



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

9
PEJ

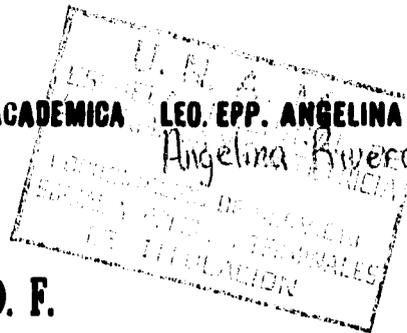
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

“ LA EDUCACION, UN FACTOR DETERMINANTE
PARA UNA LACTANCIA EXITOSA ”

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a n

PATRICIA CISNEROS DIAZ
LETICIA HERNANDEZ RODRIGUEZ

ASESORA ACADEMICA LEO. EPP. ANGELINA RIVERA MONTIEL



Angelina Rivera M

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

ESPECIALMENTE:

Al Dr. Carlos Vargas García
Director del CimiGen.
Por su paciencia e interés
hacia la realización de este trabajo.
Impulsándonos siempre hacia
LA SUPERACION.

A la LEO. EPP. Angelina Rivera Montiel
Por el apoyo incondicional
en la iniciación y culminación
de esta investigación que logró
un cambio de actitud en nosotras.

A la LIC. Patricia Bravo y LIC. Mirna Arévalo
por su participación y facilidades otorgadas
en el área de cómputo, ya que sin ellas
hubiera sido más difícil.

GRACIAS
Patricia y Leticia.

Es evidente que es necesario cambiar, ya que el panorama seguirá empeorando mientras no admitamos todos los que sirven y son servidos, los que enseñan y los que aprenden, que la salud comunal no cambiará su rumbo hacia la dignidad, si no cuando todos ajustemos el afán de servicio al prójimo, a la congruencia entre lo que se piensa y lo que se hace, lo que no sea esto seguirá siendo retórico, demagogia y seguirá siendo engaño.

DR. Ignacio Chávez.

"Pensamientos, México". 1979.

I N D I C E

Introducción	I
Justificación	IV
 MARCO DE REFERENCIA	
Marco Teórico	2
I. Institucionalización de la lactancia materna	2
II. Marco legal	4
III. Epidemiología	9
IV. Lactancia materna	14
4.1. Anatomía de la mama	14
4.2. Fisiología de la lactancia materna	16
4.3. Composición de la lactancia materna	20
4.4. Ventajas de la lactancia materna	25
4.4.1. Ventajas nutricionales	25
4.4.2. Ventajas protectoras contra las enfermedades infecciosas	25
4.4.3. Ventajas protectoras contra las enfermedades no infecciosas	26
4.4.4. Ventajas de la lactancia en la madre	26
4.4.5. Diferencias psicoafectivas	27
4.4.6. Factores económicos	27
4.4.7. Impacto de la lactancia en el medio ambiente	28
4.5. Manejo prenatal	28
4.6. Manejo en el parto y puerperio inmediato	31
4.7. Manejo del puerperio tardío	33
4.8. Manejo terapéutico en complicaciones de las glándulas mamarias	37

METODOLOGIA

MATERIAL Y METODOS	41
PROBLEMA	44
HIPOTESIS	44
OBJETIVO	44
TIPO DE INVESTIGACION	45
VARIABLES	46
UNIVERSO	47
CRITERIOS DE INCLUSION	48
CRITERIOS DE EXCLUSION	49
TIEMPO	50
RECURSOS	51
INSTRUMENTOS DE TRABAJO	52
A. Clínica de Lactancia Materna	53
B. Historia clínica de lactancia	63
C. Notas de evolución	64
D. Evaluación de Riesgo para la lactancia	67
E. Carnet	71
CUADROS	72
RESULTADOS	84
ANALISIS	86
RECOMENDACIONES	88
RESUMEN	89
SUMMARY	90
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	92

INTRODUCCION

LA LACTANCIA MATERNA es un hecho natural en el ser humano, unos segundos después del nacimiento se interrumpe la circulación del cordón umbilical suspendiéndose el aporte de oxígeno y nutrimentos maternos.

El recién nacido expande sus pulmones y la sangre pasa por ellos para proveerse de oxígeno; las adaptaciones cardiorespiratorias se llevan a cabo en tan solo unos minutos, sin embargo no todos los ajustes fisiológicos son igualmente instantáneos.

La lactancia es un suceso natural en todo ser humano desde que inicia su vida extrauterina, al recién nacido se le debe procurar periódicamente alimento, mediante la succión y deglución.

Después debe digerirlo, absorberlo y distribuirlo, así como eliminar los desechos. Este proceso adaptativo queda adecuadamente establecido en los primeros días de vida.

Para lograr una alimentación neonatal adecuada es necesario que coincidan por lo menos tres procesos:

- 1.- Aporte de leche de buena calidad y en cantidad suficiente.
- 2.- Capacidad del recién nacido para succionarla y deglutirla.
- 3.- Un aparato digestivo capaz de degradar y absorber el alimento.

El mejor alimento para ello es la leche materna. La lactancia es resultado de la interacción hormonal y de múltiples factores y su conocimiento ha permitido valorar la importancia en el equilibrio metabólico y endocrino para su producción y mantenimiento.

Su importancia también radica en las ventajas y beneficios que trae consigo, tanto a la madre, al niño, a la familia, la economía, el país y la cultura.

A pesar de todos los aspectos importantes que se conocen de la leche materna, no es un hecho que se lleven al 100% ni en todas las mujeres. Algunas por causas patológicas que impiden brindarle a sus hijos su leche, pero en gran parte este abandono se ha dado por múltiples factores y cada vez más desde hace muchos años; el trabajo, la familia y la industrialización de sucedáneos de la leche materna son algunos agentes causantes de tal abandono, pero un factor muy determinante es el hecho de la poca información que se da en las instituciones de salud donde la mujer se prepara para el nacimiento de su hijo.

Esto repercute en gran medida ya que la madre y su familia se niegan a amamantar o lo realizan por poco tiempo, quitándole a su hijo la oportunidad de obtener enormes beneficios. Algunas causas del abandono temprano son las complicaciones que se presentan durante el amamantamiento, como son las grietas en los pezones, la congestión mamaria, la supuesta disminución o ausencia de secreción láctea o simplemente la voluntad de no amamantar.

Lo anterior se modifica cuando la madre y la familia se encuentran sensibilizados y concientizados sobre la importancia del amamantamiento, y esto se logra cuando el personal de salud los educa y los prepara para tal acto, haciéndoles conocer su relevancia en todos los aspectos y sobre todo como poder llevarlo a cabo sin tener ninguna dificultad para ello, lo que permitirá mantenerlo por más tiempo por lo menos de 4 a 6 meses, período en el cual las aportaciones de la leche materna son más importantes.

Resulta por lo tanto la necesidad de que el personal de salud esté concientizado sobre las aportaciones que da el amamantamiento para que así pueda educar a la población, ya que en éste es donde la madre deposita su salud y la de su hijo.

Si el personal de salud se educa sobre la lactancia materna podrá educar a la gente, de lo contrario será muy difícil que las madres vuelvan a realizar tal acto, que por años fué y sigue siendo la base de una buena alimentación en el primer año de vida del hombre.

JUSTIFICACION

Uno de los grandes avances de la década ha sido la validación científica de la importancia de la leche materna, que va creando una creciente conciencia general del valor de la lactancia natural durante el primer año de vida del niño para su óptimo crecimiento y desarrollo; sin embargo el abandono de ella debido a la implementación de los llamados cuneros fisiológicos, la gran comercialización de los sucedáneos de la leche materna y de otros factores, que han traído como consecuencia:

- La separación temprana del binomio madre-hijo.
- La realización de procedimientos innecesarios en el recién nacido como lavados gástricos, ayunos prolongados, utilización de biberones y fórmulas maternizadas como el primer medio de alimentación, y por lo tanto;
- La decadencia de la lactancia materna como alimento primordial.

A pesar de estar científicamente demostrado que estos procedimientos no benefician en nada al niño, se siguen realizando en gran número en las instituciones de salud. A esto se suma el rechazo o falta de conciencia y confianza de las madres para amamantar debido a:

1. En el hospital aprenden que la mejor leche es la que se da en un biberón.
2. Falta de información sobre la lactancia natural.
3. Mitos y tabúes.
4. Carencia de apoyo familiar y del personal de salud.
5. Influencia de anuncios comerciales sobre las leches en polvo; entre los más importantes.

Por estas razones y por las repercusiones tan importantes que ha tenido el abandono de la lactancia materna en la

-salud del niño, las autoridades han contemplado esto como un serio problema y como medidas para la resolución de éste problema han propuesto como meta la declaración de INNOCENTI 1º de Agosto de 1990: "Como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y el niño todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberán ser alimentados exclusivamente al pecho desde el nacimiento hasta los 4 ó 6 meses de edad".

En relación a esto en nuestro país se ha instituido el Marco Legal de la lactancia materna, que es constituida por:

- a. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º.
- b. Ley General de Salud, artículo 64.
- c. Norma Técnica 37. Diario Oficial de la Federación 14 Mayo 1986.
- d. Acuerdo N°95 de la S.S.A. Diario Oficial de la Federación 28 de Mayo de 1991.

Algunas organizaciones como la OMS, UNICEF y otras a nivel internacional han conformado un programa con estrategias para procurar que en todas las instituciones de salud sea normativo proporcionar la lactancia materna. Este programa de atención materno infantil tiene como proyecto el de "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" el cual tiene como objetivo el establecer un modelo de atención hospitalaria para la madre y el niño y que está operando en nuestro país a partir de 1986.

Se pretende con este programa que todo el personal que labora en las instituciones de salud esté capacitado sobre la lactancia materna y sea capaz de difundirla a toda la población para así lograr que se vuelva a la alimentación a base de leche materna y la erradicación de los complementos-

-alimenticios.

Por lo anterior se pretende demostrar que es necesario que la población en general y sobre todo a las mujeres en edad reproductiva y haciendo énfasis en las mujeres gestantes, se les eduque acerca de la lactancia materna para que ésta vuelva a ser el principal alimento de los niños durante sus primeros 4 ó 6 meses de vida, logrando así la disminución del uso de fórmulas maternizadas y otros complementos alimenticios, debido a que se les informará y orientará sobre este acto, ya que la educación para la salud es fundamental para poder contribuir a un cambio de actitud que lleva a mejorar el estado de salud de los niños.

MARCO DE REFERENCIA

MARCO TEORICO

1. INSTITUCIONALIZACION DE LA LACTANCIA MATERNA. (ANTECEDENTES)

Las mujeres han amamantado a sus hijos a lo largo de la historia. Los datos que se tienen son a partir de 1920, en el que un 90% de las mujeres amamantaban; hasta 1950 solo un tercio eran alimentados con leche materna debido a que en esta época las mujeres disfrutaban de su "nueva libertad" adoptando la alimentación artificial como la norma de "moda" notándose un descenso importante de éste año a 1960 donde sólo un 25 % de las mujeres amamantaban.

Debido a este movimiento, las escuelas de medicina comenzaron a enseñar la preparación de fórmulas sustituyentes de la leche materna, lo cual dió a la alimentación artificial gran importancia.

Para la década de 1970 se comenzó a desconfiar de estos productos nutricionales y resurgió la alimentación materna, pero la tendencia a su abandono comenzó de nuevo; hasta que en 1978 el 50% de los niños eran alimentados con leche materna.

En la actualidad se ha calculado que se amamantan más de un millón de niños, esto debido a que los padres se dieron cuenta de la importancia nutricional e inmunológica que ésta aporta.

Los mejores defensores de la lactancia materna son las madres que han amamantado a sus hijos con éxito y han comprobado sus beneficios. Este hecho no se ha dado en todas las mujeres debido a la influencia que se da en el medio publicitario y sobre todo a la mala información que se da en los-

-servicios de salud debido a la poca educación que se tiene sobre éste tema.

Otra de las causas por las que se abandona la lactancia son:

- La industrialización y urbanización
- La adopción de prácticas hospitalarias contrarias a la lactancia materna: como la separación del binomio madre-hijo, lavados gástricos innecesarios, utilización temprana de biberones y fórmulas, dotación de fórmulas maternizadas, etc.

Otro factor muy importante es la publicidad a través de los medios de comunicación masiva sobre todos los sucedáneos de la leche materna.(1)

El uso de prácticas no naturales de lactancia trae consigo tasas de morbimortalidad altamente significativas. En Latinoamérica se presentan 500 mil muertes anuales en menores de 5 años por infecciones intestinales; en países subdesarrollados el riesgo de morir es de 10 a 15 veces mayor en los niños no alimentados al seno materno en los primeros 3 a 4 meses de vida.

Desde 1974 ya se advierte el descenso de la lactancia natural y a partir de 1978 se comienza a fortalecer su resurgimiento con asambleas y reuniones estableciendo códigos, los cuales tienen como propósito proteger y fomentar la lactancia materna para así mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños.(2)

1. LACERVA. "Lactancia Materna. Un Manual para Profesionales de la Salud". pág 2

2. OMS-UNICEF. "Lactancia Materna. Vol 2". pág 1-3

II. MARCO LEGAL.

Debido a la problemática de salud, surge la necesidad de implementar programas de apoyo hacia la lactancia materna; mediante una declaración conjunta OMS - UNICEF, en 1989 en un movimiento mundial con promoción a la infancia. Se da a conocer la declaración de Innocenti el 1º de Agosto de 1990 sobre la protección, el fomento y apoyo a la lactancia materna. (3)

2.1. Cumbre Mundial a Favor de la Infancia.

Los días 29 y 30 de Septiembre de ese mismo año, se reunió en las Naciones Unidas (ONU) el grupo más grande de dirigentes mundiales a fin de adoptar una declaración sobre la Supervivencia, la protección y desarrollo del Niño, y un Plan de Acción para aplicar la declaración en el decenio de 1990. Esta reunión fué promovida por 6 países, entre ellos México. En las metas que se especifican para este decenio, en el apartado de nutrición se anota "Lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con la adición de otros alimentos hasta entrado el segundo año".

2.2. Marco Legal de la Lactancia en México.

A partir de la iniciativa de la OMS-UNICEF en favor de la lactancia materna, en México se iniciaron una serie de acciones:

1. El derecho a la salud, lo establece el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.(4)

3. OMS-UNICEF... op cit. pág 2-6.

4. Constitución Política de México. pág 6

2. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona con el solo hecho de residir en el territorio mexicano.(5)

3. Los artículos 31,61, y 64 hablan sobre la atención materno infantil así como el fomento hacia la lactancia.

4. La norma para la presentación y prestación de servicios para la atención médica y la Norma Técnica número 37 para la atención del recién nacido; publicada el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986 respectivamente, en el Diario Oficial de la Federación.

5. El acuerdo número 95 de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 28 de mayo de 1991 crea el Comité Nacional de Lactancia Materna.(6)

6. La Norma Oficial Mexicana de Emergencia. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establecida en el Diario Oficial del 23 de octubre de 1993, la cual en su apartado 5.6, habla sobre la Protección y Fomento de la Lactancia Materna.(7)

2.3 Acuerdo de la Secretaría de Salud con el Consejo de Fabricantes y Distribuidores de Sucedáneos de la Leche Materna.

Con los compromisos adquiridos por el Gobierno ante Gobiernos internacionales, la Secretaría de Salud se abocó al logro de objetivos entre los que destaca la negociación de un acuerdo con el consejo de fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna. Con este acuerdo a partir de enero de 1992 se atienden los siguientes puntos:

1. Antes de utilizar una fórmula infantil, las madres deberán recibir consejos respecto a las consecuencias sociales y eco

5. "Ley General de Salud". 1984. Capítulo Único pág 86-45

6. "Diario Oficial de la Federación". Mayo 1991

7. "Diario Oficial de la Federación". Octubre 1993 pág 100

-nómicas de dicha decisión... Debería evitarse la introducción innecesaria de suplementos, incluso la alimentación parcial con biberón a causa de los posibles efectos negativos sobre la lactancia al seno.(8)

2. Se suspende la entrega gratuita de sucedáneos de la leche materna de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

3. NO se venderán sucedáneos de la leche materna a precios por los que regularmente se aplican en la comercialización de cada empresa.

4.No se permite la promoción de sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud.(9)

5. Se debe establecer la promoción de la alimentación al seno materno.(10)

2.4. Programa Nacional y Comité Nacional de Lactancia Materna

En 1989, se elabora el programa de acciones dirigidas a lograr el retorno de la práctica de la lactancia al seno materno.

El objetivo general es contribuir al mejoramiento de la calidad de atención al grupo materno infantil mediante la promoción de la lactancia materna y la instalación de Alojamiento Conjunto en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos particulares son:

1. Promover la disminución del abandono de la lactancia al seno.

2. Contribuir a mejorar el estado nutricional del niño menor de un año, propiciando la lactancia exclusiva por un mínimo de cuatro meses.

8. OMS. "Código Internacional sobre la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna". Mayo 1991.

9. OMS. "Recomendaciones del Código de la OMS." Art. 6 pág 9

10. "Diario Oficial de la Federación". Junio 1992.

3. Evitar el uso indiscriminado de sucedáneos.
4. Capacitar al personal de salud en todos los niveles de atención:
 - a. Una parte relevante del programa está dirigida a incluir en el currículum de los planteles educativos que formen personal de salud, el tema de la lactancia materna;
 - b. El eje del programa es el Alojamiento Conjunto para brindar la oportunidad del contacto precoz y permanente de la madre y el niño, inmediatamente después del nacimiento y durante su permanencia en el hospital;
 - c. Cambiar las rutinas hospitalarias que obstaculizan la lactancia materna y la capacitación necesaria para realizar el cambio de actitudes y de llevar a efecto todas las acciones que se requieren;
 - d. Como acción determinante para lograr la lactancia a todos los niveles de atención a la salud, se realizan gestiones tendentes a la educación para garantizar la práctica de la lactancia materna.(11)

Como parte de las estrategias para lograrlo, se elaboró y distribuyó el Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna a todo el país y a todas las unidades hospitalarias que ofrezcan la atención prenatal y del parto.

2.5. Marco Legal para la Lactancia en la Madre Trabajadora. De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo en México, la mujer tiene derecho a disfrutar:

1. 45 días antes del parto y 45 días después, con goce de sueldo obligatorio.
2. En el periodo de la lactancia las madres trabajadoras tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para amamantar a sus hijos.

11. OMS-UNICEF. "Lactancia Materna". Vol 1 pág 35.

2.6. Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

En 1989, la OMS y la UNICEF, redactaron pautas de conducta aplicables a los hospitales, Diez pasos hacia una Lactancia Exitosa, tomando como base que la actuación del personal de salud constituye un importante ejemplo para millones de madres y que las actividades realizadas durante la estancia de ellas después del parto, son determinantes para que consigan amamantar.

La iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre ofrecen a la mujer, durante la atención del embarazo, parto y puerperio, oportunidades para el ejercicio de la lactancia al seno. Todo esto establecido en 25 acciones para la promoción, protección y apoyo a la lactancia, para la atención médica, para la prevención, para educar y promover y por último investigar y sistematizar.(12)

Para ello deben de erradicarse prácticas que desalienten la lactancia materna. Dentro de estas prácticas hospitalarias se deben modificar:

- Los ayunos prolongados.
- Los lavados gástricos innecesarios.
- La separación del binomio madre-hijo por el cunero de transición ó cunero fisiológico, etc.

12. OMS-UNICEF...op cit. pág 38.

III. EPIDEMIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

En las últimas décadas se ha incrementado las tasas de morbi-
mortalidad en los menores de un año. Estas estadísticas se
dan a conocer debido a la relación que tienen con la alimen-
tación al seno materno, sobre todo en enfermedades gastroin-
testinales y respiratorias.

En 1986 se detectan estas enfermedades como principales
causas de morbi-mortalidad en los niños menores de un año:

1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	19 320
2. Enfermedades infecciosas intestinales	13 595
3. Neumonías e influenza	9 054
4. Anomalías congénitas	5 219
5. Deficiencias en la nutrición	1 255

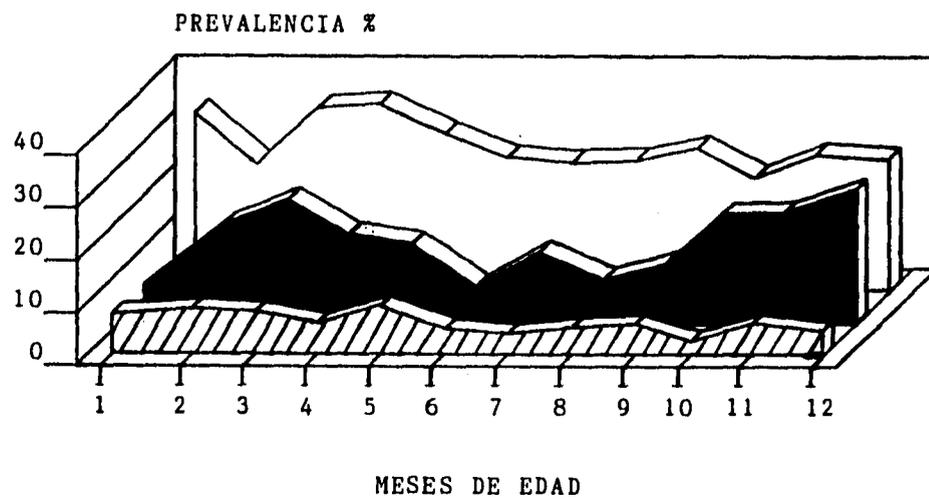
(13)

Un importante número de estas patologías pudieran estar aso-
ciadas a una mala nutrición.

Las gráficas 1, 2 y 3 muestran claramente las ventajas de la
leche materna.

13. INEGI. "Estadísticas Históricas de México" Tomo I
pág 162

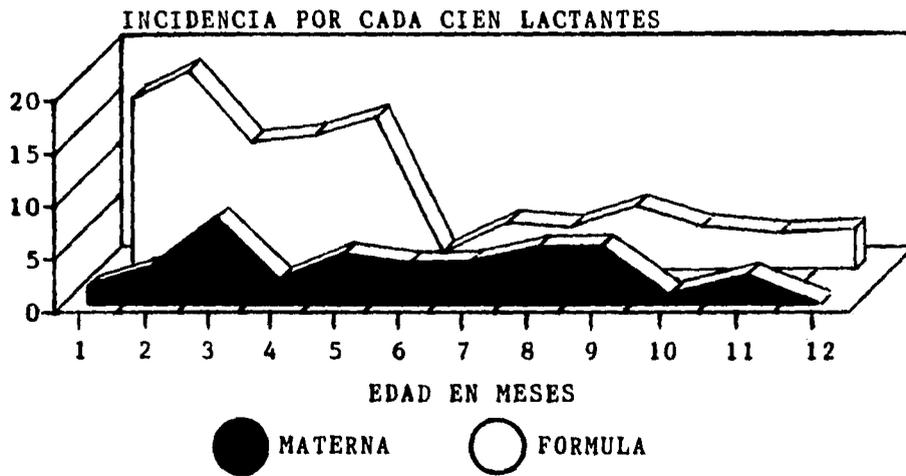
GRAFICA 1. E P I D E M I O L O G I A
 PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN
 LACTANTES Y TIPO DE ALIMENTACION



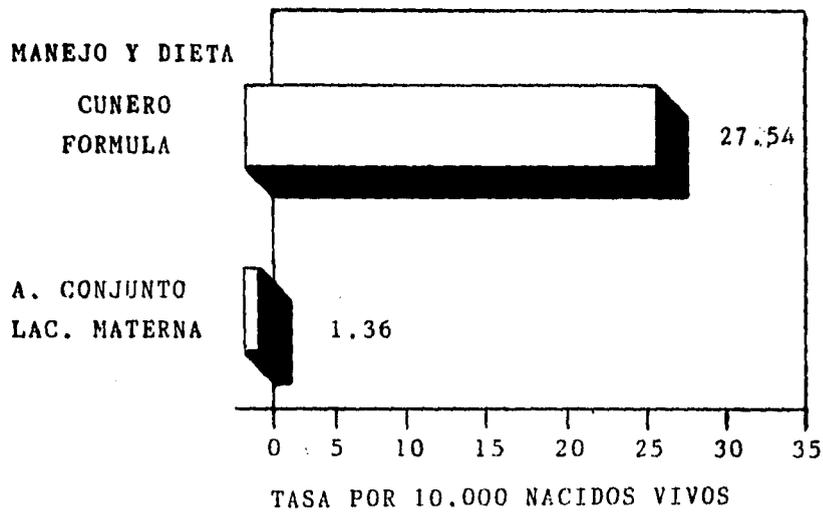
 MATERNA
  MATERNA Y FORMULA
  FORMULA

Fuente: Lactancia Materna. Vol 1. OMS-UNICEF.

GRAFICA 2 E P I D E M I O L O G I A
 INCIDENCIA DE DIARREA EN LACTANTES
 SEGUN TIPO DE ALIMENTACION



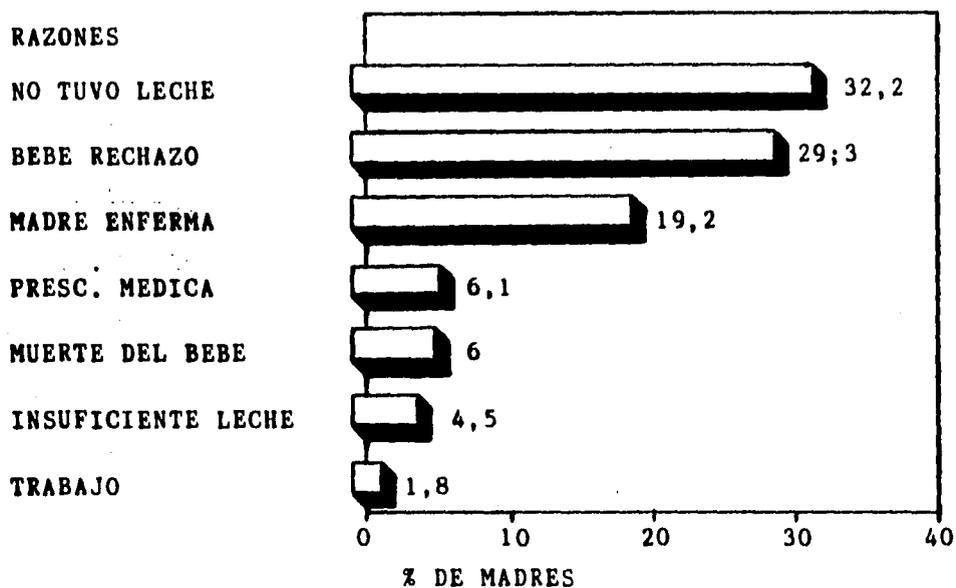
GRAFICA 3 E P I D E M I O L O G I A
 HOSPITAL GENERAL DE BAGUIO
 GASTROENTERITIS INFANTIL 1973-77



Fuente: Lactancia Materna. Vol 1. OMS-UNICEF.

La gráfica 4 nos muestra como en los últimos años se dieron varios factores por los cuales las madres dejaron de amamantar a sus hijos y decidieron alimentarlos con sucedáneos.

GRAFICA 4 E P I D E M I O L O G I A
 RAZONES PARA NO AMAMANTAR
 MEXICO, 1987



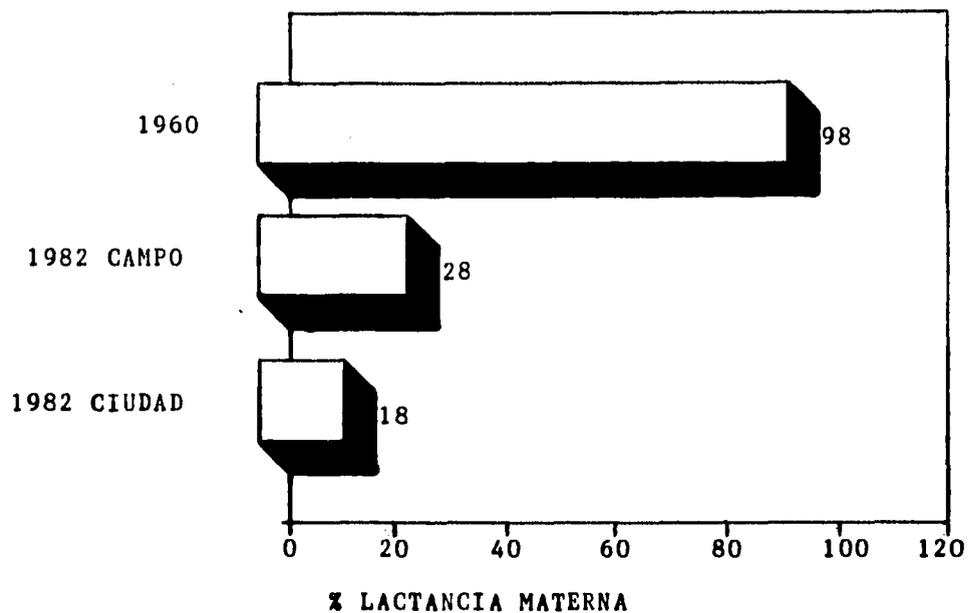
Fuente: Lactancia Materna. Vol 1. OMS-UNICEF.

Se observa que el mayor porcentaje lo ocupan aquellas madres que dicen "no tener leche", esto, en algunos casos, es condicionado por la poca información que se da en los servicios de salud, ya que no se les instruye ni se les concientiza sobre su capacidad de producir leche en cantidad suficiente.

Esto ha repercutido en el tiempo del amamantamiento. En vez de prolongarse la lactancia al seno, se prolonga el uso de biberones con sucedáneos de la leche materna.

GRAFICA 5

E P I D E M I O L O G I A
LACTANCIA MATERNA EN MEXICO
DURANTE 6 MESES O MAS



Fuente: Lactancia Materna. Vol 1. OMS-UNICEF.

Todo lo anterior indica que la Lactancia Materna esta siendo abandonada cada vez más, sobre todo en las áreas urbanizadas por lo cual se debe educar a la población sobre el tema para que así se concienticen y retomen la alimentación materna como algo meramente natural y benéfico para la salud del niño y de la madre.

IV. LACTANCIA MATERNA.

4.1. Anatomía de la mama.

La comprensión de la anatomía y fisiología normales de la mama es esencial para todas aquellas personas que intervienen en la atención de los niños y sus madres, sobre todo aquellos que están interesados en la lactancia materna. Una explicación sencilla acerca del funcionamiento de la mama y de cómo se forma la leche materna, incita a la práctica de ésta.

La mama está constituida por glándulas túbuloalveolares y sus conductos empacados en una fascia superficial grasa junto con nervios y vasos sanguíneos y linfáticos; se halla cubierta por piel, y sostenida por ligamentos suspensorios fibrosos tomados de la fascia profunda del pectoral mayor.

La unidad funcional más simple de la mama es el lobulillo, el cual puede ser tan pequeño como una glándula con su conducto.

Un conjunto de lobulillo constituye un lóbulo, de los cuales hay de 15 a 20 en cada mama; cada uno de estos separados por tejido adiposo. El volumen de este último es el que determina el tamaño de la mama y no guarda relación alguna con el volumen de la leche producida.(14)

Los conductos de estos lóbulos, se llaman galactóferos, 15 a 20, y convergen en el pezón. Poco antes del pezón, estos conductos se dilatan para formar los senos lactíferos, los cuales funcionan como reservorios de la leche durante la lactancia.(15)

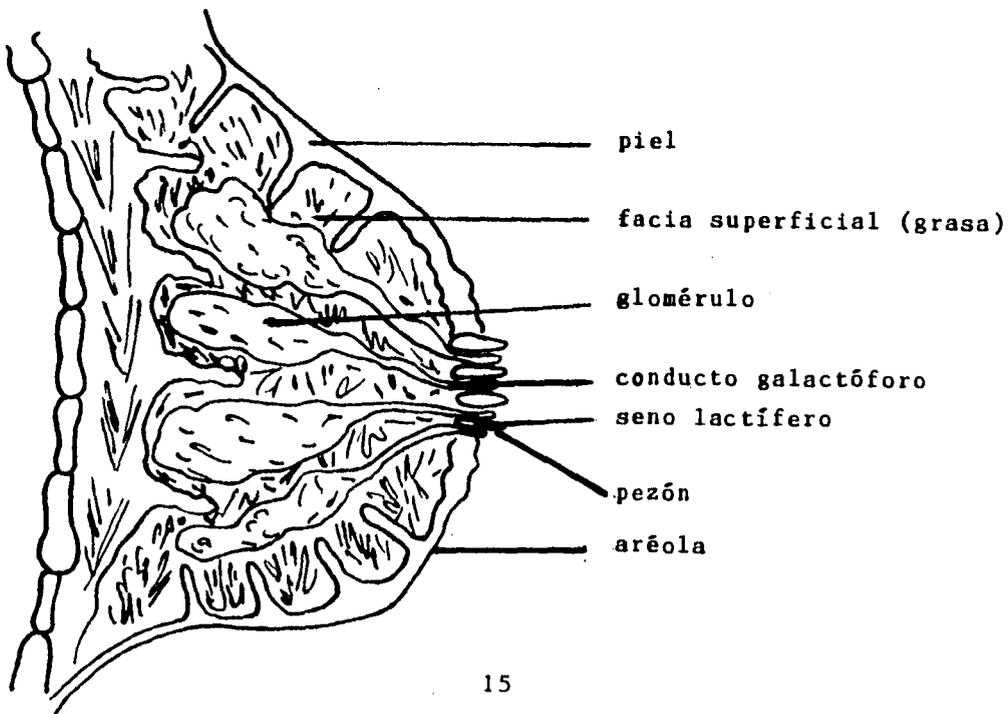
14. Wynn Kapit. "Anatomía Cromodinámica". pág 100

15. Tortora A. "Anatomía y Fisiología". pág 932

El pezón está constituido por piel pigmentada con algunas fibras de músculo liso dentro de tejido conectivo. La aréola circular, también pigmentada, más oscura que la piel que la rodea, contiene glándulas sebáceas que actúan como lubricantes de la piel durante la succión que realiza el niño. La presión ejercida por la boca del lactante sobre la aréola fuerza la salida de la leche que se ha juntado con dichos senos.

Los vasos linfáticos son una parte importante de la mama: ellos drenan la porción grasa de la leche producida durante la lactancia, las moléculas de grasa son generalmente demasiado grandes para entrar en las venas, y son un vehículo para el transporte del material.

En resumen las partes fundamentales para la lactancia son: los glomérulos, los conductos galactóforos, la aréola y el pezón.



4.2. Fisiología de la Lactancia Materna.

El término lactancia materna se refiere a la secreción de leche por medio de las glándulas mamarias.

Como preparación para la lactancia hay una proliferación considerable de lobulillos y de sus unidades productoras de leche durante el embarazo; se creé que esto se lleva a cabo por la interacción entre hormona del crecimiento, estrógenos, progesterona y lactógeno placentario.(16)

Los primeros cambios que se llevan a cabo en la mama comienzan más o menos en la octava semana de embarazo, las aréolas se obscurecen y los pezones se hacen más erectos, las mamas se hacen más firmes y turgentes, aumentando gradualmente su tamaño.

El calostro, primer secreción láctea, comienza a elaborarse al final del embarazo manteniéndose en niveles bajos debido a que la acción de la prolactina, hormona que estimula la producción de la leche, está suprimida por altas concentraciones de estrógenos y progesterona características de las primeras fases del embarazo, las cuales al nacimiento disminuyen elevándose así la prolactina.

Pero sin embargo para que verdaderamente la lactancia materna se lleve a cabo, deben de presentarse dos eventos muy importantes como son la lactogénesis y la galactopoyesis, las cuales se pueden resumir de la siguiente forma:

16. Tortora A... op cit. pág 932.

en la mamá: aumenta el tamaño de la mama
 aumenta la producción de la leche
 en el hijo: mayor succión _____ satisface el
 apetito
 aumenta el número de
 evacuaciones y miccio-
 nes.
 la succión frecuente previene
 el congestionamiento y moles-
 tias mamarias.(18)

Aunque la prolactina y la oxitocina son hormonas que principalmente participan en la lactancia, existen otras que influyen en forma importante tal como se presenta en el siguiente esquema:

<u>HORMONA</u>	<u>ORIGEN</u>	<u>EFEECTO</u>
Progesterona y Estrógeno	Ovario y Placenta	Estimula la proliferación de ductos y tejido glandular en la mama. Su concentración sérica disminuye después del nacimiento iniciando la lactancia.
Estrógeno	Ovario y Placenta	Puede estimular la secreción de prolactina pero inhibe sus efectos a nivel celular en la mama.
Prolactina	Pituitaria anterior	La concentración se eleva durante la gestación, pero sus efectos están suprimidos. Después del parto estimula a los alveo-

18. OMS-UNICEF. Vol 2... op cit. pág 5-10

<u>HORMONA</u>	<u>ORIGEN</u>	<u>EFEECTO</u>
Factor inhibidor de prolactina	Hipotálamo	-los mamaros para secretar leche. Suprime su liberación durante la gestación.
Factor liberador de prolactina	Hipotálamo	Se ha postulado su presencia.
Oxitocina	Pituitaria posterior	Después del parto causa contractilidad uterina, en las células mioepiteliales fuerza la salida de leche, haciéndola fluir.
Hormona de crecimiento y ACTH	Pituitaria anterior	Parecen importantes en la lactancia una vez establecida.
Tiroxina	Tiroides	Importante en el mantenimiento de la lactancia por medio de un efecto directo sobre la mama.
Lactógeno placentario	Placenta	Estimula el crecimiento de la glándula mamaria durante la gestación.

(19)

19. LACERVA... op cit. pág 4-5

4.3. Composición de la leche materna.

La leche materna tiene modificaciones durante los períodos de la lactancia, modificándose en cuanto a su composición, características y cantidad, pero manteniendo los mismos efectos nutricionales y las mismas ventajas.

Los ingredientes de la leche humana influyen directamente en el crecimiento y desarrollo del niño, por lo cual ésta se adaptó a cada una de ellas.

Esta leche es un fluido biológico muy completo, en el siguiente cuadro se trata de simplificar para su mejor comprensión.

TIPO DE LECHE	TIEMPO DE SECRECIÓN	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES	EFFECTOS
Precolostró	Apartir del tercer mes de gestación.	Escasa	Incoloro, de aspecto hialino,	Exudado plasmático, inmunoglobulinas, Lactó ferrina, Seróalbuminas, Sodio, Calcio, Lactosa en pequeña cantidad.	Ninguno.
Calostro	Apartir del último mes de gestación hasta los primeros días postparto.	Varía de 2 a 20 ml por toma.	Color amarillo, espeso.	Vit A, Sodio, Potasio, Zinc, Cloruro, Menos carbohidratos, grasa, lactosa. Más proteínas, inmunoglobulinas.	Facilita la eliminación de agua. Emoliente sobre los pezones. Nutrición.
Leche de transición	Después del 4° día hasta la 3-4 semana postparto.	Variable, depende de la frecuencia de la succión. 600-700ml/d	Color blanquecino, consistencia variable.	Más grasa, carbohidratos y lactosa. Menos proteínas, Minerales, Vitaminas.	Protección. Nutrición. Estimula la peristalsis.
Leche madura	Después de la 5 semana postparto.	700-800ml/d	Color amarillo-blanco. Consistencia variable.	Agua, Carbohidratos, Minerales, Inmunoglobulinas, Proteínas, Hormonas TSH, TRH.	Idem al anterior.

Además de todos los factores mencionados, también están presentes algunas hormonas como la gonadotrofina ovarica, eritropoyetina y el factor de crecimiento epidérmico; entre algunas proteínas importantes importantes, la más relevante es la taurina la cuál es esencial en desarrollo del sistema nervioso central. Se encuentran presentes también electrolitos y líquidos suficientes por lo cual no se requiere de aportes extras aún en climas calurosos.(20)

Todos estos elementos, como ya se dijo, dependen de factores como la etapa de la lactancia, el momento del día, el momento de la tetada, pero también del estado nutricional de la madre del estado de salud del niño y de variaciones individuales.

Existen otros elementos que no se pueden dejar de mencionar, los cuales tienen pocas variaciones en cuanto a su cantidad, pero con las mismas propiedades protectoras contra un gran número de procesos infecciosos y parasitarios así como de alergias. Las propiedades protectoras pueden deberse a la presencia de factores humorales y celulares.

1. Inmunoglobulinas.

Su concentración es mayor en el calostro y son la IgA, IgG e IgM. La IgA secretora, proporciona protección local intestinal en contra de los virus como polivirus y bacterias del tipo de E. coli. y V. cholerae; La IgG e IGM se encuentran en proporciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus como Citomegalovirus, Sincicial respiratorio y rubeóla.

20. OMS-UNICEF. Vol 2. op cit. pág 7-13

2. Factor Bífido.

Es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve a la colonización intestinal de lactobacilos en presencia de la lactosa. Esto produce un pH bajo intestinal lo cual inhibe la colonización de bacterias Gram negativas y hongos.

3. Lisozima.

Enzima que actúa como bacteriostático en bacterias Gram positivas y enterobacteráceas.

4. Lactoferrina.

Proteína que tiene efecto bacteriostático contra estafilococcus, E. coli y Candida albicans.

5. Gangliósidos.

Son glucolípidos, una producción importante en contra de agentes productores de endotoxinas, inhibe la toxina de E. coli y V. cholerae.

Los factores humorales impiden la replicación de bacterias patógenas y disminuyen la cantidad de estas, al disminuirse se permite que los anticuerpos actúen mejor previniendo la absorción de las bacterias y su paso a la circulación.

Los factores celulares de defensa son:

1. Macrófagos.

Participan en la síntesis y excreción de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio del intestino delgado y la acción de sus enzimas.

2. Polimorfonucleares.

Se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuye paulatinamente hasta la 6a. semana. Protege la piel de la mama, especialmente en las primeras semanas del amamantamiento donde están más susceptibles a la irritación por el efecto de la succión del bebé.

3. Linfocitos T.

Estos proporcionan beneficios inmunológicos.

La alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros 4 a 6 meses, ofrece una protección hacia alergias gracias a su contenido en IgA, a su disminución en la absorción de macrófagos y de una proteína específica.

Su protección contra algunas atopias es sobre todo hacia el eczema.(21)

21. OMS-UNICEF. Vol 1. op cit. pág 88-89

4. Bioquímica.

Se ha descubierto los siguientes nutrientes vitales para el hombre: El ácido graso de cadena larga necesario para la estructura del sistema nervioso central y la membrana eritrocitaria; la taurina que se encuentra ausente en la leche de vaca y adicionada en las fórmulas, es importante para la conjugación de ácidos biliares y desarrollo del sistema nervioso central, aparentemente neurotransmisor en el cerebro y la retina, que en el caso del recién nacido de término y en el prematuro se considera esencial.

También es conocido que contiene diferentes hormonas que pasan directamente de la madre al recién nacido; además de enzimas importantes para el desarrollo neonatal y la absorción intestinal. Existen evidencias de que las respuestas endocrinas son diferentes entre los niños alimentados al seno materno que con otra.

5. Líquidos y electrólitos.

El recién nacido tiene una carga renal de solutos menor, y por lo tanto una gravedad específica de la orina baja, y gracias a su concentración de electrólitos de la leche materna, es suficiente para mantener las necesidades hiroelectrolíticas aún en climas calurosos y húmedos. Aunque el bebé amamantado no evacue en algunos días sus evacuaciones siempre serán blandas, en cambio los alimentados con fórmulas con frecuencia presentarán estreñimiento.(22)

22. OMS-UNICEF. Vol 1. op cit. pág 57

4.4. Ventajas de la lactancia materna.

La lactancia materna tiene múltiples ventajas que ofrece al niño, a la madre, a la sociedad y a la naturaleza, beneficios que se presentan desde el nacimiento a la edad adulta del individuo (datos apenas en estudio).

4.4.1. Ventajas nutricionales.

1. Nutrientes.

La leche materna contiene elementos que la leche de vaca no contiene, por lo cual no es idónea para la alimentación del niño.

2. Digestibilidad.

La leche humana tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas, lípidos y lactosa, y una proporción equilibrada de aminoácidos a diferencia de la leche de vaca la cual contiene proteína de alto valor como del tipo de la caseína la cual es menos digerible. También la presencia de las enzimas como la lipasa, permite iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente.

3. Absorción.

Debido a que la absorción de los nutrientes de la leche materna es superior a la de la leche de vaca, los niños por lo general no presentan deficiencias nutricionales en los primeros 6 meses. La absorción del hierro es más deficiente que el de la leche de vaca o el de fórmulas industrializadas.

4.4.2. Ventajas protectoras contra enfermedades infecciosas.

Una de las ventajas más importantes es la protección inmunológica contra algunas enfermedades, ésta protección disminuye la morbi-mortalidad infantil. La prevención de la diarrea conferida por los componentes de la leche materna se refuerza por la disminución a la exposición de los gérmenes presentes

- en utensilios, líquidos o alimentos contaminados.

Los niños amamantados cuando llegan a enfermar, tienen cuadros más leves y no impiden continuar con la lactancia materna, y tienen una recuperación más rápida y con menor número de evacuaciones.

También es conocido que la leche materna estimula el desarrollo de una flora bacteriana adecuada en el intestino, la que ocasiona disminución en el crecimiento de hongos y protozoarios debido a las evacuaciones ácidas. Otras enfermedades en las que se ha demostrado su protección es en las del sistema respiratorio y caries dental.

4.4.3. Ventajas protectoras en enfermedades no infecciosas.

Las proteínas de la leche humana no son reconocidas como ajenas al organismo del recién nacido evitando así problemas alérgicos. Se ha informado que también disminuye la frecuencia de la diabetes juvenil, linfoma, mal oclusión, obesidad y desnutrición.

4.4.4. Ventajas de la lactancia en la madre.

1. En el puerperio inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia estimulando la contracción e involución uterina.
2. Algunos estudios han demostrado que disminuye el riesgo de cáncer ovárico, mamario y osteoporosis.
3. El efecto anticonceptivo de la lactancia no se valoraba, debido a que algunas madres se embarazaban aún amamantando. En la actualidad se ha demostrado que el efecto de espaciamiento es "dosis-dependiente", esto es a mayor succión, mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio y amenorrea de la lactancia (MELA). El estímulo de la succión tiene que repetirse con la intensidad y frecuencia necesaria en el día y noche. Si esto no ocurre se--

- reduce la eficacia anticonceptiva del amamantamiento.

Cuando se prefiera reforzar con un anticonceptivo, debe usarse un método compatible con la lactancia, como el condón, el dispositivo intrauterino, el diafragma ó con los métodos naturales que este caso se requiere de educación adicional; por ejemplo, el coito interrumpido, el ritmo y el método de moco cervical, debido a que a pesar de que no haya menstruación puede presentarse la ovulación cuando la MELA no se cumpla.

4.4.5. Diferencias psicoafectivas.

El vínculo que se establece como resultado de un comportamiento primario se facilita favoreciendo una mejor relación entre madre e hijo cuando se inicia la lactancia materna en el postparto inmediato, ya que el contacto es más cercano y se favorece que la madre toque y hable a su bebé; este contacto los mantiene felices y satisfechos y las madres identifican mejor las necesidades de sus hijos, pero lo más importante es que guarda relación con una mayor cantidad de de leche, menos infecciones y mejor regulación de la temperatura corporal del lactante.

4.4.6. Factores económicos.

El plano doméstico suprime la necesidad de comprar leche en polvo, biberones y aparatos esterilizadores. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche materna artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa del 15 al 40% de los ingresos per-cápital de una familia. La alimentación del recién nacido es básicamente con proteínas, siendo éste un elemento costoso; el costo de la leche, del combustible, de los utensilios y de otros aditamentos es muy alto.

- reduce la eficacia anticonceptiva del amamantamiento.

Cuando se prefiera reforzar con un anticonceptivo, debe usarse un método compatible con la lactancia, como el condón, el dispositivo intrauterino, el diafragma ó con los métodos naturales que este caso se requiere de educación adicional; por ejemplo, el coito interrumpido, el ritmo y el método de moco cervical, debido a que a pesar de que no haya menstruación puede presentarse la ovulación cuando la MELA no se cumpla.

4.4.5. Diferencias psicoafectivas.

El vínculo que se establece como resultado de un comportamiento primario se facilita favoreciendo una mejor relación entre madre e hijo cuando se inicia la lactancia materna en el postparto inmediato, ya que el contacto es más cercano y se favorece que la madre toque y hable a su bebé; este contacto los mantiene felices y satisfechos y las madres identifican mejor las necesidades de sus hijos, pero lo más importante es que guarda relación con una mayor cantidad de leche, menos infecciones y mejor regulación de la temperatura corporal del lactante.

4.4.6. Factores económicos.

El plano doméstico suprime la necesidad de comprar leche en polvo, biberones y aparatos esterilizadores. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche materna artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa del 15 al 40% de los ingresos per-cápital de una familia. La alimentación del recién nacido es básicamente con proteínas, siendo éste un elemento costoso; el costo de la leche, del combustible, de los utensilios y de otros aditamentos es muy alto.

En el plano nacional, la lactancia natural elimina el uso de divisas para la importación de leches, el abastecimiento y almacenamiento en hospitales. Además si se acepta como norma la cohabitación del bebé con la madre durante la hospitalización se puede reducir el número de enfermeras en las salas de recién nacidos y dedicarse a la educación para la lactancia materna.

4.4.7. Impacto de la lactancia en el medio ambiente.

La lactancia materna contribuye a la conservación del medio ambiente en muchos niveles: por cada 300 bebés alimentados con fórmulas se desechan 70000 toneladas de aluminio, se consume menos gas para esterilizar biberones y hervir el agua (recurso no renovable), los desechos de las fabricas de fórmulas contaminan los ríos y mares, además el uso de biberones y mamilas de plástico contaminan, pués no son reciclables

Todo lo anterior tiene repercusiones benéficas en todos los ámbitos, desde el punto social hasta el nacional. Mientras más se mantenga la lactancia materna menos repercusiones mundiales.

4.5. Manejo Prenatal.

Para que la lactancia materna sea exitosa se necesita incidir en la etapa prenatal con el propósito de concientizar a la mujer y prepararla físicamente con la finalidad de obtener un amamantamiento exitoso, pero que además tenga una prevalencia de por lo menos 4 a 6 meses.

Esta labor adquiere mayor relevancia cuando en la preparación se contempla los siguientes aspectos:

1. Expectativas de la embarazada.

Con frecuencia las embarazadas desconocen la forma de prepararse para la lactancia, es por ello que durante el control prenatal se debe incidir motivando y alentando a las madres en su capacidad para amamantar y para ello es necesario identificar sus expectativas, dudas, temores, mitos y tabúes, así como experiencias previas para adaptar un plan de enseñanza particular que responda a sus necesidades reforzando su confianza.

2. Exploración mamaria.

Esta es indispensable para solucionar problemas físicos como lo son aquellos referentes al pezón, detectar tumoraciones y mujeres con alto riesgo para abandonar la lactancia tempranamente. Esta exploración debe realizarse en las primeras visitas médicas para poder dar un tratamiento oportuno.

3. Preparación de los pezones.

La preparación de las mamas y de los pezones, se debe realizar sobre todo en las mujeres que no han amamantado antes ó que tuvieron problemas como grietas o pezones dolorosos y que llevarón al abandono temprano de la lactancia.

Para corregirlo primero se deben conocer los tipos de pezón:
pezón normal: sobresale poco en reposo y sobresale más con estímulo.

pezón plano: es corto, no sobresale ni aún con estímulo y mejora con técnicas de preparación.

pezón invertido: retraído, no sobresale o sobresale ligeramente en reposo, retraído aún con estimulación.

Pueden corregirse con ejercicios los cuales estan basados en manipular el pezón en forma gentil.

1. Poner un dedo a cada lado del pezón y estirar la piel de la aréola en sentido horizontal y oblicuo repitiendo varias veces.

2. Sujetar la base del pezón y rotar los dedos como dando cuerda a un reloj.

Si se trata de un pezón invertido la preparación será un poco más difícil.

Esta manipulación puede ocasionar problemas tales como trabajo de parto prematuro, mastitis o desprendimiento de placenta. Debe de ser cauteloso su manejo y en caso de presentar algún síntoma de alarma o de actividad uterina suspenderlos.

Se recomienda que estos ejercicios sean empleados después de la semana 36 del embarazo y solamente utilizarlos 5 min. al día.

Otra opción para corregir los pezones que tienen dificultad para la lactancia son el usar brasieres con la punta cortada lo cual provoca que el pezón esté estimulado constantemente por el roce de la ropa, de igual manera sería si no se usara esta prenda.

Se le debe indicar a la mujer que no exceda en la limpieza de las mamas con jabones o cremas ni tampoco utilizar alcohol u otra sustancia para que así se permita actuar en las glándulas de Montgomery lubricando naturalmente los pezones.

Es necesario recomendarle también que asolee y permita aire frecuente en los senos ya que esto ayudará en su mantenimiento gracias a la vitamina E que proporcionan los rayos solares.

23. OMS-UNICEF. VOL 1 . op cit. pág 98.

4.6. Manejo en el Parto y Puerperio Inmediato.

La lactancia debe de iniciarse en los primeros 30 minutos de vida del niño ya que esto favorecerá su instalación y prevalencia, además de que brinda un contacto afectivo precoz entre la madre y su hijo pues este, no se sentirá tan agredido por el medio externo ya que reconocerá la voz y el olor de su madre.

La instalación de la lactancia se debe, como ya se menciona en capítulos anteriores, a la prolactina que conjugada con los altos niveles de oxitocina circulantes en ese momento ayudarán a la lactogénesis y galactopoyesis.

El amamantamiento se dará mediante la succión y para ello se necesita del reflejo de erección del pezón de la madre, éste se provoca con un masaje ligero con los dedos lo que hará más saliente y fácil de tomar por el bebé. El otro reflejo es por parte del hijo, el de búsqueda, y éste se provoca tocando el labio inferior de su boca lo que provocará que la abra, buscando el mejor momento para introducir el pezón.

La primer tetada también favorecerá la expulsión de la placenta y la involución uterina, el bebé aprende a mamar más pronto ingiriendo una cantidad importante de IgA y evacúa tempranamente.

La primera hora después del nacimiento la madre está muy sensible y perceptiva sobre lo que ocurre a su hijo, lo que favorece la bajada de la leche.

El Alojamiento Conjunto facilita y estimula la alimentación frecuente y a libre demanda y sin demora, ya que permite la convivencia permanente de la madre y su hijo. Algunas ventajas de este servicio es la que da el personal de salud-

- ahorra trabajo, la institución ahorra dinero al igual que la familia, la madre cuida mejor a su hijo y satisface de inmediato sus necesidades. Ambos aprenden a reconocer tempranamente la adaptación y sobre todo adiestra a la madre hacia el amamantamiento, sobre todo cuando en el área se le orienta y enseña este acto.

Dentro de este adiestramiento la mujer conoce distintas posiciones para amamantar. De estas existen varias formas, lo importante es que en cada una de ellas la mujer esté cómoda y cuide que su hijo quede frente a ella; que la mayor parte de la aréola quede dentro de la boca del niño y que se mantenga la relación de "ojo con ojo" y "panza con panza".(24)

Tipo de Posiciones.

a. Sentada clásica. Con la espalda recta colocar una almohada debajo del niño para que quede más cerca del pezón ayudando a que se acerque al pezón y no el pezón al niño, evitando que se provoquen molestias a nivel de columna. Procurar que la cara quede exactamente frente al seno, lo que permite sostener con la otra mano libre el seno colocándola en forma de C; es decir con el pulgar hacia arriba de la aréola y los otros cuatro dedos por debajo de él, lo que facilita su movilización. Tocar con el pezón el labio inferior del niño para provocar el reflejo de búsqueda.

b. Acostada en decúbito lateral. El cuerpo del bebé sigue el de la madre y están juntos abdomen con abdomen. La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada. Esta posición es muy práctica para las mujeres que tuvieron cesárea.

24. OMS-UNICEF. Vol. 1. op.cit. pág 100

- ahorra trabajo, la institución ahorra dinero al igual que la familia, la madre cuida mejor a su hijo y satisface de inmediato sus necesidades. Ambos aprenden a reconocer tempranamente la adaptación y sobre todo adiestra a la madre hacia el amamantamiento, sobre todo cuando en el área se le orienta y enseña este acto.

Dentro de este adiestramiento la mujer conoce distintas posiciones para amamantar. De estas existen varias formas, lo importante es que en cada una de ellas la mujer esté cómoda y cuide que su hijo quede frente a ella; que la mayor parte de la aréola quede dentro de la boca del niño y que se mantenga la relación de "ojo con ojo" y "panza con panza".(24)

Tipo de Posiciones.

a. Sentada clásica. Con la espalda recta colocar una almohada debajo del niño para que quede más cerca del pezón ayudando a que se acerque al pezón y no el pezón al niño, evitando que se provoquen molestias a nivel de columna. Procurar que la cara quede exactamente frente al seno, lo que permite sostener con la otra mano libre el seno colocándola en forma de C; es decir con el pulgar hacia arriba de la aréola y los otros cuatro dedos por debajo de él, lo que facilita su movilización. Tocar con el pezón el labio inferior del niño para provocar el reflejo de búsqueda.

b. Acostada en decúbito lateral. El cuerpo del bebé sigue el de la madre y están juntos abdomen con abdomen. La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada. Esta posición es muy práctica para las mujeres que tuvieron cesárea.

24. OMS-UNICEF. Vol. 1. op. cit. pág 100

c. Balón de fútbol. El cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mama con el estómago pegado a las costillas de la madre. Esta sostiene el cuerpo del niño con el brazo del mismo lado del que amamanta y con la otra mano sostiene su cabeza.

Se aconseja que se varíen estas posiciones para que el bebé comprima con las encías y la lengua distintos sitios de la aréola y el pezón.

Para cambiar de seno o retirarlo al terminar de mamar, introducir suavemente un dedo de la mano de la madre en la comisura labial del niño, lo cual romperá el vacío generado por la succión y se soltará el pezón evitando así que se lastime.

Se le debe recomendar a la madre que antes de amamantar:

- compruebe que el niño tenga el pañal limpio,
- lavarse las manos con agua y jabón,
- limpiar sus senos con un paño húmedo para quitar peluzas,
- estar tranquila y cómoda,
- alternar los senos al amamantar, éste tiempo es relativo deben de cambiarse hasta que se sientan vacías,
- alimentar cada vez que el bebé lo solicite, con un tiempo no mayor de tres horas, ya que los periodos de alimentación son cortos por el vaciamiento gástrico rápido; mientras más amamante más estimulación habrá lo que llevará a más producción láctea.

4.7. Manejo del Puerperio Tardío.

Las primeras semanas del puerperio son las más difíciles para la mujer, ya que es en este tiempo cuando la mujer se adiestra en el acto de amamantar. Además es cuando se presentan las complicaciones más frecuentes en los senos.

Cuando una mujer está preparada para el amamantamiento estas complicaciones son menos frecuentes y cuando llegan a aparecer tienen una recuperación más satisfactorias o no llegan a ser tan importantes; dichas alteraciones provocarían su abandono temprano,

Las mujeres con alto riesgo para el abandono de la lactancia son las mujeres trabajadoras, adolescentes, tensas, sin apoyo hacia la lactancia, con problemas de salud, con hijos prematuros o gemelares o con labio y paladar hendido. Otros factores que contribuyen a su abandono total o parcial son los mitos y tabúes que existen en nuestra cultura, como son el hecho de tener senos pequeños, ser delgada, de suspender la lactancia cuando hay tensión por un susto, etc. Para solucionar esto, es necesario primero concientizarla sobre la lactancia materna y segundo estimularla a seguir amamantando ofreciéndole para contrarrestar dichas carencias bases científicas; pero en algunas ocasiones es mejor ir a favor de esas costumbres siempre y cuando no interfieran con la lactancia materna en ese momento o posteriormente.

Otro factor que contribuye al abandono es el hecho de que la madre trabaje, las cuales piensan que por hecho de estar fuera de su casa y no estar con sus hijos no pueden amamantar. En este caso es necesario enseñarle que todo es posible cuando almacena su propia leche mediante la extracción manual, previa concientización y deseos de amamantar.

La extracción manual consiste en extraer con las manos la leche de las mamas para guardarla en algún recipiente, esta práctica debe enseñarse una vez establecida la lactancia y por lo menos con 15 días de anticipación antes de regresar al trabajo o al detectarse demasiada leche en las mamas.

Técnica:

1. Darse un masaje firme en toda la mama con las yemas de los dedos, de la parte superior del seno hacia el pezón recorriendo con estos toda la mama.
2. Inclinarsse hacia abajo provocando que por gravedad la leche se acerque a los conductos galactóferos.
3. Con ambas manos sostener el seno y presionar hacia abajo provocando la salida de la leche.
4. Continuar con el seno contrario repitiendo los mismos procedimientos.

NOTA: Puede haber salida de leche del seno contrario al de la extracción durante el procedimiento, esto debido a la estimulación y al reflejo.

Debe de hacersele notar a la madre que la leche extraída será muy poca en las primeras ocasiones y que puede provocar cierta irritación en la piel por la compresión dátil; esto irá corrigiendose conforme a la práctica, por lo cual no debe de desesperarse.

La leche que se extraiga deberá ser almacenada y conservada en recipientes limpios de plástico o vidrio liso con tapa para guardarse en lugares frescos o en el refrigerador, membretando cada uno de los recipientes con fecha y hora de la extracción.

El tiempo de almacenamiento es:

- a temperatura ambiente 40 min.
- en refrigerador 48 hrs.
- en congelador 3 meses.

Antes de ser proporcionada esta leche debe ser calentada a baño maría obteniendo una temperatura templada, si se hierve pierde todos los elementos nutricionales y de igual manera resultaría al calentarla mediante horno de microondas.

Será dada con cuchara o con vaso o taza pequeña ya que si se utilizan biberones estos pueden provocar disminución en la aceptación del seno materno posteriormente, esto se debe a que la mama en sus glomérulos y conductos mantiene cierta presión lo que evita que la leche salga por si sola a menos de que la mama se encuentre muy saturada de leche, en cambio la mamila no guarda esta presión y si deja salir por si sola la leche con el solo hecho de recostarla o voltearla hacia abajo.

La madre debe de procurar amamantar exclusivamente a su hijo con mamadas más frecuentes, sobre todo nocturnas mientras ella esta trabajando, y cuando ella no esté alimentarlo con la leche extraída.

Esta extracción es utilizada también por las madres que tienen demasiada leche y no es utilizada por el bebé ya que así descongestionan sus senos evitando la congestión mamaria o la mastitis como tal.

Durante todo el tiempo de la lactancia materna, la madre debe de alimentarse a base de una dieta rica en protefinas, líquidos, pocos carbohidratos, frutas y verduras ya que de la nutrición materna influirá en gran medida la lactancia.
(25)

25. OMS-UNICEF. Vol 2. op cit. pág 17-20

4.8. Manejo Terapéutico en Complicaciones de las Glándulas Mamarias.

Las dos primeras semanas del puerperio es donde la madre experimenta el hecho del amamantamiento, sobre todo si es su primera vez en donde continuamente se encuentran sus pezones humedecidos y con succión vigorosa.

Debido a que la mayoría de las mujeres embarazadas no llegan preparadas para el amamantamiento, presentan alteraciones que si no se da un masaje apropiado pueden interrumpirla e incluso pueden llevar a su abandono, tales como:

1. Pezones agrietados y adoloridos.

Este problema se puede presentar en los primeros días de la lactancia, sobre todo si no se realizaron los ejercicios preparatorios, por fortuna se trata de una situación normal y pasajera. Se debe a que los pezones no son lo suficientemente fuertes para resistir la presión ejercida por las encías del bebé. También puede ser causada por la boca del bebé colocada en una posición inadecuada o cuando se coloca en una posición similar todas las veces del amamantamiento.

Esto se puede solucionar de la siguiente manera:

- a. Dar el seno por períodos más cortos y con mayor frecuencia logrando que el bebé tenga menos hambre y su succión sea menos fuerte.
- b. Cambiar la posición del bebé en cada comida para que la boca rote por todo el pezón.
- c. Antes de dar el seno extraer un poco de leche para que éste se descongestione un poco y la leche baje para que el niño con poca succión pueda extraerla.
- d. procurar que la aréola quede introducida en su mayor parte en la boca del bebé.
- e. comenzar con el seno más adolorido o en mejor estado.

- f. si está muy lastimado un seno, procurar amamantar de uno solo y mientras hacer extracción manual del lastimado para evitar congestionamientos y un absceso mamario.
- g. aplicar compresas de hielo después de dar pecho para disminuir las molestias y la sensibilidad.
- h. dejar secar los pezones después de cada comida.
- i. aplicar una gota de leche en el pezón después de amamantar para que actúe como lubricante.
- j. no suspender la lactancia materna a menos de que el pezón este sangrando,; en ese caso utilizar la leche extraída anteriormente y continuar con esta técnica para no suspender su producción.

2. Senos sobresaturados, tensos y calientes (Plétora).

Se trata de un hinchazón de los senos que se presenta sobre todo en los primeros días después del nacimiento y se debe a la producción de leche nueva sin vaciamiento previo.

En algunas ocasiones se puede sentir molestias hasta el área del axila, resulta difícil para el bebé sostener el pezón debido a que se encuentra extremadamente duro y poco flexible.

Recomendaciones:

- a. colocar fomentos de agua fría directamente sobre los senos para evitar el dolor.
- b. colocar una toalla caliente antes de iniciar el amamantamiento para ayudar al descenso de la leche.
- c. dar más continuamente la leche materna y si aún así continúa la molestia, hacer extracción manual hasta que quede suave para que al producirse la nueva leche no favorezca al congestionamiento.
- d. cuando el dolor es localizado en alguna zona en especial, es por que es causado por la obstrucción de algún conducto por lo cual conviene dar masaje circular en el área desde la orilla hacia el pezón.

3. Mastitis.

Es similar a la plétora pero es más difícil la salida de leche ya que los conductos en su mayoría están tapados por el acúmulo de leche.

Recomendaciones:

a. Cuando las mamas se sienten congestionadas, vigilar la presencia de rubicundez y de fiebre, esto es por que la leche comienza con un proceso de descomposición lo cual provoca un cuadro infeccioso, necesitando entonces antibióticos.

b. Se debe de suspender la lactancia de ese pecho continuando con su vaciamiento. El proceso dura de 3 a 5 días, y al terminar el tratamiento reiniciar con la lactancia.

4. Absceso mamario.

Es ocasionado por la obstrucción de los conductos galactóferos y por eso mismo se forma gradualmente una colección purulenta, produciendo dolor intenso y localizado, fiebre e hipertermia localizada. El tratamiento es el drenaje por medio de incisión además de antibioticoterapia. Mientras exista el drenaje y no desaparezca la infección se suspenderá la lactancia.

M E T O D O L O G I A

MATERIAL Y METODOS

La investigación sobre Educación y Lactancia Materna se realizó debido a la detección de su abandono temprano en un alto número de mujeres.

El estudio pretendió valorar la educación en el proceso del amamantamiento como un recurso importante en la abolición y/o disminución del abandono de la lactancia, así mismo incidiendo en su persistencia y exclusividad durante los 4 primeros meses de vida del niño.

Para tales fines se estudiaron tres grupos, cada uno integrado por 28 mujeres haciendo una muestra total de 84.

El 1er grupo estuvo integrado por mujeres que llevaron su control prenatal en CimiGen, siendo capturadas en la semana 32 +/- 2 del embarazo y que recibieron información intencionada orientada y completa sobre lactancia materna.

El 2º grupo. Integrado por mujeres que llevaron control prenatal en este mismo hospital, siendo capturadas en Alojamiento Conjunto, habiendo tenido como mínimo 5 consultas prenatales a este grupo solamente se le dió información ocasional dada en la consulta externa prenatal, y durante su estancia hospitalaria.

El 3er grupo. Constituido por mujeres que tuvieron un máximo de 3 consultas prenatales en CimiGen, las cuales también tuvieron la misma orientación sobre lactancia que el segundo grupo. De igual manera fueron capturadas en Alojamiento Conjunto.

Para el 2o y 3er grupo, esta información se valoró ya que en CimiGen es una norma informar sobre la Lactancia Materna.

En todas ellas a partir de su captura se realizó seguimiento hasta el cuarto mes de vida del hijo.

A las pacientes del 1er grupo en su primera consulta, además de la vigilancia prenatal se le realizó una valoración de riesgo referente a la Lactancia Materna (Evaluación de Riesgo para la Lactancia -I); también a través de una plática se conoció sus expectativas y conocimientos acerca del amamantamiento. Para este grupo se elaboró un programa educativo general, el cual tenía la característica de poderse individualizar en cada mujer de acuerdo a sus necesidades detectadas previamente en la primer consulta con los instrumentos antes señalados.

En esta consulta, mediante interrogatorio y exploración física se elaboró también la Historia Clínica de lactancia, la cual iba siendo llenada en cada una de las sesiones. Estas sesiones educativas se dieron durante la consulta prenatal de acuerdo al programa educativo personalizado y valorado mediante la Evaluación de Riesgo para la Lactancia II.

Este seguimiento se llevó a cabo hasta el nacimiento, en el cual se vigiló que todas las pacientes de este grupo y su recién nacido iniciarán el amamantamiento temprano (dentro de los primeros 30 minutos de vida), siempre y cuando no existiera ningún impedimento para ella.

El 2do y 3er grupo como ya se mencionó, recibió la información sobre lactancia dentro de su consulta prenatal, y durante el nacimiento no fue obligatorio el amamantamiento precoz, decidiéndolo esto el personal involucrado en el procedimiento.

Durante su estancia hospitalaria los tre grupos recibieron información sobre lactancia materna, ya que también es una norma de CimiGen el Alojamiento Conjunto y el amamantamiento exclusivo.

Estos tres grupos tuvieron seguimiento durante los cuatro meses posteriores al nacimiento de acuerdo al seguimiento establecido por los servicios de Pediatría y Prevención Reproductiva, utilizando para ello el expediente clínico y la Historia Clínica de Lactancia.

Para el 1er grupo, dentro de su consulta de los 8 días de puerperio, se oriento nuevamente a la madre pero directamente con su hijo; después de esta consulta no se volvió a dar información sobre lactancia y solamente se investigó el tipo de alimentación en cada una de las consultas en dichos servicios.

Para el 2do y 3er grupo, se tomaron los datos necesarios del expediente clínico.

Cuando no se llegaron a presentar las señoras a consulta en el hospital, se realizó visita domiciliaria con el fin de conocer los datos necesarios.

Las etapas de embarazo, nacimiento, puerperio y seguimiento, fueron valoradas por las Evaluaciones de Riesgo para la lactancia.

P R O B L E M A

¿Es la EDUCACION para la salud, un factor determinante para lograr la lactancia materna al 100% en los primeros cuatro meses de vida del niño?

H I P O T E S I S

1. ALTERNATIVA.

La Educación específica, es un factor determinante, para que las mujeres logren una lactancia temprana y duradera.

2. DE NULIDAD.

La Educación para la Salud no influye significativamente para la lactancia temprana y duradera.

O B J E T I V O S

GENERAL.

Demostrar que a través de la Educación para la Salud en general y para la lactancia materna específicamente, se propicie la alimentación al seno materno y su persistencia mediante un cambio de actitud que la favorezca y lleve a su aceptación como una práctica meramente natural y benéfica para la madre y su hijo.

ESPECIFICO.

Justificar la necesidad de implantar programas educativos que logren el cambio de actitud de las embarazadas para lograr una lactancia materna temprana y persistente, consiguiendo con esto su prolongación hasta el cuarto mes de vida.

TIPO DE INVESTIGACION

Estudio Comparativo. Investigación experimental de campo con casos y controles donde se trabajó con tres grupos:

1er grupo: 28 mujeres gestantes a las cuales se les dio información intencionada sobre lactancia materna.

2do grupo: 28 mujeres gestantes que solo recibieron información ocasional sobre lactancia materna dentro del área de Prenatal.

3er grupo: 28 mujeres gestantes que no recibieron información o fué escasa sobre lactancia materna.

Con esto se tratará de hacer una comparación entre los tres grupos para lograr los objetivos planeados para la investigación.

La información necesaria para éste estudio se obtendrá por medio de un expediente clínico específico para la Clínica de Lactancia Materna, además de las Evaluaciones de Riesgo para la Lactancia.

VARIABLES

1. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- a. **Lactancia Materna:** Es la alimentación proporcionada por la madre proveniente de sus glándulas mamarias (Alimentación natural).
- b. **Educación para la Salud:** Programas Educativos sobre Lactancia Materna, los cuales tienen la finalidad de enseñar y orientar acerca de los beneficios de ésta y de como llevarla a cabo correctamente.

2. VARIABLES DEPENDIENTES.

- a. **Lactancia Materna Exitosa:** Es la alimentación exclusiva al seno materno durante los cuatro primeros meses de vida.
- b. **Continuidad de la Lactancia Materna:** Es la que se mantiene por lo menos hasta los cuatro meses de vida.
- c. **Disminución de uso de complementos que no sean leche materna:** Fórmulas lácteas, sueros, tés, agua endulzada, jugo de frutas y verduras.
- d. **Abandono temprano de la Lactancia Materna:** Retiro del seno materno como fuente de alimentación antes del cuarto mes de vida.

VARIABLES

1. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- a. **Lactancia Materna:** Es la alimentación proporcionada por la madre proveniente de sus glándulas mamarias (Alimentación natural).
- b. **Educación para la Salud:** Programas Educativos sobre Lactancia Materna, los cuales tienen la finalidad de enseñar y orientar acerca de los beneficios de ésta y de como llevarla a cabo correctamente.

2. VARIABLES DEPENDIENTES.

- a. **Lactancia Materna Exitosa:** Es la alimentación exclusiva al seno materno durante los cuatro primeros meses de vida.
- b. **Continuidad de la Lactancia Materna:** Es la que se mantiene por lo menos hasta los cuatro meses de vida.
- c. **Disminución de uso de complementos que no sean leche materna:** Fórmulas lácteas, aueros, tés, agua endulzada, jugo de frutas y verduras.
- d. **Abandono temprano de la Lactancia Materna:** Retiro del seno materno como fuente de alimentación antes del cuarto mes de vida.

UNIVERSO.

1er Grupo.

28 mujeres que lleven su Control Prenatal en CimiGen que tengan 31 ± 2 las cuales culminen su embarazo y continuen con seguimiento longitudinal en éste hospital, proporcionán-
doles información intencionada mediante el programa específi-
co de Lactancia Materna.

2º Grupo.

28 mujeres gestantes que lleven su Control Prenatal en Cimi-
Gen con 31 ± 2 SDG que culminen esta etapa y continuen con
seguimiento longitudinal de su hijo en ésta institución, las
cuales solo recibirán información incidental sobre lactancia
materna dentro de los consultorios de Prenatal, Pediatría y
Alojamiento Conjunto.

3er Grupo.

28 mujeres gestantes que no hayan llevado su Control Prenatal
en CimiGen, o que por máximo tengan tres consultas prenata-
les, las cuales culminen su embarazo en éste hospital y
continuen con seguimiento longitudinal.

CRITERIOS DE INCLUSION

1er Grupo.

Mujeres gestantes con embarazo de bajo o mediano riesgo, que lleven su Control Prenatal en CimiGen, que tengan en el momento de la captura de 29 a 33 SDG (Programa específico de lactancia), que no tengan ningún impedimento para lactar y que continúen con bajo y mediano riesgo durante el parto y puerperio, así como en el seguimiento longitudinal y sean participantes de la Clínica de Lactancia.

2do Grupo.

Mujeres gestantes con bajo y mediano riesgo que llevaron Control Prenatal en CimiGen las cuales no presentan factores de riesgo para la lactancia y serán capturadas en Alojamiento Conjunto.

3er Grupo.

Mujeres gestantes que culminen su embarazo en CimiGen, las cuales hayan tenido como máximo tres consultas Prenatales en ésta institución, capturadas en Alojamiento Conjunto.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1er Grupo.

- a. Toda mujer gestante con embarazo de menos de 29 SDG o más de 33 SDG.**
- b. Toda mujer gestante que curse con embarazo de alto riesgo.**
- c. Toda mujer gestante que tenga factores de riesgo para la lactancia.**

2º Grupo.

- a. Mujer gestante con embarazo de alto riesgo.**
- b. Toda mujer embarazada que tenga factores de riesgo para la lactancia.**

3er Grupo.

- a. Toda mujer gestante que no haya culminado su embarazo en CimiGen.**
- b. Embarazadas con más de tres consultas prenatales en ésta institución.**

T I E M P O

Se iniciará la presente investigación en el mes de Noviembre de 1993 y culminará en el mes de Mayo de 1995 y constará de las siguientes etapas:

- 1. Planeación: Durante el mes de Noviembre de 1993.**
- 2. Recopilación de datos: De Diciembre de 1993 a Agosto de 1994**
- 3. Análisis y Presentación del trabajo: Mayo de 1995.**

R E C U R S O S

FISICOS.

Un consultorio dentro del área de Consulta Externa en CimiGen donde se cuente con una mesa de exploración, escritorio y espacio para colocar material didáctico.

HUMANOS.

Participaran al lado de las responsables de la investigación el personal del área de Trabajo Social de CimiGen para el proceso de seguimiento de las pacientes, además de pedir a las coordinadoras de dicho hospital su apoyo al programa de Lactancia Materna durante las etapas de la investigación.

FINANCIEROS.

1. El costo del programa de Lactancia Materna para las pacientes será valorado por la administración de CimiGen.
2. El coato del material didáctico a utilizar en la Clínica de Lactancia Materna será valorado para su financiamiento por las pasantes de la investigación aportando un 50% y por CimiGen el otro 50%.
3. El resto de la investigación será financiado por las propias participantes en la investigación.

MATERIALES.

- a. Papelería en general.
- b. Folletos o Trípticos informativos sobre lactancia materna elaborados por las pasantes de la investigación.
- c. Material didáctico: ilustraciones, boletines, muñecos.

R E C U R S O S

FISICOS.

Un consultorio dentro del área de Consulta Externa en CimiGen donde se cuente con una mesa de exploración, escritorio y espacio para colocar material didáctico.

HUMANOS.

Participaran al lado de las responsables de la investigación el personal del área de Trabajo Social de CimiGen para el proceso de seguimiento de las pacientes, además de pedir a las coordinadoras de dicho hospital su apoyo al programa de Lactancia Materna durante las etapas de la investigación.

FINANCIEROS.

1. El costo del programa de Lactancia Materna para las pacientes será valorado por la administración de CimiGen.
2. El costo del material didáctico a utilizar en la Clínica de Lactancia Materna será valorado para su financiamiento por las pasantes de la investigación aportando un 50% y por CimiGen el otro 50%.
3. El resto de la investigación será financiado por las propias participantes en la investigación.

MATERIALES.

- a. Papelería en general.
- b. Folletos o Trípticos informativos sobre lactancia materna elaborados por las pasantes de la investigación.
- c. Material didáctico: ilustraciones, boletines, muñecos.

I N S T R U M E N T O S D E T R A B A J O .

1. Historia Clínica para la Lactancia.
2. Evaluaciones de Riesgo para la Lactancia.
3. Hoja de Evaluación para la Lactancia.
4. Carnet de citas para la Clínica de Lactancia Materna.
5. Trípticos sobre Lactancia Materna.

* Todos los instrumentos de trabajo fueron elaborados por las realizadoras de la investigación.

A. CLINICA DE LACTANCIA MATERNA

CONCEPTO

Es un servicio de apoyo a la lactancia materna.

OBJETIVOS

Que todas las mujeres tengan una lactancia exitosa, al 100% a través de:

- a. Que la mujer confie en su capacidad para amamantar.
- b. Concientizar a la mujer sobre la importancia de la leche materna en su salud y la de su hijo.
- c. La participación activa de la pareja y la familia.
- d. La participación activa del personal de salud.

ESTRATEGIAS

1. Establecimiento de un consultorio exclusivo para apoyo a la lactancia.
2. Programas de apoyo para favorecer la lactancia en:
 - el embarazo,
 - el parto y puerperio (inmediato, mediano y tardío),
 - el lactante (seguimiento longitudinal).
3. Programas de educación para la lactancia.
4. Seguimiento del binomio madre-hijo.
5. Programas de capacitación al personal participante y en general.

METODOLOGIA

1. Consultorio de Lactancia Materna.

- Concepto:

Se encargará de proporcionar apoyo y orientación a la mujer gestante sobre la lactancia materna.

- **Objetivos:**

a. Ser un servicio de apoyo en las áreas de:

- Consulta Externa,
- Cirugía y partos, y
- Alojamiento Conjunto.

b. Incidir en la mujer gestante y puérpera hacia una lactancia exitosa.

- **Organización:**

El consultorio de Lactancia Materna estará bajo responsabilidad del servicio de Psicoprofilaxis y relacionado con la Consulta Externa en coordinación con el área de Pediatría y Gineco-Obstetricia.

- **Descripción:**

En este programa participará toda mujer gestante que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que lleve su Control Prenatal en CimiGen.
2. Que esté dispuesta a amamantar .
3. Que se comprometa a participar en el programa de la Clínica de Lactancia Materna hasta el final, y
4. Contar con edad gestacional de 31 SDG +/- 2 que cursen con embarazo de bajo y mediano riesgo.

- **Recursos Técnicos:**

1. Se solicitará al servicio de Control Prenatal que refiera a las gestantes que cumplan con los requisitos establecidos.
2. En la primera consulta dentro del servicio de lactancia se investigará las perspectivas de la mujer hacia la lactancia materna.

En caso de que desee amamantar se solicitará su participación dentro del programa, previa explicación del mismo.

Si por el contrario, no desea amamantar, se tratará de conven
cer mediante información sobre los beneficios de la lactancia
materna.

3. Se realizará una historia clínica que permita conocer los aspectos psicosociales y físicos que apoyen o puedan interfe
rir dentro de la lactancia.
4. El programa de trabajo se anexará al expediente propio del servicio.
5. Se citará a la paciente en relación a su consulta progra-
mada en Prenatal para evaluar la evolución del plan a seguir y en caso necesario ajustarlo a sus necesidades.
6. En caso de que se presente alguna complicación en el emba
razo se solicitará asesoría al área de Gineco-Obstetricia para su resolución.
7. En caso de referencia de la paciente se hará seguimiento, previa solicitud a Trabajo Social considerando el número de sesiones dadas en la Clínica de Lactancia.
8. Se pedirá a Prenatal que anote en el carnet de la paciente la evaluación de riesgo Previgen III.
9. El costo de cada sesión de lactancia será valorado por la institución.

- Instrumentos de trabajo a utilizar:

- a. Historia Clínica de Lactancia.
- b. Evaluación de Riesgo para la Lactancia.
- c. Hoja de registro de Riesgo para la Lactancia.
- d. Carnet de citas y control de la Clínica de Lactancia.

- Programa Educativo:

- I. Introducción hacia la lactancia materna.
 - 1.1. Valor nutricional.
 - 1.2 Ventajas.
 - 1.3 Economía.
 - 1.4 Implicaciones Políticas.

- 1.5. Virtudes de la leche materna.
 - 1.6. Tasas de morbimortalidad.
 - 1.7. Importancia inmunológica.
 - 1.8. Prevención al fracaso de la lactancia.
- II. Aspectos psicológicos de la lactancia.
- 2.1. Fomentar el lazo afectivo materno-infantil.
 - 2.2. Contacto visual, olfatorio, óptico y gustativo.
 - 2.3. Cierre del ciclo sexual.
 - 2.4. Seguridad e independencia para el niño amamantado.
- III. Anatomofisiología de la glándula mamaria.
- 3.1. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria.
 - 3.2. Producción de leche (Lactogénesis y Galactopoyesis).
 - 3.3. Anomalías de los pezones (tipos de pezón).
- IV. Técnicas de amamantamiento.
- 4.1. Relajación materna.
 - 4.2. Formación de pezón.
 - 4.3. Masaje mamario.
 - 4.4. Técnicas para el sostén de la glándula mamaria en el momento del amamantamiento.
 - 4.5. Posiciones del bebé para el amamantamiento.
 - 4.6. Posiciones de la madre para el amamantamiento.
 - 4.7. Manejo profiláctico para evitar complicaciones de las glándulas mamarias.
 - 4.8. Manejo terapéutico en complicaciones de la lactancia.
- V. Alimentación de la mujer lactante y sus cuidados.
- 5.1. Régimen dietético.
 - Consumo de proteínas,
 - Consumo de carbohidratos,
 - Consumo de líquidos.

5.2. Higiene.

VI. Aportaciones biosocioculturales de la lactancia materna.

6.1. Crecimiento y desarrollo del niño amamantado.

6.2. Aceptación sociocultural de la lactancia materna.

6.3. Integración familiar.

6.4. Importancia inmunológica de la leche materna.

VII. Contrindicaciones para la lactancia.

7.1. Patologías de la madre.

7.2. Patologías del recién nacido.

7.3. Medicamentos que interfieren en la leche materna.

2. Coordinación con los servicios de CimiGen.

- Área de Pediatría.

El personal adscrito a este servicio se encargará en la consulta externa del seguimiento longitudinal en cuanto la vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de los niños incluidos en el programa de Lactancia Materna, así como comunicar el estado de salud de estos niños a la Clínica de Lactancia. Además apoyará al programa antes mencionado.

-Área de Gineo-Obstetricia.

Se encargará de apoyar al programa de Lactancia Materna en la consulta de Prenatal y Prevención Reproductiva.

- Área de Cirugía y Partos.

Todo el personal responsable de esta área llevará a cabo todas las normas establecidas para el programa de Lactancia.

- Área de Alojamiento Conjunto.

El personal que se encuentra dentro de esta área colaborará con el programa de Lactancia Materna.

2.1. Consulta Externa.

Estará como mediadora en cuanto a los usuarios del servicio de Lactancia Materna.

a. Prenatal.

Participarán aquellas mujeres que lleven su control prenatal en CimiGen siempre y cuando continúen con el seguimiento establecido en la Clínica de Lactancia además de cubrir los requisitos establecidos por esta.

Objetivos:

- Cumplir con los objetivos de CimiGen y los programas de atención materno-infantil (H.A.M.N.).
- Constituir un servicio que propicie la investigación.
- Concientizar a la mujer y su familia de los beneficios.

Recursos Técnicos:

- Se valorará a la gestante en cada consulta programada por el servicio de Control Prenatal.
- Se pedirá al personal del servicio de Prenatal anotar en el carnet de citas de Control Prenatal, la valoración del Previgen III para que el personal de la Clínica de Lactancia conozca el estado de salud de la gestante.

Instrumentos:

- Notas de evolución.
- Evaluación de Riesgo para la lactancia durante el embarazo al inicio del curso I.
- Evaluación de Riesgo para la lactancia durante el embarazo evolución del curso II.

b. Pediatría.

Participarán todos los niños de las madres que hayan estado dentro del programa de Lactancia Materna.

Objetivos:

- Cumplir con los objetivos establecidos para la Clínica de Lactancia Materna.
- Vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños de la investigación de lactancia.
- Comprobar que la lactancia materna, llevada de acuerdo a lo establecido en el programa de Lactancia, es el mejor alimento durante los primeros meses de vida.

Recursos Técnicos:

- Se valorará al recién nacido y lactante menor participante en la investigación, en cada una de sus consultas programadas haciendo énfasis en la alimentación y valorando su crecimiento y desarrollo en el carnet correspondiente.
- Se notificaran a las responsables de la investigación los cambios sucedidos en el niño que puedan interferir en el programa.

Instrumentos:

- Notas de evolución.
- Evaluación de Riesgo para la Lactancia durante el puerperio y seguimiento longitudinal V.

c. Prevención Reproductiva.

Se vigilará a todas las mujeres que hayan participado en el programa de Lactancia Materna, las cuales continuen con seguimiento longitudinal de sus hijos, así mismo evitar el abandono temprano de la lactancia materna.

Objetivos:

- Cumplir con lo establecido en el programa de Lactancia Materna.
- Cumplir con las normas de CimiGen dentro del puerperio.
- Vigilar el uso de métodos anticonceptivos y medicamentos contraindicados en la lactancia.
- Valorar la efectividad del programa de Lactancia Materna.
- Vigilar las posibles alteraciones maternas que interfieran en la lactancia materna.

Recursos Técnicos:

- Se valorará las puerperas en seguimiento en sus consultas programadas, de los 7 días y de los 4 siguientes meses.
- Se informará a las integrantes de la investigación sobre la continuidad de la alimentación materna y las complicaciones que puedan alterar la lactancia.

Instrumentos:

- Notas de evolución.
- Evaluación de Riesgo para la lactancia durante el puerperio y seguimiento longitudinal.

2.2. Cirugía y Partos.

En este subprograma participarán todas las mujeres que hayan tenido un mínimo de tres sesiones en el servicio de Lactancia Materna y que ingresen al área de Cirugía y Partos para la resolución de su embarazo, contando con el apoyo del personal que participe en la atención del nacimiento.

Objetivos:

- Fomentar el lazo materno-infantil.
- Propiciar la investigación.
- Facilitar la involución uterina y prevenir hemorragias.
- Facilitar el alumbramiento.
- Cumplir con las normas de CimiGen relacionadas a la integración familiar.

Recursos Técnicos:

- Participarán todas las gestantes que ingresen a esta área las cuales hayan tenido un mínimo de tres secciones educativas en la Clínica de Lactancia Materna.
- Se iniciará la lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos al nacimiento.
- Se cumplirá lo anterior siempre que:
 - a. Se obtenga una calificación de APGAR de 7 o más en el primer y quinto minuto de vida.
 - b. Edad gestacional de más de 37 semanas.
 - c. Ninguna patología.
 - d. Peso mayor de 2501 grs. o menor de este sin ninguna complicación.
 - e. Peso no mayor de 4500 grs.
 - f. Ninguna contrindicación médica para que se realice.
 - g. Que la madre no se encuentre bajo efectos de sedación.
 - h. Que la madre no presente enfermedades infectocontagiosas severas.
 - i. Que la madre no sea hipertensa.
 - j. No se estén utilizando en la madre medicamentos contraindicados para la lactancia.
- Se anotará en la hoja de pediatría si se cumplieron las normas establecidas dentro del programa en referencia al amamantamiento temprano post-nacimiento. En caso de no haberse llevado a cabo anotar la causa.

Instrumentos:

- Evaluación de Riesgo para la Lactancia durante el transparto III.

2.3. Alojamiento Conjunto.

En este subprograma intervendrán todas las mujeres que hayan parido dentro de CimiGen las cuales hayan participado en la Clínica de Lactancia Materna por lo menos en tres secciones.

Objetivos:

- Cumplir con el programa de Lactancia Materna en relación al seguimiento en esta área.
- Cumplir con las normas de CimiGen en cuanto a la integración familiar.
- Facilitar la involución uterina y evitar hemorragias.
- Propiciar la investigación.

Recursos Técnicos:

- Participarán todas las mujeres que estén dentro del programa de Lactancia Materna, las cuales cumplan hasta este momento con las condiciones de la investigación.
- Se solicitará la participación del personal de Alojamiento Conjunto para llevarse a cabo dicho programa.
- Se vigilará en las puerperas que la forma de amamantar sea la correcta para este acto.
- No se administrará en forma complementaria sueros o fórmulas lácteas a los hijos de las madres en investigación a menos de que sea por orden médica por lo cual se valorará su exclusión del programa.
- No se cumplirá lo anterior en caso de:
 1. Haberse presentado en el parto alguna complicación.
 2. Estar bajo efectos de anestesia en las primeras horas.
 3. Presentar hipertensión inducida por el embarazo la cual se este controlando con medicamentos contraindicados en la lactancia materna; de igual manera será en cualquier proceso infeccioso.

B.**HISTORIA CLINICA DE LACTANCIA****FICHA DE IDENTIFICACION.**

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Edo. Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

APNP. Origen: _____

Habitación: _____

Alimentación: _____

Higiene: _____

APP. Cirugías: _____

Estado de salud actual: _____

Toxicomanias: _____

AGO. G: _____ P: _____ A: _____ C: _____

1er. embarazo: Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____

Salud al nacimiento: _____

Lactancia materna: _____ Tiempo: _____

Ultimo embarazo: Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____

Salud al nacimiento _____

Lactancia materna _____ Tiempo: _____

PA. SDG _____ FPP _____ Riesgo Previgen III: _____

1er. trimestre: _____

2o. trimestre: _____

3er trimestre: _____

EF. Tamaño de la aréola: _____

Pezón: formado _____ semiformado: _____ plano _____

corto: _____ largo: _____ umbilicado: _____

Salida de secreción: sanguinolenta: _____ serosa: _____

purulenta: _____ láctea _____

Ganglios linfáticos: no palpables: _____ duros: _____

dolorosos: _____ cuadrante: _____

Protusiones: no: _____ sí: _____ cuadrante: _____

C.

NOTAS DE EVOLUCION

EVOLUCION DEL CURSO

1a. Sesión.

Fecha:

Tema:

Indicaciones:

Evaluación de riesgo para la lactancia II:

Observaciones:

2a. Sesión.

Fecha:

Tema:

Indicaciones:

Evaluación de riesgo para la lactancia II:

Observaciones:

3a. Sesión.

Fecha:

Tema:

Indicaciones:

Evaluación de riesgo para la lactancia II:

Observaciones:

4a. Sesión.

Fecha:

Tema:

Indicaciones:

Evaluación de riesgo para la lactancia II:

Observaciones:

HOJA DE EVOLUCION

TRANSPARTO.

Vía de nacimiento: _____ Anestesia _____
SDG al nacimiento: _____ Peso: _____ APGAR: _____
Complicaciones maternas: _____ RN: _____
Destino del RN: _____
Seno materno en los primeros 30 minutos de vida: _____
Causas por que no: _____
Succión y deglución: Sí _____ No _____
Evaluación de Riesgo para la lactancia III: _____
Observaciones:

PUERPERIO INMEDIATO.

Fecha: _____
Lactancia materna a libre demanda: sí _____ no _____
Complemento: no _____ solución _____ fórmula _____
Succión y deglución: activa _____ débil _____
Pezón: irritado _____ agrietado _____
Forma de amamantar correcta: sí _____ no _____
Evaluación de Riesgo para la lactancia IV: _____
Plan: _____
Observaciones:

HOJA DE EVOLUCION

PUERPERIO TARDIO (8 DIAS).

Fecha: _____
Lactancia materna a libre demanda: si _____ no _____
Lactancia con horario: si _____ no _____
Succión correcta: si _____ no _____
Complemento alimenticio: no _____ fórmula _____ agua _____ té _____
Pezón agrietado: si _____ no _____
Pezón irritado: si _____ no _____
Congestión mamaria: si _____ no _____
Mastitis: si _____ no _____
Evaluación de Riesgo para la lactancia V: _____
Plan: _____
Observación:

SEGUIMIENTO LONGITUDINAL.

Fecha: _____
Lactancia materna a libre demanda: si _____ no _____
Lactancia con horario: si _____ no _____
Succión adecuada: si _____ no _____
Complemento alimenticio: no _____ fórmula _____ agua _____ té _____
Pezón: inflamado _____ adolorido _____ agrietado _____
Mamas: turgentes _____ secretantes _____ congestionadas _____
Estado de salud del niño: sano _____ enfermo _____
Evaluación de Riesgo para la lactancia V: _____
Plan: _____
Observaciones:

D. EVALUACION DE RIESGO PARA
LA LACTANCIA

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA I

Al inicio del curso.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| 1. Edad. | <input checked="" type="radio"/> 20-30 | <input type="radio"/> 19 o menos/
31-35 | <input checked="" type="radio"/> 36 o más |
| 2. Edo. civil. | <input checked="" type="radio"/> casada/
unión l | <input type="radio"/> soltera/
divorciada | |
| 3. Escolaridad. | <input checked="" type="radio"/> 10 o más | <input type="radio"/> 7 a 9 | <input checked="" type="radio"/> 6 o menos |
| 4. Estado socioeconómico | <input checked="" type="radio"/> alto/
medio | <input type="radio"/> medio bajo | <input checked="" type="radio"/> bajo |
| 5. Ocupación actual. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 6. Paridad. | <input checked="" type="radio"/> 2 o más | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 |
| 7. Lactancia materna
previa | <input checked="" type="radio"/> si | | <input checked="" type="radio"/> no |
| 8. Edo. psicológico ante
la lactancia | <input checked="" type="radio"/> favorable | | <input checked="" type="radio"/> desfavorable |
| 9. Edo. de los pezones. | <input checked="" type="radio"/> formado | <input type="radio"/> semiformado | <input checked="" type="radio"/> con
alteraciones |
| 10. Aceptación de la
lactancia por la
pareja y familia. | <input checked="" type="radio"/> si | | <input type="radio"/> no |

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA II.

Evolución del curso durante el embarazo.

1. Aceptación de la lactancia. si no
2. Formación del pezón. favorable no favorable

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA III

Durante el transparto.

1. Vía de nacimiento. vaginal abdominal
2. Anestesia. no BPD general
3. Presencia de familiar. si no
4. Complicaciones maternas. no si
5. Complicaciones del RN. no si
6. Inicio de la lactancia en los 30 primeros min. si no
7. APGAR. 7 a 10 4 a 6 1 a 3
8. Peso. 2501 2000 menos de 2000
 3500 2500 más de 4000
 3501
 4000
9. Capurro. 37 a 41 33 a 36 42 o más

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA IV.
Durante la estancia hospitalaria.

1. Actitud hacia la lactancia. positiva negativa
2. Continuidad de la lactancia si no
3. Lactancia a libre demanda si no
4. Complemento. no si
5. Succión y deglución vigorosa débil
6. Técnica de amamantamiento. favorable no favorable
7. Condiciones del pezón sano irritado agrietado
8. Participación familiar. si no
9. Complicaciones maternas no si
10. Complicaciones del RN. no si
11. Involución uterina. normal con medicamento
12. Hemorragia. no si
13. Otros.

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA V.

Durante el seguimiento.

- | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Actitud hacia la lactancia. | <input checked="" type="radio"/> positiva | <input type="radio"/> negativa | |
| 2. Frecuencia de la lactancia | <input checked="" type="radio"/> a libre de_
manda | <input type="radio"/> con horario | |
| 3. Edo. de los pezones. | <input checked="" type="radio"/> sanos | <input type="radio"/> irritados | <input type="radio"/> agrietados |
| 4. Congestión mamaria. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 5. Mastitis. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 6. Succión y deglución. | <input checked="" type="radio"/> vigorosa | <input type="radio"/> débil | |
| 7. Complicaciones maternas. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 8. Complicaciones del RN. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 9. Alimentación mixta. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 10. Edo. de salud del niño. | <input checked="" type="radio"/> sano | <input type="radio"/> enfermo | |

EVALUACION DE RIESGO PARA LA LACTANCIA V.

Durante el seguimiento.

- | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Actitud hacia la lactancia. | <input checked="" type="radio"/> positiva | <input type="radio"/> negativa | |
| 2. Frecuencia de la lactancia | <input checked="" type="radio"/> a libre de_manda | <input type="radio"/> con horario | |
| 3. Edo. de los pezones. | <input checked="" type="radio"/> sanos | <input type="radio"/> irritados | <input type="radio"/> agrietados |
| 4. Congestión mamaria. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 5. Mastitis. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 6. Succión y deglución. | <input checked="" type="radio"/> vigorosa | <input type="radio"/> débil | |
| 7. Complicaciones maternas. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 8. Complicaciones del RN. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 9. Alimentación mixta. | <input checked="" type="radio"/> no | <input type="radio"/> si | |
| 10. Edo. de salud del niño. | <input checked="" type="radio"/> sano | <input type="radio"/> enfermo | |

DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA FELIZ

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia 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 este en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe de amamantar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida.
7. Facilitar la cohabitación de las madres e hijos.
8. Fomentar la lactancia cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños chupones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y procurar que las madres los conozcan.

"TODO ESTO LLEVARA A LA CULMINACION MAS GRANDE:
NIÑOS MAS SANOS"

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL GEN
CimiGen

CLINICA DE LACTANCIA MATERNA



Nombre de la madre:

Nombre del hijo:

Domicilio:

Telefono:

Fecha de nacimiento del hijo:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

R E S U L T A D O S

CUADRO 1. EDAD MATERNA.

AÑOS	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
19 0 menos	9	10	8	27
20 a 30	16	16	13	45
31 a 35	3	2	6	11
36 o más	0	0	1	1
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 4.99$

Puntos de valor = 0.54562814

No significativo.

* Fuente en el último cuadro

CUADRO 2. ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
Casada - U. libre.	25	24	26	75
Soltera - Divorciada.	3	4	2	9
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 0.75$

Puntos de valor = 0.68843572

No significativo.

CUADRO 3. OCUPACION.

TRABAJO	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
Sí	3	3	2	8
No	25	25	26	76
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 0.28$

Puntos de valor = 0.87096116

No significativo.

CUADRO 4. PARIDAD.

NUMERO	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
2 O más	4	4	4	12
1	4	4	7	15
0	20	18	17	55
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 1.08$

Puntos de valor = 0.89773509

No significativo.

CUADRO 5. LACTANCIA MATERNA PREVIA.

LACTANCIA PREVIA	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
Sí	7	10	9	26
No	21	18	19	58
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 0.78$

Puntos de valor = 0.67711075

No significativo.

CUADRO 6. ESCOLARIDAD.

AÑOS	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
Más de 10	10	10	7	27
7 a 9	14	16	13	43
3 a 6	4	2	8	14
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 4.99$

Puntos de valor = 0.28809382

No significativo.

CUADRO 7. CONSULTA PRENATAL.

NUMERO	GRUPO						TOTAL	
	1o.	%	2o.	%	3o.	%	Fx	%
0 a 3	0	0	0	0	28	33.3	28	33.3
4 a 6	10	11.9	11	13	0	0	21	25
7 y más	18	21.4	17	20.3	0	0	35	41.7
TOTAL	28	33.3	28	33.3	28	33.3	84	100

CUADRO 8. INICIO DE LA LACTANCIA EN LOS PRIMEROS 30 MINUTOS DE VIDA.

INICIO	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
SI	19	3	3	25
NO	9	25	25	59
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 29.16$

Puntos de valor = 0.0000047

Significativo

CUADRO 9 CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	26	24	21	71
L.M. con sucedáneos	2	2	4	8
L.M. suspendida	0	2	3	5
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 4.34$

Puntos de valor = 0.36253667

No significativo.

CUADRO 10. CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA A LOS OCHO DIAS DE VIDA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	25	18	18	61
L.M. con sucedáneos	3	9	7	19
L.M. suspendida	0	1	3	4
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 8.05$

Puntos de valor = 0.08962268

No significativo.

CUADRO 11. CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA EN EL PRIMER MES DE VIDA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	21	12	15	48
L.M. con sucedáneos	6	12	3	21
L.M. suspendida	1	4	10	25
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 17.2$

Puntos de valor = 0.00191145

Significativo.

CUADRO 12. CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA EN EL SEGUNDO MES DE VIDA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	18	4	10	32
L.M. con sucedáneos	8	18	7	33
L.M. suspendida	2	6	11	19
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 22.40$

Puntos de valor = 0.00016695

Significativo.

CUADRO 13. CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA EN EL TERCER MES DE VIDA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	16	3	7	26
L.M. con sucedáneos	8	17	10	35
L.M. suspendida	4	8	11	23
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 17.28$

Puntos de valor = 0.00170769

Significativo.

CUADRO 14. CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA EN EL CUARTO MES DE VIDA.

ALIMENTACION	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
L.M. al 100%	16	3	5	24
L.M. con sucedáneos	8	16	11	35
L.M. suspendida	4	9	12	25
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 17.28$

Puntos de valor = 0.00170769

Significativo.

CUADRO 15. CAUSAS POR LAS CUALES NO SE INICIO LA LACTANCIA EN LOS 30 PRIMEROS MINUTOS DE VIDA.

CAUSAS	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	19	3	3	25
Causas del personal	3	14	11	28
Hipotermia	1	7	4	12
Infección de vías respiratorias	1	0	1	2
SIR	1	0	1	2
Asfixia moderada	0	1	1	2
Aspiración de líquido amniótico	0	0	1	1
Sx. de mala adaptación neonatal	0	0	2	2
Pretérmino	1	0	0	1
Mixtas	1	1	1	3
Otras	1	2	3	6
TOTAL	28	28	28	84

$X_2 = 43.91$

Puntos de valor = 0.00000000

Significativo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 16. COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.(0 a 48 HRS. EN CUNERO O ALOJAMIENTO CONJUNTO).

COMPLICACIONES				TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	26	27	23	76
S.I.R.	1	0	1	2
Infección de vías respiratorias	1	1	1	3
Sx de mala adaptación neonatal	0	0	2	2
Asfixia	0	0	1	1
TOTAL	28	28	28	84

$\chi_2 = 7.34$

Puntos de valor = 0.50021153

No significativo

CUADRO 17. COMPLICACIONES MATERNAS EN LOS PRIMEROS OCHO DIAS DE PUERPERIO TARDIO.

COMPLICACIONES	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
Si	3	6	3	12
No	25	22	25	72
TOTAL	28	28	28	84

$\chi_2 = 1.75$

Puntos de valor = 0.41686202

No significativo.

CUADRO 18. ENFERMEDADES DEL NIÑO EN EL PRIMER MES DE VIDA.

ENFERMEDADES	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	25	23	26	74
Sx gripal	1	3	1	5
I.V.R.A.	1	2	0	3
Convulsiones	1	0	1	2
TOTAL	28	28	28	84

$\chi_2 = 4.79$

Puntos de valor = 0.57112164

No significativo.

CUADRO 19. ENFERMEDADES DEL NIÑO EN EL SEGUNDO MES DE VIDA.

ENFERMEDADES	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	24	21	24	69
Sx gripal	2	3	3	8
I.V.R.A.	1	4	1	5
Dispepsia	0	0	1	1
Convulsiones	1	0	0	1
TOTAL	28	28	28	84

$\chi_2 = 9.71$

Puntos de valor = 0.28590832

No significativo

CUADRO 20. ENFERMEDADES DEL NIÑO EN EL TERCER MES DE VIDA.

ENFERMEDADES	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	26	22	25	73
Sx gripal	1	1	1	3
I.V.R.A.	1	3	1	5
Diarrea	0	2	1	3
Dispepsia	0	0	1	1
TOTAL	28	28	28	84

$$X_2 = 7.96$$

Puntos de valor = 0.43776382

No significativo.

NOTA: Desaparecen las crisis convulsivas

CUADRO 21. ENFERMEDADES DEL NIÑO EN EL CUARTO MES DE VIDA.

ENFERMEDADES	GRUPO			TOTAL
	1o.	2o.	3o.	
No hubo	26	27	25	78
Sx gripal	0	1	1	2
I.V.R.A.	2	0	0	2
Diarrea	0	0	1	1
Dispepsia	0	0	1	1
TOTAL	28	28	28	84

$$X_2 = 9.08$$

Puntos de valor = 0.335848 46

No significativo.

CUADRO 22. ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

GRUPO	M E S E S								TOTAL	%	%
	1o.		2do.		3ro.		4to.				
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%			
I	7	25	3	11	2	7	0	0	12	43	57
II	16	57	8	28	1	4	0	0	25	89	11
III	13	46	5	18	3	11	2	7	23	82	18

FUENTE: Historia Clínica de Lactancia Materna y
Notas de Evolución.

RESULTADOS.

De los datos recolectados se obtuvieron los siguientes resultados:

Las características generales de los tres grupos en cuanto a edad, estado civil, ocupación, paridad y lactancia previa no muestran diferencias estadísticas, por lo cual representan un universo homogéneo.

En cuanto a la escolaridad, cuando se comparan los tres grupos entre sí, no hay diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 6). Pero se observa mayor similitud entre los grupos 1 y 2 en relación con el 3, en el que existen menos casos con escolaridad de 7 años o menos.

Las consultas prenatales muestran una diferencia estadísticamente significativa en el número de consultas en prenatal recibidas en CimiGen entre los tres grupos, pero existe mayor similitud entre los grupos 1 y 2 en relación al grupo 3 que recibió menos consultas. (Cuadro 7).

El inicio de la lactancia materna en forma temprana en los primeros treinta minutos de vida del recién nacido, muestran una diferencia estadísticamente significativa en favor del grupo 1. (Cuadro 8).

Esta diferencia no es significativa en la continuidad de la lactancia en el área de Alojamiento Conjunto, ya que es similar en los tres grupos (Cuadro 9), ni en la continuidad de ésta en los primeros ocho días de vida del niño (Cuadro 10). Sin embargo se nota ya cierta tendencia a que existe mayor persistencia en la lactancia materna exclusiva en el grupo 1.

Se manifiesta una diferencia estadísticamente significativa

en la persistencia de la lactancia exclusiva durante los meses 1,2,3, y 4 después del nacimiento en favor nuevamente del grupo 1. (Cuadros 11, 12, 13 y 14).

Entre las causas por las que no se inició la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento, predomina la falta de aplicación por el personal que atiende el parto y al recién nacido, licenciadas en enfermería o médico, sobre todo en los grupos 2 y 3 en los que a 14 y 11 madres respectivamente no se les dió a sus hijos de inmediato en relación de tres en el grupo 1. (Cuadro 15). No se sabe si en este grupo que recibió capacitación hubo mayor exigencia de parte de los padres para que se hiciera.

Se nota también un mayor número de recién nacidos con hipotermia en los grupos 2 y 3 y predominan en ellos también otros casos de complicaciones sobre todo en el grupo 3 con 14; el grupo 2 presentando 11 y el grupo 1 con 6 en total.

Durante la estancia hospitalaria prácticamente todos los recién nacidos recibieron alimentación al seno materno, excepto los que tenían alguna complicación que nuevamente fueron más en el grupo 3 con 5, en el 2 con 1, y 2 en el grupo 1. (Cuadro 16).

Las complicaciones maternas no muestran significancia estadística, pero si hay mayoría de casos en el grupo 2. (Cuadro 17). Lo mismo que en las complicaciones de los niños en los primeros cuatro meses de vida, no muestran diferencias estadísticamente significativas, aunque el grupo 2 mostró mayor tendencia a enfermedades. (Cuadro 18 a 21).

La persistencia de la lactancia materna exclusiva, se hace más relevante en el grupo 1 con 16, a comparación de 3 en el grupo 2 y 5 en el grupo 3. (Cuadro 22).

ANALISIS.

Se insiste en el hecho de que la diferencia principal de los tres grupos fué la capacitación que recibieron durante el embarazo para la lactancia materna, y que esta capacitación terminó en el nacimiento del niño y la estancia hospitalaria en Alojamiento Conjunto, de ahí en adelante los tres grupos fueron manejados en forma similar, ya que no tuvieron más capacitación sino solo se llevó a cabo la captura de datos sobre la persistencia de la lactancia y complicaciones maternas y del niño.

Es importante señalar que la escolaridad entre los grupos 1 y 2 es similar, en tanto que en el grupo 3 existe mayor número de madres que no terminaron la primaria. Este dato podría explicar porqué también en este grupo hubo menos consultas prenatales.

Estos dos factores, escolaridad y número de consultas prenatales, podrían ser determinantes en la conducta hacia la lactancia.

Sin embargo al analizar el comportamiento en cuanto a la persistencia de la lactancia materna exclusiva en los cuatro primeros meses de vida del niño, este es más similar entre los grupos 2 y 3 donde la persistencia fué de 11 y 18% respectivamente en comparación con el 57% del grupo 1.

Parecería entonces que el factor determinante de acuerdo al análisis establecido, debe ser la capacitación específica que se dió a las mujeres del grupo 1.

Por otro lado se hace evidente que todavía no existe una cultura homogénea hacia la lactancia en el personal-

de CimiGen, ya que fué la capacitación a las madres durante el embarazo lo que determinó la aceptación a la lactancia. Esta misma capacitación no es suficiente en la consulta prenatal habitual y tampoco se manifiesta en el cumplimiento de la norma sobre la educación hacia la lactancia y el inicio temprano del amamantamiento en la primera media hora del nacimiento.

Se hace notar además que es más estricto el cumplimiento de la norma durante la estancia hospitalaria de la madre y el niño, cuando menos 24 horas, ya que aquí no hay diferencia de manejo entre los tres grupos.

Sin embargo, este acercamiento a la lactancia no es favorable ya que se abandona tempranamente en los primeros meses de vida en forma importante en los grupos que no recibieron la capacitación específica, (grupos 2 y 3) con una diferencia estadísticamente significativa en relación al grupo 1 que recibió esta capacitación y cuya persistencia de la lactancia exclusiva fué tres veces mayor.

Lo que concluye que la educación es fundamental para obtener mejores resultados y mayor persistencia en el amamantamiento como en cualquier otra situación de salud.

RECOMENDACIONES.

Es indispensable llevar a cabo un proceso de capacitación sobre los beneficios de la lactancia materna para el ser humano a fin de lograr un proceso educativo que nos vuelva a la cultura que por diversos hechos se ha perdido.

Esta investigación prueba que cualquier programa educativo incompleto o no persistente de capacitación de las futuras madres tiene grandes riesgos de que la lactancia materna no se lleve a cabo o se abandone ante la presencia de cualquier condición que la dificulte o simplemente bajo la creencia muy generalizada de que las leches artificiales puedan satisfacer y sustituir con ventaja a la leche materna.

La conceptualización actual de la madre es producto de un proceso educativo que ha venido evolucionando paulatinamente a través de la culturización comercialista que se da por los medios informativos al público en general y en especial al personal de salud y administrativo institucional en cuyo contexto se estableció la cultura de la leche artificial.

Este trabajo prueba que cualquier trato superficial a este problema puede llevar al fracaso con la mayor facilidad, y que es necesario ir a fondo en la creación de "Clínicas de Lactancia" en todos los niveles educativos pero primordialmente en el personal de salud responsable del bienestar comunitario, para que adquiriera una responsabilidad conciente y racional que lleve a trascender en beneficio de la madre y el niño bajo la premisa de que "el que no sabe no puede enseñar".

RESUMEN.

La presente investigación fué encaminada a valorar el proceso educativo en favor de la lactancia, sobre todo su iniciación temprana y su persistencia en la etapa más importante del niño, desde el nacimiento hasta el cuarto mes de vida.

Para ello se estudiaron tres grupos homogéneos en cuanto a sus características generales pero que recibieron una preparación diferente para la lactancia.

Al primero, se le dió una capacitación específica sobre lactancia materna durante la etapa prenatal y durante su estancia hospitalaria. El segundo grupo recibió información ocasional proporcionada en la consulta prenatal y estancia hospitalaria; y el tercer grupo, el cual recibió información solamente durante su estancia hospitalaria.

La capacitación al grupo 1 fué proporcionada en un módulo de "Clínica de Lactancia Materna", mediante un programa educativo personalizado apoyándose en un sistema de Evaluación de Riesgo para la Lactancia, aplicado desde la etapa prenatal hasta el término de la investigación.

Los resultados obtenidos fueron muy favorables y significativos estadísticamente ya que el grupo que recibió la capacitación presentó mayor persistencia en el amamantamiento en comparación a los otros dos grupos, los cuales tuvieron una deserción importante en los primeros cuatro meses de vida del niño.

Por lo tanto se concluye que la EDUCACION es factor determinante para la aceptación y persistencia de la lactancia materna.

SUMMARY.

This investigation is meant to value the educative process to wards breastfeeding, and specifically it's early start and it's persistence during the most important stage of the baby's life, the 4th month of age.

For this purpose three groups, with the same general characteristics but with different education breastfeeding, were studied.

The first group was given a specific preparation during the pre-natal and hospitalization stage. The second group received occasional information during the same stages; and the third group was instructed only in the hospitalization stage.

The instructions to the first group was given in a "Breast-feeding Clinic" module by a customized educative program, based on a system the Valuation to the Risk for breastfeeding, from the pre-natal up to the conclusion investigation.

Statistically, the results were very significant and favorable, since the group that receive the course was more persistent on breastfeeding than the other two groups which showed an important desertion rate in the first four months of the child's life.

Therefore it's conclusive that EDUCATION is determinant to the practice and persistence of breastfeeding.

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA.

1. Berg.A. "Estudios sobre nutrición", Ed.Limusa. 3ª Reimpresión. México.1987. 344p.
2. "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". México.1988. 182p.
3. "Diario Oficial de la Federación". México.1991.
4. "Diario Oficial de la Federación". México. 1992.
4. "Diario Oficial de la Federación". México.1993.
6. F.Polit.D. "Investigación científica en ciencias de la salud", Ed.Interamericana. 2ª Edición. México.1985. 585p.
7. INEGI. "Estadísticas Historicas de México", Tomo I. México. 1990.
8. Lacerva.V. "Lactancia materna, un manual para educadores de la salud".Ed.Manual Moderno. México.1993. 177p.
9. "Lactancia Materna, conceptos prácticos para médicos". Ed.Liga de la leche.AC. Hospital General de México. México. 1991. 34p.
10. "Ley General de Salud". Ed.Porruc. 1ª Edición en leyes y códigos de México. México.1986. 1125p.
11. L'Gamiz.M.A. "Bioestadística", Ed.Francisco Mendez C. México. 250p.
12. Mondragón.C.H. "Gineco-Obstetricia para enfermeras". Ed.Trillas. México.1991.
13. Olds.S.B. "Enfermería Materno-Infantil". Ed.Interamericana. 2ª Edición. México.1986. 1283p.
14. OMS. "Código internacional sobre la comercialización de saucedáneos de la leche materna". OMS.1981. 18p.
15. OMS-UNICEF. "Lactancia Materna". OMS-Ginebra. 1989. 38p.
16. OMS-UNICEF. "Lactancia Materna". Vol I y II. 1989.
17. Picks.S. "Como investigar en ciencias sociales". Ed.Trillas. 3ª Edición. México.1985. 160p.
18. Pierre.E.M. "Alimentación al pecho". UNICEF Pax México. México.1985. 265p.
19. Tamayo.T. "Metodología formal de la investigación científica". Ed.Limusa. 2ª Reimpresión. México.1985. 159p.

20. Tortora.A. "Principios de anatomía y fisiología". Ed.Harla. México.1984.
21. Vargas.C.G. "Normas sobre la atención materno-infantil". CimiGen.1990. 56p.
22. Zubiran.S. "La nutrición de las madres y los niños mexicanos", Vol I y II. Ed.Fondo de Cultura Económica. México.
23. Wynn.K. "Anatomía Cromodinámica". Ed.Fernández. 9ª Publicación. México.1988. 142p.