

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**BAJO NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA
MATERNA ASOCIADO AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA, HOSPITAL DE MOYOBAMBA-PERU 2017**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

ALUMNO: ALAN GARCIA CASTILLO

ASESOR: DRA. LIDA TAVARA VALLADOLID

Trujillo, Perú 2019

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente

Secretario

Vocal

Asesor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos y especialmente a mi hijo Ronald Stephano García Saavedra y su mamá Masielly J. Saavedra por su apoyo incondicional, sacrificio y paciencia.

CONTENIDO

PAGINAS PRELIMINARE

PORTADA.....	1
PAGINA DE DEDICATORIA.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
ANEXOS.....	41

RESUMEN

Objetivo: Establecer si el bajo nivel de conocimiento de los beneficios de la LME está asociado a su abandono, en un hospital de Moyobamba-Perú.

Material y Métodos: Se realizó un trabajo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles. La muestra del estudio fue de 162 mujeres con sus respectivos hijos de 6 meses de edad, estas mujeres tuvieron entre 15 a 40 años de edad. Se realizó el análisis de las variables, bajo nivel de conocimiento, abandono de la LME, y variables intervinientes socioeconómicas. Se utilizaron las pruebas estadísticas: Chi cuadrado, se calculó el odds ratio y regresión logística para las variables intervinientes.

Resultados: La frecuencia del bajo nivel de conocimiento de la lactancia materna en la muestra estudiada es de 41.4%, El bajo nivel de conocimiento y el abandono de la lactancia materna exclusiva presentan odds ratio 1.5 y un p 0.15, no haber dado LME al hijo anterior y tener ingresos económicos mayores al sueldo mínimo se asociaron de manera significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. $P < 0.05$

Conclusiones: no existe asociación significativa entre el bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LM y su abandono, $p > 0.05$.

Palabras claves: *Lactancia materna, lactancia materna exclusiva, abandono de la lactancia materna.*

ABSTRACT

Objective: To establish if the low level of knowledge of the benefits of breastfeeding is associated with the abandonment in a hospital in Moyobamba, Peru.

Material and Methods: Analytical, observational, prospective, case and control work was carried out. The study sample was 162 women aged 15 to 40 years. The analysis of the variables, low level of knowledge, abandonment of the LME, and socioeconomic intervening variables was carried out. The statistical tests were used: Chi squared, the odds ratio and logistic regression were calculated for the intervening variables.

Results: The frequency of low level of knowledge of breastfeeding in the sample studied is 41.4%, the low level of knowledge and the abandonment of exclusive breastfeeding have odds ratio 1.5 and a p 0.15, not having given SCI to the previous child and having income above the minimum wage was significantly associated with the abandonment of exclusive breastfeeding. $P < 0.05$

Conclusions: There is not an association between the low level of knowledge about the benefits of LM and the abandonment of the LME. $p < 0.05$

Keywords: Breastfeeding, exclusive breastfeeding, abandonment of exclusive breastfeeding.

I. INTRODUCCION

La lactancia materna exclusiva (LME), es la principal fuente de nutrientes para un adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido, la organización mundial de la salud(OMS), la Academia Americana de Pediatría y la Norma Técnica para la promoción de la LME en el Perú, recomiendan que se inicie dentro de la primera hora de vida del recién nacido y se mantenga hasta los 6 meses de edad y luego se incorpora la alimentación complementaria para satisfacer las necesidades nutricionales, y continuar con la lactancia mixta hasta los 2 años.(1-3)

Según la OMS la prevalencia de la LME es de 35% a nivel mundial. Nueva Zelanda, Canadá y Japón son los países con las tasas mayores con 71% a 83%. Estados Unidos, Irlanda, Francia, Reino Unido y España tienen una prevalencia que va de 15% a 43%. Brasil tiene una prevalencia de 74% y en el Perú según Endes 2014 hay una prevalencia de 68.4%. La prevalencia de la lactancia dentro de la primera hora es 17% en Europa Oriental y 50% en América Latina(1,2,4-7)

La LME tiene un gran valor para los recién nacidos ya que en ella se encuentra todo lo necesario para su crecimiento y desarrollo. Todos los nutrientes de la leche de la madre proceden de su dieta y de sus reservas por lo tanto deben tener una alimentación adecuada de no menos de 1800 kcal. al día para garantizar una adecuada producción.(8-10)

La leche materna está constituida por: carbohidratos, ácidos grasos, minerales, vitaminas, inmunoglobulinas, células inmunitarias, probióticos y prebióticos como los galactooligosacaridos que inducen el desarrollo y la función metabólica de las bacterias benéficas de su flora intestinal del lactante al contener estas sustancias protege contra enfermedades infecciosas..(11)

Dentro de los beneficios para la madres, tenemos que disminuye la hemorragia pos parto, es factor protector para la obesidad, osteoporosis, diabetes mellitus y disminuye el riesgo de cáncer.(12)

En los últimos años hay muchos estudios donde reportan que existe una asociación entre los niños que no recibieron una LME, con diarrea, desnutrición, sobrepeso, obesidad, leucemia, hipertensión arterial, el síndrome de resistencia a la insulina, enfermedades alérgicas y el asma.(10,13–20)

Los factores que están relacionados en la práctica de la LME son: una adecuada educación materna prenatal sobre el inicio precoz de la lactancia materna(LM), presencia de leche materna desde el post parto, recién nacido de sexo femenino y que pertenezcan al sistema nacional de salud.(15,21, 22)

Los factores relacionados con el abandono de la LM son: madres trabajadoras, parto por cesárea, bajo peso al nacer, inicio después de la primera hora de vida, parto pre término, gestación in vitro, tabaquismo materno, pobres expectativas sobre su duración, hipogalactia, utilizar pezoneras, utilizar chupón, madre con

estudios universitarios, sensación insuficiente de leche al momento del alta, el nivel de educación, edad < de 25 años, nivel socioeconómico bajo, percepción de hambre del recién nacido, factores estéticos .(21–27)

Cortés-Rúa (España 2018) se plantearon conocer la experiencia personal y los sentimientos de las mujeres que por primera vez fueron madres y no dieron la lactancia materna exclusiva, y también las causas del abandono y el papel que juegan de los profesionales de la salud. Se hicieron entrevistas a 15 mujeres de 33 años. Encontraron que las mujeres tenían pocos conocimientos de la lactancia materna, la inseguridad sobre la alimentación del niño y el dolor físico fueron las causas más importantes para el abandono. Concluyeron que las mamás presentaron necesidades formativas y de soporte emocional. (28)

Nnebe-Agumadu et al. (Estados unidos, 2016). Estudiaron la asociación entre la percepción del valor la LME en mujeres de EEUU y la LME entre los 3 y 6 meses a través de un estudio prospectivo donde participaron 1799 mujeres, de las mujeres con una percepción buena del valor de la LME solo el 46 % amantaron a sus hijos hasta los 3 meses, estas mujeres presentaron un OR 2.29 IC 95%: 1.48 - 2.85 y los 6 meses OR 2.49 IC 95%: 1.76 - 3.53 en comparación con las mujeres que no la valoro.

Concluyendo que saber sobre los beneficios de la LME durante el embarazo es un fuerte predictor de un LME.(29)

Pino y cols. (Chile 2013.) Se plantearon conocer que factores inciden en la duración de la LME durante los 6 meses en un establecimiento de salud ubicado en la zona rural. Encontraron que el 56,8% de realizan un destete antes de lo establecido, dando como motivos más importantes: poca secreción láctea (45,7%), prescripción médica y enfermedad (15,2%), razones de trabajo (13%). La edad de las mamas se relacionó con quitarle el pecho precozmente ($p=0,04$). Llegan a Concluir que las mamas con menos de 26 años daban menos tiempo la LME (30)

Avalos (cuba 2011) caracterizo la forma de comportarse de los factores biológicos y sociales sobre la LM. Emplearon un estudio bibliografía, de documentos y de contraste de los criterios de diferentes investigadores como procedimiento teórico. En el 55,7 % de los niños que se estudiaron, se logró una LM de forma exitosa. El destete precoz tuvo un 44,3, la razón más reiterativa fue la poca secreción láctea y el tener menos estudio se asocia al destete precoz (31)

Cato et al. (Suecia 2017). Investigaron los factores de riesgo para una lactancia materna exclusiva menos de 2 meses, realizado en Suecia. Participaron 669 mujeres. El 77% de las mujeres reportaron lactancia materna exclusiva dos meses después del parto. Las siguientes variables en el análisis de regresión multivariante se asociaron independientemente con la lactancia materna exclusiva que duró menos de dos meses después del parto, siendo: madre por primera vez (AOR 2,15, IC del 95%: 1,32-3,49), angustia emocional

durante el embarazo (AOR 2,21, IC del 95% 1,35-3,62) y parto por cesárea (AOR 2,63; IC del 95%: 1,34-5,17).(32)

ovez et al. (España 2014) se plantearon establecer las características sociales, culturales, de obstetricia y perinatal que se relación con una lactancia materna completa (LMC) en los cuatro primeros meses, dependientes de un origen materno. Encontraron que la prevalencia de LMC fue mayor en las mamás inmigrantes en comparación las españolas. El 37,2% de las españolas mantuvieron la LMC a los 4 meses en comparación al 43% de las que no eran españolas ($p = 0,03$). y a los 6 meses un 13,9% y 23,8%, respectivamente ($p < 0,01$)

Los factores que fueron asociados a la LMC en los primeros 4 meses son diferentes entre ambos grupos. Las mamás españolas tienen mayor edad ($p = 0,01$), mejor educación ($p = 0,01$), y el parto vaginal ($p = 0,01$), en cambio en mamás no españolas el mantener una LMC se asocia a con las que tenían un mayor índice de masa corporal y no trabajar fuera de casa. En los dos grupos, no fumar se asoció a una LMC ($p = 0,01$). (33)

Ogbo et al. (Australia, 2017). Este estudio investigó la prevalencia y determinantes de cesación de la LME en el período postnatal temprano. Los resultados que reportaron fueron: la mayor cantidad de las madres tenían la intención de dar de mamar 92%, practicaban contacto piel a piel 81%, lactancia materna exclusiva al parto 90% y al alta solo el 89% se mantuvo.

La prevalencia de LME disminuyó en un 27% en el período postnatal temprano.

Las madres menores de 20 años y las que fumaban durante el embarazo tenían más probabilidades de cesar la LME en el período postnatal temprano en comparación con las madres mayores 20-39 años y aquellas que reportaron no fumar, (Ratio de Odds Ajustado) = 2,7, IC 95%, 1,9-3,8, P <0,001 y AOR = 2,5, IC del 95%: 2,1-3,0, P <0,001, respectivamente. La violencia intrafamiliar, el parto asistido, la baja situación socioeconómica, también se asociaron con el cese prematuro del LME en el período posnatal.(34)

Martinez-galan (España 2016). Se propusieron establecer la influencia de la educación prenatal, dada por los profesionales de la salud y en forma especial por la encargada de la atención prenatal, en la opción de dar una lactancia materna completa. Encontraron que el éxito para una LM va a depender de la información y del apoyo proporcionado por sus familiares, y que Influye de forma negativa en su inicio y mantenimiento la poca información y apoyo.

Concluyendo que una educación materna que se realice por las matronas al inicio de su control prenatal va a ser un factor protector para el inicio y mantenimiento de la LM. (35)

Martínez y col. (España. 2013). Determinaron la influencia de la educación materna (EM) en el inicio precoz de la lactancia materna y de su mantenimiento hasta los 2 meses de vida del lactante. Encontraron que el realizar una EM por la gestante se relacionó con el inicio rápido de la LM (OR = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78) y para el mantenimiento (OR = 1.73, IC 95% =1.15-2.61). Concluyendo que la EM es muy importante para iniciar y mantener la LM. (36)

Ramiro et al. (España 2017). Establecieron la prevalencia y duración de la LM y LME, hacer un análisis del porque no se inicia o se abandona la LM y también describir los factores que se asocian a la LME y su mantenimiento en los primeros 6 meses.

Las prevalencias fueron de 77.6% para LME y de 88 % para LM; y a los 6 meses fue del 25.4% para LME y de 7.7% para la LM hasta los dos años

Las razones para finalizar la lactancia fueron hipogalactia (36%) y reincorporarse a trabajar (25.9%). Las variables que se asociaron fueron: mamas mayores de 35 años, un buen estatus económico, ser de otro país con menos de 10 años de residir en España y haber contado con un taller sobre lactancia después del nacimiento. (37)

Roig et al. (España 2010). Investigaron los determinantes para una lactancia materna completa, y se realizó mediante un seguimiento de 6 meses a 248 mamas que realizan sus controles. Estos datos se recogieron a través de una entrevista personal en el primer mes y luego con entrevistas telefónicas a los 4 y 6 meses posparto. Utilizaron el modelo de riesgos proporcionales de Coxs. Al no tener experiencia previa con lactancia materna completa, el nivel educativo más pobre, la duración de menos de 4 meses, el uso de chupones o sustitutos ocasionales y una experiencia previa no agradable se asociaron con el cese. . Asistir a la educación sobre lactancia y el parto fue un factor protector contra el cese temprano (38)

Da costa y cols. (Brasil 2013). Realizaron un estudio de corte trasversal en una muestra de 294 niños y los seleccionaron en 4 centros de atención primaria. La gran mayoría de los lactantes (84%) recibieron leche materna y un 16% recibió LME. las mamás con poco soporte emocional presentaron más probabilidad de no cumplir una LME. por lo que concluyen en que el entorno social es muy importante durante toda su gestación y en el posparto para asegurar una LME.

(39)

Lenja et al. (Ethiopia, 2016). Establecieron los determinantes para una LME en lactantes de 6 meses en el distrito Offa, Etiopia. Mediante un estudio trasversal, conto con 396 participantes, el 78 % tuvo lactancia materna exclusiva. Un 12.9% fueron alimentados con leche de vaca, 7.8% con fórmula. Dentro de los determinantes para la LME se encontró: inicio de la LME antes de la primera hora OR 2.2 IC del 95: 1.1-4.2, educación formal OR 4 IC 95%: 2.2-7.25, conciencia sobre los beneficios de la LME OR 6 IC 95%: 3.1-11.7(28,40)

Rius et al. (España 2013) se plantearon saber la prevalencia de LM durante los el primer año de vida y realizar un análisis de los factores que se asocian a dejar la LM. Establecieron 452 dúos (mamá e hijo) en los que se observó el comienzo de la LM en el 81% de los casos, continuando hasta los 3 y 6 meses solo el 39 y 21%, respectivamente. Entre los factores que se asociaron a abandonar de manera rápida la LM fueron: embarazo invitro (OR = 5,58 IC 95%: 2,62-11,91), tabaquismo (OR = 1,56; IC 95%: 1,10-2,22), no saber sobre cuánto dura la LM (OR = 2,19; IC 95%: 1,49-3,23), utilizar las pezoneras (OR =

2,57; IC 95%: 1,69-3,90), usar de forma rutinaria el chupón durante los primeros 30 días posparto (OR = 1,39; IC 95%: 1,02-1,91), y como factor protector, mamá con nivel universitario (OR = 0,59; IC 95%: 0,40-0,88), asistir a las charlas prenatales (OR = 0,68; IC 95%: 0,49-0,94). (41)

La lactancia materna exclusiva es el factor más importante para los niños hasta los 6m, y también para las propias madres por sus múltiples beneficios, uno de los problemas más destacados a nivel nacional es la anemia infantil, donde uno de los factores es no haber tenido una lactancia materna exclusiva; resulta de interés valorar la asociación que existe entre las variables. Considerando en nuestro medio no existen investigaciones recientes sobre este tema; es que me planteo la siguiente interrogante.

1.1. - Problema de investigación

¿Existe asociación entre el bajo nivel de conocimiento sobre la LME y el abandono de la LME, hospital de Moyobamba-Perú?

1.2 Objetivos:

General:

Establecer si el bajo nivel de conocimiento sobre la LM está asociado al abandono de la LME en un hospital de Moyobamba-Perú.

Específicos:

1. Evaluar el conocimiento sobre la LM.
2. Medir la frecuencia del bajo nivel de conocimiento en madres que abandonaron la LME
3. Medir la frecuencia del bajo nivel de conocimiento en madres que no abandonaron la LME
4. Comparar ambas frecuencia en relación al abandono o no de la LME
5. Evaluar si influyen las variables intervinientes en el abandono de LME

1.3 Hipótesis:

Hipótesis nula:

El bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LM no está asociado al abandono de la LME.

Hipótesis alternativa:

El bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la LM si se asocia al abandono de la LME.

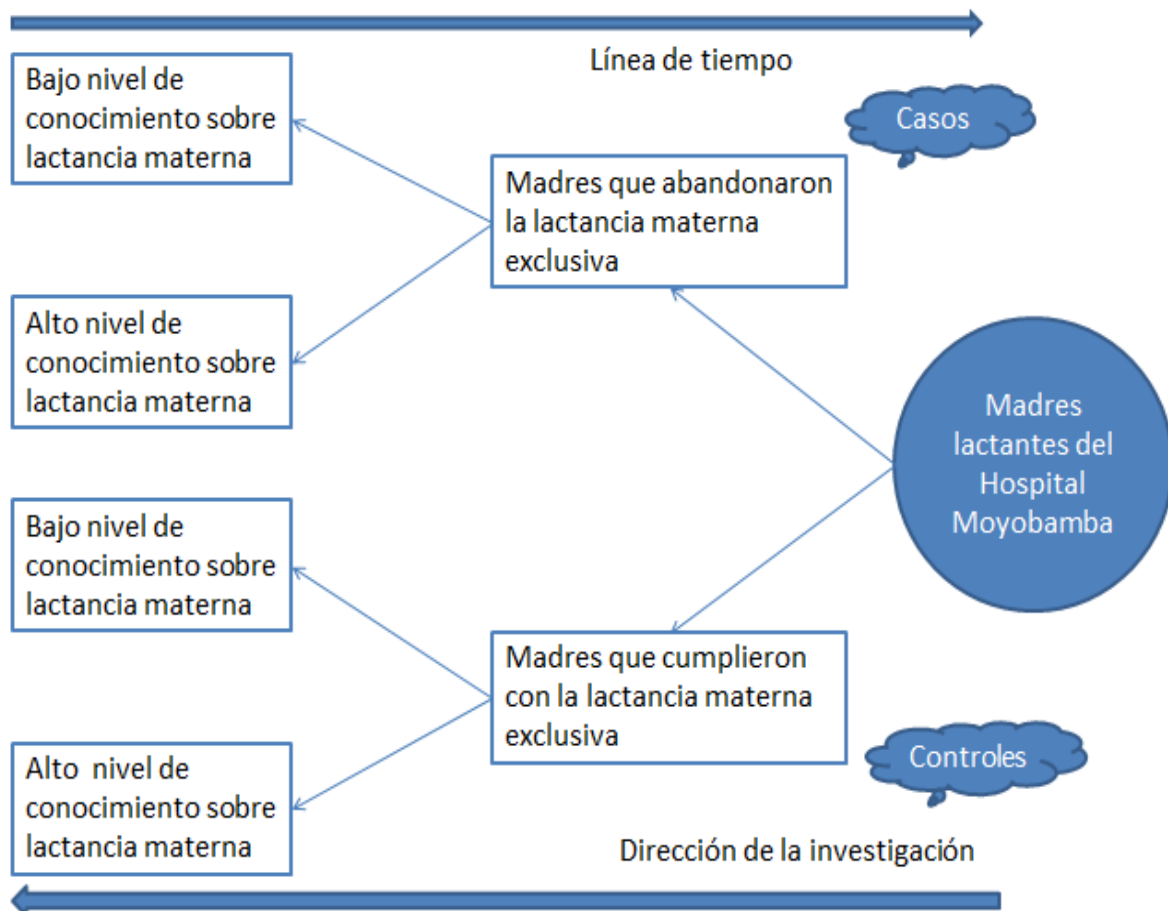
II. MATERIALES, MÉTODOS:

2.1 Diseño

Tipo de estudio

Corresponde a un diseño observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo.

Diseño esp.: casos y controles



2.2. Población diana

Todas las mamás con niños que tienen 6 meses de edad.

Población de Estudio:

Las mamás de lactantes de 6 meses que acudieron al consultorio de CRED y que cumplieron con los criterios establecidos, Hospital de Moyobamba durante el periodo de estudio 2017-2018.

Criterios de inclusión en general para ambos grupos (Casos y Controles)

1. Madres lactantes con hijos menores de 6 meses
 2. Edades comprendidas entre 15 a 40 años
 3. Parto a término
 4. Que acepten participar en este estudio
- Criterio de inclusión específico para los Casos:
5. Madre que abandono la LME.
- Criterios de inclusión específico para los Controles:
6. Madres que cumplieron con una LME
- Criterios de exclusión para ambos grupos (Casos y Controles)
- Patologías maternas que limiten la lactancia materna
 - o Absceso mamario cerca a la areola
 - o Hepatitis B
 - o Ca de mama
 - o Varicela
 - o Herpes simple, lesiones en la mama
 - o Alcoholismo
 - o Drogadicción

- Enfermedad mental severa
- HIV +
- Tuberculosis activa
- Medicación antineoplásicas
- Psicosis
- Patologías en los lactantes que limiten la lactancia materna
 - ICC
 - Intolerancia a la lactosa
 - Galactosemia
 - Fenilcetonuria
 - Parálisis cerebral infantil

2.3 Muestra:

Unidad de análisis:

Fue cada duo (mamá e hijo) que acudieron al consultorio CRED, Hospital de Moyobamba durante el periodo setiembre 2017-Julio 2018.

Marco muestral:

Todas las mamás de niños de 6 meses que acudieron al consultorio de CRED y cumplen con los criterios de inclusión, Hospital de Moyobamba durante el periodo de estudio 2017-2018.

Tamaño muestral.

Se utilizó el programa EPIDAT con los siguientes valores

Casos expuestos 86.7%

Controles expuestos 68.4%(42)

Nivel de confianza 95%

Potencia 80%

Luego de procesar los valores en el programa nos da un tamaño de la muestra = 81

Por lo tanto tendremos un control para cada caso el total de la muestra = 162

2.4 Variables:

Variable		Tipo de variable	Escala
Variable independiente	Bajo nivel de conocimiento de la LM.	Cualitativa	Si No
Variable dependiente	Abandono de la LME	cualitativa	Si No
Variable interviniente	Edad	Cuantitativa	Ordinal
	Tipo de parto	Cualitativa	Nominal
	Nivel de educación	Cualitativa	Nominal
	Empleo	Cualitativa	Nominal
	Ingreso familiar	Cuantitativo	Ordinal
	Consejería sobre lactancia materna	Cualitativa	Nominal

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Índice
Bajo nivel de conocimiento de la LM.	Pocos conocimientos en relación: Contenido e importancia, cuando empezar y cuánto dura la LME.	Encuesta que consta de 25 preguntas Considerando como bajo a aquellas que tengan un puntaje menor o igual a 12.(43)	Encuesta	Si No
Abandono de la LME	Suspender la LME	Lactancia mixta lactancia artificial	Encuesta	Si No

2.6 Procedimientos y Técnicas:

Ingresaron al estudio las mamás con sus niños de 6 meses de edad, que acudieron al servicio CRED, Hospital de Moyobamba durante el periodo setiembre 2017-Julio 2018; se identificaron a las madres y se procedí a:

1. Entrevistar a las madres a fin de seleccionar a aquellas que pertenezcan a un caso o un control.
2. Aplicar el cuestionario correspondiente.

2.7 Procesamiento y análisis de la información

Se recogió los datos de las encuestas y se procesó con el software SPSS V. 24 y se presentan en tablas.

Estadística descriptiva:

Se establecieron frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica:

Se usó el test de Chi cuadrado para saber si hubo relación entre las variables de estudio. Se consideró significativa estadística si tenía un ($p < 0.05$).

Estadígrafo:

OR AXD/BXC

		LACTANCIA MATERA EXCLUSIVA	
		NO	SI
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO	A	B
	ALTO	C	D

2.8 Consideraciones Éticas:

El presente estudio conto con la respectiva autorización de los comités de ética e investigación de la Universidad. Como es un estudio que involucra personas, en el que se recogerá información de las mimas en las encuestas aplicadas; se necesitó un consentimiento por parte de los participantes. Así mismo se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II. (44,45)

2.9 Limitaciones:

Dentro de la limitación del estudio se pudo apreciar que las madres dentro del estudio pertenecían a una sola clase socioeconómica, la que comúnmente acude a un hospital del ministerio de salud, lo que nos llevó a hacer una evaluación de un solo grupo. Por lo tanto sería recomendable hacer un estudio multicéntrico.

III.- RESULTADOS

Tabla Nº 1 podemos observar el análisis bivariado con sus respectivas frecuencias de cada variable de estudio encontrando que el 80.2% no dio LME al anterior de sus hijos en el grupo de casos y 60.5% en el grupo control y muestra una OR 2.6(1.3-5.3) $p= 0.01$; el 65.4% no recibió consejería en el grupo de casos y de 45.7% en el grupo control con un OR 2.2(1.1-4.2) $p=0.01$; 75.3% cuenta con sueldo mayor al mínimo en el grupo de casos y de 51.9% en el grupo control y muestra un OR 2.83(1.45-5.51) $p= 0.01$; 34.6% cuenta con primaria en el grupo de casos y de 14.8% en el grupo control muestra un OR 3.03(1.4-6.5) $P=0.01$

Tabla Nº 2 se observa que no existe asociación estadística entre las variables de estudio $p 0.15$ ($p>0.05$).

Tabla Nº 3 se presenta el análisis multinomial donde se verifica la significancia del riesgo para las variables: no haber dado LME a su hijo anterior OR 4.2 (1.9-9.3) $p 0.01$ y tener ingreso económico mayor al sueldo mínimo OR 3.5 (1.4-8.4) $p= 0.04$

Tabla N° 01. Frecuencias de las variables intervinientes incluidos en el trabajo. Hospital de Moyobamba durante setiembre 2017-Julio 2018:

Variables intervinientes	Lactancia materna no exclusiva (n=81)	Lactancia materna exclusiva (n=81)	OR (IC 95%)	Valor de p
Estado civil				
- Soltera	13(16%)	17(21%)	OR 0.7 IC 95% (0.3 – 1.6)	p= 0.42
- Casada y Conviviente	68(84%)	64(79%)		
Su hijo anterior recibió LME	65(80.2%)	49(60.5%)	OR 2.6 IC 95% (1.3 – 5.3)	p= 0.01
- No	16(19.8%)	32(39.5%)		
- Si				
Tipo de parto				
- Cesárea	41(50.6%)	43(53.1%)	OR 0.9 IC 95% (0.4 – 1.6)	p= 0.72
- P. vaginal	40(49.4%)	38(46.9%)		
Edad				
- Menores de 20	24(29.6%)	19(23.5%)	OR 1.37 IC 95% (0.6 – 2.7)	p= 0.37
- Mayores de 20	11(70.4%)	62(76.5%)		
Recibió consejería sobre LME	53 (65.4%)	37 (45.7%)	OR 2.2 IC 95% (1.1 – 4.2)	p= 0.01
- No	28 (34.6%)	44 (54.3%)		
- Si				
Ingreso familiar	61(75.3%)	42(51.9%)	OR 2.83 IC 95% (1.4 – 5.5)	p= 0.01
- mayor sueldo mínimo	20(24.7%)	39(48.1%)		
- Sueldo mínimo				
Grado de instrucción	28(34.6%)	12(14.8%)	OR 3.03 IC 95% (1.4 – 6.5)	P= 0.01
- Sin estudios y primaria	53(65.4%)	69(85.2%)		
- Secundaria y sup. no universitario				

FUENTE: HOSPITAL DE MOYOBAMBA encuesta 2017-2018.

Tabla Nº 2: Asociación del nivel de conocimiento y tipo de lactancia materna. Hospital Moyobamba durante el periodo setiembre2017-Julio 2018:

		TIPO DE LACTANCIA MATERNA		Total
		LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO	38 (46,9%)	29 (35,8%)	67
	ALTO	43 (53,1%)	52 (64,2%)	95
Total		81(100%)	81(100%)	162

FUENTE: HOSPITAL DE MOYOBAMBA encuesta 2017-2018.

- Chi cuadrado: 2.06
- P 0.15
- Odds ratio: 1.5
- Intervalo de confianza al 95%: (0.8 –2.9)

Tabla N° 03: Análisis multivariado de las variables intervinientes con el abandono de la lactancia materna exclusiva, mujeres atendidas en el Hospital de Moyobamba periodo setiembre 2017-Julio 2018:

Variable	Significancia		B	Wald	P
	OR	IC 95% (Inferior – superior)			
Ingreso mayor al sueldo mínimo	4.2	(1.9 – 9.3)	1.4	12.8	0.01
No haber dado LME a su hijo anterior	3.5	(1.4 – 8.4)	1.2	8.1	0.04

FUENTE: HOSPITAL DE MOYOBAMBA encuesta 2017-2018

IV.- DISCUSION:

La OMS reporta que la LME tiene una prevalencia de solo el 35% a nivel mundial (1), En los últimos años se estableció que existe una asociación entre los lactantes que no tuvieron una LME con muchas comorbilidades como son diarrea, desnutrición, sobrepeso, enfermedades alérgicas y el asma. (10.13)

Con los resultados hallados, se puede observar que no existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el abandono de la LME. a diferencia de lo dicho por **Cortes-Rua** (28) donde concluyen que la escasez de conocimientos y la falta de apoyo de los profesionales estaban asociados a abandonar la LME. Así mismo el trabajo presentado por **Nnebe-agumadu et al.** (29) concluye que el no tener una buena percepción del valor de la LME se asoció a no darla hasta los 6 meses. El no tener claro cuan favorable es para los niños es que fácilmente se puede abandonar la lactancia materna exclusiva y agregar otros líquidos, por lo que la educación, sobre todo lo inmerso a lactancia materna debe ser ofrecida dentro del control prenatal y con más énfasis durante el tercer trimestre.

En el presente estudios el estar soltera no muestra asociación con no dar una LME a diferencia con lo dicho por **Pino y cols.** (30) Y **avalos** (31) quienes encontraron que las casadas dan de lactar hasta los 6 meses en comparación a las mujeres solteras.

El tener como antecedente de no haber dado una lactancia materna exclusiva a un

hijo anterior muestra una asociación fuerte con el abandono de la LME, por lo que se debería abordar esta variable como punto de partida para investigaciones futuras.

El parto por cesárea en el presente estudio no muestra una asociación con no dar una LME a diferencia de **Cato et al** (32) quien reporta que hay asociación entre el parto por cesárea y no dar una LME. Por el contrario **Ovez- Suarez et al** (33) sostiene que el parto vaginal está asociado a tener una lactancia materna completa.

El estudio de **Ogbo et al.** (34) Reportaron que las madres jóvenes menores de 20 años tenían más probabilidades de cesar la LME en el periodo pos natal temprano en comparación de las madres mayores de entre 20-39. En el presente estudio las madres menores de 20 años no presentan una asociación con el abandono de la LME. Por otro lado **Pino y cols.** (30) Sostiene que las madres menores de 26 años se relacionaron con no dar una LME.

Con lo que respecta a no recibir consejería sobre la LME se obtiene que se asocia al abandono de la LME. Coinciden con **Martínez-Galán y cols.** (35) y **Martínez** (36) que concluyen que la educación materna en el primer contacto en el control prenatal constituye un factor protector para una LME.

La consejería sobre lactancia materna tiene que ser un pilar importante durante el control prenatal de las gestantes en nuestro país.

El contar con un ingreso familiar por encima del sueldo mínimo se asocia con el abandono de la LME, a diferencia con lo reportado por **Ramiro et al.** (37) donde afirma que estar en un estatus económico medio alto se asocia al inicio y mantenimiento de una lactancia materna exclusiva.

Con respecto al grado de instrucción en el presente estudio no tener estudios o solo primaria está asociado al abandono de la LME. igualmente, lo dicho por **Roig et al.** (38) Donde encontraron que tener menor nivel educativo se asociaba al abandono de la LME. (OR=2.0 IC95% (1.27-3.15)) al mismo tiempo **Da costa-Morgano et al.** (39) encontraron que la baja educación elevó la posibilidad de agregar otros insumos, incluidas las leches maternizadas (OR: 4.37 IC95% (1.32–14.5). Por otro lado el trabajo de **Lenja et al** (40) **Ovez- Suarez et al** (33) concluyen que como determinante para una lactancia materna exclusiva es la educación formal, y el nivel educativo (estudios medios y superiores). Sin embargo **Rius et al.** (41) sostiene que tener una educación universitaria fue un factor asociado para el abandono de la LME.

En el análisis multivariante: no haber dado LME a su anterior hijo y tener ingresos económicos mayores al sueldo mínimo mostraron asociación.

V. CONCLUSIONES

1. El bajo nivel de conocimiento tiene una frecuencia de 41.4%, nivel alto un 58.6 % de toda la muestra.
2. La frecuencia del bajo nivel de conocimiento fue de 46.9 % en mujeres que abandonaron la lactancia materna exclusiva.
3. La frecuencia del bajo nivel de conocimiento fue de 35.8 % en mujeres que dieron lactancia materna exclusiva.
4. La frecuencia del bajo nivel de conocimiento en el grupo que abandono la LME fue mayor que en la que no la abandono, y en el análisis no existe asociación significativa entre las variables de estudio $P > 0.05$.
5. En el análisis multivariado no haber dado una LME a su anterior hijo y tener ingresos económicos mayores al sueldo mínimo mostraron asociación significativa $p < 0.05$.

VI. RECOMENDACIONES

1. Hacer estudios prospectivos y multicéntricos, para un mejor estudio de las variables intervinientes.
2. Es necesario llevar a cabo estudios de intervención con la finalidad de verificar el impacto que tendría una adecuada consejería sobre la lactancia materna.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO | Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. WHO. [citado 17 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
2. RM-615-2010-promoción de la semana lm.pdf [Internet]. [citado 17 de junio de 2017]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/lactancia/norma/RM-615-2010-promoci%C3%B3n%20de%20la%20semana%20lm.pdf>
3. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–e841.
4. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enferm Univ*. Enero de 2017;14(1):54-66.
5. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2015;29(1):4-9.
6. Ribeiro PM, Alvarenga ÂCB, Silveira LHA, Cardoso RN, Nascimento MC, Vieira E. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Minas Gerais, Brasil. *Aten Primaria*. 1 de marzo de 2013;45(3):174-5.
7. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Médica Bras*. mayo de 2013;59(3):254-7.
8. Manrique FP, Correa MG, Moreno DM, Rocha VV. La lactancia materna y su

relación con el neurodesarrollo. *Pediatría*. 1 de abril de 2014;47(1):22-30.

9. Ares Segura S, Arena Ansótegui J, Díaz-Gómez NM. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *An Pediatría*. junio de 2016;84(6):347.e1-347.e7.

10. Brahm P, Valdés V. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Rev Chil Pediatría*. 2017;88(1):07-14.

11. Osorio LM, Umbarila AS. Microbiota de la glándula mamaria. *Pediatría*. 1 de enero de 2015;48(1):1-8.

12. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl*. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.

13. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2013;79(5):312-8.

14. Madrigal-Fritsch H, Chias-Becerril L. Lactancia materna, recomendación universal, y controversias en su aplicación en diferentes contextos socioeconómicos. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 1 de julio de 2010;16(3):154-9.

15. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, de la Cruz Olvera T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Aten Primaria*. 1 de noviembre de 2016;48(9):572-8.

16. Gizaw Z, Woldu W, Bitew BD. Child feeding practices and diarrheal disease among children less than two years of age of the nomadic people in Hadaleala District, Afar Region, Northeast Ethiopia. *Int Breastfeed J* [Internet]. 5 de junio de

2017 [citado 17 de junio de 2017];12. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460459/>

17. Marseglia L, Manti S, D'Angelo G, Cuppari C, Salpietro V, Filippelli M, et al. Obesity and breastfeeding: The strength of association. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. junio de 2015;28(2):81-6.

18. Rossiter MD, Colapinto CK, Khan MKA, Mclsaac J-LD, Williams PL, Kirk SFL, et al. Breast, Formula and Combination Feeding in Relation to Childhood Obesity in Nova Scotia, Canada. *Matern Child Health J*. 1 de septiembre de 2015;19(9):2048-56.

19. Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab*. 2017;70(Suppl. 2):26-36.

20. Wubante AA. Determinants of infant nutritional status in Dabat district, North Gondar, Ethiopia: A case control study. *PloS One*. 2017;12(3):e0174624.

21. Molinero Diaz P, Burgos Rodríguez MJ, Mejía Ramírez de Arellano M. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enferm Clínica*. 1 de septiembre de 2015;25(5):232-8.

22. Alzaheb RA. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. *Clin Med Insights Pediatr [Internet]*. 10 de marzo de 2017 [citado 17 de junio de 2017];11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398646/>

23. Alzaheb RA. Factors associated with the initiation of breastfeeding within the first 48 hours of life in Tabuk, Saudi Arabia. *Int Breastfeed J [Internet]*. 21 de julio de 2016 [citado 17 de junio de 2017];11. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955119/>

24. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores

asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatría*. Enero de 2014;80(1):6-15.

25. Dhakal S, Lee TH, Nam EW. Exclusive Breastfeeding Practice and Its Association among Mothers of under 5 Children in Kwango District, DR Congo. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. mayo de 2017 [citado 17 de junio de 2017];14(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5451906/>

26. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatría*. abril de 2012;83(2):161-9.

27. Pang WW, Bernard JY, Thavamani G, Chan YH, Fok D, Soh S-E, et al. Direct vs. Expressed Breast Milk Feeding: Relation to Duration of Breastfeeding. *Nutrients*. 27 de mayo de 2017;9(6):547.

28. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2018.

29. Nnebe-Agumadu UH, Racine EF, Laditka SB, Coffman MJ. Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: a prospective study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 12 de abril de 2016 [citado 17 de junio de 2017];11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830081/>

30. Pino J.L., López M.A., Medel A.P., Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev. chil. nutr.* vol.40 no.1 Santiago mar. 2013

31. Avalos MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet].

- 2011;27(3):323– 31. Spanish. Available from: <http://goo.gl/tL9TYQ>.
32. Cato K, Sylvén SM, Lindbäck J, Skalkidou A, Rubertsson C. Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months-Identifying women in need of targeted breastfeeding support. *PloS One*. 2017;12(6):e0179402.
33. Oves Suárez B, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc)*. 2013.
34. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, Arora A, McKenzie A, Jalaludin B, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* [Internet]. 8 de abril de 2017 [citado 23 de junio de 2017];12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385049/>
35. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz, Martínez-Martin E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(1):54---66.
36. Martínez J.M., Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *rev assoc med bras*. 2013;59(3):254–257
37. Ramiro M.D., Ortiz H., Arana C, Esparza M.J., Cortés O, Terol M., Ordobás M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr* 2018; 89(1):32-34.
39. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JC, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010

39. Da costa Morgano CM, Werneck GL, Hasselmann MH. [Social network, social support and feeding habits of infants in their fourth month of life]. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013;18(2):367–76
40. Lenja A, Demissie T, Yohannes B, Yohannis M. Determinants of exclusive breastfeeding practice to infants aged less than six months in Offa district, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 9 de diciembre de 2016 [citado 17 de junio de 2017];11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148885/>
41. Rius JM, Ortuno J., Rivas C., Maravall M., Calzado M.A., Lópezf A., Aguar M., Vento M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(1):6-15
42. lactancia de Niños, Niñas y Madres [Internet]. [citado 18 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
43. Garcia luis alberto. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 25 de junio de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4029>
44. Declaracion de Helsinki de la Asociacion Medica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 28 de junio de 2017]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>
45. Ley 26842-1997 - Ley General de Salud Concordada.pdf [Internet]. [citado 28 de

junio de 2017]. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción

El presente trabajo sobre La LME es muy importante para los niños ya que en ella se encuentra todo lo necesario para el desarrollo de su hijo.

Propósito

Saber si existe asociación entre las dos variables

Beneficios

Poder planificar programas que impartan charlas educativas sobre la LME.

Riesgos

Ninguno

Derecho a retirarse del estudio

La unidad de estudio tiene derecho a no aceptar participar del estudio.

PARTICIPANTE

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Participante N°.....

Edad

Instrucción Sin estudios () Primaria () Secundaria ()
Sup. no Univ. () Sup. Universitario ()

Fuma

Si () No ()

Ocupación

Ingreso Familiar

Sueldo mínimo ()

1000 a 2000 ()

> 2000 ()

Estado Civil Casada () Soltera () Separada () Viuda ()

Conviviente ()

Tipo de parto Parto Vaginal () Cesárea ()

Número de hijos

N° ()

Su hijo anterior recibió lactancia materna exclusiva

Si () No ()

Recibió consejería sobre la lactancia materna exclusiva

Si () No ()

VARIABLES DE ESTUDIO

VD: TIPO DE LECHE QUE RECIBE EL NIÑO:

LME ()

L. Mixta / Artificial ()

CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Conteste el cuestionario marcando las respuesta que usted considere la correcta con una aspa (X).

1) ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?

- a) Es dar a su bebé sólo leche materna de día y de noche por 6 meses
- b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses
- c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro por 6 meses
- d) Es dar a su bebé leche materna más purés.

2) ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

- a) A las 4 horas de nacido
- b) Inmediatamente después del parto
- c) A las 24 horas de nacido
- d) Cuando él bebe llore de hambre por primera vez

3) El calostro (primera leche) es:

- a) Un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros 5 días después del parto
- b) Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo
- c) La composición de la leche materna
- d) Es un líquido segregado por las glándulas mamarias a partir de la tercera

semana luego del parto

4) ¿Conoce que contiene la leche materna?

a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.

b) Grasas, proteínas y agua

c) Solo agua, vitaminas y minerales

d) No tengo conocimiento del tema

5) ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar a su bebé?

a) Hasta los 2 años

b) Hasta los 6 meses

c) Hasta los 12 meses

d) Hasta que ya no tenga más leche

6) ¿Por qué cree que es importante para su niño la lactancia materna?

a) Porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.

b) Porque se asegura un crecimiento normal y saludable para el bebé.

c) Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.

d) Todas las anteriores.

7) ¿Puede decirme las razones porque la lactancia materna es buena para la mamá?

a) El útero se acomoda más rápido y da menos hemorragia después del parto

b) Hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios

c) Evita la hinchazón y dolor de los pechos

d) Todas las anteriores

8) La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre- hijo proporcionando:

- a) Seguridad al bebé ya que se siente protegido por su madre.
- b) Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.
- c) Se estimula el amor en el niño, desarrollando la confianza y el apego.
- d) Todas las anteriores.

9) ¿Qué beneficios económicos tiene la lactancia materna?

- a) El niño se enferma menos y se gasta menos dinero en medicinas.
- b) No se gasta dinero en otras leches suplementarias para alimentar al bebé
- c) Las dos anteriores
- d) No tengo conocimiento del tema

10) Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

- a) Le suspende la lactancia materna
- b) Le da panetela y otras agüitas
- c) Le da lactancia materna más suero oral
- d) Le daría pecho con mayor frecuencia.

11) Cuál es la posición correcta del bebe al seno?

- a) Tomar al niño en los brazos y pegarlo al abdomen de la madre
- b) Agarrar el seno y estimular los labios del bebé para que abra la boca
- c) Introducir en la boca del niño el pezón y gran parte de la areola
- d) Todas son correctas

12) ¿Cuál es la posición correcta del acoplamiento de la boca del niño al seno de la madre?

- a) La boca del bebé debe estar bien abierta para que gran parte de la areola entre en ella y el pezón quede centrado dentro de su boca con la barbilla

tocando el pecho y apartando la nariz

b) La boca del bebé debe estar semiabierta para que entre en ella solo el pezón

c) La boca del bebé debe estar cerrada y se debe introducir en la boca del bebé solo el pezón

d) No tengo conocimiento del tema

13) ¿Cada qué tiempo debe de dar de mamar a su bebe?

a) Cada 3 horas

b) Cada 4 horas

c) Cada 2 horas o a libre demanda

d) Cada hora

14) ¿Cuánto tiempo debe tomar de cada pecho el bebé?

a) De 05 a 10 minutos por cada pecho

b) De 10 a 15 minutos por cada pecho

c) De 20 a 25 minutos por cada pecho

d) 30 minutos por cada pecho

15) ¿Cómo se sabe por qué pecho hay que empezar a dar de lactar después de que el bebé ya lactó por primera vez en el día?

a) Empezará de dar de lactar por cualquier seno

b) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al final

c) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al inicio.

d) Empezará a dar de lactar por el seno que esté más lleno.

16) ¿Cómo debe limpiarse los senos?

a) Lavar los pezones con jabón o champú

b) Bañarse diariamente es suficiente

c) Desinfectar con alcohol los pezones.

d) No es necesario limpiarlos.

17) ¿Qué debe hacer antes de dar de lactar a su niño?

a) Consumir una buena alimentación

b) Lavarse las manos con jabón y agua y suavizar los senos con leche materna

c) Dormir una o dos horas para que se relaje

d) Tomar bastante agua

18) ¿En caso de pezones agrietados (con heridas) que considera usted que debería hacer?

a) Lavarse los pezones diariamente con agua tibia y jabón.

b) Echar alcohol

c) Aplicar un poco de leche materna luego de amamantar, dejar secar por 5 minutos.

d) a + c

19) ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando no hay una adecuada técnica de amamantamiento?

a) Heridas en los pezones

b) Pezones adoloridos

c) Conductos obstruidos

d) Todas las anteriores

20) ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta en la madre cuando el niño no se ha puesto a mamar desde el nacimiento y que no mama a demanda?

a) Mastitis (infección a las mamas)

b) Ingurgitación mamaria

c) Dolor y fiebre

d) No tengo conocimiento del tema

21) Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?

a) Tendría que darle leche artificial.

b) Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche artificial cuando se separe de él. c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

d) Tendría que darle leche de tarro en biberón.

22) ¿Sabe Ud. cómo se realiza la extracción de leche materna manualmente?

a) Se extrae con la pezonera

b) Se inicia con masajes colocando la mano en forma de “C” empujando los dedos pulgar e índice hacia el tórax

c) Consiste en presionar el seno fuertemente hasta que salga leche

d) Todas las anteriores

23) ¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?

a) En recipientes de vidrio previamente hervidos con tapa en la refrigeradora o en lugar fresco.

b) En botellas de plástico

c) En una jarra fuera del refrigerador

d) En cualquier recipiente y lugar.

24) La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

a) 2 -4 horas

b) 8 -12 horas

c) 24 horas

d) 48 horas

25) ¿Cómo se debe calentar la leche extraída?

a) En el horno microondas

b) A fuego directo en la cocina

c) En un recipiente con agua caliente (baño maría)

d) No tengo conocimiento del tema.

ESCALA CLASIFICACIÓN 5

0 A 12 BAJO

13 A 19 MEDIO

20 A 25 ALTO