

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA
FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA Y SUS
BENEFICIOS”**

PRESENTAN:

Hernández Rodríguez Ayde Alejandra

Ramírez Méndez Franklin

Pérez Morales Roxana

“SEMINARIO DE TESIS”

CATEDRÁTICO:

Lic. Mireya del Carmen García Alfonzo

8°. “B”

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Comitán de Domínguez, Chiapas; 09 de Abril de 2022

2.- INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo.

La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida. Protege al niño frente a muchas enfermedades, mientras el bebé está siendo amamantado; pero también le protege de enfermedades futuras en la edad adulta y favorece el desarrollo intelectual. Los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la madre.

La Lactancia Materna no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la Alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

La lactancia juega un rol importante en la salud pública del país al promover equidad, salud, prevenir enfermedades en la madre y su hijo. Si bien es importante promover la iniciación de la lactancia, es aún más importante promover su exclusividad durante 2 años de edad, siendo el único alimento que los lactantes deben recibir durante los primeros 6 meses de vida obteniendo así beneficios de impacto en la reducción de mortalidad infantil según la OMS y en

base al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, que es cuando se observan los mayores beneficios a corto y largo plazo. De no tomar medidas al respecto, se estará limitando a los bebés y a sus madres para obtener los beneficios que otorga la práctica adecuada de la lactancia materna.

Por ello, se promueve la alimentación exclusiva al seno materno, asegurando así un mejor inicio de vida a los niños, independientemente a las condiciones de vida de cada madre.

3.- CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN

En la atención de promoción que se lleva a cabo en los hospitales de segundo nivel, la mayor responsabilidad compete a enfermería por ser el personal que atiende directamente a los usuarios las 24 horas de los 365 días del año, y es a quien corresponde integrar las acciones del equipo de salud para brindar una atención de calidad. Por ello uno de los principales deberes de la actividad directa de los servicios de enfermería, es dar a conocerla importancia que tiene la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida y los beneficios que existen tanto en la madre como en el recién nacido.

La lactancia materna se inicia tardíamente en muchos de estos lugares por aspectos culturales u otras creencias. Lactancia Materna Exitosa debe colocarse al bebé “piel-con-piel” con su madre durante la primera media hora posterior al parto y ofrecerle el pecho dentro de la primera hora en todo parto normal. Si la madre ha sido sometida a una cesárea, debe ofrecérsele el pecho al bebé cuando la madre esté en condiciones de responder y esto ocurre también dentro de unas pocas horas de la anestesia general. Aquellas madres a las que se les ha practicado una cesárea necesitan ayuda adicional pues de lo contrario podrían iniciar la lactancia materna mucho más tarde.

De manera óptima, el bebé debería comenzar a amamantarse antes de que se le realice cualquier procedimiento de rutina (como bañarlo), pesarlo, cuidado de su cordón umbilical, aplicación de medicamentos para los ojos). La lactancia materna temprana ayuda a mantener un mejor control de la temperatura del recién nacido, fortalece la vinculación afectiva entre madre e hijo y además aumenta la posibilidad de establecer la lactancia materna exclusiva temprana y el éxito de la misma. La evidencia de un estudio refleja que la iniciación temprana es una de las principales intervenciones para prevenir la mortalidad neonatal.

Este proyecto se realiza exclusivamente en base a La lactancia materna y con la finalidad para la supervivencia, crecimiento, desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños, disminuyendo así de esta manera los riesgos de diferentes enfermedades.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo se centra en el estudio, la investigación y análisis de la intervención de enfermería para fomentar la lactancia materna y sus beneficios, ya que es el primer alimento del niño al nacer, y para la madre la mejor opción para prevenir enfermedades como el cáncer, el ahorro económico familiar, entre otros beneficios más; generalmente a la lactancia materna se la podría denominar una práctica nutricional que la madre debe cumplir obligatoriamente durante los primeros seis meses de vida de su hijo, porque durante todo ese lapso de tiempo el niño se encuentra en la etapa de desarrollo y crecimiento.

La lactancia materna se ha hecho evidente en los últimos tiempos al hablar de madres; quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad a la atención de los servicios de salud y que además resultan determinantes en la decisión de dar amamantamiento o no con leche materna a sus hijos, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

La alimentación al seno materno o lactancia materna, es aquella donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos. La lactancia materna según la OMS es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades. 1

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó el objetivo global de nutrición de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad al menos al 50% para el año 2025. La Organización Mundial de

la Salud recomienda que los bebés deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, y después introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras se continúa con lactancia materna hasta los dos años de edad o más.¹

La lactancia materna es un comportamiento natural del ser humano. Desde tiempos ancestrales ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos, al mismo tiempo que el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar han sido un problema más recientemente, en una sociedad donde las enfermedades crónicas fungen como principales causas de morbilidad y mortalidad donde la practica ha sido rezagada. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la lactancia materna junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas.

Por su parte, México ha pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; todo ello debido al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), el abaratamiento de alimentos procesados, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, por ello, organizaciones internacionales como la OMS, OPS y UNICEF fomentan activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, con acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, de allí se enmarca la necesidad de realizar la presente investigación que busca reconocer los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, sus causas y las complicaciones que provoca el no seguir esta estrategia fundamental.

Se conoce generalmente que muchas madres no logran llevar a cabo de forma correcta este proceso, por múltiples situaciones en este trabajo se buscan poner de manifiesto, dichas situaciones hacen que las madres abandonen de manera temprana la lactancia materna dejando así de brindar los beneficios necesarios para el recién nacido.

Este espacio de tiempo va a representar el momento más importante en la vida ya que nos brindará una oportunidad única para que los niños obtengan los beneficios nutricionales e inmunológicos que van a necesitar el resto de sus vidas. De allí se enmarca pues la necesidad de realizar la presente investigación donde se busca reconocer los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna; sus causas y las complicaciones que provoca el no seguir esta estrategia fundamental.

5.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo definir las complicaciones que provoca el abandono de la lactancia materna?

2. ¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna?
3. ¿Cómo Identificar las enfermedades ocasionadas por el destete precoz en la lactancia materna?

6.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

6.1 OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar qué conlleva al abandono de la lactancia materna.

2. Proporcionar los conocimientos, favoreciendo la buena práctica y aceptación consiente de la lactancia materna durante la hospitalización y hasta que él bebe cumpla 6 meses de edad.
3. Diseñar una propuesta de intervención mediante campañas de capacitación y difusión social que promueva en las embarazadas para una lactancia materna exclusiva por 6 meses, con el fin de lograr mayor aceptación y duración de la lactancia en los recién nacidos a nivel población.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir los factores influyentes en el abandono de la lactancia materna.
- 2.- Definir las complicaciones que provoca el abandono de la lactancia materna.
- 3.- Informar sobre las técnicas de amamantamiento.
- 4.- Identificar las enfermedades ocasionadas por el destete precoz en la lactancia materna.
- 5.- Orientar sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el niño.
- 6.- Dar a conocer la técnica de preparación y cuidado de los pezones.
- 7.- Determinar el porcentaje de madres que ejecutan una lactancia materna según lineamientos de la OMS.
- 8.- Definir los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna y sus beneficios.
- 9.- Reconocer complicaciones que aparecen en la madre y el niño en el primer mes de vida, a partir de la lactancia.

7.- JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de experiencia laboral pretende fomentar y dar a conocer la lactancia materna exclusiva para las madres que se encuentran el servicio de

alojamiento conjunto, identificando los puntos críticos en el conocimiento que poseen sobre la lactancia materna y así estimular el interés de estas por conocer y/o elevar sus conocimientos, favoreciendo la buena práctica y aceptación consiente de la lactancia materna en las madres.

Este trabajo es relevante para fomentar la lactancia materna, brindar buenas técnicas de amamantamiento y conocer los beneficios tanto para la mamá y el bebé, a la hora de evitar complicaciones, así como también los beneficios que se pueden lograr dentro del sistema de salud para la reducción de gastos. Para enfermería es importante ya que aportaría pautas para establecer una educación permanente, ayudando a la comunidad.

Es importante ayudar a las mamás al regreso laboral para que no se les dificulte la tarea de seguir amamantando, aconsejándoles sobre la extracción, conservación e higiene de la leche extraída para que el niño continúe con la toma de la leche materna en su casa.

Al amamantar se reduce el impacto económico para las familias e instituciones públicas y privadas, ya que si la población materna tuviera los conocimientos en una buena técnica en lactancia no deberían complementarla con leches de fórmulas o maternizadas, ya que no aportan los mismos nutrientes ni inmunoglobulinas, aporte calórico, agua y temperatura como lo hace la lactancia materna.

Por más sencilla que pudiera ser, la decisión de amamantar es muy personal y de suma trascendencia; sin duda, de las primeras que deberá tomar la madre. Esta acción se dificulta cuando no se tiene la información suficiente, cuando la

publicidad de fórmulas lácteas infantiles es más fuerte que la propia promoción de la Lactancia materna y aún más cuando el ambiente social dificulta la práctica.

El desarrollo de este informe permitirá, además, proveer a las madres con información sobre los beneficios de la Lactancia materna exclusiva y consejos y grupos de ayuda que les permitan sentirse más confiadas en dicha práctica, para que puedan llevarla a cabo por el tiempo adecuado. Aunado a ello, este proyecto puede ser la base de un programa definido y estandarizado de promoción de la lactancia.

Los dos primeros años de vida del niño son considerado como una "ventana de oportunidad" para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición. Por ello, hay una gran necesidad de intervenir desde su nacimiento la lactancia materna exclusiva, para lograr un óptimo estado de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, con impacto positivo a lo largo de su vida, con el objetivo de formar adultos más sanos y con mayor oportunidad de tener una vida exitosa y plena.

Para que la lactancia materna pueda establecerse con éxito, las madres necesitan soporte activo durante el embarazo, después del parto y a lo largo del puerperio de todos los profesionales sanitarios con responsabilidad en los cuidados de salud materno-infantil, comprometiéndose todos en la promoción de la lactancia materna, proporcionando una información adecuada y mostrando un profundo conocimiento de la técnica de la lactancia.

Una buena educación sanitaria durante el embarazo, parto, y puerperio brindada por los profesionales de enfermería es muy importante para hacer que se instaure

la lactancia. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a resolver madre y al bebé a los problemas surgidos, corrigiendo aspectos equivocados inadecuados a la falta de información, frecuencia de la lactancia, técnicas de amamantamiento y cuidados de las mamas, conformando la relación y el vínculo entre madre e hijo.

Se propone realizar una intervención, en teorías de cambio de comportamiento, así como en la previa comprensión de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia, de manera que permita promover la lactancia materna exclusiva como forma ideal de alimentación para el recién nacido.

8.- HIPÓTESIS

Las gestantes hospitalizadas poseen un alto nivel o un bajo nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en la madre y el niño.

9.- MARCO CONCEPTUAL

9.1 CONCEPTO

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas.

La lactancia materna es el método óptimo de alimentación del lactante, pero puede verse afectada por diversos factores sociales, culturales y familiares que explican los cambios en su prevalencia a lo largo del tiempo.²

La importancia de la LM en México ha estado sustentada legalmente desde hace años empezando en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el título sexto (del trabajo y la prevención social) donde el artículo 123 contempla el otorgar tiempo para la lactancia a la madre trabajadora (dos períodos de media hora cada uno dentro de una jornada de 8 horas).²

Así mismo, la Ley General de Salud en su capítulo 5 (Atención Materno-Infantil), artículo 64, Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado.²

Entre las líneas de acción destacan la creación de un marco jurídico que favorezca la lactancia en diversos aspectos. Este marco incluye a tres de las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud.

9.2 OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.³

Lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

Lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

Alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente.

Lactancia materna exclusiva. Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: promoción de la lactancia materna exclusiva.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos: 3

Inicio de alimentación a seno materno. En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

Durante Alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva; Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres. Toda unidad de atención médica deberá

tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño.

El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas. En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.³

9.3 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2012

El estado de nutrición de los y las recién nacidas está íntimamente ligado con el estado de nutrición de la madre, antes, durante y después del embarazo. Se debe enfatizar en las medidas indicadas en la Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio y, en particular, en lo que se refiere a la prevención de la promoción de las ventajas de la lactancia materna exclusiva.⁴

9.4 MUJER EN PERIODO DE LACTANCIA

Se debe indicar que la práctica de la lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física. 4

9.4.1 GRUPO DE EDAD MENOR DE SEIS MESES

Se debe destacar que el crecimiento es uno de los factores que aumentan las necesidades nutrimentales del niño o la niña. Se debe vigilar el crecimiento de las y los niños como se señala en la NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad. Explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar ningún otro líquido, incluso agua. Promover las ventajas de la lactancia materna frente a los sucedáneos, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación. Destacar que el niño o la niña, además de la leche materna o en su caso sucedáneo, deben recibir otros alimentos preparados en forma apropiada, a partir del sexto mes de vida. Vigilar el crecimiento de las y los niños en esta etapa como se señala en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido. Lactancia materna exclusiva, a la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida. Lactante, al niño menor a dos años de edad. Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, como: dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de

esa edad; No suspender la lactancia al seno materno. La declaración conjunta OMS/UNICEF Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé.⁵

9.4.2 LAS DIEZ REGLAS PARA AMAMANTAR AL BEBÉ

1. Tener unas normas estrictas sobre lactancia materna que sean conocidas por todo el personal sanitario.
2. Ofrecer a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para aplicar estas normas.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.
5. Enseñar a las madres cómo lactar y mantener la secreción láctea aunque tengan que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas distintos de la leche materna, excepto cuando esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto (permitir a las madres permanecer con sus hijos las 24 horas del día).
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar tetinas artificiales o chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua de madres lactantes y orientar a las madres hacia estos grupos cuando salgan de la clínica.

Pasó 1: Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud. El hospital debe tener una política escrita de lactancia que cubra los diez pasos y que debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madres y a los recién nacidos (RN) pueda consultarla. Asimismo debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atiende a las madres y a los niños.

Pasó 2: Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. Todo el personal de salud en contacto con las mujeres lactantes debe tener el conocimiento y las habilidades necesarias para poner en práctica la política establecida. No se puede esperar que los profesionales sanitarios que no han recibido formación en la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente.

Pasó 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. El período prenatal debe convertirse en una auténtica preparación no sólo para el parto sino también para la lactancia. Los profesionales que se ocupan de la vigilancia del embarazo, con la contribución del pediatra en su visita prenatal, serán los responsables de asesorar en la decisión de cómo alimentar a sus hijos. Es importante explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la lactancia natural supone, pero es necesario, así mismo, informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es un instinto sino una capacidad que debe aprenderse. La información relativa a la lactancia natural debe ofrecerse a todas las embarazadas independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo. Es importante incluir al padre en la visita prenatal y en los programas de lactancia ya que está demostrado que participan en la

elección del método de alimentación a sus hijos y pueden ser eficaces promotores o detractores de la lactancia materna, dependiendo de cuál sea su actitud ante las dificultades iniciales.

Pasó 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Las madres y sus hijos no han de separarse después del parto, salvo que exista un motivo médico que lo justifique. Debe facilitarse el contacto piel con piel inmediatamente después del parto. A todas las madres se les debe ofrecer esta oportunidad, independientemente de cómo alimentar a sus hijos, ya que este primer contacto puede jugar un importante papel en el vínculo madre-hijo. Deben permanecer juntos todo el tiempo que deseen y la toma de pecho debe iniciarse tan pronto como el niño esté listo.

Pasó 5: Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo. Colocar el niño al pecho no es una habilidad innata de la madre, sino que es una capacidad que debe ser aprendida. Las madres que dan a luz en el hospital necesitan ayuda del personal sanitario. Es necesario enseñar a las madres la técnica de la lactancia y proporcionar ayuda práctica y apoyo psicológico. En cuanto a las madres que deben separarse de sus hijos, cuando la madre o el niño estén enfermos, o en casos de recién nacido pre término bajo peso, es necesario enseñar a la madre a extraerse la leche de forma que se mantenga la lactancia y sirva para alimentar a su hijo.

Pasó 6: No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado. En los servicios de maternidad es habitual dar a los recién nacido leche artificial, suero glucosado o agua antes de la primera toma. Se da leche artificial cuando el lactante está

intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, o cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar.

Esta práctica comporta diversos riesgos:

- La madre puede tener la impresión de que no tienen suficiente leche o de que su leche no es adecuada para alimentar a su hijo.
- Puede favorecer la ingurgitación mamaria y hacer más difícil la colocación correcta.
- Si se administra con biberón, puede interferir con el mecanismo de succión.
- Reduce la frecuencia de las tomas, con lo que disminuye la producción de leche.
- La administración precoz de la leche de vaca puede desencadenar en niños genéticamente predispuestos el desarrollo de alergia como asma y eczema. Por otra parte, la administración ocasional de biberones puede constituir el episodio sensibilizante de una posterior alergia a proteínas de leche de vaca. Asimismo, la seroalbúmina bovina puede actuar como desencadenante de una respuesta autoinmune, que podría predisponer a los niños genéticamente predispuestos a la diabetes tipo 1. La administración de suplementos se asocia clara y con el Abandono precoz de la lactancia materna tanto cuando se dan en las maternidades como después del alta hospitalaria.

Pasó 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día. El alojamiento conjunto es necesario para todos los RN y sus madres de la forma de alimentar a sus hijos. El alojamiento conjunto ayuda a las madres a conocer más pronto a su hijo y a reconocer su llanto, lo que les permite responder siempre a la señal del bebé indicando que desea ser amamantado lo que facilita, además, la lactancia a demanda. Por otra parte se ha demostrado

que la presencia del recién nacido en la habitación de la madre no altera el sueño materno y además mejora el sueño del niño.

Pasó 8: Fomentar la lactancia a demanda. Las madres de los recién nacidos normales (incluidos los nacidos por cesárea) que den el pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas. Se les debe recomendar que amamenten a sus hijos cada vez que tengan hambre o cuando el niño quiera. Los patrones alimentarios de los bebés varían enormemente, pudiendo ser muy irregulares, particularmente en el inmediato período neonatal. Muchos recién nacidos maman cada 2 ó 3 horas, o más a menudo, con intervalos variables entre algunas tomas. El número total suele ser superior a las 6 u 8 veces al día, aunque la mayoría de los lactantes es posible que se acaben adaptando a tomar cada 3 o 4 horas. Este período de adaptación es diferente en cada niño y el pretender conseguirlo desde el principio pone en riesgo el éxito de la lactancia. Tampoco se debe de limitar la duración de la tetada a 10 minutos ya que algunos niños no van a ser capaces de obtener la leche tardía más rica en grasas y por tanto en calorías. La frecuencia elevada de las tomas tiene como ventajas aumentar la producción láctea, previene la ingurgitación mamaria, disminuye los niveles de bilirrubina, reduce la pérdida de peso y se asocia con una mayor duración de la lactancia en relación con un horario rígido.

Pasó 9: No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales. Tanto los chupetes como las tetinas pueden ser perjudiciales al interferir con la lactancia, dadas las diferencias mecánicas y dinámicas existentes entre los dos mecanismos de succión. Las tetinas alteran las pautas de respiración y succión. También se producen cambios en la cavidad oral (caries del biberón, mal oclusión dentaria). Se ha observado también una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y candidiasis oral. Por otro lado una vez establecida la lactancia, la

de una tetina o chupete tiene menos inconvenientes que cuando se utiliza durante las primeras semanas.

Pasó 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. El apoyo del personal de salud tras el alta juega un papel positivo con las visitas domiciliarias de las matronas o enfermeras y los controles frecuentes en los centros de salud. Los grupos de madres de apoyo a la lactancia materna suponen un enorme beneficio para las madres lactantes y a veces son más capaces que los servicios de salud para ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. El apoyo debe comenzar antes del alta en la maternidad para establecer la lactancia y prevenir las dificultades y así conseguir una actuación sinérgica del apoyo prenatal, hospitalario y postnatal.

9.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-131-SSA1-2012.

Lo primero que el personal de salud debe hacer en el postparto sin complicaciones es: 6

1. Apego inmediato dentro de la primera hora colocar ala o el neonato al pecho (Piel a piel con su madre) ya sea que mame o no.
2. Luego de los 30 minutos, se realizaran los cuidados higiénicos y de medicación profiláctica a la o el neonato.
3. Asegure que la o el neonato aproveche las propiedades antibacteriales, antivirales y nutricionales del calostro (primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto).
4. No debe Pasar más de una hora para regresarlo con su madre.

5. La cesárea no es una contraindicación para la lactancia materna el contacto piel con piel se debe estimular a partir de la primera hora después de que la madre haya recuperado el conocimiento.
 6. El personal de salud debe enseñar a las madres en su idioma (maya, xinca y español) como se debe dar de amamantar y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos e hijas.
 7. Mostrando a las madres las técnicas correctas, amamantamiento, de posición y de agarre para asegurar el éxito de la lactancia materna.
 8. Informar sobre la forma de producción de leche materna, la frecuencia e importancia de amamantar suficiente tiempo en cada pecho (20 a 30 minutos o más), utilizar el consumo de plantas, como alternativa para aumentar la producción de leche materna, principalmente para aquellas madres que han estado separado de sus hijos/as o que la madre no haya amamantado exclusivamente y haya disminuido la producción de leche.
- Enseñar sobre la extracción manual de leche materna.
 - Reforzar la confianza y dar apoyo a la madre sobre su capacidad de amamantar exclusivamente.
 - Facilitar el alojamiento conjunto de la madre y su hija o hijo inmediatamente después del parto durante las 24 horas del día (día y noche).
 - Lactancia materna a libre demanda, sin horario cada vez que la o el neonato de señales de necesitar alimento, tanto de día como de noche.
 - Lactancia materna exclusiva no dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida los primeros seis meses.
 - En casos excepcionados fundamentados, en donde este contraindicada la lactancia materna basarse en las "razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna", OMS /UNICEF y en caso de un niño/a de madre VIH positiva ver norma del programa VIH/ positiva y referir a la madre a una unidad de atención integral para orientación sobre alimentación del niño o niña.
 - Si la o el neonato no puede mamar directamente o succionar adecuadamente o si es separado de su madre por cualquier razón medica:

- Indicar como se realiza la extracción manual, conservación y manejo de la leche materna extraída.
 - La madre que se encuentra separada de su hijo o hija, necesita extraer su leche frecuentemente (cada 3 horas) para alimentarlo (a) con la leche extraída y para mantener la producción de leche.
 - El especialista (neonato o pediatra) es el responsable de indicar la administración de leche extraída.
 - Asegurar que el neonato sea alimentado cada 2 o 3 horas según criterio médico.
9. La leche materna extraída debe darse a la o el neonato, por medio de sonda, vasito, cucharadita, jeringa sin aguja. No se debe usar pacha.
 - Cuando la o el neonato pueda succionar, debe alimentarse directamente al pecho.
 10. Todo neonato o lactante que se encuentre dentro del programa madre canguro para bebés prematuros o de bajo peso, debe ser alimentado con leche materna exclusivamente.
 11. Referir a la madre a un grupo de apoyo cercano para madres lactantes.

9.6 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados.⁷

Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad , al combatir la deshonestidad en la práctica profesional , sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras.

La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería.⁸

No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera. Precizando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Recordemos que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulo en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

9.6.1 DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.⁸

Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana: Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión

existencial reservada a persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí.

Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común.

Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia: Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

Terapéutico de totalidad: Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de

proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto: Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

Capítulo 1. Disposiciones generales

Artículo primero. El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.⁷

Capítulo 11. De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.⁷

Artículo tercero. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.⁷

Artículo cuarto. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.⁷

Artículo quinto. Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.⁷

Artículo sexto. Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.⁷

Artículo séptimo. Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.⁷

Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.⁷

Artículo noveno. Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.⁷

Capítulo 111. De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo décimo. Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.⁷

Artículo décimo primero. Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.⁷

Artículo décimo segundo. Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.7

Artículo décimo tercero. Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.7

Artículo décimo cuarto. Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.7

Artículo décimo quinto. Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.7

Artículo décimo sexto. Ser imparcial, objetiva y ajustarse a la circunstancia en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.7

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.7

Capítulo IV. De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

Artículo décimo octavo. Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.7

Artículo décimo noveno. Dar crédito a sus colegas, asesores colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.⁷

Artículo vigésimo. Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.⁷

Artículo vigésimo primero. Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de informaciones fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.⁷

Artículo vigésimo segundo. Mantener una relación de respeto, colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.⁷

Capítulo V. De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.⁷

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.⁷

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.⁷

Coagulación sanguínea, como prevención de déficit por diferentes causas se recomienda su suministro en el momento del nacimiento para evitar hemorragias hasta la estabilización de la flora intestinal.

La vitamina “D”, se considera una para hormona, con funciones hematopoyéticas y propiedades inmunes reguladoras. Cumple un rol importante en la mineralización ósea al incrementar la absorción intestinal de calcio y fósforo y la reabsorción renal de calcio. Cuando por razones climáticas, geográficas o culturales no se recibe la influencia de los rayos solares, se hace necesario su aporte diario.

Como se mencionó previamente, la grasa de la leche actúa como vehículo de las vitaminas liposolubles.

La vitamina “E”, se encuentra en mayor concentración en la leche materna que en la de vaca. Esto resulta ventajoso en función de su capacidad antioxidante, si se tiene en cuenta la mayor cantidad de ácidos grasos poliinsaturados de la leche humana.

La vitamina “A”, interviene en el proceso de la visión y es necesaria para el crecimiento normal, la reproducción, el desarrollo fetal y la respuesta inmunológica. Su concentración en la leche humana es variable, ya que depende de la ingesta materna.

La principal acción del ácido ascórbico es la de agente antioxidante y reductor; como cofactor en reacciones enzimáticas que intervienen en el normal desarrollo del cartílago y el hueso. Además, estimula la absorción del hierro y actúa en el metabolismo de los depósitos de este mineral. La leche humana normalmente es rica en vitamina "C" y su concentración media es mayor que la de vaca.

9.7 INFLUENCIA DE LA DIETA MATERNA EN LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE

Datos recientes sugieren que las similitudes entre madres que viven en diferentes regiones son más notorias que las diferencias. A pesar de esto, se evidencian algunas diferencias regionales, particularmente en la concentración de ciertas proteínas, minerales y vitaminas. Se desconocen las razones, pero se explicarían, en parte, por la dieta materna y el medio ambiente.⁹

El conocimiento de la dependencia o no de la ingesta o de la reserva materna de nutrientes, permite predecir el riesgo de su deficiencia en el bebé; en algunos casos es posible la adecuación nutricional o suplementación de la madre. Los macronutrientes están poco afectados, dentro de ciertos límites sin embargo, en madres desnutridas habría una correlación entre la concentración de grasa láctea y el nivel de adiposidad materna; en el lactante habría una adaptación a menores concentraciones de grasa láctea a través de un aumento en el tiempo de amamantamiento.

Algunas investigaciones demostraron que los hábitos alimentarios de diferentes grupos poblacionales afectan la composición de ácidos grasos. El perfil de ácidos grasos se modifica con la dieta materna, de modo tal que la composición de la grasa ingerida se refleja en la grasa láctea.

Tanto la dieta previa, que ha determinado la composición de los ácidos grasos del tejido adiposo acumulado durante el embarazo, como la dieta actual, son los principales determinantes de la composición de ácidos grasos de los triglicéridos de la leche.

Una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados determina mayor contenido de éstos en la leche. Una dieta con predominio de carbohidratos sobre lípidos determinará síntesis de novo de ácidos grasos en la glándula, con mayor concentración de ácidos grasos saturados de cadena media.

Cuando la madre se encuentra en balance energético, los ácidos grasos derivados directamente de la dieta representan alrededor del 30% de los totales, mientras que cerca del 60% proviene de la síntesis tisular y de los depósitos adiposos.^{9,10}

No hay evidencias de que el colesterol y los fosfolípidos de la leche humana puedan modificarse con la dieta materna. La ingesta proteica materna no modifica los niveles de proteína total. Sin embargo, puede provocar modificaciones en la proporción relativa entre las proteínas del suero lácteo y la caseína. También tiene efectos sobre el nitrógeno no proteico.

En lo que respecta a los factores de defensa, la información existente es conflictiva, ya que se observan discrepancias en la literatura. Al analizar fracciones proteicas individuales, algunos investigadores demostraron que las

madres desnutridas producían leche con niveles más bajos de IgA y lactoferrina, mientras que otros autores no encontraron diferencias en el contenido de estas proteínas anti infecciosas. La lactosa es el parámetro de mayor estabilidad ante la variación de la dieta materna, incluso ante situaciones de desnutrición o suplementación.

Con respecto a los minerales, el yodo y el selenio se encuentran entre los que son dependientes de la dieta materna. Por el contrario, el calcio, hierro, cinc y cobre no se verían afectados por la dieta. Sin embargo, se ha observado que las concentraciones lácteas de hierro, cinc y cobre podrían variar según el área geográfica. Para el caso del cinc, algunos autores encontraron diferencias en el contenido de este mineral en leches de madres de países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que significaría que su concentración dependería de la ingesta, mientras que otros no encontraron diferencias. Algunos trabajos mencionan que la suplementación de cinc en la madre no mejora el nivel lácteo pero sí disminuye el descenso de la concentración del mineral que ocurre en el transcurso de la lactancia.¹⁰

En nuestro país, las encuestas referidas al consumo· indicarían ingestas marginales; a pesar de estos resultados, la concentración láctea de cinc se encontraría en rangos normales. Por otra parte, la ingesta de cinc durante la gestación estaría correlacionada con los niveles lácteos de cinc.

La dieta materna generalmente no afecta la concentración de calcio de la leche. Se observó que los niveles del mineral en mujeres suplementadas y no suplementadas son similares. Por otra parte, en poblaciones con consumo

habitual reducido de calcio, la leche materna presentaría concentraciones bajas de este mineral.

En algunos trabajos se mencionó que su contenido dependería de la ingesta de calcio durante el embarazo. La deficiencia de cobre en adultos es rara. No se informaron datos de anormalidad.

En el caso de la vitamina "A", su concentración estaría en relación directa con la alimentación y reservas de la madre, ya que la suplementación no se ve reflejada en el contenido lácteo hasta que los depósitos maternos están cubiertos. Con respecto a la vitamina "D", los efectos de la suplementación materna son muy variables. El efecto de la dieta materna sobre las vitaminas "E" y "K" requiere mayores estudios.¹⁰

Con respecto a las vitaminas hidrosolubles, en general se observa una estrecha relación de la concentración de tiamina, riboflavina, 86, 812 y C en la leche materna y la dieta de la madre. Las reservas de estas vitaminas en el lactante son bajas y se deplecionan rápidamente, lo que los hace muy dependientes del aporte.¹⁰

9.8 BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

Rojas, L. (2010). Opina que: "Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna".¹¹

Los beneficios de la madre contra el útero protege contra el cáncer ovario y seno, se reduce la depresión post parto. Se facilita la recuperación física del parto. La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebe en cada momento, proporciona al niño /a anticuerpo protege contra enfermedades infecciosas ayuda a la economía familiar evitando la compra de fórmulas especiales de alto costo.

La leche materna es una sustancia viva, contiene tantas células como la propia sangre. En algunas sabias culturas milenarias como en la India se la denomina "sangre blanca". Estas células pueden destruir activamente parásitos, bacterias y hongos contribuyen a regular la repuesta inmunológica, los gérmenes se multiplican menos, la leche materna no solo es un buen alimento, es además una buena medicina.

Beneficios emocionales: Son las ventajas psicológicas. Se supone que la lactancia materna es agradable, el efecto de la oxitócica disminuirá el estrés y por lo tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre- hijo.

La madre si da leche materna, tranquiliza o consuela al niño y se siente protegido. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo.

Beneficios nutricionales: La leche materna es la alimentación más completa para los lactantes. Tiene la composición ideal de agua, azúcares, grasa y proteínas que el bebé precisa para un crecimiento y el desarrollo óptimo.

Evita, también, una ganancia excesiva de peso por lo que previene la obesidad en edades posteriores. Se ha identificado una proteína (adiponectina) en la leche materna que parece proteger de la obesidad, la diabetes y afecciones arteriales coronarias.

Algunos estudios sugieren que los niños o lactantes prematuros alimentados con leche materna presentan un mayor desarrollo cerebral y mayor inteligencia que los que son alimentados con leche artificial. La digestión de los niños que toman leche materna, generalmente, es mejor que la de los que toman leches artificiales.

Beneficios inmunológicos: La leche de madre contiene los niveles más altos de estas propiedades inmunológicas. La leche materna es especialmente beneficiosa para los bebés de alto riesgo, ya que es más probable que estos niños(as) estén expuestos a infecciones: Gastrointestinales, respiratorias, de oído y urinarias con mayor facilidad, por lo que estos bebés alimentados con leche materna tienen menos posibilidades de contraer diarrea o enfermedades intestinales graves durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La leche materna es de fácil digestión lo cual cobra mayor importancia en los prematuros ya que es el alimento nutritivo que el bebé digerirá con mayor facilidad.

Es importante para cualquier bebé, pero es especialmente beneficioso para el aparato digestivo inmaduro de un prematuro. El bebé utiliza menos energía y asimila mejor los ingredientes básicos de la leche materna, de manera que los nutrientes, los factores inmunológicos y todos los demás "ingredientes" de la leche materna nutren las funciones fisiológicas del bebé y estimulan su crecimiento y desarrollo.

Beneficios odontológicos: La lactancia ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé. Cuando se produce la salida de los dientes de leche o dentadura primaria, los músculos de la cara, lengua y la forma de los maxilares juegan un papel muy importante en la posición de los dientes permanentes, aunque éstos aparecerán en la boca solamente varios años más tarde. Evita las caries del biberón son muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón.

9.9 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Ventajas para el niño. Tiene la composición ideal para el bebé y se adapta, variando la proporción de nutrientes, a medida que el niño crece también cambia la proporción de nutrientes durante el día y es distinta al principio y al final de la toma.

- Es rica en hierro que se absorbe mejor que el de la leche artificial y su proporción de calcio/fósforo es más adecuada.
- El bebé la digiere muy bien, prácticamente sin problemas.
- Los bebés que toman pecho padecen menos estreñimiento.
- Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas defensas que la madre pasa al bebe.
- Protege de la muerte súbita del lactante.
- Protege de enfermedades futuras asma, alergia, obesidad, diabetes, ulcerosa, arterioesclerosis e infarto de miocardio.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión.
- Tienen un mejor desarrollo cerebral.
- Favorece el desarrollo de los huesos. Ventajas para la madre.
- Fortalece el vínculo emocional madre-hijo.
- Es un momento muy placentero y gratificante para la madre y el bebé.
- Las madres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo con más facilidad.
- Favorece la involución uterina tras el parto (ayuda a que el útero, que ha crecido tanto durante el embarazo, vuelva a su tamaño normal).
- Existe menor riesgo de anemia, depresión e hipertensión después del parto.
- Las madres que dan de lactar tienen menos incidencia de cáncer de mama y ovario.
- Protege contra la osteoporosis.
- Disminuye el stress.
- Mejora la autoestima.
- Favorece la supresión de la Fertilidad.
- Evita la congestión mamaria.
- Estimula la producción de leche.

Ventajas para la sociedad:

- Debido al menor número de enfermedades en los niños que toman lactancia materna ocasiona menor gasto sanitario y de recursos públicos.
- Menor absentismo laboral de los padres por la menor incidencia de enfermedad en sus hijos.
- Ayuda a la economía familiar, reduciendo el gasto en alimentación (no hay necesidad de comprar leche ni biberones o tetinas).
- Es ecológica: no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.
- Los bebés que reciben leche materna sufren menos enfermedades y por lo tanto los gastos de internación hospitalaria son menores.
- Es importante porque reciben una alimentación adecuada y completa lo que hace que disminuyan los índices de mortalidad infantil.
- La lactancia materna es un elemento importante para prevenir la desnutrición infantil.
- Disminuye los índices de morbilidad.

9.10 PROYECTO DE MEJORA

En base al análisis de observación y recopilación de datos se detectó una de las problemáticas, que es la falta de orientación y aplicación de la lactancia materna exclusiva por lo que a continuación propongo propuestas de implementación en el servicio de alojamiento conjunto del hospital de la mujer Comitán para elevar la promoción de la lactancia materna exclusiva.

- Establecer normas para la implementación y desarrollo de acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años, garantizando el desarrollo de condiciones necesarias para la protección de la madre y el niño. El hospital debe tener una política escrita de lactancia que cubra los diez pasos y que debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madres y a los recién nacidos

pueda consultarla. Asimismo debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atiende a las madres y a los niños.

- Establecer políticas por escrito relativa a la lactancia materna exclusiva que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud. Ya que como promotores de la lactancia materna tendremos la obligación de Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

Todo el personal de salud en contacto con las mujeres lactantes debe tener el conocimiento y las habilidades necesarias para poner en práctica la política establecida. No se puede esperar que los profesionales sanitarios que no han recibido formación en la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente.

- Formar un comité de lactancia materna para la integración de herramientas de información, educación y comunicación. Es importante formar un comité de lactancia materna · ya que los profesionales serán los responsables de asesorar en la decisión de cómo alimentar a sus hijos, fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital para ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades.
- Implementar planes de información, educación y comunicación sobre la práctica de la lactancia materna dirigidos al personal de salud de alojamiento conjunto. Ayudará a elevar los conocimientos del profesional favoreciendo la buena práctica y aceptación de la lactancia materna.

- Promover el establecimiento de espacios para la extracción y conservación de lactancia materna que contribuya a continuar con el amamantamiento.

- Brindar atención nutricional y consejería en alimentación y nutrición a todas las mujeres atendidas en el área de alojamiento conjunto.
- Aplicación de normativa institucional sobre lactancia materna
- Fomentar establecimientos de grupos de apoyo para la atención de recién nacidos y madre.
- La unidad de alojamiento conjunto se debe ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos medicamente justificados.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva mediante folletos dirigidos a las madres que se encuentran en el servicio de alojamiento conjunto.
- Dar exposiciones en el área de alojamiento conjunto sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva por medio de pláticas y carteles.
- Convocar a especialistas en la temática lactancia materna exclusiva para promocionarla.
- Implementar videos recreativos sobre la importancia de la lactancia materna en la salas de alojamiento conjunto.
- . Promocionar lactancia materna exclusiva durante el ingreso de la paciente y durante la visita médica en el servicio de alojamiento conjunto.
- Contar con espacio idóneo para la realización de la consejería en lactancia materna alimentación y nutrición.
- Conformación y desarrollo continuo de los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Capacitación continua en lactancia materna para todo personal que está en contacto con mujeres en periodo de lactancia.

- Promover espacios de consejería y atención para la prevención y resolución de problemas de amamantamiento ubicada en nuestro centro de trabajo.
- Creación y desarrollo de los bancos de leche humana a nivel institucional para alimentar a los niños y niñas en situaciones especiales.

10.- MARCO TEÓRICO

En este capítulo se analizarán las diferencias entre la composición de la leche materna humana y la leche de vaca, las ventajas de la lactancia materna, las principales actividades de promoción de la alimentación al pecho, las contraindicaciones de este método de alimentación y la lactancia en algunas situaciones especiales.

10.1 EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

En la década de los años 50 se produjo un importante descenso en la prevalencia y la duración de la alimentación al pecho por factores como la comercialización de productos para la lactancia artificial, con sistemas de venta y propaganda inadecuados, la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral y las rutinas hospitalarias de muchas maternidades que no favorecían la lactancia

materna (separación del recién nacido de la madre, administración de biberones, demora en la primera toma de pecho, etc.).¹²

Como reacción al abandono masivo de la lactancia natural, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha diversas actividades para fomentar la alimentación de este tipo. Las principales fueron el control de la actividad de promoción de las leches artificiales, mediante la creación de un código de comercialización de leche artificial (aprobado en 1981, aunque entró en vigor en España en 1993) y el cambio en las rutinas hospitalarias de las maternidades, mediante la declaración conjunta de la OMS/UNICEF sobre la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia natural y la función especial de los servicios de maternidad, que incluye un decálogo de recomendaciones. Diez pasos para una feliz lactancia materna. ¹³

Al mismo tiempo, surgieron grupos de madres para dar apoyo a otras mujeres que estaban amamantando, como la Liga de la Leche (LLL), fundada en Chicago en el año 1956. Estas asociaciones imparten cursos para madres lactantes, desarrollan sesiones prácticas gratuitas de lactancia, participan en campañas de promoción y mantienen un servicio continuado de atención telefónica para las madres que tengan problemas con la lactancia. En los últimos años, se han sumado comités y asociaciones de profesionales sanitarios que desarrollan labores de apoyo y promoción de la lactancia materna. ¹³

Gracias a estas intervenciones, en los últimos quince años ha aumentado tanto el número de madres que inician la lactancia materna como el tiempo que éstas dan el pecho a sus hijos. Sin embargo, todavía se está lejos de cumplir la recomendación de la OMS, de la Academia Americana de Pediatría y del Comité

de la AEP (Asociación Española de Pediatría) de amamantar de forma exclusiva hasta el sexto mes de vida y continuar con la lactancia materna, acompañada de alimentos complementarios apropiados, hasta los dos años de edad o más.

Según los datos del Informe mundial sobre el estado de la infancia, publicados por UNICEF en 2004, en Europa el porcentaje medio de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses es del 140/o y en Latinoamérica, del 38%. Para mejorar los índices de lactancia es necesario continuar con los trabajos de promoción, ya que este método de alimentación cuenta con innumerables ventajas, tanto nutricionales como inmunológicas y psicológicas, frente a las fórmulas (Oíaz-Gómez, 2006).

10.2 COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA

La composición de la leche de cada mamífero es diferente y está adaptada a las necesidades de sus crías. Así, por ejemplo, la leche de los mamíferos de crecimiento rápido es más rica en proteínas que la de especies de crecimiento lento, como el hombre. Las diferencias entre la leche humana y la de vaca afectan a casi todos sus componentes y no sólo son cuantitativas, sino también cualitativas, lo que hace que la leche de vaca, en su forma natural, sin modificar, sea totalmente inadecuada para el recién nacido humano¹⁴

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 h del día
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No ofrecer a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Promover el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

La leche humana no tiene una composición constante. Es un fluido biológico complejo hecho a medida para el lactante humano, cuya producción es el resultado de un proceso dinámico, lo que explica que existan diferencias en la composición y el volumen de leche entre una madre y otra, y que en una misma mujer puedan existir variaciones de un día a otro, en distintos momentos del día (el contenido en grasa es mayor por la mañana) e, incluso, durante una misma toma (al final de la toma contiene más grasa y proteínas que al principio). Asimismo, su composición varía en relación con otros factores como la duración de la gestación, el periodo de lactancia y el estado de nutrición materno.

La composición de la leche materna se modifica a lo largo del periodo de lactancia, desde el calostro, la primera secreción de la glándula mamaria, a la leche madura, que se origina a partir de los 10-14 días después del parto. El calostro tiene una concentración más elevada de proteínas y sales minerales y un contenido más bajo en grasas, en relación con la leche madura. También existen diferencias entre la leche producida después de un embarazo a término

y la de un pre término. Esta última contiene más calorías, proteínas y grasas, lo que representa una ventaja para los recién nacidos prematuros, al favorecer su crecimiento. Por todo ello, al hablar de la composición de la leche materna se hace referencia a valores promedios. ¹⁵

10.2.1 PROTEÍNAS

La leche de vaca tiene un contenido en proteínas más elevado que la leche humana. En la primera predomina la caseína, más difícil de digerir que las proteínas del suero. Por otro lado, la proteína predominante en el suero de esta leche es la betalactoglobulina, que puede ser alergénica, mientras que en la leche humana predomina la alfa lactoalbúmina. También hay diferencias en el contenido de aminoácidos. Los niveles de taurina y glutamina son mucho más altos en la leche humana. La taurina desempeña un papel muy importante en la maduración del sistema auditivo y de la visión y en la función hepática. La glutamina interviene en el metabolismo y en la función de los enterocitos y de las células del sistema linfático, lo que contribuye a aumentar las defensas frente a las infecciones gastrointestinales. ¹⁶

10.2.2 GRASAS

La grasa es el constituyente más variable de la leche humana; la dieta de la madre y la duración de la lactancia influyen en su contenido, que varía desde los 2 g/100 ml en el calostro hasta los 4-4,5 g/100 ml en la leche madura. El 98,99% del contenido en grasa de la leche materna se encuentra en forma de triglicéridos, con pequeñas cantidades de colesterol y fosfolípidos. En la leche humana, el ácido linoleico representa el 15% del total de ácidos grasos; el ácido linoleico, el 4,5%; y el ácido docosahexanoico, el 0,36%. Estos ácidos grasos esenciales, que se encuentran en menor cantidad en la leche de vaca, son necesarios para el desarrollo cerebral, forman parte de las membranas celulares y transportan hormonas y vitaminas. Por el contrario, el contenido en ácidos grasos saturados de cadena larga (palmítico y esteárico) es mayor en la leche de vaca, lo que

aumenta el riesgo de hipercolesterolemia. Además, este tipo de ácidos grasos se absorbe peor. ¹⁶

10.2.3 CARBOHIDRATOS

La leche humana tiene un mayor contenido en carbohidratos que la de vaca. La lactosa es el carbohidrato pre- dominante en ambas leches, pero la leche de mujer también contiene oligosacáridos, glucoproteínas y glucoesfingolípidos, que intervienen en la maduración del tracto gastrointestinal y en los mecanismos de defensa frente a las infecciones. El mayor contenido en lactosa de la leche humana representa una ventaja, ya que mejora la absorción del calcio y favorece el desarrollo de una flora bacteriana intestinal fermentativa, lo cual disminuye la incidencia del estreñimiento. ¹⁷

10.2.4 MINERALES Y OLIGOELEMENTOS

La leche de vaca tiene un contenido en sales minerales excesivamente elevado para la reducida capacidad de excreción renal del recién nacido o el lactante pequeño. Los resultados de diversos estudios han demostrado la alta biodisponibilidad de los minerales contenidos en la leche materna. ¹⁷

Se ha demostrado que la alimentación con leche de vaca puede provocar una anemia ferropénica en el lactante, debido a su bajo contenido en hierro. También influye el hecho de que la leche de vaca interfiere en la absorción del hierro contenido en otros alimentos y puede causar intolerancia a las proteínas de leche de vaca y hemorragia intestinal macro- o microscópica.

La adecuada relación calcio-fósforo existente en la leche humana favorece la absorción del calcio al evitar la formación de fosfato cálcico insoluble. En cambio,

la grasa de la leche de vaca se absorbe peor y puede formar jabones cálcicos en la luz intestinal, que disminuyen la capacidad de absorción del calcio.

Por todo lo señalado anteriormente, la leche de vaca sin modificar no se debe emplear en la alimentación del niño durante el primer año de vida: En aquellas circunstancias en que la lactancia materna no sea posible, la única alternativa adecuada es el empleo de fórmulas adaptadas a las necesidades del niño.

10.2.5 VITAMINAS Y MINERALES

En general, el contenido en macro- y micronutrientes de la leche humana cubre de forma adecuada las necesidades del lactante durante los primeros seis meses de vida, con la excepción de la vitamina K, que se debe administrar a todos los recién nacidos como prevención de la enfermedad hemorrágica, dado que sus niveles en la leche son insuficientes para cubrir las necesidades del niño, y el yodo, que se tiene que suplementar durante el embarazo y la lactancia.

Se sabe que el contenido en yodo de la leche materna varía en función de la ingesta de la madre. La OMS ha recomendado la yodación universal de la sal como medida eficaz para conseguir la erradicación de los trastornos por déficit de yodo, que en la actualidad tienen una alta incidencia en numerosos países del mundo. Hay que promover el consumo de sal yodada durante el embarazo y la lactancia y administrar a la madre un suplemento de yodo de 200 µg/día para asegurar que el lactante recibe un aporte adecuado a través de la leche materna y evitar el daño cerebral por déficit de hormonas tiroideas. 18

El aporte de vitamina D a través de la leche materna no cubre los mínimos recomendados para asegurar la mineralización apropiada pero, dada la gran

capacidad que tiene la piel para producir esta vitamina bajo la influencia de la luz ultravioleta, la necesidad de administrar suplementos es poco frecuente y queda limitada a aquellos niños con piel oscura (en los que la síntesis cutánea de vitamina D es menor) o inadecuada exposición a la luz solar, los hijos de madres vegetarianas estrictas, que restringen la ingesta de alimentos ricos en vitamina D, y los lactantes prematuros. La dosis diaria recomendada en estas situaciones es de 200-400 UI (Greer, 2001). ¹⁸

En cuanto al hierro, a pesar de que su contenido en la leche materna es bajo, su alta biodisponibilidad, unida al hecho de que el niño nacido a término tiene suficientes reservas corporales, explica que los niños alimentados exclusivamente con lactancia materna durante los primeros seis meses de vida tengan un riesgo muy bajo de sufrir anemia ferropénica. En el caso de los prematuros, los depósitos de hierro pueden agotarse antes, por lo que se recomienda que estos niños reciban suplementos de hierro (2 mg/kg/d de hierro elemental) a partir de los dos meses de edad corregida. ¹⁸

10.3 CRECIMIENTO DEL NIÑO ALIMENTADO AL PECHO

Se recomienda controlar periódicamente el aumento de peso y talla del lactante y el número de micciones. Si el niño moja cinco, seis o más pañales al día con una orina clara, diluida, es indicativo de una ingesta adecuada. Para establecer una valoración adecuada, las medidas obtenidas (peso, talla) se deben comparar con las curvas de crecimiento elaboradas a partir de niños alimentados con lactancia materna exclusiva, ya que la velocidad de crecimiento durante los primeros meses de vida es diferente a la que se observa en los niños con lactancia artificial. La OMS ha realizado un estudio multicéntrico con la finalidad de elaborar unas nuevas curvas de crecimiento durante los primeros cinco años de vida, confeccionadas con recién nacidos a término, sin problemas de salud o

socioeconómicos limitadores del crecimiento, alimentados al pecho y cuyas madres no sean fumadoras. 19

Si el niño presenta un retraso del crecimiento hay que descartar enfermedades subyacentes, como la galactosemia y otras metabopatías, hipotiroidismo, infección de orina, etc.

10.4 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

10.4.1 A CORTO PLAZO

Composición ideal

El vaciamiento gástrico en los lactantes amamantados es más rápido que en los que toman leche artificial. Por otro lado, los nutrientes contenidos en la leche materna se digieren y absorben mejor.

Reducción del riesgo de infecciones

La leche materna aporta factores de defensa (IgA secretora, lactoferrina, lisozima, macrófagos, polinucleares, linfocitos T, etc.) que protegen al niño frente a las infecciones. Se ha demostrado que los niños alimentados al pecho tienen una menor incidencia de otitis media aguda, bronquiolitis, neumonías e infecciones de orina

(Díaz Gómez, 1997). Por otro lado, la lactancia materna mejora la composición de la flora bacteriana intestinal, con predominio de bifidobacterias y lactobacilos, que participan en mecanismos inmunomoduladores, antitumorales y antiinfecciosos. 5

Menor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal

Los prematuros alimentados con leche de sus madres padecen con menos frecuencia enterocolitis necrotizante neonatal. Se cree que esto guarda relación con la presencia de agentes antiinfecciosos e inmunomoduladores en la leche materna.

Menor riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante

Diversos estudios han demostrado una menor incidencia de muerte súbita en lactantes alimentados al pecho.

Mejor aceptación de otros alimentos

El sabor de la leche artificial no varía; en cambio, los niños alimentados al pecho experimentan una amplia gama de olores y sabores, lo que enriquece sus experiencias sensoriales y puede facilitarles la aceptación de otros alimentos durante el destete.

Menor percepción del dolor

Se ha demostrado que la alimentación al pecho tiene un efecto analgésico en los lactantes, con la disminución de sus respuestas a estímulos dolorosos agudos, lo que puede deberse al sabor dulce de la leche materna, a su contenido en betaendorfinas o al contacto entre la madre y el lactante que se produce durante el amamantamiento.

10.4.2 A LARGO PLAZO

Menor riesgo de enfermedades alérgicas

La alimentación durante los primeros meses de vida con leche materna evita el contacto con proteínas extrañas y antígenos bacterianos que pueden alterar la programación del sistema inmune e incrementar el riesgo de enfermedades alérgicas.

Mejora del desarrollo psicológico e Intelectual

Se ha observado que los niños alimentados al pecho desarrollan una personalidad más segura e independiente y alcanzan un mejor desarrollo psicológico. También tienen menor riesgo de sufrir abandono y maltrato. Se cree que esto guarda relación con el hecho de que la lactancia materna favorece el apego o la vinculación afectiva entre la madre y el lactante. Por otro lado, algunos componentes de la leche humana, como los ácidos grasos w-3 y w-6, y los oligosacáridos, cumplen una función importante en el desarrollo cerebral del niño y se han relacionado con un mejor desarrollo intelectual. ²¹

Menor riesgo de enfermedad celiaca y de diabetes mellitus tipo 1

La enfermedad celíaca es cuatro veces más frecuente, y aparece antes, entre lactantes alimentados con fórmulas de leche de vaca modificada que en los que continúan con lactancia materna hasta unos meses después de haber introducido el gluten. La diabetes mellitus tipo 1 también tiene una incidencia más alta en los niños que han recibido lactancia artificial; por ello, el grupo de trabajo sobre diabetes mellitus de la Academia Americana de Pediatría recomienda evitar las leches comerciales, y otros productos que contengan proteínas de leche de vaca intactas, durante el primer año de vida en familias con antecedentes de diabetes insulino dependiente.

Menor riesgo de cáncer

Varios estudios han demostrado un efecto protector de la leche humana frente a la leucemia aguda infantil, los linfomas y otros tipos de cáncer, como el tumor de Wilms.

Otros beneficios

La lactancia materna disminuye el riesgo de obesidad y de maloclusión dental. El efecto beneficioso de este tipo de alimentación sobre el desarrollo mandibular se debe a que la succión del pecho exige la contracción sincronizada de la musculatura perioral, forzando la protrusión de la lengua y la mandíbula. Se ha comprobado que los lactantes amamantados tienen la bóveda palatina más ensanchada y descendida y menor retrognatismo mandibular.

10.4.3 A CORTO PLAZO PARA LA SALUD DE LA MADRE

Mejora de las reservas de hierro

La oxitocina que se produce durante la lactancia disminuye el sangrado puerperal. Además, la falta de menstruaciones en la madre lactante representa un importante ahorro de hierro.

Pérdida de peso

Las necesidades energéticas son un 30% mayores en las mujeres lactantes que en las no lactantes. La mayoría de las madres pierden peso (alrededor de 0,5 kg/mes) durante las primeras semanas que siguen al parto, sin que ello repercuta en el volumen de leche producido. Esta pérdida de peso suele ser mayor (1-2 kg/mes) en las mujeres que han aumentado más de peso durante la gestación. Si la madre mantiene una dieta normal, sin excesos, la lactancia facilita la recuperación fisiológica del peso previo al embarazo. ²²

10.4.4 A LARGO PLAZO PARA LA SALUD DE LA MADRE

La lactancia prolongada disminuye el riesgo de sufrir fracturas osteoporósicas tras la menopausia. También se ha demostrado una disminución del riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama (en un 4,3% por cada doce meses de

lactancia materna). Por último, la lactancia materna proporciona a la mujer un sentimiento de satisfacción y mejora la autoestima. 22

10.5 PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

No basta con los esfuerzos realizados por organismos como la OMS y UNICEF y con la importante labor desarrollada por las asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia materna; los profesionales sanitarios también deben sentirse comprometidos en esta labor.

Para que la madre pueda decidir con libertad cómo quiere alimentar a sus hijos, tiene que recibir una información adecuada a su nivel de conocimientos y planteada con rigor sobre los beneficios, los inconvenientes y las dificultades de la lactancia. Las campañas de información deben incluir a los familiares, por la influencia que ejercen sobre ella. Es importante evitar las contradicciones, mediante el desarrollo de protocolos consensuados entre todos los profesionales sanitarios que atienden a las madres en los que figure la respuesta que se ha de dar a cada problema de lactancia para que sea la misma, independientemente de la persona que la transmita.

Para poder ayudar a las madres con dificultades en el inicio y mantenimiento de la lactancia es importante conocer los factores que intervienen en la secreción y salida de la leche y observar una toma para corregir los errores.

A continuación se abordarán algunos conceptos básicos sobre fisiología y técnica de la lactancia, las principales rutinas hospitalarias que favorecen su inicio y

consejos para proporcionar apoyo a las madres en los periodos críticos durante esta etapa.

10.6 FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA

Se distinguen dos etapas en el proceso que conduce a la secreción de leche en la mama: la lactogénesis I y la II. La lactogénesis I comprende todos aquellos cambios necesarios para que la mama pueda producir leche. Aunque esta etapa se completa en la segunda mitad del embarazo, los altos niveles de progesterona existentes en ese periodo inhiben la secreción láctea. La lactogénesis II comprende los cambios que ocurren en la mama para que se inicie la secreción abundante de leche. Esta segunda etapa, conocida como subida de la leche, se pone en marcha tras la desaparición de la progesterona, cuando ha tenido lugar el alumbramiento de la placenta. La mayoría de las madres la perciben como un aumento del tamaño de las mamas, con sensación de plenitud y dolor entre el segundo y el tercer día después del parto.²³

Las dos principales hormonas que intervienen en la lactancia son la prolactina, que se produce en la hipófisis anterior y actúa sobre los alvéolos mamarios estimulando la síntesis de leche, y la oxitocina, que se origina en la hipófisis posterior y provoca la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos, de forma que la leche secretada pasa a los canalículos y, de ellos, a los canales lácteos, para llegar a los senos galactóforos, que desembocan en el pezón.

La oxitocina también estimula las contracciones del útero y es, asimismo, capaz de provocar la liberación de prolactina. Los principales estímulos para la secreción de prolactina y oxitocina y para asegurar, por tanto, una producción adecuada de leche, son la succión del pezón y el vaciamiento de la mama. En

ausencia de succión, la producción de leche cesa entre los 14 y los 21 días después del parto.

La prolactina se secreta de manera constante, aunque en mayor cantidad durante la succión, mientras que la oxitocina se produce sólo cuando se induce el reflejo de eyección (o reflejo de salida de la leche). Este reflejo está muy influido por factores psicológicos. La ansiedad materna, el estrés o la fatiga pueden inhibirlo. El reflejo puede ser desencadenado por la succión del pezón y como respuesta a diversos estímulos anticipatorios de la toma, como oír el llanto del niño, ver al niño o pensar en la lactancia.

10.7 TÉCNICA CORRECTA DE ALIMENTACIÓN AL PECHO

La madre debe procurar mantener al niño despierto y tranquilo durante la toma, evitando los ruidos, la luz intensa y otros estímulos que puedan molestarlo, y buscar la postura que le resulte más cómoda para dar el pecho: acostada en decúbito lateral, con el niño frente a ella; sentada, en la posición tradicional, con el niño recostado sobre su antebrazo; en posición de "balón de rugby" con el cuerpo del niño por debajo del brazo de la madre, rodeándole la cintura; o con el niño sentado, colocándolo en vertical frente al pecho.

Cualquiera que sea la postura que se adopte, lo importante es que el cuerpo del niño quede de cara a la madre (ombligo frente a ombligo), sujetándolo de manera que el cuello esté recto y la boca del niño a la altura del pecho. Hay que evitar que el bebé se vea obligado a flexionar o a rotar la cabeza, pues eso dificulta la succión.

La madre sostendrá el pecho con la palma de la mano, procurando que quede libre toda la areola. Puede apoyar suavemente el pulgar por encima (en forma de C), lejos del pezón y sin apretar, para evitar que éste se doble hacia arriba, lo que provocaría una posición incorrecta. Al rozar suavemente sus labios con el pezón, como respuesta, el niño abre la boca (reflejo oral de búsqueda). Cuando el bebé tenga la boca bien abierta, la madre debe mover el brazo con el que está sujetándolo para acercarlo bien a su pecho.

La madre tiene que procurar que el niño introduzca en la boca la mayor parte de la areola, de tal manera que durante la succión la encía comprima rítmicamente los senos galactóforos situados inmediatamente debajo de la areola, facilitando la extracción de la leche, sin que se dañe el pezón. Cuando el niño está adecuadamente colocado, su boca queda muy abierta y el labio inferior doblado hacia atrás a unos 2-3 cm de la base del pezón. El labio inferior no debe estar vuelto hacia dentro, pues esto dificulta la succión. Cuando el niño está mamando en una posición correcta, se verá la mandíbula moverse rítmicamente acompañada de las sienes y las orejas; también puede oírse la deglución de la leche.²⁴

Si al finalizar la toma el niño se queda dormido sin soltar el pezón, la madre puede introducir con cuidado el dedo en la comisura bucal del niño, separando ligeramente las encías para ayudar a que suelte el pecho sin lastimar el pezón.

Hay que evitar los horarios rígidos, procurando que el recién nacido tome el pecho cuando lo solicite, ofreciendo ambos pechos en cada toma. Conviene ir alternando la mama que se ofrece en primer lugar en cada toma, para asegurar una buena estimulación del pezón y un adecuado vaciamiento de ambos pechos.

Tampoco hay que limitar la duración de la toma, para no impedir que el niño ingiera la leche del final de la tetada, que tiene una concentración mayor de grasa

10.7.1 RUTINAS HOSPITALARIAS QUE FAVORECEN LA LACTANCIA MATERNA

Se ha demostrado un efecto beneficioso sobre el inicio y la duración de la alimentación al pecho cuando en las maternidades se inicia la lactancia lo más pronto posible y se permite compartir la habitación a la madre y al hijo, así como un efecto negativo de la toma innecesaria de biberones o del empleo de chupetes.

Contado piel con piel en la sala de partos

Se recomienda que todos los recién nacidos sanos sean colocados desnudos, inmediatamente después del parto, sobre el abdomen de la madre, procurando que este contacto piel con piel se mantenga sin interrupciones hasta que el recién nacido tome el pecho por primera vez, generalmente a los 50 minutos después del parto. Se ha comprobado que este contacto piel con piel y el amamantamiento en el postparto inmediato estrecha la relación afectiva entre madre e hijo, mejora la adaptación metabólica del recién nacido y contribuye a que mantenga una temperatura corporal adecuada. Por otro lado, la succión provoca la liberación de oxitocina en la madre, que facilita la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto.

Alojamiento conjunto (rooming-in)

Es preciso que durante los días de hospitalización post- parto la madre pueda tener acceso sin restricciones al niño para favorecer el proceso de vinculación y la lactancia sin horarios. Si es necesario llevarse al niño para procedimientos hospitalarios, el periodo de separación no será superior a una hora.

Evitar los suplementos de biberón

La alimentación a través de la tetina de un biberón requiere un mecanismo de succión distinto al del pezón, lo que dificulta que el niño aprenda a mamar. Mientras que al tomar el pecho los labios del niño se ajustan perfectamente a la areola y los músculos de la mejilla y la lengua se contraen para succionar la leche, al tomar el biberón los labios quedan flojos, los músculos de las mejillas están relajados y es la lengua la que actúa principalmente como reguladora de la salida de leche. Si se ofrece el pecho y el biberón, el niño debe cambiar con frecuencia de una técnica de alimentación a otra, lo que condiciona que, generalmente, acabe rechazando el pecho y prefiriendo el biberón. Por esta razón, no ha de utilizarse el biberón para administrar suplementos de leche, agua ni infusiones. Si, por alguna circunstancia especial (como la pérdida excesiva de peso, > 10%, en los primeros días de vida) se tienen que administrar suplementos de leche adaptada de inicio; es preferible que el aporte de estos suplementos se haga utilizando, en vez del biberón, un vaso, una cucharilla, una jeringa, un cuentagotas o un suplementador de lactancia. ²⁵

Evitar los chupetes

Hasta que la lactancia materna esté bien establecida no es recomendable el uso de chupetes, pues se debe permitir que el niño aprenda a succionar el pezón sin introducir objetos artificiales que interfieran con este aprendizaje.

Apoyo en los periodos críticos

El motivo más frecuente aducido por las madres para el abandono precoz de la lactancia es la producción insuficiente de leche. La verdadera hipogalactia, por insuficiencia del tejido glandular o por déficit de prolactina, es poco frecuente (menos del 2% de las mujeres). En la mayoría de los casos se trata de una

impresión subjetiva de la madre que interpreta mal el llanto del niño, al atribuirlo, erróneamente, a que se queda con hambre, o de una pérdida de motivación materna hacia la lactancia, que la madre intenta justificar como un fallo en su secreción láctea. 25

En otros casos se trata de un episodio de disminución transitoria de dicha secreción. Estos episodios, denominados crisis de hipogalactia o crisis transitoria de lactancia, son secundarios a situaciones de fatiga o estrés emocional o coinciden con periodos en los que el niño experimenta brotes de crecimiento y sufre una exacerbación del apetito, por lo que la producción de leche materna queda por debajo de sus demandas.

Para superar estas crisis de hipogalactia se aconsejará a la madre que amamante de forma frecuente, que no limite la duración de la toma y que evite el empleo de biberón. También es importante que procure estar cómoda durante la toma, que intente dormir mientras el niño duerme y que disponga de dos periodos de descanso a lo largo del día, de una hora de duración, para recostarse, oír música, leer o cualquier otra actividad que la relaje.

Las madres que lactan tienen más sed y beben una media de dos litros de líquidos diariamente. Se ha demostrado que forzar la ingesta de líquidos no sólo no aumenta la producción de leche, sino que incluso puede tener un efecto negativo.

Es conveniente que contacte con otras madres que hayan tenido experiencia en lactar, ya que sus comentarios y consejos pueden ayudar a resolver dudas o dificultades y aumentar la confianza en la lactancia.

Por último, se aconsejará a la madre que durante el periodo de lactancia evite el consumo de alcohol, cafeína y tabaco. Por un lado, la nicotina y el consumo de bebidas alcohólicas hacen que cambie el sabor y el olor de la leche y puede provocar el rechazo del pecho. Además, el alcohol bloquea la liberación de oxitocina, dificultando la salida de la leche. Por otro lado, como el lactante tiene reducida la capacidad para oxidar el alcohol, el que recibe a través de la leche materna, aunque sea en pequeñas cantidades, puede tener un efecto negativo en su conducta, ritmo de sueño y desarrollo psicomotor.

La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el café, el té, refrescos con cafeína y el chocolate, si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día), pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño. Por último, la nicotina inhibe la liberación de prolactina y disminuye la producción de leche, interfiere con el reflejo de eyección y, al pasar a la leche, puede tener efectos adversos en el niño (baja ganancia de peso, mayor incidencia de cólicos del lactante). A ello se suman los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, tos y asma.

10.8 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

En numerosas ocasiones, la lactancia materna es interrumpida por motivos no justificados. El desconocimiento sobre las contraindicaciones de la lactancia materna por los profesionales sanitarios puede llevar a decisiones equivocadas.

En la práctica, son muy pocas las situaciones que contraindican la lactancia (Díaz Gómez, 2005).²⁶

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna y, por ese motivo, la infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial. La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponerse de alternativas seguras.²⁶

Por este motivo, la OMS recomienda que en dichos países las madres infectadas por VIH mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.¹⁰

Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-1)

La infección por el virus HTLV-1 es endémica en el sur de Japón, Asia, algunas zonas del Caribe, el África subsahariana, Centroamérica y Sudamérica y podría aumentar en los países europeos debido a la inmigración.

Se ha demostrado la transmisión de este virus (agente causal de la leucemia/linfoma de células T del adulto y una mielopatía crónica) a través de la leche materna. Por ello, la infección en la madre por el HTLV-1 es una contraindicación para la alimentación al pecho, siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados.

Galactosemia

La lactancia materna está contraindicada en los niños afectos de galactosemia, enfermedad metabólica que obedece a un déficit en alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa. La principal fuente de la galactosa es la lactosa contenida en la leche; por ello, los niños afectos de galactosemia deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento. Hay que excluir la leche y todos los productos lácteos y sustituirlos por fórmulas sin lactosa o fórmulas de soja. Algunas formas leves pueden recibir lactancia materna parcial.

Fármacos y tratamientos

Pocas enfermedades maternas requieren tratamiento con fármacos que contraindiquen la lactancia. Como ejemplos de estas situaciones excepcionales se pueden citar la quimioterapia y la radioterapia en el tratamiento del cáncer; algunos casos de prolactinoma (adenoma hipofisario secretor de prolactina), especialmente los macroadenomas, que requieren tratamiento con bromocriptina o cabergolina, y el consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetaminas y marihuana. La metadona, en cambio, no comporta riesgo para el lactante, ya que pasa en cantidades mínimas a la leche materna. Por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, en los que mejora la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización. La lactancia materna también se debe suspender cuando haya que administrar a la madre isótopos radioactivos con fines terapéuticos o diagnósticos. La madre puede extraerse la leche los días previos para dársela al niño durante esos días, hasta que pueda ponerlo nuevamente al pecho; la leche extraída, mientras tenga isótopos radioactivos en su organismo, debe ser desechada. Otras pruebas de radiodiagnóstico, como las radiografías, la

tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética (aunque requieran el empleo de medios de contraste), no contraindican la lactancia.

10.9 LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES

Varicela10.9.1 LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZOS GEMELARES

La lactancia materna en gemelos es posible, aunque entraña mayor dificultad. La cantidad de leche producida por la mama se adapta a las demandas, de manera que en las madres de gemelos se incrementa hasta casi el doble, y es aún mayor en las madres de trillizos, en las que puede alcanzar la cantidad de unos tres litros diarios.

Es aconsejable la lactancia simultánea, amamantando al mismo tiempo a los dos gemelos, ya que ahorra tiempo y de esta manera disminuye la fatiga y el estrés. Para ello se pueden adoptar diferentes posturas, una de las más utilizadas es la postura en "balón de rugby".

10.9.2 LACTANCIA MATERNA EN EL NIÑO PREMATURO

La Academia Americana de Pediatría, en su reciente declaración sobre la política relacionada con el uso de la leche materna (American Academy of Pediatrics, 2005), establece que es el mejor alimento para todos los niños, incluyendo los prematuros y otros recién nacidos de alto riesgo, y recomienda que estos niños se alimenten al pecho o reciban leche materna extraída y que se estimule el contacto piel con piel entre madre e hijo tan pronto como sea posible.

Leche materna administrada por sonda

En el prematuro de peso superior a 1.500 g la leche materna es capaz de cubrir todas las necesidades nutricionales del niño. La forma de administrar la leche al prematuro depende de que tenga reflejo de succión o carezca de él. En este último caso se administrará por sonda. Si no hay ninguna circunstancia que lo contraindique, tras extraerse la leche, la madre puede intentar que el niño succione el pezón mientras se le alimenta por sonda. Se ha demostrado que la succión no nutritiva aumenta la producción de lipasa lingual y la maduración del reflejo de succión y, por ello, mejora la tolerancia a la alimentación enteral facilita la transición a la alimentación oral y acorta la estancia hospitalaria. Es preferible administrar la leche materna en bolos intermitentes, ya que cuando se administra en perfusión continúa parte de la grasa queda adherida a las paredes de la jeringa y los tubos. Si hay que recurrir a este método de alimentación, el periodo máximo de perfusión continua de la leche materna será de una hora y la jeringa de infusión debe ser colocada hacia arriba, agitándola con frecuencia ²⁶

Es importante proporcionar a las madres, lo antes posible, apoyo e información sobre la forma de extraerse la leche y almacenarla para evitar el riesgo de contaminación.

Extracción y almacenamiento de la leche materna Para que el reflejo de vaciamiento funcione adecuadamente, es importante que la posición sea cómoda y el ambiente tranquilo y relajado. La madre debe lavarse las manos con agua caliente y jabón antes de manipular sus pechos o el recipiente en el que vaya a almacenar la leche extraída. El calor húmedo estimula la salida de la secreción láctea; por ello, antes de iniciar la extracción, se pueden aplicar compresas o toallas calientes sobre las mamas, una ducha caliente o sumergir el pecho en agua tibia (en la bañera o en un recipiente). La salida de la leche también se facilita al inclinar el cuerpo hacia delante y sacudir el pecho suavemente, y con estímulos externos, como mirar una foto de su hijo, o el masaje de la mama.

Se indicará a la madre que realice un masaje, apretando suavemente el pecho con la punta de los dedos, desde la parte más distante hacia la areola. La posición de los dedos se va cambiando para practicar el masaje por todos los cuadrantes de la mama.

A continuación, se procederá a la extracción manual o con una bomba (sacaleches) mecánica o eléctrica. Son más eficaces los sacaleches eléctricos de doble bombeo. Para la extracción manual tiene que colocar la mano en el borde de la areola, a unos 3 o 4 cm por detrás del pezón, con el pulgar por encima y los otros dedos por debajo de ella. Con suavidad, tiene que presionar hacia atrás, hacia las costillas, y después comprimir la mama entre el pulgar y los otros dedos, tratando de juntarlos. Debe seguir comprimiendo el pecho mientras se separa la mama de la pared torácica, sin deslizar los dedos sobre la piel (movimientos como de rodillo) y repetir estos movimientos (empujar hacia las costillas, comprimir suavemente y rodar hacia fuera) de forma rítmica, a una velocidad que resulte cómoda. Debe ir cambiando los dedos de posición, retándolos alrededor de la mama, para vaciar todos los cuadrantes.

Conviene que la madre empiece a extraerse la leche lo antes posible tras el parto. Se recomienda que, al principio, la extracción de leche se realice en sesiones de entre 3 y 5 min en cada pecho, varias veces al día, incrementando de forma gradual el tiempo y el número de veces por día. La producción de leche aumenta con extracciones frecuentes (cada dos horas por el día y cada tres horas por la noche). Puesto que la secreción láctea del final de la toma tiene mayor contenido en grasa, es conveniente prolongar la extracción durante 10 o 15 minutos para aumentar el contenido energético de la leche.

La leche extraída se puede almacenar en recipientes estériles en un refrigerador (de dos a tres días) o en un congelador separado de la nevera (de tres a seis meses). Es necesario descongelarla lentamente, pasándola a la nevera, y calentarla al baño maría. No se debe hervir ni calentar en el microondas para evitar la pérdida de algunas proteínas y vitaminas.

Cuando han transcurrido más de dos semanas del parto, se recomienda mezclar la leche materna reciente con la extraída y almacenada durante los primeros días, ya que la leche producida después de un parto prematuro tiene un mayor contenido en proteínas, ácidos grasos, sodio, cloro, magnesio y hierro, en comparación con la leche que se produce después de un parto a término, pero estas diferencias van disminuyendo y prácticamente desaparecen después de los catorce días del parto; por ello, a partir de la tercera semana se aconseja mezclarla con la de los primeros días, si la madre ha podido almacenarla .

Primeras tomas de pecho

Los prematuros pueden succionar correctamente el pecho desde la semana 32 de edad postconcepcional o incluso antes. Se aconsejará realizar la toma durante el contacto piel con piel.

Uno de los aspectos más difíciles es lograr que el niño se interese en alimentarse al pecho si durante varias semanas o meses ha estado alimentándose con biberón o sonda nasogástrica.

Antes de iniciar la toma, se puede facilitar la salida de la leche mediante la estimulación del pezón y la extracción manual de una pequeña cantidad de leche.

La leche extraída se puede dejar goteando en el pezón o en la boca del niño para que éste se interese en mamar.

Si a pesar de ello el niño se muestra reacio a coger el pecho, utilizando un cuentagotas o un vaso, se puede dejar gotear un poco de leche directamente sobre la areola.

Puesto que la succión requiere mucha energía, los prematuros tendrán que hacer toma corta y frecuente. Es importante asegurarse de que la posición del niño sea la correcta para que la succión sea eficaz. La posición en "balón de rugby" o la posición sentada, con el niño vertical frente al pecho y la cabeza un poco extendida, pueden facilitar la toma.

Las tomas pueden alargarse porque el niño se cansa y deja de succionar o se duerme. Si esto ocurre, la madre puede realizar un masaje suave del pecho cuando el niño haga una pausa durante la toma, con el fin de facilitar la salida de la leche y que el niño continúe succionando.

10.9.3 FENILCETONURIA

La forma clásica de esta enfermedad hereditaria, autónoma recesiva, obedece a un déficit de fenilalanina hidroxilasa, enzima que interviene en la síntesis de tirosina a partir de la fenilalanina. El tratamiento es dietético y se basa en un aporte restringido de fenilalanina. Como este aminoácido es esencial, hay que suministrarlo en cantidades mínimas para garantizar la síntesis proteica.

La leche materna tiene un contenido relativamente bajo de fenilalanina (29-64 mg/dl), por lo que se puede administrar junto con una leche especial sin

fenilalanina, controlando los valores de este aminoácido en sangre (deben estar entre 2 y 6 mg/dl) para ajustar en función de ello la cantidad de leche materna.

10.9.4 PROBLEMAS FRECUENTES DE LAS MAMAS

Pezón plano o invertido

Ni el pezón plano (no sobresale al estimularlo) ni el pezón invertido (se retrae al apretar la areola) impiden la alimentación al pecho: Es importante informar a la gestante de que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más ayuda y paciencia al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear un sacaleches, eléctrico o mecánico, bombeando suavemente hasta que el pezón salga. También está aconsejado el uso de pezoneras hasta que se solucione el problema.

Dolor y grietas en el pezón

Esta complicación, generalmente, se presenta como consecuencia de una técnica inadecuada de lactancia. Para reducir las molestias se recomendará a la madre que ofrezca el pecho menos dolorido primero, ya que la succión es más vigorosa al principio, y que mantenga el pezón seco, exponiéndolo al aire después de cada toma.

También puede ser útil aplicar sobre la grieta leche extraída del mismo pecho y dejarla secar al aire, o bien utilizar cremas destinadas a este fin.

Ingurgitación

Se presenta como consecuencia de una retención de leche que se prolonga durante varios días y origina un aumento de la presión en los conductos lácteos y en los alvéolos, con dificultad para el drenaje venoso y linfático. Se manifiesta

por sensación de tensión, dolor, enrojecimiento y calor en las mamas. No hay fiebre ni sintomatología general.

Al distenderse la areola, se borra el pezón, lo que dificulta que el niño se agarre bien al pecho y produce dolor y grietas, con lo que se entra en un círculo vicioso que puede desembocar en mastitis.

Se recomendará a la madre que antes de poner al niño al pecho, para facilitar la salida de la leche, aplique calor local y masaje y extraiga un poco de leche, de forma manual o con sacaleches, para disminuir la tensión de la areola, de forma que quede blanda y facilite el agarre.

También se debe aumentar la frecuencia de las tomas y, si es necesario, completar el vaciado mediante extracción manual o con sacaleches. La aplicación de frío local entre las tomas (mediante compresas de gel frío o bolsas de hielo envueltas en una toalla), por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio, reduce la ingurgitación y alivia el dolor.

Mastitis

La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afecto. Se acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

El tratamiento de estos cuadros debe iniciarse precozmente, en las primeras 24 h, para reducir el riesgo de complicaciones (absceso mamario, mastitis recurrente). No está indicado suspender la lactancia materna, ya que la infección no se transmite al niño y se ha demostrado que si se mantiene la alimentación al pecho mejora la evolución de la mastitis.

La madre puede ofrecer primero el pecho sano, para poner en marcha el reflejo de eyección y que le resulte más fácil sacar después la leche del pecho afecto. Debe aumentar la frecuencia de las tomas. También está indicado el reposo en cama.

Si con las medidas anteriores no se produce una mejoría clara del cuadro en 12 o 24 h, no es posible controlar la evolución inicial de la paciente o los síntomas son graves, se administrarán antibióticos. La duración del tratamiento debe ser de entre 10 y 14 días, para evitar recidivas.

10.9.5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS MATERNAS

Hepatitis

La principal vía de transmisión del virus de la hepatitis A es la fecal-oral. La transmisión vertical es rara. Si la madre sufre una infección por este virus en el último trimestre de la gestación o durante la lactancia, puede continuar con la alimentación al pecho y se administrará al lactante lo antes posible (antes de las dos semanas siguientes a la exposición) inmunoglobulina polivalente y la vacuna contra la hepatitis A.

Aunque se ha aislado el virus de la hepatitis B en la leche materna, el riesgo de transmisión de esta enfermedad a través de la leche es muy bajo. La

administración de inmunoglobulina antihepatitis B y la primera dosis de la vacuna antes de las 24 h de vida, en diferentes lugares de inyección, permite que la madre infectada por el virus de la hepatitis B pueda alimentar al niño al pecho sin riesgos.

El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C a través de la leche materna también es bajo, aunque aumenta cuando la madre también es portadora del VIH o si se trata de una hepatitis activa, con sintomatología clínica. La infección por este virus no contraindica la lactancia materna, excepto en los casos señalados.

Citomegalovirus

Se ha demostrado la transmisión del citomegalovirus a través de la leche materna. En los lactantes a término, la infección cursa de forma asintomática o con síntomas leves y no deja ningún tipo de secuelas. En estos niños, la lactancia materna no está contraindicada, pero sí lo está en los lactantes prematuros y en los que sufren algún tipo de inmunodeficiencia, que tienen mayor riesgo de presentar síntomas graves y secuelas neurológicas. La pasteurización inactiva el citomegalovirus y reduce su probabilidad de transmisión.

Herpes simple

El virus del herpes simple se ha aislado en la leche materna, pero su transmisión por esta vía es rara. Únicamente si la madre presenta lesiones herpéticas activas en los pezones o cerca de ellos debe interrumpirse la lactancia hasta que las lesiones sanen.

Tuberculosis activa

El bacilo de la tuberculosis no se ha aislado en la leche materna. La transmisión es por vía respiratoria. Si se diagnostica al final de la gestación o después del parto, se ha de tratar a la madre lo antes posible, aunque existe controversia sobre la necesidad de separar al niño de la madre.

La OMS (1998) aconseja no separarlos y administrar al niño isoniacida durante seis meses si la madre lleva menos de dos meses de tratamiento, mientras que algunos autores recomiendan la separación de la madre y el hijo hasta que hayan transcurrido las dos primeras semanas de iniciado el tratamiento y la madre ya no sea contagiosa. 10

El virus varicela-zoster puede atravesar la placenta y ocasionar un cuadro de varicela congénita o de varicela perinatal. Si el contagio ocurre entre los veinte y los cinco días antes del parto, generalmente produce un cuadro leve, debido al efecto protector de los anticuerpos maternos frente a este virus que han sido transmitidos a través de la placenta. Pero cuando el contagio ocurre en los últimos cinco días del embarazo o en las primeras 48 horas después del parto, puede generar una infección grave en el recién nacido (varicela diseminada). Para prevenirla, se debe administrar al niño inmunoglobulina específica y aislarlo temporalmente de su madre hasta que ésta no sea contagiosa, generalmente entre seis y diez días después del inicio del exantema.

Por último, si la infección materna se produce durante la lactancia, después de las 48 h siguientes al parto, no es necesario aislar al niño y, si la madre no presenta lesiones en la mama, puede continuar con la lactancia. El tratamiento de la madre con Aciclovir no contraindica la lactancia.

10.9.6 DESTETE

El destete brusco puede ocasionar problemas a la madre y al lactante; por ello se aconsejará que el destete se realice de forma gradual, con la introducción lenta de los alimentos complementarios que se iniciará a partir de los seis meses de edad, ofreciéndolos después del pecho, con cuchara y sin forzar.

Puesto que no existe ninguna evidencia científica que demuestre que en una determinada edad se deba realizar el destete completo, la decisión la han de tomar la madre y su hijo. Todos los niños acaban dejando el pecho de forma espontánea, aunque la madre no induzca el destete.

10.9.7 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Uno de los aspectos sobre el que más hincapié hace los estudios sobre lactancia materna es la necesidad de contar con una buena formación de los profesionales sanitarios. Las enfermeras cuentan con recursos propios para poner al día sus conocimientos; a través de la metodología enfermera, las taxonomías NANDA-NOC-NIC (NNN) Johnson, 2003; McCloskey, 2003; NANDA, 2007) recogen todos los aspectos de los cuidados en relación con la lactancia materna que estos profesionales sanitarios pueden proporcionar. 7,8

El uso de las taxonomías aplicadas a planes estandarizados sobre lactancia materna puede resolver el déficit de conocimientos de los profesionales. Además, se cuenta con una bibliografía permanentemente actualizada, donde se recogen los últimos avances en cuanto a diagnósticos, resultados e intervenciones relacionados con la lactancia materna.

En los encuentros bianuales que realiza la NANDA se discuten y actualizan las taxonomías NNN. Por lo que, si se recurre a las fuentes apropiadas, se podrán mantener al día los conocimientos sobre el trabajo propio de la enfermera.

El plan que se propone a continuación es el resultado de un trabajo de investigación realizado en Málaga en el año 2004 y que ha puesto de manifiesto la utilidad del uso de las taxonomías NNN. 9

Se ha confeccionado un plan de cuidados centrado en la lactancia materna, seleccionando tres diagnósticos: lactancia materna ineficaz, lactancia materna eficaz e interrupción de la lactancia materna, con sus correspondientes definiciones, posibles manifestaciones y factores relacionados.

10.10 EPIDEMIOLOGIA

Conocer la prevalencia, duración y características de la LM en cada país es fundamental a la hora de decidir qué medidas de promoción y protección a la LM son necesarias llevar a cabo. Este tipo de estudios epidemiológicos requieren recursos humanos y económicos que muchas veces no son aportados por los distintos países, lo que conduce a una carencia de datos actualizados. Otro problema es que, a veces, ni los indicadores recogidos ni la metodología empleada se ajustan a las recomendaciones estandarizadas de la OMS lo que dificulta realizar estudios comparativos.²

10.11 PREVALENCIA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA

Pese a los beneficios de la práctica de la LM, a nivel global, las tasas de lactancia materna continua descendiendo pasando de un 74% a un 46% (UNICEF, 2016). Datos de UNICEF (2016) muestran que de los 140 millones de nacimientos vivos en 2015, 77 millones de recién nacidos debieron esperar demasiado tiempo para ser amantados, es decir, solo se le ofreció pecho al 45% de los recién nacidos en el mundo dentro de la primera hora posterior al parto. 9,10

10.11.1 PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA

La composición de la leche materna por si sola satisface las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, además de otorgar protección inmunológica contra las infecciones.³

En la medida que los trabajadores de la salud conozcan mejor las propiedades nutricionales e inmunológicas de la leche materna tendrán una mayor confianza en ella y serán sus principales promotores.⁴

10.11.2 PROPIEDADES NUTRIMENTALES

En términos nutricionales, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el período en que un solo alimento es la fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos.¹⁵

Los principales componentes de la leche humana son: agua, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas.¹⁵

10.12 EDUCACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

La educación sobre la lactancia materna (ESLM) es ofrecer información suficiente y veraz y dotar de habilidades y actitudes en favor de la lactancia materna. Para que de esta forma las mujeres y sus parejas tengan las herramientas suficientes que les permitan adoptar y llevar a de manera exitosa la práctica de lactancia materna.

El periodo prenatal es una valiosa oportunidad de ofrecer ESLM, porque justo es en un momento en que las mujeres y sus parejas toman decisiones sobre la alimentación de su futuro hijo.²⁶

Willumsen (2011) menciona las estrategias de acción más relevantes de educación sobre lactancia materna:

1. Los profesionales de la salud deben recibir formación continua en materia de LM y sobre cómo ayudar a las madres a prevenir y tratar los problemas comunes de la LM que a frecuentemente conducen a su abandono.
2. Sesiones de formación individual o en grupo impartidas por madres asesoras o profesionales de la salud.
3. Distribución de material impreso (escrito y/o gráfico) y demostraciones en vídeo.

4. Actividades de aprendizaje programadas en las que participen futuros padres.

5. La evidencia científica respalda los beneficios de la educación sobre la LM para aumentar las tasas.

10.13 INICIATIVA “DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL”

Los Diez pasos para una feliz lactancia natural han sido elaborados por la OMS y el UNICEF como iniciativa para asegurar que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los niños un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para practicar la LM. Los diez pasos que deben seguir los establecimientos de salud para promover una buena lactancia consisten en: 10

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

10.14 CALIDAD DE VIDA

El término Calidad de Vida (CV) es frecuentemente utilizado en variados contextos y estudiado desde diferentes campos del conocimiento como: La política, la economía, la medicina, la educación y la psicología, solo por mencionar algunos.

Actualmente no existe una definición consensuada de calidad de vida, pues se trata de un terreno que puede ser cultivado por diferentes disciplinas.25.26

La calidad de vida puede estudiarse como “un concepto teórico que se basa en el planteamiento de la pregunta de lo que significa una “buena vida” y de los medios para lograrla”19

Ardila (2003) propone una definición integradora de Calidad de Vida:

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.21

10.14.1 INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

Los Indicadores de Calidad de Vida son percepciones, conductas y condiciones que proporcionan información acerca del bienestar de una persona y que son utilizados para el desarrollo políticas públicas, programas y en la prestación de servicios, además es un criterio para evaluar la eficacia de los mismos.18

La Calidad de Vida es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos, también llamada calidad de vida subjetiva o percibida.18

Los indicadores subjetivos se determinan a partir de la evaluación que hace cada persona en relación con su vida.

Esta evaluación puede dividirse en aspectos afectivos emocionales y aspectos cognitivo-valorativos.¹⁸

Por otra parte, los elementos objetivos están relacionados con elementos físicos, materiales y sociales necesarios para satisfacer las necesidades básicas de los seres humanos.

En México existen diversas mediciones de las condiciones de vida de la población, pero no se tienen antecedentes en la medición del bienestar subjetivo, es por eso, que actualmente se encuentra en proceso de construcción el Índice de Calidad de Vida para México. La construcción de este índice resulta pertinente pues es necesario hacer públicos los avances y retrocesos en la calidad de vida de los mexicanos para que los ciudadanos puedan identificarlos y se involucren en las tareas necesarias para lograr el progreso de la nación.⁴

Los tres principales índices para calcular la calidad de vida utilizada en México

son:

1. El Índice de Marginación propuesto por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) evalúa las dimensiones de vivienda, ingresos por trabajo, educación y distribución de la población para determinar el nivel de marginación de las entidades y municipios.

2. El Índice de Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) brinda información sobre las características socioeconómicas de los miembros de las familias, las características de sus viviendas y los bienes que poseen.

3. El Índice de Rezago Social del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) incluye indicadores de activos en el hogar, educativos, de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, calidad, espacios y servicios básicos en la vivienda.

En la práctica profesional encontramos una suma cantidad de pacientes con el diagnóstico de desnutrición, enfermedad de reflujo gastroesofágico, enfermedades respiratorias por lo que considero fue importante el reforzamiento de conocimientos durante el plan de estudios de la especialidad porque podemos entender que la lactancia materna exclusiva en el recién nacido es primordial los beneficios de protección para el mejoramiento de su crecimiento y su buen desarrollo. Intervenciones de enfermería para fomentar y capacitar la lactancia materna exclusiva en el servicio de alojamiento conjunto tiene relevancia ya que el personal de enfermería ayudara a las madres a alcanzar, mantener y proteger esta práctica saludable mediante el trabajo de todos los días, realizando prevención en forma personalizada o grupal. Y a nivel institucional disminuir el impacto de los factores de riesgo en la razón de morbilidad Infantil en la región.²⁴

10.15 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Fomentar el conocimiento sobre la lactancia materna.

- Educar a las pacientes sobre las técnicas de amamantamiento del lactante.
- Vigilar el estado de las mamas los signos y síntomas de la subida de leche.
- Colocar al bebe al pecho para iniciar la lactancia materna lo antes posible.
- Valorar el reflejo de succión del recién nacido.
- Proporcionar a la paciente pezoneras que le facilitaran la administración de la leche materna al recién nacido.
- Instruir a la paciente en la lactancia materna, señalando su importancia .
- Enseñar a la paciente los cuidados que requieren sus mamas durante el periodo de amamantamiento.
- Instruir sobre la importancia de la lactancia materna y señalar los beneficios.

- Instruir a la madre acerca de la alimentación del bebe para que pueda realizar una toma de decisión informada.
- Vigilar la capacidad .del bebe para mamar.
- Enseñanza de reflejo de succión.
- Asesoramiento en lactancia.
- Apoyo emocional.
- Colocar al bebe al pecho para determinar si la posición es correcta.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Educación paterna.

11.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

11.1 TIPO DE ESTUDIO

El tema de investigación desarrollado en esta tesis es nuevo, ya que la mayoría de las investigaciones relacionadas con la lactancia materna son desde la perspectiva biomédica. En este trabajo se realizó un análisis de los efectos positivos de la lactancia en la calidad de vida y el desarrollo sostenible, que ha sido un tema hasta ahora no estudiado.

11.2 ENFOQUE Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de este estudio es cuantitativo de método inductivo.

El método de investigación inductivo obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, es decir, van de lo particular a lo general.

La presente investigación parte de hechos particulares, en este caso la lactancia materna, para llegar a conclusiones generales relacionadas con la Calidad de Vida y el Desarrollo Sostenible.

11.3 TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN

Se eligió la técnica de revisión y análisis documental. Esta técnica permite detectar, consultar y obtener bibliografía y material que sea de utilidad para cumplir el objetivo del estudio.

La aplicación de encuestas para la determinación en cuanto al alto o bajo nivel de conocimiento respecto a los beneficios que ofrece la lactancia materna exclusiva en la madre y el niño.

Palabras clave: Lactancia materna, leche humana, desarrollo sostenible, calidad de vida, educación para la salud.

12.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

12.1- ENCUESTA

1. ¿Sabe usted que es la lactancia materna?

Si No Talvez

2. ¿Usted conoce los beneficios de la lactancia materna?

Si No

3. ¿Usted considera que es de suma importancia la lactancia materna para su recién nacido?

Si No Talvez

4. ¿Usted considera que la lactancia materna ayuda a la madre para la recuperación tras el parto?

Si No Talvez

5. ¿Conoce usted la posición adecuada para el amamantamiento?

Si No

6. ¿Conoce usted cómo debe de ser la estimulación del pecho antes del amamantamiento?

Si No Talvez

7. ¿Usted sabe con qué frecuencia debe de amamantar a su bebe?

Si No Talvez

8. ¿Usted conoce hasta que edad debe seguir amamantando a su hijo?

Si No

9. ¿Usted cree que al dar lactancia materna ayuda a la mama a bajar de peso?

Si No Talvez

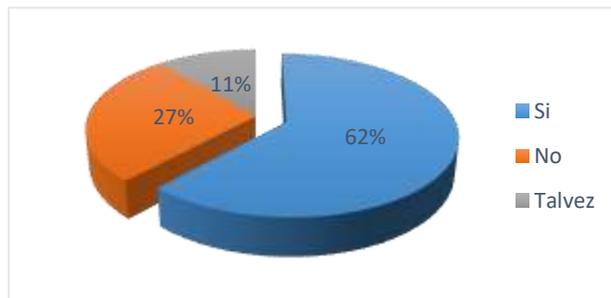
10. ¿Usted descarta que la lactancia materna también protege a las madres del cáncer de útero y del cáncer de ovarios?

Si No Talvez

12.2 GRAFICAS

1. ¿Sabe usted que es la lactancia materna?

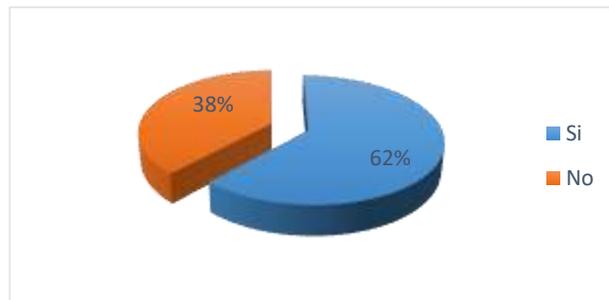
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 62% confirmaron tener conocimiento sobre que es la lactancia materna, un 27% negó tener conocimiento debido a que son primigestas y durante el control prenatal no tuvieron la información al respecto y un 11% dudan sobre el tema.

2. ¿Usted conoce los beneficios de la lactancia materna?

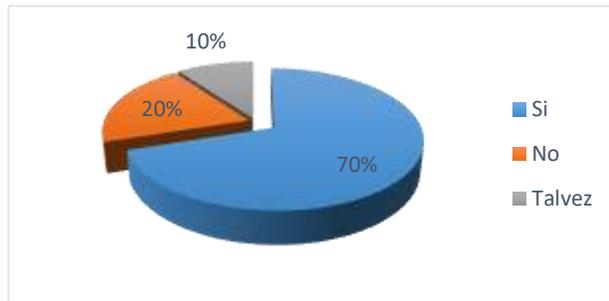
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 62% confirmaron tener conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y un 38% negó tener conocer dichos beneficios.

3. ¿Usted considera que es de suma importancia la lactancia materna para su recién nacido?

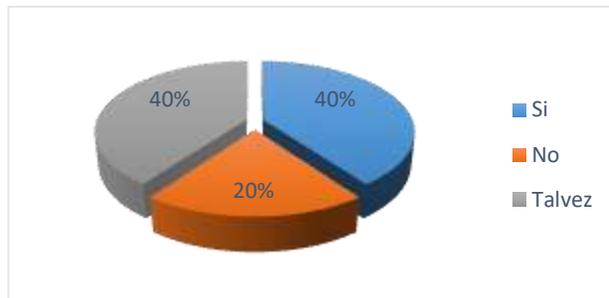
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 70% confirmaron que es de suma importancia la lactancia materna para su recién nacido, un 20% considera que no es de suma importancia y un 10% dudan sobre el tema.

4. ¿Usted considera que la lactancia materna ayuda a la madre para la recuperación tras el parto?

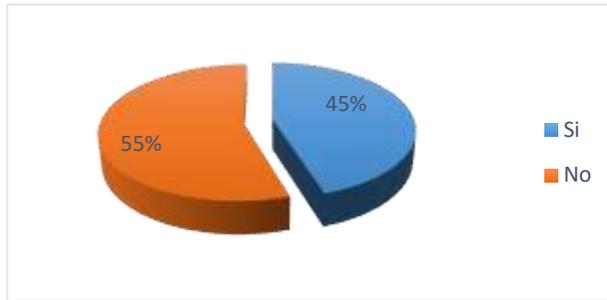
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 40% considera que la lactancia materna ayuda a la madre en su recuperación tras el parto, el 40% considera que talvez si ayuda en la recuperación, mientras que el 20% aseguran que no ayuda en nada.

5. ¿Conoce usted la posición adecuada para el amamantamiento?

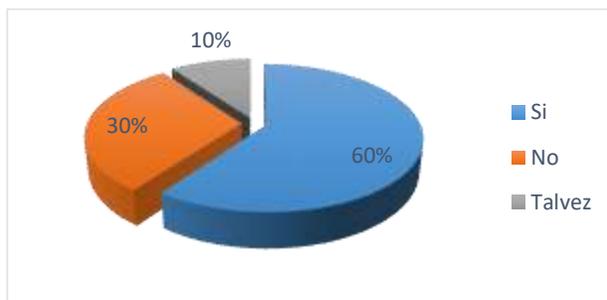
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 45% confirmaron tener conocimiento de la posición adecuada para el amamantamiento, mientras que el 55% negaron tener conocimiento al respecto.

6. ¿Conoce usted cómo debe de ser la estimulación del pecho antes del amamantamiento?

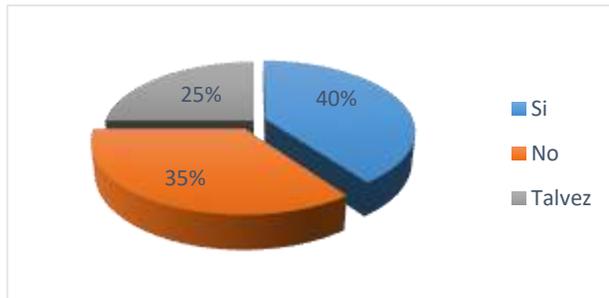
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 60% tiene conocimiento de lo que tienen que hacer ante de amamantar, el 30% negó conocer si se debe realizar algún procedimiento antes del amamantamiento, mientras que el 10% desconocen en su totalidad acerca de la estimulación.

7. ¿Usted sabe con qué frecuencia debe de amamantar a su bebe?

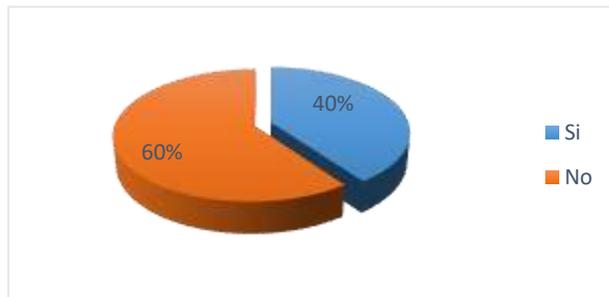
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 40% tienen conocimiento de cuándo deben amamantar a sus bebe, el 35% desconocen si tiene horario el amamantamiento, mientras que el 25% dudan si es correcto el tiempo que dura sus amamantamiento.

8. ¿Usted conoce hasta que edad debe seguir amamantando a su hijo?

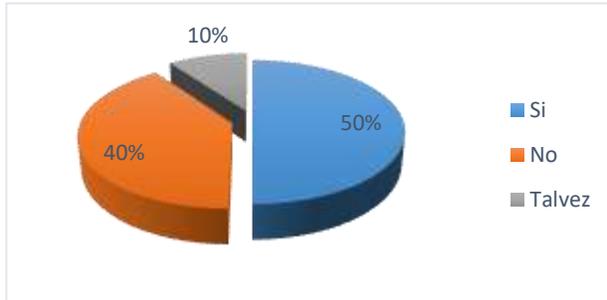
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 40% confirmaron tener conocimiento por que acuden a una unidad de salud ya que llevan control en sus unidad de salud, mientras que el 60% desconocen del tiempo que dura la lactancia materna.

9. ¿Usted cree que al dar lactancia materna ayuda a la madre a bajar de peso?

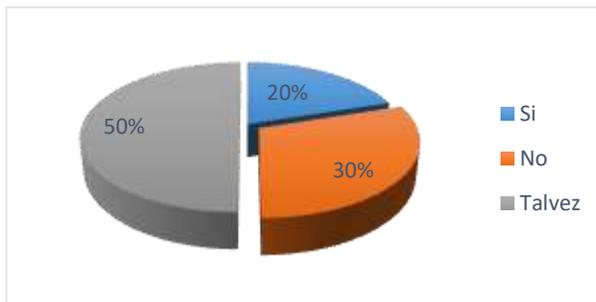
➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 50% confirman que el amamantamiento disminuye el peso de la madre, el 40% no tienen conocimiento y experiencia ya que son primigestas, mientras que el 10% dudan ya que suponen que son creencias por naturaleza.

10. ¿Usted descarta que la lactancia materna también protege a las madres del cáncer de útero y del cáncer de ovarios?

➤ 120 Encuestas



Interpretación: Del total de encuestados el 20% confirman que si por que disminuye el riesgo al dar lactancia materna, el 30% dicen que no porque no garantiza el no enfermarse, mientras que el 50% consideran que a lo mejor se obtiene algún beneficio.

13.- RECURSOS

Para la elaboración de este proyecto de tesis se agotaron los siguientes recursos.

1. Laptop
2. Hojas y tinta para la impresión de borradores
3. Internet en Ciber café

4. Revistas
5. Renta de Libros
6. Levantamiento de encuestas
7. Leyes y reglamentos
8. Documentales
9. Materiales de Papelería y consumibles
10. Fotocopias de las encuestas
11. Vehículo y gasolina para traslado
12. Pasajes para transporte público

14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

15.- BIBLIOGRAFÍA

1. León Prieto, L. (2018). RESEÑA: LA LACTANCIA MATERNA. POLÍTICA E IDENTIDAD. BEATRIZ GIMENO. RAUDEM. Revista De Estudios De Las Mujeres, 5, 299–305. (<https://doi.org/10.25115/raudem.v5i0.2222>)
2. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
3. Díaz Gómez NM, Ramos CL, Rico J, Robayna M, Álvarez J. Lactancia materna y estancia hospitalaria en el periodo neo- natal. Papel de la enfermería. Rev ROL Enferm 1997; 231:11-14.
4. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf> 2.
5. Díaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?·Acta Pediatr Esp 2005; 63:321-327.
6. Gómez Papi A. La lactancia materna en situaciones especiales. El recién nacido enfermo o prematuro. En: Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004. p. 320-325.
7. Johnson M, Bulechek G, McCloskey j, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Elsevier; 2003.
8. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Nursing interventions classification (NIC}. Madrid: Elsevier; 2003.
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2007.
10. OMS. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna y tuberculosis. Ginebra: OMS; 1998.

11. Cararach V, Ruiz L, Carmona F. Lactancia materna. Promoción y contraindicaciones. En: Fabre González E (ed.) Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Zaragoza: INO Reproducciones; 1995.
12. Cervera Ral P. Alimentación materno-infantil. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
13. Díaz Gómez NA. Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004.
14. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004.
15. Hernández Aguilar MT. Extracción y conservación de la leche materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004.
16. Martínez Rubio A. Seguimiento de la lactancia. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ediciones ERGON; 2004.
17. Nylander G. Maternidad y lactancia. Barcelona: Granica; 2005.
18. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#:~:text=La%20lactancia%20materna%20es%20la,ofreciendo%20protecci%C3%B3n%20contra%20las%20enfermedades>.

19. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n5a08.pdf>. (Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer, 2006)
20. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311995000200006. (Riverón, 1995).
21. <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%20MATERNA/Leche%20materna%20vs%20leche%20vaca%20UNICEF%201995.pdf>. (Picciano, 2001).
22. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n5/1665-1146-bmim-73-05-00338.pdf>. (Villalpando-Hernández y Villalpando-Carrión, 2008).
23. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>.
24. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR37.pdf>.
25. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267447&fecha=10/09/2012.
26. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf.