



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

TITULO: “Evaluación al personal de salud del Hospital Central Norte de Pemex antes y después de una capacitación y su impacto en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los Recién nacidos en la primera semana de vida”

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

PRESENTA:

Dra. María Luisa Mata Águila

Tutor: Dra. Esmeralda Islas

Asesor: Dr. Jorge Escorcia Domínguez

CIUDAD DE MEXICO, A JULIO DE 2017



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.



UNAM- Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales


Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TORAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educaticos e informativos y deberá citar la uente donde la obtuvo mencionando al 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.



**DRA. ANA ELENA LIMON ROJAS
DIRECTORA**



**DR. JESUS REYNA FIGUEROA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**



**DR. GUILLERMO WAKIDA KUSUNOKI
JEFE DEL SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**DRA. ESMERALDA ISLAS LÓPEZ
TUTOR DE TESIS**



**DRA. ESMERALDA ISLAS LÓPEZ
ASESOR DE TESIS**



**DR. JORGE ESCORCIA DOMÍNGUEZ
ASESOR DE TESIS**

INDICE

MARCO TEORICO

I.	ASPECTOS GENERALES DE LACTANCIA MATERNA	6
1.	DEFINICION DE LACTANCIA MATERNA	6
2.	CLASIFICACIÓN	6
3.	LA LECHE MATERNA Y SU COMPOSICION.....	6
4.	BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	11
5.	RIESGOS Y PERJUICIOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS PARA EL LACTANTE	14
6.	LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO	16
II.	PANORAMA DE LA LACTANCIA MATERNA	17
1.	LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO	17
2.	LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO.....	17
3.	LACTANCIA MATERNA EN HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX	18
III.	LA AUTOFICACIA MATERNA Y EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	18
IV.	EL HOSPITAL Y LOS SERVICIOS DE SALUD COMO INFLUYENTES DEL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA	20
V.	LA IMPORTANCIA DE UN TRABAJADOR DE SALUD CAPACITADO EN LACTANCIA MATERNA	20
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
	JUSTIFICACIÓN	23
	OBJETIVOS	24
	HIPOTESIS	24
	MATERIAL Y MÉTODOS	25
	ASPECTOS ÉTICOS	31
	RESULTADOS	32
	DISCUSIÓN.....	49
	CONCLUSIONES.....	50
	BIBLIOGRAFÍA	51
	ANEXOS	53

AGRADECIMIENTOS

Primero agradezco a Dios por ponerme en el hermoso camino de la medicina, iluminarme y brindarme las herramientas cada día para continuar mi camino.

De manera especial a mis padres pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida personal y profesional, sembraron en mi las bases de la responsabilidad y deseos de superación, teniéndolos a ellos como ellos el reflejo en el que me quiero reflejar pues sus virtudes son muchas y me llevaron a admirarlos cada día más.

A mi asesora de tesis la Dra. Esmeralda Islas por haberme ayudado en la elaboración de mi tesis con sus conocimientos y paciencia.

A la Dra. Patricia Meza por haberme guiado no solo en el ámbito profesional sino también en el humano durante mi formación, por incentivar me a seguir adelante.

Mi agradecimiento también va dirigido al Jefe de Servicio de Pediatría del HCN el Dr. Jorge Escorcía, por haber aceptado que se realizará mi tesis y su apoyo incondicional durante esta.

A mis compañeros por la amistad y apoyo en muchos aspectos.

A mis pacientes por confiar en mí y dejar que aprendiera de ellos.

MARCO TEÓRICO

I.- ASPECTOS GENERALES DE LACTANCIA MATERNA

1. DEFINICION DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el proceso de alimentación de los niños con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis meses de edad de forma exclusiva y acompañado de otros alimentos hasta los dos años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental. (1)

2. CLASIFICIACIÓN

Lactancia materna puede ser completa o parcial. La lactancia materna completa puede ser exclusiva o sustancial.

Lactancia exclusiva: Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido, con fines nutricionales o no.

Lactancia sustancial o casi exclusiva: Es la alimentación del seno materno, pero brinda agua o té entre las tetadas.

La lactancia puede ser alta, media o baja y clasificarse como: temprana, intermedia y tardía.

Alta: Cuando el 80% del total de tetadas son con el seno materno

Media: Cuando se da seno materno entre el 20 y 79% de las tomas.

Baja: Cuando se da seno materno en menos del 20% de las tomas. (2)

3. LA LECHE MATERNA Y SU COMPOSICION

La leche materna sufre modificaciones de los elementos que la integran en diferentes etapas.

1. Precalostro. Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa.

2. Calostro. Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA-), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles.

El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.

3. Leche de transición. Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

4. Leche madura. Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. Tiene un perfil estable de sus diferentes componentes:

- Agua. Representa el 87% del total de sus componentes 3,6 y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios.

- Osmolaridad. La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles de leche entera de vaca (350 mOsm). Su importancia estriba en que a mayor carga renal de solutos, mayor será el requerimiento de líquidos claros que deben darse al bebé.

- Energía. Aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas. 7,12 • Hidratos de Carbono. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el

crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. La galactosa, sustrato del anterior, es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos en el sistema nervioso central. Cuenta además con más de 50 oligosacáridos que funcionan como factores de crecimiento de Bifidobacterias, falsos receptores para bacterias patógenas de la vía aérea contra H. influenza y N. catharralis y en la vía urinaria e intestinal, contra E. coli.

- **Grasas.** El volumen de lípidos difiere entre mujeres (de 1 a 7 g/dL). La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico (AAL, 18:3n-3) y el ácido linoléico (AL, Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de novo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre.

Estos ácidos grasos se convierten en ácidos grasos poliinsaturados (LC-PUFA's) tales como el ácido docosaenoico (ADH; 22:6n-3)x3, vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; y el ácido araquidónico (AA; 20:4n-6), útil como sustrato para la síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas, los leucotrienos y tromboexanos, que modulan las respuestas inflamatoria e inmune al activar la proliferación de linfocitos, células asesinas, la producción de citocinas y de IgE en las células inflamatorias.

La industria no ha podido igualar la relación que hay de 1.3:1 entre ácidos grasos poliinsaturados/saturados de la leche humana, cuya importancia clínica es contribuir a la absorción de calcio y fósforo. Aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales. Además, favorece la constitución y especialización de enzimas como la hidroximetil-glutaril Co enzima A reductasa hepática y la 7 α hidroxilasa biliar, así como los receptores de lipoproteínas 17, lo que durante la infancia se traduce en concentraciones séricas elevadas de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad (LDL) para regular la diferenciación, proliferación y distribución de adipocitos en la vida adulta.

Además son un factor de protección contra la enfermedad coronaria aterosclerosa, ya que estas concentraciones séricas descienden. 21-23 Finalmente, contiene lipasa, una enzima que mejora la digestión de las grasas por el lactante.

- **Proteínas.** En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son

de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa. Las proteínas de la leche humana se dividen en dos grupos: 26 Las proteínas del suero, de las cuales la α -lactoalbúmina es la más abundante (37%). Su importancia estriba en que actúa como cofactor en la biosíntesis de lactosa. Tiene baja alergenicidad, debido a un peso molecular de 14,500 Da, 27,28 mucho menor si se compara con la β -lactoglobulina, que llega a pesar 36,000 Da, como en la leche entera de vaca y por tanto, en las fórmulas infantiles. 29 La lactoferrina representa el 27% de total de seroproteínas. Se une al hierro para mejorar su transporte y absorción. 30 La trascendencina protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora 31 que liga antígenos específicos en el tubo digestivo porque resiste la digestión debido a su estabilidad por un pH bajo. Finalmente, la lisozima actúa frente a la pared celular de bacterias Gram positivas

La caseína, contribuye al transporte de calcio, fósforo y aminoácidos para fines estructurales a nivel celular. 26 En la leche materna sólo hay dos de las tres subunidades que existen: la β -caseína que se une con la K-caseína y con los iones de fósforo para formar micelas de pequeño tamaño (30-75 nm) que comparado con los 600 nm que mide la α -caseína de la leche de vaca, son mejor digeridas en el intestino del bebé. En los primeros diez días posparto la leche humana tiene una relación proteínas del suero/caseína de 90/10; cambia a 60/40 hasta los ocho meses y se mantiene en 50/50 hasta el fin de la lactancia, lo cual la vuelve fácilmente digerible. Entre los compuestos nitrogenados de la leche se encuentran los aminoácidos de los que sobresalen la taurina, por favorecer la digestión de grasas y el desarrollo del sistema nervioso central; la carnitina, necesaria para la oxidación de lípidos en la mitocondria del cerebro y el ácido glutámico, la cistina y la glutamina que actúan como neuromoduladores y neurotransmisores. Y a los aminoazúcares, los péptidos y el factor de crecimiento epidérmico que contribuyen al desarrollo y función de la mucosa intestinal. Se han identificado en la leche humana 13 nucleótidos; destacan la adenosina, la citidina, la guanosina, la uridina y la inosina que promueven el crecimiento y la maduración intestinal, favorecen la función inmune, modifican la microflora intestinal, incrementan la biodisponibilidad del hierro y aumentan la concentración de lipoproteínas de alta densidad y los ácidos grasos de cadena larga.

- Vitaminas. En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima; la niacina y la vitamina C son las más abundantes. De las liposolubles, la leche de mujer contiene mayores concentraciones de β -caroteno y la vitamina E. A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un

sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses.

En la leche materna los niveles deseables se alcanzan dando un suplemento a la madre; en forma exógena se adquiere por la acción del sol y de los rayos ultravioleta. La vitamina K nunca es óptima en leche materna (2 mcg/L) si se compara con los requerimientos diarios de 12 mcg/día, por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1 mg intramuscular en dosis única.

- **Minerales.** Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca sólo es de 10%. Una explicación para esto es que el hierro en la leche materna se encuentra unido a las seroproteínas en 65 a 81% y una baja cantidad (2 a 14%) unido a la caseína, que al tener un paso lento por el estómago, sufre una degradación. 37 La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con sólo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia.

- **Oligoelementos.** El zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas; su concentración en la leche humana es de 2 a 4 mcg/mL y tiene biodisponibilidad elevada: 45 a 58% de la fracción sérica de las proteínas. El flúor, a pesar de su baja cantidad en leche materna, es útil para evitar las caries, lo cual es evidente si se compara a los niños alimentados al pecho materno con los alimentados con biberón. Finalmente, el magnesio se mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la leche humana para prevenir hipocalcemia en el recién nacido. (3)

4. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

BENEFICIOS PARA LOS LACTANTES:

Protección Inmunológica (principalmente contra enfermedades respiratorias y digestivas): Posee variados compuestos inmunoquímicos que ofrecen protección, contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, factores antiinflamatorios y factores específicos (antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios), además de inmunoglobulina IgA secretora, que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias.

En cuanto a las infecciones respiratorias, posee el factor lípido antiviral, que protege contra el virus de la influenza, la alfa-2-macroglobulina que actúa contra los virus de la influenza y parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas, provee anticuerpos contra el virus sincitial respiratorio y una glicoproteína llamada lactaderina, que se adhiere específicamente a los rotavirus e inhibe su radicación. Además protege contra los agentes causantes de diarrea, y si ésta se produce, acorta su duración y disminuye complicaciones como la deshidratación, esto gracias a componentes como el factor bífido, que evita la implantación y desarrollo de agentes productores de diarreas (E. coli, Shigella y protozoarios); y la globotriasilceramida, que se une a la toxina S. shiga, o a otras similares, protegiendo a los/as niños/as de agentes bacterianos productores de estas toxinas.

Nutrición óptima: La leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros 6 meses de vida.

Una característica importante de la leche materna, para ser considerada un fluido capaz de aportar nutrición óptima, es su capacidad de adaptarse a las necesidades del recién nacido/a, por ello su composición varía de acuerdo a factores como la edad gestacional al momento del nacimiento, edad cronológica, momento de la mamada y hora del día.

En este contexto se entiende que el calostro tiene características especiales que lo hacen importante para el/la recién nacido/a, y que lo diferencian de la leche materna, ésta última ha demostrado ser capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año vida, y seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad incluso después de los dos años.

Es un fluido de fácil digestibilidad. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión, se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal, además de reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante. Adecuado desarrollo maxilofacial Ya que, durante los primeros meses de vida, tanto el desarrollo maxilofacial como la maduración de las futuras funciones bucales (masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje), dependen en gran medida del equilibrio funcional que exista de la succión-deglución-respiración. Es así como los/as niños/as amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales que los/as niños/as que reciben mamadera.

Promueve el desarrollo psicomotor: Los/as niños/as que reciben leche materna muestran mayor precocidad en el desarrollo psicomotor, deambulan antes y desarrollan un mayor cociente intelectual. Posee taurina, un aminoácido esencial, cuya carencia podría producir secuelas sensoriales, además ácidos grasos esenciales como el ácido araquidónico y docosahexaenoico (DHA), ambos contribuyen al desarrollo del cerebro, así como el de la retina. Además posee alta concentración de ácido siálico, sustancia asociada con el aprendizaje.

BENEFICIOS PARA LA MUJER:

Beneficio económico: Permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y social, como los/as niños/as lactados/as al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida, se disminuye el ausentismo laboral de los padres, se consumen menos recursos sanitarios (hospitalización, medicamentos y atención profesional) y la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de productos sustitutos de la leche materna es elevado.

Efecto anticonceptivo: Este juega un papel importante en el espaciamiento de los embarazos, basándose en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación, siempre que la madre alimente al/la niño/a con lactancia exclusiva o casi exclusiva y se mantenga en amenorrea, sin considerar cualquier sangrado ocurrido dentro de los primeros 56 días del puerperio. Cuando se cumple con estas condiciones, la lactancia natural confiere más del 98% de protección contra el embarazo en los primeros 6 meses postparto, estos lineamientos constituyen la base del Método de la Amenorrea de la Lactancia.

Efecto involutivo post-parto. (Favorece la retracción uterina y disminuye el riesgo de hemorragias post-parto): El sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de

la leche, contrae la fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original.

Disminuye el riesgo de sufrir Ca-mama y Ca-ovario: Produce la maduración del tejido mamario, haciéndolo más resistente a la neoplasia de mama. Considerando que durante la primera mitad del embarazo se produce la proliferación de células mamarias y que durante la segunda mitad es predominante la diferenciación celular, la lactancia materna favorecería esta diferenciación y maduración celular a nivel mamario, además de reducir el número de ciclos menstruales durante la vida, disminuyendo por consecuencia la acción proliferativa de los estrógenos sobre la glándula mamaria. Aún no se encuentra claramente definida la forma en que la lactancia disminuye el riesgo de Ca-ovario, pero se asociaría con la menor exposición a estrógenos y progesterona que tendría la mujer durante el periodo de lactancia, debido a la interrupción de la producción de hormonas en los ovarios.

Disminuye el riesgo de Osteoporosis: En relación a la remineralización ósea, después del destete, la densidad ósea de las madres que lactaron vuelve a sus niveles preconcepcionales y en ocasiones a niveles mayores. A largo plazo, la lactancia da como resultado huesos más fuertes y menor riesgo de osteoporosis. Por otro lado, el riesgo de fractura de cadera en mujeres mayores de 65 años se reduce a la mitad si han amamantado y si lo han hecho por 9 meses, se reduce a un cuarto.

Favorece el vínculo madre-hijo/a: En este contexto se ha descubierto el papel que cumple la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino de el/la niño/a, contribuyendo a crear la dependencia de él/ella hacia su madre, así también las caricias o contacto piel - piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, secreción que en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo para la prolongación de ésta. Por otro lado, las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis.

5. RIESGOS Y PERJUICIOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS PARA EL LACTANTE

A CORTO PLAZO:

Existe una peor adaptación gastrointestinal: La alimentación con sucedáneos provoca un tránsito intestinal más lento, 3 horas para el vaciado gástrico frente a 1 hora en los niños amamantados junto con una eliminación de meconio más lenta. La ausencia de hormonas en los sucedáneos (insulina, hormona de crecimiento...) retrasa la maduración del epitelio intestinal y el cierre de las uniones intercelulares favoreciendo el paso de antígenos y bacterias a la circulación sistémica los primeros días de vida, lo que condiciona que los lactantes alimentados con sucedáneos sean más susceptibles a las intolerancias alimenticias, principalmente a la leche de vaca, al cólico del lactante, al estreñimiento, al reflujo gastroesofágico y a la hernia inguinal.

Aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos : El lactante alimentado con sucedáneos no dispone de factores que estimulen su inmunidad y que ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos. Por ello padecen con mayor frecuencia infecciones gastrointestinales por Rotavirus, Giardia Lamblia, Shigella, Campylobacter y E. Coli enterotoxigénica. Las infecciones respiratorias de vías bajas por virus sincitial respiratorio, haemophilus influenzae y neumococo son hasta un 60% más elevadas.

Las infecciones de orina, la otitis media aguda y la sepsis y meningitis también son más frecuentes en niños y niñas no amamantados incluso meses después de finalizar el periodo de lactancia.

Entre los prematuros se observa mayor incidencia de enterocolitis necrotizante y de sepsis neonatal tardía.

El síndrome de muerte súbita del lactante: Ocurre con mayor incidencia global en los lactantes no amamantados con clara relación dosis respuesta: a menor tiempo de amamantamiento mayor riesgo de muerte súbita. Así mismo, en EEUU se constató que el riesgo relativo de mortalidad postneonatal entre los lactantes no amamantados fue 1,3 veces mayor cuando se comparó con la mortalidad de los amamantados; el efecto protector aumentó con el tiempo de amamantamiento.

A MEDIO Y LARGO PLAZO

Dificultades digestivas o de alimentación: el sabor del sucedáneo no se modifica; sin embargo la leche de madre traslada los aromas y sabores de la dieta materna al lactante amamantado. Por ello la administración de sucedáneos puede dificultar la adaptación a la alimentación complementaria. Además se ha descrito un aumento de riesgo de maloclusión y mordida abierta en los lactantes alimentados con biberones.

Peor desarrollo neurológico: Durante la etapa postnatal de desarrollo cerebral en el lactante no amamantado se observa menor cantidad de ácido siálico y ácido docosahexaenoico en la sustancia gris y en la sustancia blanca cerebelosa, menor maduración al año de vida y retraso en la adquisición de los valores adultos de conducción nerviosa central y periférica. En los prematuros se observa peor desarrollo psicomotor, neurovisual y de la maduración del tronco cerebral.

Obesidad: lactantes no amamantados presentan un incremento del 20% en el riesgo de sobrepeso y un 25% en el de obesidad cuando se comparan con los amamantados, con relación dosis respuesta que apoya la asociación causal.

Cáncer: el metaanálisis realizado sobre todos los estudios publicados entre 1966 y 2004 sugiere un incremento en el riesgo de cáncer infantil en los lactantes no amamantados: 9% para leucemia linfoblástica aguda, 24% para linfoma de Hodgkin, y 41% para neuroblastoma.

Enfermedades autoinmunes: en los no amamantados hay mayor riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal y se incrementa el riesgo de enfermedad celíaca. En familias susceptibles, la introducción temprana de leche de vaca y/o la ausencia de amamantamiento aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo I y II. El riesgo es mayor cuanto menor es el tiempo de lactancia o más temprana la exposición a las proteínas de leche de vaca. Hay también aumento de riesgo de artritis reumatoide juvenil y de enfermedad tiroidea autoinmune.

Enfermedades alérgicas: en un estudio de cohorte en Suecia se comparó la evolución de los lactantes amamantados al menos cuatro meses frente a los no amamantados y se encontró que estos últimos tenían mayor incidencia de asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica, alergia a alimentos, síntomas respiratorios tras exposición a pólenes o pelo de animales y enfermedad alérgica con manifestaciones múltiples.

Peor vínculo afectivo y mayor riesgo de maltrato infantil: el contacto estrecho con la madre durante el amamantamiento, con máximo contacto físico e intercambio

de olores y sonidos, el aporte de triptófano en la leche humana y la secreción de oxitocina en la sangre materna, favorecen sentimientos de bienestar, reducen el estrés y ayudan a establecer un estrecho vínculo afectivo entre madre e hijo. En el estudio de factores de riesgo para el maltrato infantil se identificó que el no haber sido amamantado incrementaba el riesgo en mayor proporción que el ser hijo o hija de madre joven, pobre o bebedora. (4)

6. LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO

La leche materna es una sustancia viva que produce beneficios significativos ya conocidos ampliamente, se sabe que puede salvar la vida a millones de niños y prevenir enfermedades graves. Organizaciones importantes a nivel mundial como la UNICEF y la OMS han hecho un atento llamado a todos los sectores sociales para fomentarla determinando que la función especial de los servicios de maternidad es la Protección, promoción y apoyo a la lactancia natural:

Cualquier establecimiento de salud con servicios de maternidad que esté interesada en convertirse en Hospital Amigo del Niño debe en primera instancia evaluar sus prácticas actuales concernientes a los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa:

1. Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia y como realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo veinticuatro horas al día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados a pecho.
10. Fomentar el establecimiento de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos. (5)

II. PANORAMA DE LA LACTANCIA MATERNA

1. LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

En el contexto mundial diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la lactancia materna (LM) como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.(6)

Desde inicios de los años 90 la promoción de la LM comienza con la Declaración Innocenti , que fue aprobada en la 45a Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se estableció el comienzo para el desarrollo e implementación de legislaciones tales como: el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la implementación de Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural que luego fueron organizadas como la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (7)

La OMS definió la LME como: la alimentación del infante con solo leche materna, incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas Las bajas frecuencias de LME están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. (8)

2. LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

En México, solo 18% de los niños recién nacidos reciben leche humana en su primera hora de vida; por otra parte, la UNICEF estima que ocho de cada diez madres mexicanas alimentan a sus hijos con fórmulas lácteas.

La UNICEF menciona que México es la segunda nación del mundo donde cada vez menos número de mujeres alimentan al seno materno a sus hijos, y solo dos de cada diez menores de seis meses son alimentados únicamente con leche materna, por lo que en México la lactancia al seno está por debajo de la escala mundial. (9)

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública, la lactancia en México ha tenido cambios drásticos y desfavorables. Entre 2006 y 2012 bajo casi 8 puntos porcentuales al pasar de 22.3 a 14.4% en el promedio nacional, mientras que en el medio rural disminuyo a la mitad (de 36.9 a 18.5%) (10)

La última Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) registra que las prácticas de lactancia en México están muy por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Poco más de un tercio de los niños son puestos al seno materno en la primera hora de vida y se observa un porcentaje sumamente bajo de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva (14.4%). ⁽¹¹⁾

3. LACTANCIA MATERNA EN HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX

Son múltiples los estudios que existen sobre los beneficios que proporciona lactancia materna exclusiva al bebé, a la madre y a la economía del país, sin embargo siendo bien conocidos por los trabajadores de la salud que están en contacto con las madres y siendo transmitidos estos a las madres en control prenatal, en club de lactancia materna, alojamiento conjunto y en zona de hospitalización sigue siendo bajo el porcentaje de prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y alto el porcentaje de abandono de la lactancia materna en niños menores de 24 meses de edad en el Hospital Central Norte de Pemex.

Porcentajes que se ven reflejados en un estudio Observacional, Prospectivo, de corte transversal, en cual se le realizó en julio de 2015 a Derechohabientes, mujeres con hijos lactantes hasta los 24 meses de edad, del Hospital Central Norte de PEMEX, estudiando un total de 83 binomios..

De los resultados más importantes se destaca que el 100% de las pacientes llevaron control prenatal y también el 100% estaba dispuesto a dar lactancia, por lo cual son pacientes que se encontraron en contacto con trabajadores de salud aunque sea en una ocasión antes de su parto.

Se encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue solo del 19 (22.9%). La alimentación con fórmulas lácteas en los primeros 3 días de vida fue en 37 (44.5%).

Las causas de suspensión más comunes de la lactancia en cualquier momento del tiempo de lactancia fue debido a la percepción de la madre de que su bebé se quedaba con hambre en 27 (32.5%), disminución de la producción en 11 (13.2%), debido a reinicio de actividades laborales 10 (12%) y causas diversas el resto de los casos. (12)

III. LA AUTOEFICACIA MATERNA Y EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

La autoeficacia materna para la lactancia materna es la percepción de las madres sobre su habilidad para dar pecho y se relaciona con la duración y la exclusividad de la lactancia. Esta variable se asocia además a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna parcial o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres perciben que su leche es insuficiente. (13)

La autoeficacia es uno de los factores modificables útiles para la planificación de actividades de promoción y apoyo a lactancia materna durante la gestación y el posparto. Esto predice si una mujer decidirá amamantar o no, el esfuerzo que dedicará a esta actividad, los modelos de pensamientos positivos o negativos y la reacción emocional antes las dificultades en la lactancia. (14)

En la práctica médica, se ha podido observar que el abandono de la lactancia materna constituye un problema de salud en la comunidad pediátrica; La Dra. Cindy- Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, basándose en los postulados del psicólogo Albert Bandura, planteó la teoría de la autoeficacia de la lactancia materna, la cual hace énfasis en la confianza la madre, plante la influencia de 4 principales fuentes de información para la madre:

- 1) Logros durante la práctica de la lactancia materna previa (por ejemplo amamantamiento de hijos mayores)
- 2) Experiencias indirectas (como observar a otras mujeres que dan de lactar)
- 3) Persuasión verbal (ánimo proveniente de terceras personas como familiares, amigos, médicos)
- 4) Respuestas fisiológicas (fatiga, estrés y ansiedad) (15)

IV. EL HOSPITAL Y LOS SERVICIOS DE SALUD COMO INFLUYENTES DEL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA

Las características del lugar donde tiene el lugar el parto y el tipo de cuidados que recibe la madre durante la estancia posparto están relacionadas con el inicio y la duración de la lactancia materna. Algunos de los aspectos que han contribuido a este hecho son la falta de formación y habilidades de los profesionales para manejar los problemas de lactancia materna, la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan o las practicas que dificultan la lactación o reducen la producción de leche de las mujeres. (16)

Entre los obstáculos para la lactancia en los hospitales se encuentra el retraso en el contacto precoz de piel con piel entre los recién nacidos y sus madres, o la provisión rutinaria de suplementos de leche arterial. (17)

Entre los factores relacionados con la falta de habilidades o conocimientos de los profesionales o con la inadecuación de los recursos de apoyo a las mujeres se encuentran: las recomendaciones inapropiadas de abandonar la lactancia materna o de suplementar con leche artificial, el alta precoz hospitalaria en algunos contextos, la falta de un adecuado seguimientos postparto, información contradictoria y la falta de apoyo de los profesionales. (18)

V. LA IMPORTANCIA DE UN TRABAJADOR DE SALUD CAPACITADO EN LACTANCIA MATERNA

El personal capacitado en lactancia materna es quien conoce, promueve y tiene las habilidades para orientar sobre los 10 pasos hacia una lactancia exitosa propuesta por la OMS y desarrolla un cambio de actitud al incrementar la capacidad individual y colectiva para un eficaz desempeño en su trabajo, contemplado en la Ley Federal del Trabajo de México. (19)

La capacitación se define como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción formal, con el objetivo de enfrentar los cambios tecnológicos y de innovación productiva de manera competente y provechosa. (20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son bien conocidos durante la última década los beneficios que proporciona la lactancia materna por lo cual diversas organizaciones la han normado como parte de sus metas. Incluso es uno de los derechos más importantes que tienen los bebés según la Convención Internacional por los Derechos del Niño.

Los servicios médicos de Pemex no han sido la excepción y se ha caracterizado por lograr que en sus hospitales y clínicas se desarrollen de manera uniforme los parámetros de calidad óptima de la atención del binomio madre e hijo, desde el embarazo, atención del parto, puerperio y el cuidado de la salud de los niños hasta los 2 años de edad, actualmente cuenta con el Programa Arranque Parejo en la Vida dentro del cual se encuentra el club de lactancia materna.

Sin embargo a pesar de las estrategias ya reglamentadas continuamos teniendo un alto índice de abandono de lactancia materna a pesar del constante trabajo de promoción, protección y apoyo que tenemos sobre los derechohabientes.

En el HCN encontramos un alto índice de abandono de lactancia materna y ante este panorama es necesario determinar si nuestro personal se encuentra realmente capacitado para implementar estrategias de impacto para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

Una de las formas más efectivas para poder valorar estos conocimientos en los trabajadores del HCN es realizando una evaluación sobre temas de lactancia materna.

Para esto se requiere evaluar antes y después de una capacitación que brinda estrategias para la educación de lactancia materna a nuestros trabajadores de la salud para después evaluar el impacto de esta en la prevalencia de lactancia materna sobretodo en la primer semana de vida que es el etapa crítica que determina el éxito de esta hasta los 6 meses de vida, aumentando la autoeficacia materna.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de salud del Hospital Central Norte de Pemex antes y después de una capacitación y su impacto en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los Recién nacidos en la primer semana de vida?

JUSTIFICACIÓN

La alimentación es sin duda un aspecto fundamental de la vida humana, debido a que es una necesidad primaria que nos ayuda a cumplir con las necesidades de crecimiento, obtención de energía y es un pilar indispensable de salud. El primer contacto del ser humano con el proceso de alimentación lo brinda la lactancia materna la cual no es solo un alimento, sino que es un fluido vivo y complejo, que es única para cada madre y cada bebé. Esta como alimento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida tiene múltiples beneficios para la madre y el niño sin embargo esta prevalencia es muy baja gracias a la mala autoeficacia materna.

El tener un personal capacitado ayuda fomentar la autoeficacia que es uno de los factores modificables útiles para la planificación de actividades de promoción y apoyo a lactancia materna durante la gestación y el posparto.

Todas estas actividades ayudarán a mejorar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de edad, provocando niños mejor alimentados y sanos para prevenir las principales enfermedades a corto plazo las infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales y a largo plazo enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y asma.

Al prevenir todas estas enfermedades proporciona menos gastos en el sector salud para el gobierno y para las familias, a su vez al haber niños sanos tendremos adultos sanos mejorando la productividad de nuestro país.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud del Hospital Central Norte de Pemex antes y después de una capacitación y su impacto en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los Recién nacidos en la primer semana de vida.

Objetivos específicos

- Capacitar sobre lactancia materna al personal de salud del HCN de Pemex
- Correlacionar el cargo con el nivel de conocimientos obtenido antes de la capacitación.
- Comparar la media de puntuación de conocimientos antes y después de la Capacitación.
- Determinar el cargo de la puntuación máxima y el cargo de la puntuación mínima obtenida antes y después de la capacitación.
- Correlacionar la lactancia materna exclusiva con la capacitación de la madre por el personal de salud.
- Correlacionar la capacitación materna con el cargo del personal salud que la realizó.

HIPOTESIS

El nivel de conocimiento del personal de salud del personal de salud del Hospital Central Norte de Pemex mejora después de una capacitación e impacta en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los Recién nacidos en la primer semana de vida

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO: Observacional, Prospectivo, de corte transversal, descriptivo. En donde se pretende Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los recién nacidos en el HCN de Pemex después de una capacitación al personal de salud.

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

Personal de salud involucrado en la atención de pacientes embarazadas y en periodo perinatal en el HCN de Pemex y los Recién nacidos en los meses marzo a junio de 2017

Total de trabajadores: 93

- Médico ginecólogo : 9
- Médico pediatra : 14
- Enfermeras pediatras : 27
- Asistentes pediatras: 12
- Residentes ginecología: 22
- Residente pediatría : 9

MUESTRA: A conveniencia, Para el estudio se tomará la totalidad de los recién nacidos en el mes de marzo a junio de 2017 en el HCN de Pemex y la totalidad del personal de salud involucrado en la atención perinatal.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Binomios obtenidos durante los meses de marzo a junio de 2017 en la primera semana de vida en el HCN que pasen a alojamiento conjunto.
- Personal de salud involucrado en la atención de pacientes embarazadas y en periodo perinatal en el HCN de Pemex
- Personal de salud involucrado en la atención de pacientes embarazadas y en periodo perinatal en el HCN de Pemex que se encuentre en el HCN durante las fechas de la capacitación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Recién nacidos enfermos o que requieran algún cuidado especial en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.
- Personal de salud que no esté involucrado en la atención de pacientes embarazadas y en periodo perinatal en el HCN de Pemex
- Se excluirá del estudio el personal de salud involucrado en la atención de pacientes embarazadas y en periodo perinatal en el HCN de Pemex que se de vacaciones o suspendido de sus labores en las fechas de la capacitación y de las evaluaciones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Lactancia materna exclusiva en la primer semana de vida	Proporción de Recién nacidos en su primer semana de vida alimentados exclusivamente con leche materna	Se obtuvo la información por medio de una encuesta.	Cualitativa dependiente	SI NO
Conocimiento Sobre lactancia materna	Acción y efecto de conocer, entendimiento. conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, sobre lactancia materna	Se obtuvo la información por medio de un cuestionario. Cada respuesta tiene el valor de 10 puntos.	Cualitativa Escala de intervalo. dependiente	00-50 DEFICIENTE 51-75 REGULAR 76-99 BUENO 100 EFICIENTE.
Actitudes en lactancia materna	Disposición de ánimo manifestada externamente hacia algún tema o labor sobre Lactancia materna	Se obtuvo la información por medio del cuestionario 2 Cada respuesta un valor de 10 puntos	Cualitativa Escala de intervalo dependiente	00-50 ACTITUD NEGAIVA 51-75 NO DEFINE ACTITUD 76-99 DEFINE POCO SU ACTITUD 100 ACTITUD POSITIVA

INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
CARGO DEL PERSONAL DE SALUD	conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica , la tecnología y la división del trabajo	Se le pide al personal anotar el cargo en el cuestionario	Cualitativa nominal independiente	Medico ginecólogo. Medico pediatra. Enfermeras Peditras. Asistentes peditras. Residentes de ginecología Residentes de pediatría
CESAREA	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.	Se obtuvo la información por medio de una encuesta.	Cualitativa nominal Independiente	SI NO
PARTO	Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación por vía vaginal.	Se obtuvo la información por medio de una encuesta	Cualitativa nominal Independiente	SI NO
APEGO INMEDIATO	Es el acercamiento inmediato al nacimiento del bebé y la madre que permite garantizar un desarrollo emocional adecuado del niño.	Se obtuvo la información por medio de una encuesta	Cualitativa nominal Independiente	SI NO
CAPACITACION PRENATAL SOBRE LACTANCIA MATERNA	Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes de las madres sobre la lactancia materna antes del nacimiento.	Se obtuvo la información por medio de una encuesta	Cualitativa nominal Independiente	SI NO
CARGO DEL CAPACITADOR PRENATAL SOBRE LACTANCIA MAERNA	Conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica , la tecnología y la división del trabajo	Se obtuvo la información por medio de una encuesta	Cualitativa nominal Independiente	Ginecólogo Pediatra Enfermera Asistente de Enfermería.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Se realizará en 4 etapas:

- 1. ETAPA DE EVALUACIÓN PREVIA:** A los trabajadores de salud del HCN que se encuentren en contacto directo con pacientes embarazadas y en periodo perinatal, se aplicará cuestionario sobre conocimientos y estrategias de lactancia materna, previo a capacitación sobre lactancia materna.

Se aplicará cuestionario validado en conocimientos básicos y actitudes sobre lactancia materna basado en la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO y DE LA MADRE (Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural) para trabajadores del sector salud.

- 2. ETAPA DE CAPACITACIÓN:** Los trabajadores de salud del HCN que se encuentren en contacto directo con pacientes embarazadas y en periodo perinatal tomarán la capacitación mediante el curso virtual “Aprendiendo Lactancia y amamantamiento” basado en principios de la Organización Mundial de la Salud y avalado por el Instituto Nacional de Salud Pública el cual se encuentra de forma gratuita en internet en el siguiente link: <http://lactancia.inspvirtual.mx/>

El cual está basado en evidencia científica y recomendaciones sobre la lactancia materna vigente hasta el 2014. Se basa principalmente en el Capítulo modelo de “La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. OMS 2010

Se Basa en 7 módulos los cuales cuentan con contenido del curso, evaluación final (para continuar los módulos se tiene que obtener una calificación mínima de 7) y referencias bibliográficas con evidencia científica. Al aprobar los 7 módulos se obtendrá una constancia con un valor curricular de 40 horas lo requerido como lineamientos del Hospital amigo de la madre y del niño.

- 3. ETAPA DE EVALUACIÓN POSTERIOR:** A los trabajadores de salud del HCN que se encuentren en contacto directo con pacientes embarazadas y en periodo perinatal, se aplicará cuestionario sobre conocimientos y estrategias de lactancia materna, previo a capacitación sobre lactancia materna.

4. EVALUACIÓN DEL IMPACTO: Se valorará la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los paciente recién nacidos durante los meses marzo a junio en el HCN en la primera semana de vida realizando la encuesta basada en el cuestionario que fué elaborado y realizadó por el Instituto Nacional de Salud Pública durante la Encuesta Nacional de Salud del año 2012, el cual se realizará en consulta externa de pediatría en control de Niño sano de nuestro Hospital a madres con hijos en la primera semana de vida. Se realizará un análisis de los resultados de los mismos para valorar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en la primera semana de vida.

MATERIAL

A) RECURSOS HUMANOS

- Médico residente el cual realizará cuestionarios de evaluación
- Previa capacitación del médico residente y asesor con curso-taller de educador en Lactancia Materna de 20 horas (Childbirth and Postpartum professional Association) y del mismo curso virtual capacitante “Aprendiendo Lactancia y amamantamiento” de 40 horas para reforzar conocimientos en el personal de salud y de las madres estudiadas.
- Asesor de tesis

B) RECURSOS MATERIALES

- Cuestionario para evaluación de conocimientos de lactancia materna
- Información obtenida artículos de investigación
- Hojas papel, lapiceros, programa de EXCELL, programa SPSS y laptop
- Internet.
- Curso virtual “Aprendiendo Lactancia y amamantamiento” basado en principios de la Organización Mundial de la Salud. Avalado por el Instituto Nacional de Salud Pública el cual se encuentra de forma gratuita en internet en el siguiente link: <http://lactancia.inspvirtual.mx>

ASPECTOS ETICOS:

Sin conflicto de intereses.

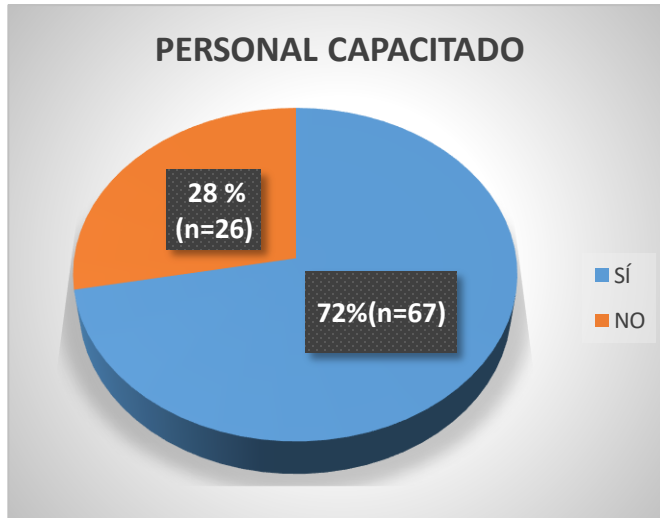
Sin discriminación de tipo lesiva

Estudio se manejará con estricto apego a las especificaciones de:

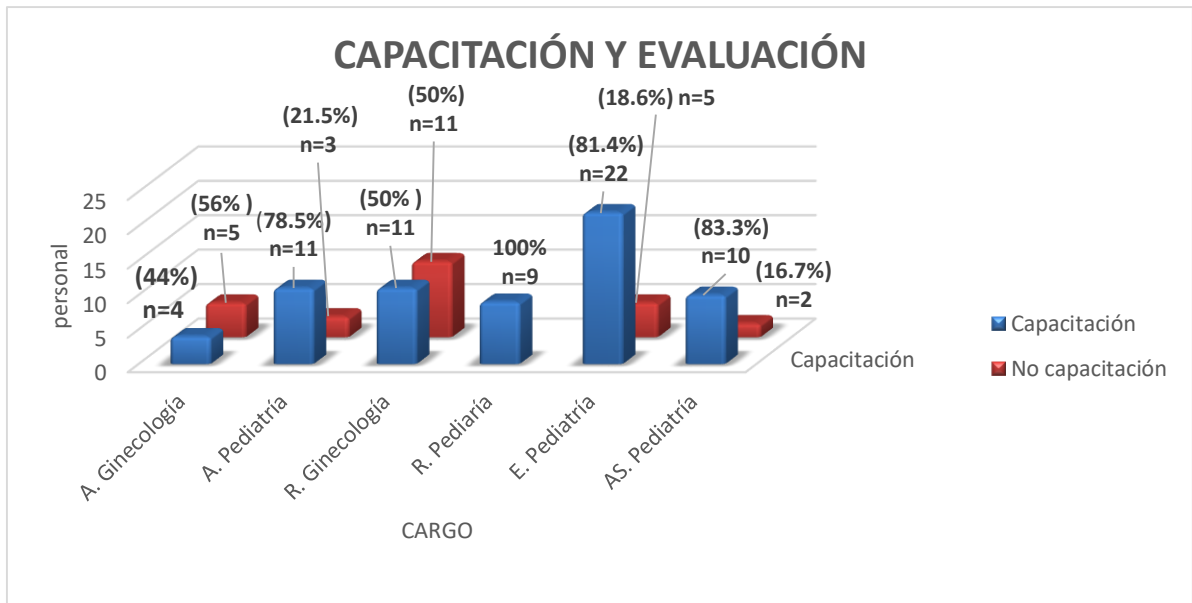
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en las Instituciones de Atención a la Salud respecto a la confidencialidad y anonimato de los sujetos participantes.
- La Declaración de Helsinki.

RESULTADOS:

Se logró capacitar y evaluarse el 72% (n=67) de la totalidad del personal que se había planeado incluir en el estudio (n=93).

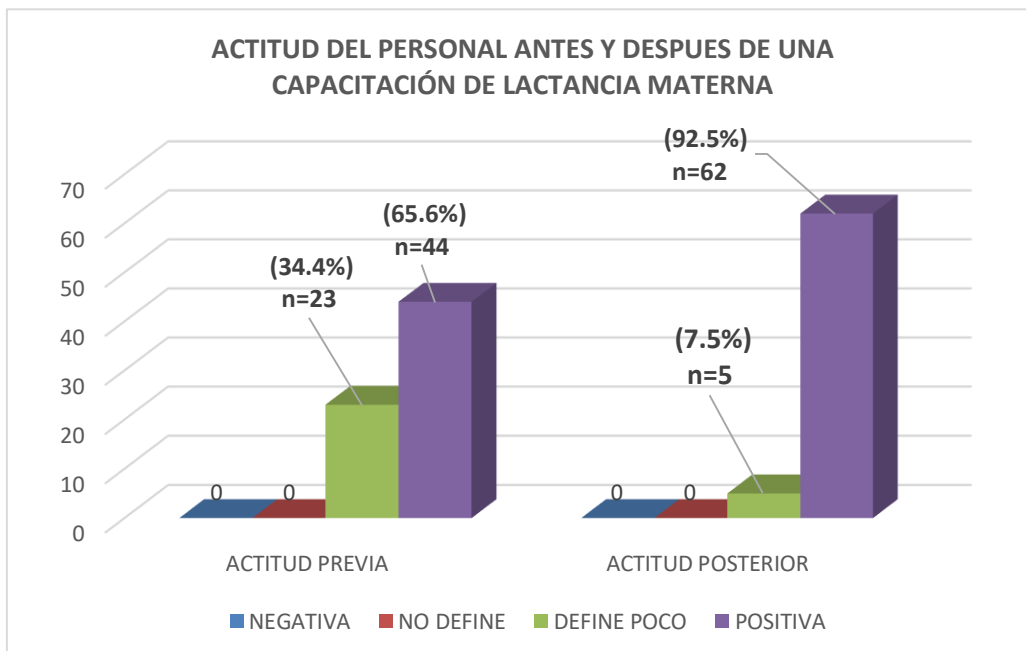
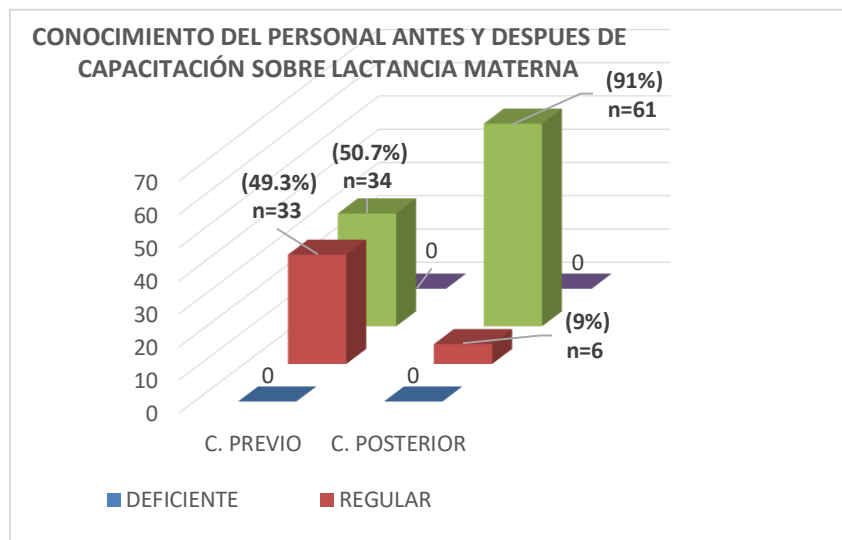


El personal capacitado y evaluado por cargo: Adscritos de ginecología el 44.4% (n=4), Residentes de ginecología fue el 50% (n=11), Residentes de pediatría fue el 100% (n=9), Adscritos de pediatría el 78.5% (n=11), Enfermeras de pediatría 81.4% (n=22) y Asistentes de pediatría 83.3% (n=10).



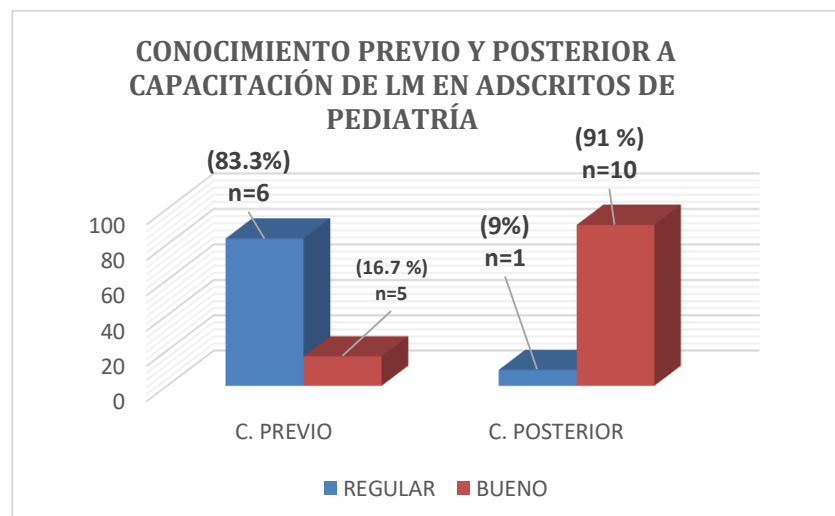
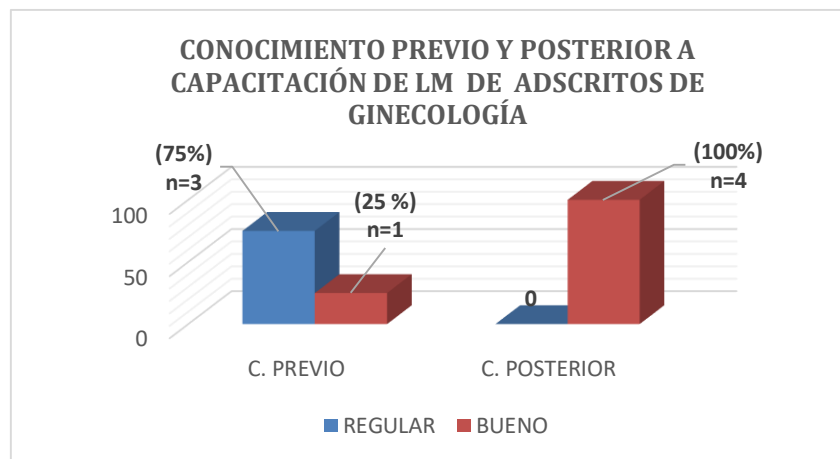
El resultado de la evaluación previa a la capacitación de lactancia materna en el total del personal indicó que el nivel de conocimiento del personal fue “BUENO” en el 50.7% (n= 34), “REGULAR” 49.3 % (n= 33), ninguno cayó en la categoría de “EFICIENTE” ni “DEFICIENTE”. Mientras que el nivel de actitud fue de “ACTITUD POSITIVA” en el 65.6% (n=44), “DEFINE POCO SU ACTITUD” 34.4 % (n=23), ninguno entró en la categoría de “ACTITUD NEGATIVA” ni “NO DEFINE ACTITUD”.

Posterior a la capacitación resultó con nivel de conocimiento “BUENO” 91 % (n=61), “REGULAR” 9 % (n=6). “ACTITUD POSITIVA” 92.5 % (n=62), “POCO DEFINIDA” 7.5 % (n=5).

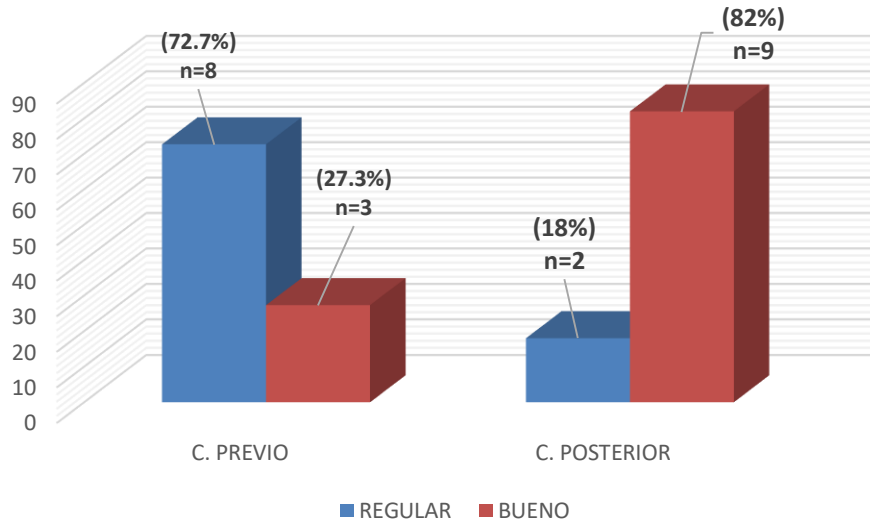


El nivel de conocimiento previo a la capacitación por cargo: Los adscritos de ginecología con un nivel regular del 75% (n=3), bueno del 25% (n=1); Adscritos de Pediatría con regular en el 83.3% (n=6), Bueno del 16.7 % (n=5), residentes de Ginecología con un nivel regular del 72.7% (n=8), bueno del 27.3 % (n=3), residentes de pediatría con nivel regular del 55.6% (n=5), bueno del 44.4% (n=4), enfermeras de pediatría con un nivel regular del 36.4% (n=8), bueno del 63.6% (n=14), asistentes de enfermería con un nivel bueno regular del 40 % (n=4), bueno del 60% (n=6).

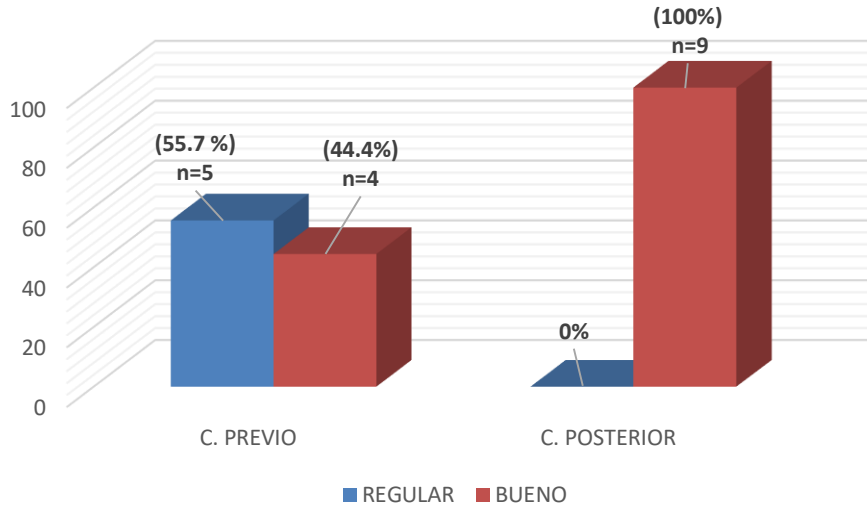
El nivel de conocimiento posterior a la capacitación por cargo: Los adscritos de ginecología con un nivel bueno del 100% (n=4), Adscritos de Pediatría con regular en el 9 % (n=1), Bueno del 91% (n=10), residentes de Ginecología con un nivel regular del 18 % (n=2), bueno del 82 % (n=9), residentes de pediatría con nivel bueno del 100% (n=9), enfermeras de pediatría con un nivel regular del 9% (n=2), bueno del 91 % (n=20), asistentes de enfermería con un nivel bueno regular del 10 % (n=1), bueno del 90% (n=9).



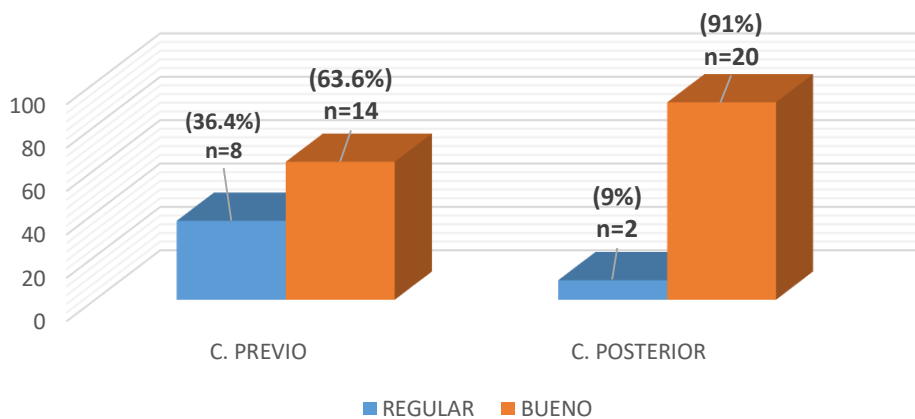
CONOCIMIENTO PREVIO Y POSTERIOR A CAPACITACIÓN DE LM A RESIDENTES GINECOLOGÍA



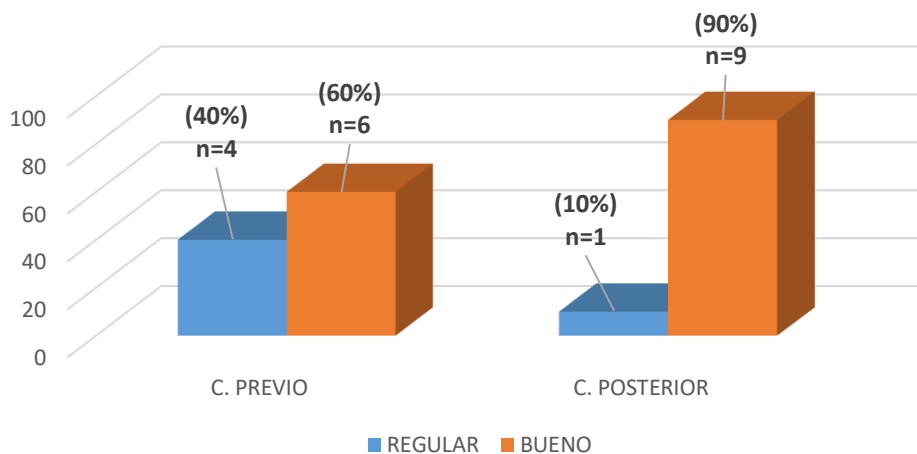
CONOCIMIENTO PREVIO Y POSTERIOR A CAPACITACIÓN DE LM A RESIDENTES DE PEDIATRÍA



CONOCIMIENTO PREVIO Y POSTERIOR A CAPACITACIÓN DE LM A LAS ENFERMERAS PEDIATRAS

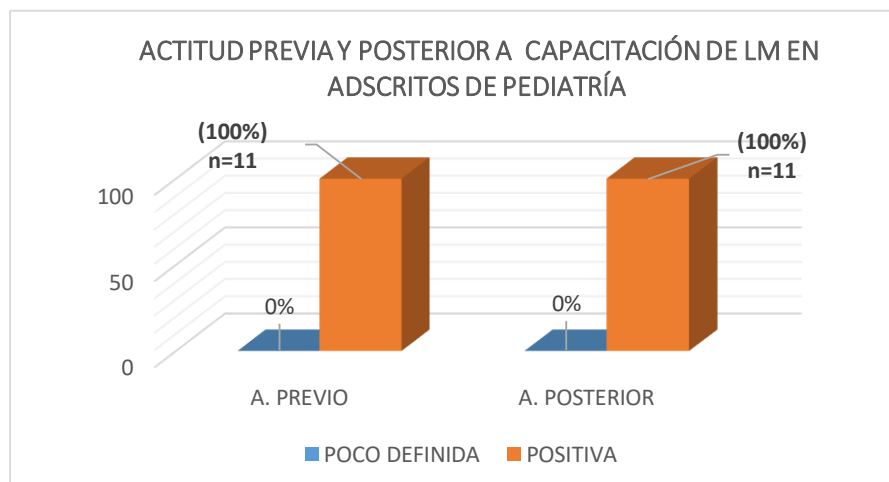
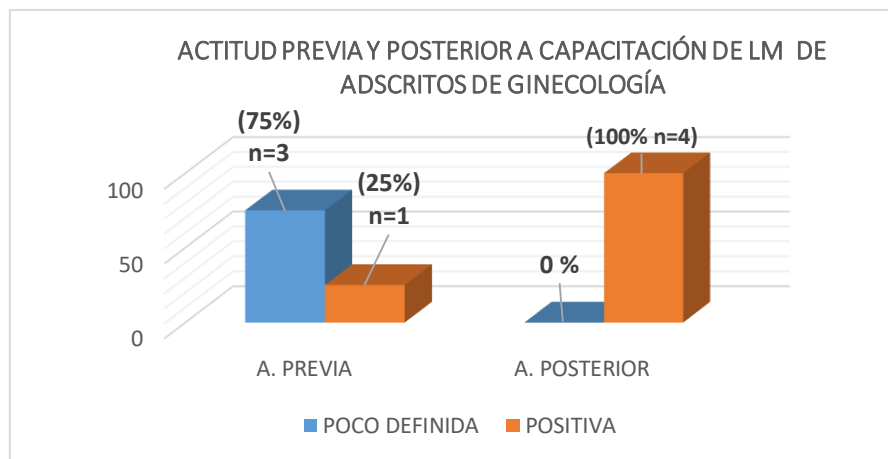


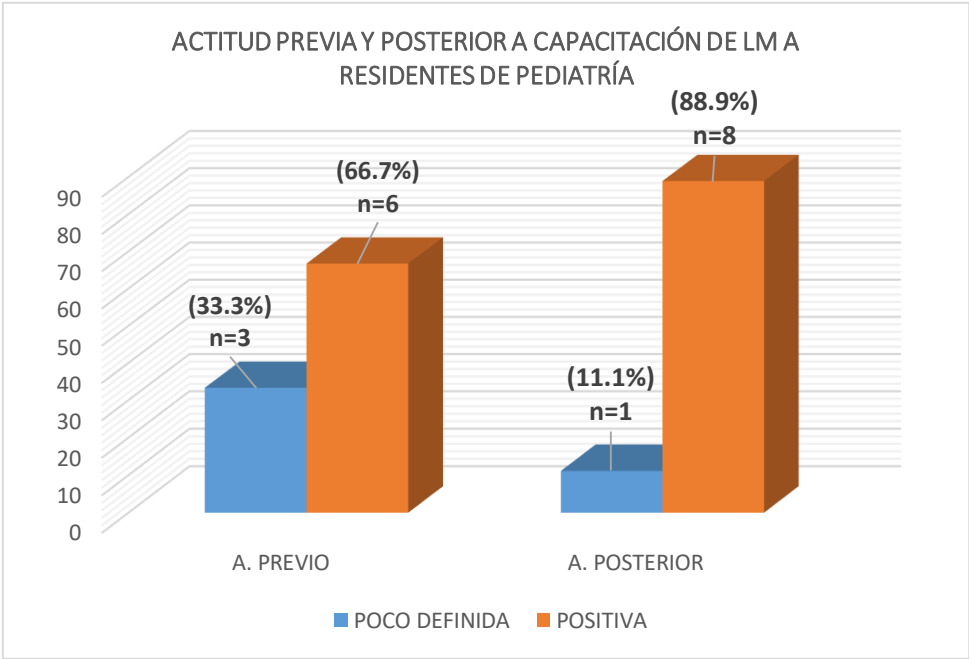
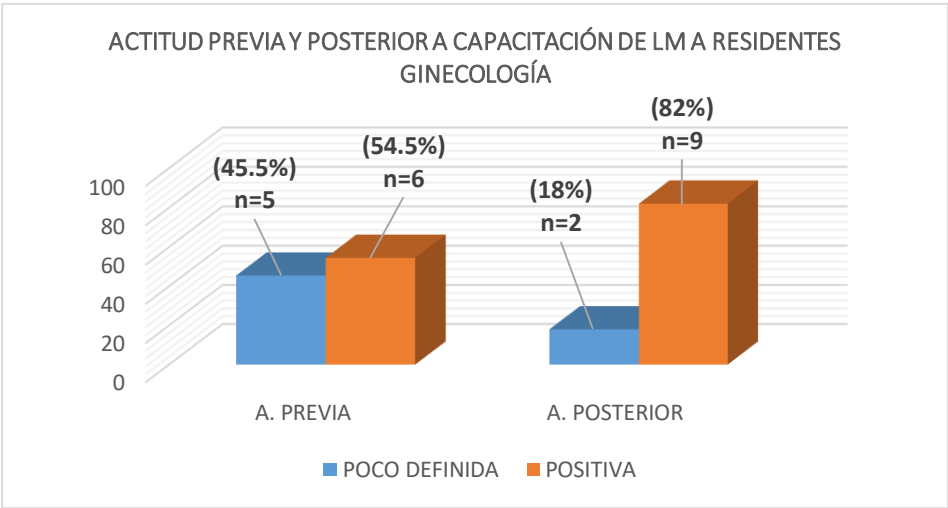
CONOCIMIENTO PREVIO Y POSTERIOR A CAPACITACIÓN DE LM A LAS ASISTENTES ENF.

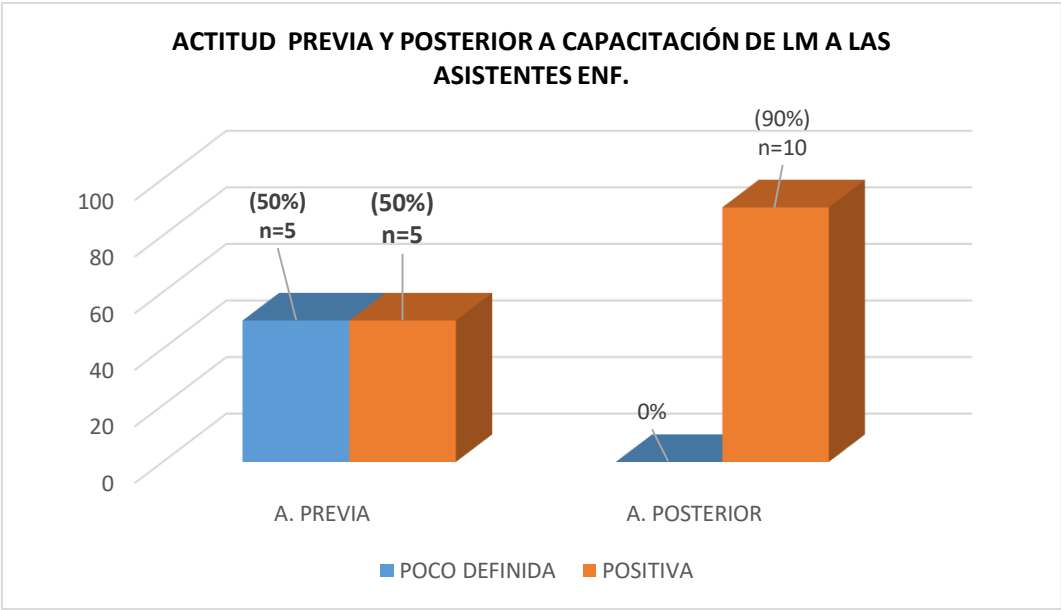
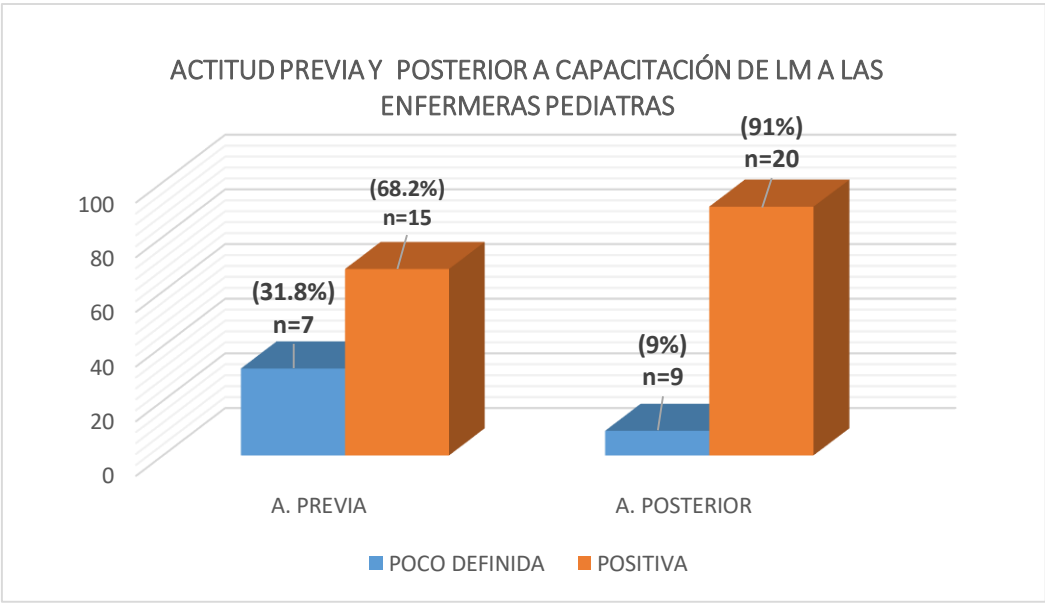


La actitud hacia la lactancia materna previa a la capacitación por cargo: Los adscritos de ginecología con una actitud poco definida en el 75% (n= 3), positiva en el 25% (n=1), Adscritos de Pediatría con actitud positiva el 100% (n=11), residentes de Ginecología con una actitud poco definida del 45.5% (n=5), positiva del 54.5% (n=6); residentes de pediatría con actitud poco definida del 33.3% (n=3), positiva del 66.7% (n=6), enfermeras de pediatría poco definida del 31.8% (n=7), positiva de 68.2% (n=15). Asistentes de enfermería con actitud poco definida en el 50% (n=5), resto con actitud positiva 50% (n=5).

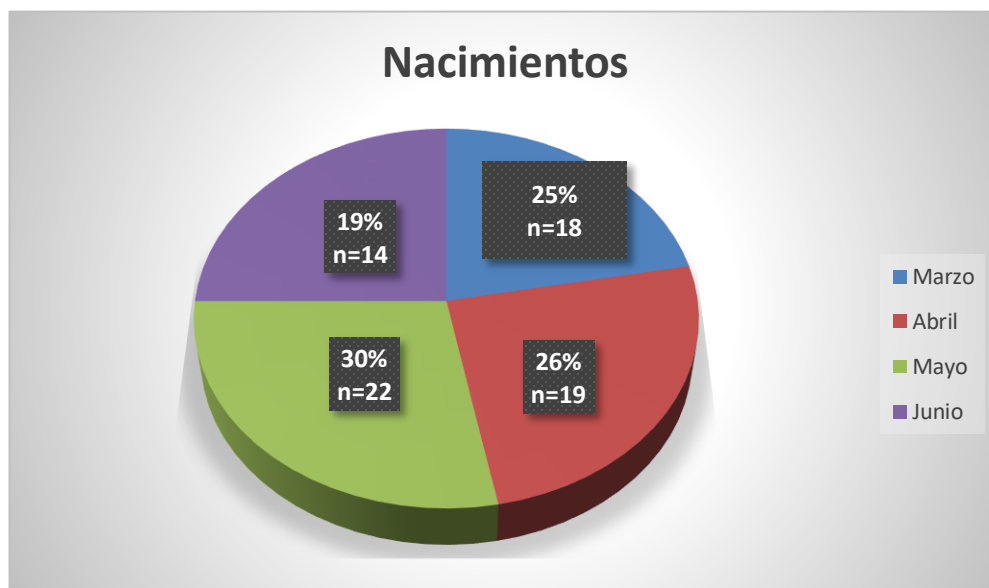
La actitud hacia la lactancia materna posterior a la capacitación por cargo: Los adscritos de ginecología con una actitud positiva en el 100 % (n=4), Adscritos de Pediatría con actitud positiva en el 100% (n=11), residentes de Ginecología con una actitud poco definida del 18 % (n=2), positiva del 82% (n=9); residentes de pediatría con actitud poco definida del 11.1% (n=1), positiva del 88.9 % (n=8), enfermeras de pediatría poco definida del 9 % (n=2), positiva de 91 % (n=20). Asistentes de enfermería con actitud positiva 100% (n=10).



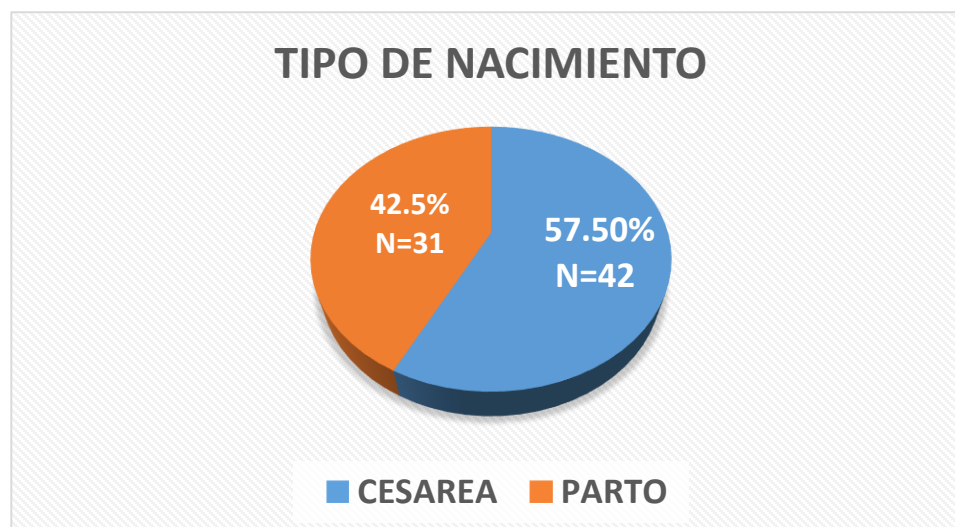




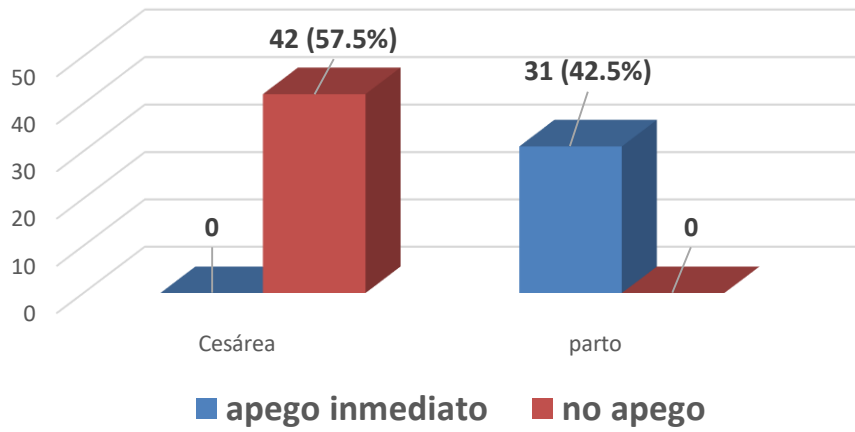
Se estudiaron un total de 73 recién nacidos en el Hospital Central Norte Pemex entre los meses marzo a junio de 2017. De los cuales 18 nacieron en el mes de marzo, 19 en abril, 22 en mayo y 14 en el mes de junio. El 57.5% (n=42) fueron obtenidos por cesárea y el 42.5% (n=31) obtenidos por parto. Del total de los partos se les dio apego inmediato con la madre. La ocupación de la madre un 42.50% (n=31) fue de ama de casa y el resto madres trabajadoras 57.50% (n= 42).



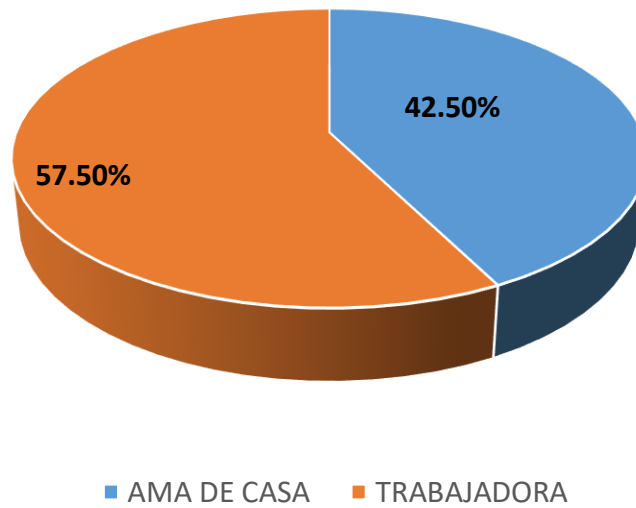
El 57.5% (n=42) fueron obtenidos por cesárea y el 42.5% (n=31) obtenidos por parto. Del total de los partos se les dio apego inmediato con la madre. La ocupación de la madre un 42.50% (n=31) fue de ama de casa y el resto madres trabajadoras 57.50% (n= 42).



APEGO INMEDIATO AL NACIMIENTO



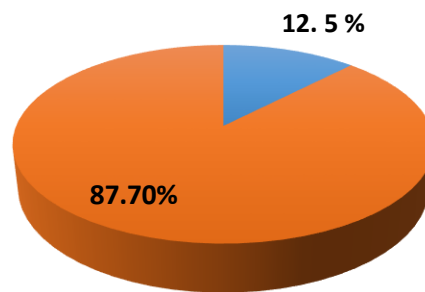
OCUPACIÓN MATERNA



La alimentación al nacimiento o en la primer semana de vida con leche materna fue la mayoría con un 87.70% (n= 64), con tan solo el 12.3% (n= 9) los bebés que recibieron leche de formula durante esta etapa de su vida.

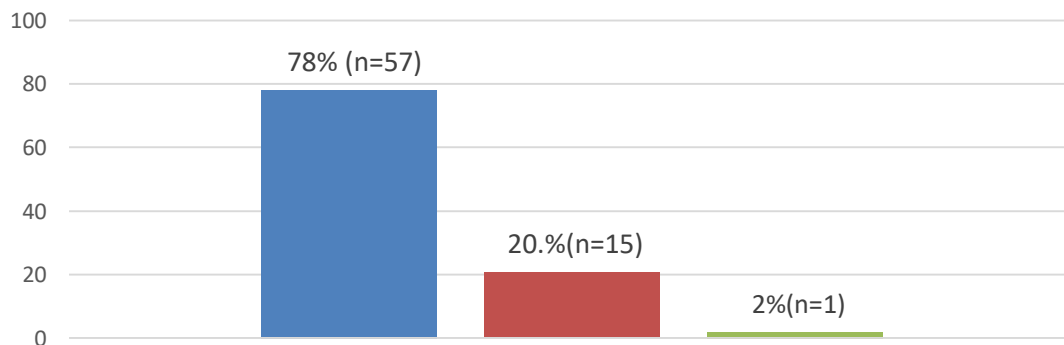
Se llamó a las madres de todos los recién nacidos incluidos en el estudio en la segunda semana de julio encontrando que el 78% (n=57) continúan con lactancia materna exclusiva, el 20.6% (n=15) tienen una alimentación mixta; es decir basada en leche materna y leche de formula y solo el 2% (n=1) se alimentan exclusivamente de leche de formula.

TIPO DE ALIMENTACIÓN EN LA PRIMER SEMANA DE VIDA



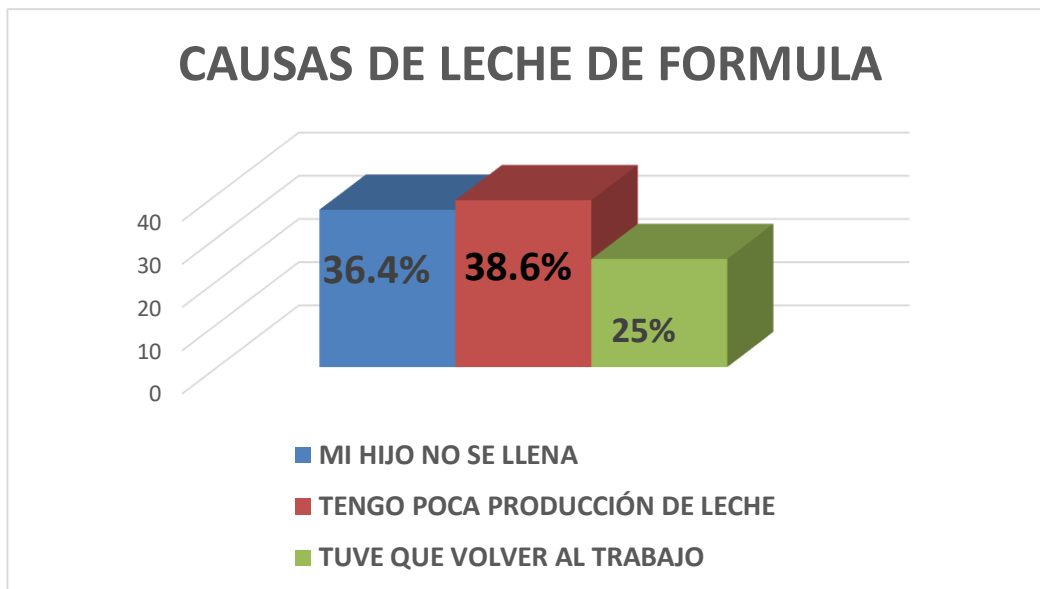
■ LECHE DE FORMULA ■ LECHE MATERNA EXCLUSIVA

TIPO DE ALIMENTACIÓN ACTUAL

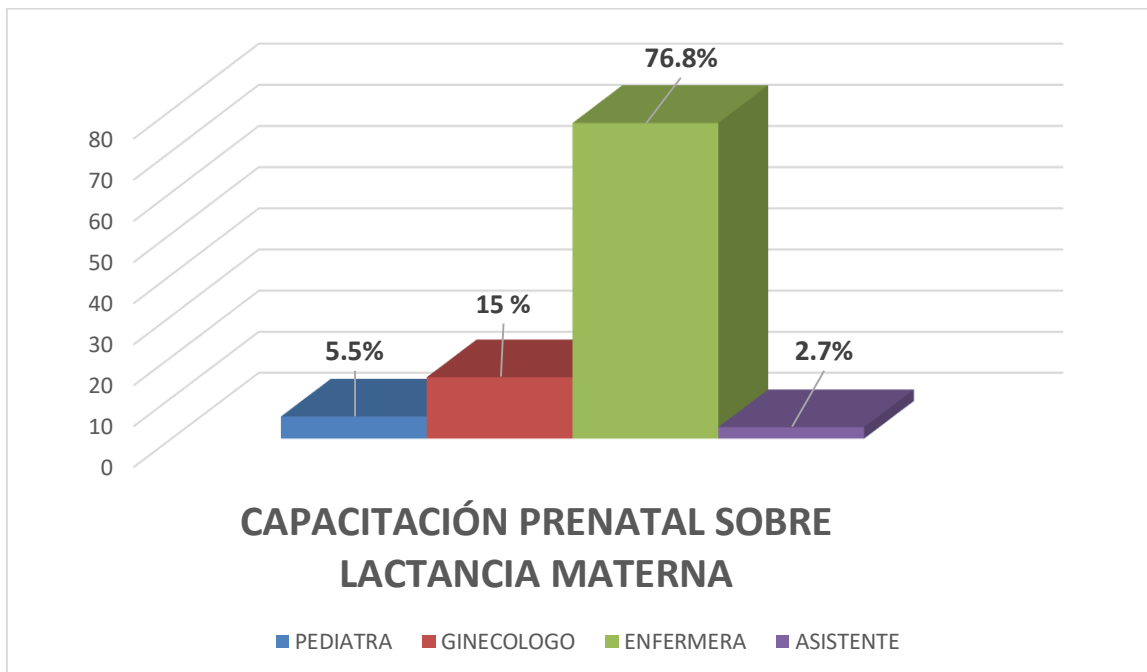


■ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ■ ALIMENTACIÓN MIXTA
■ LECHE DE FORMULA UNICAMENTE

De las causas de la alimentación con leche de formula ya sea de forma mixta o exclusiva destacaron las siguientes causas: mi hijo no se llena 36.4% (n=16), tengo baja producción láctea 38.6% (n=17), tuve que volver al trabajo 25% (n=11).



Del personal de salud las enfermeras se relacionan directamente con la capacitación prenatal a nuestras madres estudiadas en un 76.8% (n=56], seguidos por los ginecólogos en un 15% (n=11) estos últimos, que como ya se mencionó fue el menor porcentaje incluido en la capacitación.



Se sacó el Coeficiente de correlación lineal de Pearson para determinar el grado de covariación entre las variables relacionadas, encontrando que el tipo de nacimiento se relaciona significativamente con el apego inmediato y el inicio de leche de fórmula en los primeros 3 días o en la primer semana de vida con $p < 0.01$ y con el tipo de alimentación actual con una $p < 0.05$.

Los que nacieron por parto vaginal tuvieron un apego inmediato en el 100 %, los nacidos por cesárea tuvieron una relación más cercana con el inicio temprano de alimentación con fórmula, y se relacionada directamente con los menores que continuaron con alimentación con fórmula. Los recién nacidos alimentados con fórmula desde el inicio y que continúan con ella también se ven relacionados significativamente con que sus madres son trabajadoras con una $p < 0.01$.

Correlaciones

		Nacimiento	Genero	Apego	Formula	Capacitada	Trabaja	Alimentación
Nacimiento	Correlación de Pearson	1	-.159	1.000**	-.322**	-.105	-.103	.258*
	Sig. (bilateral)		.180	0.000	.005	.377	.386	.028
	N	73	73	73	73	73	73	73
Genero	Correlación de Pearson	-.159	1	-.159	-.193	-.054	-.063	.070
	Sig. (bilateral)	.180		.180	.102	.651	.596	.559
	N	73	73	73	73	73	73	73
Apego	Correlación de Pearson	1.000**	-.159	1	-.322**	-.105	-.103	.258*
	Sig. (bilateral)	0.000	.180		.005	.377	.386	.028
	N	73	73	73	73	73	73	73
Formula	Correlación de Pearson	-.322**	-.193	-.322**	1	.491**	.322**	-.634**
	Sig. (bilateral)	.005	.102	.005		.000	.005	.000
	N	73	73	73	73	73	73	73
Capacitada	Correlación de Pearson	-.105	-.054	-.105	.491**	1	.010	-.311**
	Sig. (bilateral)	.377	.651	.377	.000		.931	.007
	N	73	73	73	73	73	73	73
Trabaja	Correlación de Pearson	-.103	-.063	-.103	.322**	.010	1	-.319**
	Sig. (bilateral)	.386	.596	.386	.005	.931		.006
	N	73	73	73	73	73	73	73
Alimentación	Correlación de Pearson	.258*	.070	.258*	-.634**	-.311**	-.319**	1
	Sig. (bilateral)	.028	.559	.028	.000	.007	.006	
	N	73	73	73	73	73	73	73

Para evaluar la mediana de las diferencias entre la evaluación inicial-final para muestras dependientes se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas. Para evaluar las diferencias en la distribución entre variables dicotómicas o categóricas se utilizó la prueba χ^2 .

Se consideró una significación estadística con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS. La evaluación mejoró considerablemente después de la capacitación en el rango de médicos adscritos y personal de enfermería los cuales tenían mejor actitud y mayor nivel de conocimientos incluso previamente, es decir mejoraron los que mayor puntuación tuvieron en la puntuación inicial.

Estadísticos de prueba^a

GRUP2		CON1 - CON0	ACT1 - ACT0
Asistente	Z	-1.732 ^b	-2.070 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.083	.038
Personal de Enfermería	Z	-2.950 ^b	-1.311 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.003	.190
Médico Adscrito	Z	-2.762 ^b	-1.633 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.006	.102
Médico Residente	Z	-3.535 ^b	-2.460 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.000	.014

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

Estadísticos de prueba^a

GRUP3		CON1 - CON0	ACT1 - ACT0
Asistente	Z	-1.732 ^b	-2.070 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.083	.038
Enfermería	Z	-2.950 ^b	-1.311 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.003	.190
Médico Adscrito a Ginecología y Obstetricia	Z	-1.633 ^b	-1.633 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.102	.102
Médico Adscrito a Pediatría	Z	-2.271 ^b	.000 ^c
	Sig. asintótica (bilateral)	.023	1.000
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia	Z	-2.333 ^b	-2.070 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.020	.038
Médico Residente de Pediatría	Z	-2.724 ^b	-1.414 ^b
	Sig. asintótica (bilateral)	.006	.157

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

c. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

PRUEBA T

Estadísticas de grupo

GRUP2	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CON0 Asistente	10	77.00	6.749	2.134
	22	78.18	7.327	1.562
CON1 Asistente	10	80.00	4.714	1.491
	22	85.00	5.976	1.274
ACT0 Asistente	10	92.00	9.189	2.906
	22	94.55	8.579	1.829
ACT1 Asistente	10	100.00	0.000	0.000
	22	98.18	5.885	1.255

Estadísticas de grupo

GRUP2		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CON0	Asistente	10	77.00	6.749	2.134
	Médico Adscrito	15	78.00	7.746	2.000
CON1	Asistente	10	80.00	4.714	1.491
	Médico Adscrito	15	86.00	6.325	1.633
ACT0	Asistente	10	92.00	9.189	2.906
	Médico Adscrito	15	97.33	5.936	1.533
ACT1	Asistente	10	100.00	.000 ^a	0.000
	Médico Adscrito	15	100.00	.000 ^a	0.000

a. t no se puede calcular porque las desviaciones estándar de ambos grupos son 0.

Estadísticas de grupo

GRUP2		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CON0	Personal de Enfermería	22	78.18	7.327	1.562
	Médico Residente	20	72.50	6.387	1.428
CON1	Personal de Enfermería	22	85.00	5.976	1.274
	Médico Residente	20	83.00	6.569	1.469
ACT0	Personal de Enfermería	22	94.55	8.579	1.829
	Médico Residente	20	92.00	10.052	2.248
ACT1	Personal de Enfermería	22	98.18	5.885	1.255
	Médico Residente	20	98.00	5.231	1.170

Estadísticas de grupo

GRUP2		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CON0	Médico Adscrito	15	78.00	7.746	2.000
	Médico Residente	20	72.50	6.387	1.428
CON1	Médico Adscrito	15	86.00	6.325	1.633
	Médico Residente	20	83.00	6.569	1.469
ACT0	Médico Adscrito	15	97.33	5.936	1.533
	Médico Residente	20	92.00	10.052	2.248
ACT1	Médico Adscrito	15	100.00	0.000	0.000
	Médico Residente	20	98.00	5.231	1.170

Prueba de los signos

Frecuencias

		N
CON1 - CON0	Diferencias negativas ^{a,d}	1
	Diferencias positivas ^{b,e}	39
	Empates ^{c,f}	27
	Total	67
ACT1 - ACT0	Diferencias negativas ^{a,d}	2
	Diferencias positivas ^{b,e}	22
	Empates ^{c,f}	43
	Total	67

a. CON1 < CON0

b. CON1 > CON0

c. CON1 = CON0

d. ACT1 < ACT0

e. ACT1 > ACT0

f. ACT1 = ACT0

DISCUSIÓN

El personal de salud capacitado en lactancia materna es quien conoce, promueve y tiene las habilidades para orientar sobre los 10 pasos hacia una lactancia exitosa propuesta por la UNICEF y por la Organización mundial de la Salud. Es de suma importancia la capacitación sobre lactancia materna en una unidad de salud debido a que se ve relacionada directamente en la tasas de prevalencia, que a su vez impactan de manera significativa a la salud de madre y del niño creando gran trascendencia.

En este estudio los resultados en la evaluación tanto en conocimientos como de actitud hacia la lactancia materna tuvieron mejoría evidente respecto a los previos en todos los grupos por rango después de una capacitación. Aunque si bien el Hospital Central Norte de Pemex es Amigo del niño y de la mujer por lo cual se capacita a los empleados cada año, no se le hace la capacitación con una modalidad formal, en la cual se evaluó a los empleados para determinar efectividad de dicha capacitación.

Los grupos por rango que mayor porcentaje entraron al estudio fue de los residentes de pediatría en un 100 % (n=9), seguido por las enfermeras pediatras con un 81.4 % (n=22) y los de menor porcentaje que entraron al estudio fue de los adscritos de ginecología solo con el 44.4% (n=4). Del grupo de enfermeras, estas se relacionan directamente con la capacitación prenatal a nuestras madres estudiadas en un 76.8% (n=56], seguidos por los ginecólogos en un 15% (n=11) estos últimos, que como ya se mencionó fue el menor porcentaje incluido en la capacitación. Esto quiere decir que los que mayor contacto tienen en la etapa prenatal con las madres, son las enfermeras y los ginecólogos por lo cual se tiene dar una capacitación constante principalmente a estos grupos. El control prenatal es sumamente importante para poder llegar a un adecuado término de un embarazo, es un momento de oportunidades en donde se puede establecer activamente el apoyo a la Lactancia materna desde el inicio del cuidado prenatal y reconocer que la Lactancia materna es superior a la alimentación artificial.

El Apego Inmediato consiste en colocar al bebé dentro de los primeros cinco minutos, tras su nacimiento, en el pecho descubierto de su madre, para que regule su temperatura y disminuya niveles de ansiedad y que le permitan estabilizarse en su frecuencia cardíaca y utilizar su reflejo de succión para extraer la leche materna. Es sin más una técnica que favorece la lactancia materna, la cual no se contraindica a los bebés nacidos por cesárea (solo en casos exclusivos que pongan en riesgo la salud de alguno del binomio). Entraron en nuestro estudio 73 binomios los cuales nacieron en el Hospital Central Norte de Pemex entre los meses marzo a junio de 2017; El 57.5% (n=42) fueron obtenidos por cesárea y el 42.5% (n=31) obtenidos por parto. Del total de los partos se les dio apego inmediato con la madre mientras a los nacidos por cesárea a ninguno se le hizo apego inmediato.

En comparación con el estudio llamado “PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX” de junio 2015 en la cual se señala que la alimentación con fórmula láctea en los primeros 3 días de vida en los recién nacidos fue del 37 (44.5%); En nuestro estudio se observó un aumento de la alimentación al nacimiento o en la primera semana de vida con leche materna fue la mayoría con un 87.70% (n= 64), con tan solo el 12.3% (n= 9) de los bebés que recibieron leche de fórmula durante esta etapa de su vida; etapa que representa un reto en las madres y que aumenta las posibilidades de dar pecho de manera efectiva logrando de la lactancia materna una experiencia exitosa a lo largo de los primeros meses de vida del bebé.

Posteriormente a esta primera semana crítica, se observó que el 78% (n=57) de los binomios continúan con lactancia materna exclusiva, el 20.6% (n=15) tienen una alimentación mixta; es decir basada en leche materna y leche de fórmula y solo el 2% (n=1) se alimentan exclusivamente de leche de fórmula.

En cuanto a la ocupación de las madres, que no es comparable ante otros hospitales públicos debido a que la mitad de nuestras madres estudiadas son laboralmente activas, la ocupación materna no tuvo relevancia en la prevalencia de lactancia materna en nuestro estudio, debido a que la empresa PEMEX está bajo reglamentos que protegen la lactancia materna de acuerdo con los artículos 166, 167 y 170 de la Ley Federal del Trabajo

CONCLUSIONES

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en la primera semana de vida de los recién nacidos en los meses de marzo a junio de 2017 después de una capacitación al personal de salud fue de 87.70%. Lo que nos lleva a concluir la importancia de contar con capacitaciones anuales de modo formal que nos llevan a tener un personal con mayor apego a los 10 pasos para una lactancia exitosa y feliz, personal que aproveche oportunidades de contacto como es el control prenatal.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HACIA LA PROMOCIÓN Y RESCATE DE LACTANCIA MATERNA [Internet]. www.unicef.org/venezuela. 2005 [cited 26 November 2016]. Available from: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA>.
- (2) MIRELES REYES M. LACTANCIA MATERNA [Internet]. tuxchi.iztacala.unam.mx. 2005 [cited 18 November 2016]. Available from: <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/lactancia.pdf>
- (3) GARCÍA LÓPEZ R. COMPOSICIÓN E INMUNOLOGÍA DE LA LECHE HUMANA. ACTA PEDIATRICA MEX [Internet]. 2011 [cited 16 October 2016];32(4):223-230. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114f.pdf>.
- (4) MEDINA RUMANTE PSANDOVAL ORELLANA F. ¡LA MEJOR LECHE ES LA DE MAMÁ! SIGNIFICADOS QUE LA COMUNIDAD EDUCATIVA ADULTA LE OTORGA A LA LACTANCIA MATERNA EN UNA SALA CUNA DE LA REGIÓN METROPOLITANA [LICENCIATURA]. UNIVERSIDAD DE CHILE; 2013.
- (5) INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO [INTERNET]. ORGANIZACIÓN DE MUNDIAL DE LA SALUD. 2009 [CITED 16 SEPTEMBER 2016]. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.WHO.INT/NUTRITION/PUBLICATIONS/INFANTFEEDING/BFHI_TRAININGCOURSE/ES/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/)
- (6) CAMARGO FIGUEROA F, LATORRE LATORRE J, PORRAS CARREÑO J. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. [Internet]. 2011 [cited 11 September 2016];<http://www.scielo.org.co/scielo.php>. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100005
- (7) DECLARACIÓN DE INNOCENTI (SOBRE LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA) [Internet]. <https://mairelactancia.files.wordpress.com>. 2011 [cited 9 August 2016]. Available from: <https://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/08/declaracioninnocenti.pdf>

(8) ANDRADE MORALES RAVILÉS CABELLERO R. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS DE CERO A UN AÑO DE EDAD, QUE ASISTEN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR “LA PRESITA” Y “MILAGRO DE LA PAZ”, SAN MIGUEL, PERÍODO DE ABRIL A MAYO DE 2013. [DOCTORADO]. UNIVERSIDAD DEL SALVADOR; 2013.

(9) FRANCO L. LA LACTANCIA MATERNA EN EL MÉXICO DE 2014. REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA [Internet]. 2014 [cited 17 October 2016];81(2):47. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp142a.pdf>

(10) LA BUENA NUTRICIÓN COMIENZA CON LA LACTANCIA AFIRMAN EXPERTOS DURANTE EL 1ER FORO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA [INTERNET]. WWW.UNICEF.ORG. 2013 [CITED 1 NOVEMBER 2016]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/MEXICO/SPANISH/COMUNICADO_FORO_LACTANCIA_2013\(4\).PDF](https://www.unicef.org/mexico/spanish/comunicado_foro_lactancia_2013(4).pdf)

(11) ENSANUT 2012 [INTERNET]. [HTTP://ENSANUT.INSP.MX/](http://ensanut.insp.mx/). 2012 [CITED 12 AUGUST 2016]. AVAILABLE FROM: [HTTP://ENSANUT.INSP.MX/INFORMES/ENSANUT2012RESULTADOSNACIONALES.PDF](http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2012resultadosnacionales.pdf)

(12) RAMIREZ GALLEGOS A. “PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX” [ESPECIALIDAD]. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO; 2015.

(13) OLIVER ROIG A. EL ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LACTANCIA MATERNA [DOCTORADO]. UNIVERSIDAD ALICANTE; 2012.

(14) GÓMEZ VERANO M, ALFONSO O, SALAS CALVAIRE M, PLASENCIA GÓMEZ Y. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. [INTERNET]. PENSAMIENTO - BVS CUBA. 2014 [CITED 23 SEPTEMBER 2016]. AVAILABLE FROM: [HTTP://VS.SLD.CU/REVISTAS/MCIEGO/VOL11_01_05/REVISIONES/R6_V11_0105.HTM](http://vs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_01_05/revisiones/R6_V11_0105.htm)

(15) BASADRE QUIROZ C, BELLO VÉLEZ H, BENAVIDES BARRANTE J, BRAVO TAXA M, CARRANZA GAJARDO E. LACTANCIA MATERNA EXITOSA EN PUÉRPERAS DE MENOS DE 48 HORAS EN EL HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA. HORIZONTE MÉDICO [INTERNET]. 2013 [CITED 21 JUNE 2016];13(2):28-39. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.REDALYC.ORG/PDF/3716/371637129005.PDF](http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637129005.pdf)

(16) OLIVER ROIG A. EL ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LACTANCIA MATERNA [DOCTORADO]. UNIVERSIDAD ALICANTE; 2012.

(17) ALIMENTACIÓN DE LOS LACTANTES Y DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS: NORMAS RECOMENDADAS PARA LA UNIÓN EUROPEA [INTERNET]. [HTTP://WWW.AEPED.ES/](http://www.aeped.es/). 2016 [CITED 19 NOVEMBER 2016]. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.AEPED.ES/SITES/DEFAULT/FILES/2-ALIMENTACIONLACTANTES_NORMAS_RECOMENDADASUE.PDF](http://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf)

(18) SÁNCHEZ HERNÁNDEZ J. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA CONSEJERÍA EN LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 DE LA DELEGACIÓN DE AGUASCALIENTES [ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR]. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES; 2016.

(19) ZITA LÓPEZ M. "CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL" [ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR]. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO; 2014.

ANEXOS

EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA AL PERSONAL DE SALUD

El presente cuestionario tiene la finalidad de la evaluación de conocimientos y actitudes del personal de salud con el fin de proponer posteriormente medidas prácticas para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en este centro asistencial.

Es prudente resolver este cuestionario de forma espontánea para veracidad del protocolo en estudio, los datos que se proporcionen no se evidenciará, solo es para proporcionar datos importantes al estudio.

NOMBRE:

EDAD:

CARGO Y AREA DE TRABAJO:

Serie No: 1 CONOCIMIENTOS

Responda las siguientes preguntas en las líneas que aparecen debajo de cada una de ellas: puede utilizar la parte de atrás de la hoja si las líneas no fueran suficientes para su respuesta. Empiece a responder cuando se indique:

1. ¿Qué es el calostro?
2. Enumere 5 ventajas de la lactancia materna:
3. Enumere 5 desventajas de la alimentación artificial:
4. ¿En qué momento debe iniciarse la lactancia materna?
5. ¿Qué es ablactación?
6. ¿A qué edad debe iniciarse a dar al niño otro tipo de alimento a parte de la lactancia materna?
7. ¿Si un niño tiene diarrea es recomendable omitirle la lactancia materna? Si o no ¿por qué?
8. ¿Cuáles son los reflejos que ayudan al niño a alimentarse?
9. ¿Es la lactancia un método anticonceptivo adecuado? Si o no ¿por qué?
10. Escriba los 10 pasos para una Feliz lactancia natural:

Serie No: 2

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y encierra en un círculo el inciso (a-b-c-d) que considere correcto, en cada uno de ellos. Empiece a responder cuando se le indique.

1. ¿A qué edad cree usted que se debe de iniciar la alimentación complementaria en el recién nacido?
 - a. Desde el nacimiento
 - b. Al segundo mes.

- c. Al cuarto mes.
 - d. Al sexto mes.
2. ¿Qué conducta debe tomar una madre al no bajarle la leche?
- a. Suspender la lactancia
 - b. Amamantar e iniciar alimentos semisólidos
 - c. Iniciar la lactancia artificial
 - d. Continuar con el amamantamiento
3. ¿A qué edad cree usted que debe suspenderse la lactancia natural?
- a. A los 3 meses
 - b. Al iniciar a dar alimentos complementarios.
 - c. A los 6 meses
 - d. A los 2 años de edad.
4. ¿Qué consejo daría usted a una madre que tiene los pezones agrietados?
- a. Suspender la lactancia materna
 - b. Continua con leche humana con biberón.
 - c. Disminuir el número de tetadas o tomas y corregir la posición del bebé.
 - d. Corregir la posición del bebé, continuar con el amamantamiento, exponer los pezones al aire y al sol.
5. ¿Por qué aconsejaría el uso del biberón?
- a. Porque es más higiénico.
 - b. Es más fácil de utilizar.
 - c. Fortalece la relación madre e hijo.
 - d. No lo aconsejaría.
6. ¿Qué aconsejaría usted a las madres que presentaron sus pechos adoloridos?
- a. Suspender la lactancia materna.
 - b. Iniciar la lactancia artificial o natural con biberón.
 - c. Disminuir el número de tetadas.
 - d. Aumentar el número de tetadas de mamadas y extraer manualmente la leche humana.
7. Las ventajas de la lactancia materna sobre la lactancia artificial son:
- a. No existe ninguna ventaja.
 - b. La leche artificial es mejor que la natural.
 - c. Son pocas las ventajas que posee la lactancia natural de la artificial.
 - d. Posee ventajas inmunológicas, psicológicas, nutricionales, higiénicas, económicas y es más práctica.
8. ¿Por qué es más importante dar plan educacional a las madres?
- a. No es importante
 - b. Porque se logra una comunicación adecuada entre el personal de salud y los pacientes.
 - c. Previene problemas relacionados con la lactancia materna.

- d. Promueve la lactancia materna y con ello favorece al recién nacido con las ventajas que esta le proporcione.
9. ¿Cómo considera usted que debe una madre alimentar al recién nacido?
- a. No debe trabajar.
 - b. Con alimentación artificial
 - c. Alternando tomas de leche materna y la artificial.
 - d. Extracción manual de leche materna y leche materna.
10. ¿En dónde y en qué momento deben actual los agentes de salud con respecto a la lactancia natural?
- a. No deben participar
 - b. Únicamente después del parto.
 - c. Cuando la madre consulta por problemas de lactancia materna.
 - d. En los períodos prenatal, postparto inmediato y postnatal, tan en el hospital como en los centros y puestos de salud

CUESTIONARIO DE PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA

INSTRUCCIONES: Por favor responda las siguientes preguntas relacionadas con la alimentación de su bebé. Las preguntas hacen referencia al tipo de alimentación que recibe su bebé. Si no esta seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros.

DATOS MATERNOS.

EDAD:			
ESTADO CIVIL:			
ESCOLARIDAD:			
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	MEDIO	ALTO

DATOS DEL BEBE.

NUMERO DE HIJO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD ACTUAL DEL BEBE:	
SEXO:	

1. ¿Alguna vez le dio pecho a su bebé? SI
NO

2. ¿Por qué razón decidió no amamantar a su bebé?

- Creo que amamantar es inconveniente
- No me gusto
- No tuve leche
- Quise ponerme a dieta o quise perder peso
- Quise regresar a mi dieta habitual
- Quise fumar igual o mas de lo que debería

- Tenia muchas cosas que hacer
 - Tenia planeado regresar a la escuela
 - Alguien mas lo amamanto
 - Quise conservar mi figura
 - Porque el papa de mi hijo no quiso
 - Porque la abuela de mi hijo no quiso
 - No conozco los beneficios de la lactancia materna
 - Quise usar anticonceptivos
 - Otros: _____
3. ¿Cuánto tiempo después de que nació su bebe empezó a darle pecho?
- Inmediatamente o menos de una hora
 - Horas
 - Días
 - No sabe o no recuerda
4. En los primeros tres días después del nacimiento de su bebe, ¿le dio algo de beber que no fuera leche materna?.
- Si
 - No
 - No sabe o no recuerda
5. ¿Qué le dio? _____
6. ¿Aún le da pecho a su bebé? SI NO
7. ¿Ayer le dió pecho a su bebé durante el día o la noche? SI NO
8. ¿Cuántas veces le dió pecho ayer en el día? (Desde que usted se levantó hasta que se fue a dormir) _____
9. ¿Cuántas veces le dio pecho anoche? (Desde que usted se fue a dormir hasta que se levantó) _____
10. ¿Le da pecho a su bebé cada vez que lo pide? SI NO
11. ¿Le da la leche de su pecho en biberón?
- Si, siempre
 - Si, muchas veces
 - Si, le he dado alguna vez pero casi nunca le doy
 - Intenté pero no seguí
 - No, nunca
12. ¿Por cuánto tiempo amamanto a su bebé de manera exclusiva? (solo leche materna) _____

13. ¿Alguna vez alimento a su bebé con fórmula infantil?

SI NO

14. ¿Por qué decidió alimentar a su bebé con fórmula infantil?

- Me quedé sin leche
- Me enfermé
- El bebé ya no quiso
- Mi bebé se enfermó
- Mi bebé es intolerante a la leche materna
- Volví a mi trabajo
- Tenía muchas cosas que hacer
- Le dieron fórmula a mi bebé en el hospital y ya no quiso leche materna
- Mi bebé no se llena
- La leche materna no sirve
- Escuché que la fórmula es mejor
- Vi anunciada la fórmula en la tele
- El doctor me lo indicó
- Porque me la recomendaron
- Otros _____

15. ¿Sabe usted cuales son los beneficios de la lactancia materna? SI NO

16. ¿Decidió usted lactar antes del nacimiento de su hijo? SI NO

17. ¿Recibió durante este embarazo orientación educativa sobre la lactancia materna? SI NO

18. ¿Por quien fue impartida dicha orientación?

- Personal de enfermería
- Trabajadora social
- Medico general
- Ginecólogo
- Pediatra
-

19. ¿Conoce las técnicas de lactancia materna? SI NO

20. ¿Recibe apoyo por parte de su pareja y familiares para continuar con la lactancia materna? SI NO