

# Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna

M.C. Temboursy Molina

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.  
Servicio de Pediatría. Clínica Santa Elena. Madrid. España.

El personal sanitario de las maternidades o clínicas materno infantiles debe recibir una apropiada formación en cuanto a los beneficios para la salud del amamantamiento y manejo de la lactancia materna. Los pediatras no sólo deben conocer los aspectos nutricionales y psicológicos de la lactancia, sino que también deben estar familiarizados con la mecánica del amamantamiento, las influencias psicosociales, las dificultades que se presentan y cómo superarlas.

Se realizó una encuesta para evaluar los conocimientos de los residentes de pediatría de toda España. Se obtuvieron 252 encuestas. Se observaron diferencias importantes entre provincias. En la mayoría de las zonas, la formación de los residentes fue insuficiente. Es necesario organizar cursos que se repitan regularmente, para que los residentes tengan un nivel de conocimientos adecuado en esta materia tan importante para la salud materno infantil. Las asociaciones profesionales deben participar activamente en organizar la formación de los profesionales de la salud.

## Palabras clave:

*Lactancia materna. Residentes de pediatría.*

## KNOWLEDGE OF BREASTFEEDING MANAGEMENT AMONG RESIDENTS IN PEDIATRICS

**The staff of maternity wards and clinics for maternal and child health should receive appropriate basic and in-service training on the health benefits of breastfeeding and on lactation management. Pediatricians should not only be knowledgeable about the health, nutritional and physiological aspects of appropriate feeding, they should also be familiar with the mechanics of breastfeeding, its various psychosocial influences, possible difficulties and how to overcome them.**

**To evaluate knowledge of breastfeeding among pediatric residents throughout Spain, a survey was conducted.**

**A total of 250 questionnaires were collected. Significant differences were observed among provinces. In most areas, residents' training was insufficient.**

**To achieve an appropriate level of knowledge among pediatric residents in a subject as important to mother and child health as breastfeeding, courses should be given and repeated at regular intervals. Professional associations should be actively involved in promoting appropriate training for health professionals.**

## Key words:

*Breastfeeding. Pediatrics residents.*

## INTRODUCCIÓN

El primer y probablemente más importante paso para aumentar la lactancia materna consiste en mejorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios, de manera que siempre recomienden la lactancia materna como la forma natural de alimentación de los bebés. Los profesionales sanitarios deben ser capaces de ayudar a las madres a iniciar la lactancia y resolver las dudas o problemas que se presenten durante el amamantamiento. Ginecólogos, matronas, pediatras y enfermeras ocupan un lugar estratégico en la promoción de la lactancia materna y deben trabajar de manera coordinada<sup>1-7</sup>.

En nuestro medio, la mayoría de los profesionales sanitarios saben que la lactancia materna es la mejor alimentación para el lactante, pero muchos ignoran su manejo y se limitan a repetir viejas costumbres perjudiciales para la lactancia como: horarios rígidos, separar a la madre y al niño en el puerperio inmediato, retrasar la primera toma, usar chupetes y biberones o contraindicar la lactancia natural por motivos menores. En otras ocasiones cuando no saben resolver algún problema planteado por la madre, se limitan a recomendar el biberón<sup>8-11</sup>.

**Correspondencia:** Dra. C. Temboursy Molina.  
Uruguay, 16, 2.º C. 28016 Madrid. España.  
Correo electrónico: carmen@temboursy.com

Recibido en diciembre de 2002.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2002.

**TABLA 1. Áreas básicas de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre lactancia**

Ventajas de la lactancia natural  
 Peligros de la lactancia artificial  
 Mecanismos de secreción láctea y de succión  
 Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia  
 Evaluación de las tomas  
 Manejo de las dificultades de la lactancia  
 Normas del hospital sobre lactancia

**TABLA 2. Actuación del pediatra frente a la lactancia materna**

Animar a las madres a que inicien el amamantamiento en la primera hora de vida  
 Recomendar tomas frecuentes, a demanda y sin limitar su duración  
 No recomendar chupetes, biberones y suplementos innecesarios  
 No separar a la madre y al hijo sin necesidad  
 Saber manejar: prematuros, gemelos, cesáreas, fármacos, enfermedades de la madre o el hijo  
 En la consulta la primera visita debe ser precoz, en ella se deben detectar y corregir problemas de técnica o postura  
 Aconsejar lactancia materna exclusiva y tomas nocturnas  
 No obsesionar con el peso  
 Recomendar mantener la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y continuar después más allá del primer año, con alimentación complementaria

Los pediatras están muy cerca de la madre y el niño desde el mismo momento del nacimiento; además, habitualmente organizan las pautas de lactancia de las maternidades e indican a las madres el tipo de alimentación que deben dar a su hijo durante los primeros años de vida. Por ello, tienen un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna y pueden actuar a diferentes niveles (tablas 1 y 2).

Los pediatras, así como el resto de los profesionales sanitarios a cargo de la salud materno infantil, deberían profundizar y actualizar sus conocimientos sobre lactancia materna, especialmente sobre su manejo clínico, durante su período de formación y posteriormente con seminarios periódicos de actualización<sup>12-15</sup>.

Aunque en España se han publicado estudios sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios, ninguno se ha centrado en los residentes de pediatría, grupo de especial interés por estar en período de formación, por ser el que organizará la alimentación infantil en un futuro próximo y por ser muy accesible a cualquier plan de capacitación en lactancia que se quiera organizar.

Con el objeto de evaluar los conocimientos sobre el manejo de la lactancia materna, entre los residentes de pediatría de toda España, se diseñó una encuesta, que re-

cogía las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF al respecto.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar los conocimientos de los residentes de pediatría de toda España en el manejo clínico de la lactancia materna.

## MÉTODOS

Se distribuyó una encuesta de 24 preguntas, que recogía temas claves sobre el manejo clínico de la lactancia, obviando las que recogen las ventajas de la lactancia natural (ya conocidas) (tabla 3).

Se trataba de una encuesta individual, anónima, y que debía contestarse espontáneamente, sin consultar con libros. La mayoría de ellas se recogieron a la salida de una sesión, por el jefe de servicio del hospital correspondiente o por miembros del comité de lactancia. En algunos casos por correo. Se obtuvieron 252 encuestas de 19 provincias españolas: Almería (4), Asturias (6), Barcelona (45), Bilbao (12), Burgos-Segovia-León (9), Canarias (13), Gerona (4), Granada (10), Madrid (41), Málaga (4), Murcia (9), San Sebastián (8), Santander (13), Sevilla (21), Toledo (4), Valencia (36), Valladolid (13).

## Análisis estadístico

Se realizó cálculo de la media, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas, con el programa Excel.

## Características de la muestra

La edad media fue de 27,47 años; desviación estándar (DE) 3,01 (límites, 24-40).

El sexo se distribuyó: 138 mujeres (55,2%); 98 hombres (39,2%); no consta (NC), 14 (4,66%).

En cuanto al número de hijos: ninguno, 201 (91,78%); uno, 9 (4,1%); dos, 9 (4,1%).

Año de residencia: primer año, 70; segundo año, 50; tercer año, 55; cuarto año, 45.

## RESULTADOS

La puntuación global obtenida fue de media, 15,98 puntos (sobre 24); DE, 3,45; límites, 6 a 23.

Los resultados obtenidos por provincias, de mayor a menor puntuación, se muestran en la tabla 4.

Respecto a los resultados por contenidos, sólo el 26% de los residentes contestaron correctamente: Incluso cuando la madre está desnutrida la leche materna es el mejor alimento para el bebé.

El 78,4% contestó adecuadamente. Aun en el segundo año de vida, la leche materna es de buena calidad (el niño debe comer otros alimentos).

La mayoría (92,8%) sabe que cuando la madre toma amoxicilina-ácido clavulánico, no se debe suspender la lactancia.

La respuesta a la conducta ante un recién nacido amamantado que llora de hambre fue menos unánime: el 20,8% pensaba que se le debía alimentar con biberón,

TABLA 3. Encuesta elaborada por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

*Método:* Encuesta anónima, individual, para cumplimentar *sin consultar*.

Lugar: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N.º de hijos: \_\_\_\_\_ Año de residencia: \_\_\_\_\_

1. La leche materna es el alimento de mejor calidad para el recién nacido, siempre que la madre no esté desnutrida.		10. Indique cuál de estas prácticas institucionales favorece más la lactancia materna en la maternidad:	
a) Correcto	<input type="checkbox"/>	a) Analgesia durante el parto	<input type="checkbox"/>
b) Incorrecto	<input type="checkbox"/>	b) Permitir descanso nocturno de la madre (retirar el bebé)	<input type="checkbox"/>
2. Durante el segundo año de vida, la leche materna es de muy baja calidad.		c) Puesta al pecho en la primera hora de vida	<input type="checkbox"/>
a) Correcto	<input type="checkbox"/>	d) Pecho cada 3 h durante la noche	<input type="checkbox"/>
b) Incorrecto	<input type="checkbox"/>	e) Estimulo de la succión con chupete	<input type="checkbox"/>
3. Si la madre está tomando amoxicilina-ácido clavulánico, se debe suspender la lactancia.		11. Indique el recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones:	
a) Correcto	<input type="checkbox"/>	a) Cremas humectantes	<input type="checkbox"/>
b) Incorrecto	<input type="checkbox"/>	b) Alcohol y glicerina	<input type="checkbox"/>
4. Cuando el recién nacido amamantado llora de hambre, se le debe complementar con biberón.		c) Correcta posición para amamantar	<input type="checkbox"/>
a) Correcto	<input type="checkbox"/>	d) Cepillado enérgico	<input type="checkbox"/>
b) Incorrecto	<input type="checkbox"/>	e) Agua y jabón	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños?		Señale si las siguientes frases son verdaderas (V) o falsas (F):	
a) Sí	<input type="checkbox"/>	12. La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto.	(V) (F)
b) No	<input type="checkbox"/>	13. El suero glucosado es necesario para evitar la hipoglucemia del recién nacido.	(V) (F)
6. ¿Hasta qué edad se recomienda actualmente leche materna como único alimento?		14. Dando el pecho con más frecuencia, disminuye el riesgo de ictericia.	(V) (F)
a) 1 mes	<input type="checkbox"/>	15. Muchos niños necesitan biberón los primeros días hasta que a la madre le sube la leche.	(V) (F)
b) 2 meses	<input type="checkbox"/>	16. Hay que dar el pecho cada vez que el bebé lo pida.	(V) (F)
c) 3 meses	<input type="checkbox"/>	17. Los chupetes interfieren y dificultan la lactancia materna.	(V) (F)
d) 4 meses	<input type="checkbox"/>	18. El recién nacido debe permanecer día y noche con la madre.	(V) (F)
e) 5 meses	<input type="checkbox"/>	19. La primera toma debe ser al menos 3 h después del parto.	(V) (F)
f) 6 meses	<input type="checkbox"/>	20. En caso de mastitis hay que suprimir la lactancia.	(V) (F)
7. ¿Qué debe recibir un recién nacido normal además de leche materna?		21. Hay que lavar el pecho antes y después de cada toma.	(V) (F)
a) Nada	<input type="checkbox"/>	22. No es recomendable dar el pecho si la madre es portadora de hepatitis B.	(V) (F)
b) Agua	<input type="checkbox"/>	23. Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia.	(V) (F)
c) Dextrosa al 5%	<input type="checkbox"/>	24. En gemelos no se debe recomendar la lactancia materna.	(V) (F)
d) Fórmula	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Cuál es la interpretación científica de la comúnmente denominada "leche aguada"?			
a) Calostro	<input type="checkbox"/>		
b) Leche de inicio de cada mamada	<input type="checkbox"/>		
c) Leche de bajo valor nutricional	<input type="checkbox"/>		
d) Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>		
9. La cantidad de leche que una mujer es capaz de producir depende de:			
a) La ingesta de líquidos	<input type="checkbox"/>		
b) El tamaño de los pechos	<input type="checkbox"/>		
c) La frecuencia y vigor de las mamadas	<input type="checkbox"/>		
d) Su estado emocional	<input type="checkbox"/>		
e) Todas son correctas	<input type="checkbox"/>		
f) a, c y d son correctas	<input type="checkbox"/>		
g) Ninguna es correcta	<input type="checkbox"/>		

el 2% no contesta y el 77,2% consideraba incorrecto dar biberón (se debe aumentar el número de tomas y la duración de éstas y supervisar si la postura es correcta).

El 57,2% de los residentes nunca han oído hablar de "los hospitales amigos de los niños".

En cuanto a cuál debe ser la duración de la lactancia materna exclusiva, sólo el 43,6% responde que de

6 meses, el resto dice que 5 meses (8,4%), que 4 meses (42,8%), que 3 meses (4,4%), que 2 (0,4%), NC (0,4%) (el 48% cree que debe durar 4 o menos meses) (fig. 1).

Sin embargo, casi todos los residentes (94,4%) saben que el recién nacido normal no debe recibir nada además de la lactancia materna. Sólo el 4,4% cree que deben recibir agua.

TABLA 4. Resultados de la muestra por provincias

Provincia	Número	Media	DE	Límites
Bilbao	12	20,17	2,21	16-22
Sevilla	21	18,43	3,17	12-22
Valencia	36	18,33	2,76	12-23
Canarias	13	17,31	2,56	12-21
Toledo	4	16,5	1,00	15-17
Almería	4	16,25	3,86	11-20
Valladolid	13	16,23	2,86	12-20
San Sebastián	8	15,63*	2,97	12-20
Málaga	4	15,50*	2,38	13-18
Barcelona	45	15,24*	3,05	9-21
Asturias		14,67*	3,33	11-21
Madrid	41	14,28*	2,7	8-19
Santander	13	14,23*	3,39	8-18
Murcia	9	14,22*	3,07	9-18
Gerona	4	14,00*	2,83	10-16
Burgos-Segovia-León	9	13,44*	3,00	10-19
Granada	10	13,30*	4,03	6-18

\*Por debajo de la media nacional. DE: desviación estándar.

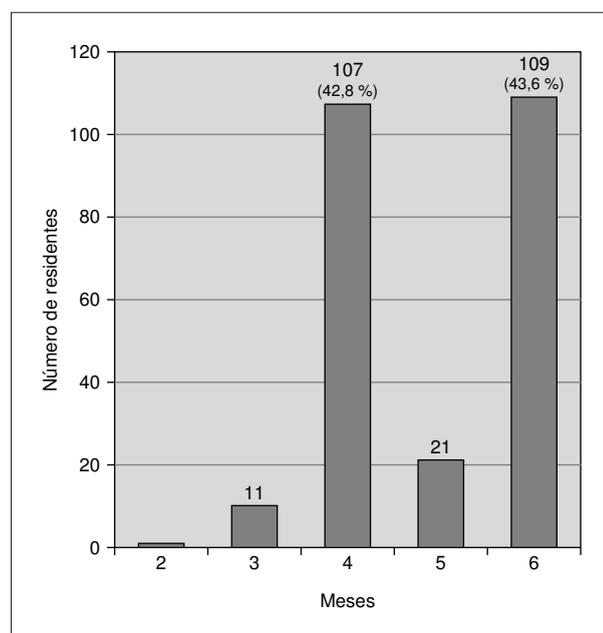


Figura 1. Duración de la lactancia materna que recomiendan los residentes en pediatría.

Cuando se pregunta qué es la llamada "leche aguada", sólo el 25,5% sabe que es la leche del principio de la toma, el 32,8% piensa que es el calostro, y el 10% que es leche de bajo valor nutritivo. El resto no sabe.

La pregunta de qué depende la cantidad de leche que una mujer es capaz de producir es un poco difícil. La respuesta correcta es de la frecuencia y el vigor de las mamas que sólo responde el 5,6%. La respuesta más fre-

cuente fue que depende de la ingestión de líquidos más el estado emocional más la frecuencia y el vigor de las tomas (77,6%). Esta respuesta no puede considerarse del todo correcta, ya que la ingestión de líquidos y el estado emocional sólo influyen en condiciones extremas. El resto contestó que el tamaño de los pechos (0%), todas (11,6%) o ninguna (11,6%).

Los residentes fueron casi unánimes en contestar que la práctica institucional que más favorece la lactancia materna es la puesta al pecho en la primera hora de vida (96%). El 2% piensa que la puesta al pecho cada 3 h y el 2% no contesta.

El recurso más accesible y eficaz para el cuidado de los pezones fue la correcta posición para amamantar para el 62,5% y para el 32,8% agua y jabón. Para alguno las cremas humectantes (0,4%) o alcohol y glicerina (0,4%).

El 80,8% contestó adecuadamente que la primera toma debe de ser inmediatamente después del parto.

El 94% sabe que el suero glucosado no es necesario para evitar las hipoglucemias del recién nacido.

Sólo el 28,8% sabe que dando el pecho con más frecuencia disminuye la ictericia.

El 19,2% piensa que muchos niños necesitan biberón los primeros días hasta que a la madre le sube la leche (afortunadamente el 78,4%, no).

El 81,2% está de acuerdo con que hay que dar el pecho al bebé cada vez que lo pida.

El 35,2% piensa todavía que los chupetes no interfieren ni dificultan la lactancia.

El 73,6% piensa adecuadamente que el recién nacido debe permanecer día y noche con la madre.

Un 22% sigue pensando que la primera toma debe ser al menos 3 h después del parto.

El 80% sabe que en caso de mastitis no hay que suprimir la lactancia.

Sólo el 24,4% sabe que no hay que lavar el pecho antes y después de cada toma.

El 35,6% aún piensa que las portadoras de hepatitis B no deben dar el pecho.

Casi de forma unánime (97,6%) la respuesta adecuada de que no hay que suspender la lactancia en caso de diarrea, así como que en los gemelos se debe recomendar la lactancia materna (98,4%).

## DISCUSIÓN

Hay importantes diferencias entre provincias en los conocimientos sobre lactancia materna de los residentes. Esto refleja la diferencia de esfuerzos promocionales realizados en las diferentes zonas de España. Sólo en Bilbao, Valencia, Sevilla y Canarias tienen un nivel adecuado de conocimientos. En estas provincias se han realizado numerosas actividades y cursos para mejorar la lactancia materna, con apoyo institucional. En otras zonas también se han realizado importantes esfuerzos, pero quizá no han tenido suficiente difusión.

Sólo con el apoyo de las instituciones sanitarias y de las sociedades científicas se podrá lograr una formación homogénea de los profesionales sanitarios, en todas las zonas españolas, para conseguir así que la lactancia materna tenga la importancia que se merece en salud materno-infantil<sup>12,14</sup>.

En general, los residentes de pediatría tienen bastantes lagunas. La media de respuestas acertadas a nivel nacional es insuficiente. Es necesario reflexionar sobre la manera de mejorar su formación en el manejo de la lactancia materna. Es probable que el resto de colectivos profesionales tenga unos niveles de conocimientos parecidos.

Hay temas de especial interés como la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva, como acompañada de alimentación complementaria; el manejo de la hipogalactia; las rutinas de las maternidades; el manejo de las dificultades de las madres; las contraindicaciones e, incluso, la fisiología de la lactancia materna<sup>2,3,5,7</sup>.

Los residentes de pediatría tienen la ventaja de estar concentrados en hospitales, lo cual facilita su participación en cursos de formación. Hay muchos cursos para profesionales sanitarios organizados por la OMS y UNICEF de diferente duración y perfectamente estructurados. Estos cursos se han realizado en diferentes zonas españolas, con excelentes resultados. Sólo es necesario que se financien y organicen sistemáticamente en todos los hospitales. Los cursos deberían repetirse cada 2 años, para llegar a todos los residentes y ser obligatorios, dada la importancia de la lactancia materna para el niño<sup>7</sup>.

Llama la atención que el 57% de los residentes no ha oído hablar de "Los hospitales amigos de los niños". Esta iniciativa de la UNICEF para proteger la lactancia materna en las maternidades es mundialmente conocida, lleva muchos años en marcha y ha representado un hito en las rutinas de las maternidades. En España necesita mayor apoyo institucional<sup>3,6,7</sup>.

En conclusión, queda un largo camino por recorrer para mejorar la formación de los profesionales sanitarios en el manejo de la lactancia materna. Los esfuerzos individuales son muy importantes, pero tienen una difusión desigual. Para que llegue a todos, es necesario el apoyo de las sociedades científicas y las autoridades sanitarias.

### **Comité de Lactancia Materna de la AEP**

J. Martín-Calama, I. Riaño Galán, J.M.<sup>a</sup> Arena Ansotegui, J.M.<sup>a</sup> Fraga Bermúdez, J.M.<sup>a</sup> Paricio Talayero, J.J. Lasarte Vellillas, M.<sup>a</sup>T. Hernández Aguilar, M.<sup>a</sup>J. Aguayo Maldonado, M.<sup>a</sup>J. Lozano de la Torre, M. Díaz Gómez, V. Molina Morales y C. Temboury Molina.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. (RE9729). 2000.
2. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Genève: OMS, 1989.
3. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento, y el apoyo de la lactancia materna. Florencia, 1 de agosto de 1990.
4. Labbok MH, Cooney KA, Koniz-Booher P. Breastfeeding. The technical basis and recommendations for action. Genève: WHO, 1993.
5. Jelliffe DB, Jelliffe EPF. Programmes to promote breastfeeding. 1st ed. Delhi: Oxford University Press, 1988.
6. Ruiz-Giménez J, Cabero L. La lactancia materna: Iniciativa Hospitales amigos de los niños. SEGO Boletín Informativo 1996;3:12.
7. Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. UNICEF/OMS, 1992.
8. Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijóo A, Martí Barranco E, Bernat Ferrer A, Ferriol Camacho M, et al. Lactancia materna: conocimientos actitudes y ambigüedad sociocultural. Aten Primaria 1999;24:337-43.
9. Ruiz L, Sullivan K, Laurent S, Canela J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pediatras españoles respecto a la lactancia materna. An Esp Pediatr 1994;40(Supl 62):77.
10. Schanler RJ, Oconnor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics 1999;103:35.
11. Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, Sorenson JR. Pediatrician involvement in breastfeeding promotion: A national study of residents and practitioners. Pediatrics 1995;96:490-4.
12. Temboury MC, Otero A, Polanco I. Promoción de la lactancia materna en atención primaria. Pediatría 1993;13:141-5.
13. Temboury MC, Polanco I. Importancia de las rutinas de la maternidad en el éxito de la lactancia materna. An Esp Pediatr 1992;36:367-70.
14. Temboury MC, Otero A, Polanco I. La lactancia materna en un Area Metropolitana II: Diseño de un programa de promoción. An Esp Pediatr 1992;37:215-8.
15. González Rodríguez CJ, Guerrero Desirré J. Controversias en el manejo de la lactancia materna. An Esp Pediatr 1993;30:308-12.