

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN
MUJERES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL Y MATERNO A LA
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN FERNANDO-
CHALATENANGO DE MARZO-JUNIO 2015**

Informe Final Presentado por:

**Oscar Armando Reyes Pérez
Lucia Marisela Rivas Baiza**

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Rafael Arturo Pineda

SAN SALVADOR, AGOSTO 2015.

CONTENIDO

| | |
|---------------------|------------|
| RESUMEN | I |
| INTRODUCCIÓN | III |
| OBJETIVOS | 1 |
| MARCO TEORICO | 2 |
| HIPÓTESIS | 30 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 31 |
| RESULTADOS | 37 |
| DISCUSIÓN | 62 |
| CONCLUSIONES | 64 |
| RECOMENDACIONES | 66 |
| BIBLIOGRAFÍA | 68 |
| ANEXOS | 71 |

RESUMEN.

En la presente investigación se exponen los resultados acerca de conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en mujeres que asisten a control prenatal y materno a la unidad comunitaria de salud familiar San Fernando - Chalatenango de Marzo-Junio 2015.

El objetivo General de esta investigación fue identificar los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna que poseen las mujeres que asiste a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando.

La investigación fue de tipo descriptivo - transversal, enfocada en determinar el conocimiento y las practicas sobre lactancia materna durante un periodo de tiempo determinado.

El universo estuvo constituido por 48 mujeres gestantes, haciendo uso de criterios de inclusión y exclusión la muestra fue constituida por un total de 41 mujeres, de las cuales 39 desearon participar en esta investigación.

Se hizo uso de un cuestionario anónimo y voluntario como instrumento para la obtención de la información; toda la información obtenida fue utilizada de forma confidencial y se solicito un consentimiento escrito a cada una de las participantes.

En este estudio se logro analizar que la mayor parte de participantes han recibido información sobre lactancia materna y en su mayoría la información ha sido obtenida a través del personal de salud, a pesar de esto consideran que dicha información no resuelve completamente sus dudas.

Acerca del conocimiento un número considerable de mujeres se encuentra en la categoría Regular, cabe mencionar que ninguna participante se encuentra en la categoría Buena, por lo que no hay un nivel aceptable sobre el conocimiento de lactancia materna en la población estudiada.

En relación a la práctica de lactancia materna la mayoría de las mujeres están de acuerdo en brindar lactancia materna exclusiva, pues afirman que es el alimento ideal que el niño necesita; consideran que el principal motivo por el que suspenderían dicha práctica sería por problemas en el pecho y pezones,

asimismo la razón por la que harían uso de formulas lácteas sería por recomendaciones medicas. El mayor porcentaje de mujeres gestantes consideran que necesitan más información sobre este tema para valorar en mayor parte su práctica.

INTRODUCCIÓN.

“La Lactancia Materna Exclusiva es uno de los instrumentos más poderosos de los que disponemos para combatir el hambre y la mortalidad infantil” (UNICEF 2007)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que la lactancia materna es la intervención más eficaz para prevenir la mortalidad infantil y, por consiguiente, para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la sobrevivencia infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas la lactancia materna fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales, debido a que contiene elementos protectores y todos los nutrientes que necesitan los niños durante los primeros seis meses de vida y de forma complementaria hasta los dos años de edad.

En 1990 con el propósito de impulsar acciones para la promoción y protección y apoyo a la lactancia materna en el país, se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, (CALMA) con la participación de instituciones de salud, universidades, asociaciones de profesionales, sociedad civil y agencias internacionales, entre otros.

CALMA acompañó a las Facultades de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES) y de la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES) en la incorporación de los contenidos de lactancia materna en sus planes de estudio.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF en el año 1992 lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño; buscando fomentar que los servicios de maternidad de los centros hospitalarios de todo el mundo promuevan la lactancia y no acepten el uso de fórmulas que sustituyan a la leche materna.

En 2011 fue oficializada la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional que en su línea estratégica establece que se deben promover prácticas adecuadas de lactancia materna y la necesidad de formular un marco normativo para su promoción, protección y apoyo.

En el 2012 se inaugura el primer Banco de Leche Humana en el entonces Hospital Nacional de Maternidad, con proyección de extender a 5 hospitales regionales la red de Bancos. Con la finalidad de promover, proteger y apoyar la lactancia materna, beneficiando a la niñez prematura menor a 1500 gr ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Las ventajas de la lactancia materna se han documentado ampliamente, sobre todo en relación con el nivel nutricional, los vínculos afectivos entre la madre y el niño, la disminución de enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil. A pesar de ello, la práctica de lactancia materna a nivel mundial permanece baja principalmente en países en vías de desarrollo.

A pesar de las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud y La Organización Mundial de la Salud no se han obtenido los resultados esperados pues la lactancia materna no se mantiene como una práctica constante.

Por lo anteriormente expuesto, se creyó necesario realizar un estudio sobre: ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna que poseen las mujeres que asiste a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria Salud Familiar San Fernando de Marzo a Julio 2015?

La promoción de la salud es un proceso que permite incrementar el control sobre la salud de las personas para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores salud, educación y la comunidad; es por ello que la promoción de la lactancia materna forma parte de las tareas de la promoción de la salud, pues está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable y a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo.

Por esta razón es necesario interpretar el conocimiento que poseen las mujeres gestantes sobre la práctica de lactancia materna con el fin de promover programas educativos haciendo hincapié en este aspecto; ya que a pesar de la difusión y estrategias para la promoción de la lactancia materna se sigue encontrando disminución en esta práctica.

En esta investigación se interpreto y analizo los conocimientos y las practicas sobre lactancia materna que poseen las mujeres gestantes del municipio de San Fernando y además se indago si influye directamente dicho conocimiento con las practicas que adoptan sobre la misma; la finalidad es dar seguimiento a aquellos programas que se relacionen con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y de las mujeres de el municipio de San Fernando.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Identificar los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna que poseen las mujeres que asiste a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando.

Objetivos Específicos.

1- Investigar las principales fuentes de información sobre lactancia materna en las mujeres que asisten a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando.

2- Determinar el conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres que asisten a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria Salud Familiar San Fernando.

3- Identificar los principales factores por los que las mujeres que asisten a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria Salud Familiar San Fernando efectúan o no la práctica de Lactancia Materna.

MARCO TEÓRICO.

Cada vez se reconoce más ampliamente el derecho que toda mujer tiene de amamantar a su hijo o hija y el derecho de todo niño o niña de recibir lactancia materna. Cualquier obstáculo para dar o recibir lactancia materna constituye un incumplimiento de estos derechos. El arte de la lactancia materna ha sido redescubierto en los últimos años en Europa y en menor proporción en América del Norte. En los países subdesarrollados se continúan observando las consecuencias más serias de la sustitución de la lactancia materna por la alimentación artificial, sobre todo en las familias con escasos recursos económicos.

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años...

1. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

1.1 Pezon y areola

Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con anterioridad al inicio de la telarquia, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales. Durante el desarrollo puberal en la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovárico.

Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a un factor que probablemente sea la hormona de crecimiento, determinan el crecimiento de los brotes epiteliales y la maduración de la glándula mamaria (telarquia).

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y la formación de nuevos acinos. Entre la 5a y la 8a semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, se intensifica la pigmentación de la areola y el pezón y se dilatan las venas superficiales.

Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Después de las 20 semanas, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora. Los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas, organizados en acinos cada una de las cuales tiene la capacidad de producir leche completa. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan. (Valdés y cols., 1994)¹.

1.2 Reflejo de secreción de la leche o reflejo de la prolactina

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola produce por vía de un reflejo neurohormonal, la inhibición de la secreción de dopamina (PIF). La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol ², hormonas tiroideas, paratiroideas y hormonas de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada.

A diferencia de su rol en la iniciación de la lactancia, el rol de la prolactina en la mantención de la lactancia es más cuestionable.

La antigua hipótesis de que el alza brusca de prolactina desencadena la lactancia, es falsa, ya que con el parto ocurre un alza bifásica de la prolactina que precede a la producción copiosa de leche en 2-3 días.³

El nivel de prolactina plasmática en la mujer no embarazada es de 10 ng/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo hasta 200 ng/ml, pero disminuye abruptamente después del parto. En las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ng/ml en el período de 2 semanas. Quienes amamantan presentan un alza de hasta 150 ng/ml, declinando la concentración basal hasta alrededor de 50 ng/ml (Cox, 1996)⁴, aún más alta que la basal de quienes no amamantan.

La leche no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las células mioepiteliales que los rodean.

1.3 Reflejo de salida de la leche o reflejo de eyección

El reflejo eyectolácteo, es producida por la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Las fibras mioepiteliales de la mama y el útero tienen receptores específicos para la oxitocina y estos receptores aumentan durante el tercer trimestre del embarazo, especialmente en los primeros 5 días después del parto.

La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento. El reflejo liberador de oxitocina no sólo responde a los estímulos sensoriales y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado y a diferencia del reflejo de prolactina, éste puede ser bloqueado por estrés o dolor que produzcan liberación de catecolaminas.

Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo eyectolácteo, sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico lo afecte; sólo puede demorarlo ligeramente.

Se ha observado que el período de latencia promedio entre el inicio de la succión y la eyección de la leche es de más o menos 58 segundos, con importantes variaciones individuales.

Cuando el reflejo eyectolacteo demora más de un minuto, generalmente se debe a que hay interferencia de factores como dolor al amamantar o inseguridad en la capacidad de hacerlo que genera estrés. Investigaciones en animales demuestran que el alza de oxitocina que acompaña al parto y al amamantamiento estimula el comportamiento maternal y el apego entre madre y cría. (Pedersen, 1982⁵; Kendrick⁶, 1987; Novak, 1997⁷).

También se sabe que en un período de 24 horas, los niños solo extraen el 76% del potencial volumen de la madre. Toda esta información apoya la hipótesis comprobada con la clínica, que la mama puede regular la velocidad de producción de leche en respuesta al grado de vaciamiento de la leche, permitiendo de esta forma la acomodación a los requerimientos del o de los niños.

Se han descrito en madres de trillizos, producción de hasta 3 litros de leche. Existen diferentes componentes de regulación interna que determinan que la producción de leche de la madre se adapte a los requerimientos de su hijo: (1) la capacidad de almacenamiento de la mama, que determina la cantidad de leche que puede guardar entre mamadas; (2) el vaciamiento de la mama; (3) el contenido de grasa al inicio y final de la mamada.

Capacidad de almacenamiento de la mama:

Durante mucho tiempo se pensaba que el tamaño de las mamas determinaba la capacidad de producir leche basados en estudios efectuados en madres que amamantaban cada 4 horas.

Esto solo permitía que quienes tenían gran capacidad de almacenaje de leche lograran una lactancia exitosa. Daly, con el Sistema Computarizado de Medición de la Mama (CBM) observó que la capacidad de almacenaje de madres con lactancias exitosas variaba del 20% al 90% de los requerimientos diarios del niño; entre 80 y 600 ml. Esto requería que las madres con menor capacidad de almacenaje tuvieran que amamantar más veces en 24 horas.

El contenido de grasa al inicio y al final de la mamada:

La leche del inicio de la mamada tiene menor contenido de grasa que la del final y esto se relaciona con el grado de vaciamiento de la mama. Se ha observado que si pasan muchas horas entre mamadas, ej. si no hay mamadas nocturnas, la leche de esa mamada de la mañana, tendrá una concentración muy baja de grasa al inicio, pero al haber mamadas frecuentes durante el día, esta concentración de grasa irá aumentando haciendo que la cantidad de grasa que recibe el niño diariamente sea relativamente constante. La variación de la concentración de grasa entre la leche del inicio y la del final de la mamada refleja la efectividad con que el niño vacía la mama.

2.0 Inicio de la lactancia Materna

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento, en apego precoz y alojamiento conjunto, ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos. La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia durante la primera hora de vida.

El niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora, y debe alentarse a las madres, ofreciéndoles ayuda si es necesario, a reconocer los signos que indican que está preparado para comenzar a lactar.

3.0 Tipos de lactancia⁸

3.1. Lactancia materna exclusiva: Es alimentar al infante solo con leche materna hasta los seis meses de edad, sin la necesidad de introducir líquidos adicionales, ni comida sólida o blanda al infante debido a que a esta edad del menor la leche materna contiene todos los macro y micro nutrientes necesarios para el organismo del menor

3.2. Lactancia materna predominante: el infante recibe lactancia materna pero además recibe otros líquidos como el agua, o bebidas a base de agua como el té o jugos naturales, predominando la leche materna.

3.3 Alimentacion con biberon o pachas: no se pone al pecho al infante sino un biberón o pacha y lo que se le proporciona puede ser cualquier líquido incluida la leche materna extraída.

3.4 Alimentacion artificial: se alimenta al infante por medio de sucedáneos de la leche materna o bien por medio de alimentos sólidos. No recibe nada de leche materna.

3.5 Lactancia materna parcial: se le proporciona pecho al infante pocas veces, lo que predomina son los sucedáneos de la leche materna y los alimentos sólidos.

3.6 Alimentacion complementaria oportuna: es cuando a infante se le introducen alimentos de todo tipo pero después de los seis meses de edad; y siempre se le da pecho materno hasta los dos años de edad.

3.7 Lactancia prolongada: El lactante es amamantado hasta los dos años o mas de vida, acompañado desde los seis meses de alimentación complementaria adecuada

4.0 Tecnicas de amamantamiento⁹

Las técnicas de amamantamiento son prácticas que ayudan al éxito de la lactancia materna

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: Amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como el/la bebé desee, facilitar la proximidad del/la bebé y la madre, e n el lugar de separarlos, conocer y prevenir las dificultades más comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de laaréola y el pezón

4.1 Signos de buena posicion ¹⁰

Esta técnica se refiere a los signos de buena posición que tiene el bebe cuando se está alimentando del seno materno estos signos son: La cabeza y el cuerpo del bebe deben estar en línea recta, la cara del bebe debe mirar el pecho, con la nariz frente al pezón, la madre debe mantener el cuerpo del bebe cerca del de ella, si el bebe es un recién nacido, debe darle apoyo a las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros

4.2 Signos de agarre al pecho.

Esta técnica se refiere a los signos buen agarre que tiene el bebe al pecho de la madre; estos signos son

- La boca está bien abierta (esto es importante cuando la madre tiene pechos grandes, pero menos importante cuando son pequeños)
- Mas areola por encima de la boca del bebe que por debajo
- El labio inferior evertido (volteado hacia afuera)
- El mentón del bebe toca el pecho materno
- Las mejillas redondas, o aplanadas contra el pecho de su madre
- El pecho se ve redondeado mientras el bebe mama

Si hay un agarre deficiente los signos serán:

- Dolor y daño a los pezones
- La leche no es retirada eficazmente
- Aparente producción deficiente de leche
- Pezones doloridos
- Fisuras (grietas)
- Ingurgitación (congestión, plétora, distensión)

5.0 Dificultades físicas y Morbilidades ¹¹

- Pezones planos e invertidos

Estos son los pezones que no están formados o casi formados para lo cual la madre puede estimular el pezón con masajes suaves alrededor del pezón o con la boca del niño con un pañuelo, si no resulta se puede aplicar la técnica de la jeringa.

- Pechos llenos

Estos son cuando están calientes, pesados, duros, calientes, pero la leche fluye y no hay fiebre; la solución a esta dificultad es que la madre siempre se haga masajes suaves alrededor de los pezones, no suspender la lactancia a libre demanda y la practica la extracción manual de leche antes descrita.

- Pechos ingurgitados

Son aquellos que están dolorosos, edematosos, tensos, especialmente el pezón, brillantes, pueden estar rojos, no fluye leche, hay edema y puede haber fiebre por veinticuatro horas; importante para la solución a esta complicación es que la madre no deje de dar pecho al niño(a) si este logra el agarre y si la madre lo tolera, si no utilizar la técnica de extracción manual de leche, también es efectivo colocarse lienzos tibios en los pechos.

- Conductos obstruidos y mastitis

Las causas para que se presente un cuadro de mastitis se atribuyen a la ingurgitación de los pechos o bien obstrucción. Cuando los conductos están obstruidos los síntomas son hipersensibilidad mamaria, eritema, sin cuadro febril asociado; pero en la mastitis se presenta con un cuadro de dolor intenso, pechos duros, eritema periférico, cuadro febril asociado y malestar general.

Como solución se recomienda en el caso que un pecho no está lesionado seguir dando lactancia a libre demanda, colocar lienzos tibios entre una mamada y otra, utilizar la técnica de extracción manual de leche; hay que cerciorarse que la madre o el niño al momento de mamar no obstruyan los conductos lactíferos por donde fluye la leche. Cuando la mastitis, que normalmente dura un día, y se observa sobreagregado foco infeccioso, se incurre a la antibioticoterapia de elección obligada, amoxicilina o claritromicina como tratamiento ideal.

- Niños nacidos por cesárea

El hecho de que una madre haya tenido un parto por cesárea no debería incidir en que se deje de amantar. Se debe hacer todo el esfuerzo y darle apoyo para que se inicie la lactancia la más pronto posible, aún en la sala de cirugía. Sin embargo, existen muchas circunstancias que dificultan esta práctica, ya sea porque la madre no está completamente despierta debido al tipo de anestesia, o porque el infante está siendo resucitado y requiere cuidados intensivos. En general no hay razones para que la madre que ha tenido hijo por cesárea tenga que esperar para recuperarse y descansar antes de comenzar la lactancia.

Habrá que tener más cuidado y paciencia porque la herida duele y es incómoda, y porque los líquidos intravenosos que se le aplican no le permiten moverse libremente.

- Madre lactante embarazada

La leche materna continúa siendo el mejor alimento para el infante aun durante el embarazo; no origina diarrea al lactante, al contrario lo protege contra muchas infecciones incluyendo los gérmenes comúnmente asociados con la diarrea

Tampoco existe peligro de desnutrición de la madre o del feto si ésta se alimenta de acuerdo a los requerimientos de una madre embarazada y lactante; tiene muchos ratos de descanso y mucho apoyo. La leche materna será suficiente y adecuada para alimentar al recién nacido puesto que alrededor del sexto mes de embarazo ésta cambiará y se parecerá cada vez más al calostro, no llegará a ser tan espesa ni tan escasa como éste, porque el otro niño está mamando; sin embargo, será la madre que decide continuar con la lactancia mientras ésta embarazada debe tomar en cuenta que durante este proceso se produce oxitocina, la cual origina contracciones uterinas, por lo que se debe vigilar muy de cerca de la madre, particularmente en los siguientes casos:

- Cuando existe historia de partos prematuros.
- Cuando existe placenta previa.
- Cuando existe aborto habitual.

Por otra parte debe recordarse que:

- La leche cambia en el último trimestre de embarazo, al notar el cambio en el sabor muchos niños se destetan, pero otros no lo hacen.
- El pezón y la areola se vuelven mucho más sensibles al final de la gestación y la madre suele sentir molestias especialmente si el niño se mueve en exceso, o si la posición y el agarre no son perfectos.

6.0 Tipos de leche¹²

6.1 Calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.

El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido: - facilita la eliminación del meconio - facilita la reproducción del lactobacilo bífidó en el lumen intestinal del recién nacido - los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica - las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos - el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.

6.2 Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el séptimo y decimo cuarto día post-parto. Cerca del sexto y octavo día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día.

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de leche madura.

6.3 Leche Madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto con la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día. Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3 g%) constituyendo una importante fuente calórica para el niño.

El nivel de grasas es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) aumenta a medida que el niño mama (leche final o trasera). A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es bajo, su absorción es mayor en relación al de las otras leches, los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

6.4 Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo o del inicio (delantera) es la que sale cuando el niño (a) principia a lactar. Tiene una apariencia acuosa, de color azulado y calma la sed al niño, dado su contenido de agua: a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al niño (a) lo que es necesario para satisfacerlo en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se retira al niño (a) del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A, D, E, K

6.5 Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen un período prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un niño (a) a término, mayor número de sustancias inmunitarias. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura. La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia por lo que es más adecuado a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna".

7.0 Formula láctea

La agitada vida de la mujer actual ha dado pie a un mayor uso de las fórmulas lácteas. Desde hace ya varias décadas, la ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana, con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna y de que sea una buena alternativa para los bebés que no pueden ser amamantados, pero no igualan a la totalidad de las propiedades de la leche materna.

Todas las fórmulas lácteas (excepto la de soya) son preparadas a partir de la leche de vaca.

Su formulación ha sido modificada a medida que los estudios científicos aportan nuevos antecedentes sobre los distintos componentes específicos de la leche humana, agregando algunos de ellos a las nuevas fórmulas. Sin embargo, al ser un fluido vivo, la leche materna contiene elementos bioactivos irreemplazables, por ello, las fórmulas no tienen los nutrientes, en especial los que aún no han sido identificados; en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe lactancia artificial.¹³

| Comparación del contenido de nutrientes de leche humana y leche de vaca en 100 g | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------------------|--------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|
| Tipo de leche | Energía (kcal.) | Carbohidrato (g) | Proteína (g) | Grasa (g) | Calcio (mg) | Hierro (mg) | Vitamina A (µg) | Folato (µg) | Vitamina C (mg) |
| Leche humana | 70 | 7,0 | 1,03 | 4,6 | 30 | 0,02 | 48 | 5 | 5 |
| Leche de vaca (entera) | 61 | 5,4 | 3,3 | 3,3 | 119 | 0,05 | 31 | 5 | 1 |

Fuente: FAO. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna

En resumen se expone¹²

Las proteínas y aminoácidos son específicos para cada especie, tanto las del suero como las de la porción proteica no líquida (caseína).

Además de la menor cantidad de caseína, la leche humana forma micelas pequeñas y blandas en el estómago. Esto determina que el tiempo de vaciamiento gástrico sea mucho más rápido, aproximadamente 1,5 h. En la leche de vaca, la porción caseína de las proteínas es más abundante que las proteínas del suero. Esto hace que la leche de vaca forme en el estómago del niño coágulos más grandes y de difícil digestión; permanecen en él un mayor tiempo y por lo tanto se vacían más lentamente, demorándose aproximadamente 4 horas. La lactosa y otros oligosacáridos se encuentran en pequeña cantidad en la leche de vaca.

La grasa de la leche materna es absorbida más eficientemente que la grasa de la leche de vaca debido a que las micelas que la constituyen son más pequeñas y a la lipasa, presente en la leche humana, que se activa en presencia de sales biliares, mecanismo que facilita la digestión de las grasas en el recién nacido, cuyas enzimas pancreáticas no están plenamente desarrolladas (Hammosh,

1988). La lipasa no se encuentra en la leche de vaca y la lactasa está en menor cantidad y es inactivada al procesar la leche.

La osmolaridad de la leche de vaca (350 mosm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286 mosm). En el niño que la ingiere genera una mayor carga renal en un período de la vida en que la función renal es inmadura (Fomon & Filer, 1974). La baja osmolaridad de la leche materna determina que el niño amamantado no necesite una ingesta suplementaria de agua, en cambio el niño alimentado con leche de vaca debe recibir agua como complemento de su dieta. El contenido total de proteínas en la leche humana es de 0,9 g/100ml, lo que cubre los requerimientos del lactante sin producirle una sobrecarga renal de nitrógeno.

Los minerales están en distinta proporción y osmolaridad en la leche de vaca y humana. Son más concentrados en la de vaca, lo que significa un riesgo de sobrecarga renal al recién nacido.

En la leche de vaca el contenido de proteínas es superior, 3,1g/100ml.

El contenido de hierro de la leche materna es variable (10 a 160 ug/100ml) y en la leche de vaca es de 70ug/100ml. El hierro de la leche humana se absorbe mejor que el de la leche de vaca o de las fórmulas enriquecidas con hierro. Esto determina que la anemia sea mucho menor en los niños amamantados, incluso con lactancia exclusiva por 6 meses (Siimes M. A., 1984).

Por otra parte la leche de vaca puede producir microhemorragias en el tubo digestivo del lactante, condicionando una pérdida adicional de hierro (Juez, 1989).

La leche de vaca contiene demasiado sodio y puede provocar hipernatremia si no se modifica para darla al lactante.

Las vitamina A como beta-caroteno no existe y la vitamina E es escasa en la leche de vaca.

La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana y su concentración alcanza de 100 a 140mg/100ml. La leche de vaca fresca contiene 3mg/100ml de IgA (Butte y col, 1984)

Los componentes bioactivos específicos de la leche humana como moduladores de crecimiento, enzimas, hormonas y células (leucocitos) no se encuentran en la leche de vaca ni en las fórmulas lácteas procesadas.

8.0 Ventajas de la lactancia materna Exclusiva

Garantizar la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, cubre 95% de los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad.

Múltiples estudios evidencian el fuerte efecto protector de la lactancia contra enfermedades infecciosas, especialmente contra las infecciones respiratorias agudas del tracto superior e inferior, enfermedades gastrointestinales y otitis media durante la infancia y posterior a ella.

Allen menciona un metaanálisis¹⁴ donde se indica que el efecto protector se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, así como a la eliminación de exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de la preparación y administración de la fórmula láctea, de modo que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con LM parcial fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no reciben lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor.

Como se menciona en la Tabla III, la evidencia sugiere que los menores alimentados con leche materna se ven beneficiados a largo plazo, tienen menor riesgo de presión arterial alta y de colesterol elevado, y un mayor desempeño en pruebas de inteligencia^{15,16}, además de una menor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso/obesidad, en comparación con los niños que se alimentan con fórmulas u otros alimentos.

Para el caso de las enfermedades crónicas, la lactancia protege particularmente contra la enfermedad isquémica cardíaca y aterosclerosis, así como contra el riesgo de marcadores para diabetes, incluyendo una reducción en la respuesta a la insulina.

Así mismo, es parte integral del proceso reproductivo con importantes implicaciones para la salud de las madres al reducir el riesgo de cáncer de ovario y de mama, y disminuir la probabilidad de presentar obesidad en años posteriores.^{17, 18}

Por ello, La OMS y el UNICEF recomiendan la alimentación exclusiva al seno materno hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con alimentos hasta los 2 años de edad. Sin embargo, la fórmula láctea cobra fuerza, sin tener los mismos beneficios.

| Tabla III. Efecto protector de la lactancia materna en la salud | | | |
|--|---|---|--|
| Nivel de evidencia | Infantes y niños | Enfermedades crónicas | Madres |
| Convincente | Enfermedades gastrointestinales, otitis media, infecciones respiratorias agudas, enterocolitis necrosante | | Reducción del tiempo de infertilidad, premenopausia y cáncer de mama |
| Probable | Asma, alergias, inteligencia, habilidades cognitivas, leucemia, infecciones de vías urinarias, síndrome de muerte súbita. | Obesidad | Cáncer de mama posmenopáusico, cáncer de ovario, artritis reumatoide |
| Posible | Diabetes tipo 2, bacteriemia, meningitis, oclusión dental. | Enfermedad isquémica del corazón, aterosclerosis, factores de riesgo para diabetes tipo 2 y síndrome metabólico | Depresión materna, cáncer de endometrio, osteoporosis |

Fuente: Allen Jane, Héctor Debra (2005). *Benefits of breastfeeding. New South Wales Public Health Bulletin*

Resultados de un metaanálisis reciente, donde se incluyen estudios realizados en países desarrollados, indican 3 veces más requerimientos de hospitalización por enfermedades respiratorias agudas en niños alimentados con fórmulas lácteas, comparados con los alimentados al seno materno de manera exclusiva por lo menos por 4 meses.

Así mismo, la alimentación con fórmula infantil está asociada a un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como el asma, la enfermedad celíaca, la diabetes tipo I y la enfermedad de Crohn.

En conclusión, toda la información arroja un beneficio indudable de la LM (todavía mayor si se da de manera exclusiva), contra otras formas de alimentación, en particular al compararlo con la fórmula infantil. El esfuerzo que implica dar leche materna es grande, pero lo suficientemente valioso para promover la lactancia en toda mujer embarazada.

De esta forma, la evidencia científica establece las ventajas de la lactancia materna, en forma exclusiva durante los *primeros seis meses de vida* y prolongada *hasta los dos años de edad*, para lograr el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas; esta recomendación es especialmente válida en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación artificial por lo general son más marcados. Las ventajas de la lactancia materna se resumen a continuación:

Nutrición óptima

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

Nutrición adecuada para prematuros

La madre que da a luz un neonato prematuro, produce un tipo de leche adecuada (leche de pretérmino) que es el alimento adecuado hasta que el niño alcanza un desarrollo normal. Solamente en el caso de niños muy prematuros es necesario suplementarla.

La leche de pretérmino tiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

Protección inmunológica

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud para general para el adulto. El niño amamantado, rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro y la leche de transición contienen suficiente inmunoglobulina IgA que protege al niño mientras él es capaz de producirla.

Fácil digestibilidad

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión. Se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal.

Reduce el riesgo de enterocolitis necrotizante.

Crecimiento y desarrollo óptimo

Los niños pueden ser alimentados hasta los seis meses sólo con leche materna, asegurando con ello un desarrollo y crecimiento normales y continuarán creciendo bien si a esa edad se inicia la alimentación complementaria y se mantiene la leche materna como único alimento lácteo hasta los doce meses.

Organización sensorial

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos.

Organización biocronológica y del estado de alerta

Durante al menos tres meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta, disminuye el riesgo de apneas prolongadas, de asfixia por aspiración e incluso de la muerte súbita del lactante.

Desarrollo dentomaxilar y facial

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje.

Desarrollo intelectual del niño

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

Recuperación de la madre postparto

Por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado postparto y reducirlo a su tamaño original.

La actividad hormonal de la lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.

Establecimiento del apego

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo y se establece entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego".

Este apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Equilibrio emocional de la madre

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Refuerzo de lazos afectivos familiares

El amamantamiento del niño es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo y se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

Espaciamiento de los nacimientos

La lactancia materna exclusiva, y si la madre permanece amenorreica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (método lactancia materna y amenorrea) es el método anticonceptivo natural más eficaz que se puede recomendar para espaciar los nacimientos.

Economía de recursos

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero. Las economías son por concepto de costo de las leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes, por la reducción de enfermedades y sus costos de tratamiento, disminución de gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos y por reducción de costos de producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Ventajas ecológicas

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante, ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos. No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación. No requiere envases, promoción, transporte ni preparación, no necesita de una fuente de energía. No requiere de utensilios especiales para suministrarla.

La leche materna se renueva con cada embarazo y dura hasta que sea necesario para alimentar adecuadamente al niño.

9.0 Componentes de la lactancia materna¹⁹

9.1 Promoción:

Son las actividades relacionadas a la información, educación y comunicación que se establecen con el público general acerca de las prácticas de alimentación de las niñas y los niños menores de dos años, garantizando que la información proporcionada sea precisa y completa.

La promoción depende de la implementación de políticas y recomendaciones nacionales basadas en la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, ratificada por todos los países de la Unión Europea (UE) en la 55ª. Asamblea Mundial de la Salud en 2002, sobre el Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición de OMS/EURO, y sobre una información, educación y comunicación eficaz.

9.2 Protección:

La protección de la lactancia materna se basa en gran medida en la eliminación de obstáculos para conseguir una implementación completa del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la formulación de leyes sobre la protección de la maternidad.

En la legislación relacionada a la protección de la lactancia materna, se deben establecer también los mecanismos para la supervisión de los derechos de maternidad establecidos en los convenios promulgados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

9.3 Apoyo:

Comprende el conjunto de acciones orientadas a la madre y a la familia para que reciban información completa, correcta y óptima así como las condiciones y prestaciones necesarias para asegurar una lactancia materna exitosa.

Además, se debe garantizar que las prácticas y procedimientos habituales de los hospitales y establecimientos de salud sean acordes a la iniciativa de establecimientos de Salud Amigos de la Niñez y las Madres. Situaciones especiales: Se consideran situaciones especiales los siguientes casos: Hijos de

madres VIH positivas, recién nacidos con errores innatos del metabolismo, hijos de madres con enfermedades mentales severas, hijos de madres que estén recibiendo quimioterapia o radioterapia, niños cuya madre ha fallecido o han sido abandonados, hijos de madres con abuso de sustancias adictivas.

9.4 Determinantes de la Lactancia Materna

Los factores que influyen positiva o negativamente el inicio y mantenimiento de la lactancia materna están relacionados con situaciones propias de la madre, la niña, el niño, la familia, el sistema educativo y de salud, las políticas de salud pública, la cultura y las políticas sociales. En El Salvador, existen determinantes que influyen en la decisión de la madre para dar lactancia materna o dar alimentación artificial. Se requiere el accionar del Estado y la sociedad en el nivel apropiado sobre los determinantes involucrados para lograr sus efectos positivos sobre la lactancia materna.

Se han identificado las principales determinantes en nuestro país:

- Ausencia de un marco legal que regule la comercialización de sucedáneos de leche materna.
- Limitada aplicación de la normativa de lactancia materna por el personal de salud, a nivel público y privado.
- Escasos recursos para el mercadeo social en lactancia materna.
- Escasa implementación de centros de atención integral para las niñas y los niños y espacios especiales destinados para la lactancia materna en las instituciones públicas y privadas.
- Limitada divulgación y conocimiento de los derechos de la mujer relacionados con el embarazo, el puerperio y la lactancia materna.
- Déficit de espacios físicos y recursos humanos para brindar consejería en lactancia materna.
- Falta de habilidades en comunicación para el manejo de las intervenciones en lactancia materna del personal de salud.
- Deficiencias en las redes de apoyo social hacia la madre durante el período de lactancia materna, principalmente en el período post parto.

- Falta de integración de actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna entre los establecimientos de salud tanto públicos como privados.
- Limitada participación intersectorial en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

10.0 Contexto referencial²⁰:

10.1 Nacional

En El Salvador, los indicadores de Lactancia Materna no han tenido una evolución significativa, según lo muestran los datos de los estudios realizados a nivel nacional desde 1981. En el 2008 los datos de la encuesta FESAL muestran que solamente el 31.4% de la niñez menor de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, con una duración promedio de 1.9 meses (57 días), lo que no alcanza la recomendación de OMS/UNICEF de brindar este tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida (180 días).

Otros datos de la encuesta FESAL 2008 también reflejan que en El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 96.1 por ciento de las niñas y niños nacidos vivos recibió lactancia materna en alguna oportunidad.

Del total de niñas y niños que nacieron vivos en los últimos 5 años, el 3.9 por ciento nunca recibió leche materna. Los porcentajes más altos en esta condición se observan en el área urbana (4.3 por ciento) y en el departamento de Ahuachapán (5.8 por ciento), seguido por los SIBASI Norte y Centro de San Salvador (5.4 y 5.1 por ciento, respectivamente).

Los departamentos de Sonsonate y La Libertad muestran los porcentajes más bajos con menos del 3 por ciento de niños y niñas que nunca recibieron leche materna. Entre las madres que reportaron recibir orientación sobre lactancia materna, el 26.1 por ciento mencionó que fue antes, durante y después del parto, y el 23.1 que fue antes y después del parto.

En FESAL-2002/03 solamente el 14.1 por ciento reportó que la recibió antes y después del parto. Independiente de donde tuvo su control prenatal o el lugar de atención del parto, más de la mitad recibió orientación por parte de una enfermera, llegando al 75 por ciento en establecimientos del MSPAS y del ISSS.

Se observa que del total de niños(as) amamantados(as), el 32.8 por ciento recibió la leche materna antes que transcurriera la primera hora después del nacimiento y otro 36.3 por ciento la recibió entre una y 23 horas después.

Constitución de la República de El Salvador El Artículo 34, reconoce el derecho que toda niña, niño y adolescente tienen a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado, estableciendo además, que la Ley determinará los deberes del Estado y creará las instituciones para la protección de la maternidad y de la infancia.

El Artículo 42, establece que la mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado antes y después del parto y a la conservación del empleo. Asimismo que las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores.

El Artículo 65, reconoce que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia El Artículo 25, Literal D establece que corresponde al Estado a través del Sistema Nacional de Salud, promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud.

El Artículo 28, reconoce que es obligación del Estado, el padre, la madre, los representantes, los responsables, los empleadores, así como las organizaciones privadas de salud:

- a) Informar e informarse de las ventajas de la lactancia materna, así como de su sustitución por sucedáneos de la leche materna.
- b) Proporcionar a los lactantes una nutrición segura, controlada y suficiente promoviendo la lactancia natural, utilizando de manera informada y adecuada los sucedáneos de la leche materna.
- c) Proveer en la medida de lo posible de leche materna al lactante al menos hasta los seis meses de edad.

d) Informar e informarse sobre el riesgo de transmisión de enfermedades a través de la lactancia materna, ofreciendo alternativas de sucedáneos de la misma en el caso que ésta no sea posible.

e) Capacitar e informar al personal de salud a las madres, a los padres y a las comunidades en materia de alimentación de lactantes.

f) Implementar mecanismos que faciliten en la jornada laboral la lactancia materna, así como generar los espacios para que la madre empleada o trabajadora pueda amamantar al niño o niña durante los primeros seis de vida.

g) El Estado deberá promover las condiciones adecuadas para la lactancia materna de los hijos de las mujeres sometidos a privación de libertad.

10.2 Código de trabajo

El Artículo 67, establece que “el empleador garantizará de manera específica la protección de las y los trabajadores que por sus características personales o por estado biológico parecido, incluido personas con discapacidad, sean especialmente sensibles a riesgos de trabajo.

El Artículo 309, establece que “el patrono está obligado a dar a la trabajadora embarazada, en concepto de descanso por maternidad, doce semanas de licencia, seis de las cuales se tomarán obligatoriamente después del parto; y además, a pagarle anticipadamente una prestación equivalente al setenta y cinco por ciento del salario básico durante dicha licencia”.

El Artículo 312, plantea que “si transcurrido el período de licencia por maternidad, la trabajadora comprobare con certificación médica que no se encuentra en condiciones de volver al trabajo, continuará suspendido el contrato por la causal 4ª del Artículo 36, por el tiempo necesario para su restablecimiento, quedando obligado el patrono a pagarle las prestaciones por enfermedad y a conservar su empleo.

Si una trabajadora lacta a su hijo, tendrá derecho con este fin, a una interrupción del trabajo de hasta una hora diaria. A su pedido esta interrupción se podrá fraccionar en dos pausas de treinta minutos cada una. Las interrupciones de trabajo conforme al párrafo precedente serán contadas como horas de trabajo y remuneradas como tales.” Política Nacional de Salud 2009 – 2014 Entre las políticas de gobierno, la Política Nacional de Salud 2009 – 2014, en las recomendaciones de la estrategia Seguridad Alimentaria y Nutricional,

establece el desarrollo de una estrategia de comunicación masiva y grupal sobre la práctica de la lactancia materna.

10.3 Contexto internacional

10.3.1 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna²¹

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la 34a. Asamblea Mundial de la Salud en 1981, como “un requerimiento mínimo” para proteger la salud, que debería ser implementado íntegramente. El código no es obligatorio, sino un compromiso ético que los gobiernos deben implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Tiene como objetivo contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información precisa y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

10.3.2 Convención sobre los derechos del niño²²

En la Convención sobre los Derechos del Niño celebrada en la Organización de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por el país, los Estados parte reconocen el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud y asegurar las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil. Asimismo establece asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna.

10.3.3 Declaración de Innocenti²³

La Declaración de Innocenti que se realizó en Florencia, Italia en 1990, reconoce que la lactancia materna es un proceso único; asimismo establece como meta global la lactancia materna exclusiva para todos los niños durante los primeros seis meses de vida, promueve la eliminación de todos los obstáculos a la lactancia materna, establece que todos los gobiernos deben desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna y establece como una de sus metas lograr que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fuera puesto en práctica por todos los países antes de 1995.

10.3.4 Cumbre mundial de la infancia.

En 1990, durante la Cumbre Mundial de la Infancia, los gobiernos de los países participantes se comprometieron a desarrollar políticas para respaldar el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, terminar con las donaciones de sucedáneos de la leche materna en todos los servicios y hospitales de maternidad e intensificar los esfuerzos para lograr incrementar la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

10.3.5 Conferencia internacional de nutrición.

La Conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma en el año 1992 definió como una de las principales estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición, el fomento de la lactancia materna y concluyó que una de las acciones para lograr mayores índices de lactancia en el mundo es la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

HIPÓTESIS.

"Las mujeres que asisten a control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Fernando no han recibido la información adecuada y suficiente sobre Lactancia Materna lo cual influye directamente con las practicas que adoptan sobre la misma"

DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo descriptivo, pues se enfocó en determinar el conocimiento y las prácticas sobre lactancia materna en las mujeres que asisten a control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando Chalatenango.

Según el periodo de estudio es tipo transversal ya que se estudiaron conocimientos y prácticas sobre lactancia materna durante un periodo de tiempo determinado.

Periodo de investigación

El periodo de investigación fue ejecutado durante los meses de Marzo a Junio del año 2015.

Universo

Mujeres gestantes que consultan a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Fernando, departamento Chalatenango, en el periodo de Marzo a Junio 2015. La población está constituida por un total de 48 mujeres gestantes.

Muestra

Toda población de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando, departamento Chalatenango, en el periodo comprendido entre Marzo y Junio 2015

Se hizo uso del muestreo simple estratificado, utilizando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión

1. Mujeres inscritas y en control prenatal y materno en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando.
2. Mujeres gestantes pertenecientes al área de cobertura de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando.
3. Mujeres entre 15 y 35 años que asistan a control prenatal y materno.
4. Mujeres que asistan a control prenatal y materno que deseen participar.

b) Criterios de exclusión.

- Mujeres gestantes que no sean residentes del municipio de San Fernando.
- Mujeres gestantes que residan en el Municipio de San Fernando cuyos controles prenatales y maternos los estén llevando en otra Unidad Comunitaria de Salud, ISSS, o médicos particulares.
- Mujeres menores de 15 años y mayores de 35 años debido a que sus controles son proporciones por especialista.
- Mujeres que asistan a control prenatal y materno que no deseen participar.

Haciendo uso de los criterios de inclusión y exclusión dicha muestra estuvo constituida por un total de 41 mujeres, de las cuales 39 desearon participar en esta investigación.

Variables.

a) Variables dependientes.

Conocimiento y prácticas sobre Lactancia Materna de las mujeres gestantes que asisten a control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud San Fernando- Chalatenango.

b) Variables independientes.

Edad

Ocupación

Nivel de Escolaridad

Operacionalización de Variables

| OBJETIVOS | VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADORES | TECNICA | INSTRUMENTO |
|--|-----------------------|--|--|-------------------------|--------------|
| 1-Investigar las principales fuentes de información sobre lactancia materna en las mujeres que asisten a control prenatal y materno. | Fuente de información | Documento, institución o persona de donde procede el origen de cualquier información | <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud (medico, enfermería y promotor de salud) • Familia • Medios de comunicación • Publicidad (revistas, panfletos, tabloides) • Otros (vecinos, amigos, conocidos) | Entrevista Estructurada | Cuestionario |

| | | | | | |
|---|---------------------|--|---|--------------------------------|---------------------|
| <p>2 - Determinar el conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres que asisten a control prenatal y materno.</p> | <p>Conocimiento</p> | <p>Información adquirida por una persona a través de la experiencia o educación sobre lactancia materna.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva • Momento indicado para iniciar la Lactancia Materna • Frecuencia • Destete • Posición y agarre correcto • Tipos de leche materna • Ventajas de la Lactancia Materna • Producción de leche materna • Política Nacional de Lactancia Materna | <p>Entrevista Estructurada</p> | <p>Cuestionario</p> |
| <p>3- Identificar los principales factores por los que las mujeres que asisten a control prenatal y materno efectúan o no la práctica de Lactancia Materna.</p> | <p>Practicas</p> | <p>Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva • Razones por las que no practicaría la lactancia materna • Razones por las que practicaría la lactancia materna • Lactancia materna complementaria • Uso de formulas lácteas. | <p>Entrevista Estructurada</p> | <p>Cuestionario</p> |

Fuente de información.

Fuente primaria: Mujeres que asistan a control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando

Fuente secundaria: Libros de inscripción, controles prenatales y Censos diarios de consulta médica de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando

Técnica de obtención de información

La técnica utilizada fue la entrevista estructurada; que fue dirigida a mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando, que cuenta con un total de 21 preguntas cerradas, en la que se pretendía identificar el conocimiento y las practicas sobre lactancia materna.

Herramienta para la obtención de información.

Se hizo uso de un cuestionario anónimo y voluntario como instrumento para la obtención de la información; toda la información obtenida fue utilizada de forma confidencial.

Mecanismo de confidencialidad.

A cada una de las mujeres se les solicito su consentimiento escrito de aceptar participar en la investigación, explicándosele que se trataba de un cuestionario anónimo y voluntario; cada participante firmó dicho consentimiento donde se recalcaron aspectos de confidencialidad, resguardo de los datos y beneficios de dicha investigación.

Procesamiento de la información:

Los datos obtenidos a través del instrumento de investigación fueron tabulados y procesados por medio de una Hoja de Cálculo de Microsoft Excel 2010.

Análisis de la información

Para analizar los datos sobre conocimientos de lactancia materna se realizaron diferentes escalas según el número de aciertos, y se diseñó de la siguiente manera:

Se sumaron las preguntas que fueron formuladas en el instrumento de recolección de datos acerca del conocimiento sobre lactancia materna, el cual consta de doce preguntas, estas se dividirán en tres categorías para evaluar la respuesta sobre dichos conocimientos: bueno, regular y deficiente; dando como resultado cuatro, que indico el intervalo de cada una de las categorías.

Bueno: 9-12 aciertos

Regular: 5-8 aciertos

Deficiente: 0-4 aciertos.

RESULTADOS.

Matriz n°1 Datos Generales:

Edad de la gestante:

| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|--|------------|
| 15 A 20 AÑOS | 3 (p) |
| 21 A 25 AÑOS | 9 (p) |
| 26 A 30 AÑOS | 22 (p) |
| 31 A 35 AÑOS | 5 (p) |
| TOTAL: | |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, un 56% corresponde a mujeres gestantes en el rango de 26 a 30 años de edad, siendo así este grupo el predominante en estudio | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°2 Datos Generales

Ocupación de la gestante:

| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|---|------------|
| AMA DE CASA | 19 (p) |
| ESTUDIANTE | 2 (p) |
| TRABAJO ESTABLE | 4 (p) |
| TRABAJO INESTABLE | 14 (p) |
| TOTAL: | |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, un 49% corresponde a mujeres gestantes que realizan labores propias del hogar, un 36% trabajan de forma inestable, por otro lado se percibe 5% del total de las mujeres gestantes en formación académica. | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°3

Datos Generales:

Escolaridad de la gestante:

| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|---|------------|
| NINGUNA | 4 (p) |
| PRIMARIA | 9 (p) |
| SECUNDARIA | 15 (p) |
| BACHILLERATO | 10 (p) |
| UNIVERSITARIA | 1 (p) |
| TOTAL: | |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, un 38% presenta estudios hasta secundaria, y un 26% hasta bachillerato, siendo así en su mayoría (64%) un grupo predominante con formación académica básica – media | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz nº4

Fuente de información:

¿Ha recibido información anteriormente sobre el tema Lactancia Materna?

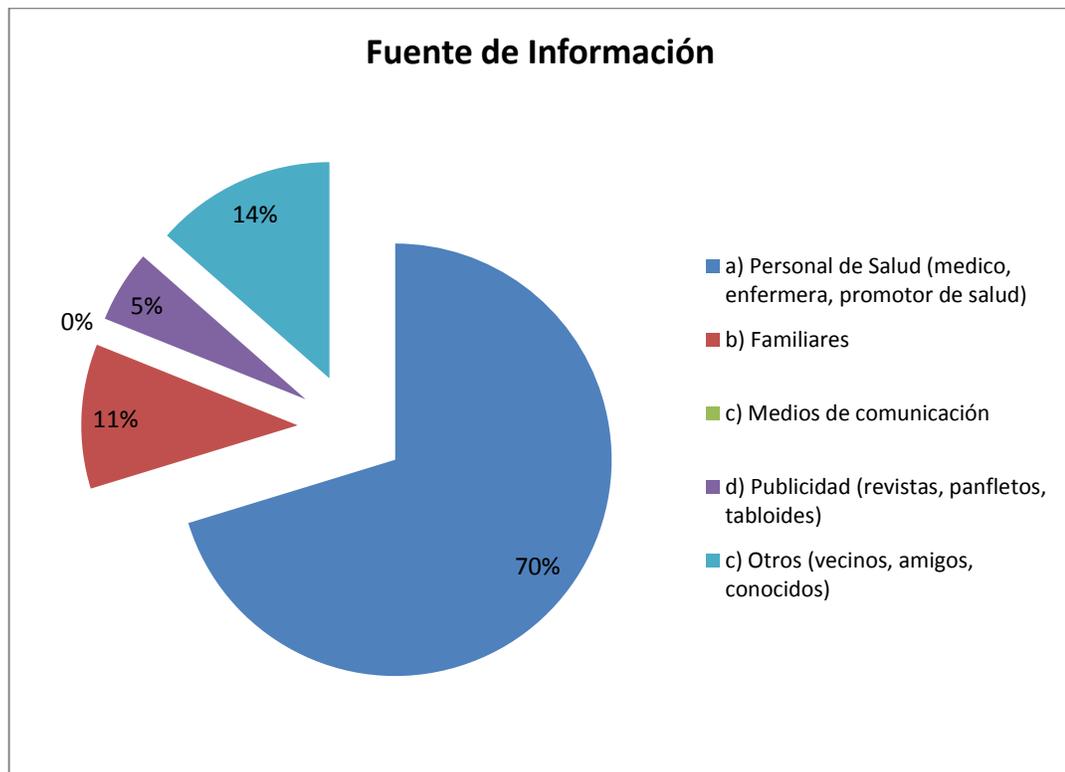
| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|---|------------|
| SI | 37 (p) |
| NO | 2 (p) |
| TOTAL: | 39 (p) |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, un 95% ha recibido en algún momento de su vida información concerniente al tema de lactancia materna, apenas el 5% de la población en estudio negó haber recibido algún tipo de información previa. | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°5

Fuente de Información:

¿De donde obtuvo la información sobre lactancia materna?



ANALISIS

De la población evaluada un 70% recibió información sobre lactancia materna por parte del personal médico; un 11% manifestó haber temido algún tipo de información proveniente de sus familiares; se denota por contrario que la publicidad y los medios de comunicación fueron los que menor impacto tuvieron a la hora de brindar algún tipo de información respecto al tema.

P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°6

Fuente de Información:

¿Considera que la información obtenida resolvió todas sus dudas?

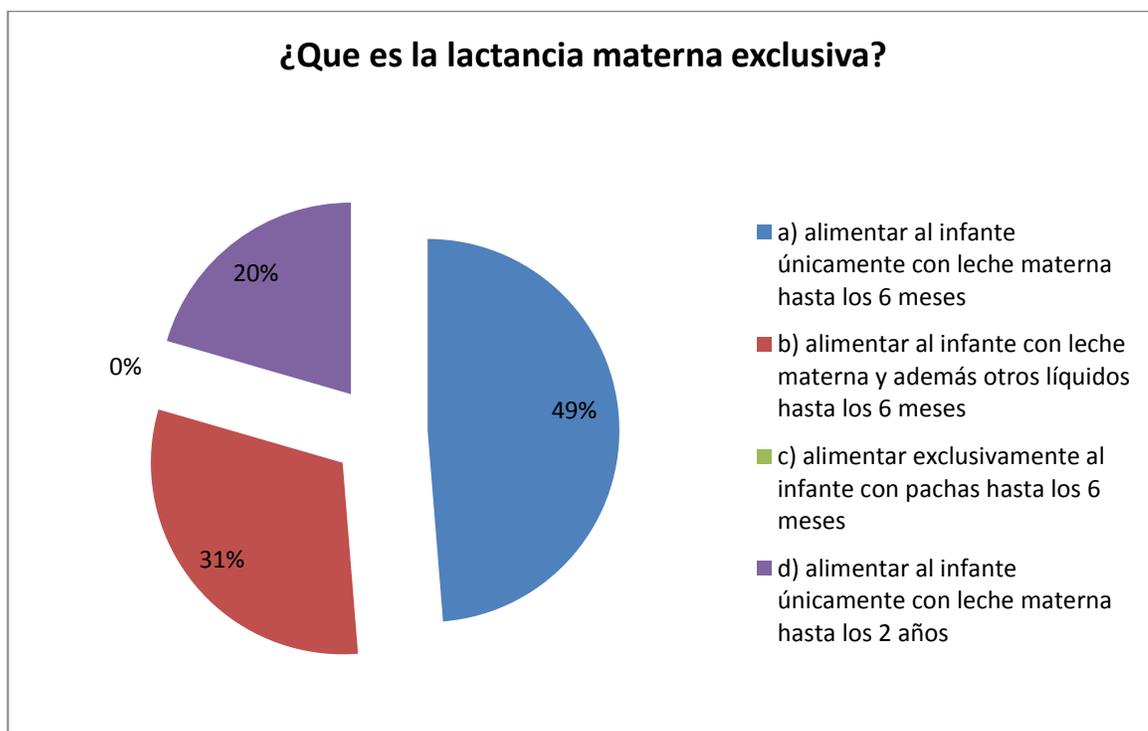
| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|---|------------|
| SI | 11 (p) |
| NO | 4 (p) |
| NO COMPLETAMENTE | 22 (p) |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, 11% destacó que la información obtenida sobre lactancia materna no logró satisfacer en ninguna medida todas sus dudas, 59% de la población estudiada manifestó que la información obtenida no resolvió completamente sus dudas, y el 30% de la población estudiada, logró satisfacer completamente sus dudas. | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°7

Conocimientos:

¿Qué es la lactancia materna exclusiva?



ANALISIS

49% de la población evaluada conoce el significado de la lactancia materna exclusiva, 31% expresa que en la lactancia materna exclusiva deben incorporar líquidos hasta los 6 meses, el 20% afirma que el termino refiere a brindar lactancia materna hasta los 2 años; cabe destacar que el uso de pachas se encuentra descartado totalmente como alternativa a la lactancia materna exclusiva.

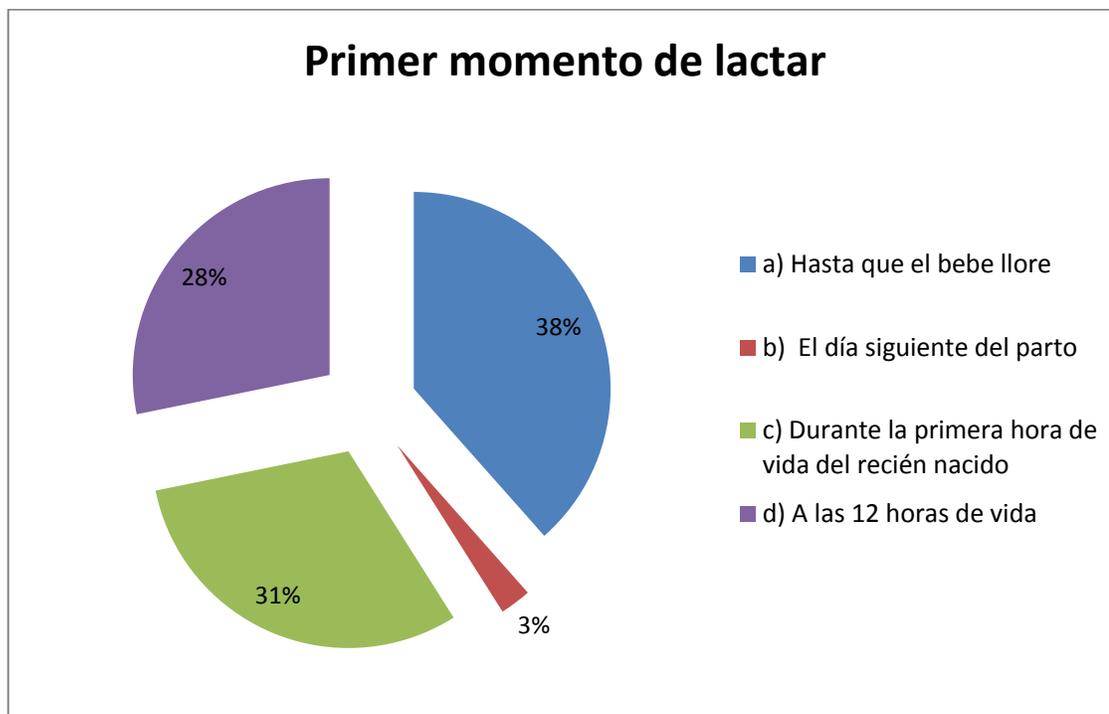
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°8

Conocimientos:

¿Cuál es el momento indicado para darle por primera vez leche materna al bebé?



ANALISIS

38% de la población evaluada considera que el mejor momento para iniciar la lactancia materna es hasta que el bebé lllore; así mismo una proporción semejante de población (31%), afirma que el mejor momento es durante la primera hora de vida del neonato, únicamente el 28% menciona que el momento ideal es a las 12 horas de vida, y tan sólo el 3% afirmó que el primer momento tiene que ser 24 horas posterior al parto.

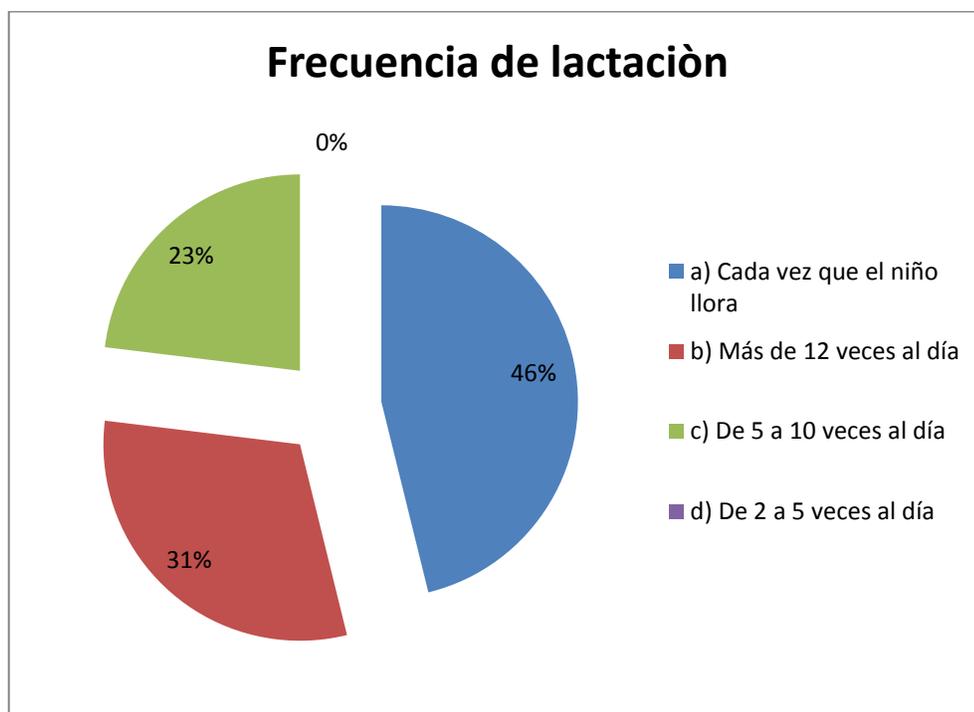
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°9

Conocimientos:

¿Cuál es la frecuencia con la que debe amamantar a su hijo?



ANÁLISIS

46% de la población evaluada afirma que la frecuencia será proporcional al número de veces que el niño/a llora, el 31% de los evaluados están convencidos que la frecuencia debe de ser mayor de doce veces al día, el 23% acusa que la frecuencia correcta es de 5 a 10 v/día, ninguna participante que menciona que la frecuencia correcta sería de 2 a 5 veces al día.

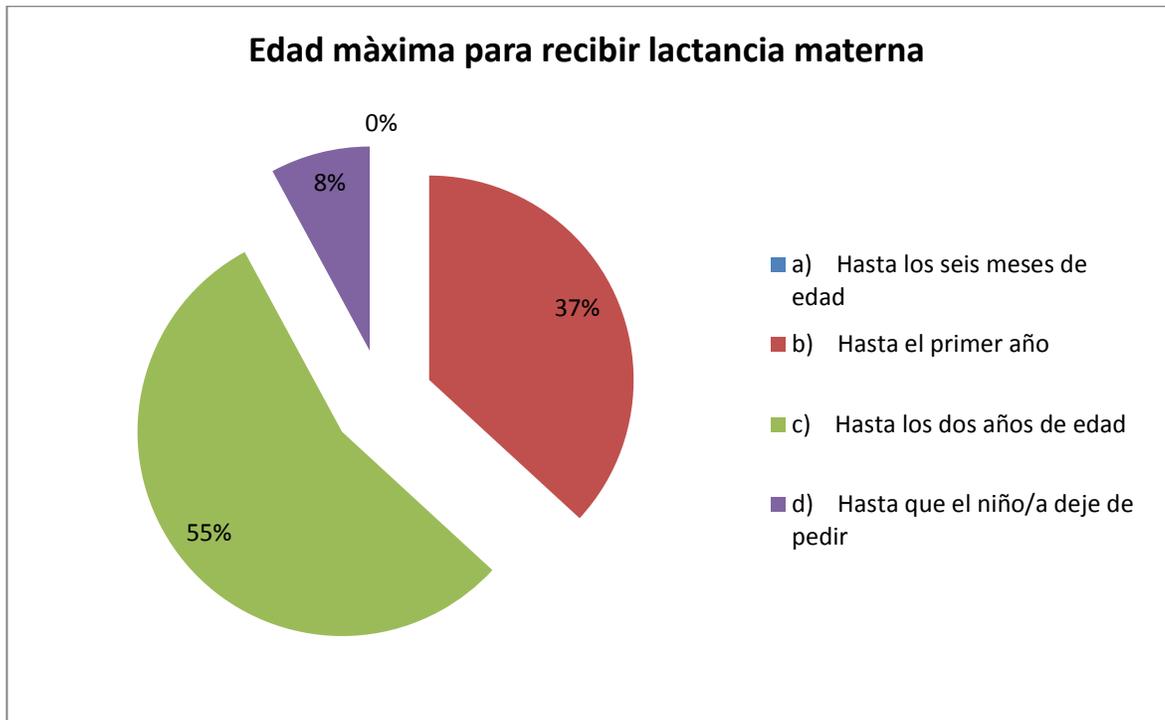
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°10

Conocimientos:

¿ Hasta que edad como máximo el niño/a debe recibir lactancia materna?



ANALISIS

55% de la población evaluada afirma que la edad máxima para brindar lactancia materna es hasta los 2 años de edad, el 37% de los evaluados están convencidos que la edad máxima es al año de edad, tan sólo el 8% acusa que la edad máxima será a la cual el lactante deje de pedir, ninguno de los evaluados manifestó que la edad máxima tendría que ser igual o menor de 6 meses.

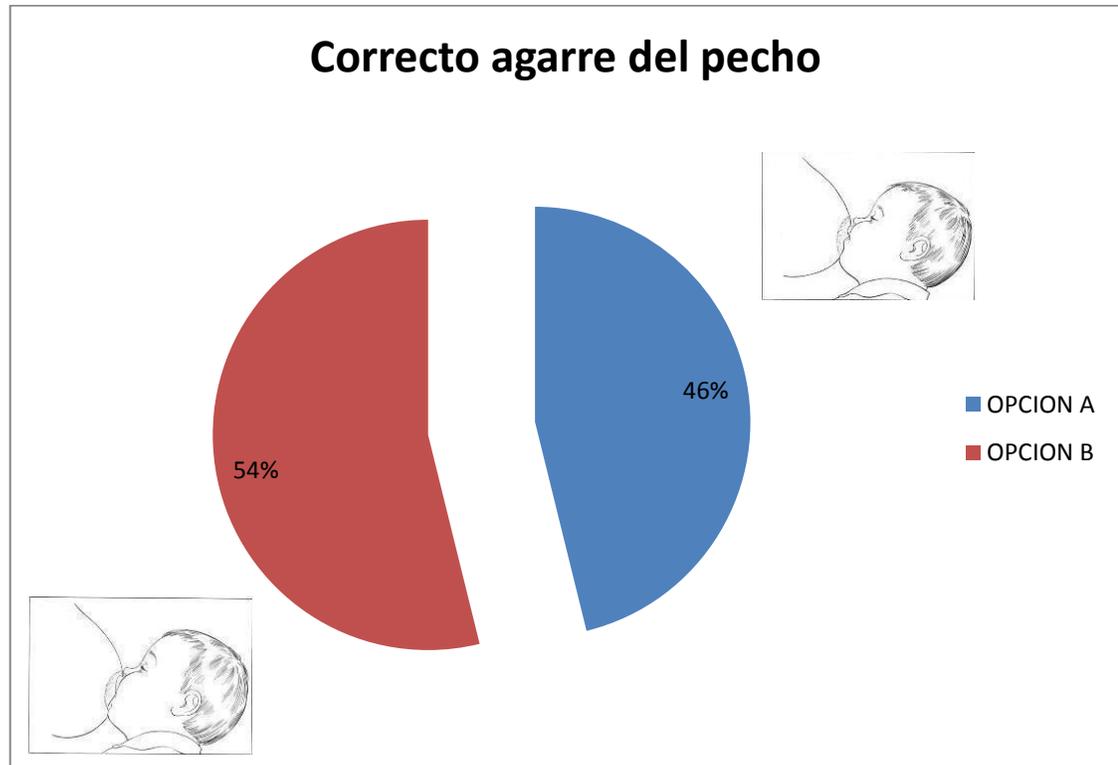
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°11

Conocimientos:

Marque con una "x" la imagen que corresponde a buen agarre del pecho al momento de dar lactancia materna.



ANALISIS

54% de la población evaluada afirma que la imagen citada (B), coincide como la correcta forma de brindar lactancia materna, así también, una proporción cercana 46% considera que la imagen (A), corresponde a la correcta forma de agarre del pecho, cabe aclarar, que en la entrevista se describió por medio del entrevistador la representación de dichos esquemas.

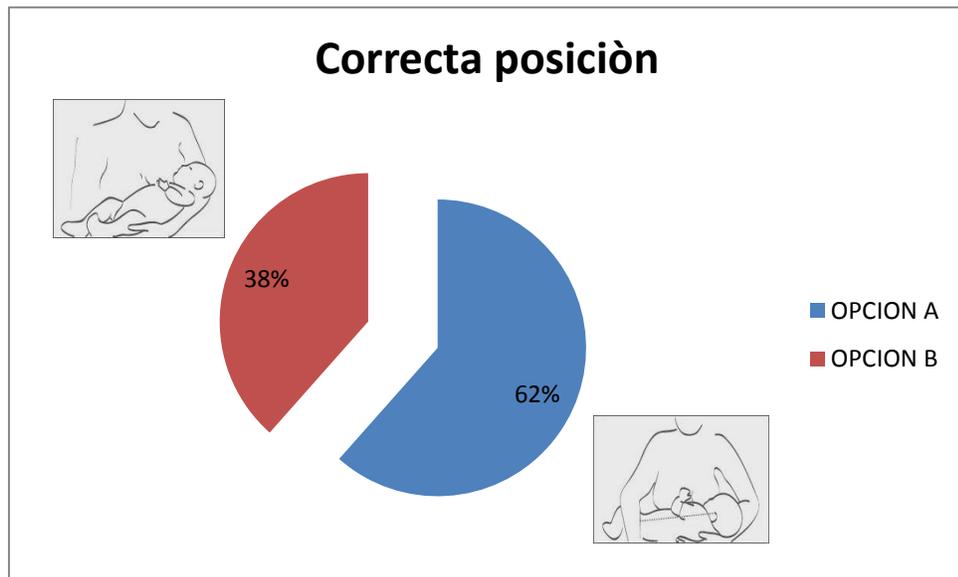
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°12

Conocimientos:

Marque con una "X" la imagen que corresponde a buena posición al momento de dar lactancia materna.



ANALISIS

62% de la población evaluada afirma que la imagen citada (A), coincide como la correcta posición para brindar lactancia materna, por otra parte, el 38%, manifiesta que la imagen (B) corresponde a la correcta posición a la hora de lactar, por lo que es notable que la mayor parte de la población conoce la correcta posición.

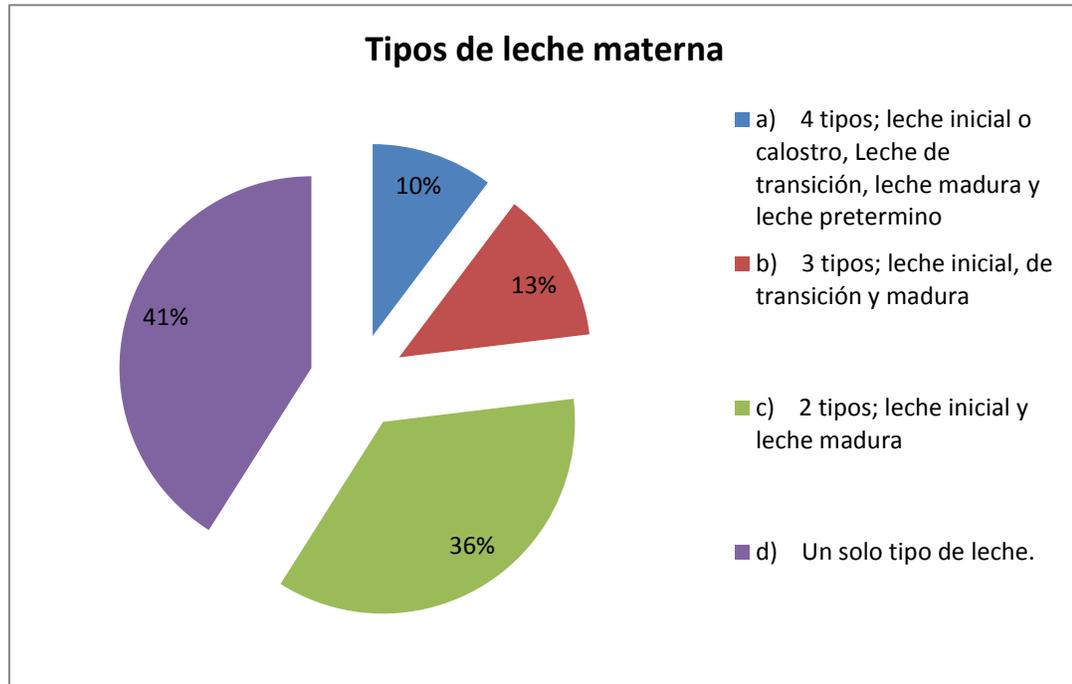
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°13

Conocimientos:

¿Cuáles y cuántos son los tipos de leche materna que conoce?



ANALISIS

90% de la población evaluada desconoce que durante la lactancia materna existen diferentes tipos de leche materna y sólo un 10% afirma conocer todos los tipos de leche materna.

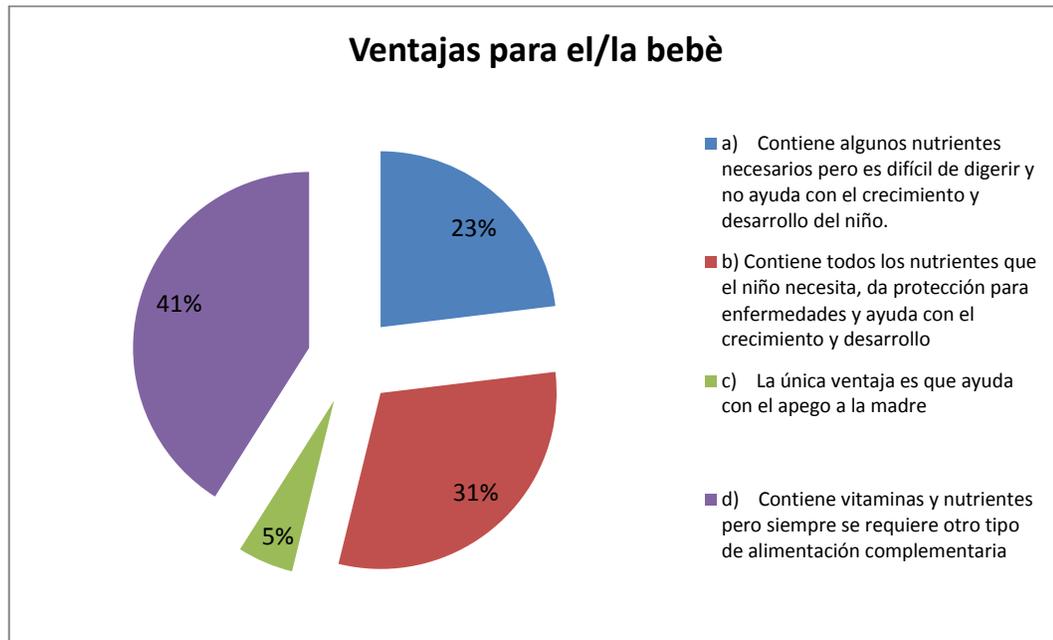
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°14

Conocimientos:

¿Cuál de las siguientes opciones hace referencia a algunas ventajas para el bebe al recibir lactancia materna?



ANALISIS

41% de la población evaluada afirma que lactancia materna tiene que incluir alimentación complementaria, pues no satisface las necesidades del lactante; un 31% de la población reconoce las ventajas de lactancia materna; el 5% de las mujeres afirman que la única ventaja es el apego madre-hijo.

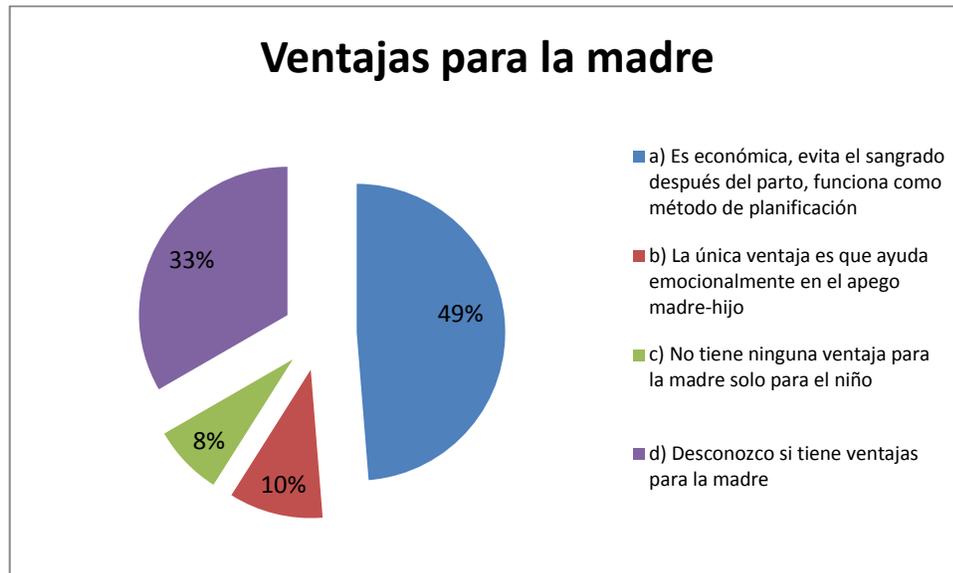
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°15

Conocimientos:

¿Cuál de las siguientes opciones hace referencia a las ventajas para la madre al dar lactancia materna?



ANÁLISIS

49% reconoce las ventajas de la lactancia materna para la madre, al contrario el 33% de la población refiere que desconocen si dar lactancia materna tiene alguna ventaja para ellas, 10% tienen el concepto erróneo que el único beneficio es el apego madre- hijo y 8% manifiestan que no tienen ninguna ventaja para la madre.

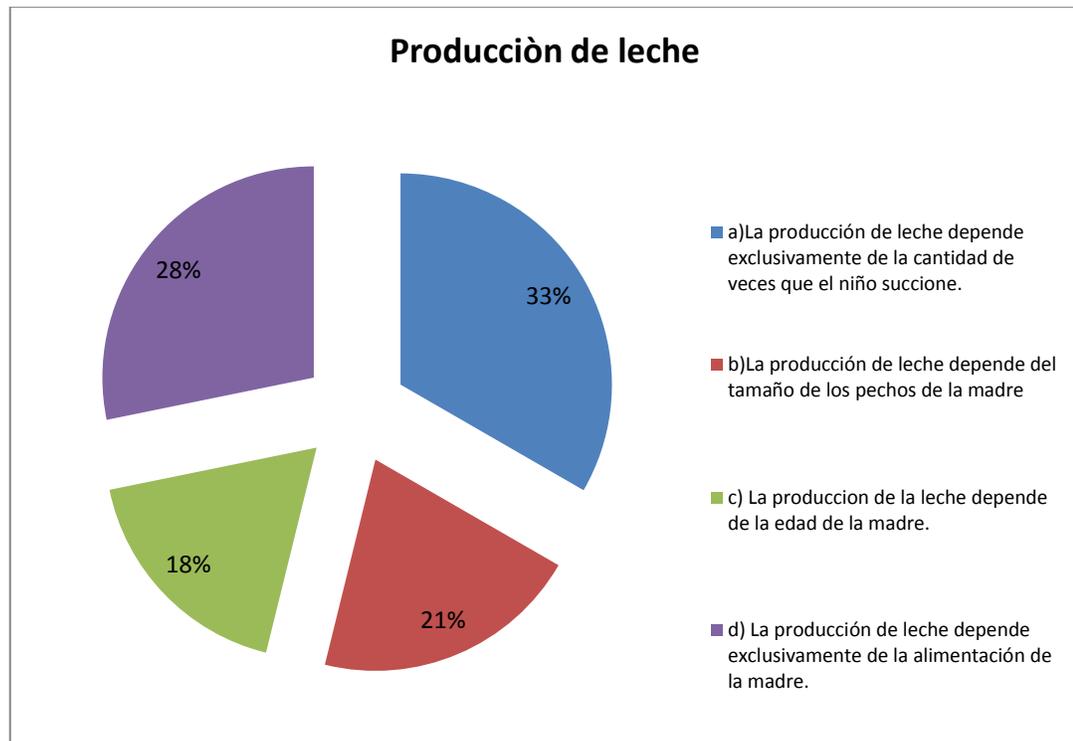
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°16

Conocimientos:

En cuanto a la producción de leche materna, señale la opción que considera correcta



ANÁLISIS

33% reconoce que la producción de leche materna es proporcional al estímulo de succión del lactante, el 66% que manifiesta la producción de leche materna es controlada por otros factores, entre ellos: 28% por el tamaño de los pechos de la madre, 21% alimentación de la madre y el 18% de la edad de la madre.

P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°17

Conocimientos:

¿Es de su conocimiento que existen entidades legales e instituciones en nuestro país que apoyan y promueven la lactancia materna?

| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|---|------------|
| SI | 27 (p) |
| NO | 12 (p) |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, 69% manifestó que conoce de la existencia de entidades legales que velan y promueven la lactancia materna, el 12% no conoce sobre dichas entidades. | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°18

Conocimientos:

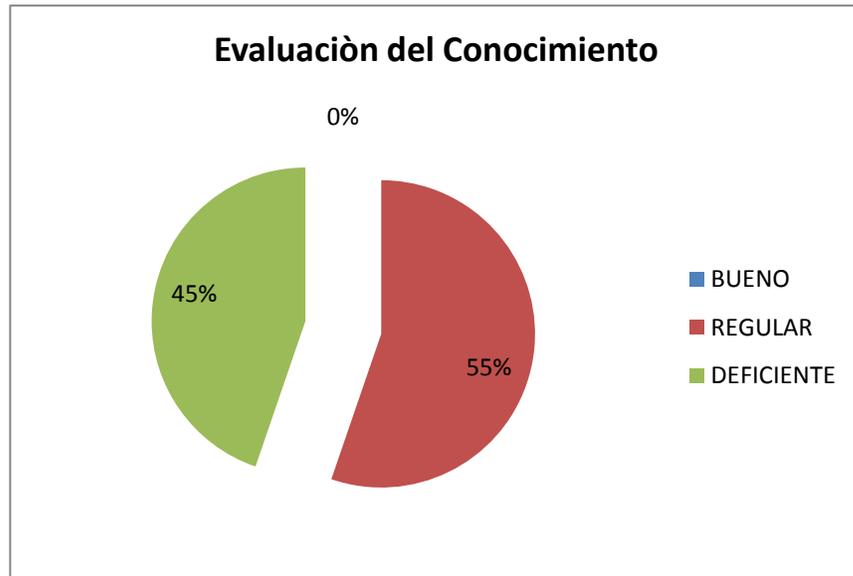
¿Sabía usted que existe una ley que prohíbe a profesionales de salud recomendar leches artificiales o de fórmula?

| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|--|------------|
| SI | 3 (p) |
| NO | 36 (p) |
| ANALISIS | |
| De la población evaluada, 92% manifestó que desconoce la existencia de una ley que prohíbe al profesional de la salud recomendar sucedáneos de la leche materna. | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°19

Evaluación del conocimiento



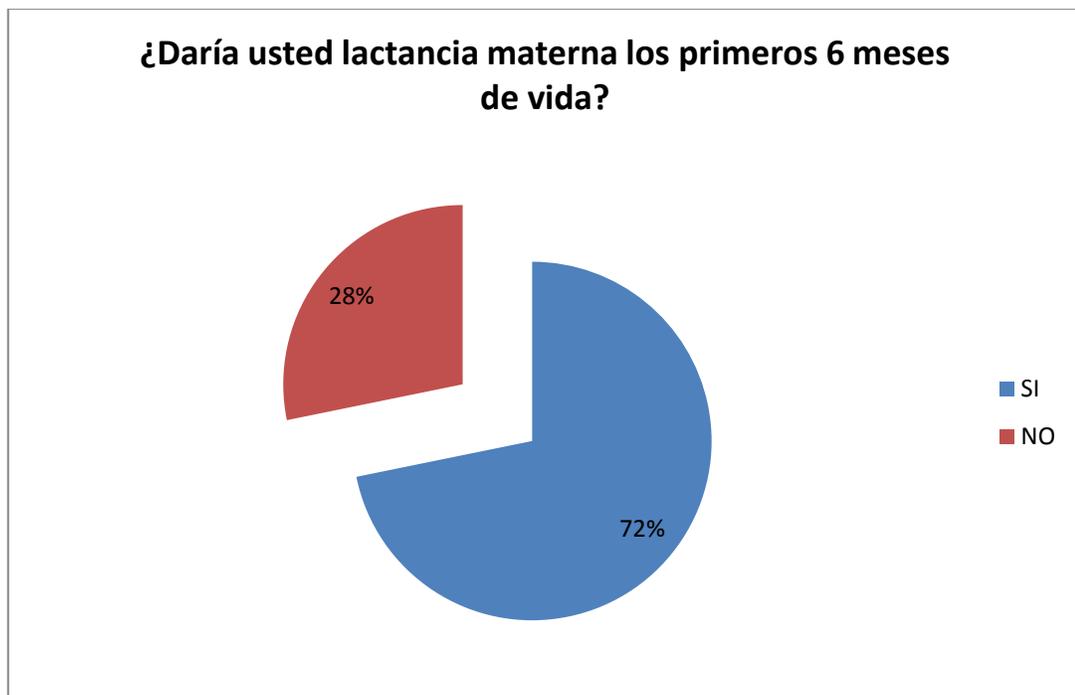
| RESPUESTA | FRECUENCIA |
|--|------------|
| BUENO | 0 (p) |
| REGULAR | 21 (p) |
| DEFICIENTE | 17 (p) |
| ANALISIS | |
| <p>La categorización del conocimiento demostró que del total de la población, un 55% posee conocimientos regulares, y el 45% de la población déficit de los mismos, no existió en este estudio persona con igual o mayor de 9 aciertos al someterse a la evaluación de dicha categoría por lo que de la población estudiada ninguna de las participantes pertenece a la categoría de buenos conocimientos.</p> | |
| P=Personas | |

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°20

Prácticas:

¿Está de acuerdo en dar lactancia materna exclusiva a su bebe durante los primeros 6 meses de vida?



ANALISIS

72% de la población evaluada afirma que practicaría la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, no obstante el 28% de la población en estudio manifestó no dar seguridad de brindar lactancia exclusiva hasta los seis meses.

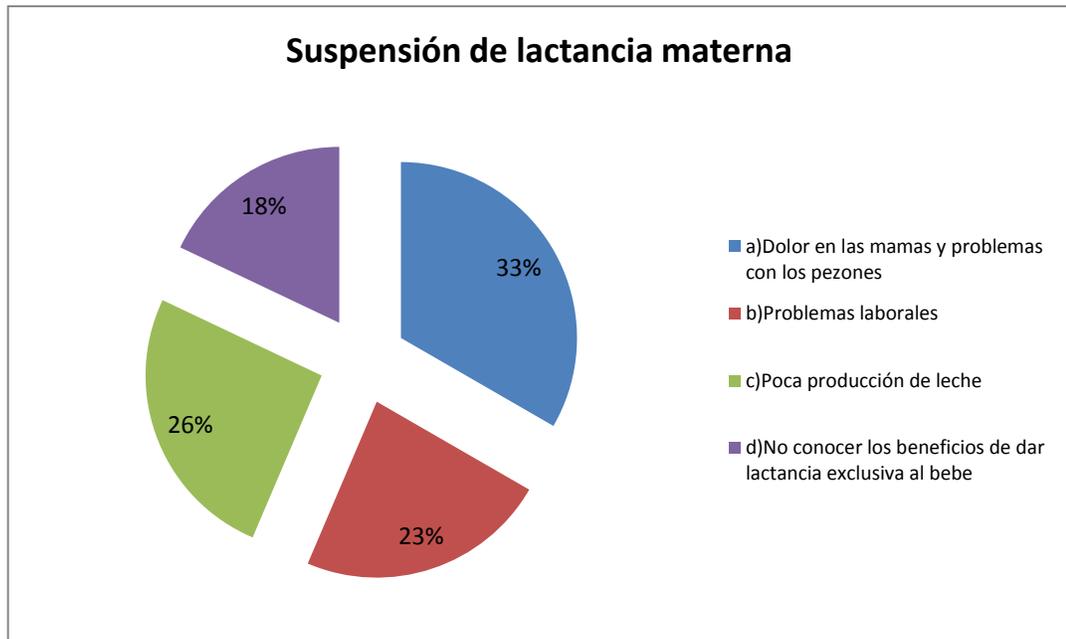
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°21

Prácticas:

¿Cuál sería la principal razón por la que no daría o suspendería la lactancia materna exclusiva a su hijo?



ANALISIS

33% de la población evaluada manifiesta que la principal razón por la cual no daría o suspendería la lactancia materna sería por problemas en las mamas o pezones, el 26% afirma que por poca producción de leche, 23% por problemas laborales y el 18% por desconocer cuales son los beneficio de esta práctica.

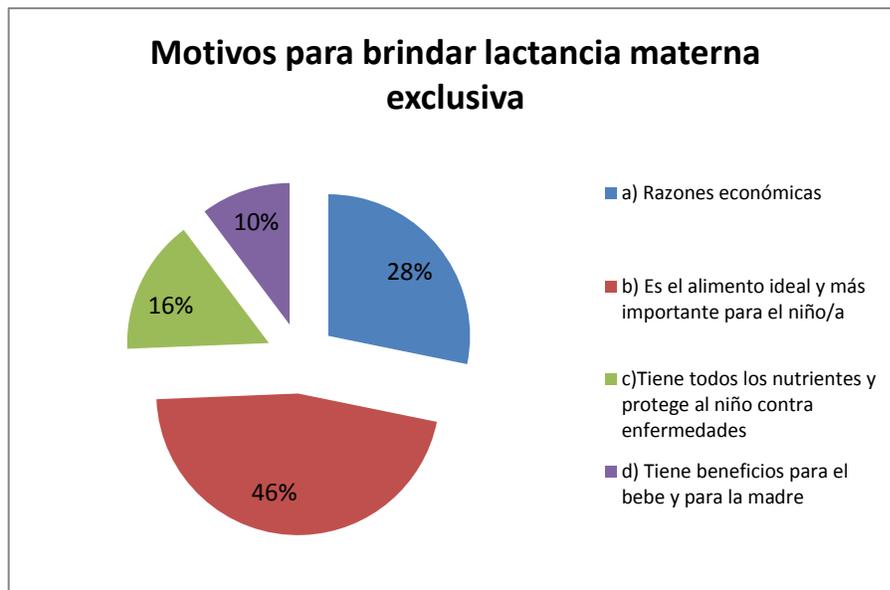
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°22

Prácticas:

¿Porque razón estaría de acuerdo en brindar lactancia materna exclusiva a su hijo?



ANALISIS

46% de la población evaluada manifiesta que la principal razón por la que brindaría lactancia materna exclusiva se debe a que es el alimento ideal y más importante; el 28% manifestó que la principal razón serían razones económicas, el 16% refiere que sería por tener todos los elementos nutritivos y de inmunoprotección y el 10% afirma brindar la lactancia materna porque tiene beneficios para madre el hijo/a.

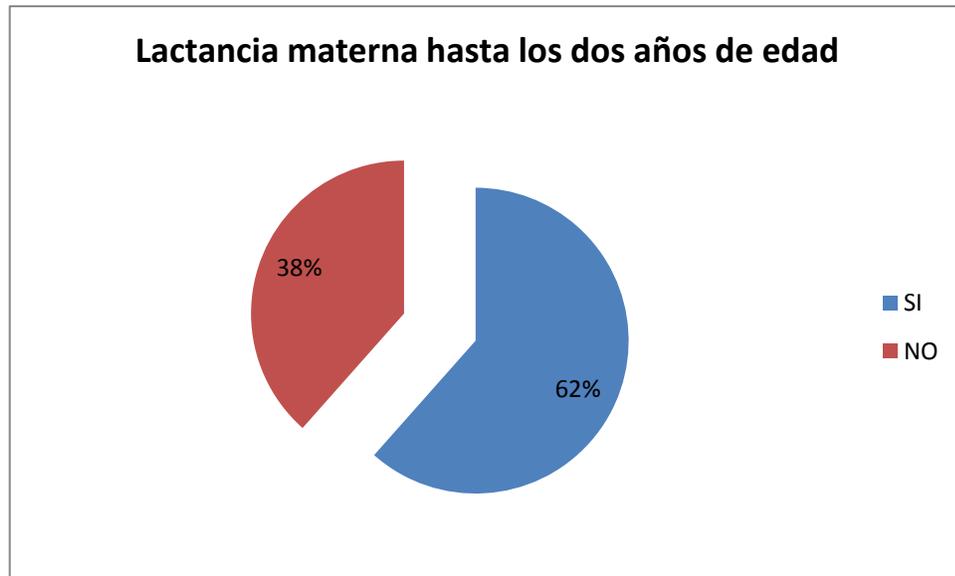
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n°23

Prácticas:

¿Está de acuerdo en brindar a su hijo lactancia materna complementaria hasta los dos años de edad?



ANALISIS

62% de la población evaluada manifiesta estar decidida a brindar lactancia materna hasta los 24 meses de edad, el 38% afirma no estar de acuerdo con la prolongación de la lactancia materna hasta los 2 años.

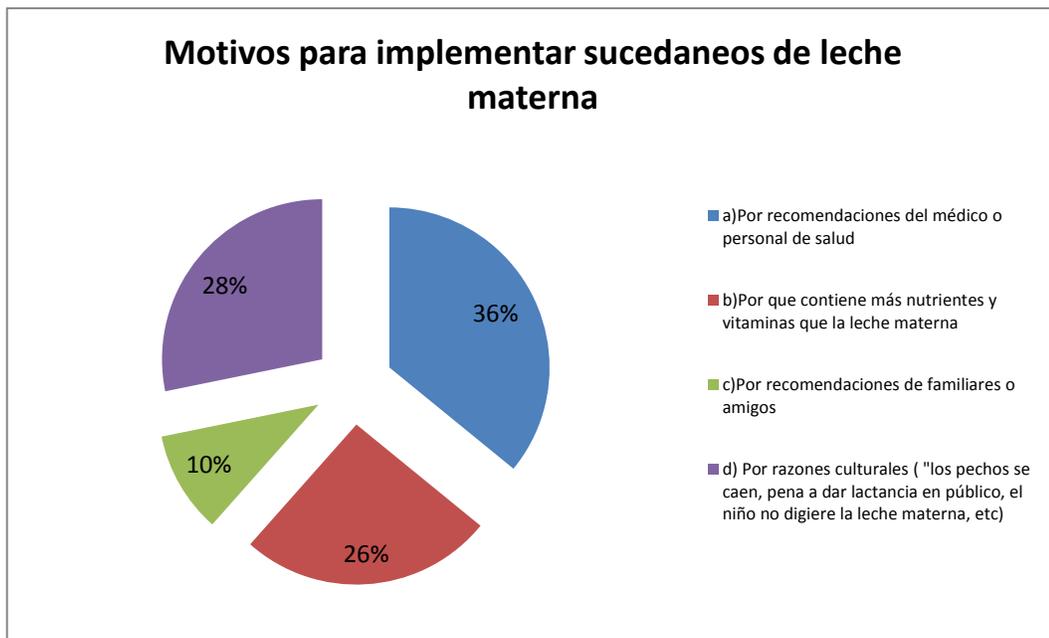
P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n° 24

Prácticas:

¿Cuales serian los motivos por los que daría formula o leche artificial a su bebe?



ANALISIS

36% de la población evaluada afirma estar dispuesta a sustituir la lactancia materna por formulas artificiales siempre y cuando estén avaladas por recomendaciones medicas, así también el 28% está decidida a brindar sucedáneos de leche materna por razones culturales, 26% refiere que las leches artificiales contienen mejores propiedades que la leche materna y solo un 10% implementaría sucedáneos por recomendaciones de familiares o amigos.

P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

Matriz n° 25

Prácticas:

¿Considera que necesita más información sobre este tema y así valoraría mas la práctica de lactancia materna?



ANALISIS

79% de la población evaluada afirma necesitar más información respecto al tema, a la vez una difusión universal que garantice la constancia del mensaje y la importancia del mismo y de esta manera valorarían mas la práctica de la lactancia materna.

P=Personas

Fuente: Entrevista Estructurada conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las mujeres gestantes del Municipio de San Fernando.

DISCUSIÓN.

Datos Generales:

Conocer el estrato de la población a la cual hemos sometido a evaluación es trascendental al momento de analizar resultados, de ello al referirnos que la edad promedio de evaluadas es de 26 a 30 años de edad; mujeres que trabajan activamente en sus hogares o fuera de ellos, alfabetas, con una formación académica básica-media en su mayoría.

Fuente de Información:

Dado que los conocimientos son atribuidos como aprendizaje por medio de la información, el 95% de las participantes manifiestan haber recibido información sobre lactancia materna; encontramos que en la mayoría de los casos las gestantes son informadas por personal de salud con un porcentaje del 70%, así, la educación ofrecida por los programas de salud incide en la motivación de las madres hacia la lactancia materna; en contraste con el estudio FESAL 2002-2003 con tan sólo 14.1% de orientación antes y posterior al parto. A pesar de esto, del total de encuestadas, el 59% refieren que dicha información no resolvió completamente las dudas y solo el 30% de la población afirma que todas sus dudas fueron resueltas con la información que se las ha brindado.

Conocimiento y práctica:

El conocimiento inherente de las gestantes se refleja de forma directa en las practicas efectuadas, en esta investigación se puede denotar la mayoría de las participantes conocen el concepto acertado sobre Lactancia Materna Exclusiva representando un 49%, de esta forma las gestantes están consientes que la lactancia materna es por excelencia la mejor forma de alimentar y proveer ventajas insustituibles al lactante y a la madre, por otra parte pese a que la OMS define universalmente el primer momento de lactancia en la primera hora de vida, las gestantes evaluadas en un 69% desconocen esta crucial medida de apego, asi datos comparativos por el estudio de FESAL 2002-2003 demuestra que tan solo un 32% recibieron apego materno en la primera hora,; ademas demuestran deficiencias en el conocimiento sobre la frecuencia ideal de Lactancia Materna por día, sugerida por la OMS; de la misma forma el 90% de la población estudiada, ignora los tipos de leche materna y por ende los beneficios de la misma; por otra parte las encuestadas están dispuestas en un 62% a brindar lactancia materna complementaria hasta los 2 años; al contrario

la población estudiada no conoce con exactitud las correctas técnicas de amamantamiento sugeridas por la OMS.

También se encontró en el estudio que las gestantes están dispuestas a no dar o suspender la Lactancia Materna por problemas físicos 33%, por poca producción de leche 26%, por problemas laborales 23%; a la vez se logra observar que solamente el 31% de las participantes conoce los beneficios de brindar lactancia materna al bebé, y únicamente el 49% conoce los beneficios de dicha practica en la mujer lactante, en cuanto a la práctica, la encuesta nacional de FESAL en el 2008, denota que solamente el 31.4% de la niñez menor de 6 meses recibían lactancia materna exclusiva, en contraste con un 72% de la población gestante estudiada que remite estar dispuesta a brindar lactancia exclusiva; cabe recalcar que pese a la regulación del Código Internacional de Sucedáneos de la leche materna vigente desde 1981, la mayoría de las gestantes entrevistadas estarían dispuestas a implementar lactancia artificial por sugerencia médica 36%, ignorando de esta forma la existencia de entidades que se encargan de velar y que condenan estas prácticas ilegales; el 79% de las mujeres gestantes solicitaron se promueva de forma actualizada y constante este valioso tema y de esta manera fomentar una mejor práctica.

CONCLUSIONES.

1. La mayoría de mujeres gestantes que participaron en la investigación afirman que han recibido información sobre lactancia materna en algún momento de su vida, así mismo el mayor porcentaje de entrevistadas refieren haber recibido dicha información por parte del personal de salud, pero que la información que han recibido no ha resuelto todas las dudas que existen sobre Lactancia Materna.
2. Para la evaluación del conocimiento se hizo uso de tres categorías: Bueno (9-1 aciertos), Regular (5-8 aciertos) y Deficiente (0-4 aciertos) a partir del número de preguntas relacionadas a este apartado; el mayor porcentaje de las participantes se encuentra en la categoría regular, a pesar de esto es de notable importancia conocer que del total de entrevistadas ninguna se encuentra en la categoría de bueno y además un grupo relevante pertenece a la categoría deficiente; por lo que no hay un nivel aceptable sobre conocimientos generales acerca de lactancia materna en la población estudiada.
3. La mayoría de mujeres gestantes que participaron en esta investigación tienen conocimientos correctos sobre el significado de lactancia materna exclusiva, además acerca de la edad máxima para que el niño reciba lactancia materna, posición y agarre correcto, ventajas de la lactancia materna en el niño y sobre la existencia de entidades legales que apoyan y promueven la lactancia materna.
4. Un porcentaje considerable de las mujeres que participaron en este estudio poseen conocimientos limitados sobre el momento indicado en que se debe iniciar la lactancia materna, los beneficios de la lactancia materna en la mujer lactante, tipos de leche materna y sobre las leyes que prohíben a profesionales de salud recomendar leches artificiales o de formulas.

5. Acerca de la práctica de lactancia materna el mayor porcentaje de las participantes están de acuerdo en brindar lactancia materna exclusiva, pues afirman que es el alimento ideal que el niño necesita; consideran que el principal motivo por el que suspenderían dicha práctica sería por problemas en el pecho y pezones, asimismo que la razón primordial por la que harían uso de formulas lácteas sería por recomendaciones medicas.
6. En esta investigación la mayor parte de las madres gestantes entrevistadas afirman que requieren mayor información sobre lactancia materna y que de esta forma valorarían más su práctica.

RECOMENDACIONES.

- **A Las Mujeres Que Asisten A Control Prenatal y materno:**

1. Es importante que pongan en práctica la información brindada por parte del personal de salud acerca de Lactancia Materna, pues de esta forma estarán contribuyendo con el bienestar propio y de su bebe.
2. Que durante cada Control Prenatal y materno soliciten la información necesaria sobre Lactancia materna y además exponer sus dudas para poder ser aclaradas por el personal de salud.
3. Inscribirse y ser miembros activas del Club de Lactancia Materna.

- **Al personal de Salud de la Unidad Comunitaria de Salud San Fernando:**

1. Que el personal de salud brinde consejería sobre Lactancia Materna a toda mujer que asista a su control prenatal y materno, haciendo hincapié en el concepto de lactancia materna exclusiva, inicio de la lactancia, sus ventajas tanto para el niño/a y para ella, frecuencia, posición y agarre correcto, duración de la lactancia.
2. Actualizarse sobre el tema de Lactancia Materna para brindar una consejería adecuada a las usuarias que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
3. Promover el seguimiento del Club de Lactancia Materna e incentivar la participación de las mujeres que acuden a su control prenatal.
4. Evitar la promoción de sucedáneos de la leche materna.
5. Realizar la difusión de la Lactancia Materna mediante la publicación de material educativo en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar

- **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:**

1. Implementar estrategias de promoción de Lactancia Materna durante los controles prenatales y el primer contacto con las gestantes.
2. Instaurar campañas de información sobre lactancia materna a nivel nacional a través de los medios de comunicación.
3. Programar capacitaciones dirigidas al personal de salud sobre Lactancia Materna con la finalidad de promover su práctica.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1 . Valdés V, Pérez A, Labbok M. Fisiología de la glándula mamaria. En: Lactancia para la Madre y el Niño, Santiago Mediterraneo, (ed); 1994.
2. Topper YJ, Freeman CS. Multiple hormone interactions in the developmental biology of the mammary gland: E.U. Physiol Rev; 1980.
3. Rigg IA, Lein A, Yenn SSC. Pattern of increase in circulatory prolactin levels during human gestation. EU: Am J Obstet Gynecol; 1977.
4. Cox DB, Owens RA. Hartman PE. Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. Australia: 1996.
5. Pedersen CA, Ascher JA, Monroe YL, Prange AJ Jr. Oxytocin induces maternal behaviour in virgin female rats. EU: Science; 1982.
6. Kendrick KM, Keverne EB, Baldwin BA. Intracerebroventricular oxytocin stimulates maternal behaviour in sheep. EU: Neuroendocrinology; 1987.
7. Novak R, Murphy TM, Lindsay DR, et al. Development of a preferential relationship with the mother by the newborn lamb, importance of the sucking activity. EU: Physiol Behav; 1997.
8. Ministerio de Salud Publicas y Asistencia Social. Consejería en Lactancia Materna Curso de Capacitación, Manual del Participante. San Salvador: Editorial Organización Mundial de la Salud; 1993.
9. Alimentación del lactante [En Línea]. Organización Mundial de La Salud; febrero 2014 [Fecha de acceso 25 Junio 2015]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
10. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Laminas de consejería: Estrategia nacional de atención integral en nutrición en el nivel comunitario. El Salvador; 2013.

11. Ministerio de Salud Publicas y Asistencia Social. Consejería en Lactancia Materna, Curso de Capacitación, Manual del Participante. Editorial Organización Mundial de la Salud; 1993.

12. MINSAL. “La leche humana, composición, beneficios y comparación con La leche de vaca”, Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, comisión de lactancia. El Salvador; Chile 1995.

13. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado del Manual de lactancia para profesionales de la salud. [Base de datos en línea] UNICEF, Comisión de Lactancia MINSAL; 1995. [fecha de acceso 10 marzo 2015]. URL disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>.

14. Allen J, Debra H. Benefits of breastfeeding. New South Wales Public Health Bull: 2005.

15. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. [Base de datos en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010. [fecha de acceso 15 marzo 2015] disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf.

16. 10 facts on breastfeeding long term benefits for children. [base de datos en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS). [fecha de acceso 17 marzo 2015] Fact File: Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index3.html>.

17. Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfed [base de datos en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012. [fecha de acceso 17 marzo 2015] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/21/en/index.html>.

18. 10 facts on breastfeeding. Benefits for mothers. . [base de datos en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS). [fecha de acceso 17 marzo 2015] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index2.html>.

19. Política de Protección promoción y apoyo a la lactancia materna, [base de datos en línea] Ministerio de Salud 2014. [fecha de acceso 17 marzo 2015] Disponible en: http://www.conasan.gob.sv/phocadownload/CONASAN_Politica_Proteccion_Promocion_Apoyo_Lactancia_Materna.pdf

20. Política Nacional de protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna, [base de datos en línea] Ministerio de Salud de El Salvador; Julio 2011, [fecha de acceso 18 marzo 2015]

Disponible en:

http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_nacional_protec_prom_apoyo_lactancia_materna.pdf

21. Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna; [base de datos en línea] OMS/UNICEF; 1981, [fecha de acceso 18 marzo 2015]

Disponible en:

http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf

22. Convención sobre los Derechos del Niño; [base de datos en línea] UNICEF, 1989 [fecha de acceso 18 marzo 2015]

Disponible en:

https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf

23. Declaración de INOCENTI, ; [base de datos en línea] UNICEF ; 2015, Italia; [fecha de acceso 18 marzo 2015]

Disponible en:

http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

Guía de entrevista

“Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en mujeres que asisten a control Prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando-Chalatenango, en el periodo comprendido de Marzo-Junio del año 2015”

Objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna que poseen las mujeres que asiste a control prenatal y materno y promover programas nacionales de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

DATOS GENERALES

- EDAD: 15-20 años____21-25años____26-30____31-35_____

- OCUPACIÓN:
 - a) Ama de Casa b)Estudiante c)Trabajo estable d)trabajo inestable

- ESCOLARIDAD :
 - A) Ninguna B) Primaria C)Secundaria D)Bachillerato E) Universitario

I. *Fuente de información*

1. Ha recibido información anteriormente sobre el tema Lactancia Materna?
 - a) Si
 - b) No

Si su respuesta es NO pase al apartado de conocimiento.
2. De donde obtuvo la información sobre lactancia materna?
 - a) Personal de Salud (medico, enfermera, promotor de salud)
 - b) Familiares
 - c) Medios de comunicación
 - d) Publicidad (revistas, panfletos, tabloides)
 - c) Otros (vecinos, amigos, conocidos)
3. Considera que la información obtenida resolvió todas sus dudas?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No completamente

II. *Conocimiento*

1. Que es la lactancia materna exclusiva?
 - a) alimentar al infante únicamente con leche materna hasta los 6 meses
 - b) alimentar al infante con leche materna y además otros líquidos hasta los 6 meses
 - c) alimentar exclusivamente al infante con pachas hasta los 6 meses
 - d) alimentar al infante únicamente con leche materna hasta los 2 años
2. Cuál es el momento indicado para darle por primera ocasión leche materna al bebe?
 - a) Hasta que el bebe llore
 - b) El día siguiente del parto
 - c) Durante la primera hora de vida del recién nacido
 - d) A las 12 horas de vida
3. Cuál es la frecuencia con la que debe amamantar a su hijo?
 - a) Cada vez que el niño llora
 - b) Más de 12 veces al día
 - c) De 5 a 10 veces al día
 - d) De 2 a 5 veces al día

4. Hasta que edad como máximo el niño/a debe recibir lactancia materna?
- a) Hasta los seis meses de edad
 - b) Hasta el primer año
 - c) Hasta los dos años de edad
 - d) Hasta que el niño/a deje de pedir

5. Marque con una "x" la imagen que corresponde a buen agarre del pecho al momento de dar lactancia materna.

a)

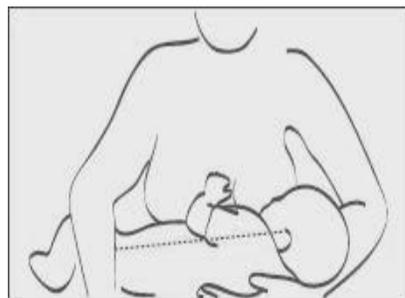


B)



6. Marque con una "X" la imagen que corresponde a buena posición al momento de dar lactancia materna.

a)



b)



7. Cuáles y cuántos son los tipos de leche materna que conoce?
- a) 4 tipos; leche inicial o calostro, Leche de transición, leche madura y leche pretermino
 - b) 3 tipos; leche inicial, de transición y madura
 - c) 2 tipos; leche inicial y leche madura

- d) Un solo tipo de leche.
8. Cuál de las siguientes opciones hace referencia a algunas ventajas para el bebe al recibir lactancia materna?
- a) Contiene algunos nutrientes necesarios pero es difícil de digerir y no ayuda con el crecimiento y desarrollo del niño.
 - b) Contiene todos los nutrientes que el niño necesita, da protección para enfermedades y ayuda con el crecimiento y desarrollo
 - c) La única ventaja es que ayuda con el apego a la madre
 - d) Contiene vitaminas y nutrientes pero siempre se requiere otro tipo de alimentación pues no son suficientes.
9. Cuál de las siguientes opciones hace referencia las ventajas para la madre al dar lactancia materna?
- a) Es económica, evita el sangrado después del parto, funciona como método de planificación.
 - b) La única ventaja es que ayuda emocionalmente en el apego madre-hijo
 - c) No tiene ninguna ventaja para la madre solo para el niño
 - d) Desconozco si tiene ventajas para la madre.
10. En cuanto a la producción de leche materna, señale la opción que considera correcta
- a) La producción de leche será igual a la cantidad de veces que el niño succione.
 - b) La producción de leche depende del tamaño de los pechos de la madre
 - c) La producción de leche depende de la edad de la madre
 - d) La producción de leche depende exclusivamente de la alimentación de la madre.
11. Es de su conocimiento que existen entidades legales e instituciones en nuestro país que apoyan y promueven la lactancia materna?
- a) Si
 - b) No
12. Sabía usted que existe una ley que prohíbe a profesionales de salud recomendar leches artificiales o de fórmula?
- a) Si
 - b) No

III. Practicas

1. Está de acuerdo en dar lactancia materna exclusiva a su bebe durante los primeros 6 meses de vida?

a)Si

b)No

2.Cual seria la principal razón por la que no daría o suspendería la lactancia materna exclusiva a su hijo?

a)Dolor en las mamas y problemas con los pezones

b)Problemas laborales

c)Poca producción de leche

d)No conozco los beneficios de dar lactancia exclusiva al bebe

3. Porque razón estaría de acuerdo en brindar lactancia materna exclusiva a su hijo?

a) Razones económicas

b) Es el alimento ideal y más importante para el niño/a

c)Tiene todos los nutrientes y protege al niño contra enfermedades

d) Tiene beneficios para el bebe y para la madre

4. Está de acuerdo en brindar a su hijo lactancia materna complementaria hasta los dos años de edad?

a)Si

b)No

5. Cuales serian los motivos por los que daría formula o leche artificial a su bebe?

a)Por recomendaciones del médico o personal de salud

b)Por que contiene más nutrientes y vitaminas que la leche materna

c)Por recomendaciones de familiares o amigos

d) Por razones culturales ("los pechos se caen, pena a dar lactancia en público, el niño no digiere la leche materna, etc)

6.Considera que necesita más información sobre este tema y así valoraría mas la práctica de lactancia materna?

a)Si

b)No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en mujeres que asisten a control prenatal y materno a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Fernando-Chalatenango, en el periodo comprendido de Marzo-Junio del año 2015”

Por este medio se le invita a participar en este estudio de investigación médica, la cual tiene como finalidad obtener información sobre el conocimiento y practicas sobre lactancia materna.

Además es importante que usted sepa que su anonimato está garantizado; el equipo de investigación mantendrá toda confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio ya que su nombre no aparecerá en ningún documento ni en las bases de datos que se utilizaran. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación.

Su participación en este estudio no conlleva ningún riesgo para su salud.

Yo: _____, manifiesto que he leído y se me ha explicado la información anterior; por lo que en pleno uso de mis facultades mentales y de manera voluntaria, acepto participar en esta investigación y ofrecer toda la información que sea solicitada por los investigadores

Fecha: _____

Firma de la participante.

Firma del investigador.