UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL 2014"

Tesis previa a la obtención del título de Médico General

Autor:

Kevin Marlon Armijos Montaño

Directora:

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

Loja - Ecuador

2015

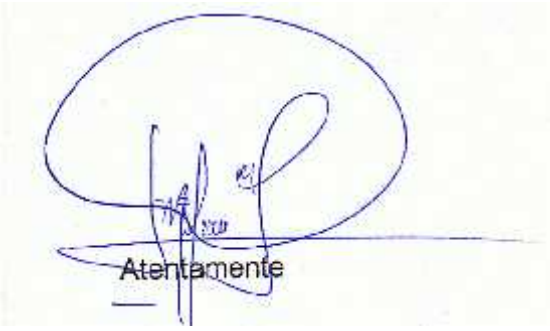
CERTIFICACIÓN DE DIRECTORA

Dra. Marcia Mendoza M.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que una vez realizado el trabajo de tesis "CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLECENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL 2014", de la autoría del Sr. Kevin Marlon Armijos Montaño, autorizo para que la misma pueda presentada y continúe con los trámites pertinentes para la obtención de su título.

Loja, octubre del 2015



Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Kevin Marlon Armijos Montaño, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Kevin Marlon Armijos Montaño

Firma: _____

Cédula: 1104672314

Fecha: 09 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Kevin Marlon Armijos Montaño, declaro ser autor de la tesis titulada "CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL 2014"; cumpliendo con el requisito que me permite obtener el título de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines estrictamente académicos la efectúe la reproducción intelectual en esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con los cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable del plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, firma el autor en la ciudad de Loja, a los nueve días del mes de noviembre del dos mil quince.

Firma:
Autor: Kevin Marlon Armijos Montaño
Cédula: 1104672314
Dirección: Av. 8 de diciembre y Tribuno, Cdla. "La Gran Manzana"
Correo Electrónico: kemam_cito@yahoo.es
Teléfono: 2540088 / Celular: 0996533131
DATOS COMPLEMENTARIOS
Director de tesis: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán
Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, M. Sc.
Vocal: Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo
Vocal: Dra. Enith Marlene Moreno Ortega, M. Sc.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento imperecedero a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, y al Hospital Isidro Ayora, por haber sido mis hogares de aprendizaje; a todos los docentes que me ha enseñado sus conocimientos para mi formación profesional; a mi familia por el apoyo incondicional que me ha brindado; a mis amigos y compañeros con los cuales he compartido grandes momentos.

Kevin Marlon Armijos Montaño

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mis padres Servilio Armijos, Otilia Tituana; Rooselevet Armijos y Narcisa Montaño, quienes con amor, sabiduría y esfuerzo me han educado y enseñado a salir adelante; además, a mis hermanos por su comprensión y apoyo en momentos difíciles.

Kevin Marlon Armijos Montaño

1. TÍTULO

“CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – AGOSTO DEL 2014”.

2. RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el periodo marzo – agosto de 2014, en la que participaron madres adolescentes que acudieron al servicio de consulta externa; siendo su objetivo determinar el conocimiento, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna. Se trató de un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; la población estudiada estuvo compuesta por 67 madres adolescentes con niños de 0 a 12 meses de edad, a las que se aplicó un cuestionario derivado de las variables basadas en los objetivos. En cuanto a los resultados obtenidos de la investigación, el 69% tiene conocimientos insuficientes y el 31% suficientes; el 52% posee aptitudes favorables y el 48% desfavorables; el 60% de las prácticas de lactancia materna exclusiva son adecuadas y el 40% inadecuadas; el 77% de las madres que complementaron o abandonaron la lactancia materna tienen prácticas inadecuadas y el 23% prácticas adecuadas. Se concluye que las madres adolescentes poseen conocimientos insuficientes debido a que no han recibido información sobre lactancia materna; existen aptitudes desfavorables que afectan a las prácticas sobre lactancia materna en las adolescentes.

Palabras clave: lactancia materna, conocimientos, aptitudes, prácticas.

SUMMARY

This research was conducted at the Isidro Ayora Hospital in the city of Loja, during the period from March to August 2014, with the participation of teenage mothers who attended the outpatient service; the objective being to determine the knowledge, attitudes and practices about breastfeeding. This was a qualitative and quantitative, descriptive, cross-sectional study; the study population consisted of 67 teenage mothers with children 0-12 months of age, which derived variables based on the objectives questionnaire was applied. As for the results of the research, 69% have enough knowledge and 31% enough; 52% own skills favorable and 48% unfavorable; 60% of exclusive breastfeeding practices are adequate and 40% inadequate; 77% of mothers who supplemented or abandoned breastfeeding practices are inadequate and 23% good practices. We conclude that teenage mothers have insufficient knowledge because they have not received information about breastfeeding; under unfavorable skills affecting breastfeeding practices among adolescents.

Keywords: Breastfeeding, knowledge, skills, practices.

3. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo óptimo de los lactantes, también es parte integrante del proceso reproductivo; la lactancia materna exclusiva es un instrumento poderoso y efectivo que disponemos para combatir el hambre y la morbimortalidad infantil, que se demuestra con evidencia científica, los efectos son marcados en las sociedades con escasos recursos económicos, de esta manera los factores sociales cumplen un rol fundamental en la salud materna e infantil.

Si se amamantara a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, y se continuara dándole leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, para luego convertirse en un alimento complementario hasta los dos años, cada año se salvarían unas 220 000 vidas infantiles (OMS, 2013). A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento (UNICEF, 2014).

El embarazo en adolescentes pone en discusión el conocimiento, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna, por considerarse un problema de salud pública a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo (Rosen, OMS, 2009). En América Latina y el Caribe, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años. Por otra parte, se estima que cada año hay 1,2 millones de embarazos no planificados en adolescentes (OPS/OMS, 2012); Ecuador se ubica entre los países de América Latina y el Caribe con mayor cantidad de madres adolescentes; el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) revela que el último censo existían 122 301 madres adolescentes, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

De acuerdo al Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, las prácticas de lactancia son insuficientes (Endemain, 2004). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013, se concluye que las prácticas de lactancia materna

y alimentación complementaria en Ecuador distan mucho de las recomendadas. El inicio temprano de la lactancia materna solo se efectuó en el 54,6% de los niños menores de 24 meses; solo un 43,8% de los niños menores de 5 meses tuvieron lactancia materna exclusiva, casi un 50% de los niños entre cero y un mes estuvieron expuestos a otros líquidos diferentes a la leche materna, y para el rango de edad de 5 a 6 meses el 72 % ya consumieron líquidos diferentes a la leche materna (ENSANUT, 2011-2013).

En la provincia de Loja, en el 2013 la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), registra una cifra de 3 506 embarazos en adolescentes.

Siendo la primera investigación local sobre conocimientos, aptitudes y prácticas en madres adolescentes, es un paso importante para promover y mejorar la prevalencia de la lactancia materna en adolescentes, es por ello que la capacitación y docencia sobre el tema en madres lactantes, en especial las adolescentes, son claramente una inversión en salud preventiva y no un gasto en salud.

Los mitos y creencias en relación al tema son varios, por lo que cada madre tiene sus propias consideraciones, generándose una gran variedad de aptitudes y prácticas, algunas de ellas son beneficiosas para el niño y otras lo perjudican; por estas razones se ha considerado oportuno la realización del presente trabajo, con el fin de conocer cuál es la condición de las madres adolescentes frente a la lactancia materna.

El objetivo general es determinar el conocimiento, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres adolescentes con niños de 0 a 12 meses de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo marzo agosto del 2014. Los objetivos específicos: identificar el nivel de conocimiento que poseen las madres adolescentes sobre lactancia materna; definir las aptitudes de las madres adolescentes frente a la lactancia materna; evaluar las prácticas y técnicas de lactancia que poseen las madres adolescentes.

La presente investigación es de tipo cuali-cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La limitación del estudio fue la población disponible para el estudio; debido a que

durante el periodo marzo-agosto del 2014, pocas madres adolescentes acudían junto a sus hijos a la consulta externa.

Los resultados obtenidos de la investigación señalan que el 69% tiene conocimientos insuficientes y el 31% suficientes. El 52% posee aptitudes favorables y el 48% desfavorables. Con lo cual el 60% de las prácticas de lactancia materna exclusiva son adecuadas y el 40% inadecuadas, pero el 77% de las madres que complementaron o abandonaron la lactancia materna tienen prácticas inadecuadas y el 23% prácticas adecuadas; existiendo múltiples factores que afectan estas prácticas.

Esta evidencia contribuirá al desarrollo de la salud pública nacional; los resultados deben llamar a la reflexión y acción a los tomadores de decisiones en políticas e intervenciones sanitarias sobre la importancia y trascendencia de incrementar la promoción de la lactancia materna en el primer nivel de atención en salud, como una medida eficaz y eficiente para reducir la tasa de morbimortalidad en la población infantil, respetando su derechos al buen estilo de vida y así evitar pérdidas económicas al país.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. **LACTANCIA MATERNA**

4.1.1. Definición

La lactancia es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza el ciclo corporal de la maternidad, principia en el periodo inmediato al posparto y biológicamente concluye cuando las necesidades nutricias del niño/a son satisfechas con otros alimentos (MINSA-UNICEF, 2003). La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido siendo la primera comida natural para los lactantes; es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, contribuyendo también a la salud y bienestar materno debido a que lactancia materna tiene beneficio mutuo.

4.1.2. Lactancia Materna Exclusiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) conceptualizan a la lactancia materna exclusiva como la alimentación de los niños desde el momento del nacimiento hasta los seis meses de edad con leche materna y ningún otro líquido o solido; siendo considerada una de la de las seis Metas Globales 2025 para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño.

Recomiendan a las madres para que puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva (OMS, 2014); que la lactancia se inicie en la primera hora de vida; que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua; que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche; que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

4.1.3. Anatomía de la Glándula Mamaria

Las mamas son unas glándulas pares y simétricas, a modo de dos prominencias hemiesferoidales, de unos 150-500 gramos, situadas en la pared torácica anterior entre las costillas II-III a VI-VII, desde el esternón a la línea axilar media y una prolongación a modo de cola, se dirige al hueco axilar.

Dos tercios del lecho de la mama están formados por la fascia pectoral que cubre el pectoral mayor; y el otro tercio por el serrato anterior. Entre la mama y la fascia pectoral está el espacio retromamario. Una pequeña parte de la glándula forma un proceso axilar o cola de Spence. La glándula mamaria está firmemente insertada a la dermis por los ligamentos cutáneos sustanciales, los ligamentos suspensorios de Cooper. Estas condensaciones de tejido conectivo fibroso en la parte superior de la glándula ayudan al soporte de lóbulos de la glándula mamaria (Dalley, 2008).

Los conductos galactóforos dan lugar a 15-20 lóbulos de tejido glandular, los cuales constituyen el parénquima de la glándula mamaria. Cada lóbulo drena a un conducto galactóforo que drena de forma independiente al pezón. Los conductos convergen hacia el pezón, por debajo de la areola cada conducto tiene una porción dilatada, el seno galactóforo en el cual se acumulan gotas de leche en las mujeres que amamantan.

La areola contiene glándulas sebáceas, que aumentan de tamaño durante el embarazo secretando una sustancia oleosa que lubrica la areola y el pezón, posibles de sufrir heridas e irritaciones cuando la madre y el bebé están en la fase de lactancia.

4.1.3.1. Irrigación e inervación de la mama

Irrigación arterial procede de la aorta descendente a través de tres ramas, las arterias intercostales posteriores con unas ramas anteriores (no así las posteriores) que se dirigen a la mama; arteria subclavia de la que nace la arteria mamaria interna que da ramas intercostales; arteria axilar de la que nace la arteria torácica lateral que se constituye o da lugar a la arteria mamaria externa.

Entre los tres sistemas se establece una red anastomótica, que se concentra en un plexo circular periareolar y un plexo profundo. El sistema venoso, como en otras partes, sigue un trayecto paralelo inverso.

Linfáticos de la mama proceden de los espacios interlobulares y de las paredes de los conductos galactóforos. Se van reuniendo hasta formar dos plexos: superficial o subareolar y profundo o aponeurótico.

Inervación somática sensitiva se sitúa sobre todo alrededor del pezón, grandes ductos y en menor grado en la epidermis periareolar. En la porción superior procede de los nervios supraclaviculares (C_3, C_4). En la porción lateral de los 3º y 4º nervios intercostales. En la porción medial de las ramas anteriores de los nervios torácicos e intercostales, a través del pectoral mayor.

4.1.4. Fisiología de la Glándula Mamaria

En la especie humana las mamas tienen dos funciones: órgano sexual secundario, que por su localización posee un importante papel en la sexualidad y erotismo; órgano específico de los mamíferos destinado a la alimentación.

4.1.4.1. Mamogénesis

El desarrollo mamario por acción de los estrógenos estimula el crecimiento del sistema de los conductos galactóforos de las mamas; también influyen la hormona de crecimiento, la prolactina, los glucocorticoides suprarrenales y la insulina en el crecimiento de los conductos. La progesterona actúa en el desarrollo completo del sistema lobulillar-alveolar, cuando el sistema ductal se ha desarrollado la progesterona y los estrógenos actúan de forma sinérgica con las demás hormonas produciendo un crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alvéolos y la aparición de características secretoras en las células de los alvéolos (Guyton, 2011). Existen cambios gestacionales como aumento del peso mamario; desarrollo ductal y lobular; hipervascularización; hiperpigmentación; hipertrofia mioepitelial; aparición de calostro (12-20 semanas).

4.1.4.2. Lactogénesis

La hormona Prolactina (PRL) es la encargada de la estimulación para la secreción de leche. Se han descrito dos estadios de la lactogénesis.

El estadio I se inicia unas 12 semanas antes del parto y se caracteriza por el inicio de la capacidad de la glándula para segregar leche, continúa el aumento del tamaño de la glándula mamaria, y el epitelio de los alvéolos se diferencia en epitelio secretor. Las células secretoras

altamente irrigadas extraen agua, carbohidratos, aminoácidos, lípidos, vitaminas, minerales y numerosas otras sustancias de la sangre materna, convirtiéndolas en leche.

El estadio II incluye el aumento del flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa, se inicia a continuación de la expulsión de la placenta y es estimulado por la caída en los niveles de estrógenos y progesterona y el mantenimiento de los de prolactina, el volumen de leche se incrementa bruscamente entre las 36 y 96 horas posparto y luego se nivela, debido a que el lactógeno de la prolactina secretado por la hipófisis asume su papel de estimulador de la producción láctea.

4.1.4.3. Galactopoyesis

Inicialmente la lactancia es regulada hormonalmente; luego, es regulada por la succión y la extracción de leche, es el mantenimiento continuo de la leche durante la lactancia, de la que también es responsable la PRL, estimulada por la succión del pezón.

4.1.4.4. Eyección láctea

La leche producida en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente. Es por esto necesaria la acción de la oxitocina, en respuesta a la succión, esta hormona liberada por la hipófisis posterior induce el reflejo de eyección láctea por contracción de las células mioepiteliales. El reflejo de eyección está muy influido por factores psicológicos, y por ello, se sabe que la ansiedad, estrés y malestar materno pueden inhibir el reflejo de eyección.

4.1.5. Condiciones Bioquímicas de la Leche Materna

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. Las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan el contenido energético de la leche, es atribuido al incremento de la concentración de lípidos; es la consecuencia del predominio de la fracción emulsión en la fase del vaciamiento de la mama (Lozano de la Torre, 2009).

4.1.5.1. Composición del calostro y de la leche madura

La leche humana es capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen). Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, substancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc.

Composición del calostro y de la leche madura

Componente	Calostro/100 ml	Madura/100 ml
Energía (Kcal)	58	70-75
Agua %	87,2	88
Lactosa g	5,3	7,3
Nitrógeno total mg	360	171
NNP mg	47	42
Proteínas totales g	2,3	0,9
Caseína mg	140	187
Alfa lactoalbúmina mg	218	161
Lactoferrina mg	330	167
IgA mg	364	142
Grasas totales g	2,9	4,2
Ácido linoleico: (% del total)	6,8	7,2
Ácido linolénico		1,00
C20 y 22 poliinsaturados	10,2	2,9
Colesterol mg	27	16
Vitamina A mcg	89	47
Betacaroteno mcg	112	23
Vitamina D mcg	–	0,004
Vitamina E mcg	1280	315
Vitamina K mcg	0,23	0,21
Tiamina mcg	15	16
Vitamina B6 mcg	12	28
Vitamina B12 mcg	200	26
Ácido ascórbico mcg	4,4	4,0
Calcio mg	23	28
Magnesio mg	3,4	3,0
Sodio mg	48	15
Potasio mg	74	58
Cloro mg	91	40
Fósforo mg	14	15
Cobre mcg	46	35
Yodo mcg	12	7
Hierro mcg	45	40
Zinc mcg	540	166

4.1.6. Tipos de Leche Materna

4.1.6.1. Leche del pretérmino

Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los leche de madres con parto a término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término (Comité de Lactancia matena de la Asociación Española de Pediatría, 2004).

4.1.6.2. Calostro

Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una substancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células (linfocitos y macrófagos), inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, seroalbúmina, vitaminas, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Durante los primeros cuatro días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido (Comité de Lactancia matena de la Asociación Española de Pediatría, 2004).

El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato porque sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan en la digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el recién nacido). Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos. Facilita la colonización del tracto intestinal por lactobacilo bifidus. Contiene antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. Es rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.

4.1.6.3. Leche de transición

Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura.

4.1.6.4. Leche madura

La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los seis primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos. Cuando la lactancia involuciona pasa por una fase calostral antes de desaparecer la secreción de leche. La leche humana es un alimento completo que contiene agua, proteínas, hidratos de carbono, grasos, minerales y vitaminas.

Su volumen promedio es de 700-900 ml/día en los primeros seis meses de postparto y de 600 ml en el segundo semestre. Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico. Su contenido energético es de 68-74 Kcal /100 ml.

La mayoría de las proteínas se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que procede de la circulación materna. Las proteínas de la leche humana son una fuente importante de aminoácidos necesarios para el rápido crecimiento del lactante. Pero además, muchas de ellas son funcionales, es decir, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino.

La lactosa es el principal hidrato de carbono; la galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales. La alta concentración en lactosa promueve la colonización intestinal por el lactobacilus bifidus, flora fermentativa que mantiene un ambiente ácido en el

intestino, inhibiendo el crecimiento de patógenos. La N-acetil-glucosamina (factor bífido) estimula el crecimiento del lactobacilo. El ácido siálico es un nutriente condicionalmente esencial, que confiere ventajas en el neurodesarrollo; algunos oligosacáridos se adhieren a los receptores de membranas de las células la de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas.

Los lípidos es el componente más variable de la leche humana, su concentración varía, la principal fuente de energía para el lactante son las grasas; la leche materna proporciona el 40-50% de las calorías en forma de grasa, además aportan ácidos grasos esenciales de cadena larga (PUFAs) y vitaminas liposolubles. Los triglicéridos constituyen más del 98% de la grasa de la leche humana, el resto son fosfolípidos 0,7%, ácidos grasos libres, mono y diglicéridos y colesterol 0,5%. El ácido araquidónico (AA) y el docosahexaenoico (DHA) son esenciales, ya que no pueden ser sintetizados suficientemente por el recién nacido a partir del linoleico (LA) y linolénico (ALA). La leche humana siempre es rica en estos ácidos grasos, mientras que la de vaca y fórmula son deficitarias.

La leche humana tiene todos los minerales que necesita el niño, sus concentraciones son más bajas que en los sucedáneos, pero tienen excelente coeficiente de absorción. El contenido de vitaminas de la leche humana depende de su pool plasmático y es relativamente sensible a la ingesta materna.

Vitaminas liposolubles en zonas poco soleadas la leche humana es deficitaria en vitamina D, pero aun así no se observan carencias en los niños amamantados. Los niveles de vitamina K son inferiores a los de la leche de vaca; sus niveles son superiores en el calostro que en la leche madura, pero a partir de las dos semanas de vida se obtiene de la flora intestinal. El déficit en vitamina A es raro en la leche materna. Tiene niveles mayores que la leche de vaca. El contenido en vitamina E de la leche humana cubre todas las necesidades del niño a no ser que la madre consuma cantidades exageradas de grasas poliinsaturadas.

Vitaminas hidrosolubles sus niveles son más altos en madres bien nutridas; aun así la madre debe consumirlas diariamente. De todas formas las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras. El ácido fólico es esencial para la síntesis de hemoglobina, aminoácidos, DNA y RNA; su déficit produce anemia. La vitamina C, interviene en la formación de los tejidos, sobretodo conectivo y vascular.

La niacina, riboflavina (B2), tiamina (B1), piridoxina (B6) y cobalamina (B12), necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La tiamina es esencial en el metabolismo de los carbohidratos en el sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 es muy baja, pero es muy biodisponible gracias a su factor específico de transferencia, la haptocorrina, su déficit produce anemia y daño en el sistema nervioso.

4.1.7. Substancias no Nutritivas de la Leche Humana

Los nucleótidos son compuestos derivados del ácido nucleico, participan en la síntesis y metabolismo del ácido nucleico, síntesis de proteínas y factores de crecimiento. La citidina monofosfato y el uracilo son los nucleótidos de más alta concentración de la leche humana.

La leche humana tiene múltiples enzimas diferentes, que ejercen variadas funciones; unas son importantes para el desarrollo neonatal, otras participan en la digestión como la lipasa, amilasa y enzimas proteolíticas.

Se pueden detectar todas las hormonas maternas en la leche humana, como prolactina, oxitocina, esteroides suprarrenales y ováricos, GnRH, GRF, insulina, somatoestatina, calcitonina, PTH, neurotensina. Mientras otras, como TSH, TRH y T3 se detectan en valores inferiores.

Los factores de crecimiento son péptidos hormonalmente activos que ejercen sus acciones localmente, estimulando la síntesis de RNA, DNA, la proliferación celular, el crecimiento y maduración del intestino y de otros órganos. Tienen un potente efecto trófico sobre las células intestinales inmaduras y juegan un papel en la adaptación perinatal del intestino, resisten la proteólisis y tienen receptores específicos en órganos y tejidos. No existen en las fórmulas.

El FGF (factor estimulante de los fibroblastos), HGF (factor estimulante de los hepatocitos) TGF-alfa (factor transformador del crecimiento alfa) y EGF (factor de crecimiento epidérmico) estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo.

La eritropoyetina de la leche humana aumenta lentamente durante los primeros meses de lactancia la eritropoyesis; estimula la inmunidad, la maduración del SNC y del intestino.

4.1.8. Aspectos Inmunológicos, Antiinflamatorios y Antialérgicos de la Leche Humana para el Lactante

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004), expone que el sistema inmune del niño se desarrolla durante la vida fetal, pero no madura completamente hasta los dos años de vida. Los niveles de IgA secretora son muy bajos y no alcanzan niveles adecuados hasta los dos años; la población de linfocitos está muy limitada. El mayor estímulo para la maduración de la población linfoide es la exposición a la flora que coloniza el intestino. Para la construcción de su propio sistema inmune lo recibe por dos vías.

La primera es vía placenta el transporte activo de IgG de la madre al feto hace que en el momento del nacimiento el recién nacido a término tenga unos niveles de IgG que son un 90% los de su madre. Estos anticuerpos confieren inmunidad durante los primeros meses de vida. La segunda es vía leche materna, la IgA secretora es la inmunoglobulina principal de la leche materna, está en grandes cantidades: 0,5-1,5 g/L. Sólo contiene, sin embargo, pequeñas cantidadesde IgG e IgM.

En el eje entero-mamario, los linfocitos emigran desde los tejidos linfoides y placas de Peyer intestinales a la glándula mamaria de la madre lactante, allí producen las IgAs de la leche que proporcionarán protección contra microbios y proteínas alimentarias que la madre tiene en el intestino. Por ello sus patógenos no causarán problemas al lactante.

La lactoferrina cuya concentración es muy elevada (1-4 g/L) en la leche madura, es relativamente resistente a la degradación enzimática; actúa sinérgicamente con la IgAs, ambas son importantes para la defensa y nutrición del bebé. La lactoferrina es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, suprime la producción de muchas citokinas inflamatorias como ILbeta, IL-6, TNF-alfa, IL-8. La lactoferrina juega un papel importante durante la colonización neonatal y la expansión de la microflora intestinal, ya que es

bactericida, evita la formación de citoquinas, que causarían síntomas clínicos, consumo de energía e inflamación.

La fracción oligosacárida de la leche contiene análogos de varios receptores microbianos de la mucosa del intestino que evitan la unión de patógenos a la mucosa, como neumococo y *Haemofilus influenza.* Es uno de los mecanismos de defensa principales de la leche humana, se ha demostrado que estos oligosacáridos son resistentes a la digestión intestinal y se excretan intactos en las heces y orina del neonato.

Las linfokinas estimulan la maduración de los linfocitos; las catalasas, el ácido ascórbico, el alfa tocoferol y la cisteína actúan como neutralizadores de los radicales libres, son antioxidantes.

De los componentes celulares los macrófagos son las células que están en mayor cantidad, seguidas por linfocitos T, B y neutrófilos, no se observan habitualmente eosinófilos. Su función es la fagocitosis y la secreción de sustancias inmunes específicas, contra las que la madre ha tenido contacto.

Los linfocitos secretan IgG, IgA e IgM. Los macrófagos secretan IgA, lisozima y lactoferrina, se ha visto que como los linfocitos de la leche humana proceden de las placas de Peyer intestinales de la madre, los hijos toleran sus antígenos de histocompatibilidad.

Hay un factor que estimula la diferenciación de los macrófagos en la leche humana; además, la leche humana contiene abundante MIF (factor inhibidor de la migración de los macrófagos). Es una citokina que protege al niño y a la glándula mamaria de la infección, está localizada dentro de los glóbulos de grasa para evitar su digestión gástrica.

4.1.8.1. Prevención de procesos alérgicos en el lactante mediante lactancia materna

No en todos los casos la lactancia materna evita la alergia. Parece haber factores nutricionales o determinada composición de leche, que favorece la aparición de enfermedad alérgica en el hijo de madre alérgica. La leche de madres alérgicas tiene niveles

superiores de IL-4, IL- 3 e IL-5 (citokinas con efecto inflamatorio), así como mayor IgE, que la de madres no alérgicas. Se ha observado que niveles altos de TGF-beta en la leche y el efecto inhibitorio del calostro en la liberación de IL-4, protegen contra el desarrollo de alergia.

4.1.9. Factores que Influyen en Composición y Volumen de la Leche Materna

4.1.9.1. Influencia de la dieta materna en la composición de la leche

El conocimiento de la dependencia, ingesta y reserva materna de nutrientes, permite predecir el riesgo de su deficiencia en el bebé; en madres desnutridas habría una correlación entre la concentración de grasa láctea y el nivel de adiposidad materna; en el lactante habría una adaptación a menores concentraciones de grasa láctea a través de un aumento en el tiempo de amamantamiento (Macías et al, 2006).

Tanto la dieta previa, que ha determinado la composición de los ácidos grasos del tejido adiposo acumulado durante el embarazo, como la dieta actual, son los principales determinantes de la composición de ácidos grasos de los triglicéridos de la leche. Una dieta con predominio de carbohidratos sobre lípidos determinará síntesis de novo de ácidos grasos en la glándula, con mayor concentración de ácidos grasos saturados de cadena.

La ingesta proteica materna no modifica los niveles de proteína total; sin embargo, puede provocar modificaciones en la proporción relativa entre las proteínas del suero lácteo y la caseína; las madres desnutridas producirán leche con niveles más bajos de IgA y lactoferrina. Algunos minerales como el yodo y el selenio son dependientes de la dieta materna; por el contrario, el calcio, hierro, cinc y cobre no se verían afectados por la dieta. Sin embargo, se ha observado que las concentraciones lácteas de hierro, cinc y cobre podrían variar según el área geográfica.

En el caso de la vitamina A, su concentración estaría en relación directa con la alimentación y reservas de la madre. Con respecto a la vitamina D, los efectos de la suplementación materna son muy variables.

4.1.9.2. Cambios de composición de la leche durante el proceso de amamantamiento

La leche materna no tiene una composición estática y sus constituyentes cambian durante el período de lactancia. Por ejemplo, no tiene las mismas características durante el transcurso de la mamada. Al principio, la leche es más acuosa y calma la sed del niño y es rica en proteínas, minerales, vitaminas hidrosolubles y lactosa. Al finalizar es de color más blanco, con más grasa y vitaminas liposolubles (Macías et al, 2006).

4.1.9.3. Factores que influyen en la cantidad de leche materna en las madres adolescentes

El volumen de producción de leche es variable entre individuos, y se considera que es inferior a la capacidad de la glándula mamaria. Si bien la producción máxima de leche materna se alcanza entre el tercero y el quinto mes de lactancia y se mantiene constante en los meses siguientes, está influida por factores psicológicos, fisiológicos y sociológicos, los que con frecuencia se encuentran relacionados entre sí.

Entre los factores psicológicos es conocido que los trastornos emocionales y la ansiedad provocan alteraciones en la secreción láctea y en casos extremos pueden llegar a interrumpir la producción glandular. En cuanto a los factores fisiológicos, se considera que la frecuencia, la duración y el vigor de la succión del lactante influyen en la cantidad de leche producida por la glándula mamaria; es decir, que la secreción está afectada por la demanda. Como factores sociales, vemos que muchas veces la madre adolescente debe recurrir a sucedáneos de la leche materna o a suplementos mientras está fuera del hogar y consecuentemente disminuye la formación de leche.

4.1.9.4. Recomendaciones para la producción y mantenimiento constante de leche materna

Dar de lactar tan pronto nazca; dar de mamar de día y de noche, cada vez que el lactante pida; dar de mamar en una posición cómoda; dar de mamar hasta que el lactante quede satisfecho; durante los primeros 6 meses practicar lactancia materna exclusiva;

no introducir mamaderas, chupones o chupetes debido que provoca rechazo el pecho; la mamá debe comer y alimentarse de buena manera; líquidos abundantes en la dieta de la madre; la mamá debe estar relajada y tener aptitudes favorables frente a la lactancia materna.

4.1.10. Ventajas de la Leche Materna

4.1.10.1. Ventaja para la madre

- ✓ Mejora la recuperación posparto (involución uterina), la pérdida de peso y prolonga el periodo de anovulación;
- ✓ Aumenta la producción de leche dentro de los primeros días cuando el bebé lacta desde el nacimiento;
- ✓ Disminuye el riesgo de hemorragia posparto;
- ✓ Mejora le vínculo madre-hijo;
- ✓ Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de ovario;
- ✓ Durante los primeros seis meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo;
- ✓ Disminuye el riesgo de depresión posparto y anemia, además aumenta la autoestima y confianza;
- ✓ Disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada;
- ✓ La leche materna está fácilmente disponible; no hay nada que comprar y no necesita preparación ni almacenamiento, está disponible a la temperatura adecuada y es gratuita.

4.1.10.2. Ventaja para el lactante

- ✓ Proporciona la nutrición ideal para cubrir las necesidades cambiantes del lactante para su crecimiento y desarrollo;
- ✓ Favorece el desarrollo correcto del sistema inmunológico;
- ✓ Estimulación fisiológica del desarrollo de la mucosa gastrointestinal;
- ✓ En el prematuro protege de enterocolitis necrotizante;
- ✓ Disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante;

- ✓ Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales;
- ✓ Protege frente a infecciones infantiles;
- ✓ A medio plazo protege frente a neoplasias infantiles;
- ✓ A largo plazo disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

4.1.10.3. Ventaja para la familia

- ✓ Se ahorra en gastos de salud;
- ✓ El esposo aprecia la contribución de la madre cuando amamanta a su bebé;
- ✓ Los integrantes de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé;
- ✓ Se ahorran dinero en el presupuesto familiar;
- ✓ Contribuye a establecer una fuerza de trabajo más productiva;
- ✓ Crea una sociedad más saludable.

4.1.10.4. Ventaja para la comunidad

- ✓ Reduce el gasto sanitario;
- ✓ Utiliza el recurso natural renovable más valioso;
- ✓ Reduce la mortalidad infantil;
- ✓ Previene la desnutrición infantil;
- ✓ A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.

4.1.11. Contraindicaciones para la Lactancia Materna

Absolutas	Relativas
• Galactosemia • Madres VIH activo • Madre con TBC activa no tratada • Enfermedad materna psiquiátrica o médica grave	• Imidazolicos • Aspirina • Quinolonas • Cloranfenicol • Codeína • Alcohol • Nicotina • Litio • Tiazida • Derivados del Ergot

4.1.12. Técnica de Amamantamiento

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta; evitará que duela durante la succión y que salgan grietas.

Sostenga su pecho con el pulgar arriba y los cuatro dedos abajo (con la mano en forma de “C”). Puede ser necesario que sostenga su pecho durante toda la toma, especialmente en los primeros días o si sus pechos son muy grandes. El bebé tomará en su boca todo el pezón y la mayor parte de la areola. El bebé nunca debe agarrar únicamente el pezón.

Fíjese que ambos labios de su bebé estén hacia afuera (y no doblados o hacia adentro) y relajados. Si usted no puede ver si el labio inferior está hacia fuera, presione suavemente la punta de la barbilla para jalar el labio inferior hacia fuera. La lengua debe quedar debajo de su pecho.

Observar el movimiento de la mandíbula de su bebé moverse hacia arriba y hacia abajo y escuchará que hace ruiditos al tragar. La lactancia no debe doler. Si duele, quite al bebé del pecho y vuelva a colocarlo. Puede que el bebé no esté colocado correctamente. Rompa la succión antes de retirar al bebé del pecho, colocando su dedo en la comisura de su boca y halándolo suavemente.

4.1.13. Posiciones para el amamantamiento

Hay algunas posiciones en las cuales puede sostener a su bebé mientras le da pecho. Puede escoger las que sean más cómodas para madre y el bebé; para la mayoría de las posiciones, el bebé debe estar de lado con su cuerpo entero hacia la madre. Esto le ayuda a agarrar bien el pezón.

4.1.13.1. Posición sentada o de cuna

Sostenga la cabeza del bebé en el ángulo interno del codo antebrazo, formando una línea recta con la cadera y la espalda y todo su cuerpo viendo hacia usted, manteniéndolo próximo al cuerpo de la madre y en contacto el abdomen de la madre con la del niño.

4.1.13.2. Posición debajo del brazo o de football americano

Sostenga al bebé a un costado suyo (debajo de su brazo), acostado sobre su espalda. El cuerpo del bebé va hacia atrás mientras que la cabeza del bebé es sostenida con la palma de su mano del mismo lado.

4.1.13.3. Posición semisentada

Colocar la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre, esta posición se la puede utilizar cuando hay heridas abdominales (cesárea).

4.1.13.4. Posición acostada o de medio lado

Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, y coloque al bebé al lado suyo. Acérquelo hacia usted y dirija su boca hacia el pezón. Se pueden colocar almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebe.

4.1.14. Importancia de los Reflejos del Lactante en el Proceso de Lactancia Materna

Para una lactancia materna apropiada, los reflejos del lactante son importantes; los reflejos principales son: el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución. Los lactantes prematuros pueden agarrar el pezón aproximadamente desde las 28 semanas de edad gestacional y pueden succionar y extraer algo de leche desde aproximadamente la semana 31. La coordinación de la succión, deglución y respiración aparece entre las semanas de gestación 32 y 35.

4.1.14.1. Cómo el lactante 'agarra' y succiona el pecho

La OMS recomienda para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un 'buen agarre, de manera que pueda succionar de manera efectiva.

4.1.14.1.1. Buen agarre

Los puntos que deben ser advertidos son:

- ✓ Mucha areola y tejido subyacente, incluyendo los conductos mayores, se encuentran en la boca del lactante;
- ✓ El pecho es traccionado para formar una larga 'tetilla', el pezón constituye sólo un tercio de la 'tetilla';

- ✓ La lengua del lactante se encuentra hacia adelante, sobre la encía inferior, por debajo de los conductos lactíferos (en realidad, la lengua del lactante rodea los lados del pezón;
- ✓ El lactante está succionando el pecho, no el pezón.

A medida que el lactante succiona, un movimiento ondular recorre la lengua desde adelante hacia atrás, presionando la tetilla contra el paladar duro, provocando que la leche se desplace hacia afuera, desde los conductos hacia la boca del lactante, para que sea deglutida. Los cuatro signos de un buen agarre son:

- ✓ Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior;
- ✓ La boca del lactante está muy abierta;
- ✓ El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera);
- ✓ El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

4.1.14.1.2. Mal agarre

Cuando existe un mal agarre, la succión puede ser incómoda o dolorosa para la madre y puede lesionar la piel del pezón y de la areola, provocando úlceras y fisuras en el pezón. El mal agarre es la causa más común e importante de lesiones en el pezón, lo que puede causar una extracción ineficiente y una aparente baja producción de leche.

Las causas del mal agarre son el empleo del biberón antes de que la lactancia materna haya sido bien establecida, puede provocar mal agarre debido a que el mecanismo de succión para el biberón es diferente. Las dificultades funcionales, como ser los pezones planos o invertidos o que el lactante sea muy pequeño o que esté muy débil, también son causas de mal agarre. Sin embargo, las causas más importantes son la inexperiencia de la madre y la falta de ayuda calificada por parte del personal de salud que la atiende. Los puntos que deben ser advertidos son:

- ✓ Solamente el pezón se encuentra en la boca del lactante, no el tejido mamario subyacente ni los conductos;

- ✓ La lengua del lactante se encuentra hacia atrás de la boca y no puede alcanzar los conductos para presionarlos.

4.1.14.2. Succión efectiva

Los signos de succión efectiva indican que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El lactante realiza succiones lentas y profundas, seguidas por una deglución visible o audible, aproximadamente una vez por segundo. Cuando el lactante reinicia la succión, puede succionar rápidamente unas cuantas veces, estimulando el flujo de leche y, luego, las succiones lentas y profundas se vuelven a iniciar. Las mejillas del lactante permanecen redondeadas durante la succión. Una vez que el lactante se encuentra satisfecho, generalmente deja el pecho espontáneamente. Durante uno o dos segundos, puede verse que el pezón se encuentra estirado, pero rápidamente retorna a su forma de reposo.

4.1.14.2.1. Succión inefectiva

El lactante succiona rápidamente todo el tiempo, sin deglutir, y las mejillas están contraídas, demostrando que la succión no logra que la leche fluya adecuadamente hacia su boca. Cuando el lactante deja de lactar, el pezón puede permanecer estirado y se lo ve aplastado por los lados, con una línea de presión que atraviesa la punta, mostrando que ha sido lastimado por una succión incorrecta.

4.1.14.2.2. Consecuencias de la succión inefectiva

El pecho se ingurgite o que pueda desarrollar obstrucción de los conductos lactíferos o mastitis, debido a que no se extrae suficiente cantidad de leche; la ingesta de leche, por parte del lactante, pueda ser insuficiente, causando un insuficiente aumento de peso; el lactante se retire del pecho como señal de frustración y rechace ser alimentado; el lactante esté hambriento y continúe succionando durante un largo período de tiempo o demande lactar con mucha frecuencia; los pechos sean sobre estimulados por la demasiada succión, produciendo una sobreproducción de leche.

4.1.15. Problemas más Frecuentes de la Lactancia Materna

Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección.

4.1.15.1. Pezones agrietados

Al empezar con la lactancia es posible que los pezones estén más sensibles. Ante esta situación, es de importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar; Evitar uso de cremas; no se debe limitar el tiempo de succión, la mejor prevención de las grietas es una adecuada técnica de lactancia materna.

4.1.15.2. Ingurgitación mamaria

La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo provocan que los pechos estén hinchados y duros; es de comienzo gradual a los 3-6 días del parto. La clínica varía, dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado) empeora antes de la toma y se alivia con ella. Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho, a la exploración física se detecta dureza, aumento de la sensibilidad con enrojecimiento y calor bilateral; distensión de la areola, pezón borrado y dificultad en el agarre. El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos. Las medidas preventivas son lactancia precoz, frecuente y en posición correcta posición; el tratamiento calor seco, masaje suave y circular; aplicación de frío entre tomas, AINES y/o analgésicos para el dolor, uso de sujetador adecuado las 24horas.

4.1.15.3. Galactocele

La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El dolor es

unilateral y cambiante de lugar y si no se resuelve se puede transformar en un galactocele (quiste de retención de leche). A la exploración física existe dureza y dolor localizado.

Las medidas preventivas son lactancia precoz, frecuente y en correcta posición. Los cambios de posición en cada o en la misma tetada ayudan al vaciado completo de la mama. La zona que mejor se vacía es la que queda en contacto con la barbilla del lactante. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé "ordeña" con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada. Se puede recomendar antiinflamatorios y/o analgésicos. Un galactocele no resuelto requiere punción e incluso extirpación quirúrgica.

4.1.15.4. Mastitis

Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos. Las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurre en las primeras 12 semanas. Los principios del tratamiento de la mastitis son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico (cotrimoxazol, ciprofloxacino a dosis de 750 mg, etc.) y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos).

Es importante no interrumpir la lactancia ya que agravaría el problema. Se debería realizar un análisis microbiológico de la leche de cualquier mujer lactante que refiera dolor en el pecho injustificado, grietas y/o mastitis recurrentes. La recogida de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico se debe efectuar mediante expresión manual en un envase estéril; para este tipo de análisis es suficiente con una muestra de 1 ml.

4.1.15.5. Dermatitis de la mama

Aunque son infrecuentes, las asociadas a la lactancia materna son:

4.1.15.5.1. Impétigo

Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por estreptococo del grupo A beta-hemolítico y el estafilococo aureus. Generalmente existen lesiones previas como eczema, dermatitis de contacto, entre otras, que se sobre infectan. Se extiende con el rascado de las lesiones y es contagiosa; el tratamiento es tópico con mupirocina o ácido fusídico. La madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelto.

4.1.15.5.2. Dermatitis vírica por herpes simple o varicela

Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelta.

4.1.15.5.3. Dermatitis de contacto

Causada por contacto directo con irritante o alérgeno. El tratamiento consiste en evitar la sustancia irritante y aplicar corticoides tópicos. No contraindica la lactancia.

4.1.15.6. Candidiasis

Causada por diversas variedades de cándida, parásitos de ‘hongos’, especialmente cándida albicans. Puede manifestarse en el pezón, areola, pliegue intermamario y submamario. Puede aparecer en lactantes cuya madre tenga una mastitis estafilocócica. La piel está enrojecida, ligeramente edematosa y puede que en la superficie haya elementos vesículo-pustulosos. Es muy típico observar cómo estas áreas están delimitadas por un fino reborde escamoso, apareciendo lesiones satélites, provoca prurito intenso y quemazón, sin fiebre.

Tópicamente se puede emplear miconazol, ketoconazol o terbinafina. Si presenta lesiones activas en la areola o cerca, la madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resueltas.

4.1.15.7. Alteraciones del Pezón

4.1.15.7.1. Pezones planos

El pezón no se proyecta hacia afuera ni tampoco se retrae, sino que se mantiene a la misma altura de la areola; este tipo de pezones no contraindican la lactancia, aunque sí la dificultan, sobre todo en los inicios. Lo importante no es el aspecto del pezón sino su capacidad de estiramiento, es decir, de que el pezón "salga" cuando el bebé comienza a succionar.

4.1.15.7.2. Pezón invertido

El pezón invertido se describe como un pezón completo o una porción de él que se encuentra enterrado en los ductos lactíferos, o como un pezón no proyectado o que se encuentra por debajo del nivel areolar. La mujer no podrá amamantar ya que el pezón no es protuberante y el recién nacido no lo puede introducir en la boca para succionar.

4.1.15.8. Falta de Leche

Es un problema frecuente de muchas madres adolescentes, razón por la cual abandonan la lactancia, o creen que no tienen suficiente leche, tal vez porque el lactante llora y no parece satisfecho; quiere lactar más y la madre no tiene suficiente tiempo; toma mucho tiempo en cada mamada; se impacienta con el pecho y no quiere lactar; se chupa los dedos; le dan biberón y duerme por un tiempo largo.

4.1.15.9. Crisis o baches de lactancia

Se denominan así los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche. Suele ser por momentos críticos que habitualmente coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida, en los que el niño obtiene más cantidad de leche, aumentando la frecuencia de las tomas. También existen otras circunstancias, como el cansancio de la

madre o por enfermedad de la madre o del niño, solucionarlo con la administración de un biberón como suplemento puede suponer el abandono de la lactancia.

4.1.15.10. Rechazo del pecho y huelga de lactancia

El rechazo al pecho suele ser algo más habitual y mantenido, el bebé suele rechazar un solo pecho y ocurrir desde el inicio, aunque puede aparecer en cualquier momento. La huelga de la lactancia suele ser transitoria, intermitente y de ambos pechos. Algunos factores que se han relacionado con estas situaciones son: la mala postura, el retorno de la menstruación, cambios en el sabor de la leche por algún alimento, bebida o fármaco ingerido por la madre, cambios en el perfume o jabón de la madre, ansiedad materna, obstrucción nasal, etc.

4.1.16. Problemas con la Bajada de la Leche Durante el Periodo de Lactancia Materna

La Unicef Ecuador en el 2012 recomienda que si el bebé toma bien el pecho pero la leche no baja, la madre puede estimular la bajada de la leche de las siguientes formas:

- ✓ Masajeando el seno en la zona donde se encuentran los alvéolos y los conductos lactíferos, la madre debe empezar el masaje en la parte superior del seno con movimientos circulares en una misma área. Después de unos segundos debe pasar a otra área y repetir el masaje alrededor del pecho hasta llegar al pezón;
- ✓ Frotando suavemente el pecho desde la parte superior hasta el pezón de manera que le produzca cosquilleo;
- ✓ Sacudiendo suavemente ambos senos inclinada hacia adelante;
- ✓ Aplicando compresas de agua tibia;
- ✓ Tomando líquidos.

4.1.17. Extracción manual de la leche materna (Técnica de Marmet)

Existen diversas circunstancias en la que la mujer puede necesitar sacarse leche, si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo;

para aliviar la ingurgitación mamaria; para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho; para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada; cuando la madre se incorpore al trabajo.

La técnica de Marmet es cómoda, barata y sencilla. Primeramente lavarse las manos y estimular el pecho previamente:

- ✓ Coloca el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra C, a unos 3 o 4 cm del pezón (no siempre coincide con el borde de la areola). Evita que el pecho descanse sobre la mano;
- ✓ Empuja los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Si tienes los pechos grandes o caídos, primero levántalos y después empuja los dedos hacia atrás;
- ✓ Comprime hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos. Es una acción de ordeño.
- ✓ Repite rítmicamente para vaciar. Rota la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho. Utiliza ambas manos en cada pecho.

4.1.17.1. Mantenimiento de leche materna extraída

La conservación de la leche es muy fácil. Puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en frigorífico o incluso en un congelador doméstico. Conservación a temperatura ambiente: siempre que sea en torno a los 21 ºC, unas 10 horas. Conservación en el frigorífico: entre 0-5 ºC, 48 a 72 horas; conservación en un congelador domestico: a -20 ºC, hasta los 6 meses, congelando inmediatamente, en recipiente de plástico o cristal, en pequeñas cantidades (50-100 cc). Para no tener que tirar y romper la cadena de frío debe rotularse con la fecha de extracción. El descongelamiento debe realizárselo a temperatura ambiente. No descongele ni caliente en microondas, ya que se destruyen algunos componentes de la leche materna.

4.1.18. Alimentación Complementaria o Ablactación

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.

Después de los seis meses de edad, todos los bebés requieren otros alimentos que complementen la leche materna, estos son llamados alimentos complementarios. Una vez que la alimentación complementaria ha sido iniciada, se debe continuar con la lactancia materna hasta los dos o más años.

La alimentación complementaria debe ser:

- ✓ Oportuna – es decir, que se inicia cuando las necesidades de energía y de nutrientes exceden a lo provisto mediante la lactancia materna exclusiva y frecuente.
- ✓ Adecuada – es decir, que brinda suficiente energía, proteínas y micronutrientes, para cubrir las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- ✓ Segura – es decir, que está higiénicamente almacenada y elaborada y se la administra con las manos limpias, empleando utensilios limpios y no biberones ni tetinas.
- ✓ Apropiadamente administrada – es decir, que es ofrecida como respuesta a las señales de hambre del niño, con la frecuencia y los métodos de alimentación adecuados para la edad del niño.

Hay que tener en cuenta, primero debe ofrecerse el alimento semisólido y luego la leche materna o fórmula industrializada; no dé el alimento líquido, debe ser en papilla semisólida; no forzar su aceptación ni la cantidad de alimento; no mezclar los alimentos al momento de servirlos o prepararlos; introducir un solo alimento a la vez; ofrecer cada

alimento durante 5-7días; vigilancia de efectos adversos (diarrea, estreñimiento, alergias); no agregar sal, azúcar, miel u otros condimentos.

4.1.19. Uso de Sucedáneos de Leche Materna

Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las leches de sustitución son medicamentos de tipo nutricional y por lo tanto deben ser prescritas con receta médica.

Se denominan sucedáneos de la leche materna a productos alimenticios que sustituyen en forma total o parcial a la lactancia materna. Estas fórmulas infantiles se desarrollan teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de cada etapa de crecimiento del bebé. La lecha materna es el único e ideal alimento para los seres humanos; lamentablemente, existen circunstancias específicas que constituyen contraindicaciones para la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a las leches artificiales de la siguiente manera:

- ✓ Fórmulas de inicio (infantes de 0 a 6 meses).
- ✓ Fórmulas de continuación (niños de 6 a 12 meses).
- ✓ Fórmulas de crecimiento (niños mayores de 1 año).
- ✓ Fórmulas especiales:
    - o fórmulas para niños prematuros
    - o fórmulas sin lactosa
    - o fórmulas de soya
    - o fórmulas antirreflujo
    - o fórmulas hipoalergénicas
    - o fórmulas para niños con problemas digestivos.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (SEGNP) han publicado los estándares para fórmulas infantiles. Contienen los mínimos niveles de la mayoría de los componentes necesarios para cubrir los requerimientos nutrimentales del lactante. Incluyen los límites superiores de cada nutrimento con el objeto de evitar el efecto tóxico del exceso de

nutrimentos relacionado con la limitada capacidad de muchos lactantes de digerir, metabolizar, regular y excretar ciertos nutrimentos.

La elevada concentración de fosfatos y calcio con una proporción inadecuada de Ca/P de 1,3:1 en lugar de 2,3:1 como la leche materna, ofrece el inconveniente de un riesgo potencial de hipocalcemia que en ocasiones puede producir sintomatología grave (contracciones musculares, espasmos, tetania, etc.).

4.1.19.1. Indicaciones para el uso de suplementos lácteos

- ✓ Recién nacido abandonado;
- ✓ Muerte materna;
- ✓ Madre portadora del VIH;
- ✓ Enfermedad grave de la madre como hepatitis B materna, con tuberculosis activa y lesiones dérmicas de la mama;
- ✓ Madre consumidora de sustancias ilícitas;
- ✓ Recién nacido con ciertas enfermedades metabólicas;
- ✓ Sustitución en lactantes cuyas madres no pueden o no desean amamantar;
- ✓ Suplementación para lactantes cuyas madres desean interrumpir la lactancia;
- ✓ Complementación cuando la producción de leche materna es insuficiente;

4.1.19.2. Ventajas del uso de fórmulas

- ✓ Comodidad;
- ✓ Flexibilidad;
- ✓ Tiempo invertido y frecuencia de las tomas;
- ✓ Dieta;
- ✓ Mejor control en su dosificación;
- ✓ Mejor integración bebé-papá;
- ✓ Alimentación en público;
- ✓ Mayor libertad en la elección de métodos anticonceptivos.

4.1.19.3. Desventajas del uso de fórmulas

- ✓ Organización y preparación;
- ✓ Eleva el riesgo de infecciones, ya que su aporte de defensas al organismo del bebé es nulo;
- ✓ Está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas como alergias, diabetes;
- ✓ Hay una mayor incidencia de caries y caída dental;
- ✓ Es menos digestiva y tarda más en ser eliminada;
- ✓ Costo;
- ✓ Carece de anticuerpos;
- ✓ Menos lazos afectivos madre-hijo;
- ✓ Menor desarrollo psicomotor del bebé;
- ✓ La alimentación con fórmulas artificiales es a base de leche de otros mamíferos (vaca –cabra) que difieren con el contenido nutricional de la leche materna.

4.1.19.4. Riesgo de la alimentación con sucedáneos

Las otras formas de alimentación deben demostrar ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante y de su madre a corto, medio y largo plazo y resultados similares en cuanto a desarrollo pondoestatural, psicomotor o psicosocial. Por ello, no debería ser necesario resaltar los beneficios del amamantamiento, sino tener siempre presente los riesgos que conlleva la alimentación con sucedáneos de leche materna.

El riesgo de hospitalización por procesos infecciosos en el primer año de vida es mayor entre los lactantes no amamantados, incrementando la morbimortalidad en la población infantil.

4.1.20. Comportamiento de las Adolescentes Frente al Embarazo y Lactancia Materna

La adolescencia se la puede dividir en tres etapas. Adolescencia Temprana (10 a 13 años); Adolescencia media (14 a 16 años), Adolescencia tardía (17 a 19 años) (Issler, 2001, págs. 11-13). Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente (Menéndez Guerrero et al. 2012). Existen consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes debido a que el comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, las distintas sociedades humanas poseen distintas consideraciones en relación al embarazo y lactancia materna por parte de las adolescentes, existiendo sociedades represivas, restrictivas, permisivas y alentadoras. Así, se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos.

Las tasas de lactancia materna en madres adolescentes son desproporcionadamente bajas y su transición a la maternidad a menudo es diferente a la de madres de mayor edad. La lactancia materna en adolescentes se ve claramente influenciada por múltiples factores principalmente de orden biológico y sobre todo de carácter social.

Factores perinatales como la prematurez, el parto por cesárea, el trabajo de parto y las complicaciones en el nacimiento y bajo peso al nacer pueden reducir la capacidad de la madre para iniciar y mantener la lactancia materna. El dolor durante la lactancia materna y las dificultades con el agarre del pezón, la fatiga, la producción de leche, y las complicaciones médicas son comúnmente reportadas como obstáculos para la lactancia. Los factores sociales como las características de la pareja y familia así como la relación también pueden influir en

la conducta de lactancia en las adolescentes, ya que tienden a estar fuertemente influenciadas por sus pares y ambiente familiar.

Las madres más jóvenes tienden a alterar las relaciones familiares, a luchar con la autoestima y con la propia imagen, y por otro lado con reintegrarse a sus grupos de pares y en los entornos educativos; también la vergüenza relacionada con la lactancia fuera de casa y volver al trabajo o al colegio debido a que la imagen corporal es muy importante para la adolescentes ocasionando prácticas inadecuadas como el uso de sucedáneos o el inicio temprano e inadecuado de la ablactación que perjudican a la salud del lactante.

Los profesionales de la salud influyen en las adolescentes positivamente en la experiencias de la lactancia materna e influyen negativamente en alimentar con fórmula a sus bebes, debido a la información brindada sobre el tema; es por eso que durante los controles prenatales se debe dar consejería sobre lactancia materna, con palabras claras explicando la importancia que tiene para el óptimo desarrollo y crecimiento del lactante y los beneficios tanto para las madres y la sociedad.

4.1.21. Asociación entre el Destete y Conocimientos, Creencias y Actividades Respecto a la Lactancia Materna en Madres Adolescentes

El término destete comienza con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y finaliza con el abandono de la lactancia, a pesar de que a partir de los seis meses de edad se inicie con alimentación complementaria, durante el primer año la leche materna sigue siendo el principal alimento; entonces surge a partir de las necesidades de la madres adolescentes y lo complicado para fijar los límites de normalidad para el destete, debido a las influencias de cuestiones nutritivas, afectivas, laborales o educativas, familiares, médicas, culturales; lo mejor es dejar que la madre y su hijo decidan cuando interrumpir la lactancia materna pero con base en conocimientos sólidos y claros, con asesoramiento adecuado por parte del personal médico para evitar las prácticas inadecuadas que perjudique y pongan en riesgo la salud del niño. Debido a que las madres adolescentes tienden a tergiversar la información, es adecuado que los familiares estén enterados sobre las decisiones y circunstancias en las que se abandona la lactancia materna por parte de la madre adolescente.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. TIPO Y MÉTODO

La presente investigación es de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se lo realizó en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el periodo comprendido entre marzo - agosto del 2014.

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por todas las madres que acudieron al servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, la muestra estuvo conformada por 67 madres adolescentes con niños entre 0 y 12 meses de edad.

5.3.1. Criterios de inclusión

- ✓ Madres adolescentes con hijos de 0 a 12 meses de edad.
- ✓ Madres adolescentes que acepten participar del estudio.

5.3.2. Criterios de exclusión

- ✓ Madres adolescentes con hijos mayores a 12 meses.
- ✓ Madres mayores de 20 años.
- ✓ Madres adolescentes que no colaboran en la investigación.

5.4. MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la presente investigación se recurrió principalmente a dos tipos de información, en primer lugar la revisión bibliográfica obtenida a partir de los libros médicos,

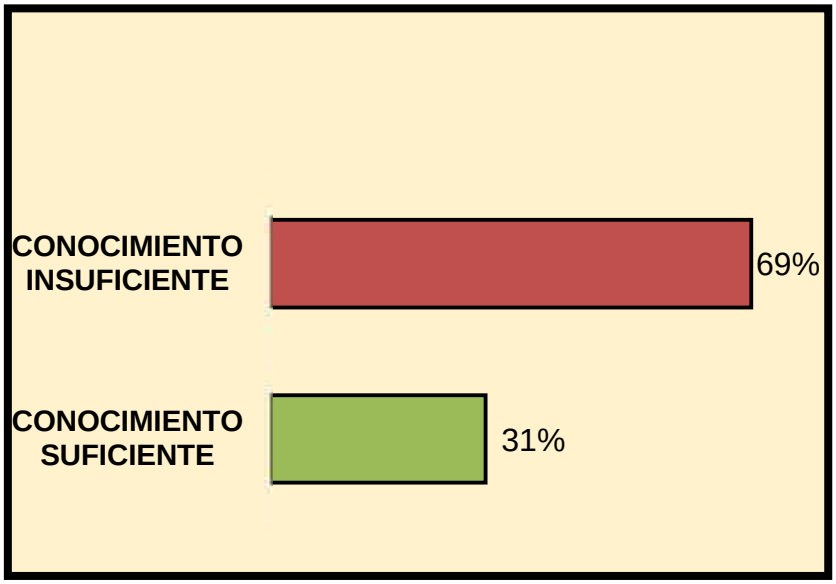
revistas científicas y otros documentos; en segundo lugar, la información de una fuente primaria a través de hojas de recolección de datos elaboradas por el investigador, la que fue sometida a una prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad.

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Visita al Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- ✓ Solicitud al director del Hospital Isidro Ayora para que se conceda el permiso correspondiente.
- ✓ Solicitud al jefe médico y de enfermería responsable del servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Isidro Ayora para la aplicación de encuestas en el servicio de consulta externa de pediatría.
- ✓ La reunión con las usuarias se la realizó previa firma del consentimiento informado, con una duración estimada de 20-30 minutos.
- ✓ Después de haber recolectado los datos fueron procesados previa elaboración de las tablas matriz en el programa de hoja de cálculo Excel 2013 (sobre conocimientos, aptitudes y prácticas) donde se realizó la tabulación respectiva de los datos. Los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación.
- ✓ Para la medición de la variable conocimientos se valoró en conocimiento suficiente e insuficiente, y las aptitudes en favorables y desfavorable, las prácticas se evaluaron de acuerdo a la alimentación que recibe el niño (leche materna exclusiva, complementa o abandona la lactancia materna) para poderla clasificar en prácticas adecuadas o inadecuadas.

6. RESULTADOS

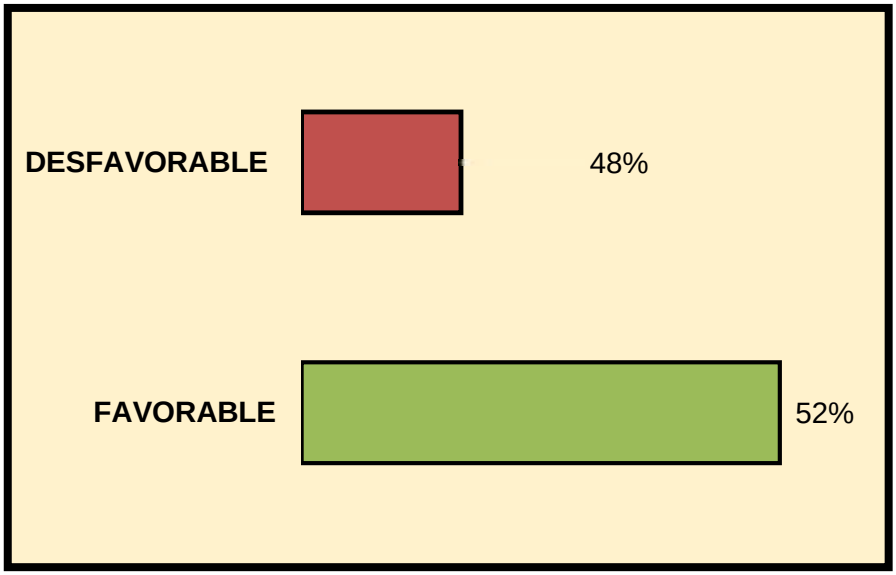
Gráfico 1. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de madres adolescentes



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

Del total de madres adolescentes encuestadas, el 31% poseen un conocimiento suficiente, mientras el 69% restante posee un conocimiento insuficiente sobre lactancia materna; la mayoría no ha recibido información, las madres que han recibido información sobre lactancia materna durante los controles prenatales, en su mayoría consideran insuficiente, desconocen hasta que edad comprende la lactancia materna exclusiva, no saben de los beneficios que tiene la leche materna para el niño y para la madre, que existen técnicas y cada que tiempo debe dar de lactar, así como las indicaciones y contraindicaciones de la lactancia materna, no conoce que lactancia disminuye el riesgo de mortalidad del niño, no saben que la leche de fórmula posee características nutricionales distintas a la leche materna y que además existen una gran variedad de leches artificiales (Anexo 1).

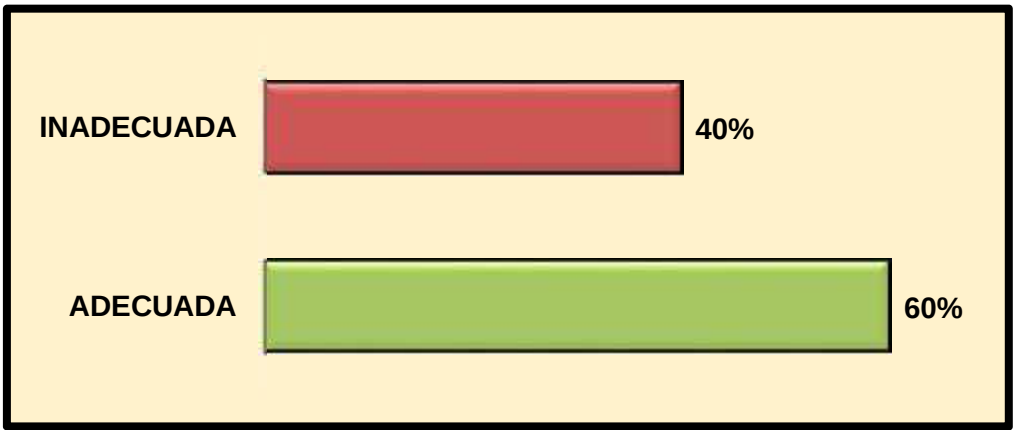
Gráfico 2. Determinación de aptitudes de madres adolescentes sobre lactancia materna



Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

El 52% de las madres adolescentes posee aptitudes favorables, pero el 48% restante tiene aptitudes desfavorables que perjudican una adecuada lactancia materna; a pesar de que la mayoría de madres adolescentes muestran afecto para dar de lactar, pero muestran aptitudes como no sentirse motivada y con vergüenza para dar de lactar, no buscan un ambiente tranquilo o adecuado para dicho acto, algunas de las madres no se asean las mamas y las manos para dar de lactar. Durante el periodo de lactancia de las madres adolescentes manifiestan que no tienen el apoyo de los familiares, así como de las instituciones educativas o sitios de trabajo para realizar una adecua lactancia materna; consideran que no poseen una adecuada alimentación para obtener una buena cantidad y calidad de leche materna, no muestran interés por conocer sobre el tema, y un gran porcentaje alegan que la lactancia materna provoca cambios estéticos en la mujer (Anexo 2).

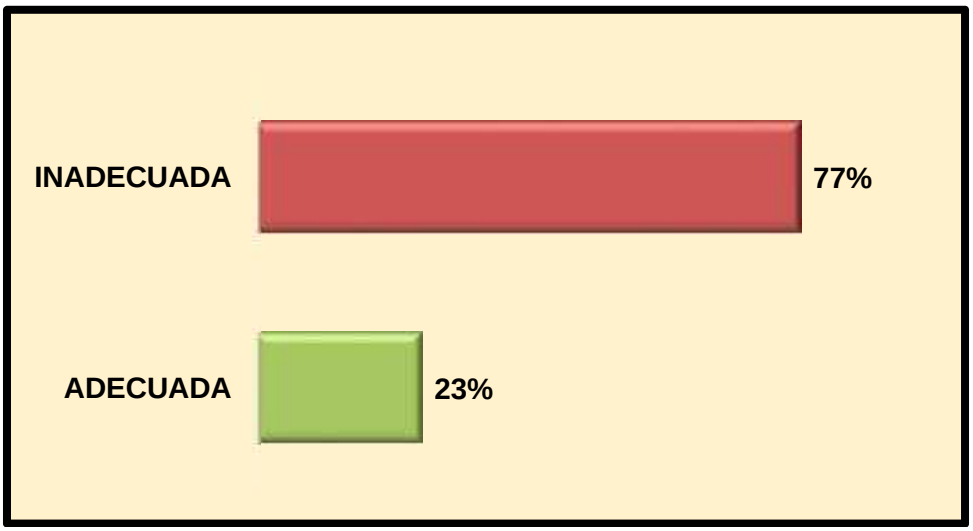
Gráfico 3. Determinación de prácticas de lactancia materna exclusiva de madres adolescentes



Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

Del total de madres adolescentes que practican lactancia materna exclusiva, el 60% posee prácticas adecuadas como el dar de lactar a libre demanda o cada 3 horas, le permiten una succión de 10 a 15 minutos y que se desprenda espontáneamente de la mama, utilizan de manera adecuada las técnicas para dar de lactar, además refieren que la succión del bebé es audible, lo que se correlaciona con un buen agarre del pezón; el 40% restante posee prácticas inadecuadas, como dar de lactar cuando no disponen de tiempo, permiten un tiempo de succión menor a 5 minutos o mayor 15 minutos, la posición y la técnica de dar de lactar no les interesa (Anexo3).

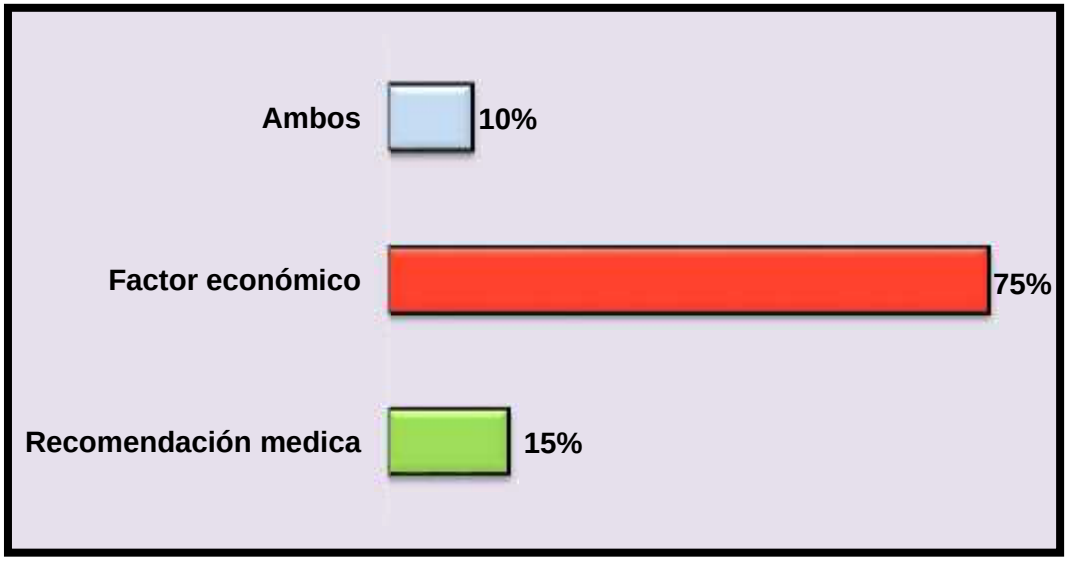
Gráfico 4. Determinación de las prácticas de las madres adolescentes que complementan o abandonan lactancia materna



Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

Del total de madres adolescentes que complementan o abandonan la lactancia materna, el 23% posee prácticas adecuadas, el 77% posee prácticas inadecuadas, de estas la mayoría realizó lactancia materna exclusiva de 4 a 5 meses; el motivo por lo cual complementaron la lactancia materna es por la falta de leche, mientras que las madres que abandonaron la lactancia materna lo realizaron en su mayoría por falta de tiempo y por alteraciones estéticas; la edad de la ablactación en los lactantes se encuentran en 4 meses de edad (Anexo 4, 11,12, 13 y 14).

Grafico 5. Consideraciones de las madres adolescentes para la adquisición de leche artificial



Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

Del total de madres adolescentes encuestadas manifiesta que en caso de adquirir la leche artificial, el 75% toma en cuenta el factor económico, el 15% la recomendación médica y el 10% toma en cuenta ambos factores para adquirir este tipo de leches.

7. DISCUSIÓN

Explicar o determinar los conocimientos, las aptitudes y las prácticas que las madres adolescentes adoptan frente a la lactancia materna es un propósito válido de investigaciones en salud pública, para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud materna e infantil con conocimientos sólidos, aptitudes favorables y prácticas adecuadas de lactancia materna.

En un estudio realizado en Perú (Veramendi-Espinoza et al. 2012) se determinó que el conocimiento de las madres sobre lactancia materna era de medio a bajo en 76,5%; los resultados del estudio realizado en Cuenca- Ecuador (Guerrero, 2013) se reporta que el conocimiento de las madres adolescentes es 55% malo, 19% irregular, 21% bueno y 4% excelente; al comparar el presente estudio con los antes mencionados encontramos semejanza en sus resultados debido a que el 69% poseen un conocimiento insuficiente, mientras el 31% restante posee un conocimiento suficiente sobre lactancia materna, pero difiere del estudio local realizado en mujeres que viven en el barrio Obrapía-Loja (Ordoñez, 2010), donde el 34% posee conocimientos limitados y el 66% conocen de lactancia materna.

Dentro de los conocimientos valorados en el presente estudio encontramos que el 67% no ha recibido información durante sus controles prenatales, pero 64% de las madres que han recibido información por el profesional de la salud consideran que la misma es insuficiente, pese a que el 75% de las madres adolescentes se realizó 5 o más controles prenatales; el Componente Normativo Materno (MSP, 2008), establece “Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051” (p.28).

Al comparar los resultados antes mencionados con el estudio realizado a madres adolescentes en el Hospital del IEES-Macas (Guamán, 2014) encontramos resultados análogos, como son el 82% no recibió información durante los controles prenatales, pero difieren los resultados en el número de controles prenatales debido a que 32% de las madres se realizaron controles prenatales cada mes, 22% cada tres meses, cada seis meses 26%, nunca

el 20%, el 70% desconoce el tiempo de lactancia materna exclusiva y el 80% de las madres desconoce de los beneficios de la leche materna.

Resultados que se asemejan a los encontrados, 57% no conoce los beneficios de la leche materna, el 60% desconoce hasta qué edad comprende la lactancia materna exclusiva, pero difieren de un estudio local realizado en el centro de salud San Cayetano-Loja (Luzuriaga, 2012) donde el 95,8% conocen de la importancia de leche materna, y del estudio realizado en Colombia en el 2005 (Gamboa and Gallo, 2008) donde el 97,7% conoce del beneficio de la leche materna, el 53% conoce de los beneficios maternos en comparación con el presente estudio donde el 75% desconocen de estos beneficios.

La guía de Lactancia Materna para Profesionales de la Salud (Rioja Salud-España, 2010) señala "El apoyo positivo, con conocimiento apropiado de la lactancia por parte del personal sanitario, aumenta la incidencia, duración y exclusividad de la misma. La información inconsistente o inexacta proporcionada por los y las profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro".

Científicamente se ha demostrado que la estrategia de mayor impacto y más bajo costo para disminuir la mortalidad infantil es la lactancia materna. A pesar de ello, cada vez menos madres en el mundo practican lactancia materna; en el año 2012, el 39% menores de 6 meses fue alimentado de esta manera (Unicef, 2014), pese a ello, en el presente estudio, 82% no conoce que la lactancia disminuye el riesgo de mortalidad del niño, 60% de las madres adolescentes no saben o no conocen que la leche de fórmula no posee las mismas características nutricionales que la leche materna y que además existen una gran variedad de leches artificiales; resultados que difieren de un estudio realizado en Carchi-Ecuador (Cadena, 2009), donde 71% de las madres conoce que la lactancia materna disminuye la mortalidad en los niños.

La Real Academia de Lengua Española define la aptitud como la capacidad para operar competentemente en una determinada actividad, por lo tanto no se debe confundir con actitud ya que esta se la define como la postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo, o expresa algo con eficacia.

En estudios realizados en Perú (Veramendi-Espinoza et al, 2012), donde determinan la actitud de la madre frente a la lactancia materna establecen, que el 58,8% poseen actitudes desfavorables y favorables en 20,6%; otro estudio (Vásquez, 2009) establece que el 30% posee actitud favorable, el 50% actitud medianamente favorable y el 20% desfavorable.

La Unicef en una de sus publicaciones de Alianza para la Nutrición Infantil (Unicef, 2014) manifiesta que las causas por las cuales las mujeres no amamantan a sus bebés o lo hacen de manera incorrecta, se da por múltiples razones, la mayoría se pueden agrupar en dos causas principales:

- Inadecuada información, debido a: propaganda masiva de sucedáneos de la leche materna; promoción incompleta o inoportuna de la lactancia materna; incidencia de mitos alrededor de la lactancia; desconocimiento del marco legal que protege a la mujer lactante en el entorno laboral.
- Ausencia de un entorno favorable en la familia, en la comunidad o en el lugar de trabajo, debido a los padres que no reconocen su rol en el periodo de lactancia y que no brindan apoyo; escasez de bancos de leche y grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario; lugar de trabajo que no protege la lactancia y no cuenta con salas de amamantamiento ni guarderías.

En el presente estudio se demuestra causas similares que afectan el óptimo desempeño de las madres adolescente frente a la lactancia materna, el 69% de las madres posee un conocimiento insuficiente, pese a que el 52% poseen aptitudes favorables, el 48% poseen aptitudes desfavorables como son falta de motivación, vergüenza para dar de lactar, no buscan un ambiente adecuado y tranquilo para amamantar, no se asean las mamas y manos para dar de lactar, no cuentan con el apoyo familiar, no poseen las facilidades en instituciones educativas o sitios de trabajo para realizar una adecuada lactancia materna, no muestran interés por conocer sobre el tema, refieren no tener una alimentación adecuada para una buena cantidad y calidad de leche materna, y poseen ideas y criterios erróneos a base de mitos como son que la lactancia materna provoca cambios estéticos.

Un estudio realizado en Colombia (Gamboa and Gallo, 2008) reporta que 97,6% se sienten motivadas para dar de lactar, datos que difieren a los encontrados en el presente estudio donde el 60% de las madres adolescentes no se sienten motivadas para realizar lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) encontró que menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva, en el Ecuador la práctica de lactancia materna exclusiva en el año 2012 alcanzó el 43,8%, con un promedio de lactancia materna exclusiva de 2,7 meses (Unicef, 2014), datos que se relacionan con los obtenidos en el presente trabajo ya que el 42% de las madres realiza lactancia materna exclusiva, el 31% complementa y el 27% abandona lactancia materna, datos que son análogos al estudio realizado en Hospital de IESS-Macas (Guamán, 2014) donde ser reporta que 75% de madres complementa o sustituye la leche materna, pero se contraponen con los resultados encontrados en el Centro de Salud Tulcán N°1 (Cadena, 2009) donde el 75% de las madres alimentan a sus niños exclusivamente con leche materna, 18% complementan y el 7% de madres sustituyen por otro tipo de leche por falta de leche materna.

En un estudio realizado en Perú (Veramendi-Espinoza et al, 2012) se determinó prácticas neutras en 64,7% e inadecuadas en 23,5%, al comparar con los datos obtenidos se contraponen ya que el 77% de las madres adolescentes que complementó o abandonó la lactancia materna posee prácticas inadecuadas, como el tiempo de duración de la lactancia materna, el 33% realizaron durante 5 meses, el 23% realizaron durante 4 meses, el 18% durante 3 meses y el 10% durante 2 meses, datos que se contraponen a los de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012-2013-Ecuador (ENSANUT-Ecuador, 2011) que encontró que el 48% de los niños se alimentaron con lactancia materna exclusiva de 2 a 3 meses de edad, pero se asemejan a los obtenidos en los niños de 4 a 5 meses, alcanzó solo al 34,7% y con los resultados del estudio en la provincia del Carchi-Tulcán (Ortiz, 2012), donde el 23% realizaron lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses.

Un estudio realizado en el Hospital del IESS-Macas se reporta la causa porque las madres adolescentes complementan o sustituyen la leche materna, el 57% lo realiza por el trabajo y 15% por estética, datos similares a los obtenidos, el 62 % complemento por falta de tiempo, pero difieren de los datos de abandono de lactancia materna, el 28% por falta de tiempo, y el 33% por estética.

El tiempo de ablactación en un estudio realizado en Colombia (Gamboa and Gallo, 2008) se determina que el 28,0% de las mujeres la inició antes de los seis meses, el 49,3% a los seis meses y el 22,9% después de esta edad, datos que se contraponen con los obtenidos ya que el 73% de las madres adolescentes iniciaron antes de los 6 meses, pero son análogos a los encontrados en Carchi-Tulcán (Ortiz, 2012) donde el 68% dio alimentos antes de los 6 meses de edad.

Esta disparidad en los resultados puede deberse a diferentes factores objetivos y subjetivos, como son, el contexto en que cada investigación fue realizada, las características socioeconómicas del medio en que se desarrollan las pacientes, pero más que eso, depende de los aspectos tratados por cada investigador, del diseño y profundidad de la investigación, y del modo de aplicación del instrumento utilizado.

8. CONCLUSIONES

Las siguientes son las conclusiones derivadas del presente estudio:

- El 69% de madres adolescentes tiene conocimientos insuficientes, debido a que no han recibido información sobre lactancia materna.

- El 64% de madres adolescentes que han recibido información sobre lactancia materna durante los controles prenatales consideran que es insuficiente.

- 52% de madres adolescentes muestra aptitudes favorables, pero existe en un amplio porcentaje de madres con aptitudes desfavorables como no sentir motivación, tener vergüenza, no buscar un ambiente adecuado, falta de interés, no apoyo familiar ni laboral para dar de lactar, y la consideración de que lactancia materna provoca cambios estéticos.

- Las madres que realizan lactancia materna exclusiva, 60% poseen prácticas adecuadas como el dar de lactar a libre demanda o cada 3 horas, le permiten una succión de 10 a 15 minutos y que se desprenda espontáneamente de la mama, utilizan de manera adecuada las técnicas para dar de lactar, además refieren que la succión del bebé es audible, lo que se correlaciona con un buen agarre del pezón.

- De las madres adolescentes que completan o abandonan la lactancia materna, 77% poseen prácticas inadecuadas, como lactancia materna exclusiva de 4 a 5 meses, en su mayoría complementan por falta de tiempo y abandonan la lactancia materna por falta de tiempo y por alteraciones estéticas, la edad de la ablactación más frecuente en los lactantes es de 4 meses de edad.

- El 75% de madres adolescentes toma en cuenta el factor económico para la adquisición de leche artificial, más no las recomendaciones médicas.

9. RECOMENDACIONES

- Que se amplíe la duración de cada control prenatal para que el personal médico realice una correcta evaluación de la mujer embarazada.

- Que el equipo de salud encargado del primer nivel de atención realice de manera adecuada la consejería sobre lactancia materna durante los controles prenatales, encasillada en la historia clínica perinatal.

- Incrementar en los centros educativos secundarios programas de consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria, para fomentar adecuados conocimientos, aptitudes y prácticas frente a la lactancia materna.

- Realizar programas de atención y seguimiento por el departamento de psicología de las instituciones educativas y de salud a la adolescente primigesta y primípara, para incentivar y motivar la lactancia materna.

- Mejorar el seguimiento de los programas o estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes, por parte del personal encargado de la atención primaria en salud.

- Fortalecer los conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes, por parte del equipo de salud.

- Este estudio es un insumo importante para la revisión y actuación de las políticas e intervenciones sanitarias en la promoción de la lactancia materna y el desarrollo infantil.

10. BIBLIOGRAFÍA

Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. (2013). *ANDES*. Quito: *En Ecuador hay 122.301 madres adolescentes, revela el INEC.* Obtenido de http://www.andes.info.ec/es/economia/ecuador-hay-122301-madres-adolescentes-revela-inec.html

Arthur F. Dalley KLM (2008). *Anatomía con orientación clínica*. Quinta Edición. México: Editorial Médica Panamericana; 1205 p.

Associació Balear d'Alletament Matern, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2009). *Guía de Lactancia Materna*. Recuperado a partir de: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

Cadena, Lucía BD. (2009). *Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al Centro de Salud nº 1 de la ciudad de Tulcán provincia del Carchi de enero – agosto del 2008*. Universidad Técnica del Norte, Imbabura, Ecuador.

Carvajal R, Mateus J & Cabrera G. (2003). Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 21(1). Recuperado a partir de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021103

Comité de Lactancia matena de la Asociación Española de Pediatría. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales.* Guía , Madrid. Obtenido de http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

ENARM. (2014). *Manual CTO de medicina y Cirugía/Pediatría*. 1º Edición. México: CTO Editorial; p. 29-32.

Freire W, Larrea C, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, Silva K, Romero N, Sáenz K, Piñeiros P, Gómez L & Monge R. (2013). RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. *Encuesta Nacional de Salud y nutrición Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013 MSP/INEC.* Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Guamán L. (2014). *Lactancia Materna y la Relación Filial en Madres Adolescentes que acuden al Hospital IESS-Macas.* Universidad Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador.

Guerrero J. (2013). *Nivel de Conocimiento de sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes.* Universidad del Azuay. Cuenca, Azuay, Ecuador. Recuperado a partir de: http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf

Guyton, H. *Tratado de Fisiología Médica* (2011). 12 Edición. Madrid-España: ELSEVIER.

Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina* (107), 11-23. Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Josefa Aguayo, Pilar Serrano, Ana Martínez, Consuelo Rello &Covadonga Monte (2000). *Lactancia Materna* (85). Recuperado a partir de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf

León W, Yépez E, Nieto B (editores). (2008). *Componente Normativo Materno/MSP*.

Lozano de la Torre, M. J. (2009). *Lactancia Materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; AEP.*, 279-286.

Luzuriaga J. (2012). *Fomento la importancia de la leche materna en las mujeres embarazadas del barrio San Cayetano Bajo 2010 - 2011.* Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Loja, Ecuador. Recuperado a partir de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3688/1/tesis%20final%20juan%20luzuriaga.pdf

Macías SM, Rodríguez S & Ferrer R. (2006). *Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia*. Sociedad Argentina de Pediatría. 104(5):423-30. Recuperado a partir: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n5a08.pdf

Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. (2012) El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*. 38(3):333-42.

MINSA-UNICEF. (2003). *Guía para el manejo del Neonato.* Guía, Ministerio de Salud Nicaragua. Obtenido de https://clasesylibros.files.wordpress.com/2012/10/guia_neonato-minsa.pdf

OMS. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Obtenido de http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/

OMS. (2014). *10 datos sobre la lactancia materna.* Recuperado a partir de: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/

OMS. (2014). *Lactancia materna exclusiva.* Obtenido de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

OMS. (2010). *Las bases fisiológicas de la lactancia materna. En: La alimentación del lactante y del niño pequeño.* Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

OMS, OPS, UNICEF (2009). *Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado.* Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243594750_spa.pdf?ua=1

OPS. (2011). *Madres Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Obtenido de:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7322%3Ael-18-de-los-nacimientos-son-de-madres-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=1&lang=es

OPS/OMS. *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.* Washington DC, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002.

Ortiz, Silvia. (2012). *Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud Nº1 de la ciudad de Tulcán en el periodo enero-Junio de 2012. Universidad Técnica del Norte Imbabura, Ecuador.* Recuperado a partir de: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1996/1/06%20ENF%20525%20TESIS.pdf

Pelayo E. (Ed.). (2006). *Pediatría de Autores Cubanos.* La Habana: Ciencias Médicas.

Rioja Salud. (2007). *Lactancia Materna: Información para Amantar.* Recuperado a partir de: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/lactancia-castellano.pdf

Rioja Salud. (2010). *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Recuperado a partir de: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

Torres W. Calderón L, Albornoz A. (editores). (2018) *Componente Normativo Neonatal/MSP.*

Unicef. (2014). *Alianzas para la Nutrición.* Recuperado a partir de: http://www.unicef.org/ecuador/alianzas_para_la_nutricion.pdf

Unicef. (2014). *Semana mundial de la lactancia materna:* http://www.unicef.org/lac/flash/DW/lactancia_materna.htm

Unicef Ecuador. (2012). *Lactancia materna*. Recuperado a partir de: http://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf

Unicef/Ministerio de Salud. (2009). *Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud, amigos de la madre y el niño.* Recuperado a partir de: http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf

Vásquez, R. (2009). *Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.* Recuperado a partir de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf

Veramendi Espinoza LE, Zafra-Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA, et al. (2012). *Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Lactancia Materna En Madres De Niños De Comunidad Rural Peruana Y Su Asociación Con La Diarrea Aguda Infecciosa.* CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil

Latinoamericana. Recuperado a partir de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71729116006

Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, von Berg A, Diez U, Borte M, et al. (2007). *Timing of Solid Food Introduction in Relation to Eczema, Asthma, Allergic Rhinitis, and Food and Inhalant Sensitization at the Age of 6 Years: Results From the Prospective Birth Cohort Study LISA. PEDIATRICS* Recuperado a partir de: http://www.pediatramendoza.com/index.php/padres-index/cuidados-de-tu-bebe/22-alimentacion-complementaria-ablactacion.

ANEXOS

ANEXO 1: Tabla de valoración de los conocimientos de lactancia materna de las madres adolescentes

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA	CONOCIMIENTO SUFICIENTE		CONOCIMIENTO INSUFICIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. ¿Ha recibido alguna vez información sobre lactancia materna?	29	43%	38	57%	67	100%
2. ¿Durante los controles prenatales recibió información sobre lactancia	22	33%	45	67%	67	100%
3. ¿Considera que la información brinda por parte del personal en salud sobre lactancia materna es suficiente?*	8	36%	14	64%	22	100%
4. ¿Conoce hasta qué edad comprende la lactancia materna exclusiva?	26	40%	41	60%	67	100%
5. ¿Conoce de los beneficios de la leche materna	29	43%	38	57%	67	100%
6. ¿Conoce usted que existe técnicas para dar de lactar?	9	13%	58	87%	67	100%
7. ¿Conoce usted que cada que tiempo debe lactar él bebe?	31	46%	36	54%	67	100%
8. ¿Conoce cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de la lactancia	3	4%	64	96%	67	100%
9. ¿Sabía usted que la lactancia materna disminuye el riesgo de mortalidad en el niño?	12	18%	55	82%	67	100%
10. ¿Sabía usted que la lactancia materna beneficia a la madre?	17	25%	50	75%	67	100%
11. ¿Sabía usted que la leche artificial, no posee las mismas características?	27	40%	40	60%	67	100%
TOTAL		31%		69%		100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.
* Resultado de las 22 madres adolescentes que han recibo información sobre lactancia materna durante los controles prenatales.

ANEXO 2: Tabla de valoración de las aptitudes de lactancia materna de las madres adolescentes

APTITUDES DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA	FAVORABLE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿realiza la lactancia materna demostrando afecto al niño?	48	72%	19	28%	67	100%
¿se siente motivada para realizar la lactancia materna?	27	40%	40	60%	67	100%
¿tiene o tuvo vergüenza al dar de lactar al niño?	27	40%	40	60%	67	100%
¿busca un momento tranquilo y agradable para dar de lactar?	28	42%	39	58%	67	100%
¿se asea las mamas y las manos antes de dar de lactar?	45	67%	22	33%	67	100%
¿consumió o consume bebidas alcohólicas durante el periodo de lactancia?	61	91%	6	9%	67	100%
¿fumaba o fuma taba durante el periodo de lactancia?	64	96%	3	4%	67	100%
¿tiene el apoyo del entorno familiar para realizar una óptima lactancia materna?	30	45%	37	55%	67	100%
¿tiene el apoyo en su lugar de estudios o trabajo para realizar la lactancia materna?	25	37%	42	63%	67	100%
¿considera usted que su alimentación es adecuada para una buena calidad y cantidad de leche materna?	16	24%	51	76%	67	100%
¿muestra interés por conocer sobre lactancia materna?	21	31%	46	69%	67	100%
¿Considera que dar de lactar provoca cambios estéticos en el cuerpo de la madre?	28	42%	39	58%	67	100%
TOTAL		52%		48%		100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 3: Tabla de valoración de las prácticas de lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes

PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ADECUADA			INADECUADA			TOTAL	
	prácticas	Nº	%	prácticas	Nº	%	Nº	%
Usted da de lactar	A libre demanda o cada 3 horas	16	57%	Cada que dispone de tiempo	12	43%	28	100%
En qué posición da frecuentemente de lactar	Acostada de lado. Sentada con él bebe cogido como pelota de futbol Americano. Sentada con él bebe cogido en posición acunado Sentada con él bebe cogido en posición cruzado	17	61%	la posición no le interesa	11	39%	28	100%
Tiempo de succión que le permite durante cada toma	10 a 15 minutos	17	61%	<5 o > 15 minutos	11	39%	28	100%
¿Permite al lactante que se desprenda espontáneamente, antes de cambiarle al segundo pecho?	Si	15	54%	No	13	46%	28	100%
¿La deglución del bebe es audible cuando lacta?	Si	21	68%	No	9	32%	28	100%
TOTAL			60%			40%		100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 4: Tabla de valoración de las prácticas de las madres adolescentes que abandonan o complementan la lactancia materna

PRACTICAS DE LAS MADRES QUE COMPLEMENTAN O ABANDONAN LA LACTANCIA MATERNA	ADECUADAS			INADECUADAS			TOTAL	
	Prácticas	**Nº**	**%**	**Prácticas**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Durante qué tiempo realizo lactancia materna exclusiva	6 meses	6	15%	<6 meses	33	85%	**39**	**100%**
Motivo por el cual complemento o abandono la lactancia materna exclusiva.	Enfermedad de la madre Enfermedad del niño Falta de leche Indicación medica	15	38%	Falta de tiempo Estética	24	62%	**39**	**100%**
A qué edad introdujo alimentos distintos a la leche materna.	6 meses	6	15%	Menos 6 meses	33	85%	**39**	**100%**
TOTAL			**23%**			**77%**		**100%**

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 5: Edad de las madres adolescentes

Edad de la madre	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 años	5	7%
16 años	9	13%
17 años	15	22%
18 años	15	22%
19 años	23	34%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 6: Edad de los niños

Edad del niño	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 meses	8	12%
1 meses	4	6%
2 meses	0	0%
3 meses	8	12%
4 meses	10	15%
5 meses	8	12%
6 meses	10	15%
7 meses	10	15%
8 meses	2	3%
9 meses	0	0%
10 meses	5	7%
11 meses	2	3%
12 meses	0	0%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 7: Nivel de escolaridad de las madres adolescentes

Nivel de escolaridad	frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	4%
Secundaria	64	96%
universitaria	0	0%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 8: Ocupación de las madres adolescentes

Ocupación	frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	14	21%
Obrera	1	0%
Comerciante	14	21%
estudiante	34	51%
Profesional	0	0%
Empleada domestica	3	4%
agricultura	2	3%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXOS 9: Lugar de residencia de las madres adolescentes

Lugar de residencia	frecuencia	Porcentaje
Urbano	51	76%
rural	16	24%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 10: Número de controles prenatales realizados por las madres adolescentes

¿Cuántos controles prenatales se realizó?	frecuencia	Porcentaje
1 control Prenatal	2	3%
2 controles prenatales	5	7%
3 controles prenatales	4	6%
4 controles prenatales	6	9%
5 controles prenatales	14	21%
Más de 5 controles prenatales	36	54%
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 11: Duración de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes

¿Durante qué tiempo realizo la lactancia materna exclusiva?	frecuencia	Porcentaje
2 meses	4	10%
3 meses	7	18%
4 meses	13	33%
5 meses	9	23%
6 meses	6	15%
TOTAL	39	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 12: Complemento de la lactancia materna

Razón por la cual complemento la lactancia materna.	frecuencia	Porcentaje
Falta de leche	4	19%
Falta de tiempo	13	62%
Indicación medica	3	14%
Estética	0	0%
Enfermedad de la madre	0	0%
Enfermedad del niño/a	1	5%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 13: Abandono de la lactancia materna

Razón por la cual abandono la lactancia materna.	frecuencia	Porcentaje
Falta de leche	3	17%
Falta de tiempo	5	28%
Indicación medica	2	11%
Estética	6	33%
Enfermedad de la madre	1	6%
Enfermedad del niño/a	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 14: Edad de inicio de la ablactación de los hijos de madres adolescentes

¿A qué edad introdujo alimentos distintos a la leche materna al niño?	Frecuencia	Porcentaje
4 meses	19	54%
5 meses	10	29%
6 meses	6	17%
TOTAL	35	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a las madres adolescentes.
Elaborado por: Kevin M. Armijos M.

ANEXO 15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN TITULADA

"CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2014"

Señora……con CI……., por medio del presente documento solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una encuesta; la información obtenida a partir de sus respuestas tendrá carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público en ningún medio. En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informada y en consecuencia autorizo a que me sea realizada la presente encuesta, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecha con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados referentes al tema a investigar son ciertos y que no he omitido ninguna información.

Firma

_____ _____

Kevin Armijos Encuestada

ANEXO 16: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA DE TESIS

"CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2014"

ENCUESTA

a. Datos generales.

- Edad de la madre ____ años.
- edad del niño _____ meses.
- El embarazo fue planificado si ( ) no ( )
- Instrucción. Primaria. ____Secundaria. ___ Universitario.____
- Ocupación. Ama de casa. ____Obrera_____ comerciante ____ Estudiante ____ agricultura_____ Otros_____
- Estado civil. Soltera. ____ Casada. _____ Divorciada. ____ Unión libre_____
- Cuántos hijos tiene 1____ 2 ____3 ____ 4 o mas_____
- Lugar de Residencia. Rural____ Urbano____

b. Cuantos controles prenatales se realizó

- 1_____
- 2_____
- 3_____
- 4_____
- 5_____
- Más de 5_____

CONOCIMIENTOS:

1. ¿Ha recibido alguna vez información sobre lactancia materna?

o Si (…..) NO (…..)

2. ¿Durante los controles prenatales recibió información sobre lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

3. ¿Considera que la información brinda por parte del personal en salud sobre lactancia materna es suficiente?

- Si (…..) NO (…..)

4. ¿Conoce hasta qué edad comprende la lactancia materna exclusiva?

- Si (…..) NO (…..)

5. ¿Conoce de los beneficios de la leche materna?

- Si (…..) NO (…..)

6. ¿Conoce usted que existe técnicas para dar de lactar?

- Si (…..) NO (…..)

7. ¿Conoce usted que cada que tiempo debe lactar él bebe?

- Si (…..) NO (…..)

8. ¿Conoce cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de la lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

9. ¿Sabía usted que la lactancia materna disminuye el riesgo de mortalidad en el niño?

- Si (…..) NO (…..)

10. ¿Sabía usted que la lactancia materna beneficia a la madre?

- Si (…..) NO (…..)

11. ¿Sabía usted que la leche artificial, no posee las mismas características nutricionales que la leche materna y que existe una gran variedad de tipos?

- Si (…..) NO (…..)

APTITUDES:

12. ¿realiza la lactancia materna demostrando afecto al niño?

- Si (…..) NO (…..)

13. ¿se siente motivada para realizar la lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

14. ¿tiene o tuvo vergüenza al dar de lactar al niño?

- Si (…..) NO (…..)

15. ¿busca un momento tranquilo y agradable para dar de lactar?

- Si (…..) NO (…..)

16. ¿se asea las mamas y las manos antes de dar de lactar?

- Si (…..) NO (…..)

17. ¿consumió o consume bebidas alcohólicas durante el periodo de lactancia?

- Si (…..) NO (…..)

18. ¿fumaba o fuma tabaco durante el periodo de lactancia?

- Si (…..) NO (…..)

19. ¿tiene el apoyo del entorno familiar para realizar una óptima lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

20. ¿tiene el apoyo en su lugar de estudios o trabajo para realizar la lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

21. ¿considera usted que su alimentación es adecuada para una buena calidad y cantidad de leche materna?

- Si (…..) NO (…..)

22. ¿muestra interés por conocer sobre lactancia materna?

- Si (…..) NO (…..)

23. ¿Considera que dar de lactar provoca cambios estéticos en el cuerpo de la madre?

- Si (…..) NO (…..)

PRÁCTICAS:

24. Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos.

a. Leche materna _____
b. Otro tipo de leche (Abandona)_____
c. Leche materna más otro tipo de leche o alimento (complementa)_____

Lactancia materna exclusiva

25. ¿Usted daba o da de lactar?

a. A libre demanda
b. Cada 3 horas
c. Cada 5 horas
d. Cada que dispone de tiempo.

26. ¿En qué posición da de lactar frecuentemente a su bebe?

a. Acostada de lado
b. Sentada con él bebe cogido como pelota de futbol americano
c. Sentada con él bebe cogido en posición acunado
d. Sentada con él bebe cogido en posición cruzado
e. La posición no interesa

27. Que tiempo de succión permite al bebe en cada toma

a. 5 minutos
b. 10 minutos
c. 15 minutos
d. 20 minutos

28. ¿permite al lactante que se desprenda espontáneamente antes de cambiar al segundo pecho?

- Si (…..) NO (…..)

29. ¿La deglución del bebe es audible cuando lacta?

- Si (…..) NO (…..)

Complementa o sustituye la lactancia materna

30. ¿durante qué tiempo realizo la lactancia materna exclusiva?

- (……) meses.

31. Motivo por el que complemento o sustituyo la lactancia materna.

a. Falta de leche
b. Falta de tiempo
c. Indicación medica
d. Estética
e. Enfermedad de la madre
f. Enfermedad del niño/a

32. ¿A qué edad introdujo alimentos distintos a la leche materna al niño?

- (……..) meses.

Pregunta para todas las madres

33. ¿En caso de adquirir la leche artificial, usted toma en cuenta?

a. Recomendación medica _____
b. Factor económico_____
c. Ambos_____

Gracias por su colaboración

ANEXO 17

FOTOGRAFIAS CON LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

ANEXO 18

Loja, 07 de Abril del 2014

Dr. Jorge Guapulema

Director del Hospital Regional Isidro Ayora

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Kevin Marlon Armijos Montaño,** con cédula 1104672314 estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se me conceda la autorización para la aplicación de encuestas en el servicio de consulta externa de pediatría para la realización de la tesis denominada: **"CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS DE 0 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2014"**

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le antelo mi más sincero agradecimiento.

Atentamente.

Kevin M. Armijos Montaño
1104672314

7-04-14
Pomo Docente

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
GESTIÓN ASISTENCIAL

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a: 07/04/2014
Hora: 11h30
Firma:
SECRETARIA DE GESTION ASISTENCIAL

Autorizado
Dra. Jorge Rivera
Jefa. Pediatría Castillo.
Calipux 7/1/2014-190

ÍNDICE

AUTORÍA ___ *iii*

AGRADECIMIENTO ___ *v*

DEDICATORIA ___ *vi*

1. TÍTULO ___ *1*

2. RESUMEN ___ *2*

3. INTRODUCCIÓN ___ *4*

4. REVISIÓN DE LITERATURA ___ *7*

4.1. LACTANCIA MATERNA ___ **7**

4.1.1. Definición ___ 7

4.1.2. Lactancia Materna Exclusiva ___ 7

4.1.3. Anatomía de la Glándula Mamaria ___ 7

4.1.4. Fisiología de la Glándula Mamaria ___ 9

4.1.5. Condiciones Bioquímicas de la Leche Materna ___ 10

4.1.6. Tipos de Leche Materna ___ 12

4.1.7. Substancias no Nutritivas de la Leche Humana ___ 15

4.1.8. Aspectos Inmunológicos, Antiinflamatorios y Antialérgicos de la Leche Humana para el Lactante ___ 16

4.1.9. Factores que Influyen en Composición y Volumen de la Leche Materna ___ 18

4.1.10. Ventajas de la Leche Materna ___ 20

4.1.11. Contraindicaciones para la Lactancia Materna ___ 22

4.1.12. Técnica de Amamantamiento ___ 22

4.1.13. Posiciones para el amamantamiento ___ 23

4.1.14. Importancia de los Reflejos del Lactante en el Proceso de Lactancia Materna ___ 25

4.1.15. Problemas más Frecuentes de la Lactancia Materna ___ 28

4.1.16. Problemas con la Bajada de la Leche Durante el Periodo de Lactancia Materna 32

4.1.17. Extracción manual de la leche materna (Técnica de Marmet) 32

4.1.18. Alimentación Complementaria o Ablactación 34

4.1.19. Uso de Sucedáneos de Leche Materna 35

4.1.20. Comportamiento de las Adolescentes Frente al Embarazo y Lactancia Materna 38

4.1.21. Asociación entre el Destete y Conocimientos, Creencias y Actividades Respecto a la Lactancia Materna en Madres Adolescentes 39

5. MATERIALES Y MÉTODOS ***40***

6. RESULTADOS ***42***

7. DISCUSIÓN ***47***

8. CONCLUSIONES ***52***

9. RECOMENDACIONES ***53***

10. BIBLIOGRAFÍA ***54***

ANEXOS ***58***

ÍNDICE ***75***