrición del lactante, ya que este tema en la actualidad se ha vuelto un tabú que puede ocasionar frecuentemente demandas por violencia obstétrica y pediátrica. Haciendo necesaria la sensibilización del médico y el administrativo para evitar problemas legales que pueden ser prevenidos con la implementación de modelos educativos actuales, que haga énfasis en la actitud y aptitud profesional.

Gracias a la implementación del curso se observó un mejora en las actitudes y aptitudes de los médicos, así como en los conocimientos sobre nutrición del lactante, haciéndonos ver que es posible coincidir el entendimiento de ambas partes, mejorando de esta manara la comunicación medico paciente, con lo cual se puede tomar este estudio como una prueba piloto de la implementación de cursos de esta y diferentes índoles.

Finalmente al presentar una opción educativa alterna a los modelos actuales como lo es la APP "LACTIMSS" se observó que esta fue recibida con calificaciones excelentes tanto como médicos como por pacientes. Existiendo una gran satisfacción desde el método de descarga hasta el manejo de la APP, esto hace cuestionar que a pesar de que el IMSS cuenta con un departamento conocido como IMSS DIGITAL este se ha centrado a la elaboración de guías de proactiva clínica y material didáctico elaborados en PDF no didácticos y en ocasiones de una calidad cuestionable. Además los cursos en líneas no son accesibles para todo el personal de salud ni para los pacientes, limitando de esta manera el conocimiento al que se pueda tener acceso cuando se presenta la disposición de realizarlo. Esto hace cuestionar que si en la actualidad uno de los rubros más fomentado en países de primer nivel es la prevención basada en la educación esta se ve limitada a modelos educativos arcaicos y carentes de sentido en la actualidad.

La elaboración de esta aplicación y su aceptación demuestra que a un bajo costo se puede conseguir de un modelo educativo más actual, más didáctico y

principalmente accesible a una gran parte de la población, teniendo una mayor difusión. Gracias a tiendas virtuales como PLAYSTORE donde las aplicaciones son accesibles de manera gratuita.

Si bien es cierto que no todos los pacientes contarán con un Smartphone un alto porcentaje lo hará. Siendo que el 100% de los médicos en la unidad cuenta con un Smartphone y si tenemos un médico capacitado “correctamente” tendremos un paciente capacitado “correctamente”.

El Instituto Mexicano del Seguro Social surgió en el año 1942 debida a una necesidad de la población de tener el acceso a Servicios de salud de buena calidad y con gran valor humanístico y moral, hoy en día a pesar de existir una inversión constante en este sector, los modelos formativos de especialistas del Instituto se han quedado rezagados , si bien es cierto que al modernizar la infraestructura se espera tener una mejor atención a los pacientes si no existe la disposición por parte de medico / paciente a la educación como método de prevención difícilmente se lograra tener la calidad y cantidad necesaria de servicios de salud para cubrir una demanda creciente, de la cual podemos preguntarnos cuántos de esos pacientes pudieron evitar ir a consultas innecesarias si se les hubiera capacitado y orientado de manera adecuada.

No olvidemos que si bien el lema del instituto es Seguridad social para todos no se puede brindar seguridad cuando se tiene miedo a modernizar lo ya escrito, recordemos “Educar para prevenir es mejor política que limitar el daño”.

RECOMENDACIONES

Es imperante que se continúe con la capacitación continua acerca de los temas de lactancia materna, atención materno-infantil, nutrición del lactante, guías de práctica clínica sobre atención del embarazo parto y puerperio, así como atención del recién nacida y del menor de 5 años de edad. Con un máximo de 2 años entre cada actualización o capacitación, con el fin de que se mantengan presentes los conocimientos básicos para un mejor manejo del paciente.

Se sugiere la creación de un instrumento de evaluación más completo, ya que aunque se emplearon dos instrumentos distintos, estos no abarcan por completo los conocimientos básicos sobre lactancia materna, también evalúa de manera superficial la actitud ante la lactancia materna.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna, OMS; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna, UNICEF; 2015 Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
3. Organización Mundial de la Salud. "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño", Ginebra: Organización Mundial de la Salud (2016).
4. Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2012.
5. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
6. Aguayo Maldonado, Et Al. Lactancia Materna: guía para profesionales, MONOGRAFÍAS DE LA A.E.P.Nº 5, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Editorial Ergon, Madrid, España, 2004
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. «Recomendaciones para la lactancia materna.» Asociación Española de Pediatría; 2008
8. SIAIS, Jefatura de Prestaciones Médicas, Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo, "Catalogo de Personal UMF 20, Actualización Diciembre 2016.
9. INEGI 2017
10. SEP 2018
11. OCDE 2016
12. DGSNS 2016
13. CLUES 2017
14. DGSNS 2015
15. ENADID 2014
16. Arminda lactancia umf 20
17. Rodríguez Díaz, et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Recurso Humano de salud sobre Lactancia Materna en el Primer Nivel de Atención. Revista Médica de Panamá, 2014: Volumen 34(3)
18. Patricia Molinero Diaz, María José Burgos Rodríguez, Mercedes Mejía Ramírez de Arellano. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Vol. 25. Núm. 04. Julio 2015 - Agosto 2015
19. ENFERMERA MATERNO INFANTIL
20. OMS/UNICEF. Lactancia Materna. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2008.
21. PREVENIMSS

22. Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, IRCSS, UNICEF. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [monografía en Internet]: Comisión Europea;2004
23. ALPROLAM
24. CAALMA
25. CUESTIONARIO OMS/UNICEF
26. (Data Mart, Estadísticas Médicas 2011),
27. (Registro Nacional de Certificación, CNEG y SR, SSA 2011)
28. SEMANA LACTANCIA MATERNA
29. Enfermería Obstétrica y Ginecológica. Contraindicaciones de la Lactancia Materna. . Ediciones DAE Enfermería Clínica . 2015 Jul 28, pag.248.
30. WHO, International Code for Marketing Breast Milk Substitutes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1981.
31. Coutsooudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM. "Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study". Lancet 1999 Ago 7;354: 471-76.
32. Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L et al. "Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa" AIDS 2001, Vol 15 No 3. 379-387.
33. WHO/UNAIDS/UNICEF. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (bajo revisión). Disponible en el sitio web: <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpolicy.html>.
34. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and Young Child Feeding in Emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: www.enonline.net o en fiona@enonline.net.
35. Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies: policy, strategy and practice. Mayo 1999. Disponible en el sitio web: www.enonline.net o en fiona@enonline.net
36. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff: manual for orientation, reading and reference. Borrador, Noviembre 2001. Disponible en el sitio web: www.enonline.net o en fiona@enonline.net.
37. Core Group on Infant Feeding in Emergencies. Infant feeding in emergencies. Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations: manual for practice, instruction and reference. Borrador, 2003. Disponible en el sitio web: www.enonline.net o en fiona@enonline.net.

38. WHO, UNHCR, IFRC, WFP. The management of nutrition in major emergencies. Guiding principles for feeding infants and young children in emergencies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
39. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Artículo 28.
40. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Artículo 28, numeral C:
41. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 11.
42. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
43. Guía de Práctica Clínica GPC-ISSSTE-699-13, Prevención, control y detección del recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.
44. Guía de Práctica Clínica GPC-ISSSTE-226-09, Atención del recién nacido según lugar de nacimiento.
45. Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-637-13. Lactancia materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos.
46. Guía de Práctica Clínica GPC-ES-560-17. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna.
47. Melo Dodt, Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento, Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2015;23(4):725-32.
48. Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. Rev Nutr. 2013;26(3):259-69
49. Schlickau JM, Wilson ME. Breastfeeding as a healthpromoting behavior for Hispanic women: literature review. J Adv Nurs. 2005;52(2):200-10. 20. Bueno LGS, Teruya KM. The practice of breastfeeding counseling. J Pediatría. 2004;80(supl 5):126-30.
50. Pino VJL, López EMA, Medel IAP, Ortega SA. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev. chil. nutr. 2013;40(1):48-54.
51. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. AnEspPediatr. 1999; 50: 333-340
52. Molinero Diaz , Burgos Rodríguez , MejíaRamírez de Arellano Evaluate the efficacy of a nursing intervention based on active observation and resolution of the problems of breastfeeding in the period 24-48h post-partum as regards stopping breastfeeding in mothers who gave birth in Hospital General Universitario, Ciudad Real. . EnfermClin. 2015 Jul 28.pii: S1130-8621(15)00074-1
53. Toro Monjaraz EM1, Ramírez Mayans JA2, Cervantes Bustamante R2, Gómez Morales E2, Molina Rosales A2, Montijo Barrios E2, Zárate Mondragón F2, Cadena León J2, Cazares Méndez M2, López-Ugalde M2. Perinatal factors associated with the development of cow's milk protein allergy Rev Gastroenterol Mex. 2015 Jan-Mar;80(1):27-31

54. Jarpa MC1, Cerda LJ2, Terrazas MC3, Cano CC4. Breastfeeding as a protective factor against overweight and obesity among pre-school children Rev ChilPediatr. 2015 Jan-Feb;86(1):32-7
55. Gómez Fernández-Vegue M1, Menéndez Orenga M2. Development And Validation Of A Breastfeeding Knowledge And Skills Questionnaire. Pediatricians play a key role in the onset and duration of breastfeeding. Although it is known that they lack formal education on this subject, there are currently no validated tools available to assess pediatrician knowledge regarding breastfeeding. AnalesdePediatria, Barcelona. 2015 Mar 25. Vol 15 pp 44-52.
56. Rossiter MD1, Colapinto CK, Khan MK, Mclsaac JL, Williams PL, Kirk SF, Veugelers; Breast, Formula and Combination Feeding in Relation to Childhood Obesity in Nova Scotia, Canada. Matern Child Health J. 2015 Sep;19(9):2048-56. doi: 10.1007/s10995-015-1717-y.
57. Díaz-Gómez NM1, Ares S, Hernández-Aguilar MT, Ortega-García JA, Paricio-Talayero JM, Landa-Rivera L; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Chemicalpollution and breastmilk: Taking positions, AnPediatr (Barc). 2013 Dec;79(6):391.e1-5
58. M. Sánchez-Ercea, P. Travercabrerab, J. Galbesánchez-Ventura Survey of the attitudes of professional towards breastfeeding, RevistaPediátrica de AtenciónPrimaria. 2012;14:109-115
59. <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm-prolongada.pdf>
60. <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wpcontent/uploads/2015/02/ImplementacionAccionesLactanciaMaternaSNDIF.pdf>
61. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Assembly, Mayo 2002.
62. WHO, Indicators for Assessing Breastfeeding Practices: Report of an Informal Meeting, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland. Ginebra, Suiza: OMS, 1991 (WHO/CDD/SER/91.14).
63. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, adopted by participants at the WHO/UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", Spedale degli Innocenti, Florencia, Italia, 30 Julio – 1 Agosto, 1990.
64. Macro International, Demographic and Health Survey, Calverton, Maryland, USA (los países y las fechas varían).
65. UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey, NY, NY: UNICEF, (los países y las fechas varían).
66. WHO, WHO Global Data Bank on Breast-feeding, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1996 (WHO/NUT/96.1).
67. MEASURE Communications, Breastfeeding Patterns in the Developing World, Washington D.C.: Population Reference Bureau and MEASURE Communications, 1999.
68. WHO, "The Optimal Duration of Breastfeeding, Nota para la Prensa No 7, 2 Abril 2001
69. Habicht J-P, DaVanzo J, Butz WP. "Mother's milk and sewage: Their interactive effects on infant mortality", Pediatrics 81: 456-461, 1988.

70. Haggerty PA, Rutstein S, Breastfeeding and Complementary Infant Feeding, and the Postpartum Effects of Breastfeeding, Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 30, Calverton, Maryland: Macro International, 1999.
71. WHO/UNICEF/University of California (Davis). Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/NUT/98.1).
72. WHO, Complementary Feeding: Family foods for breastfed children, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/NHD/001).
73. UNICEF, Baby-Friendly Hospital Initiative Case Studies and Progress Report, New York: UNICEF Programme Division, 1999.
74. State of the Code by Country: A survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code for Marketing Breast Milk Substitutes, IBFAN, International Code Documentation Centre, Penang, Malasia (diversasfechas)
75. ILOLEX, IC 103 Maternity Protection Convention (Revisado, 1952, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (<http://ilolex.ilo.ch/>).
76. ILOLEX, IC 183 Maternity Protection Convention (2000, Ginebra, Suiza: ILOLEX: The International Labour Organization's Database on International Labour Standards (<http://ilolex.ilo.ch/>).
77. ILO, "Maternity Protection at Work", World of Work, Abril 1998, Vol. 24, pp. 15-19.
78. UNAIDS. HIV and infant feeding. A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO, 1997. Disponible en el sitio web:
79. <http://www.unaids.org/publications/documents/mtct/infantpole.html>.
80. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA/World Bank/UNHCR/WFP/IAEA/FAO. HIV and infant feeding: a framework for priority action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003
81. UNDP, UNDP Human Development Report, United Nations Publications, NY, NY, 2000.
82. UNICEF, State of the World's Children, UNICEF, NY, NY 2000.
83. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
84. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371(9608): 243-260.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Conocimiento y actitud profesional ante la lactancia materna posterior a intervención en los médicos de consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 20.	
Patrocinador externo	No Aplica	
Propósito del estudio	La(o) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. El estudio tiene el propósito de determinar el conocimiento y actitud profesional ante la lactancia materna posterior a una intervención en los médicos de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser trabajador de la UMF No. 20, adscrito a la consulta externa de Medicina Familiar, por lo que es un buen candidato para participar en este proyecto. Al igual que usted 59 personas más serán invitadas a participar en este centro en particular. Su participación en este proyecto es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de participar en este estudio.	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, Calzada Vallejo No. 675. Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. Ciudad de México, México, Marzo – Diciembre 2017.	
Número de registro:	F-2018-3516	
Justificación y objetivo del estudio:	La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la nutrición del lactante es un tema primordial a nivel mundial. De acuerdo con la OMS y la UNICEF solo el 68% de los recién nacidos son alimentados hasta los 3.6 meses de vida. En México solo el 14.5 % en menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. La principal causa de abandono de la lactancia materna es debido a la falta de contenido y/o incomprensión de la información otorgada a la madre o el cuidador, así como una comunicación ineficiente entre el médico de primer nivel y la madre. La falta de conocimientos por la madre y una actitud inadecuada del personal de salud es el principal factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida. El objetivo del estudio es identificar el grado de conocimiento y actitud profesional ante la lactancia materna posterior a intervención en los médicos de consulta externa de Medicina Familiar en la UMF 20.	
Procedimiento:	Si usted acepta participar se le aplicara un instrumento de evaluación el cual constara de 4 segmentos. El primero recabara datos estadísticos y laborales, el segundo constara de 10 preguntas acerca de la normatividad empleada en la atención materno- infantil y acerca de la lactancia materna. El tercer segmento es un cuestionario de aptitud profesional de la UNICEF el cual consta de 23 preguntas y el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, el cual consta de 33 preguntas. Este instrumento se aplicara en dos ocasiones uno pre-curso y uno post-curso. En caso de participar se integrara al curso” Atención materno - infantil y lactancia materna” el cual consistirá en cuatro sesiones académicas con duración de 8 horas. Con el fin de determinar si existe algún cambio en el grado de conocimiento o actitud profesional ante la lactancia materna en los médicos de Consulta externa de Medicina Familiar.	
Posibles riesgos y molestias:	El estudio se realizara mediante la aplicación de una encuesta por lo que no representa ningún riesgo para la salud o la integridad del participante.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de participar se integrara al curso” Atención materno - infantil y lactancia materna” el cual consistirá en cuatro sesiones académicas con duración de 8 horas, también recibirá por correo electrónico las presentaciones en formato PDF de cada uno de los temas impartidos durante el curso y una versión de prueba de la Aplicación en formato Android LACTIMSS: Guía Interactiva para la Lactancia Materna y Nutrición del Lactante. Así como una constancia de participación al término del curso. Este estudio no implica gasto alguno para usted. Por participar en este estudio no recibirá pago alguno. Un posible beneficio de su participación en este estudio es que los resultados de los cuestionarios que se aplicaran proporcionara información para contribuir a la mejora en la capacitación de los médicos de primer nivel de atención implicado en la atención materno- infantil y en la capacitación sobre la lactancia materna.	
Información sobre resultados	La publicación de los resultados se realizara respetando el anonimato de los participantes y se les entregara a los participantes los resultados de manera confidencial en caso de solicitarlos.	
Alternativas de tratamiento:	No aplica	

Participación o retiro:	<p>Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario sobre Conocimiento y actitud profesional ante la lactancia materna, la cual no pone en riesgo mi integridad como persona. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.</p> <p>Si usted no desea participar no afectara su relación con el IMSS. Si en un principio usted desea participar y posteriormente cambia de opinión usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificara de ninguna manera los beneficios que usted tiene como trabajador del IMSS.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla /o será guardada de manera confidencial y separado, al igual que las respuestas de los cuestionarios, así como los resultados de las mismas para salvaguardar su información y garantizar su privacidad.</p> <p>El equipo de investigadores sabrá que usted está participando en el estudio, sin embargo nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante la participación en este estudio, a menos que usted así lo desee. Solo se proporcionara información si fuese necesario proteger sus derechos, su integridad, su bienestar o si la ley lo requiere.</p> <p>No se dará información que revele su identidad. Esta será protegida y ocultada. Para proteger su identidad se asignara un número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.</p> <p>No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, se salvaguardara la confidencialidad.</p> <p>La información recolectada será utilizado con fines educativos en la en la capacitación sobre lactancia materna.</p>
En caso de colección de material biológico	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	<p>Curso" Atención materno - infantil y lactancia materna" cuatro sesiones académicas con duración de 8 horas.</p> <p>Recibirá las presentaciones en formato PDF de cada uno de los temas impartidos durante el curso.</p> <p>Versión de prueba de la Aplicación Android</p> <p>LACTIMSS: Guía Interactiva para la Lactancia Materna y Nutrición del Lactante.</p> <p>Constancia de participación al término del curso.</p> <p>Los resultados de los cuestionarios obtenidos se emplearan para diseñar y mejorar el curso capacitacion sobre lactancia materna para los medicos en primer nivel de atencion implicados en la atencion materno infantil.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Tutor y Colaborador	DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula 98352314. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675. Col. Nueva Vallejo, CP 07750, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México. Tel. (55) 55 87 44 22, Ext. 15320 y 15368. Correo electrónico gilberto.cruz@imss.com.mx
: Investigador Responsable:	DRA. JOCELYN ESTEFANÍA GABRIELA AMADOR GONZÁLEZ, Médico Residente de Medicina Familiar de Tercer Año. Matricula 99367792. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo". Calzada Vallejo 675. Col. Nueva Vallejo, CP 07750, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México. Tel. (55) 55 87 44 22, Ext. 15320 y 15368. Correo electrónico: joyamgo@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACION

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO"

CONOCIMIENTO Y ACTITUD PROFESIONAL ANTE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20

SECCIÓN 1: DATOS ESTADISTICOS

PARTE I: Favor de llenar el cuestionario de la manera honesta. En el caso de incisos selección una respuesta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

Folio: _____

1.- Nombre: _____ 2.- Iniciales: _____

3.- Edad: _____ años. 4.- Sexo: A) Masculino _ (1) B) Femenino __ (2)

5. Turno: A) Matutino___ (1) B) Vespertino __ (2) c) Mixto__ (3)

6.-Categoría: A) Medico Familiar (1) B) Medico General (2)

8. Antigüedad: _____ años.

9. Tipo de Contratación: A) Base (1) B) 02 o 08 (2)

SECCIÓN 2. NORMATIVIDAD RESPECTO A LACTANCIA MATERNA Y ATENCION MATERNO INFANTIL

Parte II: Correlaciones las columnas de las normas y guías de práctica clínica en las que se basa atención al recién nacido y lactante. (Si la respuesta es correcta =1, Si es incorrecta = 0

NOM/ GPC		Norma Oficial Mexicana / Guía de práctica Clínica
1. NOM 007-SSA2-2016	E	A. Guía de práctica clínica. Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención en salud.
2. NOM 004-SSA3-2012	B	B. Norma Oficial Mexicana. Del expediente clínico.
3. GPC-ISSSTE-699-13	A	C. Guía de práctica clínica, atención del recién nacido, nacidos vivos según lugar de nacimiento.
4. GPC-SSA-226-09	C	D. Guía de práctica clínica. Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.
5. GPC-560-ES	H	E. Norma Oficial Mexicana, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
6. GPC-IMSS-029-08	D	F. Código internacional de sucedáneos de leche. OMS 1981
7. OMS- Sucédáneos de Leche	F	G. Guía de práctica clínica. Lactancia Materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos.
8. GPC-IMSS-637-13	G	H. Guía de práctica clínica. Lactancia Materna

PARTE III: Seleccione solo una de la opciones de cada pregunta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

9. ¿Cuál de estos es uno de los 10 PASOS de la lactancia materna eficaz?

- a) Tiene una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente. (1)
- b) Cuanto más succione él bebe, más leche producirá la madre. (0)
- c) Evitar los suplementos de fórmulas lácteas y agua. (0)
- d) Evitar el uso del chupón o mamila hasta que la lactancia este establecida (0)

10. ¿Cuál de estos en una de las 10 CLAVES de la lactancia materna eficaz?

- a) Asegurarse que él bebe succiona eficazmente y que la postura es correcta (1)
- b) No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados. (0)
- c) Fomentar la lactancia materna a libre demanda (0)
- d) Facilitar la cohabitación del binomio madre- hijo(a) durante las 24 horas del día (0)

TOTAL: _____

SECCIÓN 3. ACTITUDES PROFESIONALES

ACTITUDES PROFESIONALES ANTE LA LACTANCIA MATERNA, UNICEF

PARTE IV: Responda de acuerdo a lo que usted considere, seleccione solo UNA de la opciones de cada pregunta.

1. ¿Conoces la iniciativa de los centro de salud amigos de los niños?

- A) Si (1)
- B) No (0)
- C) Desconozco (0)

2. ¿En su unidad médica, existe un documento escrito sobre lactancia materna?

- A) Si (1)
- B) No (0)
- C) Desconozco (0)

3. ¿Este documento es accesible para los profesionales implicados en la educación sobre lactancia materna?

- A) Si, es accesible para todo el personal implicado. (3)
- B) Si, pero solo se encuentra en las jefaturas de cada departamento. (2)
- C) Se que existe, pero no se en donde se encuentra. (1)
- D) No, no existe ningún documento. (0)

4. ¿Usted conoce el nombre de este documento?

- A) Si ¿Cuál es el Nombre? _____ (1)
- B) No (0)

5. ¿En su unidad médica se emplea la capacitación con el curso CAALMA?

- A) Se toma como referencia para los temas de capacitación. (1)
- B) No se toma en cuenta. (0)
- C) Se toma en cuenta junto con otros documentos (1)
- D) Nunca (0)

6. ¿Existe en su unidad un comité encargado de Lactancia materna?

- A) Si (1)
- B) No (0)
- C) Desconozco (0)

7. ¿Ha recibido cursos de capacitación sobre lactancia materna en los últimos dos años? (Institucional o privado)

- A) Si Año última capacitación _____ (1)
- B) No (0)

8. ¿En los últimos 2 años ha organizado tu unidad alguna actividad sobre lactancia materna (sesión académica, curso de actualización, diplomado)?

- A) Si ¿Qué fue? _____ (1)
- B) No (0)

9. ¿Conoce algún grupo de apoyo a la lactancia materna que funcione de su unidad médica?

- A) Si ¿Cuál? _____ (1)
- B) No (0)
- C) Desconozco (0)

10. ¿Cuándo se realiza la primer visita del recién nacido a su unidad médica?

- A) Antes de 7 días de nacido. (1)
- B) De 8 a 15 días de nacido. (0)
- C) De 16 a 28 días de nacido. (0)
- D) Después de los 28 días de nacido (0)

11. ¿Aconsejas la lactancia materna exclusiva?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

12. ¿Aconsejas la lactancia mixta (leche materna y formula)?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

13. ¿A qué edad aconsejas introducir alimentación complementaria en lactantes con condiciones normales?

- A) De 4 a 6 meses cumplidos. (0)
- B) A los 6 meses. (1)
- C) Mayor de 6 meses. (0)
- D) Otra edad: _____ (0)

14. ¿En tu unidad médica quien hace la revisión MENSUAL del lactante sano?

- A) Pediatra (0)
- B) Enfermera especialista en familia (0)
- C) Médico familiar (1)
- D) Otro: _____ (0)

15. ¿Aconseja los cuidados tipo canguro o el contacto piel con piel en prematuros?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

16. ¿Aconsejas medidas no farmacológicas si están indicadas en recién nacidos sanos?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

17. ¿En qué situación indicarías medidas farmacológicas para control del dolor?

- A) Llanto excesivo (0)
- B) Vacunas (0)
- C) Sutura de piel (0)
- D) Infección gastrointestinal (1)

18. ¿Cual NO ES una medida no farmacológicas?

- A) Cuidados tipo canguro (0)
- B) Administración de sacarosa (1)
- C) Amamantamiento exclusivo (0)
- D) Contension (0)

19. ¿Realiza una valoración presencial de la técnica de amamantamiento?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

20. ¿Qué gráficos usa para valorar el crecimiento del lactante?

- A) Gráficos de la Fundación Obregoso (0)
- B) Gráficos CDC (0)
- C) Tablas y gráficos Ramos Galván. (0)
- D) Gráficos OMS (1)

21. ¿Recomiendas extracción y almacenamiento de la leche materna?

- A) Siempre (3)
- B) Frecuentemente (2)
- C) Ocasionalmente (1)
- D) Nunca (0)

22. ¿En tu unidad médica se puede ver publicidad de leches infantiles en pasillos, paredes, salas de espera y/o consultorios?

- A) Si (0)
- B) No (1)

23. ¿En los últimos 2 años ha recibido ayuda para formación, congresos, cursos, etc., de fabricantes de leches infantiles?

- A) Si (0)
- B) No (1)

TOTAL: _____

SECCION 4. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA (COLMAEP)

(CUESTIONARIO DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA)

Parte V: Seleccione solo una de la opciones de cada pregunta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

1. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?

- a) Si (1)
- b) No (0)

2. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?

- a) 1 mes (0)
- b) 4 meses (0)
- c) 6 meses (1)
- d) 8 meses (0)

3. ¿Qué debe recibir un recién nacido normal además de leche materna?

- a) Nada (1)
- b) Agua (0)
- c) Dextrosa al 5% (0)
- d) Fórmula maternizada. (0)

4. ¿Cuál es la interpretación científica de la comúnmente denominada “leche delgada”?

- a) Calostro (0)
- b) Leche de inicio de cada succión (1)
- c) Leche de bajo valor nutricional (0)

5. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:

- a) La ingesta de líquidos. (1)
- b) El tamaño de los pechos. (0)
- c) La frecuencia y vigor de la succión. (2)
- d) Su estado emocional. (0)
- e) Técnica de amamantamiento. (3)

6. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna.

- A) Analgesia durante el parto. (0)
- B) Puesta al pecho inmediatamente posterior al nacimiento o dentro de la primera hora de vida. (2)
- C) Pecho cada 3 h durante la noche. (0)
- D) Estímulo de la succión con chupón. (0)
- E) Alimentación del recién nacido o lactante a libre demanda. (1)

7. Indique el recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones:

- a) Cremas humectantes (0)
- b) Alcohol y glicerina (0)
- c) Correcta posición para amamantar (1)
- d) Cepillado enérgico (0)
- e) Agua y jabón (0)

Parte VI: De las siguientes frases responda de acuerdo a lo que usted considere correcto. (V= verdadero, F= Falso).

No.	Pregunta	V	F
8	La leche materna es el alimento de mejor calidad para el recién nacido, siempre que la madre no esté desnutrida.	0	1
9	Durante el segundo año de vida, la leche materna es de muy baja calidad	0	1
10	Si la madre está tomando amoxicilina-ácido clavulánico, se debe suspender la lactancia	0	1
11	Cuando llora el recién nacido o lactante posterior al amamantamiento, se le debe complementar con biberón.	0	1
12	La alimentación con seno materno debe ser inmediatamente después del parto.	1	0
13	La solución glucosada es necesaria para evitar la hipoglucemia del recién nacido.	0	1
14	Dando el pecho con más frecuencia, disminuye el riesgo de ictericia.	1	0
15	Los niños necesitan biberón los primeros días hasta que a la madre le sube la leche.	0	1
16	Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.	1	0
17	Los chupones interfieren y dificultan la lactancia materna.	1	0
18	El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre.	1	0
19	La primera toma debe ser al menos 3 horas después del parto.	1	0
20	En caso de mastitis hay que suprimir la lactancia.	0	1
21	Hay que lavar el pecho antes y después de cada toma.	0	1
22	No es recomendable dar el pecho si la madre es portadora de hepatitis B en fase activa.	1	0
23	Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia.	0	1
24	En gemelos no se debe recomendar la lactancia materna.	0	1

TOTAL: _____

SECCION 5. MÉTODO DE INTERVENCIÓN APLICADO.

PARTE VII: CONTESTE SOLO SI COMPLETO EL CURSO DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA.

1. Indique que opción del curso eligió:

- a) Curso Presencial. “Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.”
- b) Curso en línea. “Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.”

2. Indique cual de los siguientes métodos empleo para completar el curso. (Puede indicar más de una opción)

- a) Curso presencial sobre Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.
- b) Curso en línea sobre Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.
- c) Material de apoyo del curso en PDF. (Presentaciones, GPC, NOM's, Curso CAALMA en PDF)
- d) Uso de la versión de prueba de la Aplicación Android “LACTIMSS: Guía Interactiva para la Lactancia Materna y Nutrición del Lactante” como método de repaso del curso. (Si empleo la versión de prueba LACTIMSS conteste las preguntas 3 a 10)

PARTE VIII: Cuestionario de satisfacción de la Aplicación Android.

No.	Pregunta	Excelente (5)	Bueno (4)	Regular (3)	Malo (2)	Muy Malo (1)
3	Le pareció útil la información contenida en la aplicación.					
4	El uso de la aplicación le fue sencillo.					
5	La aplicación le fue accesible					
6	Le pareció cómoda la aplicación.					
7	La reproducción de los videos le pareció					
8	El contenido y visualización de las tablas le pareció:					
9	La descarga de la aplicación le pareció					
10	La aplicación le fue útil para el curso					

TOTAL: _____

11. En caso de haber presentado algún problema cual fue:

12. Tiene alguna sugerencia para la aplicación:

ANEXO 3. CUESTIONARIO APLICADO.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO"

CONOCIMIENTO Y ACTITUD PROFESIONAL ANTE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS MÉDICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20

Folio: _____

PARTE I: Favor de llenar el cuestionario de la manera honesta. En el caso de incisos selección una respuesta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

- 1.- Nombre: _____ 2.- Iniciales: _____ 3.- Edad: ____ años.
4.- Sexo: A) Masculino __ B) Femenino __ 5. Turno: A) Matutino__ B) Vespertino __ c) Mixto__
6.-Categoría: A) Medico Familiar__ B) Medico General__ 7. Antigüedad: _____ años.
8. Tipo de Contratación: A) Base (1) B) 02 o 08 (2)

PARTE II: Correlaciones las columnas de las normas y guías de práctica clínica en las que se basa atención al recién nacido y lactante. (Si la respuesta es correcta =1, Si es incorrecta = 0).

NOM/ GPC	Norma Oficial Mexicana / Guía de práctica Clínica
9. NOM 007-SSA2-2016	I. Guía de práctica clínica. Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención en salud.
10. NOM 004-SSA3-2012	J. Norma Oficial Mexicana. Del expediente clínico.
11. GPC-ISSSTE-699-13	K. Guía de práctica clínica, atención del recién nacido, nacidos vivos según lugar de nacimiento.
12. GPC-SSA-226-09	L. Guía de práctica clínica. Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.
13. GPC-560-ES	M. Norma Oficial Mexicana, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
14. GPC-IMSS-029-08	N. Código internacional de sucedáneos de leche. OMS 1981
15. OMS- Sucedáneos de Leche	O. Guía de práctica clínica. Lactancia Materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos.
16. GPC-IMSS-637-13	P. Guía de práctica clínica. Lactancia Materna

Parte III: Seleccione solo UNA de las opciones de cada pregunta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

9. ¿Cuál de estos es uno de los 10 PASOS de la lactancia materna eficaz?

- a) Tiene una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente.
- b) Cuanto más succione él bebe, más leche producirá la madre.
- c) Evitar los suplementos de fórmulas lácteas y agua.
- d) Evitar el uso del chupón o mamila hasta que la lactancia este establecida

10. ¿Cuál de estos en una de las 10 CLAVES de la lactancia materna eficaz?

- a) Asegurarse que él bebe succiona eficazmente y que la postura es correcta.
- b) No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- c) Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- d) Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.

TOTAL: _____

PARTE IV: Responda de acuerdo a lo que usted considere. Seleccione solo una de la opciones de cada pregunta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

1. ¿Conoces la iniciativa de los centro de salud amigos de los niños?

- A) Si B) No C) Desconozco

2. ¿En su unidad médica, existe un documento escrito sobre lactancia materna?

- A) Si B) No C) Desconozco

3. ¿Este documento es accesible para los profesionales implicados en la educación sobre lactancia materna?

- A) Si, es accesible para todo el personal implicado.
B) Si, pero solo se encuentra en las jefaturas de cada departamento.
C) Se que existe, pero no se en donde se encuentra.
D) No, no existe ningún documento.

4. ¿Usted conoce el nombre de este documento?

- A) Si ¿Cuál es el Nombre? _____
B) No

5. ¿En su unidad médica se emplea la capacitación con el curso CAALMA?

- A) Se toma como referencia para los temas de capacitación.
B) No se toma en cuenta.
C) Se toma en cuenta junto con otros documentos

6. ¿Existe en su unidad un comité encargado de Lactancia materna?

- A) Si B) No C) Desconozco

7. ¿Ha recibido cursos de capacitación sobre lactancia materna en los últimos dos años? (Institucional o privado)

- A) Si Fecha de última capacitación _____
B) No

8. ¿En los últimos 2 años ha organizado tu unidad alguna actividad sobre lactancia materna (sesión académica, curso de actualización, diplomado)?

- A) Si ¿Qué fue?: _____
B) No

9. ¿Conoce algún grupo de apoyo a la lactancia materna que funcione de su unidad médica?

- A) Si ¿Cuál? _____
B) No
C) Desconozco

10. ¿Cuándo se realiza la primer visita del recién nacido a su unidad médica?

- A) A los 3 a 7 días de nacido.
B) De 8 a 15 días de nacido.
C) De 16 a 28 días de nacido.
D) Después de los 28 días de nacido

11. ¿Aconsejas la lactancia materna exclusiva?

- A) Siempre
B) Frecuentemente
C) Ocasionalmente

D) Nunca

12. ¿Aconsejas la lactancia mixta (leche materna y formula)?

- A) Siempre
B) Frecuentemente
C) Ocasionalmente
D) Nunca

13. ¿A qué edad aconsejas introducir alimentación complementaria en lactantes con condiciones normales?

- A) De 4 a 6 meses cumplidos.
B) A los 6 meses.
C) Mayor de 6 meses.
D) Otra edad: _____

14. ¿En tu unidad médica quien hace la revisión MENSUAL del lactante sano?

- A) Pediatra
B) Enfermera especialista en familia.
C) Médico familiar.
D) Otro: _____

15. ¿Aconseja los cuidados tipo canguro o el contacto piel con piel en prematuros?

- A) Siempre
B) Frecuentemente
C) Ocasionalmente
D) Nunca

16. ¿Aconsejas medidas no farmacológicas si están indicadas en recién nacidos sanos?

- A) Siempre
B) Frecuentemente
C) Ocasionalmente
D) Nunca

17. ¿En qué situación indicarías medidas farmacológicas para control del dolor?

- A) Llanto excesivo
B) Vacunas
C) Sutura de piel
D) Infección gastrointestinal

18. ¿Cual NO ES una medida no farmacologicas?

- A) Cuidados tipo canguro
B) Administracion de sacarosa
C) Amamantamiento exclusivo
D) Contension

19. ¿Realiza una valoracion presencial de la tecnica de amamantamiento?

- A) Siempre
B) Frecuentemente
C) Ocasionalmente
D) Nunca

20. ¿Qué gráficos usa para valorar el crecimiento del lactante?

- A) Gráficos de la Fundación Obregoso
B) Gráficos CDC

- C) Tablas y gráficos Ramos Galván.
- D) Gráficos OMS

21. ¿Recomiendas extracción y almacenamiento de la leche materna?

- A) Siempre
- B) Frecuentemente
- C) Ocasionalmente
- D) Nunca

22. ¿En tu unidad médica se puede ver publicidad de leches infantiles en pasillos, paredes, salas de espera y/o consultorios?

- A) Si
- B) No

23. ¿En los últimos 2 años ha recibido ayuda para formación, congresos, cursos, etc., de fabricantes de leches infantiles?

- A) Si
- B) No

TOTAL: _____

Parte V: Seleccione solo una de la opciones de cada pregunta, puede tachar, subrayar o circular la que considere correcta.

1. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños? a) Si b) No

2. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?

- a) 1 mes
- b) 4 meses
- c) 6 meses
- d) 8 meses

3. ¿Qué debe recibir un recién nacido normal además de leche materna?

- a) Nada
- b) Agua
- c) Dextrosa al 5%
- d) Fórmula maternizada.

4. ¿Cuál es la interpretación científica de la comúnmente denominada “leche delgada”?

- a) Calostro
- b) Leche de inicio de cada succión
- c) Leche de bajo valor nutricional

5. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:

- a) La ingesta de líquidos.
- b) El tamaño de los pechos.
- c) La frecuencia y vigor de la succión.
- d) Su estado emocional.
- e) Técnica de amamantamiento.

6. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna.

- A) Analgesia durante el parto.
- B) Puesta al pecho inmediatamente posterior al nacimiento o dentro de la primera hora de vida.
- C) Pecho cada 3 h durante la noche.
- D) Estímulo de la succión con chupón.
- E) Alimentación del recién nacido o lactante a libre demanda.

7. Indique el recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones:

- a) Cremas humectantes
- b) Alcohol y glicerina
- c) Correcta posición para amamantar
- d) Cepillado enérgico
- e) Agua y jabón

Parte II: De las siguientes frases responda de acuerdo a lo que usted considere correcto. (V= verdadero, F= Falso).

No.	Pregunta	V	F
8	La leche materna es el alimento de mejor calidad para el recién nacido, siempre que la madre no esté desnutrida.		
9	Durante el segundo año de vida, la leche materna es de muy baja calidad		
10	Si la madre está tomando amoxicilina-ácido clavulánico, se debe suspender la lactancia		
11	Cuando llora el recién nacido o lactante posterior al amamantamiento, se le debe complementar con biberón.		
12	La alimentación con seno materno debe ser inmediatamente después del parto.		
13	La solución glucosada es necesaria para evitar la hipoglucemia del recién nacido.		
14	Dando el pecho con más frecuencia, disminuye el riesgo de ictericia.		
15	Los niños necesitan biberón los primeros días hasta que a la madre le sube la leche.		
16	Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.		

17	Los chupones interfieren y dificultan la lactancia materna.		
18	El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre.		
19	La primera toma debe ser al menos 3 horas después del parto.		
20	En caso de mastitis hay que suprimir la lactancia.		
21	Hay que lavar el pecho antes y después de cada toma.		
22	No es recomendable dar el pecho si la madre es portadora de hepatitis B en fase activa.		
23	Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia.		
24	En gemelos no se debe recomendar la lactancia materna.		

TOTAL: _____

PARTE VII: Conteste SOLO SI COMPLETO EL CURSO de atención materno infantil y lactancia materna.

1. Indique que opción del curso eligió:

- a) Curso Presencial. “Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.”
- b) Curso en línea. “Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.”

2. Indique cual de los siguientes métodos empleo para completar el curso. (Puede indicar más de una opción)

- a) Curso presencial sobre Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.
- b) Curso en línea sobre Atención Materno Infantil y Lactancia Materna.
- c) Material de apoyo del curso en PDF. (Presentaciones, GPC, NOM's, Curso CAALMA en PDF)
- d) Uso de la versión de prueba de la Aplicación Android “LACTIMSS: Guía Interactiva para la Lactancia Materna y Nutrición del Lactante” como método de repaso del curso. (Si empleo la versión de prueba LACTIMSS conteste las preguntas 3 a 10)

PARTE VIII: Responda de manera honesta de acuerdo a su experiencia con respecto al uso de la aplicación Android “LACTIMSS”

No.	Pregunta	Excelente (5)	Bueno (4)	Regular (3)	Malo (2)	Muy Malo (1)
3	Le pareció útil la información contenida en la aplicación.					
4	El uso de la aplicación le fue sencillo.					
5	La aplicación le fue accesible					
6	Le pareció cómoda la aplicación.					
7	La reproducción de los videos le pareció					
8	El contenido y visualización de las tablas le pareció:					
9	La descarga de la aplicación le pareció					
10	La aplicación le fue útil para el curso					
	TOTAL:					

11. En caso de haber presentado algún problema cual fue:

12. Opiniones y sugerencias respecto a la aplicación:

ANEXO 4. CARTEL DE DESCARGA DE LA APLICACIÓN

GUIA INTERACTIVA DE NUTRICION DEL LACTANTE "LACTIMSS" DESCARGA LA APLICACION GRATIS AQUI

QUE ES LACTIMSS?

Es una guía interactiva que brinda información complementaria sobre los temas de lactancia y nutrición así como los derechos de la madre durante el periodo de lactancia. Esta se desarrollo pensando en tu comodidad y portabilidad en el sistema operativo Android .

Gracias a esta guía esperamos despejar tus dudas , evitar practicas inadecuadas y eliminar mitos o costumbres que puedan resultar perjudiciales para tu bebe. Otro beneficio que nos traerá será la reducción en impresiones de panfletos, folletos y trípticos haciéndola amigable para el medio ambiente , además se reducirá el costo s innecesarios y se aumentara en gran medida la difusión que buscamos como instituto en este tema.

COMO LA OBTENGO?

- 1.- Entra a la aplicación de playstore y descarga un lector de códigos QR
- 2.- Una vez instalado tu lector de códigos escanea el siguiente código QR para descargar la aplicación :



- 3.-Si no descargaste el lector de códigos o tienes un problema descárgala con tu navegador web mediante el siguiente link :



<http://mobincube.mobi/DSQEMY>

- 4.-Para permitir a nuestro Smartphone la instalación de aplicaciones procedentes de orígenes desconocidos nos dirigiremos a:

Ajustes -> Seguridad -> Seleccionar Orígenes Desconocidos.

Una vez hecho esto te aparecerá un mensaje, dale click en aceptar.

- 5.-Finalmente ve a la carpeta descargas o revisa las notificaciones de tu celular y da click en último archivo descargado o marcado y comienza a instalar .



unicef 
únete por la niñez

Cartel a escala. Tamaño Real 60x90 cm.

Aplicación elaborada por Dra. Jocelyn Estefanía Gabriela Amador González. Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.

Anexo 5: Grado de conocimiento sobre nutrición del lactante o neonato para madres

Fecha: / /

Responsable del bebé: Mamá Abuela Tía Otro/s

Peso del bebé:kg

¿Con quién vive el bebé? Mamá Papá Abuela/o Hermanos Otros

Fecha de nacimiento del bebé: / /

Sexo: F M

¿Quién/es?

Talla:..... cm.

Edad de la madre:.....años.

¿Cuántos hijos tienes?.....

Orden filial del bebé:.....

¿Cuántos?.....

¿Quiénes?

LACTANCIA MATERNA

¿Le das la teta? SÍ NO

¿Antes le diste la teta? SÍ NO

¿Hasta qué edad?.....meses/años.

¿Pensaste en destetar a tu bebé? SÍ NO

¿Por qué?.....

¿Tu bebé tomó alguna leche diferente a la materna? SÍ NO

¿Cuál? de vaca "leche en polvo"

¿Cuánto tiempo tenía tu bebé cuando tomó otra leche?.....días/meses/años.

¿Con mamadera? SÍ NO

¿Íngiere otros líquidos diferentes a la leche materna? SÍ NO

¿Cuáles?

Recipientes en que ofrecen los líquidos:

mamadera vaso piquito

vaso/taza cuchara

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Cuál fue el primer alimento/comida que le diste a tu bebé?

¿Cómo lo preparaste?

¿Cuántos días/meses/años tenía tu bebé?..... días/ meses/ años.

¿Por qué decidiste darle de comer?.....

¿Quién te dio información acerca de la alimentación del bebé?

Abuela Dr. de la sala Otros ¿Cuáles?.....

ANEXO 6 :ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN DEL LACTANTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

CUESTIONARIO DESGLOSADO CON PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Sección B. Cuestionario

Responda de acuerdo a lo que usted considere, SUBRAYE la respuesta correcta.

1. La leche materna es el alimento de mejor calidad para el recién nacido, siempre que la madre no esté desnutrida.

a) Correcto

b) Incorrecto

R: Incluso cuando la madre está desnutrida la leche materna es el mejor alimento para el bebé

2. Durante el segundo año de vida, la leche materna es de muy baja calidad.

a) Correcto

b) Incorrecto

R: Aun en el segundo año de vida la leche materna es de buena calidad, sin embargo se debe complementar con otros alimentos.

3. Si la madre está tomando amoxicilina-ácido clavulánico, se debe suspender la lactancia y pasar al uso de formulas

a) Correcto

b) Incorrecto

R: Solo existen algunos medicamentos restringidos durante el embarazo y la lactancia al seno materno como uso de antihipertensivos, anticonvulsivantes, psicotrópicos, anticoagulantes, entre otros.

4. Cuando el neonato recién amamantado llora, se le debe complementar con biberón, alimentos complementarios u otra cosa

a) Correcto

b) Incorrecto

R: se debe aumentar el número y duración de las tomas al seno materno, así como vigilar la adecuada posición y técnica para el amamantamiento.

5. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?

a) Sí

b) No

R: Existen Hospitales Amigos de los niños y niñas, así como hospitales amigos del niño y de la madre dentro de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, como ejemplo de ello el Hospital de Gineco-Pediatría 3 A es un hospital amigo del niño donde se otorga capacitación sobre cuidados durante el embarazo y la lactancia y se fomenta la aportación de lactancia al seno materno.

6. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?

a) 1 mes

b) 2 meses

c) 3 meses

d) 4 meses

e) 5 meses

f) 6 meses

R: se recomienda mínimo hasta los 6 meses, y posteriormente agregar otros alimentos suplementarios, que formen parte de su dieta.

7. ¿Qué debe recibir un recién nacido normal además de leche materna?

a) Nada

b) Agua

c) Dextrosa al 5%

d) Fórmula

R: Un recién nacido normal requiere solo la aportación del seno materno.

8. ¿Cuál es la interpretación científica de la comúnmente denominada “leche delgada”?

a) Calostro

b) Leche de inicio

c) Leche de bajo valor nutricional

d) Ninguna de las anteriores

R: Es la leche al inicio de cada mamada.

9. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:

a) La ingesta de líquidos

b) El tamaño de los pechos

c) La frecuencia y vigor de la succión del recién nacido / lactante

d) Su estado emocional

e) Todas son correctas

f) a, c y d son correctas

g) Ninguna es correcta

R: depende de la frecuencia y vigor de cada una de las tomas, ya que esto estimula a la glándula mamaria para secreta mayor cantidad de leche.

La ingestión de líquidos y el estado emocional sólo influyen en condiciones extremas

10. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna en la maternidad:

a) Analgesia durante el parto

b) Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé)

c) Puesta al pecho en la primera hora de vida

d) Pecho cada 3 h durante la noche

e) Estímulo de la succión con chupete

R: la práctica institucional que más favorece la lactancia materna es la puesta al pecho en la primera hora de vida (96 %). El 2 % piensa que la puesta al pecho cada 3 h y el 2 % no contestan.

11. Indique el recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones:

a) Cremas humectantes

b) Alcohol y glicerina

c) Correcta posición para amamantar

d) Cepillado enérgico

e) Agua y jabón

R: El recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones fue la correcta posición para amamantar

Señale si las siguientes frases son verdaderas (V) o falsas (F):

12. La primera alimentación o lactancia materna debe ser inmediatamente después del parto.

~~(V)~~ (F)

R: la primera toma debe ser inmediatamente después del parto, ya que se otorga un valor nutricional y se forman lazos de afecto con el menor.

13. El suero glucosado es necesario para evitar la hipoglucemia del recién nacido. (V) (F)

R: El suero glucosado no es necesario para evitar las hipoglucemias del recién nacido, es por ello que se otorga la primer toma de leche al seno materno posparto.

14. Dando el pecho con más frecuencia, disminuye el riesgo de ictericia.

~~(V)~~ (F)

R: Verdadero, disminuye la ictericia al aumentar la toma excepto en pacientes con incompatibilidad a grupo sanguíneo y RH.

15. Los niños necesitan biberón los primeros días hasta que a la madre le sube la leche. (V) (~~F~~)
R: Falso, No es necesario, solo se debe incrementar la frecuencia de la toma para estimular la secreción de leche materna.
16. Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida. (~~V~~) (F)
R: Verdadero, ya que se debe de dar el pecho a libre demanda, es decir cuando lo requiera, sobre todo en los 2 primeros meses, se puede aumentar la frecuencia y duración de las de tomas al seno materno.
17. Los chupetes interfieren y dificultan la lactancia materna. (~~V~~) (F)
R: verdadero, los chupones interfieren y dificultan la lactancia materna ya que el niño ingiere aire además de saliva lo que también puede ocasionar reflujo y una mala técnica de amamantamiento, ya que se acostumbran a la sensación del chupón y no al de la madre.
18. El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre. (V) (F)
R: verdadero, el recién nacido debe permanecer día y noche con la madre, sobre todo para satisfacer sus necesidades de alimentación, cuidado y cariño, al fortalecer los lazos entre madre e hijo.
19. La primera toma debe ser al menos 3 h después del parto. (V) (~~F~~)
R: falso, la primer toma debe ser inmediatamente posparto para otorgar el calostro, estimular la secreción láctea y evitar que el recién nacido presente hipoglucemia inmediata.
20. En caso de mastitis hay que suprimir la lactancia. (V) (F)
R: Falso, en caso de mastitis no hay que suprimir la lactancia, solo realizar masaje previo a la toma, aseo con agua y jabón, y en caso de grietas humedecer previamente el pezón con la misma leche y principalmente mantener una adecuada técnica y posición para amamantar.
21. Hay que lavar el pecho antes y después de cada toma. (V) (F)
R: Falso, No es necesario que lavar el pecho antes y después de cada toma, solo con el aseo general, a menos de que la paciente se encuentre sucia.
22. No es recomendable dar el pecho si la madre es portadora de hepatitis B. (V) (F)
R: Verdadero, la madres portadoras de hepatitis B no deben amamantar, ya que el virus puede transmitirse por secreciones, y menos si están en tratamiento, ya que afectan al lactante.
23. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia. (V) (F)
R: Falso, hay que suspender la lactancia en caso de diarrea
24. En gemelos no se debe recomendar la lactancia materna. (V) (F)
R: falso, en los gemelos se debe recomendar la lactancia materna, solo se deben alternar las tomas y el pecho con el que se inicio con una duración de 5 a 10 minutos en cada pecho.

Anexo 7 esquemas de preguntas por tema

Área	Tema Desglosado.	Preguntas
Fisiología	Fisiología de la lactancia Prematuridad Lactancia prolongada	2,8,9
Salud Pública	Recomendaciones oficiales Riesgos lactancia artificial	5,6,10,11,,19
Manejo de Problemas iniciales	Hipoglucemia Grietas y dolor al amamantar Mastitis Deshidratación Ictericia	12,13,18
Manejo de Problemas tardíos	Inadecuada producción de leche Escasa ganancia ponderal Llanto Crisis de lactancia Vuelta al trabajo. Alimentación complementaria	14, 15, 17, 20, 23
Evaluación de la toma	Toma a libre demanda Toma con horarios	4, 16
Condicionantes maternas	Enfermedades maternas Uso de tóxicos, Consumo de drogas, Uso de fármacos,	13, 22, 24
Actitudes	Promoción y consejería de la lactancia materna, Empatía	18, 21,28
Conocimiento de normatividad sobre lactancia materna	Conocer normas oficiales y guías de práctica clínica	5, 6, 10, 11, 19, 27,29

ANEXO 8: CUESTIONARIO PARA LAS MADRES

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____

EDAD ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE DEL BEBE : _____ EDAD (DIAS / MESES): _____

TALLA Y PESO AL NACER: _____ TALLA Y PESO ACTUAL _____

1.- ¿Cuánto tiempo debe de durar la alimentación con leche materna de los bebés?

- a. Menos de 4 meses ()
- b. 6 meses ()
- c. 12 meses ()

2.- ¿Desde cuándo una mujer empieza a producir leche materna?

- a) Desde antes del parto ()
- b) Inmediatamente después del parto ()
- c) 1 semana después del parto ()

3.- ¿Cómo debe ser mi alimentación si le doy el pecho a mi hijo?

- a. Debo beber mucha leche de vaca porque así produciré más leche para alimentar a mi bebé ()
- b. Debo evitar beber mucha agua para no diluir la leche materna que recibirá el bebé ()
- c. Lo mejor es seguir una dieta variada y equilibrada ()

4.- ¿Cuándo debe comenzar la alimentación con leche materna del bebé?

- a. Inmediatamente al nacimiento del bebé ()
- b. A los 2 días de nacimiento del bebé ()
- c. Después de 3 días del nacimiento del bebé ()

5.- ¿Cuál es la mejor leche para mi bebé?

- a. Lo mejor es una lactancia mixta: Dar el pecho y suplementarlo con biberones de leche artificial ()
- b. La leche materna exclusiva ()
- c. Es indiferente, todas las leches alimentan por igual ()

6.- ¿Cuál es la principal razón por la que el niño debe tomar leche materna?

- a. Lo nutre mejor que otros alimentos y además lo inmuniza contra las enfermedades ()
- b. Por ser la leche que más le gusta a los bebés ()
- c. Por ser la leche que no da diarreas ()

7.- ¿Por qué es conveniente que el niño reciba seno materno?

- a) Porque mi médico lo recomienda ()
- b) Porque es más económico que las leches artificiales ()
- c) Una mejor nutrición ()

8.- ¿Qué ocurre cuando un niño succiona el pezón?

- a. Una disminución en la producción de leche ()
- b. Un aumento en la producción de leche ()
- c. La mayoría de las veces grietas con infecciones en el pezón ()

9.- La alimentación con leche materna:

- a. Previene la desnutrición y la obesidad infantil ()
- b. Aumenta el riesgo para que la madre desarrolle cáncer de mama ()
- c. Puede aumentar el riesgo que el bebé desarrolle asma o rinitis alérgica ()

10.- La alimentación con leche materna:

- a. Puede ser sustituida por leches artificiales ya que estas son fabricadas con una mejor calidad para los bebés ()
- b. Proporciona al bebé defensas contra infecciones, así como los nutrientes necesarios para el buen desarrollo de su sistema nervioso ()
- c. Es perjudicial cuando los bebés nacen prematuros ()

PARTE 2 (opinión de la madre)

- 1. Considera que se le da información suficiente sobre el tema de lactancia al acudir a sus citas?
 - a. Buena ()
 - b. regular ()
 - c. mala ()

- 2. Se le han proporcionado trípticos o platicas informativas sobre el tema de lactancia

Si() no ()

- 3. De habersele proporcionado como considera la información contenida en ellos
Clara () Escasa () Confusa ()

- 4. A tu parecer cual es el mejor método para alimentar a tu hijo

Materna() lactancia mixta() lactancia con formula()

- 5. De usar formula cual es la marca que usas

- 6. Cuantas veces le das biberón a tu hijo?

- 7. De darle pecho cuantas veces le das al día?

- 8. De usar lactancia mixta como la intercalas

- 9. Tienes algún otro método para alimentar a tu hijo

- 10. Te gustaría tener alguno de los siguientes métodos para aprender sobre lactancia:

Trípticos () cursos() periódicos murales () aplicaciones Android()

ANEXO 9: EVALUACION DEL CONOCIMIENTO

Para evaluar el conocimiento, se utilizaran dos escalas ordinales, con valor de 61% a 100% para las respuestas acertadas y 60% o menos para las no acertadas.

La variable Conocimientos se clasificó en:

Adecuado (61-100%)

Inadecuado (0-60%);

Compararemos los resultados obtenidos primero entre las pacientes y posteriormente con los médicos, una vez obtenidos los resultados analizaremos cada una de las preguntas y con base a las carencias que se determinaremos cual es método que facilite el aprendizaje de estas.

Al finalizar el estudio se analizaran los resultados obtenidos y con base a estos se diseñara de ser necesario un método que facilite el entendimiento en temas de lactancia tanto para paciente como para personal de la salud.

MANEJO DE LA INFORMACION

La información se obtendrá mediante la recolección de datos por medio de encuesta validada en el programa de Microsoft Office Excel 2010 y posteriormente se manejan los datos en el programa de **IMB SPSS** Statistics 22 para el procesamiento de datos.

En los casos en que existan pacientes repetidos, el programa de Microsoft **EXCEL** en la que se encuentra la hoja registro indicara si el nombre o el número de afiliación esta repetido por lo que se cotejaron los datos para que no exista sesgo.

ANÁLISIS DE DATOS:

Se vaciaran los datos de la hoja de cálculo **EXCEL** en el paquete Microsoft Office Excel 2010, para la base de datos, primero se realizara limpieza de la misma en busca de datos aberrantes, repetidos o perdidos.

El análisis será mediante: el programa de **IMB SPSS** Statistics 22 para el procesamiento de datos.

- Estadística descriptiva.

Variabes cualitativas: utilizaremos distribución de frecuencias y porcentajes.

Variabes cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda y desviación estándar).

- Estadística analítica

Para medir la fuerza de asociación de los factores de riesgo se utilizará, se calculara mediante:

Índice de Confiabilidad al 95%

Significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Los resultados se presentaran en tablas y gráficas.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:

Este estudio es factible, puesto que contamos con todos los recursos humanos, materiales y autorización previa para su realización. Se respetaron todos los principios éticos para la investigación.

Contamos con personal médico que otorga servicio a la población general y además servicios especializados en manejo de pacientes embarazadas, capacitación sobre lactancia materna y manejo de recién nacidos y niños sanos.

Nuestro estudio es válido desde el punto de vista ético pues se solicitara consentimiento informado por escrito de los trabajadores en salud para responder los cuestionarios y los instrumentos de validez.

El presente estudio es con fines de investigación clínica, se proporcionara hoja de consentimiento informado, conforme a la Declaración de Helsinki.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.

La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

La investigación puede realizarse sólo cuando se cuente con el consentimiento libre e informado, sin intromisión en la vida privada ni coerción y sus resultados deben ponerse a disposición de la comunidad para una acción apropiada y oportuna, Declaración de Dakar, solicitando a la comunidad científica, Intensificar sus esfuerzos de investigación, especialmente para desarrollar vacunas rápidamente y contribuir al desarrollo de medicamentos inmediatamente accesibles

REFERENCIAS

17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna, UNICEF; 2015
Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
18. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna, OMS; 2014. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
19. Aguayo Maldonado, Et Al. Lactancia Materna: guía para profesionales, MONOGRAFÍAS DE LA A.E.P.Nº 5, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Editorial Ergon, Madrid, España, 2004
20. Patricia Molinero Diaz, María José Burgos Rodríguez, Mercedes Mejía Ramírez de Arellano;. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Vol. 25. Núm. 04. Julio 2015 - Agosto 2015
21. Molinero Diaz P1, Burgos Rodríguez MJ2, MejíaRamírez de Arellano M2Evaluate the efficacy of a nursing intervention based on active observation and resolution of the problems of breastfeeding in the period 24-48h post-partum as regards stopping breastfeeding in mothers who gave birth in Hospital General Universitario, Ciudad Real. . *EnfermClin*. 2015 Jul 28.pii: S1130-8621(15)00074-1
22. Toro Monjaraz EM1, Ramírez Mayans JA2, Cervantes Bustamante R2, Gómez Morales E2, Molina Rosales A2, Montijo Barrios E2, Zárata Mondragón F2, Cadena León J2, Cazares Méndez M2, López-Ugalde M2. Perinatal factors associated with the development of cow's milk protein allergy *Rev Gastroenterol Mex*. 2015 Jan-Mar;80(1):27-31
23. Jarpa MC1, Cerda LJ2, Terrazas MC3, Cano CC4. Breastfeeding as a protective factor against overweight and obesity among pre-school children *Rev ChilPediatr*. 2015 Jan-Feb;86(1):32-7
24. Gómez Fernández-Vegue M1, Menéndez Oregana M2. Development And Validation Of A Breastfeeding Knowledge And Skills Questionnaire. Pediatricians play a key role in the onset and duration of breastfeeding. Although it is known that they lack formal education on this subject, there are currently no validated tools available to assess pediatrician knowledge regarding breastfeeding. *AnalesdePediatría*, Barcelona. 2015 Mar 25. Vol 15 pp 44-52.
25. Rossiter MD1, Colapinto CK, Khan MK, Mclsaac JL, Williams PL, Kirk SF, Veugelers; Breast, Formula and Combination Feeding in Relation to Childhood Obesity in Nova Scotia, Canada. *Matern Child Health J*. 2015 Sep;19(9):2048-56. doi: 10.1007/s10995-015-1717-y.
26. Díaz-Gómez NM1, Ares S, Hernández-Aguilar MT, Ortega-García JA, Paricio-Talayero JM, Landa-Rivera L; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Chemicalpollution and breastmilk: Taking positions, *AnPediatr (Barc)*. 2013 Dec;79(6):391.e1-5
27. M. Sánchez-Ercea, P. Travercabrerab, J. Galbesánchez-Ventura Survey of the attitudes of professional towards breastfeeding, *RevistaPediátrica de AtenciónPrimaria*. 2012;14:109-115