



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

DIRECCION DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

“CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE

PEDIATRIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

TRABAJO DE INVESTIGACION EXPERIMENTAL

PRESENTADO POR:

DRA YADIRA BALTAZAR DIAZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS EDUARDO LEON GARCIA

- CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, 2021 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

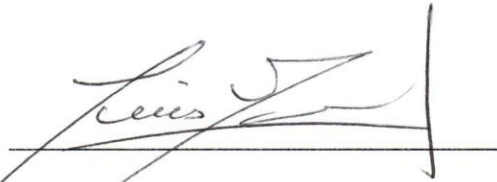
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA ENTRE MÉDICOS
RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO”**

AUTORA: DRA YADIRA BALTAZAR DIAZ

VoBo

DR LUIS RAMIRO GARCIA LOPEZ



**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO**

VoBo

DRA LILIA ELENA MONROY RAMIREZ DE ARELLANO



**SECRETARIA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MEXICO**

**DIRECTORA DE FORMACION, ACTUALIZACION MEDICA E
INVESTIGACION.**

**DIRECCION DE FORMACION,
ACTUALIZACION MEDICA E
INVESTIGACION**

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

**“CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA ENTRE MÉDICOS
RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO”**

AUTORA: DRA YADIRA BALTAZAR DIAZ

VoBo

DR CARLOS EDUARDO LEON GARCIA

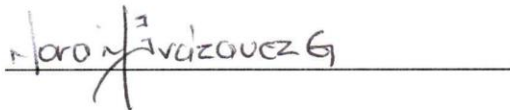


DERECTOR DE TESIS

MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA

VoBo

DRA NORA PATRICIA VAZQUEZ GASTELUM



ASESORA DE TESIS

MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL PEDIATRICO VILLA

DEDICATORIA

A mis padres, por siempre creer en mí y apoyarme incondicionalmente en cada uno de mis pasos a pesar de las adversidades, espero lo reciban como un pequeño fruto de todo lo que han sembrado en mi, y que sea el principio de muchos logros más. A mis hermanos como un mensaje de que todo es posible en esta vida siempre y cuando aprendan de sus errores y nunca dejen de soñar. A mis amigos, porque hicieron amenos todos los momentos tristes y difíciles que pasamos a lo largo de esta carrera.

¡Muchas gracias, los llevo en el corazón!

Yadira Baltazar Diaz.

INDICE

RESUMEN.....	..
INTRODUCCION.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACION.....	20
HIPOTESIS.....	23
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y METODOS.....	24
RESULTADOS.....	32
ANALISIS.....	49
CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	53

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Cuantificar los conocimientos sobre lactancia materna durante la formación de los médicos residentes y ejercicio medico de los pediatras.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, mediante el cual se aplicó un cuestionario validado por el comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría y el Servicio Madrileño de Madrid, en su versión corta, la cual consta de 21 reactivos puntuables y 9 no puntuables, cuyo objetivo es evaluar los conocimientos y habilidades de los residentes de pediatría de los hospitales pediátricos de la secretaria de salud de la ciudad de México, así como información relacionada sobre el aprendizaje obtenido en este tema durante la residencia medica de pediatría, y aspectos socioculturales que influyen de manera indirecta en el aprendizaje.

RESULTADOS: se observó que en todas las áreas de conocimientos básicos y habilidades en lactancia materna existen deficiencias. El 75.9% de los residentes obtuvo una nota de muy insuficiente que corresponde a menos del 55% de respuestas correctas, el 8.8% obtuvo una nota insuficiente que corresponde a 55-70% de respuestas correctas, el 15.5% restante obtuvo una nota buena que corresponde a 70-85% de respuestas correctas. Ningún participante obtuvo una nota excelente.

CONCLUSIONES: Mediante este estudio se demostró que los residentes de pediatría de la secretaria de salud de la ciudad de México, no poseen los conocimientos suficientes en el tema de lactancia materna, probablemente asociado a que durante nuestra formación médica desde la Universidad y durante los años de residencia medica no hay materias, cursos prácticos o temas específicos que aborden dicho tema.

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

INTRODUCCION

La lactancia materna es un fenómeno biológico natural que ha estado presente desde los orígenes de la humanidad. La leche materna humana es el alimento ideal para los niños, pues tiene propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de sus sucedáneos. Este es un fluido vivo, cambiante, desarrollado a través de millones de años de evolución que se adapta en función de las necesidades de cada etapa de la vida de los lactantes, por lo que protege su salud y estimula su óptimo desarrollo físico y mental. ¹

Una buena alimentación desde el inicio de la vida determina de manera inexorable el futuro de la salud y el desarrollo de los individuos y, por lo tanto, el de las naciones a las que éstos pertenecen. Los riesgos a la salud asociados con una alimentación infantil deficiente derivan en un elevado costo en morbilidad, mortalidad y recursos económicos para las familias, los gobiernos y la sociedad en general. La recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud es que el bebé sea alimentado de forma exclusiva con leche materna desde la primera hora de su nacimiento hasta los 6 meses de vida, momento en el cual se inicia la alimentación complementaria con otros líquidos y alimentos densos en micronutrientes adecuados para la edad y culturalmente aceptables, continuando con la lactancia hasta los 24 meses de edad, o más tiempo si ambos, la madre y el niño, así lo desean. ¹

Infortunadamente, a lo largo del tiempo la lactancia materna se ha visto afectada de modo negativo por diferentes influencias sociales, económicas y culturales. Su frecuencia y duración disminuyeron de forma rápida a lo largo del siglo XX tras los fenómenos de

industrialización, urbanización e integración de la mujer al ámbito laboral. Más adelante otros problemas, como la exposición del público a publicidad no ética por parte de la industria de fórmulas infantiles, el acceso a los sucedáneos de leche materna en los servicios de salud del país y los asesoramientos inadecuados por parte de proveedores de salud, así como familiares y amigos con buenas intenciones, pero información errónea u obsoleta, entre otros, han sido determinantes de su abandono y de la modificación de la norma social y las costumbres en diversas poblaciones. Hoy en día, por ejemplo, las madres que amamantan en público muchas veces se ven expuestas a críticas, increpaciones y diversas formas de discriminación.¹

En el 2017 se presentó el Índice País Amigo de la Lactancia Materna, cuya metodología, denominada Becoming Breastfeeding Friendly (BBF), fue desarrollada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale y permite medir de forma simultánea ocho condiciones o engranes (abogacía; voluntad política; legislación y políticas públicas; financiamiento y recursos; capacitación y entrega de programas; promoción; investigación y evaluación; coordinación, metas y monitoreo) que ofrecen una puntuación final (que va de 1 a 3) sobre las brechas de los países en materia de lactancia materna. En total, esta metodología identifica 54 indicadores y se distribuyen entre las condiciones que componen el Índice.

Ghana y México fueron los países piloto para su implementación. Para nuestro país, el Índice es de 1.4, lo cual significa que hay un ambiente moderadamente propicio para la protección y promoción de la lactancia materna, siendo las condiciones de financiamiento y recursos (0.5) e investigación y evaluación (0.9) las de menor puntuación.²

COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen alrededor de 200 componentes reconocidos. Durante los siete primeros días del posparto a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo porque su contenido de carotenos es casi 10 veces mayor que el que contiene la leche madura (7.57 vs. 0.3 mg/L).

Después de la primera semana, la leche cambia su composición y dos a tres semanas después tiene las características de la «leche madura». La leche de madres con recién nacidos prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, adaptándose a las condiciones fisiológicas del recién nacido.

Proteínas.

Se clasifican en caseína y proteínas del suero. Las caseínas de la leche humana son β y κ -caseína y no contiene α y γ -caseína, que son exclusivamente bovinas. De las proteínas del suero, la α -lactoalbúmina destaca por su calidad nutricia, es más fácil de digerir y favorece un vaciamiento gástrico más rápido, en tanto que la β -lactoalbúmina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada a los bovinos. La leche humana contiene compuestos nitrogenados que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25% del nitrógeno total. Éstos son: aminoácidos libres, péptidos, N-acetil azúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos, cuyo papel en la respuesta inmunológica, digestión de grasas, desarrollo visual y del sistema nervioso central en el lactante ha adquirido relevancia en los últimos años.

Lípidos.

La cantidad de lípidos en la leche humana es de alrededor de 35-45 g/L, y constituyen su mayor fuente energética; tiene una arquitectura lipídica compleja que forma un sistema coloidal biológico especial. La fase lipídica puede dividirse adicionalmente en agua y fracciones lipídicas con técnicas de separación adicionales. La fracción lipídica contiene glóbulos de grasa de la leche, secretados por las células epiteliales mamarias; y su tamaño varía de 0.2 a más de 15 μm . Los glóbulos de grasa de la leche secretados en la leche materna están formados por cuatro capas (desde adentro, en orden): una sola capa de lípidos y proteínas polares, una capa de citoplasma arrastrado (10-20 nm de ancho) y una capa doble de lípidos polares, proteínas, glicoproteínas y colesterol. La membrana monocapa interna se origina en el retículo endoplásmico, mientras que la bicapa externa se origina en el membrana plasmática apical.

Los factores bioactivos se encuentran en la capa de citoplasma; De esta manera están protegidos durante la transición a través del tracto gastrointestinal. Por lo tanto, el contenido de los globulos de grasa de la leche puede influir directamente en la composición de la microbiota o la colonización del intestino y también puede absorberse en la circulación.

4,5

Estos factores incluyen:

- La proteína quimioatrayente de monocitos tipo 1 (MCP-1), regula la migración de monocitos, natural killer, y linfocitos T de memoria, se piensa que este factor juega un papel particular en la adaptación temprana del sistema inmune como un factor de influencia de la inmunidad de las células T
- Oncogen regulado por crecimiento (GRO), modera el desarrollo de tejido linfoide asociado al intestino. En la neovascularización, es necesario para la proliferación

ideal de células endoteliales. Por lo tanto, puede afectar directamente la vascularización de la pared intestinal y, a través de la absorción, también los vasos extraintestinales del cuerpo.

- La eotaxina, miembro de la subfamilia de quimiocinas, participa en la neurogénesis y la plasticidad neuronal, al atravesar la barrera hematoencefálica.
- RANTES, modula la localización y el tráfico de monocitos y células T. Desempeña un papel en la quimiotaxis y también promueve la infiltración de leucocitos durante la inflamación.
- Citocina CD40 juega un papel en la adaptación inmunológica de las respuestas inmunes adecuadas a agentes desconocidos.
- Factor de crecimiento epidérmico estimula la síntesis de ADN de los enterocitos y permite su diferenciación.^{4,5}

Hidratos de carbono.

El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa, su concentración es de 70 g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. Otros componentes como oligosacáridos o algunos ácidos grasos libres o monoglicéridos, productos de la degradación de triglicéridos o péptidos que se producen por la degradación de la lactoferrina y algunas otras proteínas de la leche, tienen una variedad de funciones antibacterianas, antivirales o antiprotozoarios.^{1,4}

Vitaminas y nutrimentos inorgánicos.

La leche humana contiene vitaminas hidrosolubles y liposolubles transferidas de la dieta y las reservas de la madre. La concentración de hierro en la leche humana es baja (0.5 mg/L)

y altamente biodisponible (50 vs. 4-7% del hierro contenido en la leche de vaca y sucedáneos). El calostro tiene concentraciones altas de zinc y el cobre, que disminuyen sin relación con las reservas maternas.⁴

La leche tiene componentes de inmunidad inmunológica y no inmunológica. Los componentes inmunológicos más importantes son los anticuerpos s-IgA que son secretados en la leche y tienen la capacidad de aglutinar o neutralizar las bacterias. Los no inmunológicos incluyen agentes bacteriostáticos como la lactoferrina y la lisozima, que además de cumplir funciones nutricias actúan como potentes bacteriostáticos.¹

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO

-Enfermedades infectocontagiosas

Cualquier volumen de leche materna es protector, esto se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia. Por otra parte, aquellos lactantes alimentados con fórmula exclusiva presentan un incremento del 80% en el riesgo de presentar diarrea. Los lactantes alimentados con LM durante el primer año de vida presentan un 30% menos de riesgo de enfermar de diarrea por rotavirus, y además ha sido descrita como un factor protector contra la infección por Giardia tanto sintomática como asintomática.

Un estudio realizado en Nigeria indicó que las prácticas de lactancia materna subóptima son un contribuyente importante a las muertes y discapacidades relacionadas con la diarrea en niños menores de cinco años.

El riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja durante el primer año de vida disminuye un 72% en niños alimentados con lactancia materna exclusiva por al menos 4 meses. La severidad de la bronquiolitis por virus sincitial es un 74% menor en aquellos niños con lactancia materna exclusiva por al menos 4 meses comparado con aquellos niños alimentados con lactancia parcial o fórmula exclusiva. Por otra parte, los niños alimentados con cualquier volumen de leche materna tienen 23% menos riesgo de presentar otitis media aguda, y la lactancia materna exclusiva por al menos tres meses disminuye el riesgo de esta en un 50%, este riesgo es de 63% si se prolonga hasta los seis meses.^{3,6}

-Atopía, rinitis, alergias alimentarias y asma

Niños amamantados por menor tiempo presentaron mayor frecuencia de eccema, atopía, alergia alimentaria y alergia respiratoria. En aquellos sin antecedentes familiares de atopía, la disminución del riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema es de 27% al ser amamantados por al menos tres meses, y el riesgo de dermatitis atópica disminuye en un 42% en aquellos niños con antecedentes familiares de atopía alimentados con lactancia materna exclusiva por al menos tres meses. En relación a la alergia alimentaria, hay una revisión que concluye que la lactancia materna exclusiva por al menos cuatro meses disminuye la probabilidad de presentar alergia a la proteína de leche de vaca a los 18 meses, pero no tendría un rol relevante en la protección de alergia alimentaria al año de vida.³

El análisis del Estudio de Prácticas de Alimentación Infantil II y su seguimiento de 6 años sugiere que el modo mixto de alimentación (alimentación directa en el seno, extracción y alimentación con fórmula) en los primeros 3 meses plantea un mayor riesgo de síntomas de alergia alimentaria en niñez temprana. La exposición a múltiples fuentes de alimentos en los primeros 3 meses puede aumentar el riesgo de síntomas alérgicos.⁷

-Obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes

Las tasas de obesidad son significativamente menores en lactantes alimentados con lactancia materna. Existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con lactancia materna durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. La duración de la lactancia esta inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. Respecto a la hipertensión, un estudio prospectivo británico que evaluó a niños nacidos de pre término y los siguió hasta la adolescencia encontró que aquellos alimentados con leche de banco de leche, presentaron significativamente menores presiones arteriales media y diastólica que aquellos alimentados con fórmula para prematuros.

En relación a la diabetes, un estudio de casos y controles comparo lactantes amamantados y no amamantados al alta hospitalaria, aquellos no amamantados al alta tuvieron un 33% más de riesgo de presentar diabetes dentro de sus primeros 20 años de vida. Se ha reportado hasta un 30% de reducción en la incidencia de DM I en quienes recibieron lactancia materna exclusiva al menos 3 meses, además de una reducción de hasta un 40% de la incidencia de DM tipo 2.

Excepcionalmente se ha encontrado una relación positiva entre la lactancia materna exclusiva a las seis o diez semanas después del parto y la reducción de los niveles de glucosa en ayunas en las madres con DM.^{3,8}

-Masa ósea

Los estudios que encontraron efectos positivos de la lactancia materna (independientemente de la exclusividad o la duración) en contenido mineral óseo y / o

densidad mineral ósea, mostraron que los niños alimentados con fórmula tenían una masa ósea más baja en comparación con los alimentados con leche materna. La leche humana contiene niveles más bajos de nutrientes esenciales para los huesos. No obstante, existen varias explicaciones para el efecto beneficioso de la leche materna, a saber: (1) a pesar de la menor concentración de calcio y fósforo en la leche humana, la biodisponibilidad y absorción de estos nutrientes es mayor que otros tipos de leche; (2) el consumo de leche materna resulta en la ingesta de 200 mg de calcio por día en promedio, una cantidad suficiente para promover un buen desarrollo esquelético durante la infancia, que puede persistir en la vida posterior; y también (3) el efecto potenciador de la leche materna sobre el desarrollo óseo puede deberse a un factor no nutricional. Además, la exposición temprana a la leche materna, aunque durante un breve período, puede conducir a cambios en la programación de las células óseas, lo que resulta en una mayor masa ósea en la edad adulta.⁹

Además de los beneficios antes mencionados, un estudio realizado en Brasil, demostró que la lactancia materna no solo mejora la inteligencia hasta la edad adulta, sino que también tiene un efecto tanto a nivel individual como social, al aumentar el logro educativo y la capacidad de obtener ingresos.¹⁰

BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MEXICO

Las principales barreras encontradas en nuestro país son:

1) Individuales: falta de confianza y capacidad para nutrir a su bebé, enfermedad de la madre, malestares y requerimientos (p. ej., nutricionales y de tiempo) asociados con la LM y el trabajo fuera del hogar.^{1,11}

2) Interpersonales: recomendaciones inadecuadas sobre cuidado, destete, prácticas de ablactación y remedios de malestares por familiares, pareja y proveedores de salud.

3) Institucionales: consejería inadecuada e inefectiva en los servicios de salud.

4) Comunitarias: de norma social, por ejemplo, aceptación de la fórmula antes de los 6 meses y como reflejo de solvencia económica

5) Políticas: falta de apoyo del sistema de salud, incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, mercadotecnia no regulada de bebidas azucaradas dirigida a niños y políticas laborales que no favorecen la lactancia.^{1,12}

Aunque el costo de la protección de la maternidad es significativo, es superado por el impacto beneficioso estimado en la lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones.

Las disminuciones potenciales en la mortalidad infantil y materna, así como el beneficio económico y las ganancias cognitivas en los niños como resultado de la lactancia materna según las recomendaciones, son sustanciales.^{12,13}

Países de primer mundo, como Suecia, donde se tienen las tasas más altas de apego a lactancia materna, adoptaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, además de tener políticas que reconocen a las mujeres como contribuyentes al mercado laboral y como valiosas proveedoras de trabajo de cuidado, el cual apoya como un bien público valioso. La licencia de maternidad ha contribuido a la práctica de la lactancia materna exclusiva para niños menores de seis meses de vida, lo que indica la importancia de este beneficio en la protección de la lactancia materna exclusiva para las mujeres insertadas en el mercado laboral formal.^{14,15,16,17}

PAPEL DE LOS PROMOTORES DE LA SALUD EN LACTANCIA MATERNA

Los sistemas de salud tienen el potencial de proporcionar acceso y asesoramiento a las madres y/o los cuidadores sobre las acciones necesarias para promover la LM a través de las visitas programadas del niño sano o a través de la consulta del niño enfermo. Los médicos de estos servicios son fuente importante de información y consejos sobre nutrición, y son fundamentales para validar recomendaciones proporcionadas por otros integrantes del equipo de salud como enfermeras y promotores. Los médicos subestiman la consejería en lactancia, perciben que es un tema que las madres ya conocen y que pueden poner en práctica con sólo conocer los beneficios, con lo que minimizan la importancia del abordaje de otras barreras que enfrentan las madres. Además, los médicos no confían en la adecuación nutricional de la lactancia materna exclusiva por 6 meses y consideran que la lactancia materna después del primer año no aporta ningún beneficio a la salud y nutrición del niño y la madre ^{1,11,18}

En estudios realizados en diferentes países sobre proveedores de atención médica, se ha encontrado que las recomendaciones de la OMS con respecto a la duración de la lactancia materna son menos practicadas y respaldadas. En diferentes estudios, el 35% de los participantes apoyaron la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, 27.5% apoyaron la continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de edad. Ramakrishnan et al. descubrió que el 32.7% de las madres que reciben servicios de obstetras y el 44.8% de las madres que reciben atención de pediatras tenían la percepción de que su cuidador recomendó la lactancia materna exclusiva solo durante el primer mes de vida. Aunque la mayoría de los participantes parecían apoyar las políticas de lactancia materna de la OMS, se descubrió que a nivel personal solo el 7,6% había seguido amamantando a sus bebés hasta el segundo año de vida. En otro estudio, se ha encontrado que, aunque los

médicos apoyan la lactancia materna, no podían recordar la duración del tiempo en que habían amamantado a sus propios bebés. Y nuevamente, el principal factor que les impidió continuar amamantando fue su trabajo.

Hay muchos estudios realizados en médicos para evaluar su nivel de conocimiento sobre la leche materna y la lactancia materna. En un estudio, la tasa de respuestas correctas a las preguntas relacionadas con el tema fue de 67.8% para los pediatras, 64.3% para los médicos familiares, 72.7% para los residentes de pediatría y 66.8% para los residentes de medicina familiar.^{11,18}

Un estudio realizado en Australia propuso que un programa educativo especializado en lactancia materna podría aumentar el conocimiento general de los estudiantes de medicina o aspectos de sus conocimientos relacionados con la lactancia materna. Encontrando, que la actitud hacia la lactancia materna no pareció ser alterada por las intervenciones educativas. Los estudios incluidos enfatizaron la importancia de que los estudiantes profesionales de salud reciban educación sobre lactancia materna y las habilidades para apoyar a las nuevas madres a amamantar. A pesar de esto, existe una variabilidad en la calidad del apoyo a la lactancia materna brindado por los profesionales de la salud, particularmente en la atención hospitalaria posparto, y muchas mujeres no están satisfechas con el apoyo y la información que reciben. Esto implica una brecha, tanto en la educación de pregrado actual, como en la educación posterior al registro posterior, y en la práctica. Se ha demostrado que el conocimiento y el apoyo brindado por los médicos mejoran las tasas de lactancia materna.^{19,20}

MARCO LEGAL

- 1) **DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION:** Proyecto de norma oficial mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.
- 2) **PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013-2018**, en la Estrategia 1.5.10. Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar y el apego, así como en la Estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas, establece la línea de acción 4.1.6. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad
- 3) **LEY GENERAL DE SALUD:** artículo 64, fracción II, dispone que las autoridades competentes establecerán 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
- 4) **LEY FEDERAL DEL TRABAJO:** en los artículos 166, 167 y 170 se dispone que durante la etapa de lactancia por un periodo hasta de seis meses la madre trabajadora tiene derecho a dos reposos por día de media hora cada uno para alimentar a su bebé, en un lugar que designe la empresa con las condiciones de higiene adecuadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las bajas tasas de lactancia son un problema de salud pública, existiendo una abrumadora bibliografía acerca de los riesgos de la lactancia artificial, además de la carga económica para la sociedad que supone el abandono precoz de la lactancia. En teoría la mayoría del personal de salud que está en contacto con la madre y el recién nacido estamos a favor de la lactancia

materna, pero la práctica clínica diaria demuestra que en muchas ocasiones somos nosotros los responsables del fracaso de dicha lactancia al no prestar la atención suficiente y apoyo a las mujeres que deciden amamantar a sus hijos y ayudarles a superar las dificultades habituales al inicio de la lactancia.

Por lo tanto, el primer y probablemente el paso más importante para aumentar la lactancia materna consiste en concientizar y mejorar las actitudes y conocimientos de los profesionales sanitarios sobre este tema, de manera que siempre recomienden la lactancia materna como forma natural de alimentación para los bebés, y la consideren no sólo como asunto de la madre; sino de la familia. Los pediatras desempeñan un papel fundamental en las tasas de iniciación, mantenimiento y duración de la lactancia. Sin embargo, está ampliamente descrito que su formación es deficitaria.

Es necesario la aplicación de un programa que no solo contenga cuestiones teóricas sobre lactancia materna, sino que incluya métodos y técnicas didácticas que ayuden integrar el conocimiento esencial, las habilidades clínicas, las habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar manejo, habilidades técnicas y de comunicación interpersonal, con el paciente y su familia, y por último, pero no por ello de menor importancia: a sensibilizar a todo el personal de salud sobre la lactancia materna y que además se perciba como de gran importancia dentro de la familia, es decir se considere con parte del vínculo afectivo entre los padres e hijos.

Esto nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuál es el grado de conocimiento en lactancia materna por parte de los médicos residentes de pediatría de la secretaria de salud de la ciudad de México? ¿Cuáles son los factores que influyen en la adquisición de sus conocimientos?

JUSTIFICACION

A nivel mundial, alrededor de 800,000 muertes neonatales se atribuyen al inicio tardío de la lactancia materna y la falta de lactancia materna exclusiva. Iniciación de la lactancia materna inmediata después del nacimiento puede reducir el riesgo de mortalidad neonatal en la primera semana de vida en un 22% a nivel mundial. Además, la lactancia materna exclusiva de bebés está fuertemente asociada con un menor riesgo de muerte post neonatal. Para el año 2030, el objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es reducir las muertes neonatales a 12 por 1000 nacidos vivos y las muertes de menores de cinco años a menos de 25 por 1000 nacidos vivos mediante la eliminación de muertes infantiles prevenibles. La desnutrición es la principal causa de mortalidad infantil, y UNICEF 2010 estimó que alrededor del 40 al 60% de los retrasos en el retraso del crecimiento fueron sometidos a iniciación tardía y lactancia materna no exclusiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el inicio temprano de la lactancia materna en el recién nacido dentro de 1 h del nacimiento, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la lactancia materna continua durante 2 años o más junto con alimentos complementarios. La leche materna tiene muchos beneficios al garantizar un niño sano y la supervivencia de un niño. Varios estudios informaron que el inicio de la lactancia materna en un día se asoció significativamente con la reducción de la mortalidad neonatal relacionada con el bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal relacionada con la infección entre todos los nacimientos vivos. A nivel mundial, el 10% de la carga de enfermedad en niños menores de cinco años se debió a la lactancia materna no exclusiva. Según The Lancet, la estimación de la lactancia materna subóptima es una consecuencia de 1,4 millones de muertes infantiles y el 77% de las muertes infantiles se explican por la lactancia materna no exclusiva en los primeros 6 meses de nacimiento. El mayor riesgo de alimentación

inadecuada durante los primeros 6 meses de vida ocurre en países en desarrollo donde el 96% de la mortalidad infantil se debe a la lactancia materna subóptima. Los déficits nutricionales entre los lactantes son consecuencias inmediatas de la lactancia materna tardía y la lactancia materna no exclusiva que conduce a la morbilidad y mortalidad entre los niños.

La OMS y la Asociación Mexicana de Pediatría recomiendan lactancia materna exclusiva 6 meses y seguir, junto con otros alimentos, durante al menos 2 años. Sin embargo, pocas madres logran cumplir estas recomendaciones. Las bajas tasas de lactancia son un problema de salud pública, existiendo una abrumadora bibliografía acerca de los riesgos de la lactancia artificial, además de la carga económica para la sociedad que supone el abandono precoz de la lactancia. Los pediatras desempeñan un papel fundamental en las tasas de iniciación, mantenimiento y duración de la lactancia. Sin embargo, está ampliamente descrito que su formación es deficitaria. Cuantificar los conocimientos servirá para planificar y justificar medidas que mejoren la formación de los pediatras.

La situación de las prácticas de lactancia materna tanto en el contexto nacional como en el internacional indica de manera clara que para su promoción, protección y apoyo es necesario establecer una estrategia integral y coordinada que incluya una serie de elementos indispensables. Tales elementos están constituidos por una legislación clara, completa y respetada; el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas y políticas públicas; el financiamiento de las acciones; al igual que la abogacía y voluntad política, así como su promoción a diferentes niveles; todo coordinado por un nivel central con poder de decisión, de reclamo de rendición de cuentas.

Dado que la lactancia materna exclusiva (LME) en el país en niños menores de 6 meses de edad es la más baja en América Continental, el tema tendría que ser prioritario dentro de los planes de estudio de la residencia de Pediatría. Existe, asimismo, una amplia evidencia científica que demuestra que una buena práctica de lactancia también protege la salud de las madres tanto a corto como a largo plazo. El riesgo de sufrir enfermedades como hipertensión, sobrepeso y obesidad, diabetes, al igual que cáncer de mama y otros, se reduce en las mujeres de manera considerable gracias a la lactancia, sobre todo cuando ésta dura más de 12 meses.

En México entre 1.1 y 3.8 millones de casos anuales reportados de enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, y entre 933 y 5 796 muertes en niños menores de 1 año de edad se atribuyen a prácticas de lactancia inadecuadas. Esta enorme carga representa 27% de la carga anual total de dichas enfermedades,²⁰ y aunque significan una altísima carga por enfermedad y muerte en México, tales cifras son una cuenta incompleta. En estos cálculos no están considerados los costos de enfermedades no registradas por el sistema de vigilancia epidemiológica en México, ni los gastos por enfermedades crónicas para las cuales la lactancia materna protege al niño, como dermatitis atópica, leucemia, diabetes tipos 1 y 2. Tampoco están costeados los ahorros debidos a los efectos beneficios de la lactancia materna en la salud materna contra el cáncer de mama, de ovario, diabetes tipo 2 o depresión posparto. Identificar las barreras hacia la lactancia en general, y a la LME en particular, es fundamental para el diseño de intervenciones adaptadas a las necesidades y el contexto de las poblaciones vulnerables, y por lo tanto con mayor probabilidad de ser efectivas.

HIPOTESIS

H1: A mayor grado académico, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna

H0: A menor grado académico, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna

H1: A mayor número de hijos, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna

H0: A menor número de hijos, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna

OBJETIVO GENERAL

- Cuantificar los conocimientos sobre lactancia materna durante la formación de los médicos residentes y ejercicio medico de los pediatras.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer si el género de los participantes influye sobre el conocimiento en lactancia materna
- Deducir si la experiencia en lactancia materna (en el caso de los participantes que tienen hijos) influye sobre la calificacion del cuestionario
- Identificar que area de conocimiento o habilidades se debe reforzar en la educacion medica
- Determinar si a mayor grado academico se posee mayor conocimiento en lactancia materna

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, mediante el cual se aplicó un cuestionario validado por el comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría y el Servicio Madrileño de Madrid, en su versión corta, la cual consta de 21 reactivos puntuables y 9 no puntuables, cuyo objetivo es evaluar los conocimientos y habilidades de los residentes de pediatría de los hospitales pediátricos de la secretaria de salud de la ciudad de México, así como información relacionada sobre el aprendizaje obtenido en este tema durante la residencia medica de pediatría, y aspectos socioculturales que influyen de manera indirecta en el aprendizaje.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser médico residente de pediatría, laborar en los Hospitales Pediátricos de la Secretaria de salud de la Ciudad de México. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: no ser médico residente, ser médico residente de otra especialidad, no pertenecer a los Hospitales Pediátricos de la Secretaria de salud de la Ciudad de México, no querer participar.

Tomando en cuenta las medidas de higiene y autocuidado implementadas a raíz de la pandemia por SARS COV2, los cuestionarios fueron enviados y respondidos por vía electrónica a todos los médicos residentes de pediatría. Posteriormente fueron plasmados en físico como evidencia del estudio.

Se procedió a realizar la captura de datos en una hoja de cálculo de Excel, donde se incluyeron variables cualitativas y cuantitativas necesarias para el estudio.

Se utilizó el paquete de Microsoft Excel para la captura de datos y para el análisis de los mismos, el paquete SPSS Statics, realizándose cálculos de tendencia central (media, moda y mediana) en variables cuantitativas mediante cuadros y gráficas. Asi como tablas de

contingencia con análisis de chi cuadrada para relación entre variables, dándole valor a $p < 0.05$.

Se trata de un estudio sin riesgos desde el punto de vista ético ya que solo se aplicó el cuestionario de conocimientos en lactancia materna, por lo cual no se requirió de carta de consentimiento informado. La investigación fue evaluada y autorizada por el comité de Investigación y Bioética del Hospital Pediátrico Tacubaya.

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de pediatría de primero, Segundo y tercer año de los hospitales pediátricos de la secretaria de salud de la ciudad de México

Criterios de no Inclusión

- Médicos residentes de otra especialidad diferente a pediatría
- Médicos especialistas ajenos a pediatría
- Médicos internos de pregrado
- Médicos pasantes del servicio social
- Residente que no quieran colaborar en el estudio

Criterios de eliminación

- Médicos que no llenen el 100% del cuestionario

VARIABLES

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Cuestionario sobre lactancia materna	Dependiente	Herramienta para evaluar el conocimiento de los pediatras en lactancia, de la que se documentan validez y fiabilidad, adaptada a nuestro contexto, breve y autoadministrable en papel	Cualitativa (Nominal)	22 puntos = 10
Sexo	Independiente	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Cualitativa (nominal)	Masculino y femenino.
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cuantitativa (ordinal)	Años
No de hijos	Independiente	Numero de descendientes directos de la persona encuestada	Cuantitativa (ordinal)	1,2,3,4, etc
Experiencia en lactancia materna	Independiente	Conjunto de conocimientos que se adquieren al dar lactancia materna a sus descendientes	Cualitativa (nominal)	Si, No
Duración de lactancia materna	Independiente	Tiempo brindado a dar lactancia materna	Cuantitativa (ordinal)	Meses

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PARTICIPANTES

CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Obtenido de: DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.01.006

Categoría profesional: _ Adscrito _ Residente (_ R1, _ R2, _ R3, _ R4)

Otro _____ Especialidad: _____

Hospital de trabajo: _____ Edad: ____ Sexo: _____ Nº de hijos: ____

¿Experiencia personal de lactancia (o de la pareja)? _ Sí _ No

Duración global de la lactancia (meses): ____

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Se trata de un cuestionario anónimo para evaluar la formación en lactancia.

NO ES UN EXAMEN

Por favor, contesta sin consultar las respuestas e intenta no dejar preguntas en blanco.

1. En caso de mastitis se debe suspender la lactancia de forma temporal. **V/F**
2. Se debe recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas. **V/F**
3. La alimentación exclusiva a base de leche de fórmula conlleva un riesgo incrementado de morbimortalidad. **V/F**
4. La mayoría de bebés nacidos por cesárea necesitan suplementación con fórmula las primeras horas de vida. **V/F**
5. En el caso de que un lactante amamantado tenga problemas con la lactancia y precise un suplemento (de leche materna o artificial), se desaconseja por regla general administrarlo con biberón, especialmente en las primeras semanas de vida. **V/F**
6. En un recién nacido amamantado: una frecuencia elevada de tomas disminuye el riesgo de precisar fototerapia. **V/F**

7. En un recién nacido sano, antes de la primera toma de pecho en paritorio se le debe pesar, comprobar el test de Apgar en una cuna con calor radiante y realizar una correcta profilaxis oculo-hemorrágica. **V/F**

8. En grandes prematuros (<32 sem) es de elección la leche materna (fortificada cuando lo precise), siendo la segunda mejor opción la leche humana de banco; y dejando la suplementación con fórmula especial para prematuros sólo como última alternativa. **V/F**

9. En la Maternidad, un recién nacido de más de 15 horas de vida al que hay que despertar para mamar en todas las tomas es un lactante de riesgo. **V/F**

10. A partir de los 12 meses el contenido en nutrientes de la leche materna disminuye significativamente con respecto al primer año de lactancia. **V/F**

11. Si un niño amamantado, con buen estado general, presenta como único hallazgo una escasa ganancia de peso, el primer paso es suplementar las tomas con leche de fórmula y revalorar. **V/F**

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

13. La “leche aguada” es en realidad la leche de la primera parte de la toma. **V/F**

14. El siguiente dibujo muestra un enganche eficaz. **V/F**



15. ¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia?

a) Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 meses de edad, complementada con otros alimentos hasta que deseen madre e hijo.

b) LME hasta los 6 meses de edad, pudiendo mantener la lactancia, complementada con otros alimentos, hasta un máximo de 2 años.

c) LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.

16. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más importante a realizar en una madre lactante que tiene grietas en los pezones?

a) Lavado con agua y jabón

b) Aplicación de lanolina pura después de cada toma

c) Valoración de la toma

d) Recomendar el uso de pezoneras

17. Unos padres traen a su bebé de 17 días a la urgencia por llanto. Sólo toma pecho y hasta ahora todo iba bien, pero refieren que desde hace 24 horas llora y pide pecho muy a menudo, a veces cada 30-60 minutos. En el pecho se calma y succiona vigorosamente. El niño no tiene apariencia de enfermedad, la ganancia ponderal es buena y la exploración es normal, pero la madre tiene la sensación de que se queda con hambre. ¿Qué diagnóstico y tratamiento harías?

a) Hipogalactia. Suplementaría las tomas con 60 ml de fórmula y control con su pediatra.

b) Brote de crecimiento. Observaría la toma, recomendaría tomas a demanda y controles habituales por su pediatra.

c) Hipogalactia. Recomendaría pesar antes y después de la toma y suplementar con fórmula para completar en cada toma la cantidad necesaria para 150 ml/kg/día repartidos en 8 tomas.

d) Cólicos del lactante. Recomendaría masajes abdominales y balancear al niño en decúbito prono hasta que le toque la siguiente toma.

18. ¿Qué le dirías a una mujer embarazada que te comenta en la consulta que se está planteando la lactancia artificial?

a) Nada, puesto que se trata de una opción personal y la respetaría

b) Le pediría que me hablara más sobre el tema para conocer sus razones e información y desde el respeto valoraría animarle a replantearlo

- c) Que, dada la absoluta superioridad de la leche materna, es una irresponsabilidad no amamantar cuando no hay contraindicaciones.
- d) Que no se sienta culpable, porque la mayoría de niños se crían igual de bien con pecho que con biberón.
- e) Todas las anteriores son correctas.

19. Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de inicio a las madres, en centros sanitarios:

- a) Es una violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- b) Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos.
- c) Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante.
- d) Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia.
- e) Todas las anteriores son correctas

20. Una madre lactante consulta porque va a comenzar tratamiento con adalimumab por una enfermedad de Crohn. Su digestólogo le ha dicho que debe destetar a su bebé de 8 meses porque el tratamiento es importante. ¿Dónde podrías consultar si el fármaco es compatible o no con la lactancia?

- a) En la ficha técnica del medicamento
- b) Me remitiría a la información del médico especialista que lo haya prescrito.
- c) En el Medimecum
- d) No es necesario consultarlo. Valorando riesgos y beneficios lo más adecuado es el destete, puesto que el niño tiene ya 8 meses.
- e) En una página web que conozco. Especificar: _____

21. Eres el médico y estás en la Maternidad. Una enfermera está preocupada por la lactancia de un recién nacido, cree que algo no va bien y quiere que vayas a observar una toma.

- a) Creo que nunca lo he hecho y no sabría exactamente qué observar.
- b) He observado alguna toma durante mi residencia, pero no tengo mucha experiencia. Creo que diagnosticaría solamente problemas muy evidentes.

c) No me siento seguro. Me fijaría más en cuánto peso ha perdido y en la glucemia. En caso de duda, recomendaría un suplemento para evitar la pérdida de peso.

d) He observado tomas numerosas veces y me vería capaz de diagnosticar y ofrecer soluciones a los problemas más habituales.

22. ¿Consideras apropiado que una mujer dé de mamar en público? **Sí / No**

23. Valora de 1 a 5 la calidad de la formación recibida sobre lactancia materna durante los años de residencia:

1_(Muy deficiente) 2_(Deficiente) 3_(Pasable) 4_(Satisfactoria) 5_ (Muy satisfactoria)

24. ¿Has recibido algún curso específico de lactancia materna durante los años de tu residencia? **Sí / No**

25. En caso afirmativo, indícanos el número de cursos que has recibido y su duración total aproximada: ____ cursos, ____ horas de duración.

26. ¿Cual es tu mayor fuente de conocimiento en lactancia materna? (puedes marcar varias)

a) Cursos

b) Libros / artículos

c) Conocimientos de la carrera

d) Mis residentes mayores (o adjuntos)

e) Otros (especificar): _____

27. ¿Crees que deberías ser un experto en diagnosticar y aportar soluciones a los problemas específicos de la lactancia? **Sí / No**

28. ¿Por qué? (puedes marcar varias)

a) Porque es un motivo de consulta frecuente

b) Por el bien de mis pacientes y sus familias

c) Porque es parte de mi trabajo

d) Otros _____

29. ¿Te sientes preparado para ello?

1_ (En absoluto) 2_ (Poco) 3_ (Mas o menos) 4_ (Bastante) 5_ (Completamente)

30. Comentarios

RESULTADOS

Se obtuvieron 58 encuestas de los residentes de pediatría de los diferentes hospitales pediátricos de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (ver tabla 1), de los cuales 12 participantes pertenecían al Hospital Pediátrico Moctezuma (20.7%), 11 al Hospital Pediátrico Coyoacán (19%), 10 al Hospital Pediátrico Tacubaya (17.2%), 9 al Hospital Pediátrico Iztapalapa (15.5%), 8 al Hospital Pediátrico Legaria (13.8) y 8 al Hospital Pediátrico Villa (13.8%).

HOSPITALES PARTICIPANTES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TACUBAYA	10	17.2	17.2	17.2
	LEGARIA	8	13.8	13.8	31.0
	COYOACAN	11	19.0	19.0	50.0
	MOCTEZUMA	12	20.7	20.7	70.7
	VILLA	8	13.8	13.8	84.5
	IZTAPALAPA	9	15.5	15.5	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 1. Hospitales Pediátricos y número de residentes que participaron

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna.

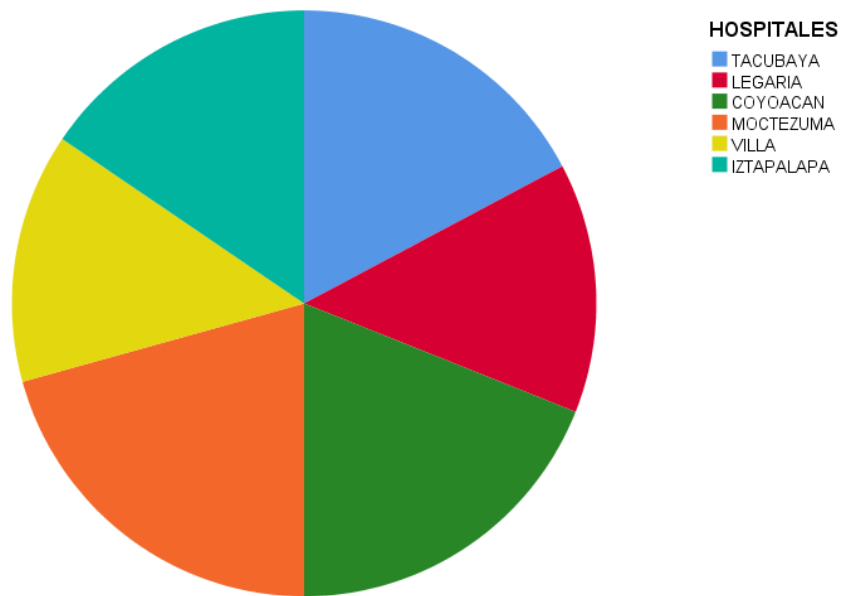


Grafico1. Hospitales Pediátricos de procedencia de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna.

Del total de residentes participantes, 29.3% pertenecían al primer año de residencia, 32.8% al segundo año de residencia y 37.9% al tercer año de residencia. (ver tabla 2)

		AÑO DE RESIDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMERO	17	29.3	29.3	29.3
	SEGUNDO	19	32.8	32.8	62.1
	TERCERO	22	37.9	37.9	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 2. Año de residencia de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna.

Las edades de los participantes se encontraron en un rango de 25-31 años (ver tabla 3, grafico 1), siendo 27 años la edad más frecuente con 25.9%

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	6	10.3	10.3	10.3
	26	8	13.8	13.8	24.1
	27	15	25.9	25.9	50.0
	28	12	20.7	20.7	70.7
	29	9	15.5	15.5	86.2
	30	7	12.1	12.1	98.3
	31	1	1.7	1.7	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 3. Edad de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

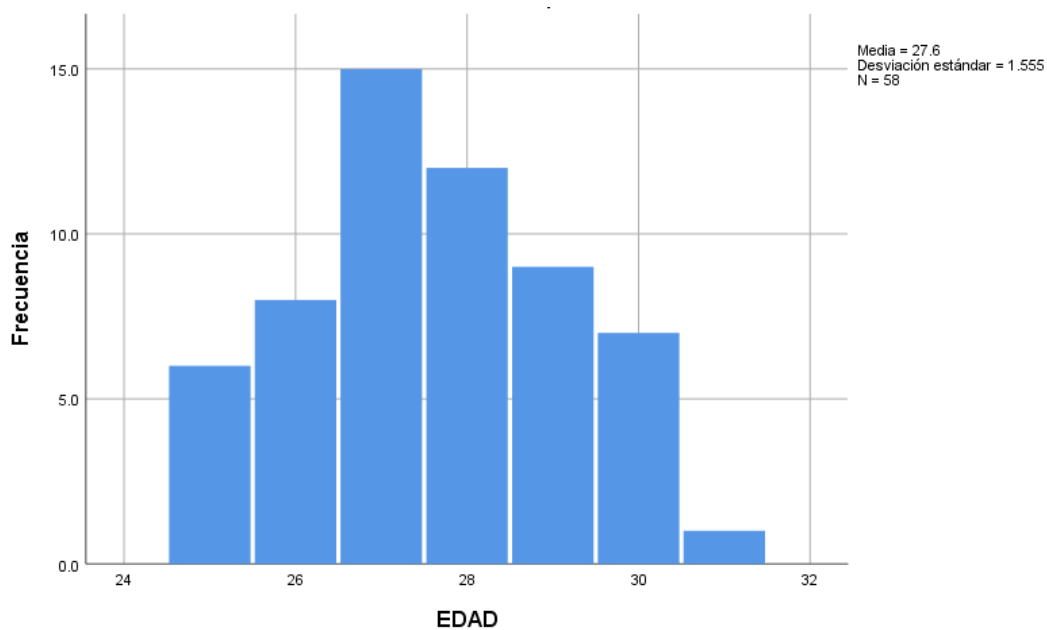


Gráfico 2. Media de la edad de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Participaron 17 hombres (29.3%), y 41 mujeres (70.7%) (ver tabla 4)

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	17	29.3	29.3	29.3
	FEMENINO	41	70.7	70.7	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 4. Sexo de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

3 participantes (5.2%) tenían 1 hijo y el resto (94.8%) ninguno (ver tabla 5). De esos 3 participantes refirieron tener una experiencia en lactancia materna entre 3 y 7 meses, (ver tabla 6)

		NUMERO DE HIJOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	55	94.8	94.8	94.8
	1	3	5.2	5.2	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 5. Número de Hijos de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

EXPERIENCIA EN LACTANCIA MATERNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	55	94.8	94.8	94.8
	SI - 3 MESES	1	1.7	1.7	96.6
	SI - 6 MESES	1	1.7	1.7	98.3
	SI - 7 MESES	1	1.7	1.7	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 6. Experiencia en lactancia materna de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En cuanto a las preguntas del cuestionario de lactancia materna, las cuales abarcan temas como fisiología, salud pública, problemas de los primeros días, problemas tardíos, evaluación de la toma, condicionantes maternos y actitudes de los profesionales de la salud bajo ciertos problemas, se obtuvieron los siguientes resultados (ver tablas 7,8 y 9). Denotando que en todas las áreas de conocimientos básicos y habilidades en lactancia materna existen deficiencias.

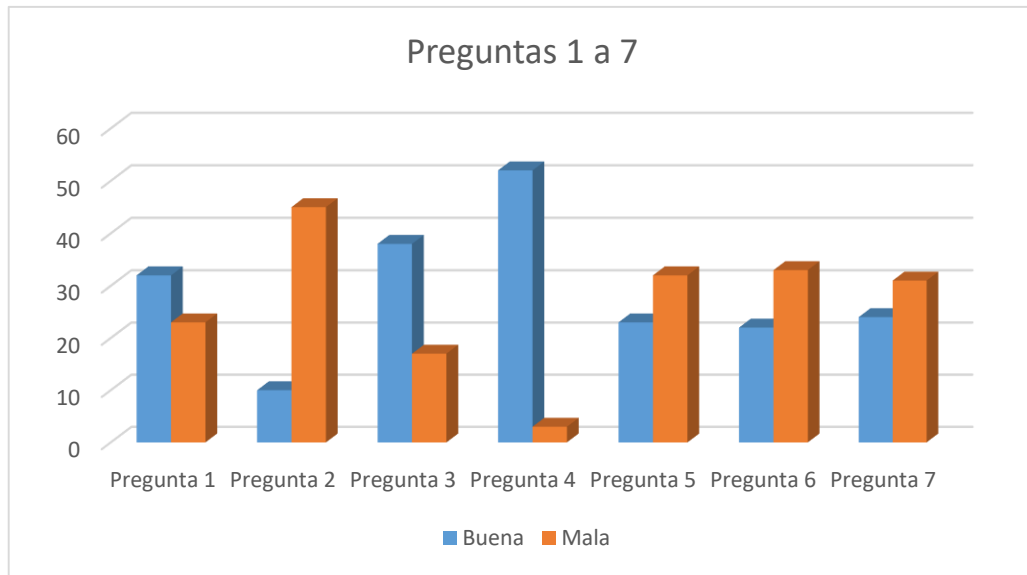


Tabla 7. Errores y Aciertos de las preguntas 1-7

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

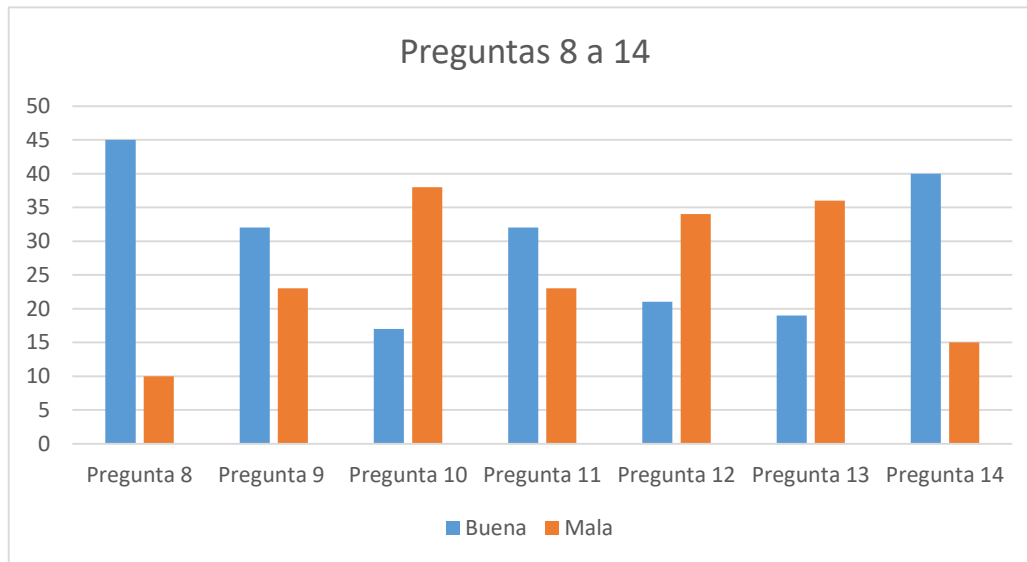


Tabla 8. Errores y Aciertos de las preguntas 8-14

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

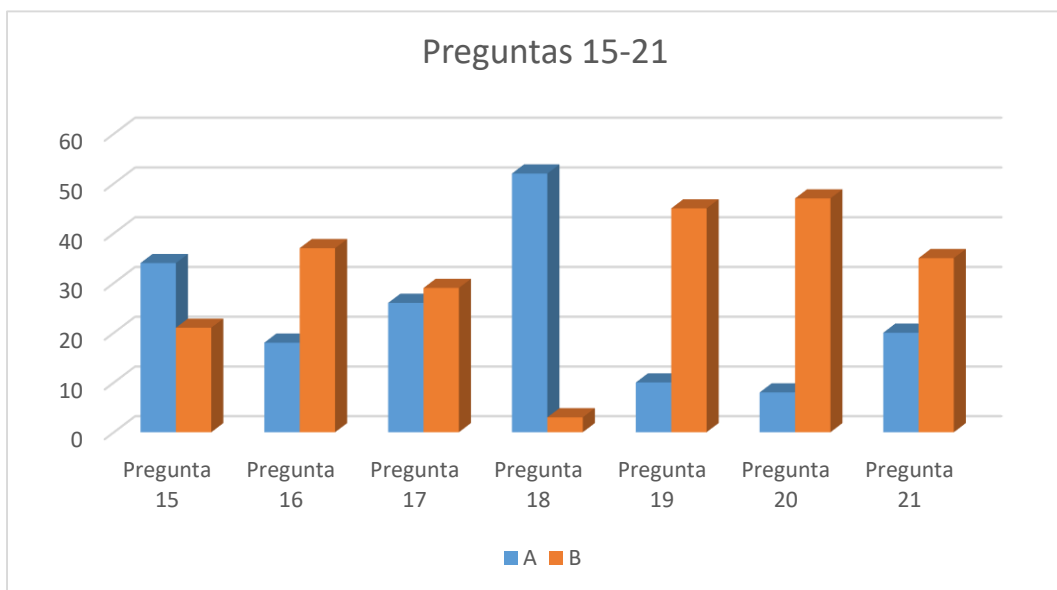


Tabla 9. Errores y Aciertos de las preguntas 15-21

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En cuanto a la calificación final 44 participantes (75.9%) obtuvo una nota de muy insuficiente que corresponde a menos del 55% de respuestas correctas, 5 participantes (8.8%) obtuvo una nota insuficiente que corresponde a 55-70% de respuestas correctas, los 9 participantes restantes (15.5%) obtuvo una nota buena que corresponde a 70-85% de respuestas correctas. Cabe destacar que ningún participante obtuvo una nota excelente que corresponde a más del 85% de respuestas correctas. (Ver tabla 10)

		NOTAS OBTENIDAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY INSUFICIENTE	44	75.9	75.9	75.9
	INSUFICIENTE	5	8.6	8.6	84.5
	BIEN	9	15.5	15.5	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Tabla 9. Notas obtenidas por los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

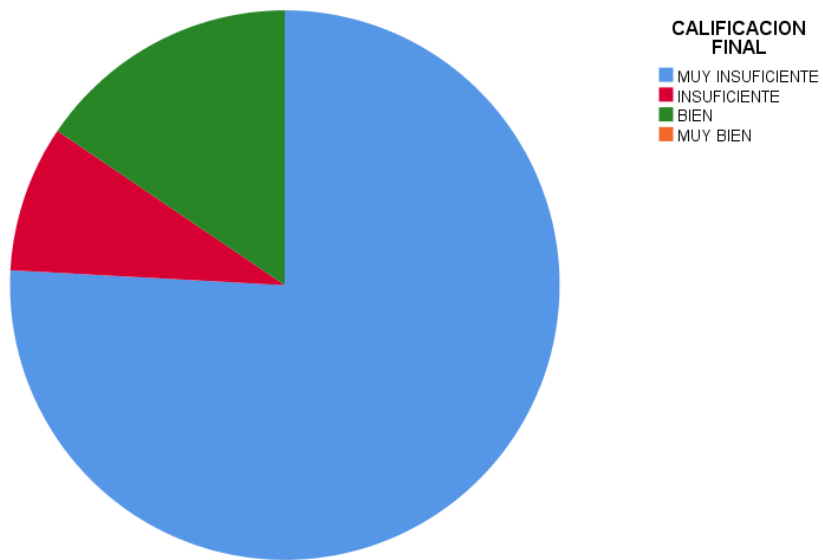


Gráfico 3. Calificaciones finales de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

La edad mínima de los participantes fue de 25 años, la máxima de 31 años, con una edad media de 27 años. El porcentaje de calificación más bajo fue del 20% (que corresponde a 5

aciertos) y el más alto de 85% (que corresponde a 18 aciertos) con una media de 10 aciertos.

El número máximo de hijos de los participantes fue 1. (ver tabla 10).

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	58	25	31	27.60	1.555
PORCENTAJE	58	20	85	47.67	16.812
ACIERTOS	58	5	18	10.53	3.362
NUMERO DE HIJOS	58	0	1	.05	.223
N válido (por lista)	58				

Tabla 10. Mínimos, máximos y medias de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En la tabla 11 podemos observar que el Hospital cuyos participantes obtuvieron las calificaciones más altas sobre lactancia materna fue el Hospital Pediátrico de Moctezuma ya que 4 participantes obtuvieron “Bien” en sus notas, seguido del Hospital pediátrico de Legaria y Villa con 2 participantes cada uno. De todos los hospitales más del 50% de los participantes obtuvieron una nota muy insuficiente. Los 11 participantes del Hospital pediátrico de Coyoacán obtuvieron una nota muy insuficiente en sus evaluaciones.

HOSPITALES VS CALIFICACION FINAL

		CALIFICACION FINAL			Total
		MUY INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	BIEN	
HOSPITALES	TACUBAYA	9	1	0	10
	LEGARIA	4	2	2	8
	COYOACAN	11	0	0	11
	MOCTEZUMA	8	0	4	12
	VILLA	5	1	2	8
	IZTAPALAPA	7	1	1	9
Total		44	5	9	58

Tabla 11. Hospitales Pediátricos y calificaciones finales obtenidas

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En las siguientes tablas (ver tablas 12 y 13) podemos observar que los 3 participantes que tienen 1 hijo, y por lo tanto experiencia en la lactancia materna que oscila entre 3 y 7 meses, obtuvieron notas muy insuficientes en sus evaluaciones. En contraste, 9 de los participantes sin hijos obtuvieron nota “bien” en sus cuestionarios.

NUMERO DE HIJOS VS CALIFICACION FINAL

		CALIFICACION FINAL			Total
		MUY INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	BIEN	
NUMERO DE HIJOS	0	41	5	9	55
	1	3	0	0	3
Total		44	5	9	58

Tabla 12. Número de hijos y calificaciones finales obtenidas

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

EXPERIENCIA EN LACTANCIA MATERNA VS CALIFICACION FINAL

		CALIFICACION FINAL			Total
		MUY INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	BIEN	
LACTANCIA	0	41	5	9	55
	SI - 3 MESES	1	0	0	1
	SI - 6 MESES	1	0	0	1
	SI - 7 MESES	1	0	0	1
Total		44	5	9	58

Tabla 13. Experiencia en lactancia materna y calificaciones finales obtenidas

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Realizando una comparación entre ambos sexos y las calificaciones finales, se obtuvo que 14.6% de las mujeres obtuvieron “bien” en sus evaluaciones, versus el 17.6% de los hombres, a pesar de ser una población más reducida entre los residentes de pediatría. En general el 15.5% de los participantes obtuvo una calificación buena en el cuestionario sobre lactancia materna. (ver tabla 14)

CALIFICACION FINAL VS SEXO DE LOS PARTICIPANTES

		SEXO		Total
		MASCULINO	FEMENINO	
CALIFICACION FINAL	MUY INSUFICIENTE	12	32	44
	INSUFICIENTE	2	3	5
	BIEN	3	6	9
Total		17	41	58

Tabla 14. Calificaciones finales acorde al sexo de los residentes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Aplicando la prueba de chi cuadrado, podemos observar que no hay relación estadística entre el sexo de los residentes de pediatría y una calificación aprobatoria ya que se da un valor de $p=0.805$. (Ver tabla 15)

Prueba de chi-cuadrado calificacion final vs sexo

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.434 ^a	2	.805
Razón de verosimilitud	.418	2	.811
N de casos válidos	58		

Tabla 15. Prueba de chi cuadrado aplicada entre el sexo de los participantes y sus calificaciones obtenidas

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En la siguiente tabla cruzada podemos observar que del total de los participantes de primer año, el 11.7% obtuvo una buena calificación en el cuestionario de lactancia materna, 21.05% de los residentes del segundo año y 13.63% de los residentes de tercer año, llama atención que los puntajes más altos fueron obtenidos en los participantes del segundo año, sin embargo también comparten junto con los residentes de primer año el mismo número de participantes con calificaciones muy insuficientes y ninguno con calificación insuficiente. (ver tabla 16)

CALIFICACION FINAL VS AÑO DE RESIDENCIA

		AÑO DE RESIDENCIA			Total
		PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	
CALIFICACION FINAL	MUY INSUFICIENTE	15	15	14	44
	INSUFICIENTE	0	0	5	5
	BIEN	2	4	3	9
Total		17	19	22	58

Tabla 16. Calificaciones finales por año de residencia de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Aplicando la prueba de chi cuadrada entre las calificaciones finales obtenidas acorde al año de residencia que cursan los participantes se observa que los residentes de mayor jerarquía obtuvieron las calificaciones más altas en el cuestionario sobre lactancia materna, con un valor de $p = 0.048$. (ver tabla 17)

Prueba de chi-cuadrado calificación final vs año de residencia

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.562 ^a	4	.048
Razón de verosimilitud	11.060	4	.026
N de casos válidos	58		

Tabla 17. Prueba de chi cuadrado aplicada entre las calificaciones finales obtenidas y el año de residencia que cursan los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En cuanto a la relación entre el número de hijos de los participantes y las calificaciones finales obtenidas, podemos observar en la siguiente tabla (ver tabla 18) que el 16% de los participantes que no tienen hijos obtuvieron las puntuaciones más altas en el cuestionario sobre lactancia materna.

CALIFICACION FINAL VS NUMERO DE HIJOS

		NUMERO DE HIJOS		Total
		0	1	
CALIFICACION FINAL	MUY INSUFICIENTE	41	3	44
	INSUFICIENTE	5	0	5
	BIEN	9	0	9
Total		55	3	58

Tabla 18. Relación entre las calificaciones finales y el número de hijos de los participantes.

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Aplicando la prueba de chi cuadrada entre el número de hijos de los participantes y las calificaciones finales obtenidas, se observa que no hay relación estadística entre ellos con un valor de $p=0.605$. (ver tabla 19)

Pruebas de chi-cuadrado entre calificaciones finales vs número de hijos

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.007 ^a	2	.605
Razón de verosimilitud	1.709	2	.426
N de casos válidos	58		

Tabla 19. Prueba de chi cuadrado aplicada entre las calificaciones finales obtenidas y el número de hijos de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

El hospital que alberga a los participantes con las mejores puntuaciones en el cuestionario sobre lactancia materna es el Hospital Pediátrico de Moctezuma, seguido de Legarfa, Villa e Iztapalapa. Que respecto a los últimos hospitales el Hospital Pediátrico de Moctezuma también presenta el mayor número de participantes con calificación muy insuficiente. (ver tabla 20)

CALIFICACIONES FINALES VS HOSPITALES

		CALIFICACION FINAL			
		MUY INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	BIEN	Total
HOSPITALES	TACUBAYA	9	1	0	10
	LEGARIA	4	2	2	8
	COYOACAN	11	0	0	11
	MOCTEZUMA	8	0	4	12
	VILLA	5	1	2	8
	IZTAPALAPA	7	1	1	9
Total		44	5	9	58

Tabla 20. Hospitales pediátricos y calificaciones finales obtenidas

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Aplicando la prueba de chi cuadrado no se encontró una relación estadística entre el hospital pediátrico donde realizan su residencia medica los participantes y las calificaciones finales obtenidas, dándole un valor de $p=0.192$. (ver tabla 21)

Pruebas de chi-cuadrado calificaciones finales vs hospitales

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.592 ^a	10	.192
Razón de verosimilitud	17.233	10	.069
N de casos válidos	58		

Tabla 21. Prueba de chi cuadrado aplicada entre las calificaciones finales obtenidas y el hospital de procedencia de los participantes

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

En la siguiente tabla podemos observar que las mejores calificaciones obtenidas en el cuestionario de lactancia materna fueron por residentes que no tenían experiencia personal en lactancia materna. (ver tabla 22)

EXPERIENCIA EN LACTANCIA MATERNA VS CALIFICACION FINAL

		CALIFICACION FINAL			Total
		MUY INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	BIEN	
LACTANCIA	0	41	5	9	55
	SI - 3 MESES	1	0	0	1
	SI - 6 MESES	1	0	0	1
	SI - 7 MESES	1	0	0	1
Total		44	5	9	58

Tabla 22. Experiencia en lactancia materna y calificación final

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

Aplicando la prueba de chi cuadrado podemos observar que no hay relación estadística entre la experiencia personal en lactancia materna y las mejores puntuaciones obtenidas en las evaluaciones, otorgando un valor de $p=0.985$. (ver tabla 23)

Pruebas de chi-cuadrado experiencia en lactancia materna vs calificación final

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.007 ^a	6	.985
Razón de verosimilitud	1.709	6	.944
N de casos válidos	58		

Tabla 23. Prueba de chi cuadrado aplicada entre las calificaciones finales obtenidas y la experiencia personal en lactancia materna

Fuente: Cuestionario sobre lactancia materna

ANALISIS

De los 58 médicos residentes de pediatría que participaron en el estudio, el 29.3% eran hombres y el 70.7% mujeres, con una media de edad de 27 años, del total solo el 5.2% tenían 1 hijo y a su vez experiencia personal en lactancia materna en un rango de 3 a 7 meses. En cuanto al cuestionario de lactancia materna, se observó que en todas las áreas de conocimientos básicos y habilidades en lactancia materna existen deficiencias. El 75.9% de los residentes obtuvo una nota de muy insuficiente que corresponde a menos del 55% de respuestas correctas, el 8.8% obtuvo una nota insuficiente que corresponde a 55-70% de respuestas correctas, el 15.5% restante obtuvo una nota buena que corresponde a 70-85% de respuestas correctas. Ningún participante obtuvo una nota excelente.

Los médicos residentes del Hospital pediátrico de Moctezuma obtuvieron el mayor número de participantes con nota buena en el cuestionario sobre lactancia materna, sin embargo, de todos los hospitales más del 50% de los participantes obtuvieron una nota muy insuficiente.

Realizando una comparación entre ambos sexos y las calificaciones finales, se obtuvo que 14.6% de las mujeres obtuvieron “bien” en sus evaluaciones, versus el 17.6% de los hombres, a pesar de ser una población más reducida entre los residentes de pediatría, que con el análisis estadístico se demostró que no hay relación entre el sexo de los residentes de pediatría y una calificación aprobatoria.

Del total de los participantes de primer año, el 11.7% obtuvo una buena calificación en el cuestionario de lactancia materna, 21.05% de los residentes del segundo año y 13.63% de los residentes de tercer año, sin embargo la población de residentes de segundo año era más reducida respecto a los residentes de tercer año y llama la atención que junto con los residentes de primer año obtuvieron el mayor porcentaje calificaciones muy insuficientes y ninguno con calificación insuficiente, por lo que al aplicar el análisis estadístico entre las calificaciones finales obtenidas acorde al año de residencia que cursan los participantes se observa que los residentes de mayor jerarquía obtuvieron las calificaciones más altas en el cuestionario sobre lactancia materna, comprobando así nuestra hipótesis alterna que refiere que a mayor grado académico, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna.

Los participantes con las mejores calificaciones en el cuestionario de lactancia materna no tenían hijos, en el análisis estadístico se observa que no hay relación entre estos dos rubros, rechazando así la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula que refiere que menor número de hijos, mayor puntaje en el cuestionario validado sobre lactancia materna. Tampoco se encontró una relación estadística entre el hospital pediátrico donde realizan su residencia médica los participantes y las calificaciones finales obtenidas.

En cuanto a los factores socioculturales y variables no puntuables se encontró que solamente 1 participante respondió que no era adecuado amamantar en público, por lo que no se considera una barrera hacia la promoción de la lactancia materna por parte de los residentes de pediatría.

El 6.8% de los participantes consideran que la formación recibida acerca de lactancia materna durante su residencia médica es muy deficiente, 32.7% consideran que es deficiente, 31% refiere que es pasable y 29.3% que es satisfactoria.

El 27.5% de los participantes ha recibido de forma extra hospitalaria y costeados por ellos mismos, cursos sobre lactancia materna. La principal fuente de información para los médicos residentes sobre lactancia materna son libros, artículos, cursos y sus residentes de mayor jerarquía

El 98.2% de los participantes considera que debe ser un experto en diagnosticar y aportar soluciones a los problemas específicos de la lactancia materna, porque son motivos de consulta frecuente en pediatría. La mayoría de los participantes se sienten más o menos preparados para ello.

CONCLUSIONES

Mediante este estudio se demostró que los residentes de pediatría de la secretaria de salud de la ciudad de México, no poseen los conocimientos suficientes en el tema de lactancia materna, probablemente asociado a que durante nuestra formación médica desde la Universidad y durante los años de residencia médica no hay materias, cursos prácticos o

temas específicos que aborden dicho tema. Se encontró además que no hay relación entre el sexo de los participantes, edad, número de hijos y experiencia personal en lactancia materna, en la obtención de mejores calificaciones en el cuestionario sobre lactancia materna.

Una intervención educativa sobre lactancia materna durante el curso de especialización en pediatría, sería una buena inversión a corto y largo plazo, lo cual se vería reflejado en una motivación a las madres que acuden a la consulta externa o de urgencias de nuestras unidades, para amamantar a sus hijos de forma exclusiva; creando así un sistema de ayuda y beneficio a toda la población, al recién nacido disminuyendo los índices de morbimortalidad, en la madre al ser un factor protector contra enfermedades crónicas degenerativas y en la familia al crear un vínculo afectivo entre los subsistemas.

Se propone que los médicos residentes de pediatría reciban capacitaciones continuas sobre lactancia materna donde no solo se evalúen sus conocimientos, sino también sus actitudes de promoción y práctica de técnicas de amamantamiento, ya que muchas veces nosotros somos el primer contacto con las madres primerizas posterior al parto.

Queda un largo camino que recorrer para mejorar la formación de los médicos residentes de pediatría en el tema de lactancia materna, por lo que los esfuerzos individuales son muy importantes. Este es un pequeño estudio que pretende llamar la atención de las autoridades sanitarias pertinentes para actualizar el plan de estudios del curso de especialización en pediatría.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- González de Cosío Martínez, T., & Hernández Cordero, S. (2016a). Lactancia materna en México (1ª ed). Ciudad de México, México: Inter sistemas.
- 2.- Sanchez A, et al (2019), Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, Revista Internacional de Estadística y Geografía, 10(1), 4-17
- 3.- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de Pediatría, 88(1), 7-14.
- 4.- Vásquez Garibay, E. (2016). Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. Gaceta medica de México, 152(1), 13-21.
- 5.- Vass, R. A. et al. (2019). Distribution of bioactive factors in human milk samples. International Breastfeeding Journal, 14(9), 1-10.
- 6.- Akpojene, F, (2019). Diarrhoea deaths and disability-adjusted life years attributable to suboptimal breastfeeding practices in Nigeria: findings from the global burden of disease study 2016, International Breastfeeding Journal, 14(4), 1-9.
- 7.- Mathias, J. et al. (2019). The association of infant feeding patterns with food allergy symptoms and food allergy in early childhood. International Breastfeeding Journal, 14(43), 1-12.
- 8.- Shub, A, (2019), The effect of breastfeeding on postpartum glucose tolerance and lipid profiles in women with gestational diabetes mellitus, International Breastfeeding Journal, 14(46), 1-5.

- 9.- Correa, L., & Baptista, A. (2015). Effect of breastfeeding on bone mass from childhood to adulthood: a systematic review of the literature. *International Breastfeeding Journal*, 10(31), 2-8.
- 10.- Cesar, Victora G., et al. (2015), 'Association Between Breastfeeding and Intelligence, Educational Attainment, and Income at 30 Years of Age: A prospective birth cohort study from Brazil,' *Lancet Global Health*, vol. 3, no. 4, pp. e199–e205.
- 11.- Abou-ElWafa, et al, (2018), 'Maternal Work and Exclusive Breastfeeding in Mansoura, Egypt', *Family Practice*, epub ahead of print, 1-8
- 12.- Baydar, A, (2016), Knowledge level, attitude and own experience of health professionals about breastfeeding and breast milk in a city of Turkey: Cross-sectional study, *Inonu University Faculty of Medicine*, (1), 1-10.
- 13.- Siregar, A, (2019), The financing need for expanded maternity protection in Indonesia, *International Breastfeeding Journal*, 14(27), 1-10.
- 14.- Lubold, A, (2019), Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries, *International Breastfeeding Journal*, 14(36), 1-12.
- 15.- Rimes, Karina A., et al. (2019), 'Maternity Leave and Exclusive Breastfeeding', *Revista De Saude Publica*, 53 (10), 10-14
- 16.- Navarro-Rosenblatt, et al, (2018) 'Maternity Leave its Impact on Breastfeeding: A review of the literature', *Breastfeeding Medicine*, 13(9), 589–597
- 17.- Chhetri, et al, (2018), 'Factors Affecting Exclusive Breastfeeding (EBF) Among Working Mothers in Udipi Taluk, Karnataka', *Clinical Epidemiology and Global Health*, 6(4), 216–219

18.- Berhanu, T. (2020). Trends and factors associated to early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding and duration of breastfeeding in Ethiopia: evidence from the Ethiopia Demographic and Health Survey 2016, *International Breastfeeding Journal*, 15(3), 2-13.

19.- Baydar, A, (2016), Knowledge level, attitude and own experience of health professionals about breastfeeding and breast milk in a city of Turkey: Cross-sectional study, *Inonu University Faculty of Medicine*, (1), 1-10.

20.- Pendergast, A, (2019), Knowledge and Attitudes Towards Breastfeeding Among Medical Students at Memorial University, *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 6305, 1-152