

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL
GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO (CIMIGen)

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y
FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA DE
LACTANCIA MATERNA EN EL CIMIGen

MANUAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:
MARÍA CRISTINA MARTÍNEZ VALDÉS
IRMA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TRABAJO RECEPCIONAL:

Santillán Resendiz
L.E.O. ALEXIS SANTILLÁN RESENDIZ.

ASESOR CLÍNICO:

Leopoldo Vargas M
DR. LEOPOLDO VARGAS GARCÍA.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

MÉXICO, D.F. 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264609



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.



LA VIDA

La vida es una oportunidad, aprovéchala

La vida es belleza, admírala

La vida es dicha, saboréala

La vida es un sueño, hazlo realidad

La vida es un reto, afróntalo

La vida es un deber, cúmplelo

La vida es un juego, juégalo

La vida es costosa, cuídala

La vida es riqueza, consérvala

La vida es amor, gózala

La vida es un misterio, devélalo

La vida es una promesa, lógrala

La vida es tristeza, supérala

La vida es un himno, cántalo

La vida es un combate, acéptalo

La vida es una tragedia, enfréntala

La vida es aventura, arróstrala

La vida es suerte, persíguela

La vida es preciosa, no la destruyas

La vida es VIDA, defiéndela

Madre Teresa de Calcuta

AGRADECIMIENTOS

Hoy te doy gracias Señor,
por la luz y por el día,
por mis ratos de dolor
y por toda mi alegría, por los padres que me diste
y también por mis hermanos.

Por lo que de mi ser hiciste
y por mis sueños logrados,
por los que mucho me aman,
por los que nada me quieren,
por lo que feliz me aclaman,
por los que a veces me hieren,
por mi dicha, por la paz,
por la unidad y el amor,
por todo cuanto me das,
hoy te doy gracias Señor.

Dame, Señor
agudeza para entender,
método y facultad para aprender,
sutileza para interpretar,
gracia y abundancia para hablar.

Dame, Señor
acierto al empezar,
dirección al progresar
y perfección al acabar.

GRACIAS A...

- La Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios quién nos brindo la oportunidad de superarnos para ser parte integral de nuestra sociedad.

- La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, quién nos cobijo y nos vió crecer profesionalmente.

- El Centro de Investigación Materno infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, quienes nos brindaron la oportunidad y todo el apoyo para la realización del Manual.

- El L.E.O Prof. ALEXIS SANTILLÁN RESENDIZ por todo su apoyo, tiempo y dedicación brindados; por guiarnos ayudándonos a convertir nuestro sueño en una hermosa realidad.

- El Dr. LEOPOLDO VARGAS GARCÍA, por confiar en nuestro proyecto, por su apoyo y paciencia y por motivarnos durante la realización.

- Nuestros profesores, por su apoyo dedicación y paciencia, conformando nuestra fuente de conocimientos y por enseñarnos que no basta con alcanzar la sabiduría sino que es preciso saber utilizarla y fortalecerla día con día.

- Los pacientes y hospitales, motivo primordial de nuestra profesión y fuente constante de aprendizaje

- Todas aquellas personas que aportaron su granito de arena para que la realización del Manual fuera menos difícil.

- Nuestros amigos y compañeros que estuvieron con nosotras en todo momento, por haber sembrado la semilla de la amistad y que está florezca por toda la vida. Con especial cariño a MARY(+) quien nos enseñó a amar la profesión y luchar hasta el final.

DEDICATORIAS

A LA MUJER MEXICANA

Mujer mexicana:

**Amamanta al niño en cuya carne y cuyo espíritu
se probará nuestra raza.**

**Nuestra raza se probará en tus hijos,
en ellos hemos de salvarnos o de perecer.**

**Cuando te cuenten, madre mexicana,
de otras mujeres que sacuden la carga de la maternidad,
que tus ojos ardan, porque para ti todavía
la maternidad es el profundo orgullo.**

**Cuando te digan, excitándote,
de madres que no sufren como tú el desvelo junto a la cuna, y
no dan la vaciatura de su sangre de leche amamantadora,
oye con desprecio la invitación.**

**Reclama para tu hijo vigorosamente
lo que la existencia debe a los seres que nacen sin que pidieran
nacer.**

Por él tienes derecho a las grandes solicitudes.

**Da alegría a tu hijo,
que la alegría se le hará rojez en la sangre
y templanza en los músculos.**

Tú amamantas y meces.

**Para buscar los grandes modelos
no volverás tus ojos hacia las mujeres locas del siglo
que danzan y se agitan en plazas y salones,
y apenas conocen al hijo que llevaron clavado en sus entrañas**

Mujer mexicana:

**en tus rodillas se mece la raza entera,
y no hay destino más grande y más tremendo
que el tuyo en esta hora.**

Gabriela Mistral

**A mis padres, *ANA Y SALVADOR*,
Sabido que jamas existirá una
forma de agradecer una vida de
dicha, sacrificio y esfuerzo constante,
sólo deseo expresarles que mis ideales,
esfuerzos y logros han sido también
suyos e inspirados en ustedes y constituyen
el legado más grande que pudiera recibir.
Con cariño, admiración y respeto
Su hija que los ama**

**A mis hermanas, *ROCIO, FATY,
WENDY Y LILI*.
Por los bellos recuerdos que guardamos,
por los viejos anhelos cumplidos,
por los sueños inolvidables, por las
palabras de aliento y presencia
incondicional. Mis pensamientos están
llenos con su imagen y con las memorias
de ilusiones y momentos compartidos.
Las quiero mucho.**

**A *MIGUEL A.*
El mundo está lleno de lindas
gentes y en nuestra vida siempre
hay alguien que ocupa un
lugar muy especial.
Para mi tu eres muy importante,
chispa de ilusión y
sol en mi amanecer**

**A mi gran amiga *IRMA*,
por compartir mis ideales,
anhelos e ideas, y por la
amistad leal y sincera que
juntas hemos cultivado.**

CRISTINA

A mis padres, *MARIO Y VIRGINIA*,
quienes sembraron la semilla de mi vida
y que con su esfuerzo y dedicación
han logrado que florezca.

Gracias por brindarme sus mejores
años y por legarme la mejor de las
herencias “mi carrera profesional”,
sin ustedes este sueño no se hubiera
hecho realidad.

Este logro es también suyo.

Los respeto y amo con todo mi corazón

A mis hermanos, *JUAN CARLOS, MARIO, MA. ELENA,
MA. DEL CARMEN, JORGE, YOLANDA LETICIA,
PEDRO Y LUIS FRANCISCO*,

por brindarme su apoyo incondicional
y por compartir conmigo mis necesidades
y satisfacciones, mis triunfos y fracasos,
pero principalmente por mantenernos
a pesar de todas las adversidades.

No existen palabras con que agradecerles,
los quiero mucho.

A ti *CARLOS*,

por ser quien ilumina mi vida,
por contagiarme ese espíritu combativo
con deseos de iniciar un mañana mejor,
con renovada fe y nuevas esperanzas
y por enseñarme que en la vida sólo se
superan los problemas a través de valor
e inteligencia, logrando así alcanzar
nuestros ideales.

A ti *CRISTY*, mi gran amiga,
por ser quién ha recorrido conmigo
el mismo camino y compartido un mismo
ideal y por ser siempre quién me ha apoyado
muchísimo en las buenas y en las malas,
sabiendo cuidar y compartir un valioso
tesoro, nuestra amistad.

IRMA

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	JUSTIFICACIÓN	6
3	ANTECEDENTES	9
	3.1 CIMIGen	9
	3.2 LACTANCIA MATERNA	12
4	BASE LEGAL	27
	4.1 INTERNACIONAL	27
	4.1.1 Derechos de la mujer	27
	4.1.2 Derechos del niño	37
	4.1.3 Aspectos legales de la lactancia materna	45
	4.2 NACIONAL	51
	4.2.1 La mujer y el niño mexicanos y la ley	51
	4.2.2 Aspectos legales de la lactancia materna	61
5	OBJETIVOS	76
	5.1 GENERAL	76
	5.2 ESPECÍFICOS	76
6	POLÍTICAS	77
	6.1 POLÍTICA DE LA LACTANCIA MATERNA DEL PERSONAL DEL CIMIGen	77
	6.2 NORMAS	77
7	ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL	81
	7.1 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN	81
	7.2 ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA	82
	7.3 LÍNEAS JERÁRQUICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	83
8	CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA	84
	8.1 OBJETIVO DE LA CLÍNICA DE	

	LACTANCIA MATERNA	84
8.2	REQUISITOS PARA INSTALAR UNA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	84
9	ACTIVIDADES OPERATIVAS	88
9.1	ACTIVIDADES GENERALES PARA TODO EL PERSONAL	88
9.2	ACTIVIDADES GENERALES POR SERVICIO O ÁREAS	88
9.2.1	Actividades de jefatura de enfermería	88
9.2.2	Actividades del personal de enseñanza	89
9.2.3	Actividades del personal de guardia	90
9.2.4	Actividades del personal de centros previgen	90
9.2.5	Actividades del personal del servicios de trabajo social	90
9.2.6	Actividades del personal del servicio de proyección social	91
9.3	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS POR ETAPA Y SERVICIO	91
9.3.1	Etapa preconcepcional	91
9.3.1.1	Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna	91
9.3.1.2	Actividades de dirección medica	92
9.3.1.3	Actividades de jefatura de atención a la salud	92
9.3.1.4	Actividades del personal del servicio de prevención reproductiva	93
9.3.2	Etapa natal	93
9.3.2.1	Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia	

materna	93
9.3.2.2Actividades de dirección médica	94
9.3.2.3Actividades de jefatura de atención a la salud	94
9.3.2.4Actividades del personal del servicio de prenatal	94
9.3.3 Etapa natal	95
9.3.3.1Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna	95
9.3.3.2Actividades de dirección médica	95
9.3.3.3Actividades de jefatura de atención a la salud	96
9.3.3.4Actividades del personal del servicio de cirugía y partos	96
9.3.4 Etapa posnatal	97
9.3.4.1Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna	97
9.3.4.2Actividades de dirección médica	98
9.3.4.3Actividades de jefatura de atención a la salud	98
9.3.4.4Actividades del personal del servicio de alojamiento conjunto	99
9.3.4.5Actividades del personal del servicio de UCIGen	101
9.3.4.6Actividades del personal del servicio de atención integral	102
9.3.4.7Actividades del personal del servicio de seguimiento longitudinal	102

9.3.4.8	Actividades del personal del servicio de prevención reproductiva	103
10	MARCO DE REFERENCIA PARA LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES	104
10.1	EMBRIOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA GLÁNDULA MAMARIA	104
10.2	ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	108
10.3	EXPLORACIÓN MAMARIA	114
10.4	CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA DURANTE EL EMBARAZO	122
10.4.1	Cambios hormonales que influyen en la preparación para la lactancia	122
10.4.2	Lactogénesis	125
10.5	TIPOS DE PEZÓN	126
10.5.1	Pezón normal	126
10.5.2	Pezones que pueden dificultar la lactancia	127
10.5.2.1	Pezón plano	127
10.5.2.2	Pezón invertido	128
10.6	TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PARA LA FORMACIÓN DEL PEZÓN	128
10.6.1	Maniobras de Hoffman	128
10.6.2	Pezonera	131
10.6.3	“Saca pezones”	132
10.7	CUIDADOS DE LOS SENOS DURANTE EL EMBARAZO	133
10.8	ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO A LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO	134
10.9	CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA	

DURANTE EL NACIMIENTO	136
10.9.1Eje Hipófisis-hipotálamo	136
10.9.2Galactopoyesis	138
10.10CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA	139
10.11COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y VARIACIONES NORMALES	141
10.11.1Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido	147
10.12BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	156
10.12.1Para el bebé	156
10.12.2Para la madre	159
10.12.3Para la familia	161
10.12.4A nivel nacional	162
10.12.5En los hospitales	163
10.12.6En las empresas	163
10.12.7Impacto de la lactancia en el medio ambiente	163
10.13APEGO INMEDIATO	164
10.13.1Concepto	164
10.13.2Importancia de la primera tetada	164
10.13.3Contraindicaciones	168
10.14EXPLORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	168
10.14.1Exploración del reflejo de succión, deglución y valoración del tono de la músculatura de la cintura escapular	168
10.14.2Patrón de succión	170
10.14.3Tipos de succión	173
10.14.4Problemas de succión y rechazo	176
10.15ALOJAMIENTO CONJUNTO	182
10.15.1Ventajas del alojamiento conjunto	187
10.15.2Criterios de inclusión para el	

alojamiento conjunto en el CIMIGen	188
10.16 TÉCNICA Y POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO	191
10.16.1 Técnica de amamantamiento	191
10.16.2 Posiciones para amamantar	194
10.16.3 Observación de la alimentación al seno	197
10.17 CUIDADOS DE LOS SENOS DURANTE LA LACTANCIA	200
10.18 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO A LA LACTANCIA DURANTE EL PUERPERIO	201
10.19 NUTRICIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA	208
10.19.1 El ciclo reproductivo	209
10.19.2 Requerimientos adicionales de nutrimentos	210
10.19.3 Necesidades nutricias	211
10.19.3.1 Costo energético de la lactancia	211
10.19.3.2 Mecanismos para sufragar el costo de la lactancia	213
10.19.3.3 Necesidades de otros nutrimentos	215
10.19.4 Control del estado nutricio materna	216
10.20 SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO AMAMANTADO	219
10.20.1 Conceptos	219
10.20.2 Factores que determinan el crecimiento y desarrollo	220
10.20.3 Factores de riesgo en el crecimiento y desarrollo	225
10.20.4 Indicadores para evaluar el	

crecimiento y desarrollo	232
10.20.4.1Peso	232
10.20.4.2Talla o longitud	232
10.20.4.3Perímetro cefálico	233
10.20.4.4Perímetro braquial	234
10.20.4.5Áreas de Gessell	248
10.21CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA	254
10.21.1Absolutas	255
10.21.2Relativas	256
10.22COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA LACTANCIA MATERNA	256
10.22.1Grietas	256
10.22.2Mastitis	259
10.22.3Congestión mamaria, plétora o sobrecarga	262
10.22.4Absceso mamario	263
10.22.5Otros	264
10.22.5.1Conducto obstruido	264
10.22.5.2Pezón adolorido	264
10.23LACTANCIA MATERNA EN CASOS ESPECIALES	266
10.23.1Recién nacido con síndrome de Down	266
10.23.2Recién nacido con labio y paladar hendido	267
10.23.3Recién nacido con bajo peso	271
10.23.4Recién nacido hipotónico	272
10.23.5Recién nacido hipertónico	274
10.23.6Recién nacido con parálisis facial	275
10.23.7Gemelos nacidos a término	275
10.24LACTANCIA Y MEDICAMENTOS	276
10.24.1Recomendaciones previas a la administración de medicamentos	

durante la lactancia	278
10.24.2 Medicamentos que se pueden utilizar bajo vigilancia estricta	279
10.24.3 Medicamentos contraindicados	281
10.24.4 Conclusiones y recomendaciones	282
10.25 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	283
10.25.1 Mitos y creencias	283
10.25.2 Industrialización y urbanización	289
10.25.3 Rutinas hospitalarias	290
10.25.4 Desinformación del personal	291
10.25.5 Publicidad de alimentos infantiles	292
10.25.6 Edad y escolaridad	292
10.25.7 Incorporación de la mujer al trabajo	293
10.25.8 Enfermedad materna	294
10.25.9 Enfermedad del bebé	297
10.26 RELACTANCIA	302
10.26.1 Fundamentos fisiológicos	302
10.26.2 Antecedentes socio-antropológicos	303
10.26.3 Indicaciones de la relactancia	303
10.26.4 Técnica para la relactancia	304
10.27 SUCEDÁNEOS DE LA LECHE HUMANA	305
10.27.1 Concepto	305
10.27.2 Tipos de sucedáneos	305
10.28 ABLACTACIÓN Y DESTETE	320
10.28.1 Conceptos	320
10.28.2 Aspectos fisiológicos a considerar para la ablactación y el destete	321
10.28.3 Técnica y recomendaciones para realizar la ablactación	327
10.28.4 Aspectos psicológicos en la ablactación y el destete	331

10.29	PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA	334
10.29.1	Fisiología de la infertilidad debido a la lactancia materna	334
10.29.2	Uso del MELA	337
10.29.3	Métodos anticonceptivos y lactancia	340
10.29.3.1	Guía para seleccionar el método anticonceptivo	341
10.29.3.2	Métodos anticonceptivos durante la lactancia	344
10.30	MADRE TRABAJADORA Y LACTANCIA	353
10.30.1	Antecedentes de la incorporación de la mujer al trabajo	353
10.30.2	Técnica de extracción manual	357
10.30.3	Almacenamiento, conservación y administración de leche humana	362
10.30.4	Razones por las que las madres trabajadoras dejan de dar el pecho	365
10.30.5	Responsabilidades clave y básicas de los trabajadores de salud	365
10.31	GRUPOS DE APOYO	366
10.31.1	Concepto	366
10.31.2	Características de un grupo de apoyo	366
10.31.3	Habilidades del consejero	367
10.31.4	Grupo de apoyo interno	367
10.31.5	Grupo de apoyo externo	368
10.31.6	Planeación y organización de reuniones	368
10.31.7	Como dirigir la discusión	368
10.31.8	Actividades de quien coordina la reunión de grupos de apoyo	370
11	GLOSARIO	372
12	APÉNDICES Y ANEXOS	390

APÉNDICE 1.	390
CÉDULA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA	
ETAPA PRENATAL	
ETAPA NATAL	
ETAPA POSNATAL	
SEGUIMIENTO A LOS 7 DÍAS	
SEGUIMIENTO CONSULTA	
MENSUAL	
APÉNDICE 2.	399
GUÍA PARA REALIZAR EL INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA MADRE Y EL LACTANTE A TRAVÉS DEL MÉTODO DEL PSOAP	
ANEXO 1.	403
SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE ACTIVIDADES (SISEC), (Selección de algunos puntos)	
ANEXO 2.	404
CÓDIGO INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA (Selección de los puntos más sobresalientes)	
ANEXO 3.	405
MATERIAL DE APOYO A LA LACTANCIA PARA OTORGAR A LAS PACIENTES	
A. PASOS PARA DAR EL PECHO	
B. ¿PORQUÉ ES BUENA LA LACTANCIA?	

C. MITOS Y CREENCIAS ACERCA
DE LA LACTANCIA

D.LACTANCIA. ¿PORQUÉ ES
IMPORTANTE DAR PECHO A SU
BEBÉ?

E.PRINCIPIO Y DESARROLLO
MARAVILLOSO DE LA VIDA. 2

F. SU FELICIDAD DEPENDE DE
NOSOTROS. 3

G. ¿QUÉ SABE DEL CÁNCER DE
MAMA Y MATRIZ?

13. BIBLIOGRAFÍA

406

1. INTRODUCCIÓN

En este fin de siglo, lo único seguro para la salud reproductiva es la certeza del cambio. El personal del área de la salud debe hoy enfrentar retos y oportunidades sin precedente. Actualmente vivimos una era de cambio, cambio de actitudes, presiones inflacionarias, sentido de costo, una revolución de expectativas siempre en ascenso y los avances incesantes en la investigación influirán sin duda en la atención y cuidado de la salud; pero éstos cambios de la tecnología en vez de influir positivamente en la práctica de la lactancia materna, han favorecido el abandono temprano de la misma. El personal de salud debe ser dogmático en cuanto al dominio de la teoría y la práctica de la lactancia materna, con espíritu de estudio, actualización y superación; ya que es una persona muy importante para el binomio madre-bebé, pues conoce el valor de la lactancia y puede ayudar a la madre y a su familia a comprenderlo también.

En el momento en que una mujer se percata de que está embarazada empieza a tomar una serie de decisiones, dependiendo de sus conocimientos e interés, en asumir un papel activo durante su embarazo y el parto. Algunas veces, estas decisiones son activas otras se toman al no hacer absolutamente nada o imitando lo que hacen los demás. A una mujer embarazada se le puede preparar para la lactancia, éste momento es ideal porque es cuando se es más receptiva, haciéndole saber cuales son las ventajas y ofreciéndole información esencial para prepararla para la experiencia.

Aún cuando la lactancia es un acto natural, el proceso de aprendizaje de una madre sin conocimientos previos desafortunadamente depende sólo de ensayo y error, así como experimentación innecesaria. Puesto que la mujer está en estado óptimo de preparación para aprender cuando va a tener a su bebé, si se le ofrece la preparación mínima e información

autocuidados sobre la lactancia es más probable que decida amamantar a su bebé.

Toda nueva aventura conlleva un período de aprendizaje y ajuste inicial lo cual no es menos cierto en el establecimiento de una gratificante relación de lactancia entre una madre y su bebé. Durante éste período, se requiere que la madre ajuste de manera muy significativa su estilo de vida: debe adaptarse a su infante en una gran variedad de formas ya que el bebé depende totalmente de ella para su comodidad física y nutrición.

El trabajador de la salud puede ayudar a la madre en los primeros días de ajuste ofreciéndole apoyo emocional y sugiriéndole formas específicas en las cuales puede asegurar una experiencia gratificante en la lactancia.

Existe mucha presión para alimentar a los bebés con biberón. Esto se puede comprobar hojeando las revistas que tratan sobre el cuidado de los bebés; cuántas láminas no hay de equipos para preparar fórmulas y de bebés alimentados con biberón. Si se tiene la oportunidad de revisar una revista médica, sorprende la cantidad de anuncios a página entera que hay sobre compuestos de alimentación artificial. Nadie gasta miles de dólares al año anunciando la alimentación al pecho. Tanto el amamantamiento como la alimentación con biberón pueden producir hermosos bebés sanos física y emocionalmente. Sin embargo, hay ciertas diferencias entre ellas: la leche de pecho esta disponible al momento, a la temperatura ideal para el bebé, es cruda y fresca, siempre que exista disposición y preparación la alimentación al pecho es segura ya que no necesita ser esterilizada; la leche de biberón tiene que ser preparada, se calienta aproximadamente a la temperatura indicada y después se va enfriando durante la toma, se prepara con leche más vieja que ya ha sido calentada, una alimentación artificial segura es imposible sin disponer de una suficiente cantidad de biberones, leche pura de animal, arreglos para esterilizar los biberones y otros artículos.

Si se ofrece a la madre lactante apoyo constante, se puede contribuir en gran medida a la salud de los niños de hoy y del mañana, ya que, nunca más tendrán la madre y el bebé la oportunidad de conocerse tan íntimamente y formar una unión mutua como la que se establece durante la lactancia.

El presente manual de organización y funcionamiento de la clínica de lactancia materna como instrumento administrativo sirve de guía y orientación en las acciones de atención para la salud que se desarrollan en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) para el logro de sus objetivos particularmente, los que se refieren a la lactancia materna.

La dinámica administrativa en la época actual obliga a toda organización al desarrollo de capacidades para el mejor aprovechamiento de los recursos a través de conocimientos, habilidades y técnicas que permitan llevar una secuencia de acciones para alcanzar los objetivos trazados.

Si bien puntualizamos que se pretendió abarcar íntegramente la materia, no lo hemos realizado con el objetivo de inventar algo. En nuestro medio existen magníficos textos acerca del tema y hemos pensado imprimir a nuestro manual un sentido distinto, que al mismo tiempo que actualice diferentes temas, permita al lector adquirir un concepto dinámico evolutivo compendiado de la especialidad.

El manual inicia con una pequeña justificación de las necesidades a las que responde su realización.

En seguida se enuncian los antecedentes históricos del CIMIGen y datos sobresalientes de la lactancia materna hasta llegar a la situación actual.

Posteriormente se presenta la base legal en la cual se enuncia cronológicamente las leyes, códigos, acuerdos y otros ordenamientos que fundamentan jurídicamente la lactancia materna a nivel internacional y nacional.

El quinto apartado contiene los objetivos a los cuales se pretende llegar.

En el sexto punto se presenta la política propuesta para el personal del CIMIGen, y las normas actuales sobre lactancia materna.

El apartado de organización estructural contiene el organigrama general de la institución, del cual se deriva el de la clínica de lactancia materna.

En el apartado de clínica de lactancia materna y actividades operativas se propone la reorganización del servicio y las actividades propuestas para su buen funcionamiento.

En el décimo apartado se da un marco referencial para las principales actividades, ya que todo promotor de la lactancia materna, debe contar con principios básicos teóricos y prácticos.

En el punto de glosario se incluyen definiciones, que ayudan al entendimiento, de términos técnicos o administrativos desconocidos o bien que puedan crear conflicto.

Para finalizar se anexan documentos que sirven de apoyo al manual.

Pretendemos que este manual no sea un documento más, si no que se trate de un elemento de real utilidad para la mejor preparación integral del personal, la más clara concepción de la solución de los problemas y el conocimiento de los más modernos elementos de que dispone actualmente la práctica de la lactancia materna; los cuales redunden en

beneficio del binomio madre-hijo, meta a la que siempre ha aspirado la salud reproductiva de todos los tiempos.

2. JUSTIFICACIÓN

Siendo el CIMIGen una institución de primer nivel de atención donde sus acciones están encaminadas a la prevención, desde sus inicios ha promovido la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto, pero es a partir del año de 1996 cuando es imprescindible unificar los criterios y las acciones para su fomento, es por ello que se ponen en práctica múltiples acciones dentro del hospital con el fin de establecer los diez pasos para una lactancia exitosa.

Gracias a los esfuerzos por parte del personal en 1997 se logra obtener la placa que certifica al CIMIGen como "Hospital Amigo del Niño y de Madre"; teniendo en cuenta la responsabilidad que este cargo representa es preciso elaborar un manual de organización y funcionamiento del servicio de la clínica de lactancia materna, que responda a las necesidades del CIMIGen de contar con un instrumento con lineamientos específicos que permitan organizar y guiar las acciones para fomentar más aún la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y mantenerla hasta el año de edad. Lo anterior con la finalidad de lograr un crecimiento y desarrollo psicomotriz adecuado en el niño.

Muchos son los factores que influyen en la promoción del bienestar y calidad de vida de los hijos; un hecho ampliamente corroborado es la estrecha asociación entre la escolaridad de la madre y la sobrevivencia infantil, así como el grado de marginación y las condiciones sanitarias de la vivienda. De ahí, que para incidir en la supervivencia como en el desarrollo de los menores, se hayan contemplado y definido como metas prioritarias, entre otras, las relacionadas con la alfabetización de mujeres y el acceso a saneamiento básico y agua.¹

¹ "Programa Nacional en favor de la Infancia". Comisión Nacional de Acción en favor de la Infancia. Octubre. México, 1995. p. 13.

Los resultados de mortalidad general infantil en México reportados por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID), e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) muestran que son 44 defunciones por cada mil nacidos vivos en áreas rurales contra 32.6 en urbanas (población nacida entre 1989-91)²

La estadística de principales causas de mortalidad infantil en los Estados Unidos Mexicanos de 1993, muestra como diez primeras causas las siguientes:

1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	42.2%
2. Anomalías congénitas	13.7%
3. Neumonía e influenza	12.3%
4. Enfermedades infecciosas intestinales	9.5%
5. Deficiencias de la nutrición	3.2%
6. Accidentes	2.2%
7. Infecciones respiratorias agudas	1.8%
8. Bronquitis crónica y las no especificadas, enfisema y asma	1.5%
9. Septicemia	1.3%
10. Enfermedades del corazón	0.7% ³

Al analizar las causas de mortalidad anteriores, observamos que la mayoría de ellas son prevenibles; y si tenemos en cuenta que entre los principales beneficios de la lactancia materna se encuentran: protección inmunológica contra infecciones principalmente respiratorias y digestivas, cubre todos los requerimientos nutricionales, es de fácil digestión y no es alérgica, entre otros; entonces la lactancia materna nos ayudaría a disminuir la morbimortalidad infantil en el país, cumpliendo así con la meta del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia "Reducción a la mitad de la tasa de mortalidad infantil de

² Idem.

³ Ibidem. p. 17.

menores de cinco años, entre 1990 y el año 2000",⁴ y con la misión del CIMIGen "Por el nacimiento de niños sanos".

Con todo lo anterior queremos puntualizar que la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el cumplimiento de estas metas es primordial, permitiéndole desarrollarse en una de las áreas que contempla su perfil profesional, la salud perinatal en el primer nivel de atención.

⁴ Idem.

3. ANTECEDENTES

3.1 CIMIGen

En México, las acciones de salud han tenido gran impulso en muchos campos incluyendo la salud reproductiva, sin embargo prevalece un alto porcentaje de habitantes que no acceden a los servicios de salud y esto genera resultados aún no satisfactorios con cifras altas de pérdidas maternas y perinatales y de una elevada morbilidad que a su vez deja una gama muy amplia de discapacidades con todas sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales.

En este contexto se creó en 1987 el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) en la delegación Iztapalapa de México D. F.

Teniendo como antecedente que en 1983 el presidente del Gen Lic. Antonio López de Silanes, solicitó iniciar un centro de investigación perinatal y en 1986 el Dr. Eduardo Jurado García y el Dr. Carlos Vargas García presentaron un proyecto en respuesta a la solicitud del Lic. Silanes el cual se implementaría en el hospital conocido hasta entonces como "Hospital del Perpetuo Socorro" y dedicado a la atención de niños lisiados principalmente con secuelas de polio.

Creado en 1988, con objetivos precisos, una organización sui generis y estrategias lógicas; inicio sus labores con la aplicación y análisis de una encuesta reproductiva en el área de influencia, los resultados de esta encuesta fundamentaron ampliamente un programa operativo de atención perinatal.

La misión de este centro desde su inicio ha sido: "contribuir con el sector salud a lograr el nacimiento de niños sanos".

Su objetivo es: crear y probar un centro de atención perinatal modelo que en mediano plazo, demostrará con resultados positivos que puede ser una alternativa para impulsar los objetivos básicos del Programa Nacional de Salud que son "aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios".

Su organización es direccional vertical con cinco programas básicos desde su inicio, actualmente distribuidos de la siguiente manera: 1) investigación a cargo del Dr. Eduardo Jurado García (+) y la L.E.O. María Teresa Ayala Q.; 2) Enseñanza a cargo de la L.E.O. María Teresa Ayala Q. y la L.E.O. Guadalupe Hernández R.; 3) Atención para la salud a cargo del Dr. Sergio Camal U. de éste programa se deriva la jefatura de enfermería a cargo de la L.E.O. Micaela López M. quien a su vez coordina cirugía y partos, consulta externa, hospitalización y los servicios como psicoprofilaxis, estimulación temprana, etc. los cuales en su mayoría son atendidos por las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia bajo la supervisión de los responsables; 4) Proyección social a cargo de la T.S. Irma Bautista y 5) Administración a cargo de la Lic. Mirna Arevalo.

Teniendo como estrategias:

- Primeramente contar con personal básico profesional de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia formado en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), para la atención integral materno infantil
- Normas de atención perinatal (CIMIGen 1988)
- Sistema de evaluación de riesgo perinatal (CIMIGen 1988)
- Regionalización Iztapalapa D.F.
- Cobertura directa de servicios a 50,000 personas que no acceden a servicios de salud reproductiva, área marginada correspondiente a una población general de 250,000 habitantes (20%).

El financiamiento en su origen y los cuatro primeros años fue casi exclusivamente por la voluntad altruista de la familia Silanes, con apoyos básicos de inversión por dependencias oficiales y privadas. A partir del quinto año de su fundación, CIMIGen es autofinanciable en su gasto operativo y sólo requiere apoyos específicos para bienes de inversión y trabajos específicos de investigación, enseñanza y capacitación de sus recursos humanos .

En enero de 1988 se inició la atención con los servicios de consulta prenatal, planificación familiar y pediatría; también se inician cursos de enseñanza formativa en coordinación con la ENEO-UNAM.

En 1992 se remodelan las instalaciones y se agregan los servicios de ultrasonografía, tococardiografía, sala de cirugía, farmacia; actualmente ya se cuenta con dental, nutrición, psicología, medicina general, electrocardiografía, psicoprofilaxis, estimulación temprana, etc.

CIMIGen en sus diez años de operación ha logrado avances en varios aspectos:

- Abarca todas las etapas de la vida reproductiva

- Mística de calidad y calidez

 - * Nacimiento de niños sanos

 - * Ser mejores para servir mejor

- Credibilidad de la comunidad

- Participación activa de la comunidad

- Administración equilibrada que lleva al autofinanciamiento operativo

- Equilibrio administrativo que permite ofrecer servicios a costos alcanzables

- La interrelación con otras instituciones permite ofrecer servicios de alto nivel a los usuarios que lo necesiten por su alto riesgo reproductivo (Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Pediatría y otros hospitales de la Secretaría de Salud)

- Reconocimiento a la responsable labor en salud reproductiva que lleva a cabo la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, que aquí tiene un campo de aplicación y de superación profesional
- Respaldo económico y político de personas y asociaciones civiles y privadas.

Los logros más importantes que se tienen a la fecha son:

- Atención de 5,114 nacimientos hasta agosto de 1997
- Mortalidad materna de cero
- Mortalidad perinatal de 10 x 1,000
- Niños en seguimiento 90%
- Mujeres con método anticonceptivo 75%
- Embarazadas en psicoprofilaxis perinatal 35%
- Lactancia al seno materno 100% (sin especificar si es exclusiva y hasta que edad)
- Creación de cuatro centros previgen de atención primaria ubicados en las colonias López Portillo, Ciudad Vicentina, San Juan Xalpa e Ignacio Zaragoza.
- Reconocimiento de la SSA-UNICEF-OMS como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" en febrero de 1997, después de dos intentos para certificar (1995 y 1996).⁵

3.2 LACTANCIA MATERNA

La teoría de Darwin con sus adaptaciones posteriores puede considerarse como la más refinada y la más aceptada para explicar el origen de los seres vivos hoy conocidos y el porqué de sus características anatómicas y fisiológicas.

Esta teoría postula que, debido a una serie de factores naturales, el material genético muta y que estas mutaciones se traducen en cambios anatómicos y fisiológicos de magnitud diversa. De acuerdo con los

⁵ Datos obtenidos del servicio de enseñanza del CIMIGen, 1998.

desafíos del ambiente prevaleciente en cierto momento y lugar, estos cambios pueden representar una ventaja, una desventaja o ser irrelevantes.

Cuando los cambios desventajosos alcanzan cierta magnitud, causan desajustes graves que se expresan como enfermedad o hasta son incompatibles con la vida y conducen a la muerte temprana de forma tal que el organismo mutante no tiene descendencia y la mutación tiende a ser eliminada. Por el contrario, los cambios que representan ventaja y los que son irrelevantes tienden a conservarse al ser heredados a la descendencia.

Con el paso del tiempo, las poblaciones que heredan las mutaciones más ventajosas prosperan más y desplazan a aquellas cuya mutación fue menos ventajosa o irrelevante; ésta es la forma en que opera la selección natural.

De la forma que fuere, el hecho es que la enorme variedad de especies hoy existentes y las características de cada una de ellas parecen ser el producto de los avances evolutivos previos, el tipo, número e intensidad de los estímulos mutagénicos que ocurran en cada lugar y momento, de las características del ambiente particular, de las relaciones ecológicas con otras especies y hasta de las interrelaciones metabólicas dentro de una especie. Por supuesto, la disponibilidad de nutrimentos y alimentos y las peculiaridades de las cadenas y tramas alimentarias figuran entre los principales factores que determinan la selección natural.

Conviene entonces concebir a la evolución como un fenómeno virtualmente continuo que sin cesar modifica las características de la biosfera.

En el vasto panorama que ofrece la biosfera, los mamíferos llaman especialmente la atención por algunas peculiaridades. Esta clase

zoológica apareció en la tierra hace relativamente poco tiempo y por ello se dice que figura entre las "más evolucionadas". También se distinguen las especies de esta clase por respirar mediante pulmones, su piel suele estar cubierta de pelo, por ser homeotermos, por tener una reproducción vivípara y por el gran desarrollo de su sistema nervioso. Pero, por supuesto, su característica distintiva central, la que las agrupa y hasta les da su nombre, es el fenómeno de la lactación que no existe en organismos de otras clases y que evidentemente representa un camino evolutivo nuevo.

Evidentemente, la lactación es una forma singular y transitoria de alimentación. Singular porque es propia de sólo unas cuatro mil especies de entre cerca de un millón que registra la zoología, pero tan crucial que, como ya se mencionó la taxonomía biológica la utiliza como el rasgo distintivo que define toda una clase animal: los mamíferos. Transitoria porque para la madre ocupa un período específico cuya duración está bien delimitada para cada especie y porque para la cría constituye una transición entre su alimentación intrauterina -continua y comparativamente pasiva- y la alimentación "definitiva" propia de su especie que es discontinua y activa.

Comparativamente con otras clases zoológicas, el organismo del mamífero recién nacido es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, de su riñón, de su sistema nervioso y, en general, de su metabolismo.

Por ello la lactancia es un período crítico y delicado de la vida y la lactación es virtualmente insustituible. Como las limitaciones fisiológicas del recién nacido van desapareciendo conforme maduran sus funciones y como sus necesidades nutricias también cambian cualitativa y cuantitativamente, llega un momento en que la lactación debe terminar.

La lactación es la respuesta evolutiva a las necesidades especiales de alimentación de una clase zoológica cuyas crías nacen en un estadio de maduración tal que, durante cierto período no les permite alimentarse con la dieta definitiva de la especie. ninguna otra clase animal nace con estas limitaciones y ninguna otra clase animal es capaz de lactar.

Existen muchas explicaciones posibles para este retraso relativo del mamífero neonato. Una que es particularmente atractiva aduce que, para nacer en un estado de madurez semejante al de otras clases, los mamíferos alcanzarían un tamaño corporal y sobre todo cefálico tan grande que no podría pasar por el canal de parto; en otras palabras, para que el mamífero sea viable debe nacer en un estado comparativamente inmaduro y madurar durante el período que corresponde con la lactancia.

El avance evolutivo que hace posible la lactación en los mamíferos es la capacidad de la hembra para producir leche.⁶

La lactación, característica que como ya se mencionó sirve para clasificar una clase del reino animal, es la misma que diferencia a cada uno de sus integrantes; comparando la lactación de las especies, de las que se tiene conocimiento se observan grandes diferencias (cantidad y composición de la leche, número de tetadas y duración de la lactancia, principalmente). En el caso de los humanos la leche materna además de constituir por sí sola toda la dieta, cumple también otras funciones importantes, como integrante de las defensas inmunológicas, como estímulo sensorial y hasta como medio de comunicación entre la madre y su hijo.

« Cuando un niño no era lactando por su madre, hace ya varios milenios, se consideraba que lo más conveniente para él , era que fuese lactado por otra mujer. Tal parece que el empleo de las nodrizas fue una

⁶ Héctor, Bourges Rodríguez. "Los motivos de la lactancia, una respuesta evolutiva". En: Cuadernos de nutrición. Vol. 13. No. 3. Mayo-junio. México, 1990. P. 5-8.

alternativa socialmente aceptada entre las culturas que florecían en la Mesopotamia; el Código de Hammurabi (1700 a.C.) incluye una ley que hace mención al castigo que debería ser impuesto a la nodriza que prestara sus servicios a dos niños, sin el consentimiento de los padres y uno de los infantes muriera, la sanción contemplaba la amputación de los senos.

La presencia de nodrizas en los relatos históricos de Grecia, la antigua Roma y la época medieval de los países Europeos, hace suponer que éstas mujeres eran indispensables cuando los niños no eran "lactados" por sus madres. Durante el lapso calificado por Levin de "oscurantismo pediátrico", entre 1600 a 1700, el empleo de las nodrizas se generalizó a tal grado que sólo el 3% de los niños, nacidos en las grandes ciudades de Europa, eran alimentados al pecho por sus madres. La creciente demanda de nodrizas que generó esta "moda" dio como resultado que las mujeres empleadas en estos menesteres, frecuentemente "lactaran" a varios niños al mismo tiempo, lo cual motivaba probablemente que muchos de ellos fallecieran por desnutrición. De esta manera la lactancia por nodrizas virtualmente desapareció en Europa en el siglo XIX.⁷

Existen algunos datos que permiten reconstruir la manera en que la lactancia ha sido percibida por los mexicanos, desde el México antiguo hasta nuestros días; se tienen evidencias de las manifestaciones de algunas de las ideas básicas de las religiones mesoamericanas. Entre ellas se encuentra el equiparar a la mujer con la tierra, y por lo tanto, con la gran madre, y al niño con la vegetación. En sitios como Tlatilco abundan las representaciones de la maternidad y de la lactancia en figurillas modeladas en barro, tal vez como símbolo de la dependencia humana hacia la naturaleza o simplemente como representaciones de hechos familiares. Lo mismo ocurre en épocas posteriores en toda la región, y llama la atención la alegría y calidez con que se representa el amamantamiento.

⁷ Leopoldo, Vega Franco. "Sucedáneos de la leche materna, una búsqueda inconclusa. En: Cuadernos de nutrición. Vol. 14. No. 5. Septiembre-octubre. México, 1991.p. 18.

De acuerdo con los estudios de Alfredo López Austin en la sociedad mexicana se denominaba a los lactantes *occhichipiltontli* y *oc chichi piltzintli* que significa "los niñitos que todavía maman". de esta manera se enfatizaba el papel de su alimentación para definir una etapa de la vida, de igual manera que hoy les llamamos "lactantes".

La lactancia se consideraba tan natural en la primera etapa de la vida, que el lugar a donde iban los niños pequeños que morían era el *chichihualcuauhco* o *tonacacuauhtitlan*. Ahí se encontraban "bajo las ramas de un árbol de las que colgaban como frutos mamas destilantes" y "allí viven en el árbol de nuestro sustento; de el chupan".

En algunos de los códices elaborados antes de la conquista, como el llamado Códice Borgia, este códice representa un *tonalpohualli* o calendario ritual compuesto de 260 días. En sus láminas 16 y 17 aparecen representaciones de la lactancia, pero en un estilo formal y no natural como el de las figurillas. Las diosas *Tlazoltéotl*, *Xochiquetzal* y *Chalchiuhtlicue* amamantan niños, pero sin sostenerlos, por lo que parecen flotar. En la lámina 17 el sujeto amamantado por la diosa *Mayahuel* es un pez, lo que ha sido interpretado como símbolo de la fertilidad. Aparecen imágenes semejantes en el Códice Vaticano y en el Féjervary Mayer, las cuales son un ejemplo simbólico de la lactancia asociada a la fertilidad.

La importancia dada a la lactancia se manifiesta en la breve y sumaria relación de los señores de la Nueva España de Alonso de Zorita, escrita poco después de la conquista, cuando afirma: en criar a sus hijos, los señores principales y los plebeyos, en doctrinarlos y castigarlos, había gran vigilancia y cuidado; y en mayor parte aún los hijos de los señores los criaban sus madres, si estaban para ello, y si no buscaban quien les diese leche (siempre para los señores buscaban mujeres mayores, y no mozas para nodrizas). La madre o la nodriza que amamantaban no cambiaban su alimentación con la que comenzaba a criar: algunas comían carne, y otras frutas. Los amamantaban durante cuatro años, y se consideraban tan amigas de sus hijos que no debían embarazarse entre

tanto que les dan leche tomando como excusa para ahuyentarse de su marido, y si enviudan y quedan con un hijo al cual amamantan, por ningún motivo podían volver a casarse hasta después de haberlo criado, y si por alguna razón no lo hacía así, parecería que hacía gran traición.

Sin duda, conocían ya las medidas dietéticas que aseguran la buena producción de leche y el papel que se atribuía al embarazo como un obstáculo para lograr una lactancia exitosa.

Fray Bernardo de Sahagún es el autor que proporciona mayor información en el siglo XVI sobre la lactancia entre los mexicas. En el libro décimo de su historia general de las cosas de la Nueva España señala que la "propiedad de la madre es tener hijos y darles leche". Este hecho es recalcado en la exhortación que hacía la madre a su hija al llegar a la pubertad, que se recoge en el capítulo XIX del libro sexto: " lo segundo, lo que te quiero decir es que mires que te amo mucho, que eres mi hija querida. Acuérdate que te traje en mi vientre nueve meses, y desde que naciste criástete en mis brazos. Yo te ponía en la cuna, y de allí en mi regazo, y con mi leche te críe".

La riqueza de los recursos de los indígenas mexicanos para apoyar la lactancia, se manifiesta en las recetas y en lo complejo de los tratamientos. en algunas recetas se hace mención de plantas originarias de América junto con otras europeas como el trigo, lo que es un buen ejemplo del mestizaje en la medicina, también entre los mexicas ya se reconocía que algunos productos son excretados por la leche y pueden beneficiar al niño.

En el México prehispánico no se emplearon fuentes de leche animal. Como aparece muy claro en la cita de Alonso de Zorita, a falta de leche de la madre se empleaba una nodriza o *chichihua*. Su papel debe de haber sido frecuente y desde luego, se conservó durante la colonia. Se le aprecia en una lámina del Códice Osuna, donde aparece el Oidor Vasco

de Puga sentado en una silla presidiendo el juicio de una nodriza acusada de no producir leche de buena calidad.

Se cita que las mejores *chichihuas* deben tener entre 20 y 32 años y estar sanas, no haber padecido partos difíciles, tener buen aliento y dentadura blanca y fuerte "ya que es señal de buena linfa, y por consiguiente de leche muy buena", pero deben limitar su función a 4 ó 5 meses.

Por desgracia el advenimiento de los sucedáneos prácticamente ha eliminado la necesidad de estimular la producción de la leche materna, que es percibida ahora como superflua, a pesar de sus evidentes ventajas.⁸

Más que un sustituto de la leche materna, el empleo de leche producida por animales mamíferos fue una alternativa que sustituyó la lactancia por nodrizas. Es razonable suponer que el proceso evolutivo de las distintas especies de mamíferos, las características de su secreción láctea se ha adaptado a las necesidades metabólicas que exige el organismo y el ambiente en que vive cada animal; es por ello que las leches de foca, ballena y reno tienen un alto contenido de grasas, lo cual permite a las crías de estos animales desarrollar una capa protectora que les permite vivir en climas extremadamente fríos .

No obstante la especificidad de las leches de los mamíferos, el amamantamiento de niños por animales figuran en la mitología e historia (hecha leyenda) de los pueblos mediterráneos. Así, Esculapio y Dionisio fueron "lactados" por cabras; Teletó (hijo de Hércules) por una cierva ; Cleo por una borrega; Pelio por una yegua; Ciro por una perra, y Rómulo y Remo por una loba. En el presente siglo en la India, se informa de niños lactados por lobas.

⁸ Luis Alberto, Vargas. "La lactancia en México a través del tiempo". En: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. P. 13-19.

Por otro lado, diversas pinturas medievales y el hallazgo de utensilios de cerámica, vidrio, cuerno, metales y madera, indican que la lactancia con leche de mamíferos (proporcionada en recipientes con formas muy distintas a las botellas de uso actual), ha sido practicada ampliamente. Con la ayuda de dichos utensilios se ha alimentado a niños sanos o enfermos, principalmente con leche de vaca, pero también con leche de asno y cabra.

A medida que la lactancia por nodrizas decayó y que por diversos motivos algunas mujeres se veían imposibilitadas a amamantar a sus hijos, la alternativa de "lactarlos" con leche de vaca cobró importancia; fue así que pronto la experiencia popular y las observaciones hechas por médicos como Tomás Paher, de gran reputación como "primer pediatra inglés", permitieron apreciar que el empleo de éstos productos lácteos propiciaba en los niños una mayor incidencia de diarrea. El peligro de que los niños se enfermaran y el riesgo de morir por diarrea fueron temores justificados que impidieron por largo tiempo que esta alternativa dietética se generalizará.

Los problemas de logística que representaba proveer de alimentos a los ejércitos napoleónicos, motivó al directorio francés a emitir una convocatoria para premiar a quien inventará un método que permitiera la conservación de alimentos; Nicolás Appert fue el ganador. El procedimiento sugerido por Appert consistía en colocar los alimentos preparados en frascos de vidrio que se sumergían por cierto tiempo en agua hirviendo, cerrándolos luego en forma hermética. De esta manera se hizo posible conservar verduras, frutas, productos lácteos y otros.

Una vez que se generalizó el método de Appert surgieron diversas modalidades, según los alimentos que se quisieran preservar y las características de los recipientes empleados para la conservación. Entre estas innovaciones, Borden desarrolló en 1856 un método para concentrar la leche de vaca mediante un proceso de evaporación al vacío, preservándola luego mediante la adición de azúcar para obtener

así la conocida leche "condensada". Poco tiempo después, en 1883, Myenberg sugirió que en vez de añadir azúcar a la leche, ya concentrada, se estabilizará entre 90° y 115°, C, y de esta manera apareció en el mercado la leche "evaporada".

El empleo del procedimiento acreditado al biólogo francés Pasteur, conocido ampliamente como pasteurización, dio lugar a la aceptación gradual de la leche de vaca para lactar a los niños, al disminuir el riesgo de que enfermaran por diarrea.

A pesar de que en la segunda mitad del siglo XIX hubo intentos por desarrollar un sucedáneo de la leche humana, empleando para ello la leche de vaca adicionada con cereales y azúcar, estas propuestas tuvieron poco éxito. Ya que en el presente siglo Rotch introdujo el "sistema de porcentajes", que consistía en calcular el volumen de leche que precisaba cada niño. Este médico consideraba necesario diluir la leche con agua, añadiéndole luego crema y lactosa para lograr que el contenido de nutrientes se aproximara al de la leche entera. Casi al mismo tiempo, Budin sugirió estimar el volumen de leche según el peso corporal de los niños; inicialmente estimó una ingestión diaria de 200 ml/Kg. de peso para después cambiar su sugerencia a 100 ml/Kg. de peso; cuarenta años después Marriott aconsejó adicionar agua a la leche a razón de 50 ml/Kg. , añadiéndole además azúcar para restaurar la densidad energética.

Tomando en cuenta el contenido energético que proporcionan los hidratos de carbono y las grasas de leche de vaca, y por otro lado reconociendo las necesidades energéticas de los niños, en los primeros dos decenios del presente siglo se popularizó el empleo de complicadas "fórmulas" matemáticas para calcular la alimentación que debían de recibir los niños. El término "fórmula", como sinónimo de alimento indicado por un médico, se hizo cotidiano, cobró arraigo y se introdujo en el lenguaje popular. La alternativa de "lactar" con fórmulas a los niños pequeños adquirió vigencia.

La contribución de Gersterberger y colaboradores marcó el principio de la época contemporánea en materia de fórmulas. En 1915 éstos autores desarrollaron un producto lácteo cuyo contenido en algunos nutrimentos era parecido al de la leche humana; cuatro años más tarde estos investigadores publicaron sus exitosas experiencias obtenidas en 300 niños alimentados con esta leche "leche sintética adaptada" (SMA).

Para mediados de la década de los años cincuenta las fórmulas lácteas disponibles en el comercio tenían diversas particularidades. Los conocimientos acerca de los procesos de digestión y absorción intestinal en los niños lactantes eran limitados y algunos de ellos erróneos. Estos conceptos contribuyeron a que proliferaran distintos tipos de fórmulas. La substracción de la grasa butírica y las proteínas en la leche de vaca, y la adición de grasas de origen vegetal, de proteínas lácteas solubles en el suero, de ácido láctico, y de hidratos de carbono (dextrinomasas y oligosacáridos), dieron lugar a varias leches modificadas con el propósito de brindar a los niños un alimento más fácilmente digerible. Las había "maternizadas", enteras, semidescremadas, descremadas, "proteínadas", acidificadas, adicionadas con hidratos de carbono, grasas de origen vegetal, y combinaciones de estas características. En la Ciudad de México se comercializaban treinta marcas de patente, muchas de las cuales se llegaron a utilizar en los primeros años del Hospital Infantil.

La "adición" que gradualmente se hizo a éstos productos con vitamina D, vitamina C, ácido fólico, hierro y otros compuestos fue el resultado de observaciones clínicas hechas en niños "lactados" con sucedáneos, que llegaron a desarrollar deficiencias específicas de alguno de éstos nutrimentos. Aún cuando las "leches maternizadas" (o humanizadas) tienen su antecedente en la fórmula preparada por Gesterberger, su éxito comercial se consolidó lentamente a partir del fin de la segunda guerra mundial, cuando comenzaron a acontecer cambios notables en el comportamiento de las mujeres, uno de los cuales fue el abandono precoz de la alimentación al seno.

En la década de los años veinte las fórmulas de patente que tuvieron mayor demanda fueron producidas con base en leche evaporada, adicionada de hidratos de carbono, aceites de origen vegetal, vitaminas y nutrimentos inorgánicos. Para los años treinta, si bien el uso de leche evaporada era extensivo, la aceptación de la leche semidescremada o acidificada comenzó a tener demanda.

Por espacio de cinco lustros no se percibieron objeciones que pudieran restar prestigio a la leche evaporada. El proceso de homogeneización durante la producción de esta leche, hacía suponer que el hecho de que los glóbulos de grasa tuvieran menor tamaño, facilitaba su digestión y absorción. Cuando un lactante alimentado con leche evaporada tenía evacuaciones con grasa, fácilmente perceptible, era signo suficiente de que el niño precisaba una leche semidescremada; predominaba también la idea de que si un niño enfermaba de diarrea, era conveniente alimentarlo con leche semidescremada que estuviese acidificada.

La acidificación mediante la adición de 0.8% de ácido láctico permitía la formación de grumos de leche más pequeños y "por lo tanto más fácilmente asimilables". Por otro lado, prevalecía la opinión de que la acidez evitaba el desarrollo de infecciones intestinales y consecuentemente de enfermedades diarreicas. Es por ello que las leches semidescremada y acidificada fueron usadas ampliamente durante los primeros meses de vida y en niños que padecían de enfermedades del tracto digestivo. Popularmente, la acidificación se lograba agregando gotitas de limón.

El avance en el conocimiento de las características fisiológicas de los niños durante el primer año de vida, permitió comprender que la mayor concentración de solutos por caloría que se produce al reducir la grasa de la leche, puede comprometer su balance hídrico.

Aun cuando desde 1948 había interés por conocer el papel que juegan las proteínas en la concentración de solutos presentes en la orina de

niños lactados, fue durante los años cincuenta que los pediatras tomaron conciencia de los riesgos que implicaba seguir alimentando a éstos niños con leche entera, evaporada o semidescremada, cuando tenían diarrea.

Las observaciones hechas en lactantes con diarrea y deshidratación hipertónica dieron lugar a que la Academia Americana de Pediatría hiciera énfasis en la necesidad de adecuar el volumen de agua a la carga osmolar de la dieta consumida por los niños. En este mismo sentido, Ziegler y Fomon propusieron en 1971 una forma de estimar la carga renal de solutos basada en la cantidad de proteínas, sodio, cloro y potasio de la leche, y el volumen de agua proporcionada en ella. Estos mismos autores analizaron mediante varios ejemplos, la carga renal que reciben los niños alimentados con fórmulas lácteas, cuando acontecen una o varias de las siguientes circunstancias:

- Ingestión limitada de líquidos.
- Aumento de la pérdida de agua por vías extrarenales.
- Capacidad reducida del riñón para concentrar la orina.
- Elevada carga de solutos en la dieta consumida.

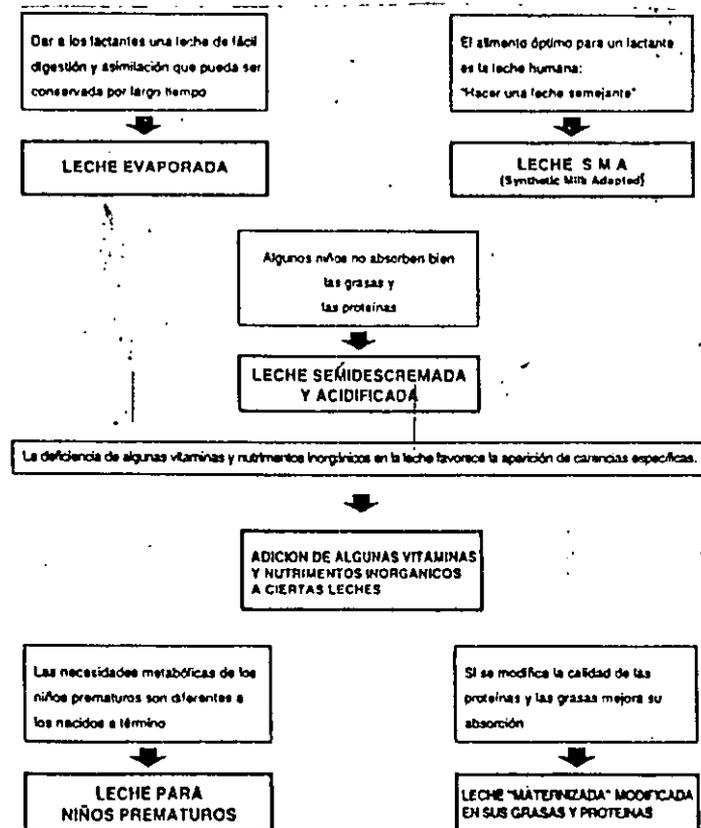
Estas observaciones probablemente contribuyeron a una menor demanda de las leches semidescremadas, que eran utilizadas para lactar a los menores de seis meses y a los niños con diarrea aguda. Fue por ello que la mayoría de las empresas fabricantes de productos lácteos empezaron a suprimirlas del mercado; de esta manera, las "maternizadas" y los sucedáneos con base en proteínas aisladas de la soya poco a poco cobraron importancia comercial. (ver cuadro no. 1)

Si bien la generalidad de las compañías que elaboran productos lácteos para niños cumplen con las normas dadas por la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius, en algunos países como la Gran Bretaña y los Estados Unidos de Norteamérica, se han emitido normas nacionales para su producción con carácter de aplicación regional, la

Sociedad Europea de Gastroenterología Pedfátrica y Nutrición (ESPGAN) publicó en 1977 sus propias recomendaciones.⁹

Desde la antigüedad hasta la primera mitad del presente siglo, prevaleció el criterio de introducir los alimentos semisólidos y sólidos en la dieta de los niños coincidiendo con la aparición de los dientes. Documentos atribuidos a Hipócrates (450 a.C.), Galeno y Sorna (siglo II d.C.), señalan el sexto mes de vida como el momento ideal para la introducción de alimentos distintos a la leche. Los pediatras de los años treinta recomendaban frutas, verduras, huevo, carnes y cereales después

CUADRO NO. 1
Desarrollo de sucedáneos de la leche humana



Fuente: Leopoldo Vega Franco. "Sucedáneos de la leche materna, una búsqueda inconclusa". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 14. No. 5. septiembre-octubre. México, 1991. p. 25.

⁹ Leopoldo, Vega Franco. Op. Cit. P. 23.

del brote dentario. A partir de la segunda guerra mundial, con el gran incremento que se dio en el desarrollo industrial y la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo remunerado, empezó un período caracterizado por el amplio uso de sucedáneos de la leche humana para la alimentación del bebé, lo que trajo como consecuencia una conducta más liberal en la introducción de alimentos distintos a la leche. Fue así como la erupción de los dientes se descartó como límite para la introducción de alimentos distintos a la leche. Bajo esta orientación, a partir de mediados de la década de 1940, las papillas y los jugos de frutas se han ofrecido a las nuevas generaciones a una edad cada vez más temprana.¹⁰

En México, según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 y de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1994, en lo referente a lactancia materna hay un descenso del 84.1 a 81.0% después de los 30 años de edad materna. Las madres sin escolaridad tienen los índices más altos de lactancia materna 90.8% en contraste con otro nivel de escolaridad (81 a 83.1%). Para áreas metropolitanas y de más de 20,000 habitantes se registró un 78.1% y un 79.7%, respectivamente, mientras que en las localidades de menos de 20,000 habitantes se registró hasta un 89.3% de práctica de la lactancia materna. La misma ocurre en el 84.8% de las mujeres que tuvieron parto normal y en el 72.0% con cesárea. El 79.7% de las mujeres que fueron atendidas por personal médico lactaron en relación con las que fueron atendidas por otras personas (86.3%). Cuando el parto se atendió en casa la práctica de lactancia materna fue del 90.7%, cuando se atendió en institución 79.9% y 76.8% cuando la atención fue en hospital privado.¹¹

¹⁰ Loredana, Tavano Colaizzi. "Destete e introducción de alimentos distintos a la leche". En: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. P. 22.

¹¹ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. P. 17.

4. BASE LEGAL

4.1 INTERNACIONAL

4.1.1 Derechos de la mujer

Antecedentes Históricos

En 1902 en la Haya, fueron adoptadas convenciones internacionales que buscaban dar solución a los conflictos derivados de las leyes nacionales relativas al matrimonio, el divorcio y la tutela de menores.

En 1904 y en 1910, respectivamente se firmaron convenciones para la supresión del tráfico de mujeres y niños, la carta de la Sociedad de las Naciones incluyó artículos que hacían un llamado a implantar condiciones de trabajo aceptables para todos los seres humanos, sin diferencias por razones de sexo o edad, y a suprimir el tráfico de mujeres. Así mismo, la carta permitió el empleo femenino en las oficinas del secretariado de la sociedad.

En la XVI asamblea, celebrada en 1935, la sociedad resolvió considerar la situación civil y política de la mujer. Un informe preliminar mostró como, que aunque las condiciones de la mujer varían de país a país, en la mayoría se encontraban en franca discriminación legal. Con ello se sentó el precedente que permitió mas tarde a las organizaciones femeninas y feministas hacer sentir su influencia en la Organización de las Naciones Unidas.

Fue en el ámbito regional donde se tomó la primera acción en contra de la discriminación por razones de sexo.

En 1923, durante la V Conferencia Interamericana celebrada en Santiago de Chile, se acordó estudiar los medios para abolir las incapacidades legales y constitucionales de la mujer.

En 1928, en la Habana, se fundó la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM), con el propósito de estudiar la situación de la mujer en las repúblicas americanas y trabajar en favor de sus derechos políticos y civiles.

En 1933 como resultado de los estudios de la Comisión sobre la nacionalidad de las mujeres casadas, se adoptó la convención de Montevideo sobre la materia. Dos años más tarde la Sociedad de Naciones recomendó a todos los países firmarla.

En 1948, con motivo de la IX Conferencia Interamericana celebrada en Bogotá, fueron adoptadas dos convenciones más, relativas a los derechos de la mujer: una relacionada con la concesión de derechos políticos y la otra con sus derechos civiles. Cuando se fundó la CIM, la mujer sólo tenía derecho a votar en los Estados Unidos; actualmente, la mujer tiene derecho en todos los países americanos.

Varios organismos de Naciones Unidas tienen responsabilidad en la promoción de los derechos de la mujer: la Asamblea General, el Consejo Económico y Social (ECOSOC), el Secretariado General y, desde luego, la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Todos ellos son responsables de estimular el respeto a los derechos humanos y a las libertades internacionales y fundamentales de todos, sin haber distinción por motivos de raza, sexo, idioma y religión.

Del ECOSOC dependen la Comisión de Derechos Humanos y la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, creada el 21 de Junio de 1946. El ECOSOC es responsable de promover los derechos humanos, dentro de un marco de cooperación internacional.

En 1946, la Asamblea General adoptó la resolución 56(1) en la que se recomienda “ que todos los estados miembros que no lo han hecho aún, adopten las medidas necesarias para cumplir las intenciones y aspiraciones de la carta a este respecto, al otorgar a las mujeres los mismos derechos políticos que a los hombres.

El artículo 21 de la Declaración de los Derechos Humanos, proclamada en 1948, subrayó el derecho universal a tomar parte en el gobierno de su país directamente o mediante representantes elegidos libremente así como el de tener igual acceso al servicio público de su país.

En 1952, la Asamblea General adoptó la Convención sobre los derechos políticos de la mujer, a propuesta de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Fue el primer instrumento abierto a la firma de todos los países, con obligatoriedad jurídica para las partes contratantes, que buscó otorgar la igualdad de derechos de la mujer. La convención se refiere a los derechos de voto y de elección sin ninguna discriminación. En su artículo tercero establece “ que las mujeres tienen derecho a ocupar cargos y funciones públicas, establecidos por la legislación nacional, en los mismos términos que los hombres”.¹²

En 1954, la Asamblea General emitió la resolución 843, donde por primera vez hizo un llamado a los estados para adoptar medidas apropiadas a fin de abolir todas las costumbres, leyes y prácticas que afectaran la dignidad humana de las mujeres y que fueran inconsistentes con los principios establecidos por la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración de los Derechos Humanos. Esta resolución fue el antecedente de la convención sobre la eliminación de todas las formas de

¹² Roberta, Lajou. “El decenio de las Naciones Unidas para la mujer y la política de población”. En: Estudios sobre la mujer. El empleo y la mujer. Bases teóricas y metodológicas y evidencia empírica. Serie de lecturas III. Programación y presupuesto. Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática. México, 1982. p. 15 y 16.

discriminación contra la mujer aprobada por las Naciones Unidas en Diciembre de 1979.

Fueron necesarios 25 años para que esta iniciativa culminará en una convención propuesta por Naciones Unidas a sus estados miembros.

En 1960, los organismos especializados de las Naciones Unidas iniciaron programas para promover la igualdad de oportunidades entre los sexos, dentro de sus diversos campos de acción.

En 1962 como resultado de un estudio hecho por la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, la Asamblea adoptó la convención sobre el consentimiento, edad mínima y registro del matrimonio. Su propósito fue proteger los derechos de la mujer frente a prácticas como el matrimonio infantil, el repudio y la poligamia.

El 7 de Noviembre de 1967, la Asamblea General adoptó la declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer donde amplió y enfatizó los principios contenidos en la resolución 843 emitida años antes. Asimismo hizo un llamado especial para modificar costumbres y tradiciones a través de la educación y de los medios de comunicación masiva.

En 1970, la Estrategia Internacional de Desarrollo presentada por la Asamblea General, en el segundo decenio para el Desarrollo, declaró que debe estimularse la integración plena de la mujer en la totalidad del esfuerzo en favor del desarrollo. Este documento divulgó la idea de que era necesario integrar a la mujer a la fuerza de trabajo para que un país pudiese desarrollar su economía plenamente. Enfatizó que no se puede restringir al hogar el trabajo de la mitad de la población.

La Asamblea General resolvió en 1972, por iniciativa de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, que 1975 fuese el año Internacional de la Mujer. El triple objetivo de su celebración fue

intensificar las acciones tendientes a lograr: 1) la igualdad del hombre y la mujer; 2) la integración plena de la mujer en el esfuerzo del desarrollo, y 3) el incremento de la contribución de la mujer en el fortalecimiento de la cooperación internacional y la paz mundial. Estos objetivos no constituyeron nada nuevo en las actividades de las Naciones Unidas. Lo nuevo fue el llamado a una acción intensificada.

La Sede de la Conferencia Mundial del año Internacional de la mujer se fijó en la CD. de México y se celebró del 19 de Junio al 2 de Julio de 1975. Por ser la primera en su género despertó gran interés tanto de los gobiernos, como de organizaciones no gubernamentales. Participaron 133 países miembros de las Naciones Unidas, 8 movimientos de liberación Nacional, 31 organismos internacionales y 114 no gubernamentales.

Las aportaciones mexicanas a la elaboración del Plan de Acción Mundial subrayaron que los problemas de la mujer son de la sociedad en su conjunto. México, ha interpretado que, la discriminación que sufren las mujeres en los países en desarrollo, esta íntimamente ligada a la acción negativa de un orden económico internacional injusto.

Los resultados de la conferencia fueron múltiples: unos de carácter general, otros concretos. Entre los primeros, el mas importante fue la creación de conciencia a nivel internacional sobre la problemática específica de la mujer. Otro, fue la integración mixta de las delegaciones: se abrieron las puertas a las mujeres para que, en forma masiva, participaran en una conferencia internacional. Por primera vez muchas delegaciones fueron encabezadas por mujeres.

Los resultados concretos fueron dos: la aprobación de la Declaración de México y la del Plan de Acción Mundial. La declaración es un documento breve que define los derechos de la mujer. Aunque estos principios ya habían sido mencionados con anterioridad, en este texto aparecen integrados en un sólo documento. Por lo que se refiere a la

característica específica de la mujer como reproductora de la especie, menciona dos temas: los servicios a los que tiene derecho como madre y el propio derecho a decidir si quiere serlo.

La declaración de México recibió gran atención a nivel Internacional. Pero no porque reconoce derechos de la mujer, sino por la referencia que se hace a temas políticos de controversia. La presencia en el texto de la palabra sionismo, fue el hecho que mas publicidad recibió y que mas significación tuvo para los gobiernos participantes en la conferencia.

Junto a la declaración de México se aprobó el Plan de Acción Mundial que estableció directivas y objetivos generales para mejorar la condición de la mujer y que propuso la adopción de planes nacionales dentro de un marco de cooperación internacional. El plan indica a este respecto que cada país establecerá su propia estrategia nacional e identificará sus propios objetivos y prioridades entro del presente Plan de Acción.

El Plan de Acción Mundial, al igual que la Declaración, reconoce el derecho soberano de los Estados para determinar sus políticas demográficas. Sin embargo, señala que: " todas las personas deberían tener acceso, por medio de un sistema institucionalizado, a la información y a los medios que les permitan determinar de manera libre y responsable el número y esparcimiento de sus hijos. También hace énfasis en que, los programas de planificación familiar deben concentrar sus esfuerzos en mujeres y hombres por igual y ser integrados a los servicios de salud."¹³

En el continente americano surgieron dos planes regionales: uno promovido por la CEPAL y el otro por la CIM. El primero dentro del marco de las Naciones Unidas; el segundo, en el de la OEA: ambos inspirados en el Plan Mundial.

¹³ Ibidem. 17-21.

En 1976, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a una conferencia mundial a mediados del decenio para revisar y evaluar el progreso de los objetivos, la cual se celebró en Dinamarca del 17 al 31 de Julio de 1980. Su propósito fundamental fue evaluatorio y su agenda se refirió a tres aspectos principales: los planes nacionales, la cooperación internacional y el marco conceptual en los que se deben orientar estos trabajos.

En la conferencia de Copenhague no fue mas allá de los principios aprobados en la de México.

En materia de política de población, se incluye sólo el siguiente párrafo: “Elaborar, ejecutar y consolidar programas de protección de la infancia y de planificación de la familia, y desarrollar la información pertinente, ya en los programas escolares tanto femeninos como masculinos sobre métodos seguros y aceptables de regulación de la fecundidad, de modo que mujeres y hombres puedan compartir la responsabilidad de la planificación de la familia, a fin de promover la salud, seguridad y bienestar de la madre y el lactante y permitir a la mujer ejercer el derecho de determinar de manera libre y responsable el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Debería de facilitarse la planificación de la familia como uno de los medios de reducir la mortalidad materna e infantil en los casos que presenten riesgos graves, tales como alta paridad, los embarazos demasiados frecuentes, los embarazos cerca de las edades límites del período reproductivo, así como la frecuencia y el peligro de los abortos clandestinos”.¹⁴

La recomendación es ambigua y se mezcla con otros propósitos. Menciona que se debería facilitar la planificación de la familia, y se refiere al control de la fertilidad como un derecho de la mujer. Sin embargo, en ambos casos, sólo como un medio para reducir la mortalidad materna e infantil.

¹⁴ *Ibidem.* p.22.

El hecho mas significativo de la conferencia de la media década fue la firma por 25 países de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Esta convención no se improvisó en la conferencia venía negociándose desde hace varios años.

En segundo lugar, la convención no sólo establece la igualdad jurídica entre los sexos, sino que solicita, al igual que las resoluciones que le antecedieron que:” se promulguen leyes nacionales para prohibir la discriminación; recomienda medidas especiales temporales para acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer disposiciones para modificar los patrones socioculturales que perpetúan la discriminación”.

En tercer lugar, la convención estableció un mecanismo que supervisa su aplicación por las partes contratantes. Este consiste en un comité para la eliminación de la discriminación de la mujer, integrado por un grupo de expertos (de 18 a 23) de “gran prestigio moral”.

Por lo que se refiere al derecho de la mujer de decidir si va a procrear, la comisión establece dentro del artículo que se refiere a la atención médica, que las mujeres deberán tener, en igualdad con los hombres, acceso a la información, la educación y los medios para hacerlo efectivo este derecho. Pero este derecho queda establecido sólo en la medida en que lo tengan los hombres y no se obliga al Estado a dar información, la educación y los medios para que ese derecho sea real.

Los derechos de la mujer en la Legislación Internacional proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; así entonces la discriminación contra la mujer viola los principios de igualdad de derechos y el respeto de la dignidad humana (Convención sobre la eliminación de todas formas de Discriminación) Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los derechos de la mujer son derechos humanos, están protegidos por la Legislación Internacional desarrollada a lo largo del siglo pasado. En los últimos años, la comunidad internacional ha reconocido que éstos derechos necesitan también una protección específica. Casi todos los gobiernos se han comprometido a apoyar tratados que protegen los derechos humanos de las mujeres y los niños.

Estos son los acuerdos más importantes:

- Los Convenios de Ginebra que limitan el uso de la violencia en los conflictos armados.
- La Convención y el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos protocolos Facultativos.
- La Convención sobre la eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer.
- La Convención sobre la Tortura y otros Tratos y Penas crueles Inhumanos o Degradantes.
- La Convención sobre los Derechos del Niño.

La comunidad internacional ha adoptado diversas declaraciones. No son jurídicamente vinculantes, pero los Estados se han comprometido públicamente a cumplirlas.

Los derechos humanos de las mujeres están protegidos ahora por un extenso conjunto de leyes internacionales. Los gobiernos a menudo violan las leyes internacionales, sacrificando los derechos de sus ciudadanos en favor de la conveniencia política y el propio interés. Esto no le resta importancia y estas leyes, más bien, ponen de relieve la necesidad de que todos los ciudadanos conozcan sus derechos y sepan como pueden hacer a los gobiernos a cumplir sus compromisos.

Informar a las mujeres de sus derechos y usar mecanismos de las leyes internacionales son algunas de las formas de trabajar para construir una

sociedad más justa y humana. Las personas que conocen sus derechos tienen mucho más posibilidades de conquistarlos y defenderlos.

Los derechos incluyen: *Igual tratamiento ante la ley, no ser detenida arbitrariamente, ni torturada, a igual trabajo, igual salario, protección especial para las madres, un adecuado nivel de vida, de educación y de atención a la salud.*

La Constitución Política cede al gobierno la responsabilidad de garantizar el ejercicio pleno y en pie de igualdad de los derechos mexicanos, independientemente de su sexo, origen, grupo étnico o condición social. En nuestro país, como en el resto del mundo, cuando se habla de derechos propios de la mujer se pretende abarcar un conjunto de normas cuya promulgación y aplicación está dirigida a asegurar que las diferencias entre hombres y mujeres no sean utilizadas para un trato desigual.

No es posible dejar de reconocer el largo camino recorrido en la lucha por la promoción, protección y defensa de los derechos de la mujer y por la igualdad jurídica y de oportunidades entre varones y mujeres. No obstante, aún persisten creencias arraigadas, así, como estructuras y arreglos institucionales que reproducen las prácticas de exclusión y discriminación de género. Por ello, se hace evidente la necesidad de poner en marcha mecanismos efectivos para el principio de igualdad que establece nuestra Constitución Política sea una realidad tangible.

Además, de la promulgación de medidas legislativas y la puesta en marcha de acciones en materia de educación, salud y desarrollo económico y social, resulta indispensable contar con el apoyo firme y decidido de la sociedad. La mujer misma debe defender sus derechos, pero es necesario que existan los medios para que los conozca, sepa su significado y los ejerza plenamente. Sólo de esta manera será posible alcanzar la verdadera igualdad entre hombres y mujeres y el desarrollo pleno de todos los miembros de la sociedad.

Con todo lo anterior podemos concluir que el Decenio de la Mujer no ha avanzado, en la medida deseada, en crear una conciencia internacional sobre los derechos de la mujer, no obstante lo anterior, el panorama de los derechos femeninos es radicalmente distinto del que se presenciaba hace cincuenta años.¹⁵

4.1.2 Derechos del niño

La infancia es la etapa más plena y hermosa del desarrollo humano. Sin embargo, muchos niños del mundo sufren de carencias económicas, sociales y afectivas que les dejan marcados de por vida. Nadie puede no desear que la niñez tenga una infancia feliz y que su bienestar físico, mental y material éste garantizado; disfruten de un hogar y una familia; de la educación y alimentación necesarias para su sano desarrollo; que sean hombres y mujeres de bien, ciudadanos útiles, productivos y padres responsables; es por ello que a lo largo de la historia se han hecho innumerables esfuerzos para rescatar los derechos de los niños.

Declaración de Ginebra: fue redactada en 1923 por Eglantyne Gebb, fundadora del Save the Children Fund y la Unión Internacional del Socorro a los niños. En su forma inicial, ha constituido la carta fundamental de la Unión Internacional de la protección de la infancia.

El texto de aquella declaración es la siguiente:
por la presente declaración de los Derechos del Niño, llamada Declaración de Ginebra, los hombres y las mujeres de todos los países reconocen que la humanidad debe dar al niño todo lo que tiene de mejor, afirmar sus deberes, y sin consideración de raza, nacionalidad o creencia:

a) El niño debe ser puesto en condición de desenvolverse de una manera material y espiritualmente normal.

¹⁵ Ibidem. P. 22-25.

- b) El niño hambriento debe ser alimentado; el enfermo cuidado; el atrasado animado; el desviado corregirlo; el huérfano y el abandonado recogidos y socorridos.
- c) El niño debe ser el primero en recibir auxilio en tiempo de miseria.
- d) El niño debe ser puesto en condición de ganarse la vida y protegido contra toda explotación.
- e) El niño debe ser educado en la idea de que sus mejores cualidades han de ser puestas al servicio de sus hermanos.

La Asamblea de la Sociedad de las Naciones, en 1924, le dio su adhesión unánime recomendando a los Estados basar sus legislaciones en aquellos principios.¹⁶

Declaración de la Unión Internacional de protección a la Infancia: la Unión Internacional de la Protección a la Infancia, en su congreso efectuado en Estocolmo del 10 al 16 de Agosto de 1948, a petición de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) declaró estar dispuesta a considerar cualquier modificación del original de la Declaración de Ginebra, pues reconocía la evolución de la protección de la Infancia en el curso de los últimos años y se complacía con ella.

He aquí el texto modificado a petición de la ONU: por la presente Declaración de Ginebra, los hombres y las mujeres de todas las naciones reconocen que la humanidad debe dar al niño lo que tiene de mejor, y afirmar así sus deberes:

- a) El niño debe ser protegido por encima de toda consideración de raza, de nacionalidad o de creencia.
- b) El niño debe ser puesto en disposición de desarrollarse normalmente en el orden material, moral y espiritual.
- c) El niño debe ser protegido teniendo en cuenta su medio familiar y las exigencias de la seguridad social; el niño hambriento ha de ser alimentado; el niño enfermo ha de ser cuidado; el niño física y

¹⁶ Juan, Sola Mendoza. "Puericultura". Ed. Trillas. México, 1995. P. 83.

moralmente inferior ha de ser ayudado; el niño descarriado ha de ser orientado; el huérfano y el abandonado han de ser socorridos y acogidos.

d) El niño debe ser el primero en recibir ayuda en las calamidades publicas.

e) El niño debe recibir una preparación que lo haga apto cuando llegue el momento, para ganarse la vida y ha de ser protegido contra toda explotación.

f) El niño debe ser educado en el sentimiento de sus mejores cualidades han de ponerle al servicio de sus hermanos.¹⁷

Proyecto de la Organización Mundial de la Salud: sin embargo, las conclusiones de la Comisión de las Cuestiones Sociales, la Organización Mundial de la Salud elaboró un proyecto de Declaración de Derechos del Niño, que ha sido propuesto como proyecto a las Naciones Unidas.

He aquí el texto:

Reconociendo que el niño participa de los derechos del hombre como lo expresa la Declaración Internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos del hombre, y sosteniendo que la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la siguiente Declaración del niño y declara que es un deber para cada nación cumplir plenamente las obligaciones que incluye:

a) El niño ha de ser defendido, independientemente de toda consideración de raza, nacionalidad, religión, opinión pública, condiciones económicas o sociales.

b) Al niño deben proporcionársele los medios necesarios para su desarrollo normal, desde el punto de vista físico, mental y social; en otros un alojamiento, una alimentación y educación suficientes. El niño tiene derecho al mejor cuidado de su salud y esta comprende un completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la carencia de enfermedad.

¹⁷ Ibidem. P. 84.

c) El niño debe vivir en familia, en un ambiente de amor y seguridad que es, sin duda, la mejor condición de su desarrollo. Si el niño está privado de una vida familiar normal, la comunidad debe procurarle un hogar que cumpla lo mejor posible las condiciones de una familia sana.

d) El niño que tiene hambre ha de ser alimentado; el niño que está enfermo debe ser cuidado; el niño que físicamente, intelectualmente o socialmente es deficiente, debe ser ayudado; el niño anormal debe ser reeducado; el huérfano y el abandonado han de ser recogidos; el niño ha de ser el primero en recibir ayuda en las calamidades públicas.

e) El niño debe disfrutar de todas las ventajas concedidas por la asistencia social y el sistema de seguridad social. El niño deberá recibir en tiempo oportuno, por el descubrimiento y el desarrollo de sus aptitudes personales, una instrucción correspondiente a sus posibilidades, de manera que llegue a ser un miembro responsable de la sociedad.

f) El niño ha de ser protegido contra toda forma de explotación y debe gozar de ocupación, distracción y descanso suficiente.

g) Debe desarrollarse en el niño el sentimiento, de que el máximo enriquecimiento y satisfacción se lo procurará la entrega de su energía y su talento al servicio de sus semejantes. La capacidad de vivir armoniosamente en un cambio total de ambiente esencial a la salud del niño debe ser favorecida. Debe darse ocasión al niño de asumir responsabilidades sociales, primero en su familia y luego en su localidad, en su país y en la comunidad internacional y debe alentarse con ello.

Las madres y los derechos del niño: por su parte, la oficina internacional del Movimiento Mundial de las madres ha enviado a la ONU una nota señalando cinco puntos fundamentales en los derechos del niño, no precisados en la Declaración de Ginebra, y que, a su parecer, son de vital importancia:

1. El derecho del niño a la vida “desde su concepción”.
2. El derecho del niño a los cuidados y a la educación dados por su familia y principalmente por su madre.

3. El derecho del niño a una preparación a la vida profesional y a las responsabilidades familiares que deberá asumir.
4. El papel de ayuda y de complemento de las instituciones y de las leyes respecto a la familia, primera responsable del niño.
5. En caso de "falta de familia", el derecho del niño de ser socorrido por la sociedad y el deber de ésta de procurar crear, en la medida de lo posible, un ambiente familiar, clima normal que favorezca, en forma óptima, a las necesidades físicas, intelectuales, morales y sociales del niño.¹⁸

Actualmente así esta planteada la cuestión de la Declaración de los Derechos del Niño.

Declaración de la UNICEF: el 20 de Noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó por unanimidad la Declaración de los Derechos del Niño, en la cual se consignan los derechos y libertades que, según lo ha determinado la comunidad internacional, corresponden a todo niño.

Muchos de los derechos y libertades proclamadas en este documento ya estaban incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General en 1948. Sin embargo, se convino en que las necesidades especiales de la infancia justificaban una declaración por separado. En el preámbulo de la nueva declaración se estipula que el niño, debido a su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, antes y después de nacer. También se afirma que la humanidad debe a la infancia lo mejor que es posible darle.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es el instrumento de colaboración internacional para llevar acabo los propósitos expresados en la declaración. En 1960, la junta ejecutiva del UNICEF decidió celebrar consultas con los gobiernos de los países

¹⁸ *Ibidem.* P. 84 y 88.

beneficiados para buscar la mejor forma en que el fondo pudiera prestar ayuda, con el fin de satisfacer las necesidades de los niños en cada país. En la actualidad el UNICEF está prestando ayuda en más de 500 proyectos que benefician a la niñez en 113 países.

Así como la Declaración Universal, la Declaración de los Derechos del Niño establece una serie de normas que deben observarse en todo el mundo. Se insta a los padres y a todos los adultos, así como a las organizaciones, autoridades regionales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su cumplimiento. El texto que aquí se publica corresponde a la convención aprobada en el mes de Noviembre de 1989 por la Organización de las Naciones Unidas; en México se ratifica hasta Septiembre de 1990.

En forma condensada, éstos son los Derechos del Niño, de acuerdo con la Declaración:

1. A todos los niños se les reconocerán sus derechos sin excepción y sin distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o cualquier otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.
2. El niño gozará de protección y oportunidad para que puede desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente.
3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.
4. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a una buena alimentación, vivienda, recreación y servicios médicos.
5. El niño física, mental o socialmente impedido debe recibir atención especial y el cuidado que requiera su caso.
6. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión, seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.

7. El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales.
8. El niño debe en todas las circunstancias figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.
9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.
10. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.¹⁹

Por último cabe señalar que el 20 de Noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención de los Derechos del Niño, misma que se promovió y llevó a lo que fue la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia llevada a cabo el 29 y 30 de Septiembre de 1990, a la cual acudieron 71 jefes de Estado y de gobierno, así como representantes de 86 países observadores destacándose hasta entonces, como la más grande reunión de conductores políticos que hayan abordado problemas de la niñez.

Como producto de los trabajos y reflexiones generadas en la Cumbre Mundial, se elaboraron la Declaración Mundial sobre Supervivencia, protección y Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción que definió siete metas globales y un conjunto de objetivos y metas de apoyo para cumplirse al año 2000. Las autoridades asistentes que suscribieron estos acuerdos, se comprometieron a impulsarlos en sus respectivos países, a través de la elaboración y cumplimiento de programas nacionales de acción.²⁰

¹⁹ *Ibidem*. P. 88 y 89.

¹⁹ "Convención de los Derechos del Niño". CDHDF y UNICEF. México, 1995. P. 3-51.

²⁰ "Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000". Op. cit. p. 3.

Existe un pensamiento del Dr. Eduardo Jurado García (+), que nos hace reflexionar que no sólo nos debemos preocupar por los actuales niños, sino también por los niños del mañana y por el futuro que les debemos brindar y al que tienen derecho, y dice así:

ES DERECHO DE LOS FUTUROS MEXICANOS:

- * Nacer de padres preparados para el proceso de la reproducción.*
- * Nacer de madre en buen estado nutricional.*
- * Nacer de madre que no consuma tóxicos (nicotina, alcohol, drogas).*
- * Nacer de parto natural y sólo excepcionalmente de parto operatorio.*
- * Nacer asistido de personal capacitado para atenderlo adecuadamente durante sus primeros momentos de vida, preservando la integridad de su sistema nervioso.*
- * Ser recibido por sus padres biológicos y permanecer junto a su madre después del nacimiento y recibir sus manifestaciones de amor.*
- * Ser alimentado al seno materno lo más inmediatamente posible después del nacimiento.*
- * Tener vigilancia profesional durante su crecimiento y desarrollo, para detectar y tratar oportunamente desviaciones, en caso de que se presentaran.*
- * Ser inmunizado contra enfermedades previsibles.*
- * Tener un ambiente familiar y social que le permita evolucionar óptimamente y ser útil a su comunidad.*

Con todo lo anterior podemos concluir que: la pareja conyugal esta constituida por un hombre y una mujer que mutuamente se eligen, libremente se aceptan, tiernamente se aman, y se comprometen ante sí mismos y ante la sociedad a emprender una tarea en común y estable de autoproyección, integrados en una comunidad que los completa y a la que ellos enriquecen; y que además ser padre es comunicar la vida en plenitud; no sólo es engendrar, sino también proporcionar todo lo que

durante años los hijos tienen derecho a esperar de sus padres: en lo material; alimento suficiente, vivienda adecuada, vestido, cuidado a su salud; en lo humano: atención y cuidado, tiempo y desvelos, amor y comprensión, educación integral, para que puedan desarrollarse como personas conscientes y libres.

Comunicar la vida es entregar a los hijos todo lo que el hombre y la mujer van siendo cada nuevo día: nuevas experiencias, nuevas manifestaciones de afecto, nuevos conocimientos, nueva capacidad para el trabajo.

En este todo dinámico y cambiante en el que los padres regalan cada día a sus hijos; por tanto es algo más profundo, más permanente y mucho más humano que la mera comunicación de la existencia. Todo es dinámico. Nada es estático, ni puede ser dado en un todo compacto, como quién hace un pago y deja saldada una deuda. Ser padre es una donación cotidiana de lo mejor de nosotros mismos, es una aportación de la riqueza espiritual y material a la comunidad en que se vive.

Esta visión de la paternidad nos lleva a concluir en la inmensa responsabilidad de comunicar la vida; por otra parte cada pareja debe reconocer su limitada capacidad de comunicarla, antes de asumir tan seria responsabilidad, y medir sus posibilidades concretas en lo económico, en lo personal, en lo material y en lo temporal que pueden efectivamente brindarles a sus hijos.

Con todo lo anterior queremos destacar que es por eso que a lo largo de la historia se han hecho innumerables esfuerzos por defender los **DERECHOS DE LOS NIÑOS** ya que ellos son el futuro de nuestro país y nuestro más valioso tesoro.

4.1.3 Aspectos legales de la lactancia materna

Desde hace algunas décadas, existe un interés especial por la salud de los niños y los factores que la alteran, ya que es reconocido que éste es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentarán exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida; éstas podrían ser salvadas en los países en vías de desarrollo estableciendo un adecuado programa de apoyo a la lactancia materna. Sin embargo los datos disponibles muestran la tendencia al abandono de la práctica y la duración cada vez menor. Datos de la misma OMS muestran que el riesgo de morir para lactantes que no reciben leche materna es del doble del que existe para los niños que son amamantados en forma exclusiva.²¹

La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas. Sólo en Latinoamérica hay más de 500,000 muertes anualmente en menores de cinco años, resultantes de infecciones intestinales. El riesgo de morir asociado con la alimentación artificial es catorce veces mayor.

La tasa de mortalidad infantil varía de país a país. En general, las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas. También existen variaciones al interior de cada país. Las causas son muchas, pero el tipo de alimentación y estado nutricional son los principales factores que contribuyen al estado de salud.

Con la declaración conjunta OMS/UNICEF se inicia, en 1989, un movimiento mundial para la promoción y apoyo a la lactancia materna.

En ésta se persiguen los siguientes puntos:

- ° Dar a conocer el papel fundamental que pueden desempeñar los servicios de salud en la promoción a la lactancia natural.

²¹ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. Cit. P. 7.

- ° Describir lo que se debe hacer para dar información y apoyo a las madres.
- ° Adaptar a las circunstancias locales para que sea utilizada por cualquier persona que trabaje en el área de la salud.
- ° Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural.
- ° Destacar las medidas prácticas para establecer la lactancia natural en los servicios de salud.

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño surge de la Declaración Conjunta OMS/UNICEF para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en 1989, donde se hace especial énfasis para que los servicios de maternidad adopten Diez Pasos hacia una Lactancia Exitosa, con un doble objetivo: promover el conocimiento de la importancia crítica que tienen los servicios de salud en la protección, la promoción de la lactancia natural y describir las medidas que pueden adoptarse para facilitar a las madres la información y apoyo oportunos.²²

Con el apoyo de dirigentes mundiales, expertos en temas de salud y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), UNICEF y OMS presentan la iniciativa Hospital Amigo del Niño en 12 países pioneros, a fin de persuadir a todos los servicios de salud donde se atienden partos, a establecer medidas que estimulen a las madres a amamantar a sus hijos, como el mejor comienzo a las vidas de los bebés.

La iniciativa del UNICEF y la OMS fijó el objetivo de lograr que en cada uno de los doce países iniciadores se instalarán por lo menos dos Hospital Amigo del Niño para Febrero de 1992 y que en todos los demás países se hayan adherido a la Iniciativa, el mayor número posible de hospitales para fines de 1992.

²² *Ibidem*. P. 11.

Para ser certificado como “Hospital Amigo del Niño”, el hospital debe poner en práctica los siguientes Diez Pasos para una Lactancia Exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la instalación del programa.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica el programa.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y como prepararse.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe de dar de mamar al niño.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo cuando sea por indicación médica.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia natural a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, chupones o biberones.
10. Fomentar los grupos de apoyo a la lactancia natural fuera del hospital y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Tanto la OMS como la UNICEF saben que un gran porcentaje de nacimientos ocurren fuera de las instituciones de salud. Pero, tampoco ignoran la influencia crítica y profunda de los hospitales en todo el Sistema de Salud y en la comunidad. Es en éstas unidades de salud donde se fijan las pautas en materia de salud y práctica médica. Es allí donde la población debería aprender a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna.

De esta manera, a pesar de los conocimientos científicos acerca de la lactancia materna, la mayoría de las instituciones han quedado rezagadas en materia de amamantamiento.

El concepto de Hospital Amigo del Niño se basa en dar prioridad a las necesidades de la madre y su recién nacido y ofrece durante la atención

del embarazo, parto y puerperio, oportunidades para el ejercicio del amamantamiento, brindando una atención con calidad con mayor énfasis en la calidez.

Otros acontecimientos importantes para el rescate de la lactancia materna son:

Desde 1972 se realizaron diversas acciones para la aceptación de un código sobre prácticas de comercialización y distribución de los sucedáneos de la leche materna; en ese mismo año, en la 27a Asamblea Mundial se advierte el descenso de la lactancia materna, entre otros factores por la fácil adquisición de alimentos infantiles, en 1980 durante la 33a Asamblea Mundial, se adopta la recomendación de establecer un Código Internacional de Comercialización. En 1981, la OMS/UNICEF presentan en la 67a Reunión del Consejo Consultivo de la OMS una propuesta de Código y en la 34a Asamblea Mundial de la Salud, el 21 de Mayo de 1981 se establece el Código Internacional de la Organización Mundial de la Salud para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, también conocido como Código de la OMS. Su objetivo es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución. El Código, en síntesis, contempla los siguientes aspectos:

* **ALCANCE:** El código se aplica a la comercialización y prácticas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes, otros productos de origen lácteo, alimentos o bebidas, incluidos alimentos complementarios, también se aplica a los biberones y chupones.

* **PUBLICIDAD:** El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos mencionados.

* **MUESTRAS:** No se permite muestras a las madres, sus familias, personal de salud, clínicas, hospitales o consultorios.

* **SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD:** Prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud, es decir, ninguna exposición como posters o folletos, ni distribución de otros promocionales. No se debe permitir que el personal reciba obsequios, estímulos o remuneraciones por las compañías de dichos productos.

* **AGENTES DE SALUD:** Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras al personal de salud. La información que distribuyan sobre productos debe ajustarse solamente a datos científicos y objetivos.

* **SUMINISTROS:** Sólo bajo vigilancia de las autoridades correspondientes (SSA), se permite la distribución gratuita o a precios bajos de sucedáneos de la leche materna a hospitales o clínicas. Los sucedáneos que se ofrezcan gratuitamente a la madre bajo prescripción médica, se deben proporcionar hasta que el médico lo indique.

* **INFORMACIÓN:** El material educativo o informativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados con el uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

* **ETIQUETAS:** Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

* **APLICACIÓN Y VIGENCIA:** Los gobiernos deben adoptar y cumplir los principios y el objetivo del Código, incluyendo la creación de leyes y reglamentos y otras medidas pertinentes.

Posteriormente, en 1984 fue fundada en París, Francia, la Asociación Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantiles (FAI), que reúne a empresas de 25 países de todo el mundo.

En 1989 se llevó a efecto la convención sobre los Derechos del Niño. El artículo 25 señala el compromiso de "asegurar que todos los sectores de la población, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna y la higiene".

El 1° de Agosto de 1990, en Florencia, Italia, en la Declaración de Innocenti firman esta declaración sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna, representantes de 40 gobiernos y organismos internacionales como: UNICEF, USAID, UNFPA, PNOD, Comités nacionales, Pro-UNICEF, OMS, OSDI, UK ODA, FAO, PMA y el Banco Mundial, con el siguiente compromiso: " los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicadores tales como la proporción de niños alimentados exclusivamente al egresar de los servicios de maternidad y la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los cuatro meses de edad".

Los días 29 y 30 de Septiembre de 1990, se llevó acabo la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en la cual se reunió en las Naciones Unidas al grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la Declaración en el decenio de los noventas.

En las metas que se especifican para el decenio de los 90's, en el apartado de nutrición se anota: "lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen con la adición de alimentos hasta el segundo año".²³

4.2 NACIONAL

4.2.1 La mujer y el niño mexicanos y la ley

Una sociedad verdaderamente democrática debe asegurar la igualdad de oportunidades y los mismos derechos de participación a sus ciudadanos, así como reconocer la urgente necesidad de diseñar y poner en práctica políticas sociales que atenúen las inequidades sociales y de género, con el fin de asegurar la construcción de una sociedad más justa,

²³ *Ibidem.* P. 9.

formada por hombres y mujeres libres, iguales y corresponsables, más productivos en lo económico, más solidarios en lo social, así como más participativo en lo político.

En nuestra patria, todos los individuos nacen libres, desde que Miguel Hidalgo y Costilla lo decretó en el bando publicado el 29 de Noviembre de 1810 en Guadalajara, Jalisco.

La constitución que nos rige, en su capítulo I de las Garantías Individuales, ordena:

Art. 1° En los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse, ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Art 2° Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos: Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por ese sólo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Como se puede ver, independientemente del color de la piel y de la condición económica o social, el niño nace libre en nuestro territorio.

Derecho a la educación. El estado mexicano responsable del deber que tiene de contribuir a formar a los individuos que integran a la nación, reconoce constitucionalmente el derecho que todos los niños tienen a la educación, como sigue:

Art. 3° fracción VI. La educación primaria será obligatoria; y VII. Toda la educación que el estado imparta será gratuita.

Derechos del niño en el trabajo. La situación económica de un porcentaje considerable de familias plantea la necesidad de que muchos menores de edad, apenas cumplidos los 12 años, tengan que entrar en las tareas remuneradas. Nuestros legisladores, considerando que el trabajo a esa edad lesiona física, y por lo mismo mentalmente, establecieron medidas a fin de evitar esto y que devengue un salario justo

correspondiente a su esfuerzo. La Ley Federal del Trabajo ordena a este respecto:

Art. 19 Queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de catorce años y de los mayores de esta edad y menores de dieciséis que no hayan terminado su educación obligatoria salvo casos de excepción que apruebe la autoridad correspondiente en que, a su juicio, haya compatibilidad entre los estudios y el trabajo.

La Constitución en su artículo 123, establece en sus fracciones:

II La jornada máxima de trabajo nocturno será de 7 horas. Quedan prohibidas las labores insalubres o peligrosas para las mujeres en general y para los jóvenes menores de 16 años. Queda también prohibido a unas y a otros el trabajo nocturno industrial; y en los establecimientos comerciales no podrán trabajar después de las 10 de la noche.

III Los jóvenes mayores de 12 años y menores de 16, tendrán como jornada máxima la de seis horas. El trabajo de los niños menores de 12 años no podrá ser objeto de contrato.

La seguridad social y el niño. En la ley del Seguro Social y en la del Instituto de Servicios Médicos Sociales para los trabajadores al servicio del Estado, es en donde se encuentra expresado, en su cabal acepción, el principio que sustentaron desde la histórica asamblea constituyente de 1917, los legisladores de la revolución de 1920. Hay que proteger al niño desde el momento mismo que alienta en el seno materno.²⁴

La política social de cualquier país que aspira a un desarrollo pleno, debe orientarse a la búsqueda constante del bienestar, el desarrollo y la sobrevivencia de la población infantil. El porvenir de la nación, dependerá en gran medida del cuidado y la atención que brindemos a quienes serán la base productiva del país el próximo siglo.

México con el propósito de acatar los compromisos asumidos en el foro internacional en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, crea en 1991 una Comisión Nacional de carácter intersectorial e

²⁴ Juan, Sola Mendoza. Op. Cit. P. 89-91.

interinstitucional la que, después del necesario proceso de coordinación y concertación, elaboró el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PNA) 1991, el cual tiene como principal objetivo elevar la supervivencia, protección y desarrollo del niño y de la madre. Además se constituye en un instrumento operativo para dar cumplimiento a la Convención de los Derechos del Niño.

Para ello, hace suyas las siete metas prioritarias, 26 objetivos y metas de apoyo, incluidas en la Declaración y en el Plan de Acción, documentos suscritos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

A continuación se mencionan las metas globales:

- a. Reducción a la mitad, entre 1990 y el año 2000, de la tasa de mortalidad de niños menores de un año y menores de cinco años.
- b. Reducción a la mitad, entre 1990 y el año 2000, de la tasa de mortalidad materna.
- c. Reducción a la mitad, entre 1990 y el año 2000, de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años.
- d. Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas.
- e. Acceso universal, para el año 2000, a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria, al menos 80% de los niños en edad escolar.
- f. Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos, o por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990, con especial énfasis en la alfabetización de mujeres.
- g. Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

El presente programa también engloba objetivos y metas de apoyo en materia de: salud y educación de la mujer, nutrición, salud infantil, agua y saneamiento educación básica y niños en circunstancias particularmente difíciles.²⁵

²⁵ "Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Op. Cit. P. 3-7.

Derivadas estas leyes de lo que la Constitución señala en su artículo 123, incisos A y B, consagran la protección a las madres y al niño en la forma siguiente:

Artículo 110-B. Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos.

I. Durante el período del embarazo no podrán ser utilizadas en trabajos peligrosos para su salud o la de su hijo, tales como los que exijan esfuerzo físico considerable, levantar, tirar o empujar grandes pesos, permanecer de pie durante largo tiempo o en operaciones que produzcan trepidación.

II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto.

III. Los periodos de descanso a que se refiere la fracción anterior, se prorrogarán por el tiempo necesario, en el caso en que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto.

IV. En el periodo de lactancia, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

V. Durante los períodos de descanso a que se refiere la fracción II, percibirán su salario íntegro. En los casos de prórroga mencionados en la fracción III, tendrán derecho al cincuenta por ciento de su salario por un período no mayor de sesenta días.

VI. A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto.

VII. A que se computen en su antigüedad los periodos pre y posnatales.

Artículo 110-C. Los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con su ley y disposiciones reglamentarias.

Artículo 110-D. En los establecimientos en que trabajen mujeres, el patrono debe mantener el número suficiente de asientos o silla a disposición de las madres trabajadoras.

Los artículos 37,38 y 54 se refieren a la protección en caso de invalidez del padre o muerte de éste.²⁶

La mayoría de los daños y riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez. El proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, fue aprobado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, en sesión celebrada el 26 de Abril de 1993, expidiéndose para consulta pública, de conformidad con el artículo 47 fracción Y de la Ley Federal de Metrología y Normalización. El objetivo de esta norma publicado el 6 de Enero de 1995 en el Diario Oficial de la Federación, es: establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 presentado por el presidente de la república Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, considera a la salud reproductiva y planificación familiar como ejes estratégicos del desarrollo del país. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 es producto del consenso del grupo interinstitucional de Salud Reproductiva. La nueva visión de este Programa se aparta de los conceptos aislados de atención materno-infantil y de planificación familiar, para evolucionar hacia un concepto

²⁶ Juan, Sola Mendoza. Op. Cit. 91-93.

integral que se plasma en un ambicioso programa de acción con objetivos y metas concretas. El Programa, en cuanto a Salud Perinatal, establece como objetivo general "Garantizar el derecho de las mujeres a información apropiada y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyan el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis en los embarazos de alto riesgo, en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, en el manejo de las complicaciones del aborto, así como atención adecuada al parto, acceso a los servicios obstétricos de emergencia, atención del puerperio, orientación-consejería anticoncepción posevento obstétrico con total respeto a los derechos reproductivos, atención del recién nacido y lactancia materna exclusiva. La misión primordial de la salud perinatal en el contexto integral de la salud reproductiva es lograr una maternidad sin riesgos en la población. Las metas del programa se establecieron de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Población y del Programa de Reforma del Sector Salud, responden a los objetivos planteados y se dividen en metas de cobertura y metas de impacto.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la tasa global de fecundidad es de 2.9 hijos por mujer en 1994 y la tasa bruta de natalidad es de 25.6 nacimientos por mil habitantes.²⁷

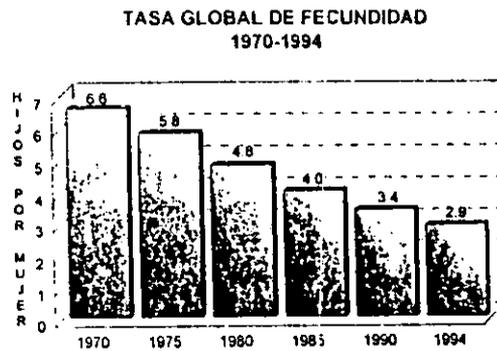
Las mujeres mexicanas suman actualmente 46.5 millones y representan poco más del 50% de los 92 millones de habitantes del país. En números absolutos, las mujeres mexicanas menores de 15 años sumaban alrededor de 16.3 millones en 1995, mientras que la población femenina en edad reproductiva (de 15 a 64 años) ascendía a 27.8 millones, y las mujeres de la tercera edad constituían 2.4 millones. Se prevé que al inicio del nuevo milenio las mujeres sumarían alrededor de 50.1 millones y para el año 2000 ascenderán a 56.6 millones.²⁸

²⁷ "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000". Programa de Reforma del Sector Salud. Poder Ejecutivo Federal. México, 1996. P. 1.

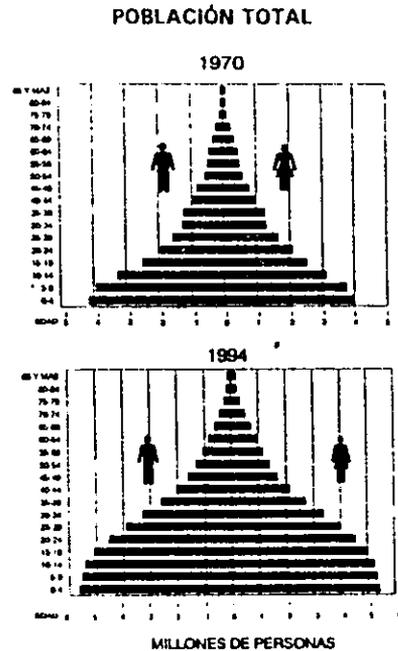
²⁸ "Programa Nacional de la Mujer 1995-2000". Alianza para la igualdad. Poder Ejecutivo Federal. México, 1996. P. 11.

FIGURA NO. 1 Y 2

Tasa global de fecundidad 1970-1994 y Pirámide Poblacional



FUENTE: Consejo Nacional de Población.



FUENTE: Consejo Nacional de Población.

Fuente: "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000". Programa de Reforma del Sector Salud. Poder Ejecutivo Federal. México, 1995. p. 1.

La población femenina desempeña un papel protágónico en el proceso de desarrollo y es sujeto fundamental del mismo, debe reconocerse su papel estratégico, no sólo en la promoción del desarrollo económico y social, sino también en los avances democráticos y en la transmisión de nuestra cultura y valores. La mujer realiza asimismo una serie de actividades primordiales para el bienestar familiar y el desarrollo comunitario. A pesar de la importancia de sus aportes, éstos han sido parcialmente reconocidos y valorados.

La Constitución Política de nuestro país, en su artículo cuarto, establece la plena igualdad jurídica del hombre y la mujer. No obstante, la realidad cotidiana dista de reflejar cabalmente este principio. La desigualdad entre hombres y mujeres permea aún la organización de

muchas de nuestras instituciones sociales. Ello ocurre así, tanto en el medio doméstico y familiar, como en diversos ámbitos públicos, lo que contribuye a reproducir su situación de desventaja.

Diversos programas y acciones gubernamentales han sido puestos en práctica en los últimos veinte años para coadyuvar al mejoramiento de la condición de la mujer. En 1974 se llevó a cabo una profunda revisión de la legislación mexicana para eliminar cualquier forma de discriminación hacia la mujer. En esa oportunidad se reformó el Artículo cuarto de la Constitución Política. En ese mismo año se estableció también el Programa Nacional del Año Internacional de la Mujer, que preparó el informe de México presentando en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en nuestro país en 1975. Más tarde, en 1980, se creó el Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo (PRONAM) dentro del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Este programa significó un importante avance, al proponer un conjunto de iniciativas específicas orientadas a promover el mejoramiento de la condición social de la mujer. Con posterioridad, en 1985, se instaló la Comisión Nacional de la mujer para coordinar las actividades y proyectos sectoriales en la materia. Esta misma Comisión preparó también la participación de México en la materia en la III Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Nairobi, Kenia, en 1985 e impulsó el desarrollo de proyectos diversos en beneficio de la población femenina. En 1995 se instaló el Comité Nacional Coordinador con el propósito de organizar las actividades preparatorias de la participación de México con vista a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual tendría por sede la Ciudad de Pekín, en Septiembre de 1995.²⁹ El resultado de los trabajos fue la elaboración de un informe detallado sobre la situación de la mujer en nuestro país, así como de un conjunto de diagnósticos temáticos que sirvieron de base para la participación de México en esa trascendental conferencia.

²⁹ *Ibidem*. P. 5 y 6.

No obstante los innegables logros alcanzados por los diversos programas e iniciativas mencionadas, persisten aún grandes desafíos. Por ello se reconoce que es impostergable avanzar de manera decidida en esta tarea, lo que hace imperativo impulsar acciones efectivas en pro de la mujer.

Un objetivo prioritario de la política social, tal y como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, a través del Programa Nacional de la Mujer, es el de promover la participación plena y efectiva de la mujer en la vida económica, social, política y cultural del país, lo que debe contribuir a consolidar las condiciones para que tome parte en las decisiones, responsabilidades y beneficios del desarrollo, en igualdad de condiciones con el varón.

Se requiere, entre otras estrategias y acciones, alentar una amplia participación de la mujer en la formulación, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, cuidando que los programas atiendan sus demandas y necesidades específicas; llevar a cabo acciones de educación y comunicación con el propósito de crear conciencia entre la población acerca de la condición de la mujer; impulsar esfuerzos de sensibilización dirigidos a legisladores y funcionarios encargados de elaborar y operar planes y programas públicos; actualizar y fortalecer los mecanismos jurídicos y administrativos para asegurar el ejercicio íntegro de sus derechos, la eliminación de la brecha entre la igualdad de derecho y las condiciones de hecho, incluidas las reformas necesarias para hacer efectivo el precepto igualitario del artículo cuarto Constitucional; e impulsar un sistema de información, documentación e investigación sobre la mujer que permita conocer cabalmente sus necesidades, demandas y, asimismo, haga visibles sus aportes a la sociedad.

Las nuevas realidades del país reclaman la activa participación y corresponsabilidad de los diferentes actores involucrados en el proceso

de desarrollo, con el propósito de poner en práctica una política económica con perspectiva social.

México necesita definir un conjunto de estrategias y acciones específicas que contribuyan a impulsar el avance de la mujer, incluida la apertura de espacios propicios para su desenvolvimiento personal.

Llevar acabo esta tarea es imperativo tanto por consideraciones de ética, justicia, equidad y humanismo, como porque de ello depende la incorporación cabal del potencial creativo del que México dispone y requiere.

4.2.2 Aspectos legales de la lactancia materna

Para quienes vivimos la época actual ha pasado a formar parte de nuestro vocabulario cotidiano el tan traído y llevado término de los "derechos humanos". Sin embargo, nuestra ceguera social nos ha impedido ubicar definitivamente a la lactancia humana como el primer derecho de todos los recién nacidos.

México ha realizado un esfuerzo extraordinario durante los últimos años para rescatar la práctica de la lactancia materna, intentando con ello mejorar la calidad de vida y nutrición de los niños. Este trabajo se ve reflejado en la actividad hospitalaria que actualmente promueve abierta y decididamente la lactancia materna, ya que ésta se inicia desde el momento del nacimiento para continuarla durante todo el tiempo que dura la hospitalización. Durante este proceso se han desarrollado actividades de enseñanza, asesoría y apoyo a las madres, con el objeto de lograr que egresen con la plena seguridad de que son perfectamente aptas y suficientes para alimentar a sus hijos en forma exclusiva.

En México, la Secretaría de Salud e importantes sectores de la sociedad trabajan para recuperar a plenitud la práctica de la lactancia

materna. El Sistema Nacional de Salud ha unido sus esfuerzos para eliminar barreras y crear condiciones propicias para establecer la lactancia natural como único recurso de alimentación y nutrición durante los primeros cuatro a seis meses de vida del nuevo ser.

“Según el Dr. Cravioto, existen los elementos suficientes para legislar que la mujer amamante a su hijo, por lo menos durante los primeros cuatro meses, pues con ello se le protege contra infecciones e incluso se le puede llegar a salvar la vida”.³⁰

Los siguientes son documentos que respaldan legalmente los beneficios y la práctica de la lactancia materna:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federales en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.³¹

2. Ley General de Salud

Reglamenta el derecho a la protección de la salud antes mencionado, que tiene toda persona con el sólo hecho de residir en el territorio mexicano.

Artículo 3.- La atención materno infantil es materia de salubridad general.

Artículo 27.- La atención materno infantil se considera servicio básico de salud.

³⁰ Ma. Del Carmen, Noguera Farfan y Margarita, Noguera Farfan. “Aspectos legales de la lactancia materna”. En: Cuadernos de nutrición, edición especial, lactancia. Agosto. México, 1993. P. 69.

³¹ “Leyes y códigos de México”. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. De. Porrua. 113a. ed. México, 1996. P. 9 y 10.

Artículo 61.- Señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

Artículo 64.- Indica específicamente que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, el sistema de salud establecerá el fomento a la lactancia materna.

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

III. La vigilancia de actividades ocupacionales que pueden poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.³²

3. Norma para prestación de los Servicios de Atención Médica y la Norma técnica Numero 37, para la atención del recién nacido, publicadas el 14 de Mayo y el 8 de Julio de 1986 respectivamente en el Diario Oficial de la Federación regulan los artículos antes mencionados.

4. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de enero de 1995. Se establecen los procedimientos para garantizar el inicio, la promoción y apoyo a la lactancia materna en los servicios hospitalarios:

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deber ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

³² "Leyes y Códigos de México". Ley General de Salud. Ed. Porrúa. 12a. ed. México, 1995. P. 8,13.

CUADRO NO. 2.
Base legal (madre trabajadora)

INSTRUMENTO LEGAL	DESCANSO PRENATAL REMUNERADO	DESCANSO POSTNATAL REMUNERADO	DESCANSOS OBLIGATORIOS PARA LA LACTANCIA O ALIMENTACION DURANTE LA JORNADA LABORAL
Ley Federal del Trabajo de México	6 semanas	6 semanas	Durante el periodo de lactancia 2 descansos de 30 minutos para alimentar a sus hijos*
Ley del Seguro Social	30 días	60 días	Durante el periodo de lactancia 2 descansos de 30 minutos para alimentar a sus hijos*
Ley del ISSSTE	30 días	60 días	Durante el periodo de lactancia 2 descansos de 30 minutos para alimentar a sus hijos*
Contrato Colectivo de Petróleos Mexicanos	45 días	60 días	Después del descanso posnatal, durante doce meses se otorgan 2h diarias para amamantar o alimentar a sus hijos, ya sea al inicio o al término de la jornada de trabajo.

* No se especifica periodo para esta prestación.

(2) Según la encuesta nacional de empleo de 1991

Fuente: Ma. del Carmen, Noguera Farfán y Margarita Noguera Farfán. "Aspectos legales de la lactancia humana". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1992. p. 72.

5.7.3 Toda Unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

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

CUADRO NO. 3
Base legal, comparativa de varios países

PAIS	DESCANSO PRENATAL REMUNERADO	DESCANSO POSTNATAL REMUNERADO	DESCANSOS OBLIGATORIOS PARA LA LACTANCIA O ALIMENTACION DURANTE LA JORNADA LABORAL
Alemania	6 semanas	8 semanas	Si decide regresar a su trabajo después del periodo posparto, tiene 2 descansos de 30 mins al día. Si desea permanecer con su hijo durante los primeros 18 meses de vida, se le proporcionan 600 marcos (aprox. N\$1 200)
Colombia (1965)	6 semanas	6 semanas	No lo contempla
Cuba:			
a) Legislación de 1963	6 semanas	6 semanas	1 h diaria para lactancia materna*
b) Legislación de 1974	6 semanas	12 semanas	1 h diaria para lactancia materna*
Estados Unidos	No se otorga esta prestación	No se otorga esta prestación	No se otorga esta prestación**
Francia	6 semanas	10 semanas	Durante el primer año de vida del niño, una hora diaria para lactancia materna
Irán	45 días	45 días	Durante los primeros dos años de vida del niño, descansos de 30 minutos cada 3 h para lactancia materna
Japón	6 semanas	6 semanas	Durante el primer año de vida del niño, 2 descansos de 30 minutos para la lactancia materna
México	6 semanas	6 semanas	Durante el periodo de lactancia 2 descansos de 30 minutos para alimentar a sus hijos*
Namibia	4 semanas	8 semanas	No lo contempla
República Dominicana	6 semanas	6 semanas	3 descansos de 20 minutos como mínimo para lactancia materna*

Fuente: Ma. del Carmen, Noguera Farfán y Margarita, Noguera Farfán. "Aspectos legales de la lactancia humana". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 71

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

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios del 18 de Enero de 1988, que regula el etiquetado y publicidad de los alimentos para lactantes.

6. Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA-1-1995. Bienes y servicios. Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Regula el etiquetado de los sucedáneos de la leche materna.

7. Acuerdo de la Secretaría de Salud con el Consejo de Fabricantes y Distribuidores de Sucédáneos de la leche materna. Con los compromisos

adquiridos con el gobierno ante organismos internacionales, la Secretaría de Salud se abocó al logro de los objetivos, entre los que destaca la negociación de un acuerdo con el Consejo de Fabricantes y Distribuidores de Sucedáneos de la leche materna.

A finales de 1991 se reunieron los fabricantes mexicanos de fórmulas infantiles para integrar el Consejo Nacional de Fabricantes de Fórmulas Infantiles, cuyo objetivo es que cualquier empresa que pertenezca al Consejo asuma el compromiso de acatar los principios del Código de la OMS., una serie de restricciones en lo que se refiere a la comercialización de sus productos. Entre las empresas que conforman el Consejo se encuentran: Abbott Laboratorios de México, S.A de C.V., Compañía Nestlé S.A de C.V., Evaporadora Mexicana S.A de C.V., Laboratorios Columbia S.A de C.V., La llanura S.A de C.V., Mead Jhonson de México S.A de C.V., Merck-México S.A de C.V., y Wyeth S.A de C.V. El Consejo incluye no sólo empresas fabricantes sino también a empresas que únicamente los comercializan.

Existe un movimiento mundial en favor de la lactancia materna y específicamente de las acciones emprendidas por México; dos eventos suscitados en los últimos años deben ser subrayados.

Primero la creación del Comité de Lactancia Materna, organismo con amplia participación, precedido por el Secretario de Salud, en el que intervienen todas aquellas instituciones que despliegan esfuerzos en favor de la lactancia.

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.

El 18 de Mayo de 1992 se crea el Centro Nacional de Lactancia Materna en el Hospital General de México. Este centro es el principal promotor de la lactancia materna debido a la capacitación que ha venido

brindando a todas las instituciones del Sector Salud. En este centro se han capacitado un gran número de profesionales que han replicado en sus instituciones y hospitales los conocimientos adquiridos. Una importante herramienta ha sido el material para capacitación en lactancia materna elaborado por un equipo de expertos de diferentes instituciones y que ha permitido transmitir y unificar los conocimientos sobre el tema.

Presidido por el Secretario de Salud, fungiendo como Secretaría Técnica la Dirección General de Salud Reproductiva; está integrado por: el Instituto Mexicano del Seguro Social régimen ordinario y Programa IMSS-Solidaridad, el Instituto de Seguridad y servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, el Departamento del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos; así mismo forman parte las Direcciones Generales de Epidemiología, Medicina Preventiva, el Hospital General de México, los Institutos Nacionales de Nutrición y Perinatología y además con una participación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con el apoyo de organismos nacionales e internacionales como UNICEF y OPS/OMS. Tiene la prerrogativa de convocar a otras instancias cuando el asunto así lo requiera.³³

A partir de 1993 se crean otros centros regionales en : Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa; Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" de Monterrey, Nuevo León; Hospital General de Occidente de Guadalajara, Jalisco; Hospital General "La Perla" de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México; y Hospital General "Dr. Gustavo Rivorosa" de Villahermosa, Tabasco.

El Acuerdo número 121 de la Secretaría de Salud ratifica la creación del Comité Nacional de Lactancia Materna, publicado en el Diario Oficial de la federación el 8 de Mayo de 1995.

³³ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. Cit. P. 14.

El comité tiene carácter temporal y se le asignan una serie de atribuciones entre las que destacan:

* Proponer políticas generales, lineamientos y procedimientos en materia de lactancia.

* Proponer las adecuaciones necesarias a la legislación vigente, a fin de garantizar la lactancia materna.

* Establecer el diagnóstico situacional.

* Promover la creación de Comités Estatales de lactancia.

* Promover la inclusión de contenidos temáticos sobre la lactancia en las profesiones del área de la salud.

Establecer procedimientos para la vigilancia del cumplimiento de la publicidad de los sucedáneos de la leche materna.

Para cumplir con lo mencionado, se diseñaron estrategias operativas en las cuatro vertientes.

1. Fortalecimiento institucional.
2. Comunicación educativa y capacitación.
3. Participación comunitaria.
4. Seguimiento epidemiológico.

El Comité Nacional de Lactancia Materna desarrolló el programa Nacional de Lactancia Materna, cuyo objetivo general es:

* Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención materno infantil, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud que atienden parto*.

El Programa Nacional contempla el desarrollo de estrategias permitiendo conjugar acciones que integren las vertientes del Centro Nacional de Lactancia Materna, para promover y fomentar la lactancia materna, contrarrestando su disminución y abandono, contribuir a mejorar el estado nutricional del niño menor de un año, proporcionando la lactancia exclusiva por un mínimo de cuatro meses, evitar el uso

indiscriminado de sucedáneos y capacitar al personal de salud en todos los niveles de atención, incluyendo el que se encuentra en formación.

Posterior a la creación del Comité Nacional y como lo marca el acuerdo se procedió a la instalación de los Comités Estatales de Lactancia Materna en los 31 estados del país.

En 1995 para descentralizar la capacitación en lactancia materna se establecen diez nuevas sedes de capacitación que, junto con las doce ya existentes, dan un total de veintidós, entre las que se encuentran: Hospital general "Dr. Salvador Zubirán" de Chihuahua, Chihuahua; Hospital General "Dr. Pascasio Gamboa" de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Hospital General de Río Blanco, Veracruz; Hospital Materno infantil de Mérida, Yucatán; y Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo" de Matamoros, Tamaulipas. Los hospitales que fungen como centros de capacitación realizan funciones asistenciales, docentes, de investigación y difusión. Durante 1995 se impartieron un total de 354 cursos de capacitación en lactancia materna con 9,587 asistentes, que comparado con el número de actividades de ésta índole realizadas en 1994 representa incrementos del 172 y 195% en cursos y asistentes, respectivamente.

El segundo evento importante, es la adopción de la Iniciativa Hospital Amigo del niño de la OMS/UNICEF, bajo la conducción de la Dirección General de Salud reproductiva de la Secretaría de Salud.

En el rescate de esta práctica se ha incorporado todo el Sistema Nacional de Salud. Actualmente los hospitales oficiales que brindan atención obstétrica vienen realizando acciones en favor de la lactancia materna aplicando los "Diez pasos hacia una lactancia exitosa", propuestos en la Declaración conjunta OMS/UNICEF y ratificados en la declaración de Innocenti; el lanzamiento de la Iniciativa Hospital Amigo del niño representa hoy por hoy el esquema de trabajo de los hospitales en favor de la lactancia materna.

El programa surge de la propuesta internacional de la OMS/UNICEF para aplicar los “Diez pasos hacia una lactancia exitosa”, en un hospital de doce países, México decidió adoptarla ampliando el concepto a una atención integral materno-infantil, respetando el vínculo madre-hijo. Esta iniciativa se transformó en nuestro país en “Hospital Amigo del niño y de la Madre”. Es así que se agregan acciones que permitan asegurar y procurar el mejoramiento de la salud con calidez.

A continuación se enuncian los 28 pasos propuestos de esta Iniciativa:

1. Normas y procedimientos (políticas).
2. Capacitación al 100% del personal.
3. Difusión de la lactancia a embarazadas y puerperas.
4. Inicio de la lactancia materna dentro de media hora después del nacimiento.
5. Enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia.
6. Lactancia materna exclusiva.
7. Alojamiento Conjunto.
8. Apoyo a la lactancia cada vez que lo solicite.
9. Erradicación de la lactancia artificial.
10. Formación de los grupos de apoyo a la lactancia materna después de su egreso.
11. Control prenatal con enfoque de riesgo.
12. Atención institucional del parto.
13. Atención del puerperio durante el alojamiento.
14. Reanimación del recién nacido.
15. Hipotiroidismo congénito.
16. Esquema de vacunación.
17. Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años.
18. Detección del cáncer cervicouterino y mamario.
19. Atención a la salud integral del adolescente.
20. Orientación nutricional.
21. Prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda.
22. Prevención y manejo de enfermedad respiratoria aguda.
23. Promoción de la Planificación familiar.

24. Capacitación (más del 50% del personal).
25. Estudios de la mortalidad materna y perinatal.
26. Sistematización de la experiencia.
27. Identificación y aprovechamiento de oportunidades perdidas.
28. Investigación operativa.

Con la instalación del Programa "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" se creó un modelo de atención integral de alta calidad, otorgada con humanismo y orientada a la protección de madres y niños.

Con este concepto se pretende:

- Garantizar una efectiva protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, haciendo de ésta una verdadera cultura.
- Modificar la actitud del personal de salud en favor de la lactancia, mejorando sus conocimientos sobre el tema.
- Desarrollar acciones de educación y promoción que eleven el nivel de salud de la población.
- Identificar y aprovechar oportunidades perdidas para acciones educativas y preventivas.
- Impulsar la investigación y sistematizar la experiencia.

El Programa inició en 1991 en un hospital por entidad federativa y uno por cada institución del Sistema Nacional de Salud. Hasta Diciembre de 1996, con los parámetros establecidos por OMS/UNICEF, se han certificado 548 hospitales. Esta cifra incluye hospitales de la SSA, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, PEMEX, SSDDF, Secretaría de Marina, DIF, Universitarios, civiles, estatales y privados. Esta cifra representa un poco más de 80% de los niños que se atienden en el sector público inician la lactancia materna dentro del hospital y se imparten conocimientos a las madres para continuar su práctica en forma exclusiva por más de cuatro meses.

México ratifica lo propuesto en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y a través del programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, el cual establece como metas para el año 2000:

- Lograr que todos los hospitales reúnan las características de “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”.
- Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses y que continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año.

Cumpliendo este compromiso, México se ha colocado a la cabeza del listado de países del continente americano en cuanto a número de hospitales certificados y ocupa el tercer sitio a nivel mundial; con éstos avances se pensaba lograr la meta de certificar a todos los hospitales públicos en 1997.

Después de la aceptación y éxito que ha logrado el “Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, se diseñaron instrumentos que permiten medir los avances que se van logrando, con este fin se desarrolló el Sistema de Seguimiento y Consolidación (SISEC) el cual permite a cada unidad observar la evolución de cada uno de los pasos y detectar si requieren grandes cambios o sólo depurar aspectos para ser modelos de atención. Una característica importante del SISEC es el de ser autoevaluación, a través del cual la propia unidad mide el avance y desarrolla actividades para superar los problemas detectados.

En abril de 1992, se reunieron en Valle de Bravo, Estado de México, los representantes de las diferentes instituciones del Sector Salud para diseñar el esquema básico de los materiales educativos en lactancia materna.

Más tarde, en seguimiento de la reunión de Valle de Bravo, se continuo con una serie de talleres que culminaran con la redacción de dos instrumentos básicos de capacitación: el paquete didáctico “Material

educativo para la capacitación en lactancia materna”, cuya versión final estuvo disponible a principios de 1993, y el documento denominado “Sistema de Seguimiento y Consolidación de Actividades”; SISEC, disponible en el transcurso de 1992.

Otra actividad en la serie de estrategias motivacionales lo constituyó la celebración de la “Semana mundial de la lactancia materna”, realizada en la Ciudad de México durante el mes de agosto de 1992, a la cual asistieron las diferentes instituciones del Sector Salud y los representantes de organismos internacionales.

En agosto de 1993 se realizó el Primer Congreso Nacional de Enfermería y Trabajo Social del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre con la finalidad de reconocer sus avances y perspectivas.

Del 10 al 12 de octubre de 1994 se celebró la “I Conferencia Internacional Hospital Amigo del Niño y de la Madre” con 350 participantes que trataron los principales problemas del avance y consolidación de la estrategia. En ese mismo año, se promovió la introducción académica de temas de lactancia materna en la reunión de Escuelas y Facultades de Medicina, Enfermería y áreas afines a la salud, para ampliar la base de personal capacitado.

Durante el mes de septiembre de 1995, se celebró en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, la “Reunión Interinstitucional del Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, para hacer un balance de los logros alcanzados y elaborar el “Programa Nacional Integrado de Promoción de la Lactancia Materna del período 1995-2000”.

En el actual Plan Nacional de desarrollo, dentro del Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, en la línea de Cuidado de la salud, como acciones prioritarias del lineamiento general se establece : “Favorecer la maternidad sin riesgos, especialmente las residentes en zonas rurales, de concentración indígena y urbano marginales.... fomento

de la práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de vida del menor.³⁴

Y en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, en cuánto a Salud Perinatal, se plantea como objetivo general: “Garantizar el derecho de las mujeres a información apropiada y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyan el fomento de la nutrición materna..., atención del recién nacido y lactancia materna exclusiva”; como objetivo particular: “Fomento de la cultura y práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida”; como meta de cobertura: “Para incrementar la calidad de la atención perinatal y fomentar la cultura y la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto se fortalecerá la iniciativa Hospital Amigo del niño y de la Madre. Para el año 2000, todas las unidades del Sector Salud que proporcionen atención obstétrica deberán estar certificadas”; y como meta de impacto: “Con los servicios e información en Salud Perinatal se reducirá, para el año 2000, la tasa de mortalidad materna en un 50%...”

“La prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de vida se incrementará a 85% para el año 2000”.³⁵

En el actual concepto de Salud Reproductiva se ha seguido un contexto holístico, se ha asumido el compromiso de garantizar mejores niveles de salud y el bienestar de las madres y los niños mexicanos; es evidente que una de las prioridades de la Secretaría de Salud con la colaboración de la UNICEF es la de disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, mejorando así la calidad de vida de este grupo y el más vulnerable que representa el inicio de la vida, el crecimiento, el desarrollo potencial, el presente y el futuro de México.

³⁴ “Programa Nacional de la Mujer 1995-2000” Op. Cit. p.80-82.

³⁵ “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000”. Op. Cit. P. 15, 16, 21, y 22.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

- Implementar el servicio de clínica de lactancia materna en el CIMIGen unificando criterios que permitan organizar, asignar y guiar las acciones del personal para fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto dentro de la institución.

5.2 ESPECÍFICOS

- Asignar funciones precisas a la clínica de lactancia materna que cumplan con las políticas y filosofía del CIMIGen y con los requisitos del "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".

- Contar con recursos físicos, materiales y humanos en el servicio de clínica de lactancia materna, que sirvan de apoyo para la capacitación continua del personal y pacientes.

- Evaluar continuamente la realización de los diez pasos para una lactancia exitosa dentro del hospital.

- Elaborar una cédula de evaluación de riesgo (Previgen) que permita valorar el riesgo para lactancia materna.

- Formar un grupo de apoyo externo, integrado por pacientes que hayan logrado una lactancia exitosa.

6. POLÍTICAS

6.1 POLÍTICA DE LA LACTANCIA MATERNA DEL PERSONAL DEL CIMIGen

Capacitarnos para educar y promover en las embarazadas la lactancia materna iniciándola en la forma correcta con el apego inmediato en el posparto, apoyándola en forma exclusiva con el alojamiento conjunto, evitando su abandono durante los primeros cuatro a seis meses de vida del niño, para elevar el nivel de salud y de vida del binomio madre-bebé.

6.2 NORMAS

Dentro del CIMIGen la atención para la salud perinatal es lo primordial, la cual tiene como objetivo fundamental, la preservación de la salud mediante la aplicación de programas preventivos a la población en etapa reproductiva y a los niños de 0 a 5 años, dos de los grupos más vulnerables.

El programa que se lleva a cabo dentro del CIMIGen se apega lo más estricto y responsablemente, a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana y las dependientes de la Secretaría de Salud.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en materia de lactancia materna se establece que:

- Durante el control prenatal se debe realizar promoción de la lactancia materna exclusiva.
- La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contendrá ciertos datos importantes, entre los que

destaquen factores de riesgo y mensajes acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva.

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

- Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre el cuidado del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

- Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan el alojamiento conjunto madre-hijo y la lactancia materna exclusiva.

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el posparto.

- En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria, y sólo por indicación médica se realizarán, la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hijo.

- En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte de cuando menos de soluciones glucosadas y más de cuatro días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

- Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

- Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información para las madres.

- Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

- La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.
- Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.
- En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o distribuidores de productos lácteos.
- Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.
- Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993. Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente; en cuanto a lactancia se establece que:

- Se debe promover la alimentación al seno materno en el menor de cero hasta los cuatro años, en el menor de un año como el mejor y único alimento hasta los cuatro meses de edad.
- Se debe orientar a la madre sobre la técnica de alimentación al seno y de las ventajas que ésta tiene para ella y su hijo y para que inicie la ablactación a partir de los 4 meses de edad, incorporando alimentos

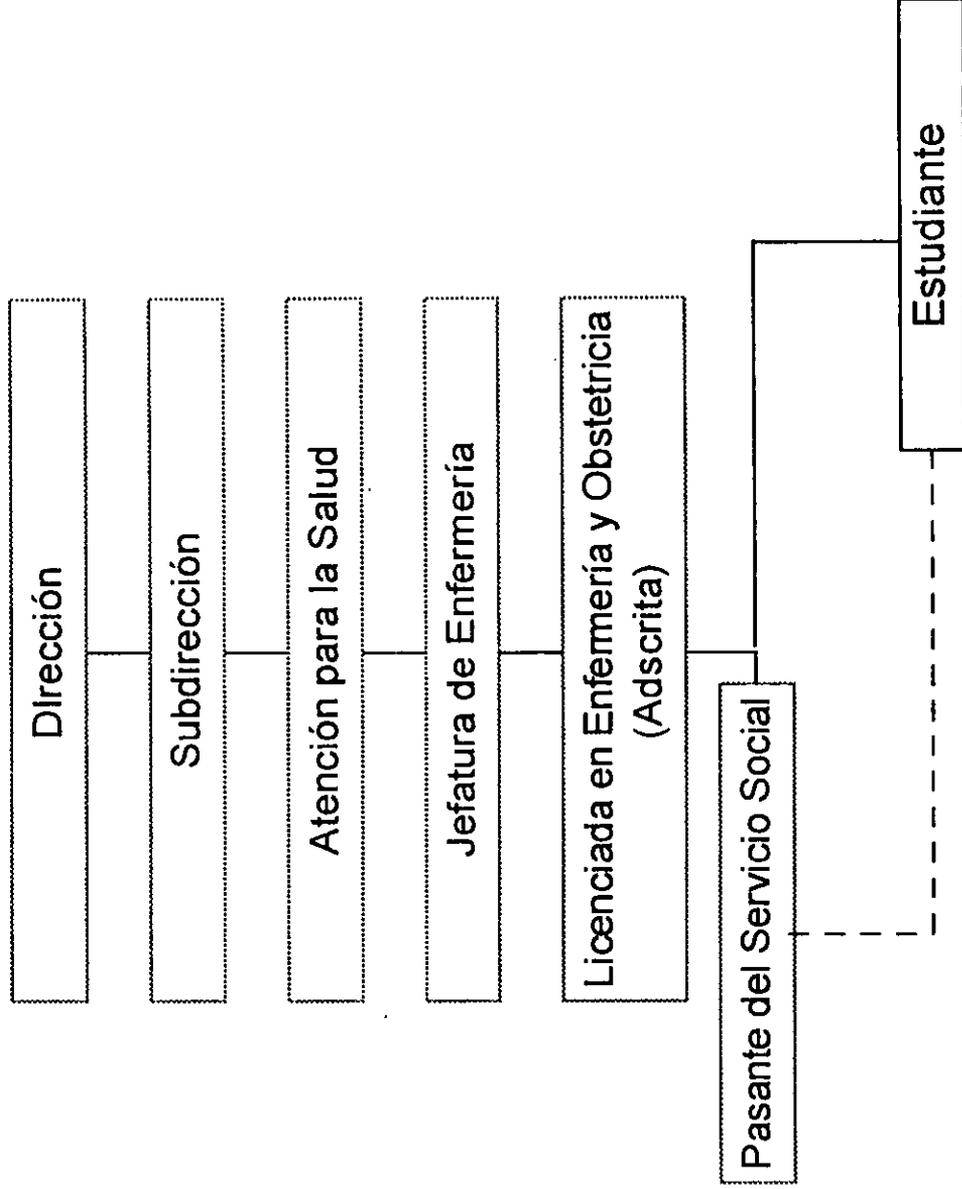
diferentes a la leche materna y continuar con ésta. Entre los 8 y 12 meses de edad, el niño debe estar integrado a la dieta familiar; así como también cuando es necesario dar al niño alimentación artificial a base de leche de vaca natural o en polvo, si existe alguna contraindicación o impedimento para la lactancia al seno.

Dentro del CIMIGen en materia de lactancia materna se tiene como norma general prioritaria el cumplimiento de los diez pasos para la lactancia materna y los veinticinco del "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", los cuales actualmente ya son veintiocho.

También en el centro se cuenta con un programa llamado "Siempre juntos" el cual consiste básicamente en el apego inmediato y el alojamiento conjunto, siempre y cuando las condiciones de salud de ambos lo permitan.

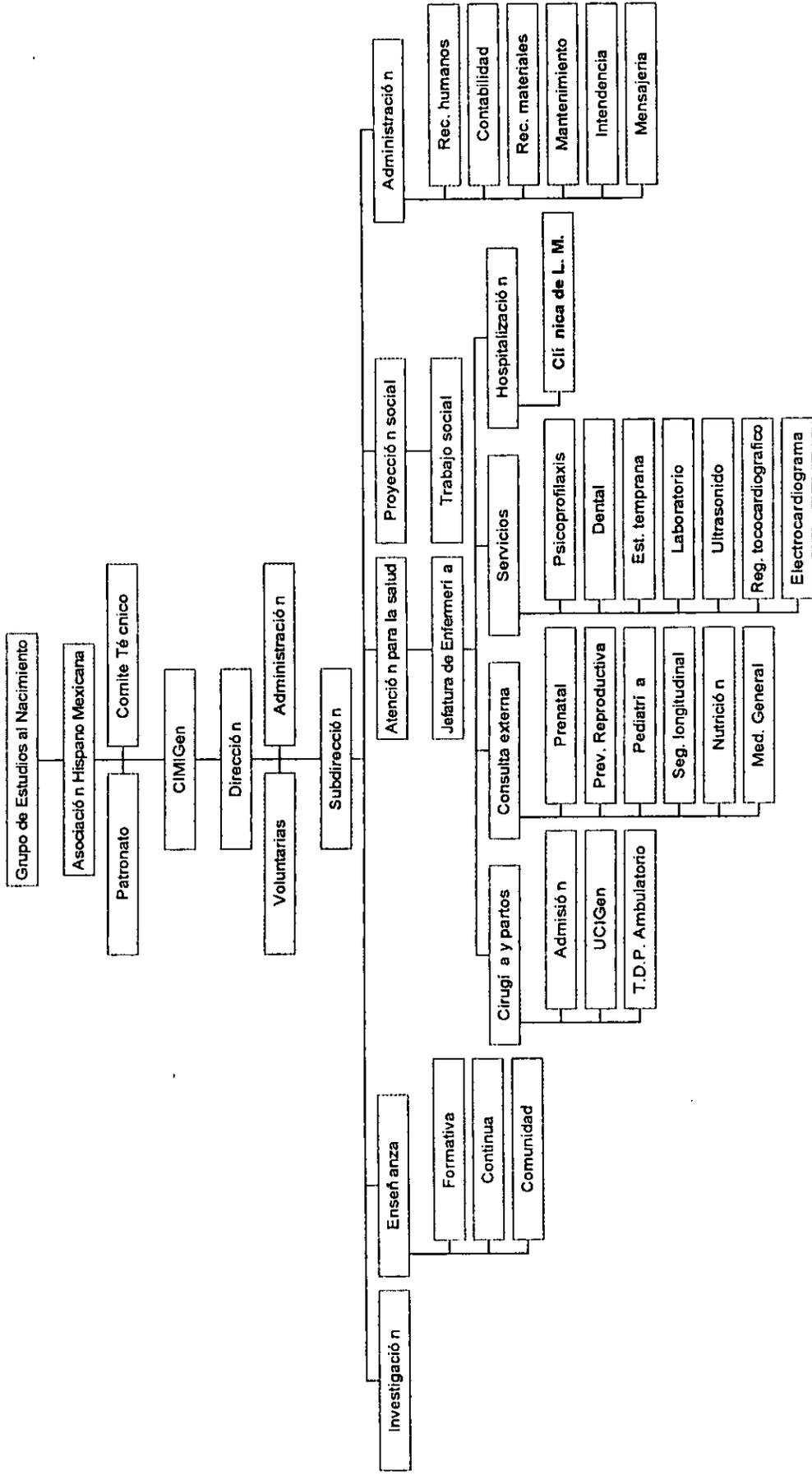
La difusión e implantación de la lactancia materna es responsabilidad de las autoridades, así mismo la observancia del presente manual es obligatoria para todo el personal que interviene en el proceso de atención a pacientes.

7.3 LÍNEAS JERÁRQUICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN



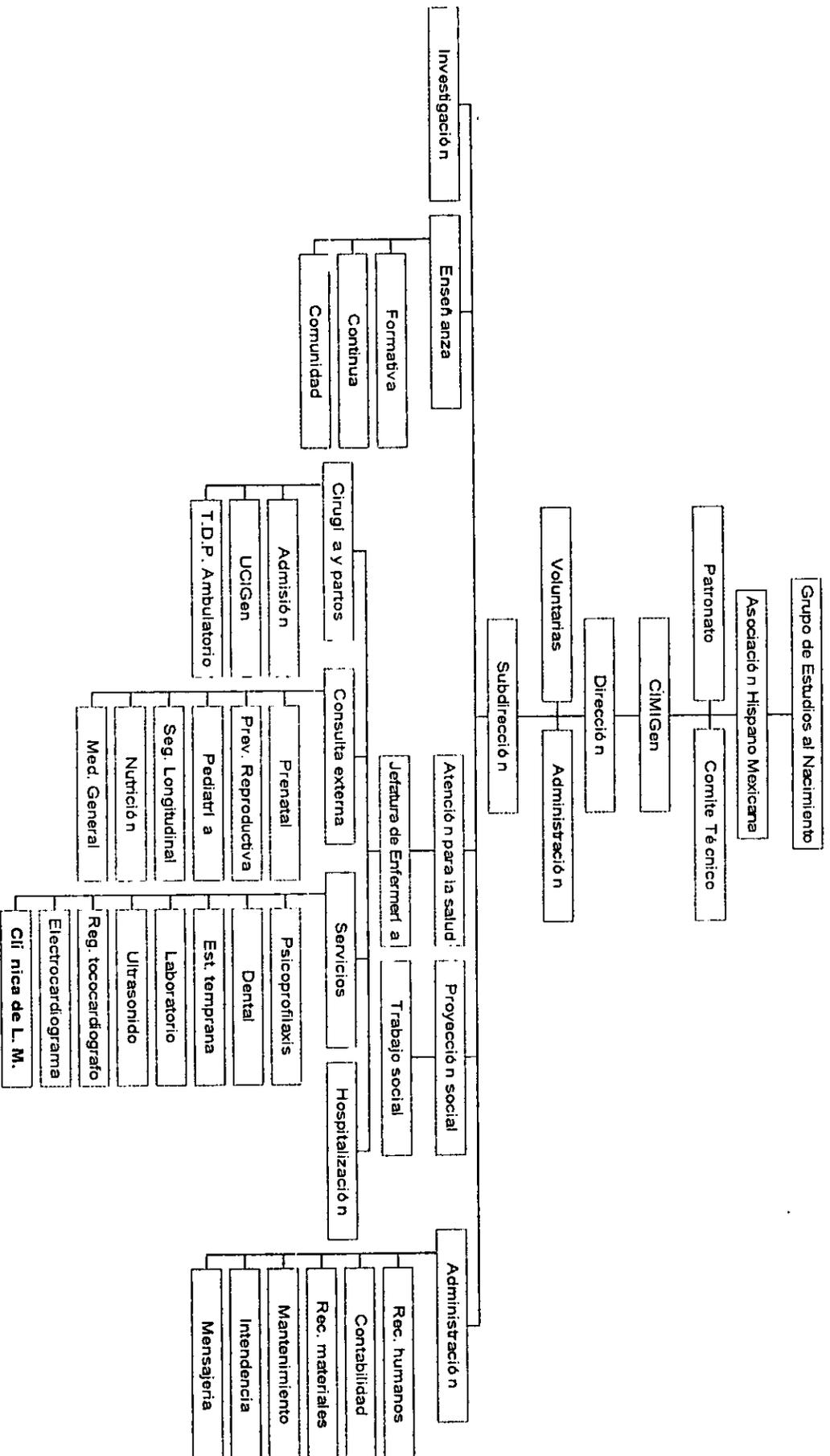
7. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL

7.1 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

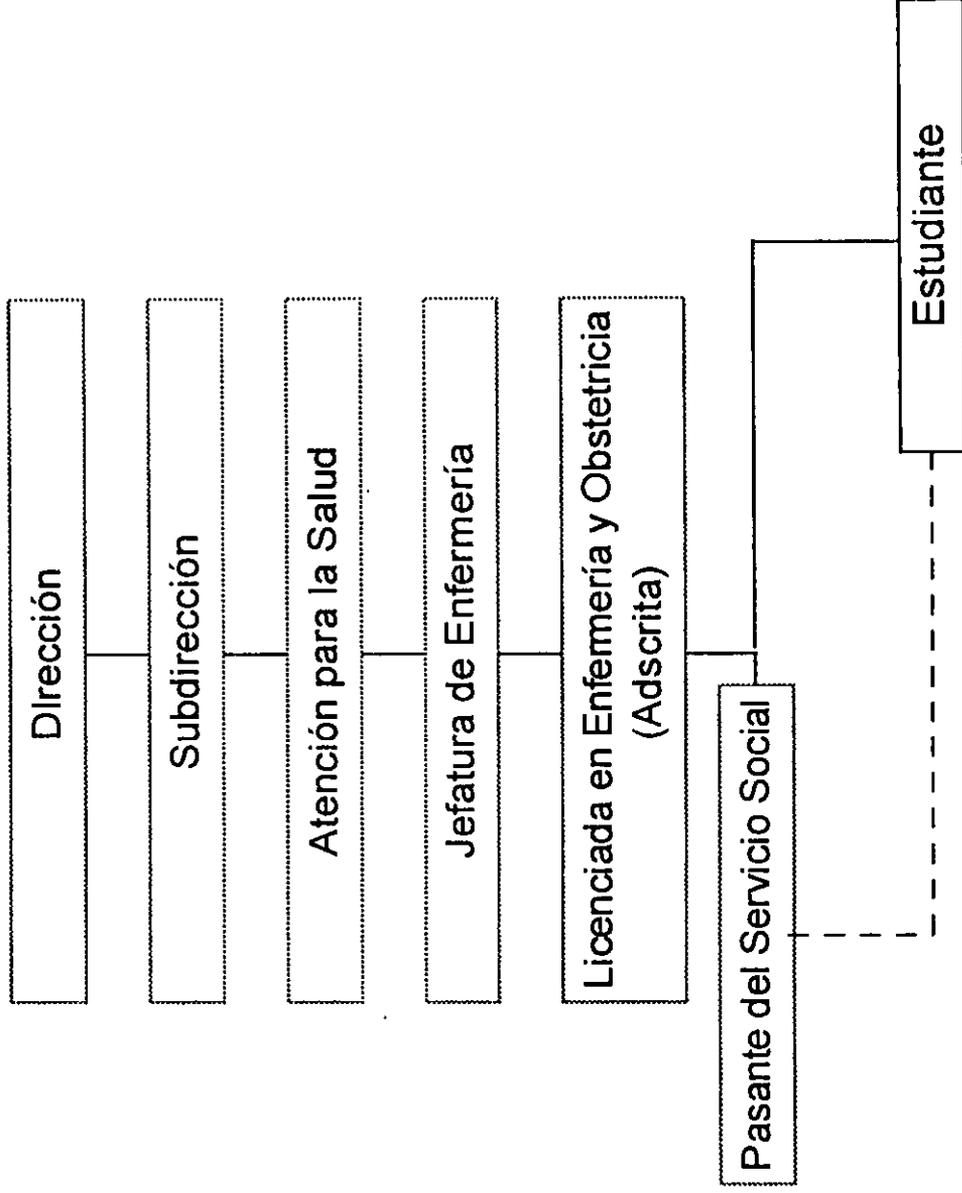


Fuente: Lic. Mima Arévalo. Depto. Administración, Recursos Humanos. CIMIGen. México 1998

7.2 ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA



7.3 LÍNEAS JERÁRQUICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN



8. CLINICA DE LACTANCIA MATERNA

8.1 OBJETIVO DE LA CLÍNICA DE LACTANCIA

La instalación de una clínica de lactancia en una unidad de salud tiene como propósito brindar atención especializada de calidad , calidez y servicio oportuno a aquellas madres que por diversas causas presenten problemas para amamantar o tienen riesgo de abandono temprano de la lactancia materna y requieren de un seguimiento estrecho y también brinda la oportunidad de realizar investigación en lactancia.

8.2 REQUISITOS PARA INSTALAR UNA CLÍNICA DE LACTANCIA Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

- **Elaborar normas de funcionamiento.-** En este formato se debe establecer el funcionamiento y organización , así como responsabilidades de los que intervengan.
- **Formato de historia clínica.-** Se sugiere elaborar un formato especial que contenga los datos completos de la madre, el niño, circunstancias de la atención y evolución; así como capítulos para la exploración física de la madre con énfasis en las mamas y exploración física del niño con succión-deglución y tono muscular . Diagnóstico, plan a seguir y evolución de acuerdo al manejo. Para todo lo anterior se propone la utilización de la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia y el método del PSOAP (ver apéndice)
- **Área física.-** Puede emplearse cualquier consultorio de preferencia uno específico para la clínica el cual debe contar con buena iluminación y ventilación, pero que permita conservar la temperatura corporal del bebé desnudo, así como debe de contar con una área para lavado de manos y libre de ruidos. También es importante que no exista paso de personal ya que se debe respetar la intimidad del binomio madre-hijo,

de las pacientes que acudan a consulta, de esta manera las pacientes se sentirán más en confianza y relajadas.

- Recursos Materiales: Mesa de exploración pediátrica con infantómetro, cinta métrica flexible, báscula pesa bebé, báscula de piso con estadímetro, estuche de diagnóstico, dedales de látex, jeringas de 10 y 20 cms., sondas de Foley ó nelatón, sondas de alimentación K31 y K32, recipientes de plástico con tapaderas estériles de 30 y 60 ml., sellos, agenda para citas, libreta de registro de pacientes, hojas blancas, un estante, un escritorio con cuatro sillas, bubus, pezonera.
- Recursos humanos. el servicio puede ser atendido por cualquiera de los profesionales de la salud, sólo se requiere que tenga una capacitación adecuada en el manejo y resolución de los problemas más frecuentes y trato de calidad y calidez, amable y respetuoso; preferentemente del sexo femenino con experiencia en el amamantamiento y manejo de grupos de apoyo. Con capacidad para comunicarse con los pacientes e inquietud por la investigación.

Para el manejo de la clínica de lactancia dentro de CIMIGen se propone que se cuente con dos personas como mínimo.

Dentro de los servicios que se ofrecerán se encuentran la orientación y capacitación a madres y familia, resolución de los problemas más frecuentes que presentan las mujeres que amamantan, relactancia y lactancia inducida, apoyo psicológico y manejo de problemas especiales.

Las causas más frecuentes que se presentan dentro de una Clínica de Lactancia son:

A. Causas maternas:

- Producción insuficiente
- Técnica inadecuada
- Trauma del pezón (pezón doloroso, grietas del pezón)
- Pezón plano o invertido

- Congestión mamaria
- Abceso mamario
- Ingesta de medicamentos
- Suplementación parcial o suspensión de la lactancia
- Relactancia o inducción de la lactancia.

B. Causas infantiles:

- Síndrome de confusión del pezón
- Aumento insuficiente de peso
- Alteraciones del mecanismo de succión-deglución
- Labio y paladar hendido
- Niño hipotónico
- Ictencia
- Gemelos.

La atención que brinda la clínica de lactancia se traduce en mejor desarrollo psicomotor del niño(a) y mayor seguridad de la madre para cuidar a su hijo(a) elevando su autoestima.

La mayoría de las madres que acudan a la consulta por algún problema deberán ser dadas de alta hasta asegurar el éxito de la lactancia y su continuidad en forma exclusiva.

Para la reestructuración de la clínica de lactancia en CIMIGen y su mejor funcionamiento, se propone la siguiente organización:

Días laborales: Lunes a viernes con horario de 8:00 a 13:00 hrs., posterior a ese horario la guardia correspondiente se hará responsable de la resolución de problemas en materia de lactancia.

Criterio de inclusión a la consulta de Clínica de Lactancia:

- * La consulta será prioritaria para las pacientes que egresen del servicio de alojamiento conjunto del CIMIGen; debiendo citarse forzosamente a los siete días posteriores a su egreso.
- * La consulta será abierta a todo el público que la solicite.
- * La consulta también será prioritaria para pacientes de la consulta prenatal que sean referidas por presentar algún factor de riesgo para la futura lactancia.
- * A pacientes que requieran seguimiento continuo por tener alto riesgo de abandono para la lactancia.

Criterios de exclusión: Ninguno

Dentro de las actividades esta planeado proporcionar educación para la salud en materia de lactancia, para lo cual se propone la utilización de un sello que permita visualizar y detectar rápidamente a las pacientes que han recibido capacitación al respecto, independientemente de haber asistido a la consulta a la clínica, y la paciente deberá recibir como mínimo dos pláticas prenatales y una asistencia a los grupos de apoyo.

A continuación se propone un cronograma de actividades semanal para la Clínica de Lactancia:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00	Consulta Programada				
9:00	Consulta Programada				
10:00	Consulta Programada y plática prenatal				
11:00	Consulta Programada y reunión de grupos de apoyo				
12:00	Consulta Programada				
13:00	Consulta Programada				

Nota: Las otras actividades programadas para el servicio no tienen horario establecido pero éstas se realizarán en los momentos disponibles y previa coordinación del personal.

7. Programa "Hospital amigo del niño y de la madre"

- a. Apego inmediato
- b. Alojamiento conjunto
- c. Lactancia exclusiva
- d. Existencia del grupo de apoyo

Al finalizar la plática se deberá sellar a cada paciente embarazada su carnet, lo cual verificará su asistencia

9.3.2.2 Actividades de dirección médica

- Supervisar en los expedientes clínicos de prenatal, actividades de educación sobre la alimentación al seno y que se evalúe la cédula de factores de riesgo

9.3.2.3 Actividades de jefatura de atención a la salud

- Supervisar en los expedientes clínicos de prenatal actividades de educación sobre la alimentación al seno y que se evalúe la cédula de factores de riesgo
- Atender los casos de alto riesgo referidos que no pueden ser atendidos por la clínica de lactancia

9.3.2.4 Actividades del personal del servicio de prenatal

- A toda mujer embarazada, en la primera consulta, explorar las mamas para descartar alguna patología y evaluar sus condiciones para la lactancia
- Enseñar a la paciente como realizar la autoexploración
- En caso de detectar factores de riesgo referir a la paciente a la clínica de lactancia

9.3.3.3 Actividades del personal de jefatura de atención para la salud

- Supervisar en los expediente clínicos actividades de educación sobre alimentación al seno materno y que se evalúe la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar quincenalmente y al azar la realización del apego inmediato y el inicio de la lactancia en tococirugía

9.3.3.4 Actividades del personal del servicio de cirugía y partos

- Iniciar el apego inmediato en la sala de partos o quirófano
- Ayudar y orientar a las madres a iniciar la lactancia
- Enviar a la madre y al bebé juntos al alojamiento conjunto iniciándolo en un tiempo menor de 30 minutos posterior al nacimiento, siempre y cuando las condiciones de salud de ambos lo permitan
- Indicar en hoja de egreso lactancia materna exclusiva y no usar fórmulas o biberones
- Contar con normas para el manejo y reanimación del recién nacido
- Decidir en que momento un recién nacido necesitará permanecer en UCIGen, haciendo las anotaciones correspondientes en el expediente clínico
- Evitar la administración de sedantes, en caso necesario usar los de eliminación rápido, anotándolo en la hoja de anestesia
- En el caso de que la paciente puerpera requiera de la utilización de algún medicamento indicar los que puedan prescribir durante la lactancia
- Explorar las mamas y prepararlas a través de un masaje para el apego inmediato
- Identificar a las pacientes que no recibieron orientación en la etapa prenatal y enseñar como tienen que amamantar
- Evaluar cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia

- Detectar factores de riesgo para el abandono temprano de la lactancia y dar tratamiento y seguimiento oportuno
- Motivar y apoyar a las pacientes puerperas para que se sientan seguras y en confianza y puedan llevar acabo la lactancia natural
- Reeducar a las madres en los casos de abandono temprano de la lactancia al seno e indicar como relactar y/o inducir la misma
- Asesorar y educar a todas la pacientes puerperas que acudan a solicitar el servicio y proporcionar la consulta siguiendo el método del PSOAP.
- Informar oportunamente al servicio de dirección médica sobre los casos de alto riesgo que no puedan ser atendidos por la clínica, para que se les pueda dar un tratamiento oportuno o en su caso pueda ser referido

9.3.4.2 Actividades del personal del servicio de dirección médica

- Supervisar en los expedientes clínicos la justificación de la estancia de los recién nacidos en el cunero patológico y la indicación de la alimentación al seno materno
- Supervisar en los expedientes clínicos actividades de educación sobre la alimentación al seno materno y la evaluación de la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar mensualmente y a l azar la devolución correcta de los procedimientos enseñados por el personal, en el área del servicio de alojamiento conjunto
- Atender los casos de alto riesgo que sean referidos por la clínica en coordinación con el jefe de atención para la salud

9.3.4.3 Actividades del personal de jefatura de atención para la salud

9 ACTIVIDADES OPERATIVAS

9.1 ACTIVIDADES GENERALES PARA TODO EL PERSONAL

- Conocer normas, políticas y actividades referentes a la lactancia materna en el centro
- Conocer el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.
- Difundir y apoyar las acciones encaminadas a la lactancia exitosa
- Informar periódicamente los avances y problemas en el programa
- Contar con registro de actividades
- Participar en el grupo de apoyo interno a la lactancia materna
- Identificar factores de riesgo que desfavorecen la lactancia materna, evaluando cédula de factores de riesgo correspondiente
- Llevar a cabo la aplicación de los lineamientos y procedimientos señalados
- En caso de detectar fallas en cuanto al tema, exigir la enseñanza para llevar a cabo los lineamientos y procedimientos establecidos para la lactancia materna.
- Asistir a los cursos de capacitación y actualización que en el hospital se den sobre lactancia materna.
- Informar que en el hospital se cuenta con una clínica de lactancia materna, que brinda asesoría en todo momento

9.2 ACTIVIDADES GENERALES POR SERVICIOS Ó ÁREAS.

9.2.1 Actividades de jefatura de enfermería

- Planear y establecer las políticas internas para el fomento y apoyo de la lactancia materna
- Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos en el Centro
- Participar como docente en las actividades de capacitación sobre lactancia materna.
- Elaborar los formatos correspondientes para el registro de las actividades de los servicios de su responsabilidad en relación con la lactancia materna.
- Evaluar periódicamente que se cuente con el material necesario para la operatividad del manual

9.2.2 Actividades del personal de Enseñanza.

- Organizar y coordinar cursos de capacitación continua dirigidos a todo el personal
- Planear y establecer las políticas internas para el fomento y apoyo de la lactancia materna
- Participar en la evaluación del personal, programa y manual para con base en ello tomar las medidas correspondientes para su mejoramiento
- Elaborar cartas descriptivas, material didáctico y evaluación para las actividades de capacitación.
- Controlar la asistencia y puntualidad de alumnos en las actividades de capacitación
- Llevar el control y registro de las actividades de capacitación
- Evaluar las actividades de los eventos de capacitación
- Elaborar el informe final de las actividades de capacitación
- En coordinación con clínica de lactancia y el área de atención a la salud, realizar protocolos de investigación que vayan en beneficio de la salud de la madre y el niño, y que involucren a la lactancia materna.

- Organizar pláticas en la consulta externa sobre nutrición, detección oportuna de cáncer, preparación al parto, planificación familiar y lactancia materna.
- Asignar plática a cada uno de servicios, comunicando con anticipación fecha y hora.
- Contar con registro de pláticas y número de asistentes.

9.2.3 Actividades del personal de guardia

- Adoptar y realizar las actividades dependiendo de las funciones asignadas y de acuerdo a la etapa en que se encuentre la paciente.

9.2.4 Actividades del personal de Centros Previgen

- Adoptar y realizar las actividades dependiendo de la etapa en que se encuentre la paciente
- Referir a la clínica de lactancia los casos de mediano y alto riesgo para su tratamiento oportuno
- Enviar a las pacientes en control prenatal para que reciban pláticas prenatales de lactancia materna

9.2.5 Actividades del personal del servicio de trabajo social

- Distribuir folletos referentes a la lactancia en sala de espera y hospitalización
- Identificar por el sello en los carnets, a las pacientes que no han recibido orientación y referirlas a la clínica de lactancia
- Participar en actividades de educación para la salud que sean asignadas por enseñanza

- Realizar seguimiento a pacientes con alto riesgo de abandono de la lactancia
- En coordinación con la clínica de lactancia, proporcionar a las madres el domicilio y número telefónico de la persona que les apoyará en caso de duda cuando se encuentren en su domicilio (grupo de apoyo externo)

9.2.6 Actividades del personal del servicio de proyección social

- Difundir la lactancia materna a través de carteles en todo el centro
- Difundir los métodos de planificación familiar a través de carteles en todo el centro
- Integrar módulo de atención, orientación y consejería adolescentes
- Promover y difundir las actividades del grupo de apoyo externo y la clínica de lactancia, interna y externamente
- Participar en actividades de educación para la salud que sean asignadas por enseñanza

9.3 ACTIVIDADES ESPECIFICAS POR ETAPA Y SERVICIO

9.3.1 Etapa preconcepcional

9.3.1.1 Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna

- Planea, establece y coordina las políticas internas para el fomento y apoyo de la lactancia materna
- Verifica y evalúa periódicamente el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos en el centro
- En coordinación con enseñanza facilita la capacitación de todo el personal

- Participa como docente en las actividades de capacitación sobre lactancia materna
- Verificar que se cuente con el material y equipo necesario para la operatividad del manual
- Elaborar el informe mensual, el cual tendrá que entregar al comité de lactancia materna con copia para la dirección y enseñanza
- Participar en la evaluación del personal, programa y manual para con base en ello tomar las medidas correspondientes para su mejoramiento
- Asistir a cursos de actualización sobre lactancia materna

9.3.1.2 Actividades de dirección médica

- Planear y establecer las políticas internas para el fomento y apoyo de la lactancia materna
- Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos en el centro
- Participar como docente en las actividades de capacitación sobre lactancia materna
- Asistir a cursos de actualización sobre lactancia materna
- Participar en la evaluación del personal, programa y manual para con base en ello tomar las medidas correspondientes para su mejoramiento

9.3.1.3 Actividades de jefatura de atención para la salud

- Planear y establecer las políticas internas para el fomento y apoyo de la lactancia materna
- Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos en el centro
- Participar en la evaluación del personal, programa y manual para con base en ello tomar las medidas correspondientes para su mejoramiento

9.3.1.4 Actividades del personal del servicio de prevención reproductiva

- Orientar sobre la detección oportuna de cáncer cérvicouterino y mamario
- Enseñar técnica de autoexamen
- Realizar exploración mamaria
- Tomar muestra para citología vaginal
- Promoción y orientación sobre métodos de planificación familiar
- Llevar a cabo el control del uso de métodos de planificación familiar

9.3.2 Etapa prenatal

9.3.2.1 Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna

- Brindar el servicio a todas las pacientes con riesgo para la lactancia materna que lo soliciten
- Asesorar y educar a todas las pacientes embarazadas que sean referidas al servicio
- Informar oportunamente a la dirección médica y a jefatura de atención a la salud sobre algún caso de alto riesgo que no pueda ser atendido por la clínica de lactancia, para su tratamiento oportuno o en su caso ser referido
- Dar una plática diaria sobre lactancia materna, en la sala de espera de la consulta prenatal, resaltando los siguientes aspectos
 1. Ventajas de la lactancia materna
 2. Exploración mamaria
 3. Preparación para la lactancia
 4. Técnica correcta al amamantar
 5. Posiciones para amamantar
 6. Nutrición durante el embarazo

7. Programa “Hospital amigo del niño y de la madre

- a. Apego inmediato
- b. Alojamiento conjunto
- c. Lactancia exclusiva
- d. Existencia del grupo de apoyo

Al finalizar la plática se deberá sellar a cada paciente embarazada su carnet, lo cual verificará su asistencia

9.3.2.2 Actividades de dirección médica

- Supervisar en los expedientes clínicos de prenatal, actividades de educación sobre la alimentación al seno y que se evalúe la cédula de factores de riesgo

9.3.2.3 Actividades de jefatura de atención a la salud

- Supervisar en los expedientes clínicos de prenatal actividades de educación sobre la alimentación al seno y que se evalúe la cédula de factores de riesgo
- Atender los casos de alto riesgo referidos que no pueden ser atendidos por la clínica de lactancia

9.3.2.4 Actividades del personal del servicio de prenatal

- A toda mujer embarazada, en la primera consulta, explorar las mamas para descartar alguna patología y evaluar sus condiciones para la lactancia
- Enseñar a la paciente como realizar la autoexploración
- En caso de detectar factores de riesgo referir a la paciente a la clínica de lactancia

- Aplicar toxoide tétanico a todas las embarazadas
- Verificar en el carnet que haya recibido dos pláticas (como mínimo) sobre lactancia materna, lo cual se corroborará con el sello correspondiente y en caso de que no haya asistido invitarla especialmente en las que no han tenido experiencia en el amamantamiento
- Identificar las expectativas de las embarazadas con relación a la lactancia materna
- Motivar y orientar a la embarazada para que se prepare para la lactancia materna
- Proporcionar en todo momento apoyo psicológico rescatando mitos y creencias que pudieran interferir en el abandono temprano de la lactancia materna

9.3.3 Etapa Natal

9.3.3.1 Actividades del servicio de Clínica de Lactancia Materna

- Verificar semanalmente y al azar la realización del apego inmediato y el inicio de la lactancia en tococirugía
- Verificar que el personal apoye psicológicamente a la paciente y la concientice sobre la importancia de la lactancia materna

9.3.3.2 Actividades del personal de Dirección médica

- Supervisar en los expedientes clínicos, actividades de educación para la salud, alimentación al seno materno y que se evalúe la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar mensualmente y al azar la realización del apego inmediato y el inicio de la lactancia en tococirugía.

9.3.3.3 Actividades del personal de jefatura de atención para la salud

- Supervisar en los expediente clínicos actividades de educación sobre alimentación al seno materno y que se evalúe la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar quincenalmente y al azar la realización del apego inmediato y el inicio de la lactancia en tococirugía

9.3.3.4 Actividades del personal del servicio de cirugía y partos

- Iniciar el apego inmediato en la sala de partos o quirófano
- Ayudar y orientar a las madres a iniciar la lactancia
- Enviar a la madre y al bebé juntos al alojamiento conjunto iniciándolo en un tiempo menor de 30 minutos posterior al nacimiento, siempre y cuando las condiciones de salud de ambos lo permitan
- Indicar en hoja de egreso lactancia materna exclusiva y no usar fórmulas o biberones
- Contar con normas para el manejo y reanimación del recién nacido
- Decidir en que momento un recién nacido necesitará permanecer en UCIGen, haciendo las anotaciones correspondientes en el expediente clínico
- Evitar la administración de sedantes, en caso necesario usar los de eliminación rápido, anotándolo en la hoja de anestesia
- En el caso de que la paciente puerpera requiera de la utilización de algún medicamento indicar los que puedan prescribir durante la lactancia
- Explorar las mamas y prepararlas a través de un masaje para el apego inmediato
- Identificar a las pacientes que no recibieron orientación en la etapa prenatal y enseñar como tienen que amamantar
- Evaluar cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia

- Valorar los senos al momento de ingresar a la sala de admisión
- Indicar a la paciente sobre el manejo de la lactancia después del nacimiento
- Indicar la técnica de amamantamiento y la importancia de la primera tetada o succión en la primera hora posterior al nacimiento
- Brindar tranquilidad y confianza a la madre para llevar a cabo con éxito la lactancia materna
- Proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido y posteriormente realizar la valoración de los reflejos que son importantes para iniciar una adecuada lactancia materna
- Colocar al recién nacido con la madre en contacto piel a piel y en posición para iniciar el apego inmediato, dejándolo desde ese momento con la madre hasta su egreso; esta acción se realizara dependiendo de las condiciones clínicas del neonato y si estas no permiten el inicio temprano de la lactancia: valorar el inicio de la alimentación al seno y su vía de administración

9.3.4 Etapa Posnatal

9.3.4.1 Actividades del personal del servicio de clínica de lactancia materna

- Enseñar como extraer, almacenar, conservar, y administrar la leche materna extraída
- Apoyar a las pacientes con riesgo de abandono temprano de la lactancia materna
- Verificar semanalmente y al azar en una puerpera, la devolución correcta de los procedimientos enseñados por el personal
- Organizar la reunión de grupos de apoyo externo
- Invitar abiertamente a todas las pacientes a formar parte del grupo de apoyo externo
- Evaluar la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia

- Detectar factores de riesgo para el abandono temprano de la lactancia y dar tratamiento y seguimiento oportuno
- Motivar y apoyar a las pacientes puerperas para que se sientan seguras y en confianza y puedan llevar a cabo la lactancia natural
- Reeducar a las madres en los casos de abandono temprano de la lactancia al seno e indicar como relactar y/o inducir la misma
- Asesorar y educar a todas las pacientes puerperas que acudan a solicitar el servicio y proporcionar la consulta siguiendo el método del PSOAP.
- Informar oportunamente al servicio de dirección médica sobre los casos de alto riesgo que no puedan ser atendidos por la clínica, para que se les pueda dar un tratamiento oportuno o en su caso pueda ser referido

9.3.4.2 Actividades del personal del servicio de dirección médica

- Supervisar en los expedientes clínicos la justificación de la estancia de los recién nacidos en el cunero patológico y la indicación de la alimentación al seno materno
- Supervisar en los expedientes clínicos actividades de educación sobre la alimentación al seno materno y la evaluación de la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar mensualmente y a la vez la devolución correcta de los procedimientos enseñados por el personal, en el área del servicio de alojamiento conjunto
- Atender los casos de alto riesgo que sean referidos por la clínica en coordinación con el jefe de atención para la salud

9.3.4.3 Actividades del personal de jefatura de atención para la salud

- Supervisar en los expedientes clínicos actividades de educación sobre la alimentación al seno y la evaluación de la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Verificar quincenalmente y al azar la devolución correcta de los procedimientos enseñados por el personal
- Atender los casos de alto riesgo que sean referidos por la clínica en coordinación con Dirección Médica

9.3.4.4 Actividades del personal del servicio de alojamiento conjunto

- Enseñar técnica de amamantamiento en las primeras seis horas después del nacimiento
- Enseñar técnica de extracción manual en casos especiales
- Promover y apoyar la lactancia materna en niños con alguna malformación congénita como lo es el labio y paladar hendido Síndrome de Down etc.,
- Indicar alimentación con leche materna al 100% de los recién nacidos siempre y cuando su estado de salud lo permita
- Practicar alojamiento conjunto las 24 horas del día en puerperios quirúrgicos y fisiológicos
- No separar al binomio madre-hijo por más de una hora
- Enseñar a la madre la importancia del alojamiento conjunto y como evitar complicaciones con la lactancia
- Enseñar a las puerperas como asegurar una buena producción láctea
- Supervisar a las madres en su técnica de amamantamiento proporcionando los debidos consejos prácticos para favorecer un total éxito de la lactancia
- Evaluar cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Enseñar técnica de autoexamen mamario
- Verificar el otorgamiento de las dietas y jarras con agua dentro del servicio y que además estas sean consumidas por las pacientes

- Verificar que se cuente con todo el material necesario dentro del servicio para llevar acabo las actividades operativas del manual
- Proporcionar educación para la salud diariamente en materia de lactancia a través una plática que contemplará los siguientes aspectos:
 1. Ventajas generales de la lactancia materna
 2. Técnica correcta al amamantar
 3. Tipos de posiciones al amamantar
 4. Cuidados de los senos durante la lactancia
 5. Nutrición materna y lactancia
 6. Medicamentos y lactancia
 7. Acciones para mantener una buena producción láctea
 8. Como evaluar una lactancia exitosa (Sx y Sx de alarma)
- Citar a todas las pacientes que egresen del servicio a Clínica de Lactancia y a la reunión de grupos de apoyo externo a los siete días posparto
- Vigilar en forma estricta la alimentación al seno materno estimulándola y apoyándola en todo momento para que se sienta segura y en confianza al ofrecer el pecho
- Mantener en todas las pacientes la lactancia a libre demanda, estableciendo el contacto directo lo más pronto posible
- Suplementar al neonato sólo si se requiere y sólo previa indicación del pediatra y / o valoración y bajo la técnica del suplementador
- En caso de producción insuficiente valorar la lactancia al seno materno y si en algún momento es necesario indicar algún complemento se administrara la leche a través de vaso , cuchara, gotero o a través del suplementador, así como la cantidad según las condiciones de la madre y el neonato
- Valorar diariamente las condiciones de los senos de las pacientes puerperas que se encuentren en el servicio
- Informar si es necesario sobre la técnica de extracción manual, recolección y conservación de la leche

- En caso de detectar factores de riesgo para el abandono temprano de la lactancia, iniciar manejo a el problema y si es necesario remitirla a la clínica de lactancia para un buen control y seguimiento

9.3.4.5 Actividades del personal del servicio de UCIGen

- Alimentar con leche materna en todo momento y a través de vaso, cuchara, gotero y/o suplementador a los niños en cuidados especiales dependiendo de su estado de salud y previa indicación del pediatra adscrito al servicio
- Enseñar técnica de extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche a las madres de los bebés que se encuentren en este servicio
- Verificar que se cuente con todo el material necesario para llevar a cabo las actividades operativas del manual
- Siempre que ingrese un recién nacido al cunero, valorar siempre la iniciación pronta de alimentación al seno dependiendo de las condiciones de salud y previa indicación por el médico pediatra adscrito
- Verificar una vez indicada la lactancia al seno, que esta se lleve a cabo con continuidad y de la manera correcta, para evitar riesgos en el neonato
- Proporcionar información y orientación a las madres sobre su capacidad de amamantamiento su importancia y los beneficios que proporciona la leche materna para el niño y la madre, todo lo anterior para crear confianza y buenos sentimientos hacia la lactancia
- Evaluar cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- Propiciar el acercamiento lo más tempranamente posible del binomio madre-hijo
- No administrar al neonato ningún alimento diferente a la leche materna, el inicio de la vía oral sólo será a través de calostro o leche materna únicamente

- En caso de requerir algún neonato el lavado gástrico solo se realiza previa valoración del caso y por indicación estricta de el pediatra adscrito
- Valorar las condiciones de los senos de las madres de los bebés que estén en cunero y si el neonato no se encuentra con la vía oral, se indicará a la madre la extracción manual de la leche cada tres horas, para evitar complicaciones posteriores y favorecer al éxito cuando sea iniciada

9.3.4.6 Actividades del personal del servicio de atención integral

- Orientar y ofertar sistemáticamente sobre métodos anticonceptivos
- Tomar muestra de tamiz al 100% de los recién nacidos en el centro
- Orientar sobre las ventajas del niño alimentado al seno comparadas con el niño alimentado al biberón y como es que repercute en su crecimiento y desarrollo
- Verificar la continuidad de la lactancia materna exclusiva a los siete días posparto y la presencia de factores de riesgo de abandono temprano de la lactancia y en caso de detectarlos informarlos a través del expediente clínico a la clínica de lactancia para que se les de un tratamiento rápido y oportuno

9.3.4.7 Actividades del personal del servicio de seguimiento longitudinal

- Realizar control de crecimiento y desarrollo del niño amamantado
- Completar esquemas de vacunación
- Educar para la prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda y respiratoria aguda

- Verificar la continuidad de la lactancia exclusiva la seno, y en caso de detectar abandono temprano o riesgo referir a la clínica de lactancia
- Orientar oportunamente a las madres sobre el inicio de la ablactación y como se debe iniciar
- Informar en el momento adecuado de como se debe realizar el destete, proporcionando en todo momento apoyo psicológico a binomio madre-hijo
- Evaluar la cédula de valoración de factores de riesgo para la lactancia
- En caso de que la lactancia no sea exitosa es decir que no cubra en el lactante todos sus requerimientos nutricios valorar el uso de algún sucedáneo de la leche materna previa, coordinación con Dirección Médica.

9.3.4.8 Actividades del personal del servicio de Prevención Reproductiva

- Identificar a las madres con riesgo y/o abandono temprano de la lactancia natural y referirlas a la clínica de lactancia para darle tratamiento oportuno.
- Llevar acabo promoción, orientación y control sobre métodos de planificación familiar y lactancia.
- Vigilar el decremento ponderal de la madre lactante y que éste sea dentro de los límites normales, ya que éste es un parámetro importante para poder evaluar la condición nutricia de la madre y valorar el seguimiento de la lactancia, según las condiciones maternas.

10. MARCO DE REFERENCIA PARA LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES

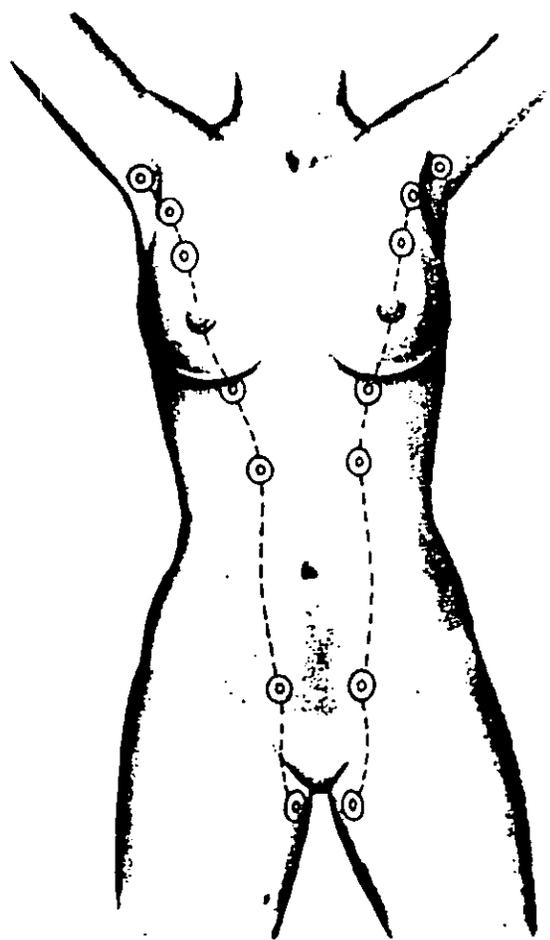
10.1 EMBRIOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA GLÁNDULA MAMARÍA

A la quinta semana de gestación se forma la areola y el pezón, estos grupos de células se forman a partir de unas líneas de tejido glandular que se encuentran en el feto, conocidas como líneas de la leche, están localizadas a ambos lados del tórax y abdomen desde las axilas hasta la región inguinal.(ver fig. no. 3)

Estas líneas desaparecen, desarrollándose únicamente los brotes localizados en el tórax. Cuando los otros grupos de células no desaparecen sobre estas líneas aparecen anomalías congénitas y evolutivas. Entre los defectos congénitos se incluyen la ausencia de pezones (atelia), la ausencia de tejido mamario con o sin la presencia de pezones (amastía, también llamada amacia), presencia de más de dos pezones o mamas (polimastía), presencia de dos pezones en una mama (politelía) e inversión de los pezones. Entre los defectos evolutivos se incluyen las mamas de pequeño tamaño (micromastía, también llamada hipomastía o hipoplasia), tamaño exagerado de las mamas (macromastía, también llamada hipermastía, hiperplasia o gigantismo), y tejido ausente (aplasia). También se pueden producir importantes diferencias en el tamaño de las mamas (anisomastía). Alrededor del 80% de todas las mujeres en edad fértil presentan mínimas diferencias entre ambas mamas. Aparece tejido accesorio en el 1 a 2% de la población total y en el 2 a 6% de las mujeres adultas. La politelía, la anomalía más frecuente, puede ser confundida con un nevus pigmentado. La polimastía suele parecer en la región axilar, por debajo del tórax es rara y la ausencia de pezones o de areola es poco frecuente. Alrededor del 65% de los casos de polimastía consisten en órganos supernumerarios únicos, y en el 30% de los casos se trata de dos órganos

supernumerarios; la incidencia de tres o más órganos es muy escasa. Habitualmente la ausencia de pezones y areola va

FIGURA NO. 3
Líneas de la leche y localización habitual de los pezones supernumerarios.



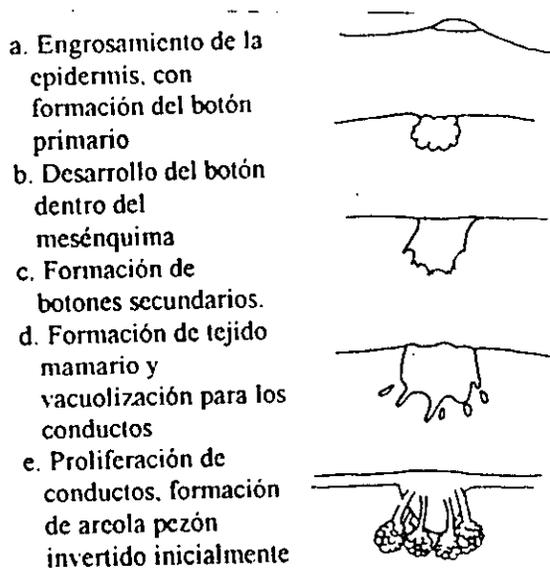
G. J. Wessulciyan

Fuente: Valerie, Edge y Mindi, Miller. "Cuidados de salud de la mujer". Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. p. 70.

asociada a hipoplasia.³⁶

En la sexta semana del embarazo se forma un pequeño grupo de células. Este, a su vez, desarrolla otro grupo secundario a partir de los cuales se forman los conductos colectores y galactóforos.³⁷ (ver fig. 4)

FIGURA NO. 4
Embriología de la glándula mamaria



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p.29.

Mamogénesis es la serie de cambios estructurales que ocurren en las glándulas mamarias, desde el nacimiento hasta la senectud.

Al momento del nacimiento, las glándulas mamarias no presentan desarrollo en ninguno de los sexos y tienen el aspecto de pequeñas

³⁶ Valerie, Edge y Mindi, Miller. "Cuidados de salud de la mujer". Ed. Mosby-Doyma, España, 1995. P. 69.

³⁷ Manual de lactancia metrna para el primer nivel de atención. Op. Cit. P. 29.

prominencias torácicas, es posible observar cierta actividad secretora de la glándula condicionada por el estímulo hormonal del embarazo.

Con la pubertad se inicia su desarrollo en la mujer con la maduración de un sistema de conductos a partir de los cuales brotan los lobulillos, la formación de grandes depósitos de grasa y el crecimiento y pigmentación del pezón y areola; cambios que guardan correlación con la secreción de varias hormonas (estrògenos, progesterona, prolactina, hormona del crecimiento, etc.). Estos cambios ocasionan un aumento en el tamaño y densidad de las glándulas mamarias.

La continuación del desarrollo mamario tiene lugar al alcanzarse la maduración sexual, con el inicio de la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Durante la adolescencia, el aumento en las concentraciones de progesterona hace que los alvéolos proliferen, aumenten de tamaño e inicien su actividad secretora. Aunque los cambios en su desarrollo guardan relación con la secreción ovarica de estrògenos y progesterona, la regulación de ésta corresponde a la hormona folículo estimulante, que se secreta como respuesta a la hormona liberadora de gonadotropinas hipotàlamicas. Durante el ciclo menstrual los cambios son más pronunciados en las nulíparas y en las que no han amamantado; se presenta aumento en el tamaño, densidad, nodularidad y sensibilidad, disminuyen al inicio de la menstruación y desaparecen al completarse.

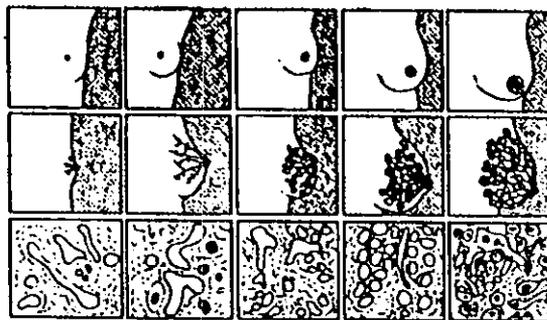
Durante el embarazo a las pocas semanas de gestación, las mamas se agrandan y se hacen más firmes, las glándulas de la areola (Montgomery) aumentan de tamaño, la piel se obscurece y los pezones crecen. Prolifera importantemente el epitelio alveolar y al final de la gestación los alvéolos tienen en su interior calostro. Los cambios se deben a los estrògenos, progesterona y prolactina. (ver fig. no. 5)

Durante la menopausia disminuyen su tamaño y densidad debido a la disminución de estrògenos.

10.2 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Las mamas son glándulas que cumplen una función especializada en el ser humano. Se encuentran en el hombre y en la mujer,

FIGURA NO. 5
Evolución de la mama desde la niñez hasta la lactancia



- A.B y C. MUESTRAN EL DESARROLLO GRADUAL DE LOS SISTEMAS DE CONDUCTOS Y DE GRUPOS ALVEOLARES.
D. DESARROLLO DURANTE EL EMBARAZO. LAS CELULAS GLANDULARES INICIAN LA PRODUCCIÓN DE LECHE. EN LA LUZ ALVEOLAR SE ENCUENTRAN PEQUEÑAS CANTIDADES.
E. CON EL PARTO SE INICIA UNA GRAN ACTIVIDAD SECRETORA, ENCONTRÁNDOSE LECHE DENTRO DE LOS ALVEOLOS Y CONDUCTOS.

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 31.

sin embargo en ésta última se desarrollan para formar un carácter sexual secundario y cuando se requiera, durante la etapa reproductiva, para llevar acabo la lactancia.

En el hombre la glándula mamaria permanece rudimentaria y generalmente no crece después de la pubertad.

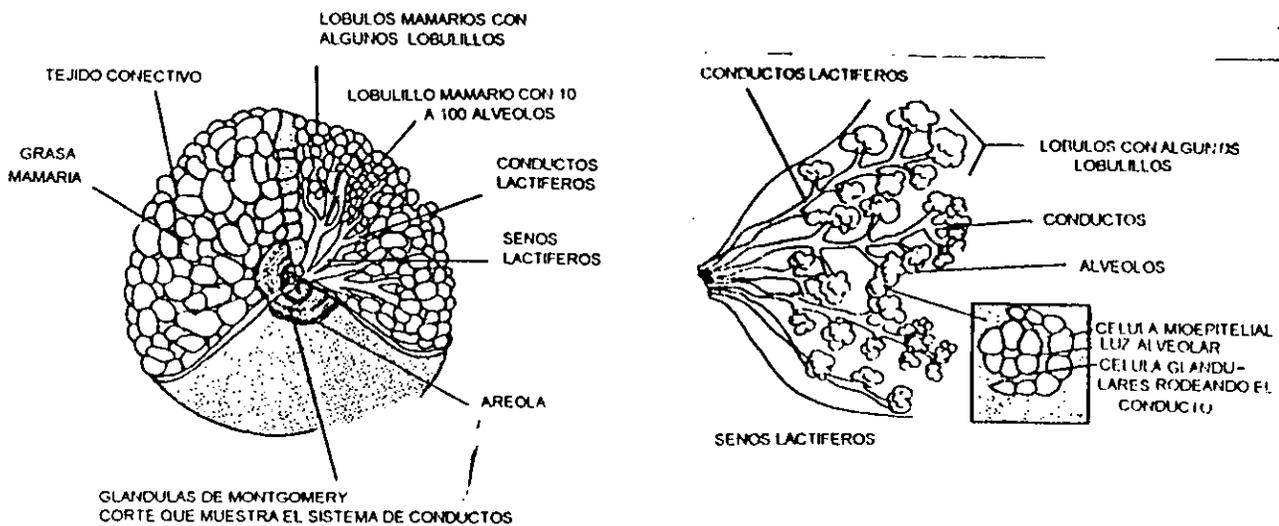
Las glándulas mamarias, mamas o senos tienen forma semiesférica, son similares a grandes glándulas sebáceas (del sudor) modificadas (túbuloalveolares ramificantes). Están formadas por lóbulos glandulares y tejido adiposo (grasa); la cantidad de éste es el factor del que depende el tamaño de las mamas, que no guarda relación alguna con la cantidad de leche que se produce durante la lactación.

Las mamas femeninas se localizan entre las líneas paraesternal y axilar anterior, aunque el tejido mamario se extiende hacia la axila y el epigastrio. Habitualmente, las mamas se extienden entre las costillas segunda y séptima. La piel de la mama es lisa y contiene folículos pilosos y glándulas sudorípara y sebáceas. El ligamento de Cooper (tejido conectivo) sujeta las mamas y las fija a los músculos pectorales. En cuanto a su estructura interna las mamas están formadas por lóbulos, lobulillos y alvéolos. (ver fig. 5) . De 15 a 20 lóbulos diferentes (divisiones) se subdividen en varios lobulillos, que se dividen de nuevo en 10 a 100 acinos arracimados, los cuales se asemejan a racimos de uvas, llamados alvéolos, que secretan leche durante la lactancia. Los lóbulos llegan hasta el pezón a través de pequeños conductos galáctoforos. Cada conducto con un sólo lóbulo triangular o en forma de pirámide. Varios conductos conectan con el pezón, donde terminan en senos galáctoforos (ampollas) dando a la yema interna un aspecto en forma de radios o rueda.

El área circular pigmentada de piel que rodea al pezón es la areola, cuyo aspecto rugoso se debe a que contiene glándulas sebáceas modificadas las cuales se encargan de proteger con sustancias antimicrobianas y lubricantes. Estas glándulas son unas pequeñas salientes llamadas tuberculos de Morgagni que durante el embarazo aumentan de tamaño denominándose glándulas de Montgomery.

Los ligamentos de Cooper (tejido conectivo o bandas fasciales gruesas) sujetan las mamas y las fijan a los musculos pectoral mayor y serrato anterior mayor, este tejido se encuentra ubicado entre los

FIGURA NO. 5 Glándula mamaria y corte longitudinal



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 29 y 30.

lobulillos y sigue un trayecto entre la piel y fascia profunda.

La forma de la mama varía durante toda la vida.³⁸

Soporte estructural: las glándulas mamarias (mamas) se localizan bilateralmente en la parte anterior del tórax entre la segunda y la séptima costilla. La región de los dos tercios superiores está fijada al músculo pectoral mayor y la región del tercio inferior está fijada al músculo serrato mayor (ver fig. no. 6). El músculo serrato mayor sujeta o estabiliza la escápula a la pared del tórax. El músculo de mayor tamaño, dorsal ancho, rodea en espiral al músculo redondo mayor. El tejido

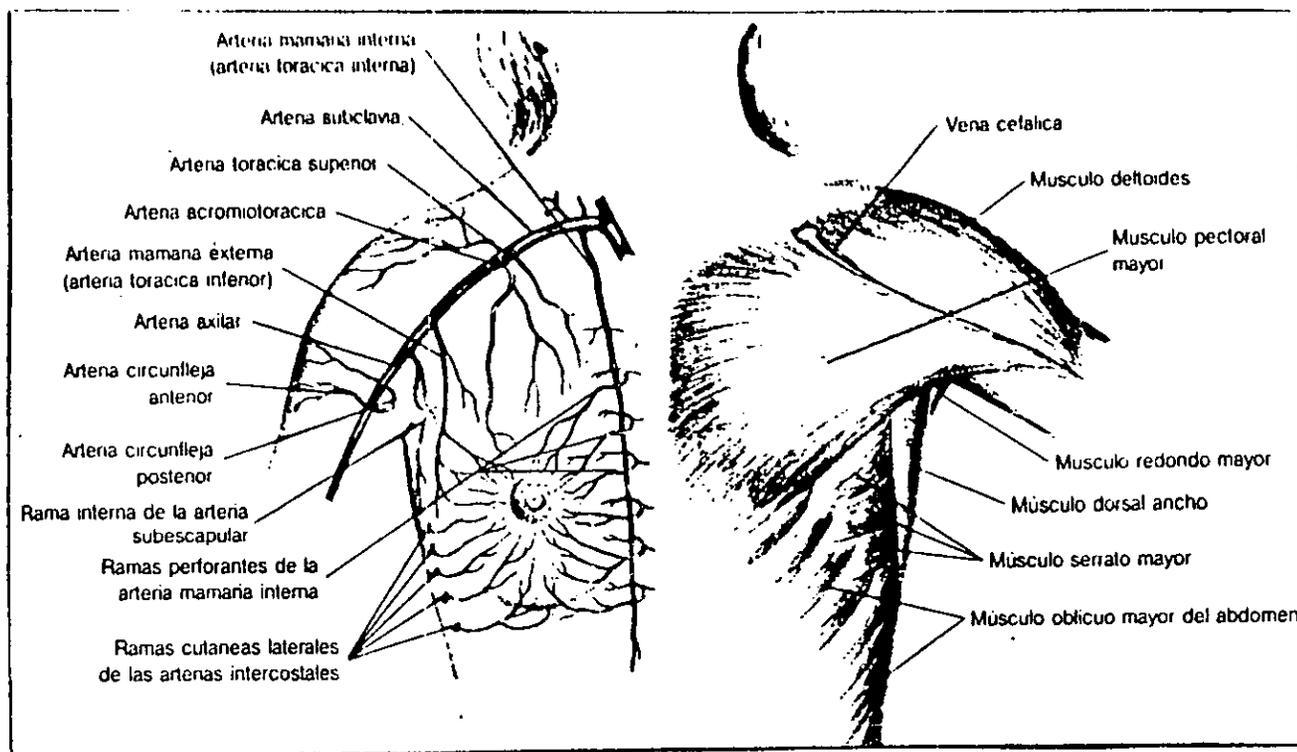
³⁸ Tortora, J, Gerard y Nicholas P. Anagnostakos. "Principios de anatomía y fisiología". Ed. Harla. 5a. ed. México, 1993. P. 942 y 943.

Valerie, Edge y Mindi Miller. "Cuidados de salud de la mujer. Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. P. 2.

muscular y el conectivo de los ligamentos de Cooper sirven de apoyo a estructuras nerviosas y sanguíneas.³⁹

Riego sanguíneo: la glándula mamaria recibe un rico riego sanguíneo (ver fig. no. 3). La mayor parte de la sangre la proporcionan las ramas perforantes de la arteria mamaria interna, que es una rama de la arteria subclavia que desciende verticalmente cerca del esternón, enviando pequeñas ramas que llegan a los espacios intercostales. Las ramas cutáneas laterales de las ramas anteriores de las ramas arteriales intercostales tercera, cuarta y quinta, proporcionan al área mamaria lateral un rico aporte sanguíneo. Ramas de la arteria axilar irrigan a los músculos mamaros e

FIGURA NO. 6
Musculatura e irrigación de la mama



Fuente: Valerie, Edge y Mindi, Miller. "Cuidados de salud de la mujer".
Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. p. 3.

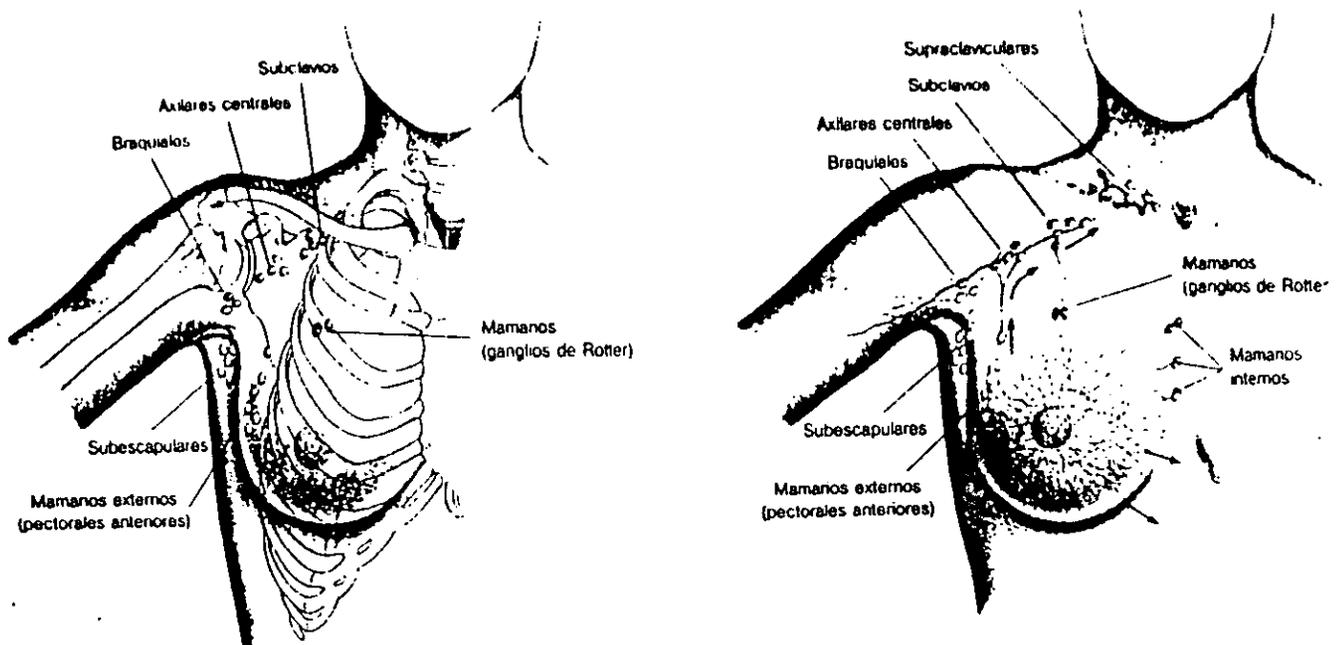
³⁹ Idem.

intercostales tercera, cuarta y quinta, proporcionan al área mamaria lateral un rico aporte sanguíneo. Ramas de la arteria axilar irrigan a los músculos mamarios e inferiores; la rama torácica superior irriga al músculo pectoral mayor, la rama pectoral de la arteria acromiotorácica irriga al músculo pectoral mayor y al tejido mamario suprayacente; la arteria torácica inferior o mamaria externa se extiende hacia abajo, a lo largo de la parte lateral del tórax, para irrigar la parte lateral de la mama. Además, una serie de ramas anastomóticas entre las arterias mamarias externa e interna suministra un abundante riego sanguíneo a la glándula mamaria. Estas ramas proporcionan también riego sanguíneo al pezón y areola, formando un plexo circular alrededor de la areola. El patrón venoso mamario sigue el mismo patrón que el riego arterial. El plexo venoso circular que rodea a la areola recibe el nombre de círculo venoso.

Linfáticos: la mama posee una abundante red de vasos de linfa (linfáticos) que drenan el tejido mamario (ver fig. no. 7). Las principales vías linfáticas transcurren hacia arriba y lateralmente, atravesando ganglios linfáticos en su recorrido. La mayor parte de los linfáticos mamarios drena en 20 a 30 ganglios linfáticos axilares centrales, que siguen el curso de la vena axilar y drenan en los ganglios linfáticos subclavios. Los linfáticos que drenan el área mamaria central atraviesan de 4 a 6 ganglios pectorales, que están localizados lateralmente a lo largo de la arteria mamaria externa, cerca de la región pectoral externa. Estos linfáticos en los ganglios axilares centrales. Los linfáticos que drenan el área mamaria interna atraviesan la vía de Geróta paramamaria hasta el hígado y los ganglios subdiafragmáticos. Otros linfáticos fasciales profundos de la mama drenan a través de los vasos acromiotorácicos en los ganglios linfáticos subclavios (vía de Grozzman). Los linfáticos mamarios superficiales drenan los linfáticos axilares opuestos a través de la vía mamaria cruzada. Los linfáticos especialmente los axilares centrales, constituyen la principal vía de metástasis para el carcinoma mamario y habitualmente son extirpados mediante cirugía.

La inervación sensitiva de la mama ocurre a cabo de las ramificaciones cutáneas de los nervios raquídeos cervical y dorsal. Las ramas cutáneas de los nervios tercero y cuarto del plexo cervical descienden hacia la parte anterior del tórax, terminando a nivel de la segunda costilla. Estas ramas proporcionan sensibilidad al área mamaria superior. Los nervios raquídeos dorsales, D3-D6 forman nervios intercostales y nacen cerca del esternón, como nervios cutáneos que se ramifican. Las ramas cutáneas anteriores nacen del músculo pectoral mayor, cerca del esternón, para inervar el área mamaria medial, y las ramas cutáneas laterales nacen de los músculos serratos para inervar el área lateral de la mama. La ramificación D2 penetra en el miembro

FIGURA NO. 7
Ganglios linfáticos de la axila y drenaje linfático de la mama



Fuente: Valerie, Edge y Mindi, Miller. "Cuidados de salud de la mujer".
Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. p. 4.

superior como nervio intercostohumeral, e inerva la axila. La inervación de la areola y el pezón proviene del nervio serrato mayor, que tiene terminaciones bulbosas muy ramificadas.⁴⁰

10.3 EXPLORACIÓN MAMARIA

En la exploración del tórax, además de las maniobras clínicas habituales se debe poner especial cuidado en realizar la exploración mamaria, por la frecuencia tan grande con que aparecen tumoraciones en éstos órganos, y por la importancia que tiene como preparación para la lactancia en las mujeres embarazadas.

Es importante examinar las mamas de todas las mujeres, siempre respetando su individualidad y enseñándoles a realizar la autoexploración.

Para explorar la región mamaria, la paciente debe encontrarse sentada, con el tórax y los brazos desnudos, teniendo una iluminación adecuada. El procedimiento consiste en dos etapas: examen visual y examen manual.(ver fig. no. 8)

a) Examen visual:

De frente a la paciente el examinador debe observar:

-Forma, volumen, superficie y simetría de ambas mamas; es comun que la mama izquierda sea un poco más grande.

-Presencia de protusiones en alguna parte del seno.

-Descartar la presencia de umbilicación o depresión en el pezón o modificaciones en la dirección de su eje.

-Existencia de retracción de la piel.

-Existencia de “piel de naranja”.

-Enrojecimiento superficial o hiperemia local y ulceración en la piel

-Salida de secreción por el pezón y características de ésta.

⁴⁰ Ibidem. P. 3 y 4.

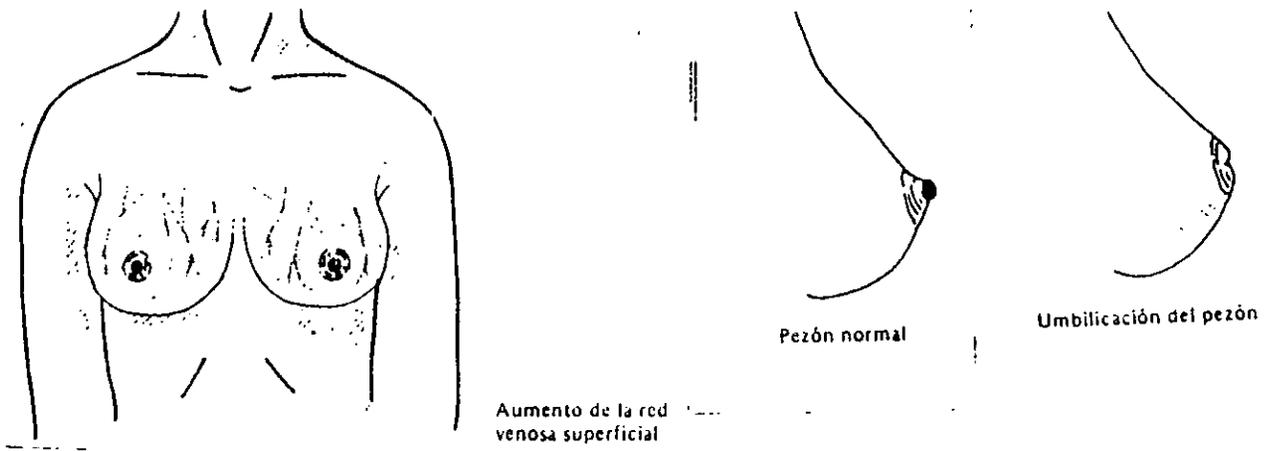
FIGURA NO. 8
Examen visual

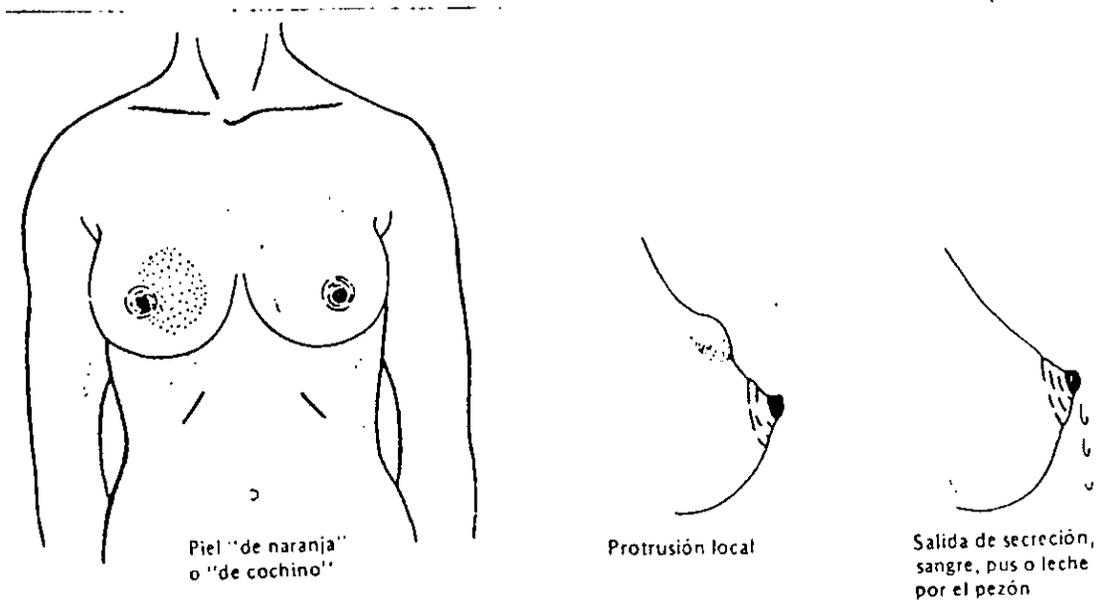


Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 78.

- Aumento de la red venosa superficial. (ver fig. no. 9)

FIGURA NO. 9
Signos a observar durante el examen visual

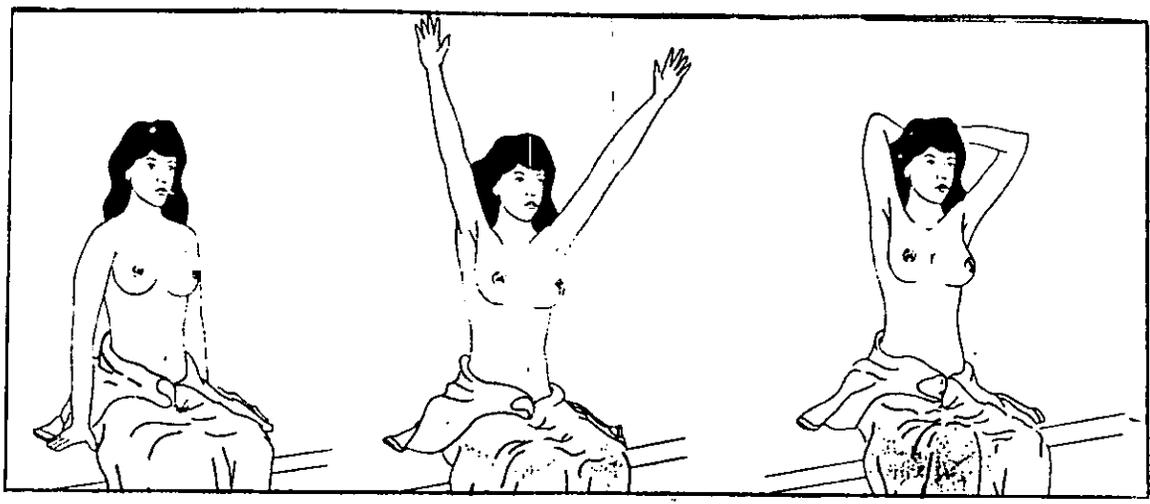




Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 80.

Esta exploración se repite pidiendo a la paciente que eleve sus brazos, y que contraiga los músculos pectorales, colocando sus manos sobre la nuca, con estas maniobras se pretende hacer más evidente los datos mencionados (ver fig. no. 10).

FIGURA NO. 10
Examen visual



Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 78.

b) Examen visual

Con los dedos índice, medio y anular el explorador palpará todos los cuadrantes del seno (ver fig. no. 11).

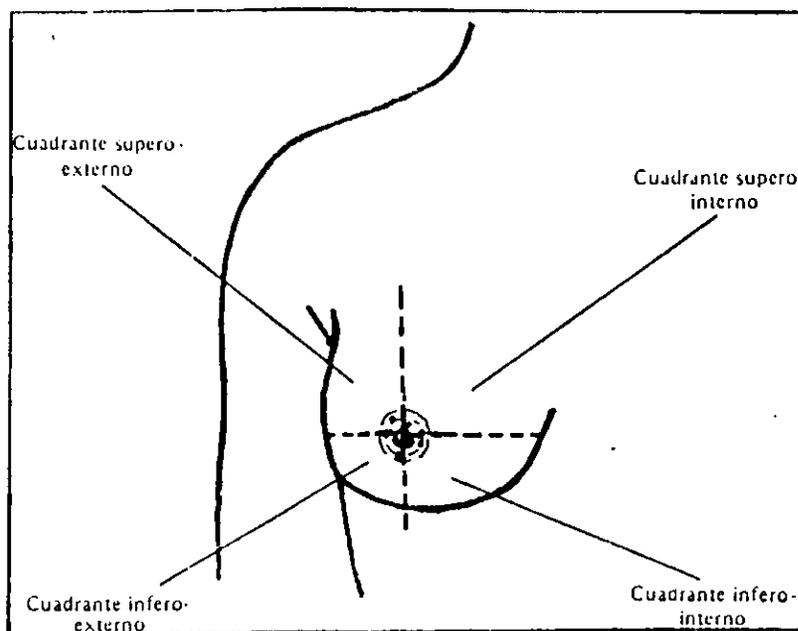
- Comprimir el hueco axilar contra la parrilla costal para buscar ganglios linfáticos duros, conglomerados o dolorosos.

- Palpar el hueco supraclavicular tratando de sentir los ganglios en esa región.

- Con la paciente en decúbito lateral, manteniendo su brazo en posición normal, se palpan los cuadrantes externos (superior e inferior) en busca de alguna tumoración.

- Colocando su brazo en abducción de 90°, se palpan los cuadrantes internos, para que los músculos pectorales constituyan un plano resistente que impida el descenso normal de la mama. (ver fig. no. 12 y cuadro no. 4)

FIGURA NO. 11
Cuadrantes del seno



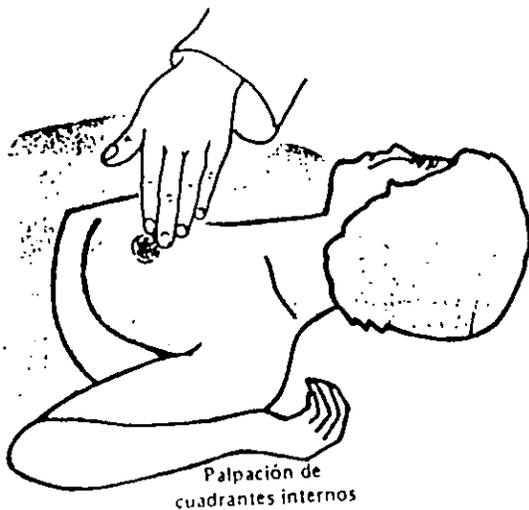
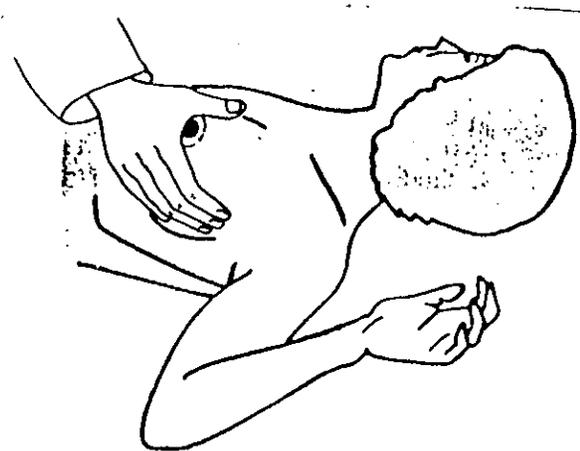
Fuente: Héctor, Modragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 77.

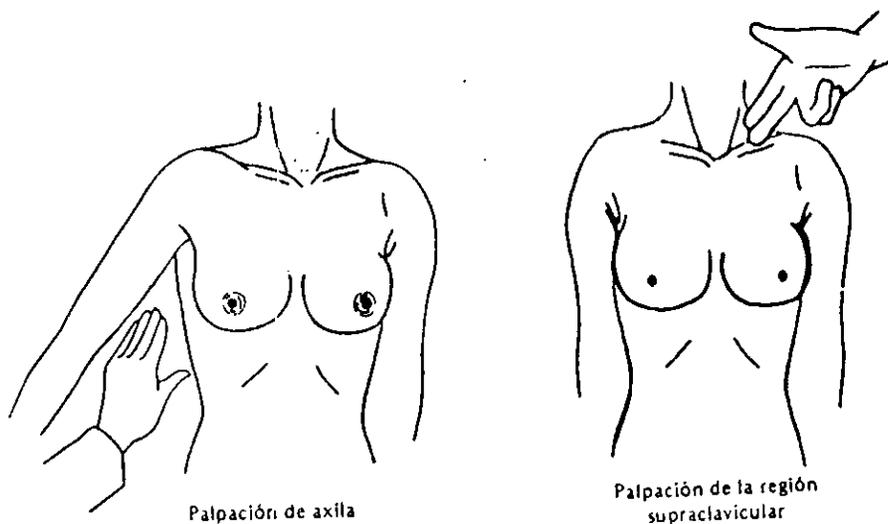
Es necesario instruir a la paciente respecto a la técnica de autoexamen y motivarla para que la realice periódicamente siempre 5 días después de que termina la menstruación; para ello se recomienda la sig. técnica:

- Desnuda de la cintura hacia arriba, la paciente debe colocarse ante un espejo y observar la forma, el tamaño y la simetría de sus senos, lo mismo que las características de la piel, la red venosa y la orientación del pezón.

- Levantando los brazos, debe observar que no haya alguna retracción o protrusión en la piel de los senos. Buscará, además, aplanamiento, ensanchamiento o retracción del pezón o de la piel mamaria, lo mismo que erosiones en el pezón o presencia de cualquier escurrimiento a través de él.

FIGURA NO. 12
Examen manual





Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 81.

- Lo mismo se observará con las manos sobre las caderas, presionando firmemente sobre ellas.
- Colocando la mano izquierda en la nuca, debe palpar con los dedos de la mano derecha los cuadrantes internos del seno izquierdo.
- Con el brazo izquierdo en posición normal, debe palpar los cuadrantes externos del mismo seno, también utilizando su mano derecha.
- Con la misma mano, debe palpar a continuación el hueco axilar izquierdo en busca de ganglios.
- Palpar el pezón y la zona periareolar en busca de tumoraciones o secreciones. Después debe repetir las mismas maniobras en el lado opuesto.
- Acostada sobre su espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada bajo el brazo derecho, y con el brazo derecho bajo su cabeza, tocar suavemente con las yemas de los dedos de la mano izquierda el seno derecho, iniciando en la axila y moviendo la mano poco a poco alrededor de su seno como en espiral hacia el pezón, tratando de descubrir cualquier "bolita" o dureza.

- Cambiar de posición para examinar el lado izquierdo. (ver fig. no. 13)

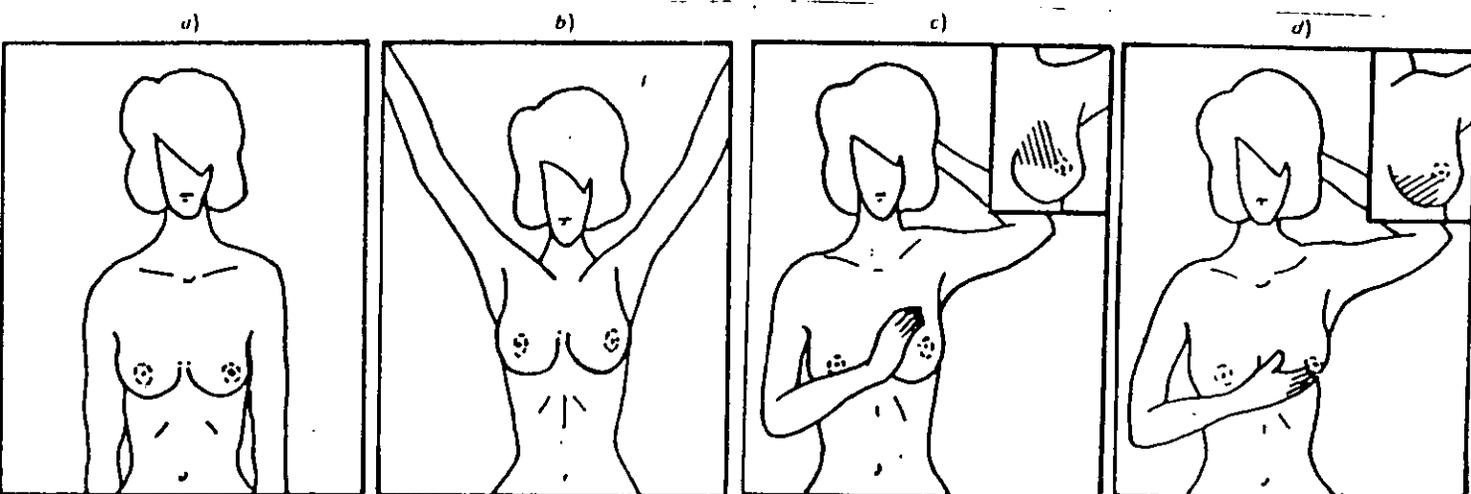
Este autoexamen puede hacerlo también mientras se baña.

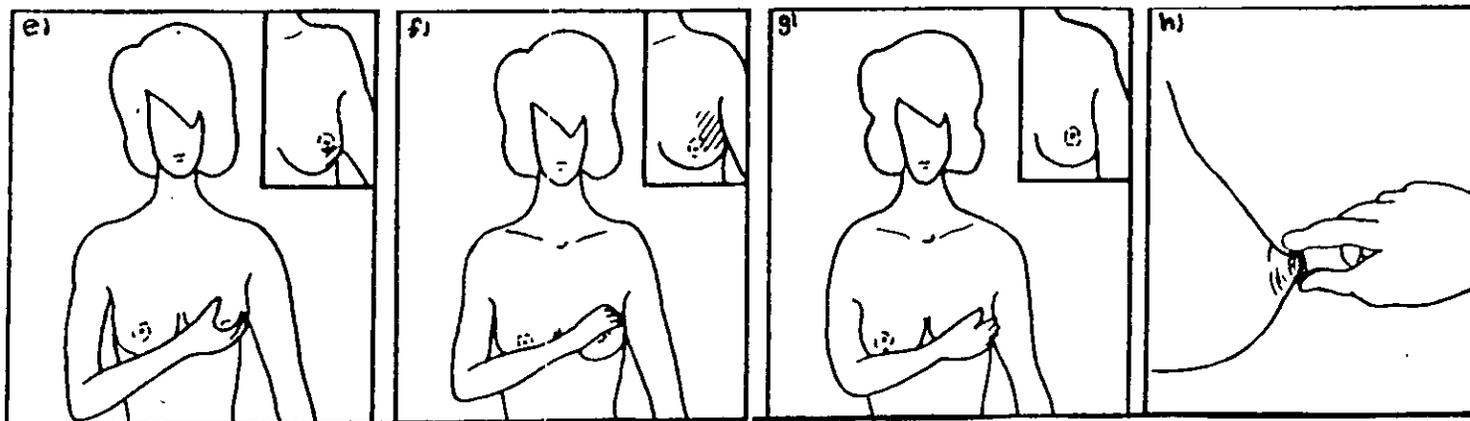
En el caso de la mujer embarazada es importante la exploración de las mamas en las primeras consultas prenatales, para detectar a las mujeres con alto riesgo de abandono de la lactancia materna, como son:

- Anomalías del pezón.
- Cirugía de mama.
- Malformaciones congénitas.
- Fracaso en la lactancia materna en embarazos anteriores.
- Embarazo no deseado.
- Falta de apoyo familiar.
- Madre soltera.

Estos factores una vez detectados deben ser tratados y de ser posible corregidos.

FIGURA NO. 13
Técnica de autoexploración mamaria





Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Ginecología básica ilustrada". Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1992. p. 83.

CUADRO NO. 4

Exploración de la mama: hallazgos normales y desviaciones clínicamente significativas

Hallazgos normales	Desviaciones clínicamente significativas
<p>Mamas El tamaño varía, habitualmente existe una ligera asimetría. Colgarán bilateralmente de igual forma. Textura lisa, sensación de lobulillos. Color uniforme (el mismo que las superficies del cuerpo). Elásticas, móviles, densas, firmes. Descienden con la edad, la multiparidad y la falta de sujeción. Muchas presentan patrones venosos y estrias bilaterales visibles. Los cuatro cuadrantes y la cola de Spence tienen el mismo tejido en la palpación. Bilateralmente lisas, difusas, granulares y habitualmente no dolorosas; en mujeres de edad avanzada, finas y granulares. Pueden experimentar congestión premenstrual, alteraciones fibroquísticas de consistencia nodular gruesa bilateral. Reborde inframamario bilateral firme en la posición de las 4 y las 8 horas. En mujeres adultas jóvenes, las mamas se localizan entre la tercera y sexta costilla, con los pezones cerca del cuarto espacio intercostal.</p>	<p>Mamas Hipersensibilidad no relacionada con el ciclo menstrual. Inflamación. Contorno irregular. Aumento unilateral de tamaño. Asimetría evidente. Retracción cutánea, umbilicación o abombamiento. Fijación (acortamiento o ausencia de movilidad). Cambios en el patrón de convexidad. Eritema o hiperpigmentación. Tejido rugoso o engrosado. Calor: en los tejidos. Lesiones. Ingurgitación brusca no relacionada con el ciclo menstrual. Edema (piel de naranja, textura similar a la piel de la naranja). Patrón vascular unilateral brusco. Nódulos duros, fijos, irregulares, no dolorosos. Patrones nodulares, fibroquísticos. Lunares nuevos, dolorosos o que cambian.</p>

Hallazgos normales	Desviaciones clínicamente significativas
<p>Pezones Bilaterales, iguales, apuntan en la misma dirección La localización puede descender con la obesidad, la edad o después de la lactancia Lisos, ligeramente arrugados. Al tacto se arruga y se produce la erección del pezón. Color homogéneo. Puede haber pezones supernumerarios. Puede existir inversión del pezón, unilateral o bilateral. A la palpación, bilateralmente lisos, iguales y no dolorosos.</p>	<p>Pezones Asimetría (pezón deformado). Retracción o inversión reciente, bilateral o unilateral. Edema, inflamación o enrojecimiento Cambios de forma, dirección o pigmentación no relacionada con la pubertad o el embarazo. Ulceración, erosión, descamación o formación de costra, sequedad. Secreción (serosa, sanguinolenta o maloliente).</p>
<p>Ganglios linfáticos Habitualmente no son palpables.</p>	<p>Ganglios linfáticos Ganglios palpables.</p>
<p>Areola Bilateral, igual, redonda u oval, 2 a 12 cm de diámetro. Rosa o más oscura que las superficies corporales; el color cambia con la pubertad y el embarazo. Tubérculos lisos de Montgomery.</p>	<p>Areola Asimetría. Cambios en la forma o la pigmentación. Masas, lesiones, excoriaciones, inflamación.</p>

Fuente: Valerie, Edge y Mindi, Miller. "Cuidados de salud de la mujer".
 Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. p. 26 y 27.

10.4 CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA DURANTE EL EMBARAZO

10.4.1. Cambios hormonales que influyen en la preparación para la lactancia.

El cuerpo lúteo se preserva durante al menos los primeros tres a cuatro meses de gestación, en los cuales continua secretando estrógenos y progesterona. Estas hormonas conservan el revestimiento uterino en el curso del embarazo y preparan las glándulas mamarias para la secreción de leche. Tal secreción hormonal por parte del cuerpo lúteo es apenas levemente mayor a la producida después de la ovulación en el

ciclo menstrual normal. Las altas concentraciones de estrògeno y progesterona necesarias para la conservación del embarazo y la adaptación de las glándulas mamarias para la lactancia provienen de la placenta. El corión de la placenta secreta la gonadotropina corionica humana; al parecer la función principal de esta hormona es la conservación de la actividad del cuerpo lúteo, especialmente en lo relativo a la secreción de progesterona.

La placenta inicia la secreción de estrògenos y progesterona a más tardar en el décimo sexto día de gestación, y la continua en forma cada vez más abundante hasta el momento del nacimiento. (ver cuadro no. 5 y 6)

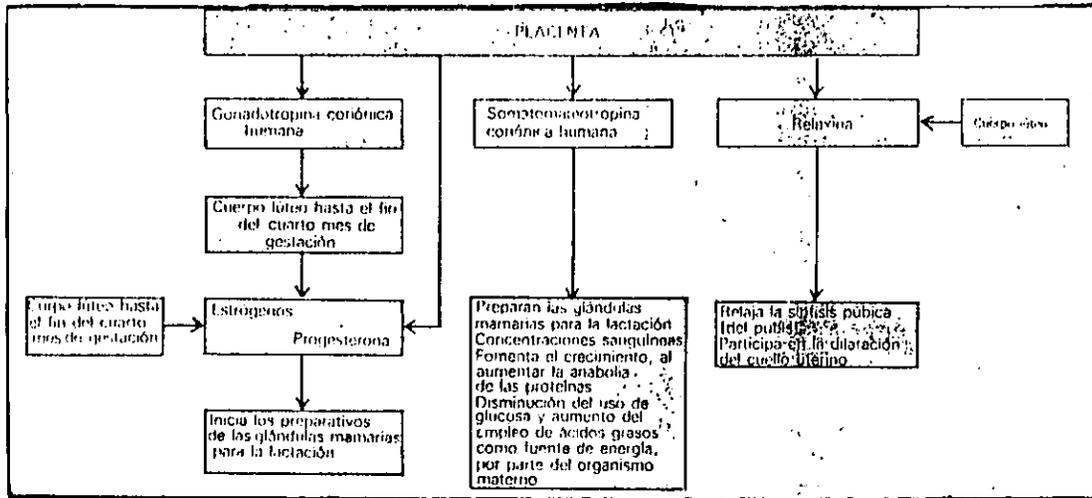
Los estrògenos hacen crecer los conductos mamarios y son, en gran parte los que originan el desarrollo de las glándulas mamarias; los estrògenos, también, determinan la pigmentación de las areolas.

La progesterona en la glándula mamaria estimula el desarrollo de lóbulos y alveolos. Induce la diferenciación del tejido ductal preparado por estrògenos.

La prolactina u hormona lactógena es secretada por la hipófisis anterior, inicia y mantiene la secreción de la leche de las mamas después que han actuado los estrògenos y la progesterona. Sus efectos sobre las mamas incluyen un aumento de la acción de RNAm e incremento de la producción de caseína y lactoalbúmina.

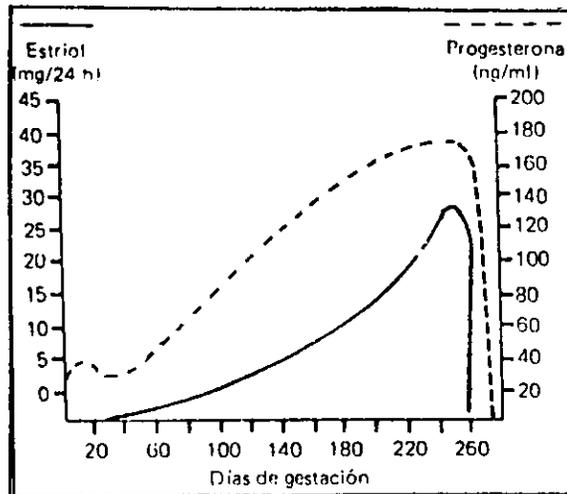
La concentración plasmática de prolactina aumenta durante el sueño, el ejercicio, el estrés quirúrgico y psicológico y la estimulación del pezón. La concentración de prolactina también aumenta durante el embarazo, se reduce después del parto y aumenta de nuevo durante el amamantamiento. La succión por parte del lactante reduce la secreción hipotalámica del factor de inhibición de la prolactina (ver fig. No. 13)

CUADRO NO. 5 Funciones de las hormonas del embarazo



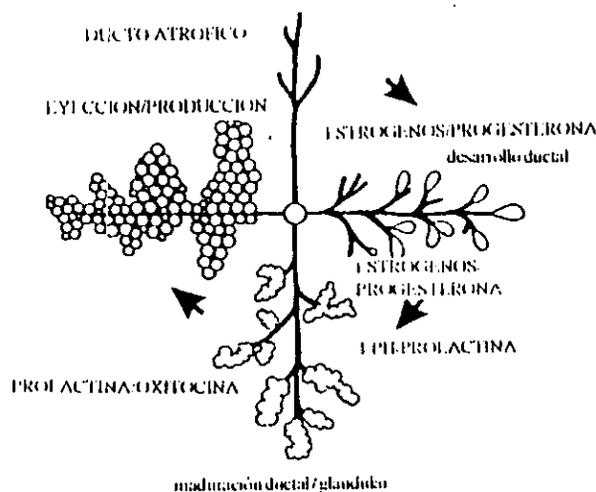
Fuente: Gerard, J. Tortora y Nicholas, P. Anagnostakos. "Principios de anatomía y fisiología". Ed. Harla. 5a. ed. México, 1991. p. 977.

CUADRO NO. 6 Niveles hormonales durante el embarazo



Fuente: Héctor, Mondragón Castro. "Obstetricia básica ilustrada". Ed. Trillas. 4a. ed. México, 1992. p. 83.

FIGURA NO. 13
Cambios en la glándula mamaria por efectos hormonales



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 31.

Muchas hormonas son necesarias para el desarrollo mamario completo. En general, los estrógenos son los principales encargados de la proliferación de los conductos mamarios y la progesterona desarrolla los lóbulos. Durante el embarazo, las cifras de prolactina aumentan continuamente hasta el término del mismo, y bajo la influencia de ésta hormona se lleva a cabo el desarrollo completo lóbuloalveolar y la producción láctea de las glándulas mamarias.

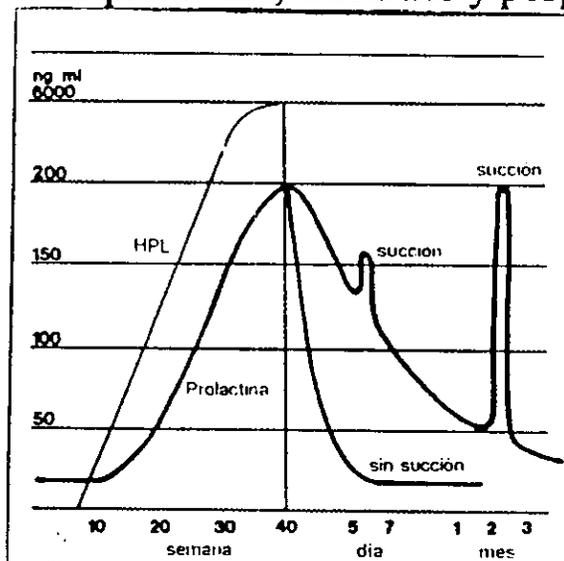
10.4.2 Lactogénesis

Con éste término se denomina al inicio de la producción de leche. Para que se realice con éxito es necesario la mamogénesis y la interacción de varias hormonas, en donde la prolactina desempeña un papel primordial.

En el tercer trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, pero su acción lactogénica permanece bloqueada por los altos niveles de esteroides placentarios, especialmente progesterona.

Al momento del nacimiento los niveles de progesterona y estrógenos disminuyen permitiendo la acción de la prolactina, ésta acción y los niveles plasmáticos de ella dependen en gran medida de la succión. (ver cuadro no. 7)

CUADRO NO. 7
Nivel de prolactina, embarazo y posparto



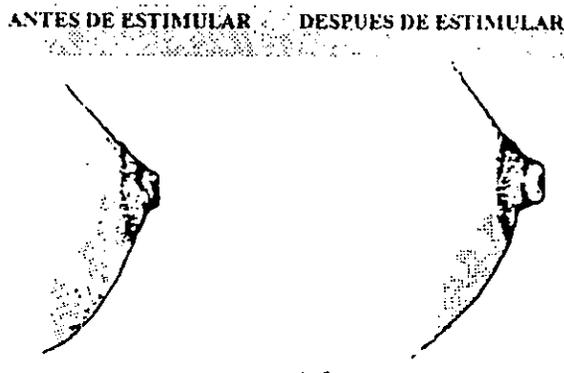
Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 31.

10.5 TIPOS DE PEZÓN

10.5.1 Pezón normal

El pezón normal se encuentra bien formado, puede sobresalir poco o estar invertido en reposo pero con estimulación sobresale normal.(ver fig. no. 14)

FIGURA NO. 14
Pezón normal



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 44.

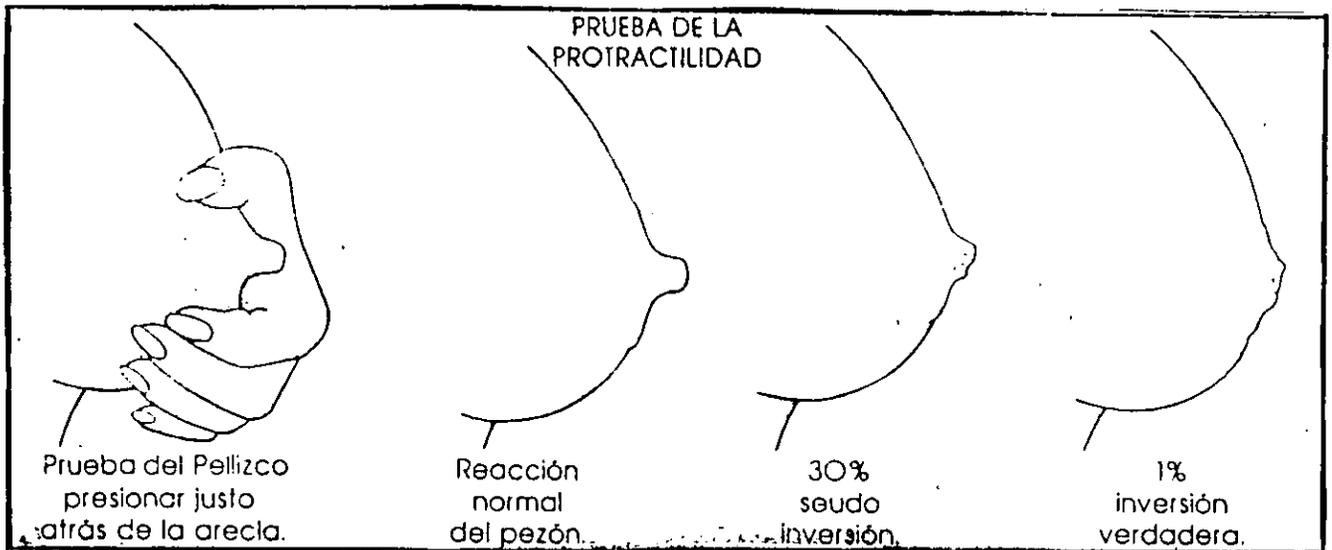
10.5.2 Pezones que pueden dificultar la lactancia.

Al principio del último trimestre del embarazo se debe establecer que tipo de pezón tiene la mujer embarazada, para lo que se debe realizar la prueba de la proctatilidad o del "pellizco", y de esta forma, se determinará si el bebé podrá asirse del pezón, y si la paciente requiere de algún manejo especial. (ver fig. no. 15)

10.5.2.1 Pezón plano.

Pezón corto que no sobresale, permanece igual con estimulación, mejora con técnicas de preparación. (ver fig. no. 15)

FIGURA NO. 15
Prueba de la protractilidad o del "pellizco"



Fuente: Manejo prenatal de la lactancia materna. La liga de la leche de México, A.C.

10.5.2.2 Pezón invertido

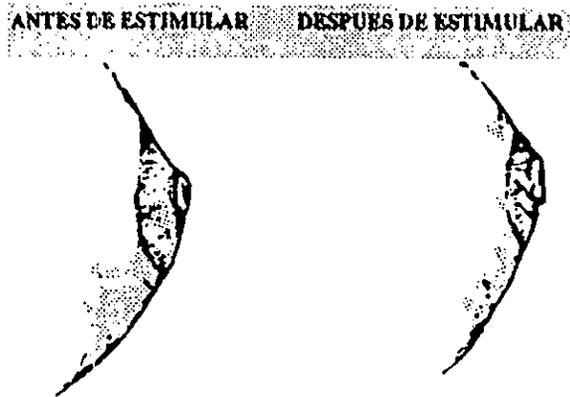
Pezón retraído o sobresale ligeramente en reposo, retraído con estimulación, debe prepararse adecuadamente.

10.6 TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PARA LA FORMACIÓN DEL PEZÓN

10.6.1 Maniobras de Hoffman

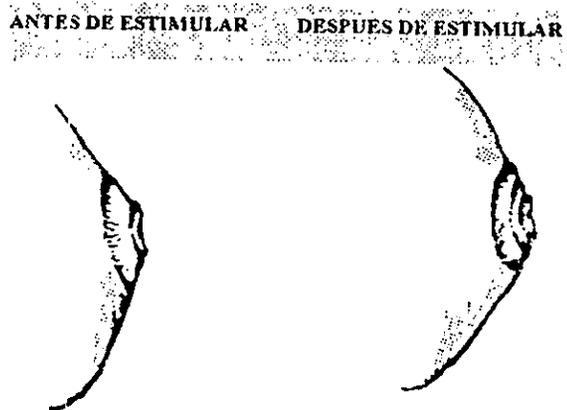
Para la estimulación del pezón la madre debe colocar un dedo a cada lado del pezón y estirar la piel de la areola en sentido

FIGURA NO. 15
Pezón plano



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 44.

FIGURA NO. 16
Pezón invertido

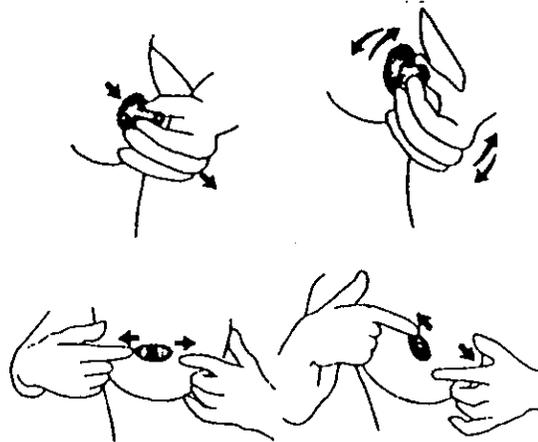


Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 44.

horizontal y oblicuo.

Colocar sus dedos índice y pulgar a ambos lados sobre la base del pezón, moviendo el pezón como dando cuerda a un reloj. (ver fig. no. 17)

FIGURA NO. 17
Maniobras de Hoffman para la corrección del pezón



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 45.

Estos movimientos se realizarán durante un minuto en 2 ó 3 ocasiones durante el día, y posterior al parto.

Si la embarazada tiene secreción mamaria (precalostro) se recomienda aplicar ésta secreción en el pezón y areola.

Las medidas correctivas se deben realizar desde el inicio del embarazo y ser muy cauto en su indicación. La manipulación de los pezones puede ocasionar problemas, tales como, trabajo de parto prematuro, mastitis e incluso desprendimiento prematuro de placenta debido a que puede liberarse oxitocina. Se debe limitar su indicación, ya que incluso se duda de su eficacia. A veces es mejor indicar el uso de pezoneras.⁴¹

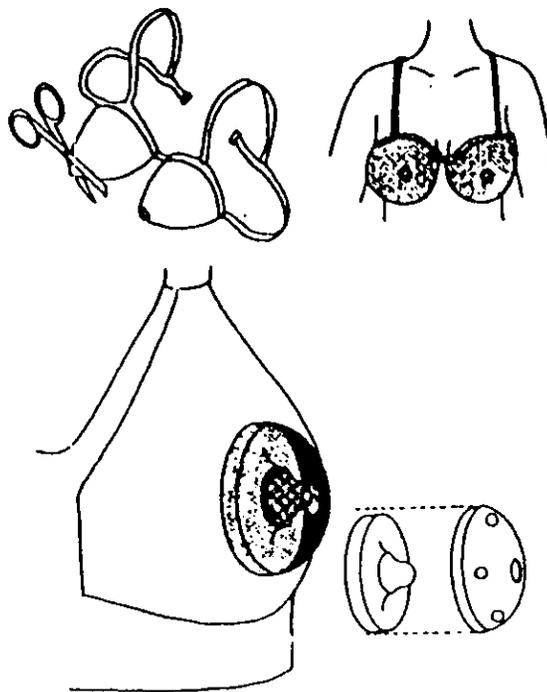
⁴¹ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. Cit. P. 45.

10.6.2 Pezonera

También llamados protectores o bubus ejercen una presión suave pero firme sobre la areola para lograr que el pezón sobresalga. Inicialmente se usan durante períodos cortos de tiempo, pudiendo llegar a usarse de 8 a 10 horas diarias. Los protectores de plástico deben tener orificios para permitir la circulación de aire, y evitar la acumulación de calor y húmeda que pueden dañar al pezón.

El uso de copas protectoras es útil pero costosas para pacientes de pocos recursos, se puede substituir perforando las puntas de ambas copas de un sostén; el orificio, del tamaño de un hojal permitirá sobresalir al pezón. (ver fig. no. 18)

FIGURA NO. 18
Pezoneras



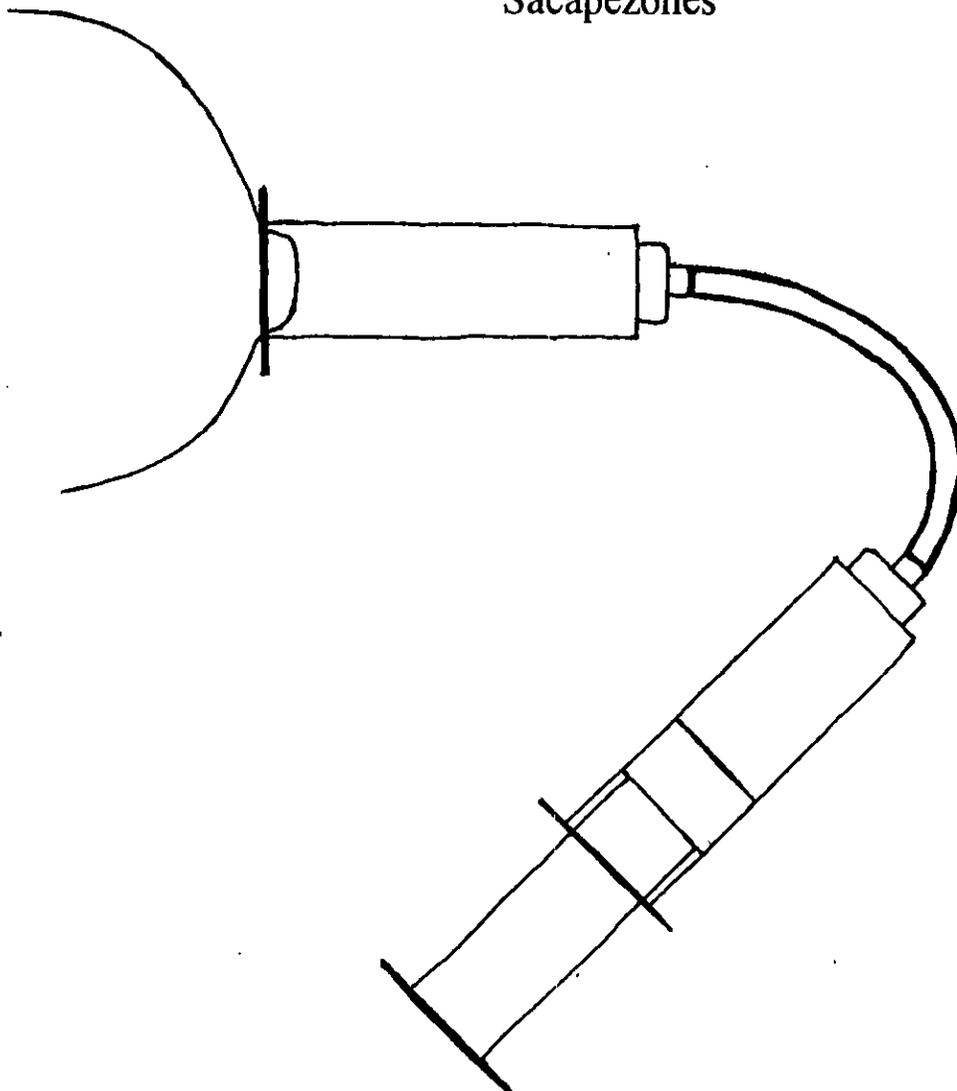
Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 45.

10.6.3 "Sacapezones"

También es útil el empleo de la doble jeringa o "sacapezones", jeringas desechables de 20cc interconectadas por una sonda foley del no. 14 ó sonda de alimentación con una longitud de aproximadamente 15 cm., a una de éstas jeringas se le retira el émbolo, se coloca en el pezón y se efectúa vacío para extraerlo repitiendo el procedimiento cuantas veces sea necesario.(ver fig. no. 19)

Este método puede utilizarse durante el desarrollo del embarazo pero es más recomendable para el posparto.

FIGURA NO. 19
"Sacapezones"



10.7 CUIDADOS DE LOS SENOS DURANTE EL EMBARAZO

Una de las cosas más naturales que puede hacer una madre es dar el pecho a su hijo; para eso es necesario prepararse bien y mantener una cuidadosa higiene.

El pecho es el protagonista de la lactancia y, por lo tanto, debe tratarse con esmerado cuidado. Así, se garantiza una tetada satisfactoria para el pequeño y un completo bienestar físico para la madre.

La subida de la leche, que se produce 2 ó 3 días después del parto, no debe tomar desprevenida a la madre. Desde los últimos tiempos del embarazo, la futura mamá puede hacer algo para preparar el pecho, antes de enfrentarse con la vigorosa succión del bebé. Veamos que puede hacer: un mes antes del parto, debe moldear el pezón, durante el noveno mes del embarazo, las mujeres que tienen el pezón un poco hundido (hacia adentro) pueden hacer una gimnasia especial para facilitar su salida. He aquí, se debe humedecer el pezón con un producto a base de aceite de almendras o germen de trigo, o bien untarlo con las cremas emolientes que se utilizan para evitar las estrías en el pecho y abdomen; manteniendo el pezón entre el pulgar y en índice estirarlo delicadamente hacia el exterior varias veces seguidas y hacerlos rotar (prueba de protractilidad). Esta acción los torna más suaves y elásticos y evita la molesta resequedad, esta operación debe realizarse todos los días.⁴²

También se recomienda para la preparación del pezón y la areola desde el principio del embarazo tratarlos con una crema especial, que tiene la función de fortalecer ésta parte tan delicada de la piel. Estas cremas contienen principios activos naturales (extractos de plantas como la aquilea o la caléndula) y se aplican mediante pequeños movimientos circulares de los dedos.

⁴² "Prepárate para dar el pecho". En: Consejos de mi bebé y yo. Ed.. Eurotrend. Año 1. Octubre. México, 1997. P. 29 y 30.

También es conveniente friccionar los pezones con un guante de crin o de fibra natural, tela suave, cepillo o toalla. Los masajes deben realizarse cuidadosamente, sin llegar a producir dolor y serán de corta duración, unos dos o tres minutos. Una estimulación excesiva de los pezones, sobre todo en los últimos días de embarazo, puede producir contracciones en el útero. También se recomienda que al finalizar del baño exponerlos al aire por unos minutos antes de vestirse, para que se sequen por completo y así evitar infecciones; con todo lo anterior se iniciaría con el programa de desensibilización de los pezones.

Existe un viejo remedio considerado válido para reforzar los pezones y prepáralos para la succión: consiste en friccionarlos cuidadosamente, cada tercer día, con alcohol y aceite de vaselina. El primero los hace más resistentes, mientras que el aceite los lubrica y crea una película impermeable que los protege de posibles escoriaciones y heridas.⁴³

Tampoco se aconseja usar jabón en el lavado de los senos durante el embarazo y lactancia ya que éste saponifica la grasa natural que produce el seno y conlleva a la resequedad y a su vez a las molestas grietas.

10.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO A LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO

La maternidad y paternidad constituyen una tarea de importancia vital, es quizá, la más difícil de todas las tareas humanas.

Los estados psicológicos y por tanto el papel de los padres evolucionara de acuerdo al crecimiento y desarrollo del bebé. En el caso de la madre, el proceso para lograr la identidad como tal puede tomar de tres a nueve meses, según las circunstancias que se presenten. Se debe

⁴³ "Grietas solución al dolor". En: Consejos de mi bebé y yo, Ed. Eurotrend. Noviembre. México, 1997. P. 16 y 18.

considerar y tratar a cada madre y familia en forma particular. Hay cuatro etapas importantes, en cuanto al estado emotivo en los padres:

a) Etapa de anticipación:

Comprende todo lo que han vivido la madre y el padre antes de que nazca el bebé. Durante ésta etapa se debe situar a los padres en la realidad, creándoles expectativas sólidas sobre su futuro hijo, y aconsejar que traten de reducir aspectos que causen angustia. Ambos padres deben darse cuenta de la importancia de apoyarse mutuamente en ésta etapa, y de vivir y afrontar las situaciones futuras.

b) Etapa formal:

El bebé nace y los padres experimentan la llegada del bebé como una crisis. La madre empieza a percibir a su hijo como un ser separado de ella, pero que depende totalmente de sus cuidados.

La madre se siente muy vulnerable, por causa de la disminución brusca de hormonas en su cuerpo, la responsabilidad del bebé, el cansancio del nacimiento, la gran demanda de atención del bebé, así como la inseguridad de poder alimentarlo; posiblemente necesitará ayuda física y emocional.

El padre puede sentir ambivalencia, incluso celos del niño, se debe procurar que participe activamente en los cuidados del bebé.

En ésta etapa hay que dar sugerencias concretas y sencillas, respetando la percepción de los padres respecto a la experiencia que están viviendo.

c) Etapa informal:

La madre comienza a relacionarse con personas que están pasando por la misma etapa que ella. Empieza a estar dispuesta a considerar otras opciones.

Es muy importante crear un clima de confianza para facilitar la aceptación de su nuevo papel.

d) Etapa personal:

La madre desarrolla un conjunto de comportamientos y actitudes que son apropiados para ella. Adquiere la identidad de "madre" y se siente capaz y cómoda con su papel de madre.⁴⁴

Con frecuencia las embarazadas desconocen la forma de prepararse para la lactancia. Ha sido comprobado que las mujeres amamantan por más tiempo y con menos problemas cuando son preparadas. La etapa prenatal es el mejor período para motivar y alentar a las madres a que amamanten a su bebé. Es importante enseñarle como prepararse para alimentar a su hijo y que hacer en caso de que se presenten algunos problemas; un punto importante es resolver dudas y creencias.

Durante las consultas prenatales se debe identificar las expectativas de la embarazada acerca de la lactancia, para aclarar dudas y adaptar la enseñanza a lo que ella solicite, procurar no saturar con información que no demande.

Es necesario que en ésta etapa se le pregunte a la futura madre: sus deseos de amamantar, tiempo que desea hacerlo, experiencias previas de amamantamiento y expectativas en relación al trabajo y la lactancia. La lactancia no es solamente instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta, influyen la observación durante la niñez, el medio familiar y social y la información que el personal de salud transmita a la mujer durante el embarazo. En ésta etapa la mujer es muy receptiva a todo aquello que sea mejor para su hijo.

10.9 CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DE LA GLÁNDULA MAMARIA DURANTE EL NACIMIENTO

10.9.1 Eje hipófisis- hipotálamo

⁴⁴ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. Cit. P. 107.

La hormona principal que fomenta la lactogénesis es la prolactina, que secreta el lóbulo anterior de la hipófisis como respuesta a la hormona de liberación de prolactina del hipotálamo. Aunque los niveles de prolactina aumentan conforme avanza el embarazo, no se secreta leche porque los estrógenos y progesterona hacen que el hipotálamo libere la hormona inhibidora de la prolactina. Después del nacimiento, el momento de la expulsión de la placenta se interrumpe tal inhibición, al reducirse las concentraciones de estrógenos y progesterona, en la sangre materna lo que permite la acción de la prolactina que aunado al estímulo de succión del pezón por parte del recién nacido, conducirá al aumento de prolactina y por consiguiente a la síntesis y producción láctea.

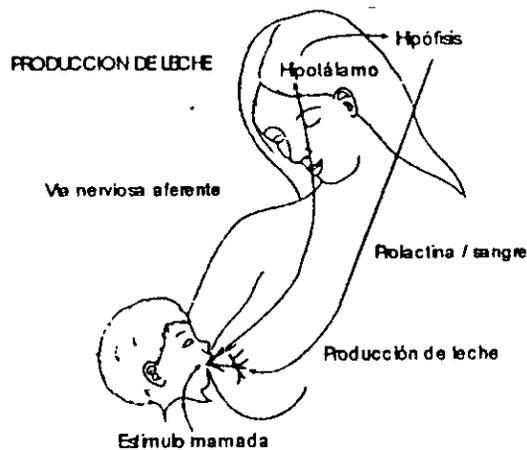
La expulsión de la leche normalmente se inicia por un reflejo neuroendocrino. El estímulo principal que mantiene la secreción de prolactina durante la lactancia es la succión por parte del lactante. Los receptores que intervienen son los táctiles, que son abundantes en las mamas, especialmente alrededor del pezón. Los impulsos generados por dicho acto en los receptores del pezón son transmitidos desde las vías somáticas táctiles hasta los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo, donde inhiben la liberación del factor inhibidor de prolactina, con lo que se libera esta última del lóbulo anterior de la hipófisis. Además, el acto de succionar desencadena impulsos que viajan al lóbulo posterior de la hipófisis por mediación del hipotálamo y estimula la liberación de la oxitocina, hormona que induce la contracción de ciertas células que rodean la pared externa de los alvéolos mamarios, con lo que se comprimen estos últimos. La contracción hace que la leche descienda de los alvéolos a los senos y conductos lactíferos, de los cuales la succionará el lactante. (ver fig. no. 20)

Estos procesos se les llama reflejos productor de leche y de vaciamiento o eyecto-lácteo, respectivamente.

10.9.2 Galactopoyesis

Bajo el estímulo de la progesterona, la prolactina y otras hormonas durante la gestación, en la madre se va estableciendo la capacidad de producir leche, proceso que se denomina lactogénesis. Esto quiere decir que desde ésta etapa, la madre está en capacidad de producir leche, aunque el fenómeno de la lactopoyesis, equivalente a que la leche se produce, se almacena en los conductos galactóforos y fluye si se succiona o se extrae, no ocurre sino hasta que sucede el nacimiento.

FIGURA NO. 20
Eje hipófisis-hipotálamo



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 32.

Galactopoyesis o lactopoyesis es el mantenimiento de la producción de la leche por la interacción de la prolactina y la oxitocina.

Después del nacimiento, se inicia la disminución de la concentración de prolactina hasta la que había antes de la gestación, pero cada vez que la madre amamanta al lactante se transmiten impulsos nerviosos de los pezones al hipotálamo, mismos que causan la secreción de la hormona de liberación de prolactina y la decuplicación en la de prolactina por parte del lóbulo anterior de la hipófisis. La prolactina actúa en las glándulas mamarias de modo que estas generen leche para la toma siguiente. Para que se sostenga la secreción láctea y se mantengan niveles elevados de prolactina, es indispensable el vaciamiento adecuado y frecuente de la mama. Para ello, la madre debe amamantar por lo menos 8 veces en 24 horas, en los primeros meses.

En caso de que éste incremento en la prolactina se vea bloqueado por lesiones o enfermedades, o que se interrumpa el amamantamiento, las glándulas mamarias van perdiendo gradualmente su capacidad para secretar leche. La introducción de alimentos complementarios disminuye la frecuencia de las tetadas, su duración y por consiguiente el nivel de prolactina plasmática y la producción de leche. Sin embargo, la secreción de leche puede continuar por espacio de varios meses si ocurre lo propio con la succión de la misma. La secreción de leche normalmente disminuye al cabo de 7 a 9 meses.

10.10 CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA

Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar la alimentación del recién nacido y lactante con leche humana, a través del seno materno u otro medio. Es el método de nutrición que contribuye más efectivamente al desarrollo físico y mental del niño, ya que por su composición proporciona todas las sustancias nutritivas que los recién nacidos necesitan durante los primeros seis meses.

La lactancia materna puede ser:

a) Lactancia materna completa: es la alimentación del bebé exclusivamente con leche materna proporcionada directamente del seno materno.

b) Lactancia materna exclusiva: es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquidos o sólidos.

c) Lactancia materna no exclusiva: es la alimentación del bebé con leche materna, pero brindando otro tipo de alimentos, té o agua, entre las tetadas. La lactancia no exclusiva puede ser:

* Alta: cuando el 80% del total de tetadas, son con seno materno

* Media: cuando se da seno materno entre el 20 y 79% de las tetadas

* Baja: cuando se da seno materno en menos del 20% de las tetadas.⁴⁵

Leche humana es el fluido biológico producto de la secreción glandular externa de las mamas de la mujer para nutrir al recién nacido hasta que sea capaz de digerir y asimilar directamente otros alimentos. Contiene carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas), calcio, fósforo, vitaminas, componentes que hacen de la leche humana el alimento ideal y completo para el recién nacido.

Lactancia materna a libre demanda, es la alimentación que se brinda cada vez que el bebé lo solicita. Esto es, sin límites de horario y sin excluir la alimentación nocturna.

Lactación es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a amamantar, criar con leche, como a alimentarse con leche; en la lactación hay por lo menos dos protagonistas, la madre y la cría, ambos lactan y de ambos se dice que son lactantes.

⁴⁵ Ibidem. P. 23.

Lactancia es el período de la vida en que la madre y/o cría practican la lactación.

10.11 COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y VARIACIONES NORMALES

Las variaciones normales de la composición de la leche humana dependen de diversos factores como lo son: edad de gestación en que ocurrió el nacimiento, intervalo entre embarazos previos, etapa de la lactancia, hora del día, también hay diferencias entre las glándulas mamarias de una misma madre, intervalo entre tetadas, momento de la tetada, fuerza de la succión, alimentación y nutrición de la madre.⁴⁶

Al analizar la composición de la leche humana se deben diferenciar las características particulares de cada etapa por las que evoluciona, y son:

* **Precolostro:** desde el tercer mes de gestación la glándula mamaria produce esta sustancia llamada precolostro ésta formado por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

* **Calostro:** es un líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad específica alta que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml. al día, en el transcurso de los 3 primeros días y esta en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene el 87% de agua; 58 kcal./100 ml.; 2.9 g/100 ml. de grasa; 5.3g/100 ml. de lactosa, y 2.3g/100 ml de proteínas. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido.

⁴⁶ *Ibidem.* P. 33.

El pH del calostro es aproximadamente de 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico.

* Leche de transición: se produce entre el 4o. y 10o. día posparto. En comparación al calostro ésta leche presenta un aumento de contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles; y disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente, y se estabilizan alrededor de los 14 días posparto, con un volumen de 600 a 750 ml/día.

* Leche madura: se produce a partir del 10o. al 14o. día posparto, con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Sus principales componentes son:

El agua constituye el 90% lo que hace de la leche humana un alimento comparativamente diluido.

Los carbohidratos representan 7.3% del total de los componentes de la leche; el principal azúcar es la lactosa (disacárido compuesto de glucosa y galactosa), pero existen más de 50 carbohidratos que constituyen el 1.2% de la leche. Todos éstos carbohidratos y glucoproteínas poseen un factor que favorece el desarrollo de lactobacilos Bifidus.

Los lípidos varían del 2.1 al 3.3% de los componentes de la leche; es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia, las variaciones se presentan al inicio y final de la tetada, en la mañana y en la noche y según la dieta de la madre. El mayor componente son los triglicéridos también contiene fosfolípidos y colesterol.

Recientemente se ha demostrado la presencia de 2 ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoleico y el decahexanoico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.

Las proteínas constituyen el 0.9% de la leche; el mayor porcentaje corresponde a caseína con un 40% (0.25 g/100 ml.) y el 60% restante a proteínas del suero: lactoalbumina 0.26 g/100 ml., lactoferrina 0.17 g/100 ml. y lisozima 0.05 g/ml.⁴⁷

Existen también otras proteínas en concentraciones bajas como hormonas y factores de crecimiento.

Como parte del nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres entre ellos la taurina (27-67 nM/dL), aminoácido que el recién nacido no es capaz de sintetizar y es necesario para conjugar los ácidos biliares, además de funcionar como neurotransmisor.

La leche humana contiene todas las vitaminas. De vitamina A la leche madura de madres bien nutridas contiene 1898 UI/l., 40-70 n mg/dL. de retinol y 20-40 mg/dL. de carotenoides principalmente los beta-carotenos. De vitamina K la leche humana tiene niveles bajos 2 mg/l. La concentración promedio de tiamina es de 0.23 mg/l., de riboflavina 0.48 mg/1000 kcal., de niacina 1.5 mg/l., de triptofano 210 mg/l., de vitamina B6 el contenido es bajo, de biotina el contenido fluctúa de 3-20 mg/l., de ácido pantoténico la concentración varía de 1-5 mg/día y de ácido fólico de 2.9-68 mcg/l.

Las cantidades de minerales, oligoelementos y electrolitos que se encuentran en la leche humana son suficientes para las necesidades del lactante. En promedio el contenido de calcio es de 241-340 mg/l. El contenido de fósforo en la leche humana es de 14 mg/100 ml. La relación Ca/P es de 2.3/l. El contenido de magnesio es de 30 mg/día. El de hierro es de 1.5 mg/l. La cantidad de zinc es en promedio de 2 mg/día, de selenio de 13 mg/día, de cobre 0.23 mg/día, de sodio 0.7 g/100 ml. y 1.3 g/100 ml. de potasio.

⁴⁷ *Ibidem.* P. 34.

Las propiedades protectoras de la leche humana se deben a que entre sus componentes se encuentran factores humorales y celulares.

Entre los factores humorales se encuentran: las inmunoglobulinas (Ig's), aunque su concentración es mayor en el calostro, la más importante es la Ig A secretora la cual proporciona protección local intestinal contra virus como polivirus y bacterias del tipo E. Coli y V. Cholerae.

La Ig E y la Ig M se encuentran en concentraciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus, por ejemplo: Citomegalovirus, Sincisial respiratorio y Rubéola.

La leche materna también estimula la producción de Ig A secretora del niño.

Se ha determinado que parte de la inmunidad específica contra ciertas bacterias dependerá de la exposición materna a los microorganismos.

El factor Bífido es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve la colonización intestinal de lactobacilos en presencia de lactosa. Esto produce un pH intestinal bajo que inhibe la colonización de gram negativos y hongos. En el recién nacido pretérmino disminuye la incidencia de septicemia y enterocolitis necrosante entre otras infecciones.

La lisozima es un encima que actúa como bacteriostático en bacterias gram positivas y enterobacterias.

La lactoferrina es una proteína unida al hierro que tiene un efecto bacteriostático importante en contra de Estafilococos, E. Coli y Cándida Albicans, mediante deprivación del hierro que requieren para su crecimiento.

Los factores de complemento son proteínas cuyos componentes C3 y C4 están presentes en el calostro, tiene un papel importante en la lisis bacteriana uniéndose a anticuerpos específicos.

La proteína unida a vitamina B12 impide su disponibilidad para el crecimiento de E. Coli y bacteroides.

Dentro de los factores humorales también se encuentran los gangliósidos, glucolípidos que inhiben las toxinas de E. Coli y V. Cholerae. Los gangliósidos de la leche humana pueden ser una protección importante en contra de agentes productores de endotoxinas.

Además de los factores humorales se encuentran una variedad de factores celulares con acción protectora. Entre los más importantes se encuentran: Los macrófagos, actúan principalmente fagocitando hongos y bacterias, son productores de C3 y C4, lisozima y lactoferrina. Participan en la síntesis y excreción de lactoperoxidasa y de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio del intestino delgado y la acción de sus enzimas.

Los polimorfonucleares se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las seis semanas; su función protectora se ejerce principalmente sobre la piel de la mama y junto con los linfocitos T, neutrófilos y células epiteliales proporcionan beneficios inmunológicos.

* Leche humana prematura: se denomina leche humana prematura a la que la madre produce cuando el niño nace antes de las 36 semanas de gestación.⁴⁸

Comparada con la leche secretada cuando la gestación llega a término. Ambas leches tienen una composición semejante, pero algunos

⁴⁸ Samuel, Fuentes Huerta. et. al. "Lactancia y prematuridad". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. p. 58.

componentes muestran marcadas diferencias en su concentración, tanto más cuanto más pretérmino es el nacimiento.

Durante las primeras 2 semanas en la leche humana prematura, el contenido de proteínas es de 1.7 a 2.4 g/dl., 20% más que las presentes en leche de la misma edad pero de término. La relación entre proteínas del suero y caseína es de 80:20 al inicio de la lactancia y de 60:40 después del primer mes. En el calostro las proteínas del suero constituyen el 80% del total de las proteínas y disminuyen hasta 65% en la leche madura. (ver cuadro no. 8)

CUADRO NO. 8
Composición de la leche humana prematura y de término

COMPONENTE	PREMATURA	DE TERMINO
ENERGIA (kcal)	71.0 ± 8	62.0 ± 5
PROTEINAS (g)	1.86 ± 0.19	1.7 ± 0.18
	2.17 ± 0.12	1.57 ± 0.05
	2.39 ± 0.16	1.97 ± 0.14
LIPIDOS (g)	4.30 ± 0.90	3.00 ± 0.56
LACTOSA (g)	5.63 ± 0.10	6.00 ± 0.48
SODIO (mg)	0.31 ± 0.09	0.29 ± 0.09
CALCIO (mg)	0.28 ± 0.05	0.28 ± 0.04
FOSFORO (mg)	0.16 ± 0.03	0.15 ± 0.02

Fuente: Samuel, Flores Huerta. "Lactancia y prematuridad". en: Cuadernos de nutrición, edición especial Lactancia. agosto. México, 1993. p. 60.

De los hidratos de carbono la lactosa representa el 95%, el resto lo forman pequeñas cantidades de galactosa, fructuosa y oligosacáridos. El calostro de la leche humana prematura contiene 4 g/dl. de lactosa se incrementa a 7 al mes de lactancia; este disacárido facilita la absorción de calcio, promueve la colonización por *Lactobacillus Bifidus* y cubre hasta 40% de las necesidades energéticas del neonato. La galactosa, producto de la degradación de éste disacárido forma parte de los galactolípidos necesarios para el desarrollo del sistema nervioso central del neonato.

Los lípidos en el calostro de la leche humana prematura alcanzan 2 g/dl. incrementándose hasta 4 a 4.5 a los quince días de lactancia. Están formados por triacilglicérols que contienen hasta 57% de ácidos grasos polinsaturados y cubren del 35 al 50% del requerimiento energético del lactante. La concentración y naturaleza de los lípidos y ácidos grasos de la leche, varían según la composición corporal, dieta de la madre, según la hora del día y según el momento de la tetada, la leche del inicio de la tetada es pobre y la final es rica en lípidos.

10.11.1 Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido

La recomendación nutrimental se define como la cantidad aconsejable de un nutrimento, que con base en el conocimiento científico, se ha juzgado adecuada para cubrir con seguridad las necesidades de las personas sanas.

Los requerimientos nutrimentales se apoyan en algunas evidencias: a) estudios sometidos en sujetos a dietas bajas o deficientes de algún nutrimento, seguido por la corrección del déficit con una cantidad conocida del mismo. b) estudios de balance que miden la relación entre la ingesta y las pérdidas, c) mediciones bioquímicas de saturación tisular o adecuación de función molecular en relación a ingesta de nutrimentos, d) ingesta en lactantes alimentados exclusivamente al pecho materno, e)

observaciones epidemiológicas del estado de nutrición de poblaciones en relación a la ingesta y f) en algunos casos extrapolación de información en animales de experimentación.⁴⁹

La lactancia es un período de extrema dependencia y vulnerabilidad; también es un período en que las necesidades nutricias están en su punto máximo. El ritmo de crecimiento durante ésta etapa es más acelerado que en cualquier otra etapa de la vida, y el volumen de alimento que se puede consumir razonablemente cada día es limitado. Debido a estas consideraciones, el objetivo primario de la alimentación infantil consiste en proporcionar suficientes calorías y nutrientes para fomentar el crecimiento y desarrollo óptimos.

Sin embargo, no siempre existe acuerdo entre los expertos en el criterio para determinar el requerimiento nutrimental en el niño, puede ser aquel que mantendrá un crecimiento y desarrollo satisfactorios. Para ciertos nutrientes, el requerimiento puede ser la cantidad que prevendrá la falla de una función específica o el desarrollo de un signo de deficiencia. Las recomendaciones nutrimentales no se refieren a los requerimientos mínimos ni al nivel óptimo de un nutriente indispensable. Proporcionan un nivel de seguridad y adecuación.

Debido a que la leche materna se considera suficiente para cubrir los requerimientos nutrimentales de un lactante sano los primeros seis meses de vida, el cálculo de las recomendaciones nutrimentales se dirigen a recién nacidos y lactantes que no reciben exclusivamente leche materna, y son:

* Energía: la recomendación nutrimental durante los primeros seis meses de edad es de 108 kcal/kg/día.

⁴⁹ Edgar M., Vásquez Garibay. "Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido". Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Vol. 49. No. 12. Diciembre. México, 1992. p. 861.

En prematuros se requieren 50 a 55 kcal/kg/día para cubrir metabolismo basal y actividad. La ganancia de peso que incluye la energía acumulada en el nuevo tejido más el costo energético de la síntesis requiere 4.9 a 5.6 kcal/g. Por lo tanto, una ganancia de 15 g/kg/día requerirán de 73 a 85 kcal/kg/día.

* Proteínas: el promedio de incremento en proteína corporal es de 3.5 g/día, los primeros cuatro meses de vida. Durante este período, los requerimientos se basan en la ingesta de leche. La ingesta de proteínas de lactantes alimentados al pecho materno es de 2.43 g/kg/día en el primer mes y 1.51 g/kg/día, al cuarto mes, con un promedio de 2.04 g/kg/día los primeros tres meses y 1.73 g/kg/día, los siguientes tres meses.

En el prematuro de 800 a 1200 grs. de peso, la recomendación nutrimental es de 4.0 g/kg/día, o 3.1 g/100 kcal. En el prematura de 1200 a 1800 grs. es de 3.2 g/kg/día o 2.7 g/100 kcal.

* Vitaminas

Vitamina A: si aceptamos una concentración de 40 mg/dl de retinol y un consumo de 750 ml de leche materno, la recomendación nutrimental sería de 300 mg/día, para lactantes menores de seis meses.

Vitamina D: algunos autores han cuestionado si la leche humana contiene suficiente vitamina D para prevenir raquitismo en ausencia de exposición a la luz solar. Para dar un buen margen de seguridad, la recomendación nutrimental del National Research Council (NRC) es de 7.5 mg (300 UI) de vitamina D durante los primeros seis meses de vida. Los lactantes alimentados exclusivamente al seno materno y no expuestos a rayos solares necesitan de 5 a 7 mg (200 UI) como suplemento.⁵⁰

⁵⁰ Ibidem. p. 862.

Vitamina E: la recomendación nutrimental que aconseja es de 3 mg de vitamina E desde el nacimiento a los seis meses de edad, se basa en información sobre la concentración de tocoferol en leche humana.

Los prematuros presentan problemas diferentes de los recién nacidos de término. Debido a sus reservas escasas de tocoferol, a la absorción intestinal reducida y a la velocidad de crecimiento relativamente mayor en esos niños, es más difícil mantener un estado normal de vitamina E. Así, puede ser necesaria una suplementación oral de 17 mg de vitamina E (todo-rac-alfa-tocoferol) al día, durante los primeros tres meses de edad.

Vitamina K: el recién nacido de término tiene niveles plasmáticos bajos de protrombina. algunos responden al tratamiento con vitamina K, sin embargo, otros factores como la inmadurez hepática pueden intensificar la hipoprotrombinemia.

La leche humana tiene niveles bajos de vitamina K (2 mg/l.) y la flora intestinal del recién nacido es limitada. Por lo tanto, quienes son alimentados exclusivamente al seno materno y no reciben profilaxis con vitamina K, se encuentran en un riesgo mayor de desarrollar hemorragia intracraneana.

Se recomienda la ingesta de 5 m/día, filoquinona o menaquinona, los primeros seis meses. Los recién nacidos necesitan rutinariamente un suplemento de vitamina K, intramuscular, para prevenir hemorragia.

La dosis usual es de 0.5 a 1.0 mg. Las fórmulas infantiles deben contener 4 mg/100 kcal de vitamina K.

Vitamina C: Los lactantes alimentados al seno materno y con fórmulas cuya ingesta es de 7-12 mg/día de ácido ascórbico están protegidos del escorbuto. La recomendación del NRC es de 30 mg/día, durante los primeros seis meses de vida.

Tiamina: la información sobre requerimientos de tiamina en el lactante es limitada. Estudios del contenido de tiamina en leche humana sugieren que el requerimiento mínimo diario para proteger contra la deficiencia es de 0.17 mg/día. Se basa en la concentración promedio de tiamina en leche humana de 0.23 mg/l. La recomendación nutrimental es de 0.3 mg/l. o 0.4 mg/1000 kcal. En niños prematuros la recomendación es similar.

Riboflavina: la deficiencia de ésta vitamina puede producir inhibición del crecimiento. La recomendación nutrimental es de 0.6 mg/1000 kcal para lactantes, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Ésta cantidad es discretamente superior al contenido en leche materna de 0.48 mg/1000 kcal.

Niacina: no hay información sobre los requerimientos de niacina en niños, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Se conoce que la leche humana contiene 1.5 mg de niacina y 210 mg de triptofano por litro.

Esto suministra 3.7 equivalentes de niacina por 1000 kcal. La recomendación nutrimental para lactantes alimentados con fórmulas infantiles es de 8 equivalentes de niacina por 1000 kcal.

Vitamina B6: el contenido de vitamina B6 y la proporción de vitamina /proteína es generalmente baja en leche de madres no suplementadas. Existe evidencia de vitamina B6 en lactantes alimentados al seno materno cuya ingesta es menos a 2 mg/día y cuya leche contiene menos de 0.1 mg/día. la recomendación nutrimental del NRC es de 0.3 mg/día, durante los primeros seis meses.

Folato: aunque el folato en suero del recién nacido es tres veces mayor que el materno, sus reservas corporales son pequeñas y rápidamente depletan por los requerimientos para el crecimiento, sobre todo en niños prematuros. Los recién nacidos de término tienen las reservas más altas

de folato. Son suficientes 3.5 *mg/kg/día*, de folato en lactantes hasta los dos años de edad.

Vitamina B12: no existe deficiencia de vitamina B12 en lactantes alimentados al seno materno de madres con adecuados niveles séricos de vitamina B12. La recomendación del NRC es de 0.3 *mg/día*.

Biotina: existe mucha variabilidad en el contenido de biotina en leche humana, fluctúa de 3 a 20 *mg/l*. La recomendación nutrimental es de 10-15 *mg/día*, para lactantes alimentados con fórmula.

Ácido- pantoténico: debido a que los reportes del contenido de ácido pantoténico en leche humana varía de 1 a 5 *mg/día*, la recomendación nutrimental para lactantes es de 2-3 *mg/día*.

* **Minerales:**

Calcio: los lactantes crecen sanos con un promedio de 240 mg de calcio contenidos en 750 ml de leche humana. Con un coeficiente de variación de 25% y una retención de Ca en fórmulas de la mitad de leche humana, se acepta una recomendación nutrimental de 400 *mg/día*, durante los primeros seis meses de vida.

Fósforo. la recomendación nutrimental de fósforo se basa en la relación de Ca/P de 1.3 a 1 en los primeros seis meses y es de 300 *mg/día*.

Magnesio: no hay datos sobre requerimientos de magnesio en el lactante. En los primeros seis meses de vida recibe de la leche materna 30 *mg/día*. Para permitir una variabilidad en crecimiento, la recomendación nutrimental es de 40 *mg/día* en éste período.

* **Oligoelementos:**

Hierro: las reservas de hierro en el recién nacido de término pueden mantener sus niveles de hemoglobina con leche materna, sin necesidad de otras fuentes, durante los tres primeros meses de edad. Por lo tanto, el lactante no alimentado al seno, deberá recibir una ingesta de hierro elemental de 1 mg/Kg/día, desde el nacimiento hasta los tres años de edad.⁵¹

Los prematuros con peso de 1000 a 2000 g, necesitan 2 mg/Kg de peso al día de hierro elemental en forma de sulfato ferroso cuando hayan doblado el peso al nacer. Prematuros con peso menor de 1000 g pueden requerir 3-4 mg/Kg/día, una vez que han doblado su peso. El suplemento con hierro debe continuar los primeros 12 a 15 meses de vida. La suplementación se da tanto a prematuros alimentados con leche materna como con fórmula. Los que reciben leche materna y hierro requieren una suplementación adicional de 4-5 mg/día de vitamina E.

Zinc: los recién nacidos de término que consumen sólo leche humana no muestran signos de deficiencia de zinc. Por lo tanto, su requerimientos deben cubrirse con el zinc de la madre más su reserva hepática. Durante el primer mes de vida, el lactante consume un promedio de 2 mg/día. Por otra parte, el requerimiento de zinc del lactante que consume fórmula es mayor debido a su baja biodisponibilidad. La recomendación del NRC es de 5 mg/día, de zinc en niños alimentados con fórmula. Prematuros que reciben nutrición parenteral total (NPT) requieren 500 mg/Kg/día, y alimentados con fórmula de 400-600 mg/Kg/día.

Iodo: la recomendación nutrimental de Iodo en el lactante es similar a la del adulto. Prematuros que reciben NPT y fórmula requieren 1-2 y 4 mg/Kg/día respectivamente.

Selenio: los requerimientos de mantenimiento de Selenio para lactantes son extrapolados del adulto y sería de 5 mg/día, desde el

⁵¹ Ibidem. p. 863.

nacimiento hasta los 6 meses de edad. Para favorecer el crecimiento, estas cifras se elevan a 13 *mg/día*, durante los primeros 6 meses de vida. Prematuros que reciben NPT requieren 1-2 *mg/Kg/día*, y alimentados con fórmula 1.5-2.5 *mg/Kg/día*.

Cobre: la ingesta diaria de cobre en lactantes exclusivamente alimentados al seno materno es de 0.23 *mg*, durante los primeros 4 meses de lactancia ó aproximadamente 40 *mg/Kg/día*. La Academia Americana de Pediatría (AAP) a recomendado que la fórmula suministre 60 *mg/100 Kcal*, que sería aproximadamente de 0.4 *mg/día*. Prematuros que reciben NPT requieren 22-34 *mg/Kg/día* y alimentados con fórmula 40 *mg/Kg/día*.

Manganeso: poco se sabe sobre los requerimientos de manganeso en el lactante. Cosey y cols. calcularon el promedio diario de ingesta de manganeso en leche humana durante el primer mes de vida y fue de 2 *mg*, siendo consideradas cifras muy bajas. De otros estudios, se ha calculado la recomendación nutrimental en 0.3 a 0.6 *mg/día*. Prematuros que reciben NPT requieren 2-10 *mg/Kg/día* y alimentados con fórmula 10-20 *mg/Kg/día*.

Flúor: los lactantes que reciben leche materna y fórmulas líquidas o concentradas con agua no fluorada, reciben poco flúor. En ellos, la AAP recomienda 0.25 *mg/día*, desde las dos semanas de vida.

Cromo: la recomendación nutrimental en el adulto es de 50-200 *mg/día*, no se conocen los requerimientos en el niño. Prematuros que reciben que reciben NPT requieren 0.2-0.3 *mg/Kg/día* y alimentados con fórmula 2-4 *mg/Kg/día*.

Molibdeno: no hay información sobre los requerimientos en lactantes. En escolares y adultos la recomendación es de 75-250 *mg/día*. Prematuros que reciben NPT requieren 1-2 *mg/Kg/día* y alimentados con fórmula 2-3 *mg/Kg/día*.

* Agua y electrolitos:

Agua: los recién nacidos y lactantes menores de 4 meses requieren proporcionalmente más agua que los niños mayores, esto se debe a mayor área de superficie por unidad de peso corporal, porcentaje elevado de agua corporal, mayor velocidad de recambio, capacidad limitada de los riñones para manejar la carga de solutos de la ingesta elevada de proteínas para crecimiento, y a la mayor susceptibilidad a la deshidratación severa. La recomendación nutrimental sería de 1.5 ml/Kcal de gasto energético. Esta cifra corresponde a la proporción de agua/energía en la leche materna.

Sodio: los requerimientos de sodio en los 3 primeros meses es de 0.5 mmol/Kg/día (11.5 mg/Kg/día). Por la gran capacidad reguladora del riñón, se ha fijado en 23 mg/Kg/día. La leche materna provee 27 mg/Kg/día, desde el nacimiento hasta los 2 meses, y 18 mg/Kg/día de los 3 a 5 meses. Excepto para el prematuro, la leche materna provee suficiente sodio los primeros meses de vida. El lactante alimentado con fórmula recibe 100-300 mg/día de sodio. Prematuros menores de 30 semanas de edad gestacional y una semana de vida posnatal y prematuros de 30 a 35 semanas de gestación requieren de 3-8 mmol/Kg/día de sodio. Prematuros menores de 30 semanas y con menos de una semana de vida posnatal requieren menos de 3 mmol/Kg/día. La ingesta de sodio deberá estar en el límite inferior en prematuros que reciben menos de 130 ml/Kg/día de agua.

Potasio: calculando que se necesitan 70 mmol de potasio por Kg de peso ganado, el requerimiento para lactantes es de 65 mg/día. Se ha calculado que 78 mg/100 Kcal (2 mmol) de potasio mantienen un balance adecuado. Los prematuros requieren 1-3 mmol/Kg/día.

10.12 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

10.12.1 Para el bebé

* Nutricionales:

Digestibilidad: la leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa, así como una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de la leche de vaca en la que predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digeribles.

Contiene una notable cantidad de enzimas, como la lipasa, que permite iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente gracias a su activación por las sales biliares del niño.

Absorción: debido a que la absorción de los nutrientes es superior a los de la leche de vaca, los niños amamantados durante los primeros 6 meses de vida no presentan deficiencias nutricionales.

En la leche humana el 10% de los carbohidratos son oligosacáridos de fácil absorción, característica que la hace especialmente adecuada para los prematuros.

Los contenidos de calcio y fósforo son los menores que los de la leche de vaca y los niños que son amamantados en forma exclusiva rara vez presentan raquitismo, debido a su buena absorción.

La absorción de hierro de la leche materna es más eficiente que la de la leche de vaca o el de fórmulas industrializadas, habiéndose encontrado valores anormales de hierro en niños alimentados artificialmente, en contra de las cifras normales de los niños alimentados con leche materna.

La absorción de zinc es esencial en el humano como activador enzimático y como parte de la estructura enzimática, ésta presente en la leche humana, encontrándose además que los niveles séricos de zinc no disminuyen con la edad.

Las concentraciones plasmáticas de otros elementos, son adecuadas debido a su biodisponibilidad en la leche materna, ésta biodisponibilidad no es comparable con las leches industrializadas.

Bioquímica: se han descubierto los siguientes nutrientes vitales para el hombre: el ácido linoleico que es un ácido graso esencial para el ser humano.

Los ácidos grasos de cadena larga, son necesarios para la estructura del sistema nervioso central y la membrana eritrocitaria.

La taurina, virtualmente ausente en la leche de vaca y adicionada en algunas fórmulas, es un aminoácido importante para la conjugación de ácidos biliares y en el desarrollo del sistema nervioso central, aparentemente neurotransmisor o neuromodulador en el cerebro y la retina, y en el caso del recién nacido especialmente en el prematuro, es considerada como esencial.

Contiene compuestos nitrogenados de origen no proteico en la síntesis proteica. La carnitina presente en la leche humana y ausente en la leche de vaca y en cantidades insuficientes en preparados comerciales, es esencial en la síntesis de ácidos grasos necesarios para cubrir las altas demandas, principalmente del cerebro y corazón.

Contienen diferentes hormonas que pasan directamente de la madre, con efecto positivo en la fisiología del recién nacido, así como enzimas importantes para el desarrollo neonatal, que facilitan la absorción intestinal de nutrientes y con función inmunológica.

Existe así mismo, evidencia de que las respuestas endocrinas son diferentes entre los niños alimentados de una u otra forma.

Líquidos y electrolitos: el recién nacido tiene una carga renal de solutos menor y por lo tanto, una densidad específica de la orina baja gracias a la concentración de electrolitos, la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades hidroelectrolíticas, 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 fórmula con frecuencia presentan estreñimiento.

* Protección contra enfermedades infecciosas:

Una de las ventajas más importantes es la protección inmunológica contra algunas enfermedades, lo que disminuye la morbilidad y mortalidad infantiles. Ésta protección también se observa en menor medida en los que son alimentados parcialmente.

La prevención de la diarrea, conferida a los componentes de la leche, se refuerza por la disminución a la exposición de los gérmenes presentes en utensilios, líquidos o alimentos contaminados.

Cuando los niños alimentados llega a enfermar, tienen cuadros más leves y no impiden continuar con la leche materna. De hecho, aquellos que continúan amamantando durante el tratamiento con soluciones de hidratación oral, tienen menos número de evacuaciones y se recuperan más fácilmente.

La leche materna estimula el desarrollo de flora bacteriana adecuada en el intestino, la cual causa evacuaciones ligeramente ácidas. Ésta acidez junto con los factores de protección que son: a) celulares

(macrófagos, linfocitos, neutrófilos y células epiteliales) y b) humorales (inmunoglobulinas, IgA secretoria, IgG, factor bífido, lizosima, lactoferrina, interferón, y lipasa), inhiben el crecimiento de bacterias, hongos y protozoarios.

Las infecciones en que ejerce efecto protector son: entéales, respiratorias, otitis media, meningitis, enterocolitis necrosante y caries.

* Protección en enfermedades no infecciosas.

Las proteínas de la leche humana no son reconocidas como ajenas en el organismo del recién nacido, evitando los problemas alérgicos y eczema.

Además impiden la exposición y absorción de proteínas extrañas presentes en leches de otros tipos.

Se ha informado que también disminuye la frecuencia de diabetes juvenil, linfoma y mala oclusión.⁵²

10.12.2 Para la madre

* En el puerperio inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia, estimulando la contracción e involución uterina.

* Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y cervicouterino.

* Disminuye riesgo de padecer osteoporosis.

* Disminuye efectos secundarios del Dispositivo Intrauterino (DIU), en caso de tenerlo.

⁵² Manuel de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. cit. p. 25 y 26.

* Favorece la relación madre e hijo; el vínculo que se establece como resultado del comportamiento primario se facilita (favoreciendo una mejor relación entre madre-hijo).

Esta madres tocan y hablan más a sus bebés, el contacto frecuente de los niños con sus madres, los hace felices y satisfechos por lo tanto lloran menos. También las madres responden con mayor rapidez al llamado de sus bebés e identifican mejor sus necesidades.

* El contacto precoz guarda relación con una mayor cantidad de leche, menos infecciones, mejor crecimiento, y mejor regulación de la temperatura corporal del lactante.

La actitud de la madre es importante en su lactancia ya que las madres que desean amamantar tienen más éxito y su estado emocional puede influir fisiológicamente en la lactancia materna de varias maneras: 1) disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas, y por lo tanto de la secreción láctea; 2) adoptando actitudes desfavorables, como por ejemplo la limpieza excesiva de las mamas y 3) bloqueando el reflejo de baja de la leche.

Por lo tanto es igual de importante la calidad del amamantamiento como el tiempo de duración.

El niño que es amamantado con biberón, definitivamente no tiene las mismas experiencias emocionales que el amamantado al seno, ya que los estímulos son diferentes tanto para la madre como para el bebé, la influencia de hormonas también difiere entre la que amamanta al pecho y la que lo hace de manera distante a través de un botella de vidrio o plástico y un chupón de hule. En un estudio realizado se encontraron más problemas de atención y adaptación social entre los alimentados con fórmula.(ver cuadro no. 9)

CUADRO NO. 9 Diferencias psicoafectivas

Aspectos	Lactancia Materna	Artificial
Vínculo madre-hijo	muy alto	bajo
Adaptación social	muy alta	baja
Desarrollo psicomotor	mejor	menor
Problemas de atención	bajo	alto

Fuente: manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 27.

* Fertilidad: El efecto anticonceptivo de la lactancia materna se ha demostrado que es "dosis dependiente", esto es a mayor succión, mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio y amenorrea de la lactancia.

Para inhibir la ovulación por completo, el estímulo de la succión debe repetirse día y noche. Si esto no ocurre debido a interrupciones de cualquier tipo, como sucede con el uso de biberones o chupones y la administración de comidas suplementarias, se reduce la eficacia anticonceptiva del amamantamiento.⁵³

10.12.3 Para la familia

⁵³ Ibidem. P. 26 y 27.

* Unión familiar: la lactancia natural no es responsabilidad sólo de la madre, el padre debe darle apoyo, compañía y estímulo, además de participar activamente para que la madre descanse. Es un momento propicio para compartir con los otros hermanos, brindando compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y comprensión.

* Ventajas económicas: la alimentación del recién nacido es básicamente con proteínas que es un nutriente costoso. Es por ello que al comparar la lactancia natural con la artificial se debe tomar en cuenta: costo de la leche, combustible, utensilios y sustitutos adicionales para enriquecerla.

Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa el 15 a 40% de los ingresos percapita de una familia. Esto no incluye el costo de la atención médica debido a la mayor morbilidad y mortalidad que la acompañan.

Resulta mucho más barato suplementar la dieta de la madre y mejorar su estado nutricional y con ello garantizar la producción de leche de buena calidad.

Algunas mujeres por economizar diluyen la leche perdiéndose su valor nutritivo, iniciando el círculo que lleva a la desnutrición.

La mala nutrición propicia infecciones en el niño, originando gastos de atención médica y medicamentos.⁵⁴

10.12.4 A nivel nacional

⁵⁴ Ibidem. p.. 27 y 28.

En el plano nacional la lactancia elimina el uso de divisas para la importación de leches, el abastecimiento y el almacenamiento en hospitales (fórmula y utensilios).

Un estudio en Indonesia, muestra que si las mujeres dejaran de amamantar a sus hijos se necesitaría aproximadamente 52 millones de dólares al año para pagar la leche, los gastos por cuidados hospitalarios de enfermedades diarreicas y el aumento de los servicios de planificación familiar.

10.12.5 En los hospitales

Si se adopta como norma el alojamiento conjunto durante la hospitalización posnatal, se reduce el número de enfermedades en las salas de recién nacidos que en lugar de dar biberones, podrían enseñar a las madres a atender adecuadamente a sus hijos.

10.12.6 En las empresas

- * Menos ausencia al trabajo por enfermedad del niño
- * Más posibilidad de espaciamiento de embarazos porque la anovulación está asociada con la amenorrea por lactancia, y por consecuencia menos ausentismo por incapacidad por maternidad.
- * Mejor ánimo de la madre por tener menos preocupaciones, porque existe más acercamiento con los niños durante los períodos que están juntos, lo cual puede compensar los períodos de separación.⁵⁵

10.12.7 Impacto de la lactancia en el medio ambiente

⁵⁵ Idem.

Las personas preocupadas por cuidar nuestro planeta saben que la deforestación, la destrucción de la capa de ozono y la contaminación del suelo, el aire y el agua, están por causar daños irreversibles, la industrialización contribuye a ello. Por lo anterior las políticas internacionales de conservación deberán valorar todos los recursos que pueden detener las actuales prácticas destructivas.⁵⁶

Dentro de estos recursos se encuentra la leche materna, que contribuye a la conservación del medio ambiente en varios aspectos. (ver cuadro no. 10)

10.13 APEGO INMEDIATO

10.13.1 Concepto

Apego inmediato se llama al contacto precoz, piel a piel, entre madre e hijo desde el momento del nacimiento hasta treinta minutos después del mismo; lo cual ayuda a promover tempranamente la lactancia materna y a su vez favorece el vínculo entre el binomio madre e hijo.

10.13.2 Importancia de la primera tetada

La primera hora después del nacimiento la madre está muy sensible y receptiva sobre lo que ocurre en su hijo y él está completamente alerta.

⁵⁶ Ididem. p. 28.

Éste momento es muy importante para la interacción y se debe promover el contacto piel a piel, visual y auditivo para fortalecer el vínculo afectivo.

El contacto precoz y la primera tetada favorece la instalación de la lactancia materna, una mayor cantidad de leche, favorece además la involución del útero evitando, en lo general, el uso de oxitocicos. El bebé aprende a mamar más pronto, ingiere cantidades importantes de Ig A secretora evitando infecciones, evacua tempranamente el

CUADRO NO. 10
Afectación del medio ambiente según el tipo de lactancia

Medio	Lactancia Materna	Lactancia artificial
Aire	No afecta	Por cada 3,000 bebés alimentados con fórmula se desechan 70,000 toneladas de aluminio que no se reciclan. Al consumir gas para esterilizar biberones y hervir agua se gasta un recurso no renovable.
Plantas	No afecta	Deforestación de montes y selvas para pastoreo de ganado vacuno. Consumo de energéticos para preparación de biberones
Animales	No afecta	Extinción de especies por deforestación y contaminación de su hábitat

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 28.

intestino y mejora la regulación de su temperatura.

En los últimos años uno de los hallazgos más importantes de la psicología es la comprobación cada vez mayor de que la calidad del cuidado materno que recibe el niño es de decisiva importancia para su futura salud mental; el niño debe experimentar una relación afectuosa, íntima y continua con la madre, lo cual será la base de su desarrollo.

Al nacer, el niño es un ser relativamente aislado del mundo exterior, oscila entre un estado de insatisfacción y un estado de quietud. El niño de pecho no se diferencia de su contorno, por ello, no puede sentir el seno materno más que como parte de él mismo; solo percibe sus necesidades, dependiendo sus respuestas de la percepción de éstas. Las condiciones de aparición y desaparición de éste estado de displacer, la desaparición de estímulo intenso que ha provocado el displacer, implica inmediatamente una vuelta completa a la quietud. Entonces, el niño empieza a dar respuestas al ambiente cuando tiene una necesidad, sin que en ésta etapa haya una discriminación de objeto. Spitz clasificó éstas etapas y llamo a ésta preobjetal cuando la madre se siente un objeto necesario, cuando ella empieza a conocer e interpretar las necesidades de su hijo estableciendo una verdadera relación con él. hacia el segundo mes de vida del niño el ser humano empieza a ocupar un lugar en su vida; ésta etapa se llama del objeto precursor. Es cuando responde primero a las voces, si está llorando deja de hacerlo para empezar a responder al rostro humano el cual forma una señal, una gestalt que consiste en el conjunto de ojos, nariz y boca en movimiento. de frente, las pruebas de respuesta son evidentes: el niño sonríe ante cualquier figura que tenga ésta señal. La respuesta es la sonrisa para poco después seguirlo en todos sus movimientos, lo mismo que al fijar su mirada mientras come en el rostro de su madre. Esto se debe a que el rostro humano está ahí cada vez que el niño tiene una necesidad y es el que lo va a aliviar, a satisfacer. Es pues, el rostro humano el estímulo visual que el niño recibirá más frecuentemente en sus primeros meses de vida. Será lo que primero quede registrado en su memoria, como refiere Spitz,

"esta señal pertenece al rostro de la madre y se deriva de él, está vinculada a la situación del alimento, de la protección, del sentido de seguridad, se desarrolla más tarde y terminará por establecer un objeto auténtico de la madre en su persona entera.⁵⁷

A la etapa de reconocimiento de la madre se le llama etapa objetal y será la primera relación objetal que el niño establezca, ya no responderá a cualquier rostro, solo pide y busca uno.

El niño de pecho vive un conjunto de experiencias en que la figura materna asume, al principio, una forma más que una necesidad. Hacia el segundo semestre de la vida llega a ser capaz de representar el objeto materno, de distinguirlo de él mismo, para llegar a convertirse en un objeto requerido y buscado.

Cuando la comunicación empieza a establecerse entre madre-hijo tanto no verbal como, posteriormente, verbal se inicia una comunicación compartida, cuando ésta se convierte en simbólica es cuando se vuelve afectiva.

La madre, como ya se menciono, es la pareja humana del niño; es la que sirve de interprete de toda percepción, de toda acción y de todo conocimiento. Las separaciones prolongadas en la relación madre-hijo durante los primeros años de vida dejan un sello característico en el niño.

Bowlby señala que "hay motivos muy poderosos para creer que la separación prolongada del niño y su madre o sustituto materno, durante los cinco primeros años de vida, sobre sale entre las causas de carácter delictivo".⁵⁸

⁵⁷ Claudia, Sánchez Bravo. "Atención integral de la madre y su hijo". Revista de Perinatología. Vol. 9. No. 1. Enero-marzo. México, 1994. p. 4-6.

⁵⁸ Ibidem. p. 4

10.13.3 Contraindicaciones

Estados de salud, tanto de la madre o el bebé, que por su gravedad o cuidados requeridos impida el contacto afectivo, piel a piel.

Estados de salud psicológicos alterados, o emotivos, maternos en que la madre pueda agredir al bebé.

10.14 EXPLORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

10.14.1 Exploración del reflejo de succión, deglución, búsqueda y valoración del tono de la musculatura de la cintura escapular.

La valoración del neonato es un proceso continuo que se usa para evaluar el desarrollo y las adaptaciones a la vida extrauterina. Las primeras 24 horas son importantes porque durante este lapso el recién nacido realiza un cambio fundamental de la vida intrauterina a la extrauterina. Al valorar al recién nacido es esencial confirmar que el cambio procede con éxito. En materia de lactancia materna podemos mencionar que todos los seres humanos nacen con una serie de instintos o reflejos innatos y con una capacidad potencial para nutrirse; resulta aconsejable que el proceso se inicie de forma regular en las primeras 12 horas después del nacimiento (esto es lactar cada 3 ó 4 horas).

Para que se lleve a cabo con éxito el periodo de la lactancia, primero antes que nada se debe evaluar que el recién nacido tengo los siguientes reflejos que son esenciales.

* Succión: "del latín, *suctum*, supino de *sugere*, chupar. Acción de chupar o aspirar".⁵⁸

⁵⁸ Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas. Ed. Salvat. 12 ed. España, 1984. p. 1079.

Este reflejo se inicia a las 28 semanas de gestación; consiste en movimientos rítmicos y coordinados de la mandíbula y lengua, que tienen como finalidad la extracción de la leche.

* Deglución: "del latín *deglutió, onis*. Acción y efecto de deglutir o tragar; paso de sustancias sólidas, líquidas o gaseosas de la boca al estómago".⁵⁹

Desde las 12 semanas de gestación se encuentra presente y a partir de la semana 32 y 34 el bebé sano puede deglutir bien.

Una vez introducido el pezón en la boca del bebé, se despierta el reflejo de succión-deglución, que le permite ejercer presión negativa y comprimir la areola contra su paladar duro con movimientos ondulatorios de la lengua que exprimen y evacúan la leche hacia la parte posterior de la boca para ser deglutida.

* Búsqueda: el reflejo de búsqueda se desencadena al estimular alrededor de los labios y/o cuando se toca o roza la mejilla del recién nacido y éste voltea hacia la dirección con la boca abierta, lo que permite al bebé localizar el pezón y tomarlo.

* Valoración del tono de la musculatura de la cintura escapular: ésta se valora levantando al bebé, colocando las manos debajo de sus axilas, y observando y sintiendo si los brazos del bebé se elevan. Normalmente, las manos del examinador deben atorarse en las axilas del niño, si se deslizan existe hipotonía.

Es importante señalar que el acto físico de la alimentación es un proceso fisiológico complejo que depende de la estructura y función de las diferentes partes que intervienen en la misma, y se requiere la disponibilidad de las vías intactas del tallo encefálico y la transmisión de

⁵⁹ *Ibidem*. p. 302.

los impulsos a través de los nervios craneales y una musculatura sana de la boca, lengua y faringe.

La alimentación oral en el recién nacido es totalmente refleja, sin embargo después del nacimiento empieza el proceso de aprendizaje y la maduración neurológica suprabulbar, la cual trae consigo tareas de alimentación cualitativamente diferentes, a esto, se denomina encefalización.

Por medio de la experiencia de la alimentación y el proceso de encefalización los impulsos sensoriales se extienden más allá del tallo cerebral hasta llegar a corteza cerebral de ésta manera la alimentación se convierte en un acto voluntario y placentero.⁶⁰

10.14.2 Patrón de succión

La succión y deglución son reguladas por el sistema nervioso central, y dependen de la integridad neuromuscular y anatómica del lactante.

Los elementos que intervienen son: tallo encefálico, nervios craneales (V trigémino, VII facial, IX glossofaríngeo, X vago, XII hipogloso), bulbo raquídeo, ganglios basales, centros corticales, y músculos de lengua, boca y faringe.

Es difícil determinar que ocurre en la boca del niño mientras succiona el seno, porque es imposible visualizar el interior de la misma en forma directa. El comportamiento de succión de los lactantes, es tema de diversos estudios en las últimas 3 ó 4 décadas; mediante observación, rayos X y ultrasonido. Aunque no existe concordancia con respecto a la

⁶⁰ Centro Nacional de Lactancia Materna. Hospital General de México. Secretaría de Salud. Manual de lactancia materna. p. 61.

descripción de lo que ocurre durante el proceso, se tiene un mejor concepto de cómo interacciona la boca del niño con el seno materno.

Para extraer leche del seno el niño necesita usar algo más que succión. Es necesario que jale el pezón hacia la parte trasera de la boca, cierre los labios para formar un sello en torno a la areola y comprima y vacíe los senos. Durante el amamantamiento la lengua se mantiene encima de la encía inferior y la porción anterior de la lengua cubre la areola mamaria. Los lados de la lengua rodean al pezón creando un "surco" durante la alimentación al seno materno. La succión se efectúa mediante compresiones rítmicas mandibulares, con elevación y depresión de la porción posterior de la lengua. además se requiere vacío para extraer la leche del seno.

El niño deglute cuando tiene suficiente leche para inducir el reflejo. El mecanismo se inicia con la sensación de líquido en la parte posterior de la boca. La parte posterior de la lengua se eleva con movimientos hacia atrás, similares a los de un rodillo impulsando el líquido al interior de la faringe. La lengua se desplaza hacia arriba. El paladar blando cierra la comunicación con la nasofaringe formando una pared posterior en la cavidad bucal. La epiglotis se mueve hacia abajo, ocluyendo. La parte posterior de la lengua cierra la cavidad bucal y los músculos faringeos impulsan el líquido hacia el esófago. La lengua llena el espacio de la boca durante el reposo. La grasa de los músculos maceteros hace que la mucosa bucal forme una curvatura hacia dentro, facilitando su contacto con la lengua. la mandíbula retrocede y la encía inferior esta ligeramente detrás de la superior. En la parte posterior de la boca se aproximan el paladar blando y la epiglotis. (ver fig. no. 20)⁶¹

Esta actividad se efectúa en forma rítmica a razón de una succión por segundo, intercalando períodos de descanso hasta que el niño queda satisfecho.

⁶¹ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. cit. p. 38.

En ocasiones el reflejo de expulsión es tan activo que la leche, de forma lateral, se derrama del pezón. Es probable que el niño tenga que detener la succión y experimente dificultad para deglutir con suficiente rapidez según el flujo. Si se le coloca en posición más vertical de manera temporal, manera mejor el flujo de leche y así evita atragantarse. Es probable que tenga que succionar un poco, detenerse, después continuar, a medida que aprende a controlar el aumento de flujo.

Tal vez la madre requiera ayuda para determinar si la boca del niño está sobre el seno y si succiona en forma eficaz. Cuando el niño toma el seno de manera correcta su boca está bien abierta y sus labios se expanden hacia afuera. Su lengua forma un canal por debajo del pezón y la areola se extiende más allá de la encía inferior. Si hay duda con respecto a la colocación de la lengua, se puede observar si se baja con suavidad el labio inferior del niño. La posición incorrecta de la lengua o labios daña el pezón y origina succión ineficaz. Si toma el seno de modo correcto sus maxilares se moverán hacia arriba y hacia abajo y se observará el movimiento de deglución en su garganta. La madre debe escuchar los sonidos que hace el niño al deglutir. Si se colocó mal en el seno es probable que se escuchen chasquidos y sus mejillas se jalen hacia adentro cada vez que succione, esto no se debe permitir. Hay que retirarlo del seno y colocarlo en buena posición para que comience de nuevo.⁶²

Cuando el tejido del seno se comprime contra la nariz del niño obstruye su respiración, por lo cual deja de succionar. Si la madre coloca más cerca la posición de la cabeza del bebé cambiará y quedará más espacio para que respire. Otra sugerencia es levantar un poco el seno para permitir que el niño disponga de más aire. Si se comprime hacia abajo el tejido del seno con el pulgar, es probable que el pezón salga de la boca del niño.

⁶² Sharón, J. Reeder, et. al. "Enfermería materno infantil". Ed. Interamericana. 17a. ed. España, 1995. p. 763.

Las diferencias entre la succión al pecho y la succión del biberón se deben principalmente a las características de flujo de la leche y a las del chupón.

El chupón toca el paladar blando, lo cual dificulta la acción de la lengua. La lengua se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche hacia el esófago. La lengua se mantiene plana. Los labios adoptan la forma de "O", no hay compresión, porque los músculos del carrillo están relajados.

Si el amamantamiento no se comienza en la etapa temprana y el niño tiene experiencias con chupones de hule, presentará "confusión con respecto al pezón". El comportamiento de succión necesario para obtener leche del biberón es diferente al que se requiere para el amamantamiento al seno. La leche pasa del biberón a la boca del niño con poco esfuerzo por parte de él. Por lo tanto muchos niños experimentan dificultad para cambiar del biberón al seno, pero con algo de tiempo aprenden a hacerlo bien. Es conveniente que la madre conozca éstas diferencias de succión para que no se sienta frustrada.(ver fig. no. 20)⁶³

10.14.3 Tipos de succión

Se conocen dos tipos de succión:

a) succión nutritiva: patrón que se produce al introducir líquido en la boca del lactante, es regulada por el sistema nerviosos central, la secuencia succión-deglución se repite a uno por segundo, es controlada por el estímulo sensorial y por la concentración de carbohidratos en el líquido nutritivo.

⁶³ Ibidem. p. 765.

b) succión no nutritiva: patrón de succión que se produce cuando no se introduce líquido en la boca, puede producirse espontáneamente cuando el niño está despierto y especialmente durante el sueño, la secuencia de succión es en episodios de 3 a 4 segundos, alternándose con 3 a 10 segundos de reposo, aumenta con la introducción de un objeto suave y maleable.

Según Barnes y Cols. de acuerdo al comportamiento del niño al alimentarse, existen los siguientes tipos; son temporales y se modifican al conocerse bien madre e hijo.

* Barracuda: éstos niños, al ser colocados al seno, rápidamente toman y aprietan el pezón, succionando enérgicamente durante diez a veinte minutos; no hay jugueteo. En ocasiones éstos niños ponen demasiado vigor en su amamantamiento, lastimando el pezón.

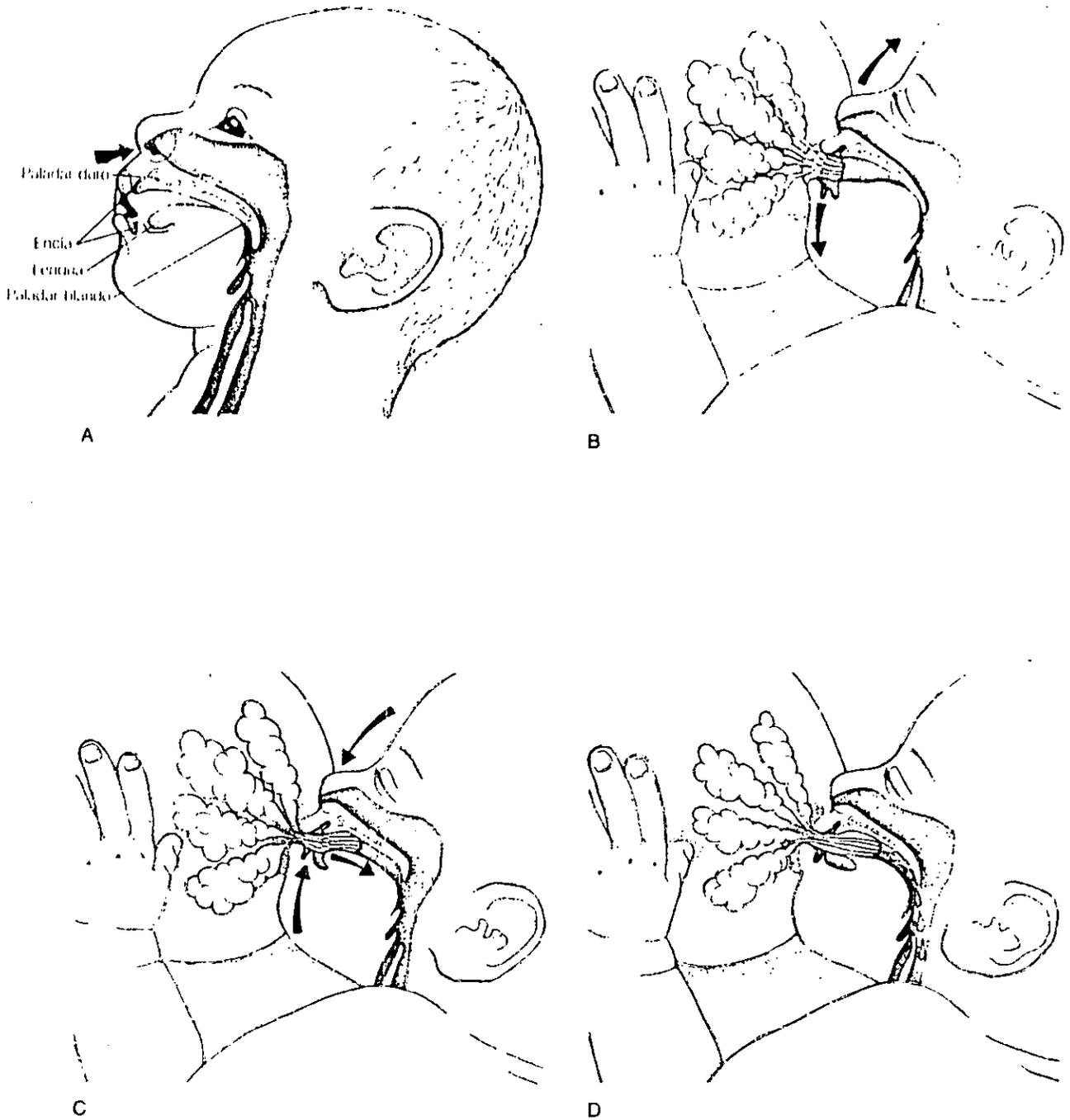
* Excitado: los bebés clasificados en éste apartado llegan a estar tan excitados al tomar el seno, que lo aprietan y sueltan alternativamente. Es necesario que la madre lo calme primero, antes de volverlo a colocar al seno. Después de varios días, madre e hijo se adaptan.

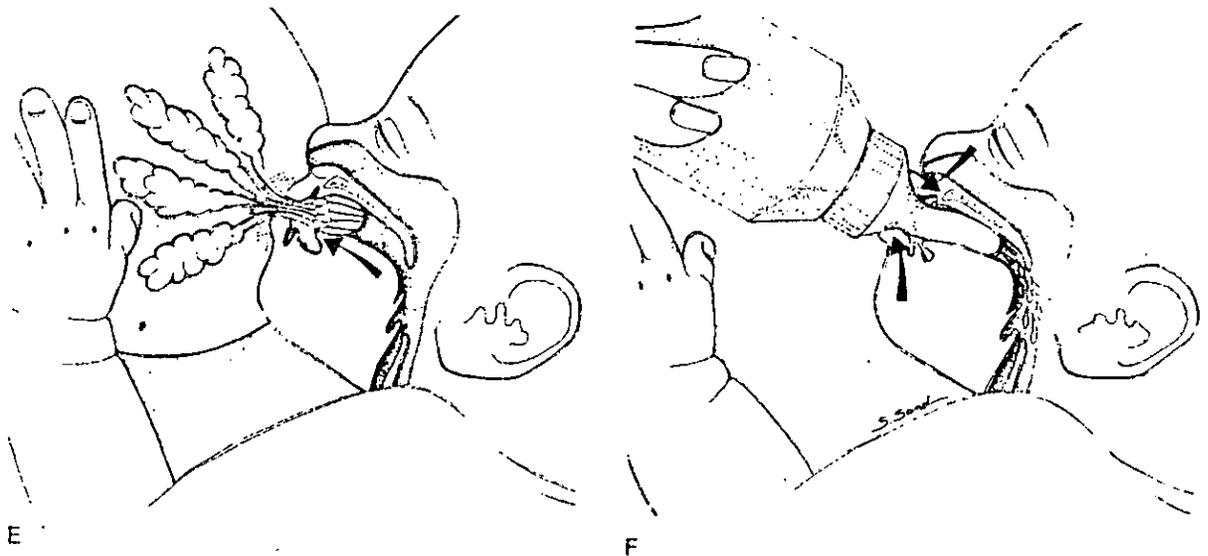
* Desinteresado: éstos bebés aparentan no tener interés por tomar el pezón los primeros días de vida, y no es sino hasta el cuarto o quinto día en que comienza la succión esperando a que la leche baje con facilidad. No debe forzarse a éstos niños, ya que continúan succionando por si solos.

* Gourmet: éstos niños toman el pezón saboreando unas gotas de leche; entonces se chupan los labios tronando la boca antes de empezar a succionar. Si se les insiste se enojaran; por lo tanto es mejor esperar a que solos mejoren su ritmo.

* Flojo: estos niños prefieren succionar unos minutos, descansando un poco entre succión y succión. No debe apresurarseles.

FIGURA NO. 20
Comparación entre succión al pecho y al biberón





A, normalmente los niños pequeños respiran por la nariz; la parte trasera de la boca se cierra debido al contacto entre la lengua y el paladar. B, el niño abre mucho la boca para recibir el pecho, la lengua sale hacia adelante pasando sobre las encías inferiores y forma un canal por debajo del pezón y la areola y jala el pezón hacia la parte trasera de la boca. C, las ondulaciones de la lengua de adelante hacia atrás comprimen el pezón contra el paladar duro y extraen leche de los senos. Obsérvese que los labios forman un sello en torno a la areola. D, cuando la leche llega a la parte trasera de la garganta, se inicia el reflejo de deglución. E, las encías se abren, permitiendo que los senos vuelvan a llenarse; después se cierran para repetir el ciclo. El niño hace succión suficiente para mantener el pezón en la parte trasera de la boca y continúa respirando por la nariz, a razón de una inspiración por cada uno o dos tragos de leche. F, el chupón de hule es menos flexible, mantiene su forma y puede chocar contra el paladar blando, interfiriendo con la acción normal de la lengua; en ocasiones causa vómito. La leche sale con más facilidad, por lo que el niño empuja la lengua contra las encías para controlar el flujo excesivo.

Fuente: Sharón J., Reeder. et. al. "Enfermería materno infantil". Ed. Interamericana. 17a. ed. España, 1995. p. 764.

10.14.4 Problemas de succión y rechazo

Las anomalías de la succión están relacionadas con:

- Estructura de la cara, boca o faringe
- Disfunción del sistema nervioso central o periférico, o
- Disfunción de la musculatura correspondiente

Las principales alteraciones de la succión se deben a:

a) Anormalidades estructurales como son:

- Labio y paladar hendido
- Paladar arqueado formando una bóveda alta

- En ocasiones los problemas estructurales y neurológicos están interrelacionados, por ejemplo, hipoplasia de la musculatura bucal relacionada con hipoplasia o lesión intrauterina temprana del núcleo del VII par craneal que pueden producir anomalías en la boca como fisuras labiales.

b) Disminución del reflejo de succión:

- Puede estar relacionado con desarrollo insuficiente del encéfalo a causa de inmadurez o algunos problemas del desarrollo del sistema nervioso central.

- Puede estar disminuido cuando hay lesiones difusas del sistema nervioso central por asfixia o hipoglucemia.

- Puede estar disminuido si no es estimulado y reforzado con la ingestión de un líquido.

c) Succión débil:

- El niño hipotónico es la causa más frecuente de este problema.(ver cuadro no. 11)

- Es probable que el reflejo de succión este presente

- Las vías del sistema nervioso central están intactas y coordinan los movimientos.

- La musculatura bucal y lingual están muy débiles para lograr y mantener la succión provocando inadecuado sellado de los labios, que la boca no mantenga bien el pezón, que no cierre la epiglotis y el paladar y la consecuente succión y deglución débiles.

CUADRO NO. 11

Posibles causas de hipotonia en el recién nacido

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 84.

d) Succión mal coordinada:

- El reflejo de succión está presente.
- El sistema nerviosos central y los músculos están intactos.
- La succión puede estar mal coordinada y dificultada por un ritmo inadecuado la secuencia normal de los movimientos de la lengua y mandíbula.
- Puede estar interferido por reflejos hiperactivos.
- Los lactantes con este tipo de succión frecuentemente son hipersensibles a la estimulación bucal provocando actividad excesiva, con protusión de la lengua, reflejo nauseoso, cierre mandibular y extensión cervical.

- La deglución puede estar mal coordinada de modo que cuando el bebé logre que entre leche a su boca se produce ahogamiento, tos o aspiración.

El diagnóstico de las alteraciones de la succión se realiza a través del examen físico y neurológico y de la observación de la succión al seno materno.

En el examen físico es necesario observar:

- Simetría y movilidad de la cara
- Estructura bucal y mandibular incluyendo lengua, paladar y faringe.
- Reflejo de búsqueda
- Respuesta de succión
- Tono de la lengua, posición y forma que adopta
- Actividad, tono postural, especialmente cintura escapular.

En la alimentación al seno materno, vigilar:

- Mantenimiento del pezón
- Fuga de leche
- Ritmo de succión nutritiva
- Reflejo nauseoso
- Hiperextensión del cuello
- Tono muscular

Los problemas de rechazo del seno materno más frecuentes son:

a) Posibles causas:

- El pezón no ha sido formado lo suficiente como para estimular el área entre el paladar duro y el paladar suave donde se despierta el reflejo de succión

- Se ha administrado algún medicamento al bebé

- El bebé se encuentra en un estado de conservación de energía que se relaciona con pérdida de peso anormal

- El bebé está enfermo.

* Recomendaciones:

- Extraer unas gotas de leche que goteen en la boca del niño, inmediatamente antes de alimentarlo

- Si los pezones son planos o cortos realizar estimulación para su formación, e introducir correctamente el pezón y parte de la areola en la boca del bebé

- Evitar o disminuir los medicamentos analgésicos o sedantes innecesarios en la mujer que esta amamantando

- Extraer leche materna y administrarla

- Realizar diagnóstico y dar tratamiento a la posible enfermedad.

b) Cuando se acerca hacia el seno para que se alimente el bebé llora vigorosamente, se confunde y no toma el pezón. Los intentos adicionales por lograrlo ocasionan más llanto.

* Posibles causas:

- Introducción de chupones de hule

- Dolor, por ejemplo, presión en el sitio de aplicación de fórceps o en el lugar donde se hace vacío, circuncisión, lugar de la vacuna, clavícula fracturada, etc.

- Respuesta negativa condicionada del recién nacido. Tiene dificultad para prenderse al seno y las personas que lo atienden son agresivas, y no interpretan las señales del bebé

* Recomendaciones:

- Evitar la introducción temprana de pezoneras, chupones o biberones

- Evitar la presión en cualquier lugar potencialmente doloroso

- Educar al personal de salud de todos los niveles respecto a las habilidades básicas para poner el bebé al pecho, así como sensibilizarlo para interpretar y responder adecuadamente a las señales del bebé.

c) El bebe se alimenta bien de un seno, pero rechaza o no se alimenta bien del otro seno.

* Posibles causas:

- Hay alguna diferencia entre los pezones o en el flujo de la leche

- A la madre se le facilita colocar al bebé en un seno que en el otro
- Molestia por presión en algún sitio de dolor en el bebé

* Recomendaciones:

- Revisar los senos de la madre para ver si hay alguna diferencia entre ellos
 - Ayudar a la madre para que se sienta cómoda alimentando con ambos senos
 - Cambiar la posición del bebé evitando la presión en las áreas dolorosas
 - Al alimentar al bebé, cuando se le cambie de un seno a otro, separar la boca del bebé del pezón en forma adecuada y mover al bebé al otro seno pero sobre el mismo plano. Detener bien el cuello del bebé.

d) El bebé empieza a succionar, pero después de unos segundos o minutos, deja el pecho y se atraganta y quizás llora. Esta conducta puede repetirse varias veces durante el amamantamiento. La madre puede pensar que el bebé está molesto.

* Posibles causas:

- Reflejo hiperactivo de eyección de la leche
- Alteraciones del reflejo de succión en el lactante.

* Recomendaciones:

- Extraer leche antes de empezar a amamantar
- Evitar que los senos estén congestionados
- Aplicar compresas frías en los senos antes de y durante el amamantamiento
 - Tomar el seno con posición de mano de tijera para hacer más lento el flujo de la leche
 - Amamantar acostada o con el bebé sobre la madre, de modo que la fuerza de gravedad ayude a hacer más lento el flujo de la leche
 - Realizar exploración física completa del lactante para detectar alteraciones neuro-anatómicas relacionadas con el reflejo de succión-deglución

e) Otras causas de rechazo son:

* Maternas:

- Retardo en la bajada de la leche
- Bajada brusca de leche
- Madre con sedación y terapia inhibitoria durante el parto
- Madre con enfermedad sistémica grave
- Madre con congestión mamaria o mastitis

* Del bebé:

- Bebé muy arropado
- Falta de estimulación del reflejo de búsqueda
- Ambiente tenso
 - Síndrome de confusión de pezón en bebés que tomas leche u otros líquidos con biberón

* Mixtas:

- Separación temporal madre-hijo
- Problemas familiares: duelo
- Temperatura ambiental muy elevada

* Recomendaciones:

- En cada caso se debe buscar la causa y dar solución
- Evitar el uso de biberones y chupones
- Es importante estimular el contacto madre-hijo
- Es importante tener tiempo y paciencia
 - Es necesario contar con personal capacitado en el manejo de la lactancia materna
- Siempre se debe observar la forma de amamantar, sobre todo si se manifiesta algún problema.(ver cuadro no. 12 y 13)

10.15 ALOJAMIENTO CONJUNTO

El alojamiento conjunto o habitación compartida favorece el contacto precoz y permanente de la madre y el niño, impulsando la

CUADRO NO. 12

Patrones de disfunción motora oral y técnicas de intervención

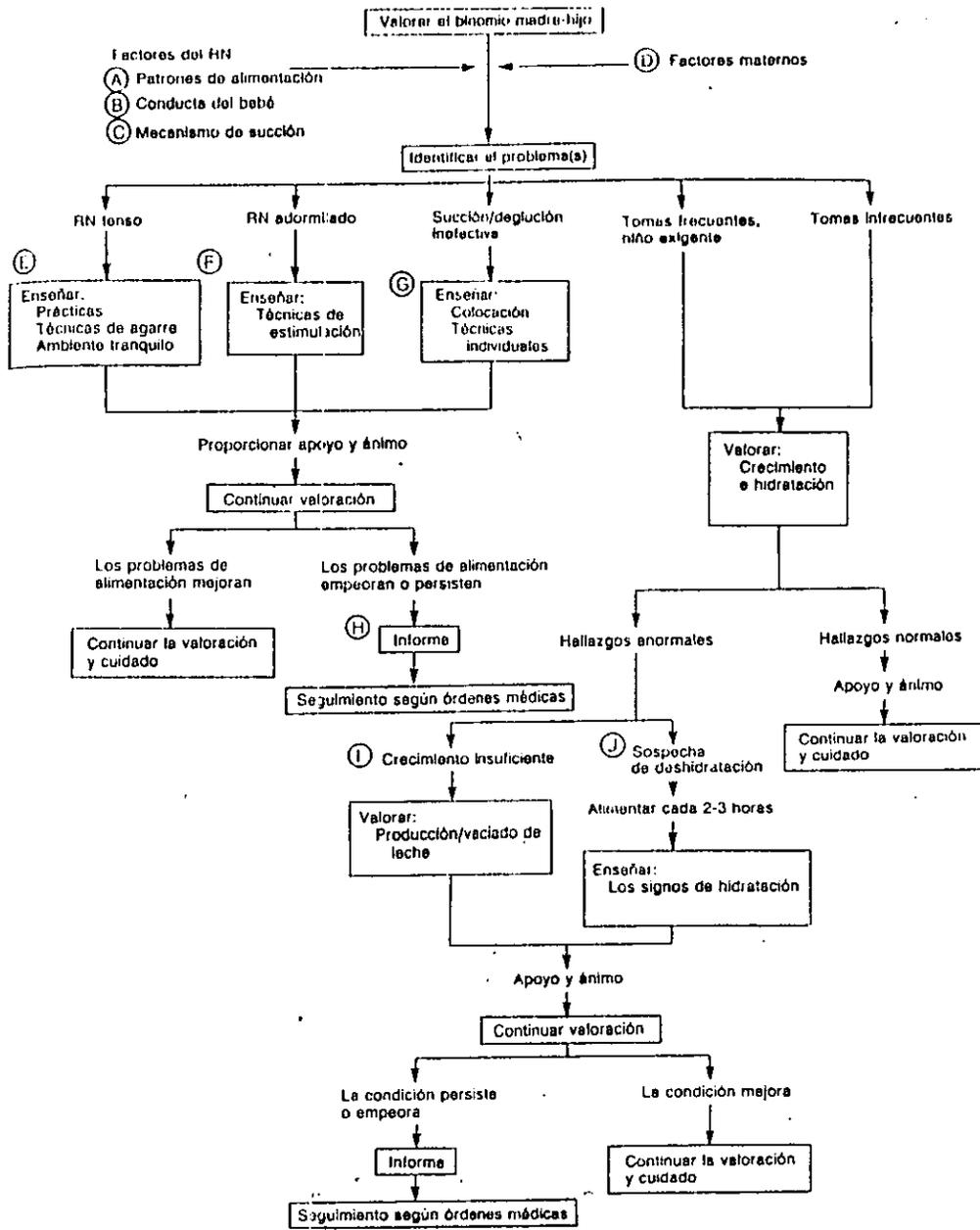
SI OBSERVA	INTERVENCION
Niño irritable; hipersensible.	Modificar el ambiente para disminuir los estímulos y mejorar la organización del comportamiento. Luces bajas. Envolverlo firme para disminuir los movimientos erráticos de las extremidades. Minimizar el ruido y la actividad en la habitación, tocar música suave.
Tono extensor aumentado con tono flexor disminuido, arqueado.	Adaptar al maximizar la posición en flexión hombros hacia adelante, caderas flexionadas, cabeza en línea media (niño en decúbito lateral o semisentado, evitar supino). Evitar la presión directa sobre el occipucio.
Boca hipersensible (molestia al tocar otra cara o al roce con otra boca) se retrae y se pone irritable	Masaje firme de las mejillas y boca, desde el lado hacia la línea media para desensibilizar. Evitar tocar suave y rápido (como al limpiar la boca). Recordar que la presión firme y mantenida es inhibitoria pero al tocar suave y rápido es excitatorio. Apoyar la capacidad del niño de llevarse las manos y juguetes a la boca para que esto constituya un disfrute.
Mordida excesiva o tónica	Masaje firme en las mejillas, luego encías, trabajar del lado hacia la línea media. Evitar empujar bruscamente la mandíbula hacia abajo.
Retracción mandibular	Sostener la mandíbula y el mentón empujándolo lentamente hacia adelante con el pulgar y el índice desde atrás de la cabeza).
Labios retraídos con hipertonía; mejillas apretadas que llevan a una oclusión labial inadecuada.	Movimiento vibratorio con el índice dentro de la boca y el dedo medio por fuera de la mejilla. Trabajando desde los lados hacia la línea media. (Efectuar al máximo la posición de flexión)
Lengua elevada o empujando con un todo elevado	Presión sostenida en la línea media sobre la lengua con la punta del dedo. (Realizar al máximo la posición de flexión.)
Niño somnoliento con sensibilidad disminuida	Estímulos táctiles y de movimientos fuertes para despertarlo antes y durante la mamada si es necesario.
Hipotonía muscular, hipotonía de la cintura escapular y estabilidad proximal	Adecuar la posición para hacer óptima la flexión y lograr estabilidad. Hombros hacia adelante, caderas flexionadas, cabeza y tronco en línea media cuello extendido con el mentón hacia adelante

SI OBSERVA	INTERVENCION
Boca hiposensible (respuestas deprimidas al tacto y reflejos débiles)	Estimulación breve y suave golpeteo, estiramiento rápido o masaje en la musculatura oral. Estimular la exploración oral de las manos y de juguetes con texturas diferentes.
Tono oral bajo, cierre labial débil, estabilidad pobre de la mandíbula, hipotonía de las mejillas y de la succión.	Brindar control de la mandíbula y mejillas durante la alimentación con presión sostenida bajo la mandíbula y presión adelante sobre las mejillas (ej. mano de bailarín).
Excesivo movimiento vertical de la lengua y mandíbula en vez del movimiento horizontal de ordeña de la lengua. Chasquido audible de la lengua contra el paladar.	Estabilizar la mandíbula como se señala en el párrafo anterior. Presión hacia abajo y adelante sobre la lengua mientras el niño succiona el dedo del tratante, con el pulpejo hacia arriba.
Lengua plana, sin surco, succión débil, no retiene el pezón bien en la boca.	Al succionar el niño el dedo tratante (con el pulpejo hacia arriba) ejerce presión hacia abajo sobre la línea media de la lengua para estimular el surco y traccionar contra resistencia hacia adelante para fortalecer la succión.
Lengua retraída con poca apertura de la boca. Dificultad para tomar el pezón.	Facilitar el reflejo de búsqueda del labio inferior (abriendo la boca y la lengua sobrepasando la encía inferior) tocando el labio inferior y mentón. Hacer esto antes de introducir el pezón en la boca, para promover activamente una adecuada introducción de éste.
La lengua no sobrepasa la encía inferior y las encías comprimen el pezón en vez de ser ordeñado por la lengua.	Masajear el paladar de atrás hacia adelante con el pulpejo del dedo hacia arriba; presionar hacia abajo y atrás de la lengua al volver el dedo sobre el paladar en un movimiento circular rítmico.
Mala coordinación de la respiración con la succión deglución; respiración bucal y dificultad respiratoria; mala discriminación entre la succión nutritiva y no nutritiva.	Poner al niño de lado o prono (sobre la madre) para aumentar la eficiencia respiratoria y disminuir el flujo de leche en la parte posterior de la boca. Sostener el pecho como tijera para disminuir el flujo de leche en la parte posterior de la boca. Sostener el pecho como tijera para disminuir el flujo de leche. Con biberón retirar pasivamente el chupete después de algunos tragos, para estimular a que el niño respire hasta que obtenga una mejor coordinación.

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 88 y 89.

CUADRO NO. 13

Problemas de la lactancia materna en el recién nacido (RN)



Fuente: Emily R. Knor. "Decisiones en enfermería obstétrica". Ed. Mosby-Doyma. España, 1990. p. 167.

alimentación al seno materno en las primeras horas después del nacimiento y el fortalecimiento de la interrelación afectiva.⁶⁴

En la habitación conjunta se le brindara atención a la madre y el recién nacido, lo cual favorecerá el contacto primario y permanente juntos durante toda su estancia en el servicio de alojamiento conjunto desde el momento de su nacimiento; manteniendo a la madre con su hijo en la misma habitación para fortalecer la relación afectiva, que inicie y lleve a cabo una buena alimentación al seno materno desde la primera media hora posterior a la atención del parto o cesárea eutócicos, continuando ésta a libre demanda, brindando orientación práctica sobre la técnica de amamantamiento y los cuidados del recién nacido, recibiendo atención ambos en la misma sala, por personal que se encuentra bien capacitado e informado para tener una participación activa entre el personal y la paciente a fin de orientarla adecuadamente. Con todo esto se pretende brindar atención para la salud, biopsicosocial del binomio madre-hijo, favoreciendo así el contacto precoz y las manifestaciones afectivas y de seguridad entre madre e hijo para el futuro desarrollo de ambos.

El tiempo de hospitalización varía desde 24 o hasta 48-72 horas dependiendo del tipo de nacimiento (parto o cesárea); por eso con el alojamiento conjunto en todo éste tiempo, el bebé no se priva del calor y seguridad que le proporciona la madre, además que le da la oportunidad de recibir el tan preciado calostro que en el primer día contiene el doble de los anticuerpos más importantes del tipo de la Ig A secretora, y cuyos niveles bajan hasta estabilizarse en el segundo.

También a su vez la madre es valorada, para detectar problemas que puedan afectar la lactancia al pecho materno.

Después del parto el mejor estímulo para la producción láctea es la succión del recién nacido, por lo cual lo más recomendable es que se

⁶⁴ "Mecanismos para la promoción y apoyo a la lactancia natural". en: Programa Nacional de Lactancia Materna. ACE 2-11.

inicie lo más prontamente posible y continuar posteriormente a libre demanda, por lo cual madre e hijo deberán estar juntos las 24 horas del día es decir en alojamiento conjunto, de esta manera se satisfacen las necesidades de ambos; del bebé demandas de alimento, psicoafectivas, etc.

De esta manera se contribuye a mejorar la salud de la madre y del niño, a través de una atención materno infantil de calidad y calidez que permite a través del alojamiento conjunto, favorecer en contacto inmediato y la relación afectiva entre madre e hijo desde el momento del nacimiento, y a su vez fomentar la alimentación al seno materno y aprovechar mejor los recursos humanos y materiales en la atención del embarazo, parto y puerperio.⁶⁵

10.15.1 Ventajas del alojamiento conjunto

- Esta práctica facilita y estimula la alimentación frecuente al seno materno y a libre demanda y sin demora.
- Ahorra trabajo al personal de salud
- La madre cuida mejor a su propio hijo y satisface de inmediato sus propias demandas y necesidades
- Ambos aprenden a reconocerse tempranamente y favorece la interrelación afectiva madre-hijo
- Facilita el adiestramiento de la madre en el amamantamiento y en el cuidado del recién nacido.
- Aprovechamiento de espacio
- Favorece a que la madre produzca mejor y más rápido leche
- Evita problemas en la madre en sus pechos y pezones
- Evita el "síndrome de confusión" del pecho y del chupón

⁶⁵ Centro Nacional de Lactancia Materna. Op. cit. p. 16 y 17.

- Ayuda a que el niño presente menos problemas después del nacimiento (ictericia, evacuan mejor y pierden menos peso después del nacimiento).⁶⁶

10.15.2 Criterios de inclusión para el alojamiento conjunto en CIMIGen

* Para la madre:

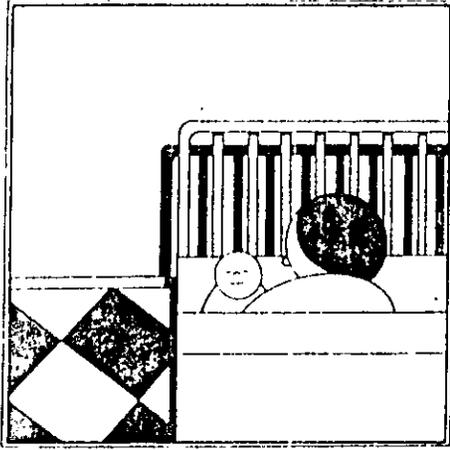
- Parto o cesárea sin complicaciones
- Signos vitales normales en el parto y posparto
- Que no se encuentre bajo efectos de sedación de anestesia, o que ésta sea mínima.
- Que no presente enfermedades infecto-contagiosas
- En caso de preeclampsia leve o moderada, cuando la evolución posparto es satisfactoria, previa valoración médica

* Para el recién nacido:

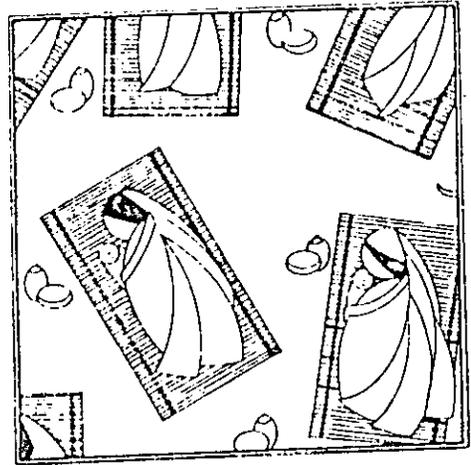
- Que el recién nacido sea de término (de 37-42 semanas)
- Tener peso adecuado a edad gestacional mayor a 2000 gramos \geq 2500 gramos.
- Apgar mayor de 7 al minuto y a los 5
- Temperatura corporal mayor de 36 °C al nacimiento
- Ausencia de datos de dificultad respiratoria, con Silverman-Anderson menor de 3 a los 10 minutos
- Cuando se presenten malformaciones congénitas, éstas deberán ser valoradas por el médico pediatra y establecer si puede o no lactar de inmediato
- Sin antecedentes de corioamnioitis materna o ruptura de membranas mayor de 24 horas.
- Sin patología materna que afecte el estado clínico del neonato (hipotrófico, hipertrofo, prematuro, desnutrido in útero, etc.).

⁶⁶ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. cit. p. 48.

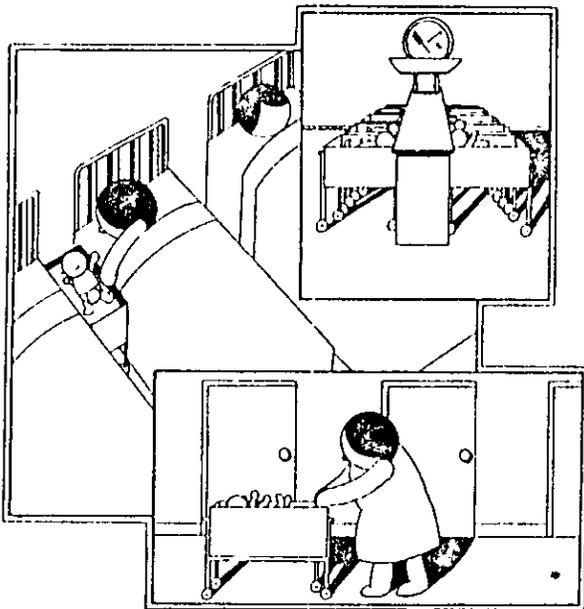
FIGURA NO. 21
Algunos ejemplos de alojamiento conjunto



Madre e hijo compartiendo la misma cama en una habitación privada, todavía una excepción en las naciones industrializadas

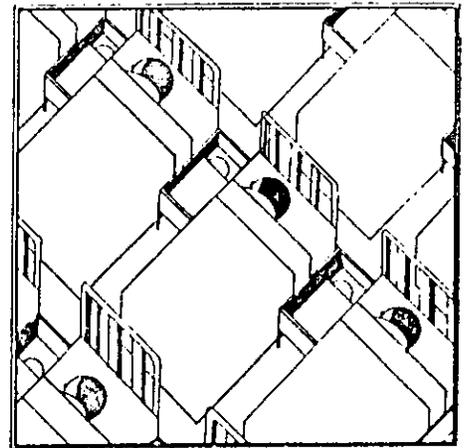


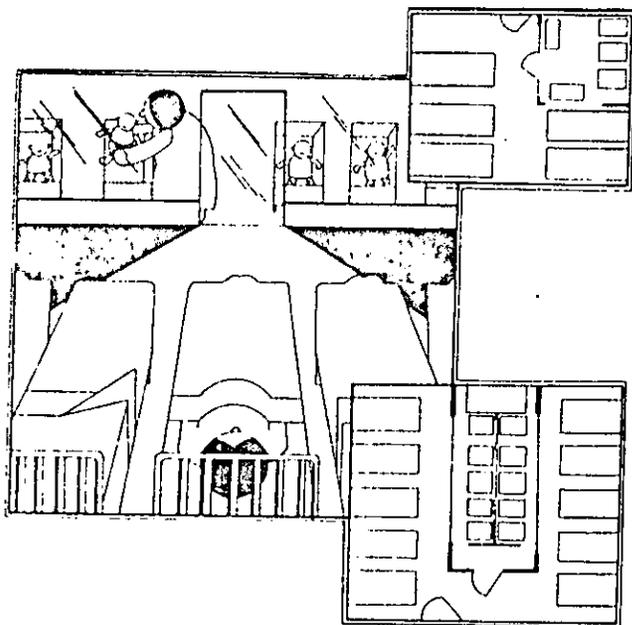
Madre e hijo compartiendo la misma colchoneta esterilla en hospitales rurales del Tercer Mundo



Cuna junto a la cama de la madre en una sala com

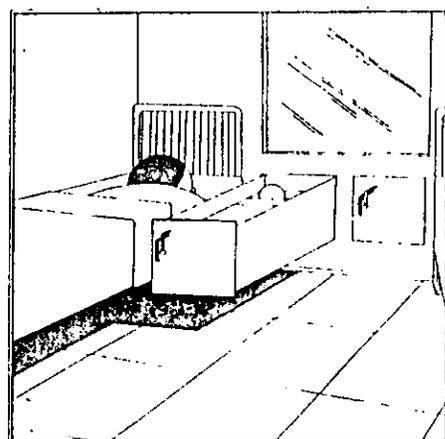
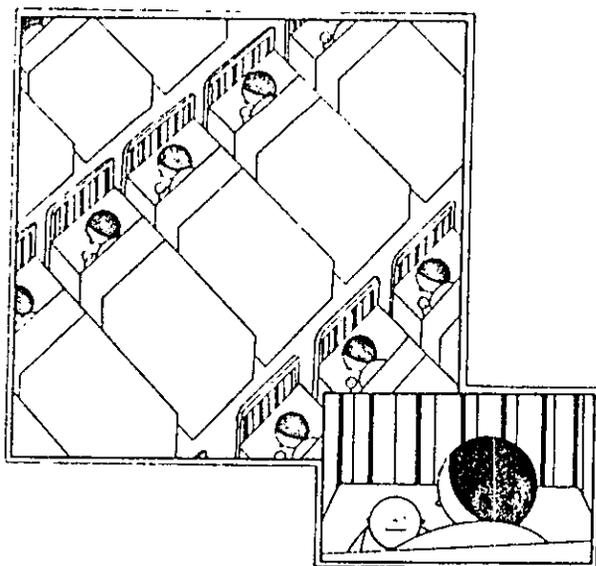
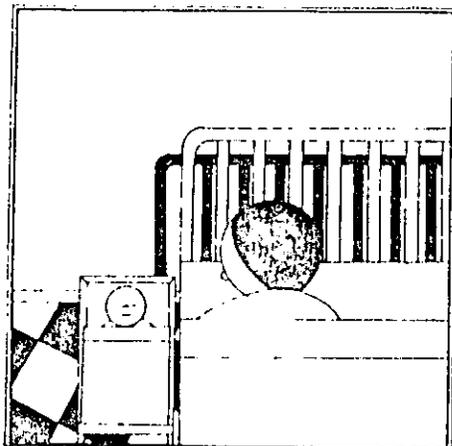
Cuna sobre ruedas para alojamiento conjunto de tiempo parcial





Alojamiento conjunto en una habitación privada

Pequeño cuarto de niños detrás de una mampara de cristal a prueba de ruidos en un rincón de la habitación



La cuna-cajón

Madre e hijo compartiendo la misma cama en una gran sala común

Fuente: Pierre-E, Mandl. "Alimentación al pecho, el mejor comienzo para la vida". UNICEF. Ed. Pax. México, 1983. p. 102-109.

10.16 TÉCNICA Y POSICIONES DE AMAMANTAMIENTO

10.16.1 Técnica de amamantamiento

La madre debe estar tranquila y cómoda durante el amamantamiento, independientemente de la posición.

Comprobar que el bebé esté con el pañal limpio y seco.

Procurar un ambiente tranquilo y confortable, donde el bebe pueda estar sólo con camiseta y pañal, la temperatura ambiental mayor de 36°C disminuye el mecanismo de succión. Los bebés muy arropados se dormirán rápidamente.

La madre debe lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar.

Al sostenerlo, el cuerpo del bebé forma un "C" con sus pies apretados contra el cuerpo de la madre; su cabeza se acuna en la curvatura del brazo de la madre y su cuello se dobla hacia ella en lugar de alejarse (variable según la posición). De ésta forma el bebé queda alrededor del cuerpo de la madre, con su nariz y barbilla tocando la mama y su abdomen tocando el abdomen de la madre.(ver fig. no. 22)

Una vez que el bebé está cerca de mama, la madre sostendrá la mama con su mano usando cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba, de esta forma el dedo pulgar y el índice forman una "C", colocándolos justo por atrás de la areola, ya que si se colocan sobre la areola comprimirán los senos galactóforos y afectarán la salida de la leche. Esta posición le permitirá a la madre dirigir el pezón hacia la boca del bebé y sostener la mama.(ver fig. no. 23)

Sosteniendo la mama, la madre debe estimular con su pezón el labio inferior del bebé, quien debido al reflejo de búsqueda abrirá la boca. En ese momento la madre debe introducir el pezón y parte de la areola dentro de su boca. La lengua del bebé quedara por abajo del pezón en forma de copa envolviendo al pezón y comprimiéndolo hacia el paladar. Así el niño inicia la succión con la mayor parte de la areola dentro de su boca, y tocando la mama con la nariz y la barbilla. (Si el bebé no toma adecuadamente el seno, se retirará y se ofrecerá nuevamente).

El tiempo promedio de lactancia para cada seno es de diez a quince minutos. Sin embargo, se debe respetar las necesidades individuales y el patrón de succión de cada niño. Será suficiente cuando la madre perciba que se ha vaciado su seno.

FIGURA NO. 22
Posición del bebé durante el amamantamiento



Fuente: Centro Nacional de Lactancia Materna. Hospital General de México. Secretaría de Salud. Manual de lactancia materna. Anexo.

Para retirar al bebé de la mama y evitar que lastime los pezones, la madre deberá insertar suavemente su dedo meñique en la comisura de la boca del bebé y oprimir la mama cerca de la comisura, con lo que se romperá el vacío que se forma dentro de la boca, con esto el pezón deberá deslizarse sin dificultad. (ver fig. no. 23)

Se debe alternar los dos senos cada vez que se amamante. Se le sacara el aire ingerido antes de iniciar con el otro pecho; se coloca al niño en posición erecta y se le dan palmaditas suaves en la espalda o se le acaricia. El cambio de posición (de semirecostada a erecta) es un factor importante para ayudar a la salida del aire. Con frecuencia basta con que la madre mantenga al lactante en posición vertical sobre su hombro y lo comprima contra el pecho. Otra posición alterna es que la madre se sienta al niño en su regazo, con el tórax sobre su mano y deteniéndole la barbilla con el pulgar y el dedo índice mientras le golpea de modo suave la espalda con la otra mano. Otra posición adicional es colocar al niño en posición de pronación sobre las rodillas, elevando un poco la rodilla más cercana a su cabeza.

En la siguiente tetada se iniciara con el pecho que se termino de dar en la ocasión anterior.

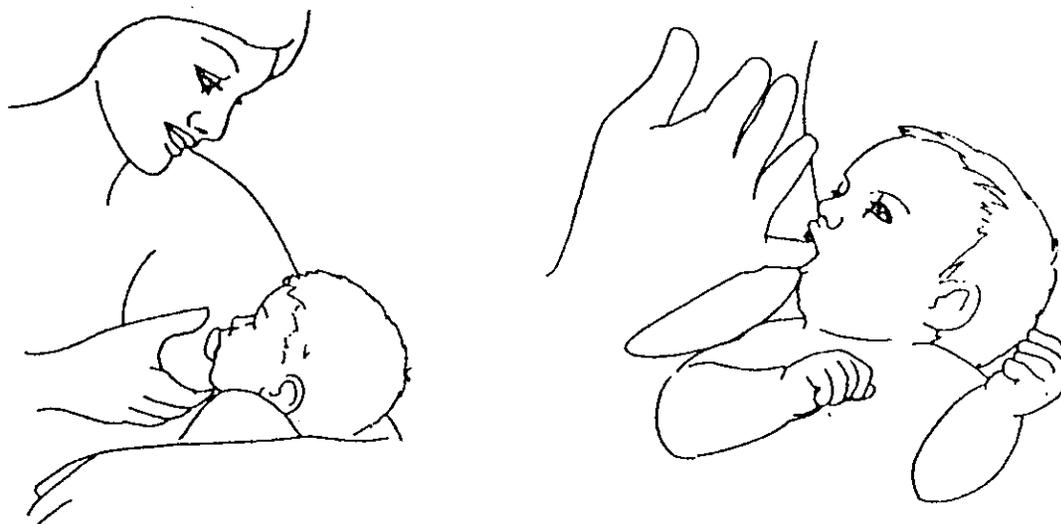
La alimentación al seno materno debe ser a libre demanda día y noche. "Es preciso recordar que durante miles de años el hombre se alimentó sin horarios, según sus sensaciones y necesidades. En el caso del lactante se cuenta con tiempo, más adelante, para adaptarlo a los horarios familiares".⁶³

En las primeras semanas el niño come con intervalos cortos, en ocasiones hasta menos de dos horas, esto es normal debido a que el tiempo de vaciamiento gástrico es muy rápido.

⁶³ Ana, Langer. "La alimentación en el primer año de vida". en: Cuadernos de nutrición Vol. 10. Octubre-noviembre-diciembre. México, 1993. p. 24.

FIGURA NO. 23

Posición de la mano al amamantar y como retirar el pecho



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 46 y 47

El niño debe ser estimulado a mamar por lo menos de 8 a 10 veces en 24 horas. Si se duerme es necesario despertarlo.

10.16.2 Posiciones para amamantar

Si la madre aprende la técnica correcta para amamantar, podrá adoptar otras posiciones en las que se encuentre más cómoda, pero siempre deberá cuidar que su hijo este de frente hacia ella y que la mayor parte de la areola quede dentro de la boca del bebé.

* Sentada clásica:

Con la espalda recta colocara el niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo la pierna o las nalguitas del

bebé; se puede colocar una almohada sobre las piernas de la madre para que quede más cerca del pezón, siempre acercar el niño al pecho y no el pecho al niño. Procurar que la cara quede exactamente frente al seno y tomar el pecho con la mano en forma de "C". Tocar con el pezón el labio inferior del bebé para desencadenar el reflejo de búsqueda, al abrir la boca se debe atraer al niño rápidamente hacia el seno para que tome el pezón y parte de la areola.

* Acostada en decúbito lateral:

Al estar acostada colocar una almohada debajo de su cabeza y hombros puede apretar en su brazo inferior contra su cabeza o usarla para acunar al bebé. Puede colocar una toalla enrollada o una almohada atrás de su espalda para apoyarse. Guía el pezón introduciéndolo en la boca del bebé. Debe ofrecer primero la mama inferior y después cambiar de posición hacia el otro lado.(ver fig. no. 24)

FIGURA NO. 24
Posición acostada



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 46.

* "Balón de fútbol o posición de sandía"

Esta posición es ideal para mujeres con mamas grandes, mujeres con pezones más planos y aquellas que fueron sometidas a cesárea. La madre puede estar sentada en la cama o en una silla. Se coloca una almohada sobre el abdomen y piernas. Las nalguitas del bebé deben descansar sobre la almohada, cerca del codo de la madre y los pies del bebé deben apretarse contra el brazo de la madre, apuntando hacia la espalda. la madre apoya la espalda del bebé sobre su brazo. La cabeza del bebé se acuna en la mano de la madre quien se inclina ligeramente hacia adelante centrando la areola y el pezón en la boca del bebé.(ver fig. no. 25)

FIGURA NO. 25
Posición de "balón de fútbol"



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención".
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de salud. UNICEF.
México, 1997. p. 47.

10.16.3 Observación de la alimentación al seno

* Respuesta madre-hijo

Es muy importante observar la respuesta de ambos en el momento del amamantamiento. La madre debe estar relajada ofrecerle con gusto el pecho al bebé, hacer contacto de ojo a ojo, de piel a piel. En respuesta el bebé debe disfrutar el momento del amamantamiento, escuchando los latidos del corazón de su madre, escuchándola y tocándola.

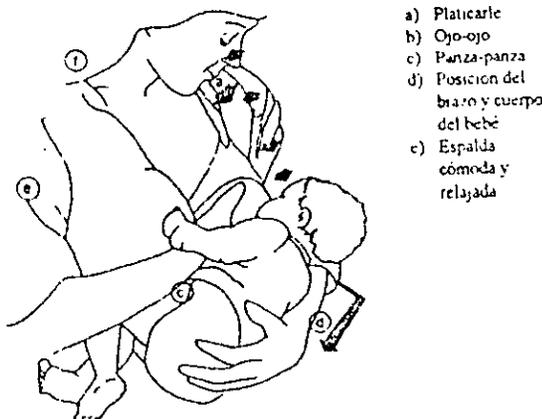
* Posición

La posición podrá variar pero siempre debe ser cómoda, con el bebé frente a la madre y el pezón y parte de la areola dentro de la boca del bebé. (ver fig. no. 26)

* Anatomía y condiciones del pecho

Un pezón plano o invertido dificultará la lactancia, si no fueron debidamente estimulados.

FIGURA NO. 26
Posición correcta al amamantar



Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención.
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 51.

Otros problemas frecuentes, que también alteran la lactancia son las grietas, la congestión, los abscesos y la mastitis; complicaciones de la lactancia que deben ser resueltas tan pronto como sea posible.

* Tiempo y horarios

El tiempo de succión puede ser de 10 a 15 minutos, pero se sugiere obedecer a la demanda del bebé, o bien hasta que duerma. Las tetadas deben ser tan seguidas como el bebé lo demande de 8 a 12 en 24 horas. En cuanto a la alimentación nocturna, muchos niños necesitan de por lo menos una tetada. (ver cuadro no. 14)

* Signos de consumo insuficiente de leche materna durante la primer semana de vida.

- Menos de siete tetadas por día (lo normal son de 8 a 12)
- Menos de seis micciones por día (lo normal es de 6 a 8)
- Menos de cuatro evacuaciones por día, una cada vez que lacta (lo normal es de 6 a 10)
- Evacuaciones verdosas frecuentes. Una evacuación verdosa de vez en cuando, no debe alarmar a la madre ni ser motivo para consultar al personal de salud.
- Ictericia.
- Pérdida de peso $\leq 10\%$.
- Fatiga y ansiedad materna.⁶⁴

*Criterios para evaluar una lactancia exitosa:

Existen criterios bien definidos que permiten asegurar cuando la lactancia se ha establecido en forma exitosa. El primer y más importante es que el niño sacie su apetito y crezca en forma satisfactoria.

Los criterios son:

⁶⁴ Esther, Casnueva. "Consejos prácticas para la lactancia". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 54.

CUADRO NO. 14
Observación de la alimentación al seno materno

Signos favorables	Indicación de posibles problemas
Posición del cuerpo: - Cuerpo con cuerpo	- Cuerpo distante de la madre
- Bebé frente al pecho	- Bebé hacia un lado
- Cabeza y cuerpo alineados (posición del brazo)	- Cuerpo del bebé torcido
- Barbilla en el pecho	- Barbilla lejos del pecho
- Espalda y glúteos del bebé apoyadas.	- (Sólo cabeza u hombros apoyados)
Respuestas: - Se acerca al pecho si está hambriento	- No responde con apetito
- Calmado y alerta al pecho	- Inquieto y molesto; se resbala
- Signos de reflejo de bajada de la leche en la mamá	- No hay signos de reflejos
Lazo emocional: - Atención cara a cara con la madre	- No hay contacto visual
- Contacto de piel	- Mínimo contacto de piel
- Cargado en forma segura	- Nervioso o tembloroso
Anatomía: - Pechos suaves	- Pechos demasiado llenos
- Pezones salidos	- Pezones aplanados o que no salen
- No hay dolor ni grietas	- Grietas o dolor
Succión: - Boca bien abierta	- Boca relajada
- Succión rítmica	- Succión acelerada
- Tragos audibles	- No se oyen los tragos
- Lengua visible	- Lengua no visible
- Mejillas infladas	- Mejillas tensas o caídas

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p.52.

- Que la leche gotee de los senos antes de que el niño comience a mamar
- Que la leche gotee del seno opuesto al que el niño succione

- Que se produzcan contracciones uterinas durante el amamantamiento
- Que desaparezca la sensación de molestia a nivel del pezón cuando el niño comience a succionar
- Que se produzca goteo de leche de los senos durante la excitación sexual y el orgasmo

Este último criterio es de interés ya que existen mecanismos fisiológicos comunes entre la respuesta sexual y la lactancia y es perfectamente posible y deseable que la madre se realice plenamente en ambas áreas.⁶⁵

10.17 CUIDADOS DE LOS SENOS DURANTE LA LACTANCIA

Para facilitar el amamantamiento es importante discutir el cuidado de los pezones con la nueva madre. La limpieza es importante pero lo que se debe lavar en cada tetada son las manos no los pezones. Los aceites que secreta el pezón contiene antisépticos naturales, al igual que encima lácteas. Basta lavar bien los senos con agua limpia al darse un baño de tina o regadera. Se recomienda usar el uso del jabón porque produce resequedad y puede ocasionar grietas.

Otro aspecto importante de los cuidados es mantener los pezones secos. Después de cada periodo de amamantamiento se deben dejar secar al aire, sin el sostén, durante 15 a 30 minutos varias veces al día. También pueden secarse con el aire caliente de una secadora eléctrica para el pelo, a baja intensidad, o con una lámpara y/o foco, a una distancia de 15 a 20 cm. del pezón. La leche que queda en torno al pezón después de que el niño se alimenta, debe dejarse allí en vez de secarse, porque se comprobó que alivia el dolor y ayuda a la cicatrización.

⁶⁵ Pedro, Arroyo A. "La nutrición de la madre, 2a parte, el período de la lactancia". en: Cuadernos de nutrición. No. 8. abril-mayo-junio. México, 1983. p. 31.

No se aconseja utilizar recubrimientos de plástico del sostén y/o el mismo que sea de tela de poliéster, porque ambos retienen la humedad. En caso de fugas de leche, en particular los primeros días después de que ésta baja, se puede utilizar algo absorbente, como un cojinetete para el seno o un pañuelo limpio para mantener el pezón más seco y evitar que la ropa externa se manche. Por supuesto será necesario cambiarlo con frecuencia en caso que se humedezca. Todo lo anterior con la finalidad de evitar al máximo la humedad ya que ésta favorece la proliferación de microorganismos patógenos, pudiendo llegar hasta una mastitis.

No se aconseja utilizar en forma rutinaria ungüentos y cremas para el pezón, ya que éste produce sus propias grasas naturales que le protegen. En caso de que se utilicen, deber ser seguras tanto para la madre como para el niño, para que no sea necesario lavarlos antes de alimentarlo. Algunos productos comerciales contienen irritantes y la lanolina en ciertos casos contiene pesticidas el cual produce a las personas alergia a la lana. Si la madre tiene la piel sumamente seca y se le recomienda aplicar alguna sustancia por algún motivo específico, debe hacerlo después del amamantamiento, aplicándolo en pocas cantidades y frotándolo bien para que no obstruya la circulación de aire y los conductos del pezón y de la areola no se tapen.

También es muy importante que los senos no se manipulen de forma excesiva para prevenir posibles infecciones posteriores.⁶⁶

10.18 ASPECTOS PSICOLÓGICOS RESPECTO A LA LACTANCIA DURANTE EL PUERPERIO

La menarquía, el embarazo y la menopausia se caracterizan entre otros aspectos por modificaciones en el patrón de las hormonas esteroideas. De todos estos períodos, probablemente las primeras

⁶⁶ Sharón, J. Recder. et al. Op. cit. p. 767 y 768.

semanas posparto son las más críticas, puesto que en ningún otro momento de su vida la mujer se ve expuesta a cambios hormonales más abruptos. Sin embargo, las investigaciones sobre este tema señalan que la depresión posparto no es resultado de la brusca caída en las concentraciones de hormonas esteroides, si no que con cierta frecuencia obedece a alteraciones de naturaleza autoinmune en el funcionamiento tiroideo.

La falta de una definición universal de la depresión posparto hace que sea difícil la estimación de su prevalencia; sin embargo se calcula que alrededor de 50 a 75% de las pacientes puerperas experimentan sensación de melancolía transitoria y de 10 a 20% sufren depresión significativa. La psicosis puerperal ocurre en 1 a 2% de las madres primerizas. La frecuencia de la depresión aumenta con el tiempo que transcurre después del parto: 8.5% de las mujeres se deprimen en los primeros días y 14.2% a las 12 semanas. El índice global de depresión posparto es de 10.4%.⁶⁷

Se describen varios tipos de depresión puerperal. El tipo más común, es el de sensación melancólica, es un trastorno de adaptación a un suceso en la vida (el parto) que ocasiona que la mujer se deprima. Este tipo de depresión en lo general ocurre de 3 a 5 días después del parto.

Clínicamente, la alteración se manifiesta como hipotiroidismo entre 6 y 12 semanas después del parto, resolviéndose espontáneamente en la mayoría de los casos entre 6 y 9 meses después.

Las alteraciones conductuales se presentan sobre todo en mujeres con labilidad emocional, manifestándose clínicamente como depresión. El signo más característico de éste síndrome es el llanto, el cual usualmente

⁶⁷ Ibidem. p. 1050.

se presenta de corta duración y sin motivo aparente y generalmente se acompaña de fatiga e irritabilidad.⁶⁸

Por otra parte, diversos estudios psicológicos señalan que la depresión posparto no es una enfermedad del puerperio, sino que por el contrario es el resultado de una larga cadena de desajustes psicológicos que se expresan en un momento estresante para la mujer. (ver cuadro no. 15)

El tipo de respuesta conductual ante los problemas de la vida también pudiera ser un factor desencadenante de la depresión posparto. Se ha observado que las mujeres que tienden a ser obsesivas, perfeccionistas, competitivas y que responden mejor bajo condiciones de estrés (personalidad tipo A), con mayor frecuencia tienen hijos con éste mismo patrón de comportamiento. En las primeras semanas de vida esto se manifiesta mediante una mayor dificultad para dejar de llorar y autocontrolarse, lo que sin duda retroalimenta la percepción de la madre de que es incapaz de atender adecuadamente las demandas de su hijo, lo que favorece la aparición de la depresión. Cabe mencionar que en estos estudios también se ha podido observar que los niños tienden a desarrollar el mismo tipo de temperamento que sus madres aún cuando no sean educados por ellas, lo que significa que existe una predisposición genética a expresar este tipo de conducta.

En relación a la lactancia, vale la pena mencionar que las madres con conducta tipo B (con baja respuesta ante las demandas del medio, relajadas y adaptables) tienden a lactar en forma exclusiva a sus hijos por más tiempo.

Independientemente de si la depresión posparto obedece sólo a cambios hormonales, o si es el resultado de diversas alteraciones mentales previas, la realidad es que un alto porcentaje de las mujeres ve modificados sus ciclos de vigilia -reposo. Súbitamente se encuentra ante

⁶⁸ Esther, Casanueva. "Aspectos maternos de la lactancia humana". En: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. . 47.

CUADRO NO. 15

Tipos de depresión puerperal

	<i>Sensación de melancolía tras el parto</i>	<i>Depresión neurótica</i>	<i>Depresión limítrofe</i>	<i>Depresión psicótica</i>
Inicio	Transitorio; por lo general es más fuerte 3 a 5 días después del parto.	Puede prolongarse hasta seis meses después del nacimiento.	Puede perdurar hasta 12 meses después del nacimiento.	En general, se presenta en los primeros meses después del nacimiento pero el inicio más usual es dos semanas después del parto.
Síntomas	Depresión leve: lágrimas, cierta sensación de pérdida y de agobio de responsabilidades, fatiga, fluctuaciones de ánimo frecuentes, poca concentración.	Entre síntomas posibles: estados de angustia, fobias, temor de hacer daño al recién nacido, hipocondría, pérdida de peso, insomnio, pensamientos obsesivos, irritabilidad, sentimientos de culpa, apatía, falta de energía, sentimientos de pérdida de cariño y autoestima.	Puede fluctuar de depresión neurótica a periodos de psicosis.	Aunados a delirios y alucinaciones, desorientación, fuertes sentimientos de ira hacia sí mismo y el lactante; puede haber paranoia y una fuerte reacción obsesiva. Pueden ser unipolares (solo depresión) o bipolares (fluctuación de manía a depresión).
Contacto con la realidad	Se mantiene.	Puede ir acompañado de sentimientos de despersonalización y desorientación aunque se mantenga la sensación de realidad.	Puede tener pérdida transitoria de contacto con la realidad.	Pérdida de contacto con la realidad.
Factores de riesgo	Mínimo.	Suicidio.	Suicidio.	Suicidio, infanticidio o ambos.
Incidencia	75% de las madres.	Una en cada 10 (10-15%).	Se desconoce.	Una en cada 500 a 700 madres (2%).
Defensas	Por lo común exhibe "preocupación materna primaria" respecto al recién nacido, con algo de sublimación, racionalización, intelectualización y altruismo.	Se caracteriza principalmente por represión y por restricción del funcionamiento del yo. Puede intentar y llegar a controlarlo al apartarse de sus propios pensamientos, por aislamiento, formación de reacciones, somatización e introyección.	Restricción en el funcionamiento del yo, división de personalidad, despersonalización y expresión de impulsos reprimidos o inconscientes.	Regresión grave, ruptura y división en imágenes primitivas. Predomina el proceso primario y el pensamiento mágico; puede interpretar sus impulsos reprimidos o inconscientes en grado extremo e incluso reñir consigo misma y con el recién nacido.
Etiología orgánica	Mínima, aunque la falta de sueño y cambios endocrinos quizá contribuyan.	Puede haber desequilibrio hormonal, disposición depresiva aunada a factores psicógenos.	Posible vulnerabilidad; ausencia de causalidad evidente.	Puede presentarse una fuerte predisposición orgánica a la esquizofrenia.

Historia de la infancia	Ninguna evidencia marcada de deprivación, pérdida, represión o maltrato durante los primeros seis años de vida.	Puede caracterizarse por falta de cariño durante los primeros años y control fuerte por parte de los padres durante los tres a seis años de edad.	Por lo común sufrió problemas de separación e individualización.	A menudo se caracteriza por falta de cariño, pérdida o maltrato durante el primero o los dos primeros años de vida. Son comunes las enfermedades psiquiátricas previas.
Tratamiento	Oportunidad para hablar de los sentimientos de pérdida y examinar la sensación de enojo, etc. Paciencia, apoyo y comprensión.	Psicoterapia de orientación introspectiva; tratamiento con fármacos y puede ser necesario hospitalizar a la paciente cuando persisten la angustia y sentimientos suicidas. Puede ser útil la psicoterapia maternoinfantil.	Se requiere terapia intensiva a largo plazo.	Hospitalización. Psicoterapia de apoyo, terapia a base de fármacos, TEC como último recurso.
Pronóstico	Excelente. Las dificultades y los sentimientos por lo general se integran a la personalidad para salir adelante.	Buena, según antecedentes y disposición a permanecer en psicoterapia. Muchas pacientes se recuperan por completo.	Reservado cuando no hay psicoterapia intensiva a largo plazo y cuando no se recibe ayuda para desarrollar las habilidades.	Malo, puede continuar necesitando fármacos.
Efecto en el recién nacido.	Mínimo	Puede reducir las respuestas de orientación y ocasionar retraso en el apego y puntos importantes de su desarrollo; puede producir trastornos para comer o dormir.	Posibles maltrato y descuido. Las dificultades se presentan con mayor probabilidad en el segundo año después del nacimiento.	Si es extremo y no se cuenta con un sustituto para proporcionar atención, puede ocasionar que el recién nacido se repliegue del medio ambiente animado e interactivo.

TEC = terapia electroconvulsiva.

Landy S, Montgomery J, Walsh S: Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J* 18(1):1-29, primavera 1989.

Fuente: Sharón, J. Reeder. et. al. "Enfermería materno infantil". Ed. Interamericana. 17a ed. España, 1995. p. 1051 y 1052.

un ser "extraño" al que debe cuidar las 24 horas del día, que depende de ella para cubrir sus necesidades vitales y que no necesariamente responde en forma contingente ante el cuidado materno.

Sin lugar a duda uno sólo de éstos factores bastaría para poner en peligro el equilibrio emocional de la mujer.

Es por ello que el personal de salud debe estar preparado tanto para diagnosticar oportunamente el síndrome (hormonal y psicológicamente), como para orientar a los familiares y amigos sobre la mejor forma de brindar el apoyo que estas mujeres requieren, reforzando las compensaciones sociales y emocionales que disfruta la madre que alimenta a su hijo.

Desde el punto de vista hormonal, ante la sospecha de un cuadro de tiroiditis posparto, se debe solicitar por lo menos, un perfil tiroideo y la interconsulta con el especialista. Por lo que toca a la esfera psicológica, también se deberá recurrir a los servicios de salud mental disponibles en la comunidad.

La enfermera puede tomar medidas preventivas para que se eviten o minimicen los trastornos depresivos cuando se identifican desde un inicio que la paciente corre el riesgo de sufrir depresión puerperal. El antecedente de depresiones anteriores de éste tipo, de trastornos afectivos en la familia o de depresiones que no guardan relación con el embarazo pone sobre aviso a la enfermera de que puede presentarse éste problema. Entre otros factores de riesgo se encuentran: nivel socioeconómico bajo, inestabilidad matrimonial, madre soltera con capacidad limitada de manutención, ambivalencia o actitud negativa hacia la maternidad, antecedentes de maltrato o abandono infantil, autodecepción y sensibilidad hacia la crítica, sensación de incapacidad de atender al recién nacido y sucesos recientes que implican tensiones. Al proporcionar cuidados durante el puerperio, la enfermera también valora la indicencia de signos que predicen el comportamiento y la interacción de la madre con el recién nacido.(ver cuadro no. 16)

CUADRO NO. 16

Primeros indicios para predecir la depresión puerperal

Al proporcionar atención durante el periodo posterior al parto, la enfermera valora el comportamiento y la interacción que tenga la madre con el recién nacido para detectar los siguientes indicios:

- Ausencia de visitas; no se comparten las noticias acerca del nacimiento con familiares ni amistades.
- El cónyuge o la pareja no es cálido, no ofrece apoyo ni es atento con la madre.
- La madre rechaza o expresa ambivalencia respecto al embarazo, el nacimiento o el recién nacido.
- La madre considera que el recién nacido la rechaza, que se comporta mal o agresivamente y puede llegar a llamarlo "monstruo".
- La madre sufre trastornos al dormir o pesadillas graves.
- La madre no demuestra afecto ni interés en el recién nacido al alimentarlo y cuidarlo; quizá no desee cargarlo, habla poco, no establece contacto visual con él, demuestra poca reciprocidad.
- La madre expresa intensos sentimientos de pérdida en cuanto a su imagen corporal, independencia, rutinas personales, nivel y metas.
- La madre exhibe sentimientos extremos de tristeza, angustia, culpa y enojo y llora con frecuencia.

Adaptado de Landy S, Montgomery J, Walsh S: Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J* 18(1):1-29, 1989

Fuente: Sharón, J. Reeder. et. al. "Enfermería materno infantil". Ed. Interamericana. 17a ed. España, 1995. p. 1053.

Cabe mencionar que existen algunos aspectos prácticos que pueden facilitar una lactancia adecuada. Entre estos aspectos es importante considerar la preparación para la lactancia, el manejo de los problemas más frecuentes y los signos de alarma que deben alertar sobre la posible insuficiencia en el consumo de leche por parte del recién nacido.

La actitud de la madre es importante en su lactancia ya que las madres que desean amamantar tiene más éxito, su estado emocional puede influir fisiológicamente en la lactancia de varias maneras:

- Disminuyendo el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente de la secreción láctea
- Reduciendo la calidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción láctea
- Adoptando rituales de la lactancia, por ejemplo un exceso de limpieza en los pezones, ocasionando grietas o dolor

- También puede influir en la expulsión de la leche, bloqueando el reflejo de bajada de la leche, aún estando llenas las mamas

10.19 NUTRICIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

El progreso y el bienestar de una sociedad dependen de la salud y el desarrollo de los individuos que la forman. A su vez, la salud y el desarrollo humanos no son completos y plenos sin una nutrición adecuada.

Los nutriólogos han convenido en considerar a la nutrición como un fenómeno global, como resultado final de la interacción de una serie de factores, entre ellos la alimentación. Así, "alimentación" se refiere a la serie de actos que tiene que ver con la "adquisición" de nutrimentos por el organismo, generalmente mediante la ingestión de alimentos, pero ocasionalmente en otras formas y por otras vías como sería la infusión intravenosa de soluciones de nutrimentos. "Nutrición", en cambio, involucra además otros fenómenos tales como la digestión y absorción en su caso, la distribución de nutrimentos en el organismo y, sobre todo, la utilización de los mismos por las células, que esta influida por factores tales como la edad, el sexo, las características genéticas, el ejercicio físico, el ambiente, y en general por la salud misma.

En su acepción más amplia, la nutrición representa el conjunto de fenómenos implicados en la obtención, asimilación y utilización de los nutrimentos, que se obtienen como energía y una serie de sustancias de las que todo organismo necesita abastecerse continuamente en cantidades suficientes para llevar a cabo las

funciones que le son características y para reparar y reproducir su estructura.⁶⁹

En éste sentido podemos remarcar que la salud materna en el periodo del embarazo reside en la capacidad de la mujer para dar a luz un niño de crecimiento y desarrollo óptimos e iniciar y sostener, con un máximo de eficacia, el proceso de la lactancia.

Al nacer el niño e iniciarse la lactancia al seno, en cierta forma se prolonga se proceso de alimentación, crecimiento y desarrollo que se daba in útero. La diferencia reside en que la glándula mamaria a sustituido a la placenta como proveedor de alimentos (nutrimentos), pero sigue siendo válido afirmar, que de la misma manera, la nutrición de la madre sigue siendo determinante del estado de nutrición del niño en la vida extrauterina. En este sentido, el nivel de nutrición alcanzado o perdido por la madre durante la gestación influirá, en cierta medida, sobre el crecimiento y desarrollo posteriores del niño, a través de la eficacia con la que se realicen las fases subsecuentes del ciclo reproductivo.⁷⁰

10.19.1 El ciclo reproductivo

Para comprender de manera global las características del ciclo reproductivo y la influencia que el estado de salud y la nutrición de la madre tienen sobre él, conviene concebirlo como una secuencia de procesos ligados que se desenvuelven en forma de espiral; la eficacia de estos procesos configura una espiral ascendente o descendente en materia de salud y nutrición: cada una de las experiencias que tiene una mujer durante su ciclo reproductivo, es decir, embarazos, partos, periodos de amenorrea

⁶⁹ "Panorama alimentario de México". en: Cuadernos de nutrición. Julio-agosto-septiembre. México, 1981. P. 18 y 19.

⁷⁰ Pedro, Arroyo A. Op cit. p. 18.

posparto asociados a la lactancia, intervalos menstruales y abortos, son eventos ligados secuencialmente entre sí, y el grado de eficacia o de deterioro nutricional que alcance en cada uno de ellos influirá decisivamente en los subsecuentes.

10.19.2 Requerimientos adicionales de nutrientes

Durante el período de la lactancia, la madre necesita recibir una cantidad adicional de alimentos para cubrir las necesidades impuestas por esta situación fisiológica. En la etapa de plena producción de la leche dichas necesidades adicionales son muy importantes, al grado de que representan aproximadamente el doble de las exigidas por el embarazo en la época de mayor crecimiento del producto. La cantidad total extra de nutrientes requerida depende fundamentalmente de la cantidad de leche que consume el niño en el período de 24 horas.

Se considera que en condiciones de buena salud, la madre inicia la lactancia con reservas suficientes de energía acumuladas durante el embarazo, reservas que son consumidas durante las fases iniciales de la lactancia.

En estas condiciones un cierto grado de pérdida de peso al inicio de la lactancia es, probablemente un fenómeno fisiológico. Sin embargo si la madre, término la gestación sin haber acumulado dichas reservas o inclusive habiendo mermado las que tenía previamente, dicha pérdida de peso debe ser considerada como indicadora de un estado nutricional marginal, o deficiente que, seguramente, influirá negativamente en la eficacia de la lactancia. Por ello resulta tan importante asegurar un buen estado nutricional materno desde el momento del embarazo. Se ha demostrado que la madre transforma la energía de su alimentación en energía

contenida en la leche que secreta con un alto grado de eficacia (superior al 90%).⁷¹

10.19.3 Necesidades nutricias

10.19.3.1 Costo energético de la lactancia

1. Volumen producido: a partir de los resultados de un estudio multicéntrico realizado en mujeres con diferente estado de nutrición, se tiende a pensar que la producción promedio de leche durante la lactancia es de cerca de 750 ml/día. Cabe mencionar que dos estudios realizados en el medio rural dan cifras semejantes a la indicada. A pesar de ello, las estimaciones del comité de la FAO/OMS/ONU para el calculo del costo de la lactancia humana, aún consideran un volumen promedio de producción de 800 ml/día para los primeros 6 meses. (ver cuadro no. 17)

CUADRO NO. 17
Costo energético de la lactancia

	0 - 6 meses	7 - 12 meses	13 - 24 meses
Volumen de leche (ml/día)	805	600	550
Contenido de energía (kcal/día)	560	420	385
Costo de la producción de leche (kcal/día)	700	530	480
Movilización de la reserva (kcal/día)	200	0	0
Costo que debe cubrir la alimentación (kcal/día)	500	530	480

Fuente: Esther, Casanueva. "Aspectos maternos de la lactancia humana". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 35.

⁷¹ Ibidem. p. 21 y 22.

2. Densidad energética de la leche: la idea de que la densidad energética de la leche depende del estado de nutrición de la madre es errónea. Diversos estudios han demostrado que las madres desnutridas producen leche con el mismo contenido energético que las madres bien nutridas. Las variaciones encontradas se refieren al volumen producido, es decir, la diferencia entre la leche de una madre bien nutrida y una madre desnutrida sólo es cuantitativa.

Actualmente con técnicas más eficaces se ha encontrado que la densidad energética de la leche humana varía entre 240 y 250 KJ/100 ml. (57 y 60 Kcal/100 ml), 15% por debajo de la estimación clásica (71 Kcal/100 ml). Cabe mencionar que el cálculo del Comité de la FAO/OMS/ONU sobrestima el costo de la lactancia al basarse en las estimaciones clásicas de densidad energética.

3. Eficiencia materna de producción de leche: ésta se puede observar en el cuadro no. 18.

CUADRO NO. 18
Eficiencia de producción de la leche humana

	Concentración (g/100 ml)	Energía (kcal/100 ml)	Eficiencia (%)	Costo (kcal/ 100 ml)
Lactosa	7.0	28	95	30
Proteína	1.2	5	88	6
Lípidos				
síntesis	1.44	13	73	18
transporte	2.56	23	98	24
TOTAL		69	91	78

Fuente: Esther, Casanueva. "Aspectos maternos de la lactancia humana". en: Cuadernos de nutrición, edición especial. agosto. México, 1993. p. 36.

10.19.3.2 Mecanismos para sufragar el costo de la lactancia

1. Consumo de alimentos: uno de los mecanismos para sufragar el costo de la lactancia es el incremento en el consumo de alimentos. Para muchas especies este incremento, es la única alternativa que permite sostener el costo energético de la lactancia.

Para el ser humano, con sólo una cría, el incremento en el consumo de alimentos habitualmente no pasa del 25%.

En estudios realizados en países desarrollados en mujeres con buen estado de nutrición, que no están embarazadas ni lactando, se ha encontrado consumo promedio de 8.05 MJ/día (1900 kcal/día) y una ingestión de cerca de 9.90MJ/día (2400 kcal/día) durante la lactancia. Cabe mencionar que el incremento es de 1.85 MJ/día (440 kcal/día) es muy cercano a lo recomendado por el Comité de la FAO/OMS/ONU (2.1 MJ/día ó 500 kcal/día).

2. Utilización de la reserva de energía: en términos generales, para el ser humano la reserva de grasa es un buen recurso para sufragar el costo de la lactancia. Cuando se compara el contenido de grasa corporal al inicio de la lactancia de diferentes especies de mamíferos, se observa que el ser humano tiende a tener más grasa que otras especies. Así por ejemplo el contenido de grasa de la ratona, la vaca y la cerda al término de la gestación es de 7.5, 14 y 18% respectivamente, mientras que, dependiendo de su estado de nutrición, una mujer puede tener entre 20 y 30% de grasa en ese mismo período. En el ser humano la grasa depositada durante el embarazo es un medio más eficiente para responder positivamente a la prueba de esfuerzo que supone la lactancia, que el incremento en el consumo de alimentos.

En diversos estudios se ha observado que existe una relación inversa y significativa en el incremento del ingreso energético

durante la lactancia y la pérdida de peso en los primeros tres meses de posparto. El peso se conserva cuando se consumen cerca de 650 kcal adicionales por día; cuando no se incrementa el consumo de alimentos, se pierden cerca de dos kilogramos de peso por mes.

Cabe destacar que conservando un mismo peso corporal y una misma producción de leche por día y variando la actividad física, es posible encontrar diferentes necesidades energéticas. Así, una mujer de 45 kilogramos sin actividad física, que produce 750 g. de leche por día, requiere cerca de 1900 kcal. Esa misma mujer, cuando se somete a actividad muy intensa necesita cerca de 1700 kcal más para poder seguir produciendo el mismo volumen de leche.

A partir de la relación entre consumo de alimentos, actividad física y pérdida de peso, es posible explicar que algunas mujeres no sólo pierdan peso durante la lactancia, sino que lo ganen.

Probablemente estas mujeres tiene consumos de energía muy por arriba de las necesidades impuestas por la lactancia o restringen mucho su actividad física, o bien, realizan ambas acciones.

Por otra parte, en comunidades con alta prevalencia de desnutrición, donde la mujer no dispone de los medios necesarios para incrementar su consumo de alimentos durante la lactancia, se ve obligada a realizar actividad física intensa y además, no tiene oportunidad de acumular grasa durante el embarazo, las posibilidades de tener una lactancia exitosa son muy escasas. Sin embargo, aún en estas condiciones, en determinados casos es posible identificar a mujeres que logran lactar sin deteriorar más su estado de nutrición. Esto se debe, como se verá a continuación, a que se producen adaptaciones en su gasto energético.

3. Adaptaciones en el gasto energético: el gasto energético de un individuo es la suma de su gasto en reposo, su termogénesis

alimentaria (o efecto calorigénico de los alimentos) y su actividad física.

Durante la lactancia se han observado ajustes en estos tres componentes lo que explica la eficiencia materna en este proceso fisiológico, los cuales son:

- * Gasto en reposo. En algunos estudios realizados en mujeres desnutridas que lactan, se ha encontrado una disminución cerca del 5%, lo que pudiera explicar porque son capaces de lactar sin aumentar su grado de desnutrición.

- * Termogénesis alimentaria. Se han encontrado disminuciones en el efecto calorigénico de entre 2 y 3% lo que representa un ahorro aproximado de 50 kcal/día.

- * Actividad física. En términos generales se ha observado que durante las primeras semanas de lactancia las mujeres tienden a disminuir su actividad física con respecto a sus labores habituales; aunque existen muchas variaciones culturales.

10.19.3.3 Necesidades de otros nutrimentos

Se debe poner especial atención al consumo de calcio, magnesio, zinc, hierro, folatos y vitamina B6, ya que en general estos nutrimentos se encuentran en cantidades por debajo de lo esperado; tal vez, cabe mencionar que, a excepción del calcio y hierro, se desconocen las consecuencias fisiológicas de << bajo >> consumo.

Cuando una mujer que es capaz de producir 750 ml/día de leche se alimenta en forma inadecuada, a los seis meses habrá perdido aproximadamente 5% de su calcio corporal. Suponiendo que durante la lactancia no hay cambios en la eficiencia de absorción de calcio, tan solo para reemplazar los 260 mg de calcio que se pierden al día deberá consumir aproximadamente 660 mg/día (un vaso de leche contiene 300 mg de calcio y 6 tortillas equivalen a 200 mg de

nutrimento). Cuando la mujer no logra consumir esta cantidad de calcio, aumentan las probabilidades de que durante la lactancia sufra de cierto grado de desmineralización. Sin embargo, algunos estudios muestran que esta desmineralización puede corregirse en los meses posteriores a la lactancia si se realiza actividad física importante y se consume una dieta rica en calcio.⁷²

10.19.4 Control del estado nutricional materno

Las medidas prácticas de tipo preventivo orientadas a preservar y mejorar el estado nutricional materno durante la lactancia deben iniciarse durante la gestación. El objetivo específico consistirá en asegurar que la madre termine el embarazo con un sobrepeso de 2 a 3 Kg.

El mejor momento para evaluar las reservas de energía, medidas en término de sobrepeso en relación a su talla, en el posparto inmediato, entre las 48 y 72 horas posteriores al nacimiento del niño.

Resulta llamativa la escasa frecuencia con la que la propia madre, por no decir el médico u otros miembros del equipo de salud, presta atención a su propio estado de nutrición al término del embarazo. Pareciera que desde ese momento, todos los cuidados se centran en el niño.

Cuando la lactancia ya se encuentra en progreso, la mejor manera de evaluar el estado nutricional de la madre es a través del registro de los cambios en el peso corporal. Como ya se mencionó anteriormente, una cierta pérdida de peso durante el primero y el segundo mes puede ser considerada como fisiológica y es indicativa de que la madre está utilizando sus reservas, siempre y cuando la

⁷² Esther, Casanueva. Op. cit. P. 34-39.

lactancia se lleve acabo de forma satisfactoria. Pese a su sencillez, frecuentemente se tropieza con dificultades para implementar rutinariamente estas simples medidas de vigilancia de la nutrición. Por ejemplo, no es posible el seguimiento del peso si la madre no ha recibido atención prenatal, si el parto no es atendido por personal técnicamente calificado y si no asiste a servicios que efectúen la vigilancia posterior de su salud y la del niño; tampoco no es poco frecuente que en los programas de vigilancia al niño sano, el médico busque enfermedades raras para explicarse su crecimiento defectuoso sin percatarse que la madre ha tenido una pérdida importante de peso y que no es capaz de cubrir adecuadamente sus necesidades nutricias registrándose, en consecuencia, una lactancia insuficiente. Idealmente, tanto el estado nutricional del niño como el de la madre deben ser evaluados conjuntamente en cada visita al médico.⁷³

Se recomienda usar el siguiente cuadro como guía para evaluar el estado nutricional de la madre lactante, propuesto por la UNICEF.

CUADRO NO 19
Peso según la talla

Talla	Peso bajo	Peso niño	Sobrepeso
% del peso ideal	90%	121-135%	135%
145	42	58-64	65
147.5	43	59-65	67
150	45	61-67	68
152.5	46	63-69	70
155	47	65-72	73
157.5	49	67-74	76
162.5	52	71-79	80
165	53	73-81	82
167.5	55	75-84	85
170	56	77-86	87

Fuente: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 57.

⁷³ Ibidem, p. 25.

Por último cabe mencionar que la dieta de la madre es muy importante para lograr una lactancia satisfactoria. La alimentación materna debe ser completa, variada, suficiente, e higiénica, abundante en líquidos y con una combinación de todos los grupos de alimentos en cada comida, siguiendo tres principios básicos:

* Consumir frutas y verduras. Es conveniente consumir las frutas y verduras de la estación para hacer más económico y variado el menú.

* Combinar cereales y tubérculos con leguminosas. Es importante que en cada tiempo de comida se combinen éstos nutrimentos, ya que esto ayuda a que se complementen sus proteínas, mejorando su calidad.

* Consumir una pequeña cantidad de productos de origen animal. A pesar de que éstos alimentos contienen proteínas de alta calidad, son caros y tienen un alto contenido de colesterol y grasas saturadas, las cuales consumidas en exceso son dañinas para la salud.

Un consejo útil y sencillo para determinar la cantidad de alimentos que se debe consumir es:

- Consumir una ración más del platillo principal; este puede ser consumido en un tiempo de comida o aumentar los tiempos de comida.

Los alimentos recomendados durante la lactancia son:

1. Leche y derivados (4 tazas)
2. Carne y/o leguminosas (2 raciones)
3. Frutas y verduras (4 raciones cada tercer día)
4. Pastas y cereales (4 raciones) ⁷⁴
5. Agua (más de 2100 ml)

A continuación se muestra un cuadro que nos permite evaluar el porqué la mujer lactante debe ingerir abundantes líquidos.

⁷⁴ Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. Op. cit. p. 58 y 59.

Con lo anterior podemos deducir que si en un adulto normal se necesita 1500 a 2000 ml., entonces la mujer en periodo de lactancia debe aumentar la ingesta de líquidos porque debido a la producción láctea aumenta la demanda.

CUADRO NO. 20

Requerimientos y pérdidas de agua en individuos normales, en reposo y que no sudan (ml)

Edad	Orina	Heces	Imperceptibles (pulmón, piel)	Total requerido
Lactantes	200-500	25-40	75-300 (1.3 ml/kg 1h)	300-840
Niños	500-800	40-100	300-600	840-1500
Adolescentes y adultos	800-1000	100	60-1000	1500-2100 -

Fuente: Esther, Casanueva. "El agua". en: Cuadernos de nutrición. septiembre-octubre. México, 1984. p. 6.

10.20 SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO AMAMANTADO

10.20.1 Conceptos

El concepto de crecimiento se refiere al proceso que transforma a un niño en ser adulto, mediante el aumento progresivo y continuo de su tamaño corporal.

El proceso de crecimiento empieza antes de que el niño nazca, en el momento de su concepción cuando el óvulo fecundado todavía es

una célula minúscula, que se va a dividir y multiplicar para constituir un ser humano; prosigue durante los primeros años, con un aumento continuo de su peso y estatura y el desarrollo de sus órganos y miembros, hasta alcanzar su tamaño adulto.

Generalmente se hace una distinción entre crecimiento y desarrollo. El crecimiento se refiere, esencialmente a un aumento en las dimensiones del cuerpo, aumento de peso y talla. El desarrollo es un término más amplio, que incluye crecimiento, pero que se refiere también a un cambio en el funcionamiento de las células, en la maduración de los órganos y en la adquisición de nuevas funciones.

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo mediante el cual un niño adquiere habilidades gradualmente más complejas, que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y las situaciones de su medio ambiente. Abarca las funciones de la inteligencia y el aprendizaje, por medio de las cuales el niño entiende y organiza su mundo. También incluye la capacidad de comprender y hablar su idioma; la de movilizarse y manipular objetos; la de relacionarse con los demás, y el modo de sentir y expresar sus emociones.

10.20.2 Factores que determinan el crecimiento y desarrollo

Podemos reunir en dos categorías importantes los elementos esenciales, o condiciones básicas que determinan el crecimiento. Por un lado, los factores genéticos que el niño hereda de sus padres y, por otro, su estado de salud este incluye a su vez, la alimentación y las influencias del medio ambiente.

Los factores genéticos son los primeros en actuar, ya que intervienen en el momento de la concepción para definir el sexo del niño, algunas de sus características físicas y cual será su potencial

de crecimiento. Este último se refiere al tamaño y capacidades que el niño podrá alcanzar, a determinada edad, si crece en condiciones favorables. Sin embargo, que el niño alcance o no ese potencial, dependerá en gran parte de su medio ambiente. Lo importante no es que alcance un peso y talla máximos, sino que crezca lo suficiente para lograr un buen desarrollo físico y psicológico, y no ser demasiado vulnerable a las enfermedades. Sobre los factores genéticos no se puede intervenir, pero es necesario no olvidar la influencia que tienen sobre el crecimiento y desarrollo del niño.

En el niño como en el adulto, son de igual importancia los factores biológicos, psicológicos y sociales. Por eso, su estado de salud no se define sólo por la presencia o ausencia de enfermedad si no por el completo bienestar biopsicosocial.

Durante la etapa prenatal ya empiezan a interactuar los factores de la segunda categoría.

Con el nacimiento las condiciones para un buen crecimiento y desarrollo incluyen, que el niño nazca producto de una gestación de término y con peso adecuado a ella, que no presente problemas al momento del nacimiento o que sean tratadas adecuadamente y que no tenga alguna anomalía física o neurológica.

Dentro de ésta misma segunda categoría, el estado nutricional es un factor importante; refiriéndose éste, como la relación existente entre el consumo de nutrimentos y el gasto efectuado por el cuerpo para producir la energía que requiere para todas sus funciones. El procedimiento por el cual el organismo humano consume y utiliza las sustancia o nutrimentos que necesita para funcionar adecuadamente es la nutrición. Es un proceso continuo que se produce en cada célula del organismo y necesita de un aporte externo como interno para llevarse acabo. El externo lo recibe de los alimentos incluyendo el agua, pero también del oxígeno; el aporte

interno son las sustancias que fabrica el propio cuerpo, como las hormonas y enzimas, que ayudan a los proceso de nutrición y crecimiento.

En cada etapa de formación del niño debe proporcionarse una alimentación adecuada; durante la etapa prenatal su adecuada nutrición dependerá de la alimentación materna y del buen funcionamiento de su microambiente, influido por el matro y macroambiente. Después de que nace, el aporte dependerá del ritmo de crecimiento y desarrollo de cada etapa, este aporte debe responder no sólo en cantidad sino en calidad.

El que el niño asimile bien los alimentos que recibe dependerá así mismo, de su estado de salud.

Las enfermedades, especialmente las que provocan diarrea, fiebre y disminución del apetito tienen un impacto muy fuerte sobre el estado nutricional del niño, además los requerimientos del organismo aumentan para combatir la enfermedad.

En el caso de una infección que lleva, en muchos casos, a la desnutrición hace al niño más vulnerable a las enfermedades de este tipo, haciéndolas más graves y que duren más, sobre todo si vive en condiciones ambientales adversas.

Alimentación y por lo tanto salud dependen estrechamente del medio ambiente en que vive el niño, y dentro de ese ambiente, existen otros factores que tienen también influencia sobre el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo, aunque sea de forma menos directa que los dos primeros.

Se entiende por medio ambiente del niño, desde su entorno inmediato, su familia y particularmente su madre, de quién recibe los cuidados esenciales en los primeros años de su vida, hasta su

entorno más alejado, como lo es la comunidad y el lugar físico donde está ubicada.

Es necesario tener en cuenta la edad de la madre, su nivel socioeconómico, su estado de salud y de nutrición, la relación afectiva que existe entre ella y su hijo, así como si trabaja fuera del hogar; y todos los aspectos que inciden directa o indirectamente sobre los cuidados que proporciona a su hijo.

Así mismo, son importantes las condiciones socioeconómicas de la familia, para saber si las necesidades del niño en cuanto a alimentación, salud, abrigo pueden ser satisfechas. Las características de la vivienda, un lugar amplio le permite espacio para sus juegos y un lugar adecuado para su descanso; de igual importancia es el número de hijos de la familia éste debe permitir dar igual cantidad y calidad de tiempo a cada hijo.

Todas éstas son condiciones esenciales para el buen crecimiento y desarrollo.

Otro elemento a tener en cuenta son las costumbres y creencias del ser humano al cual pertenece el niño, los hábitos positivos que benefician la salud del niño deben ser reforzadas.

Las condiciones ambientales de la comunidad tienen también notable influencia; así como la existencia y acceso a espacios educativos y recreativos. (ver cuadro no. 21)

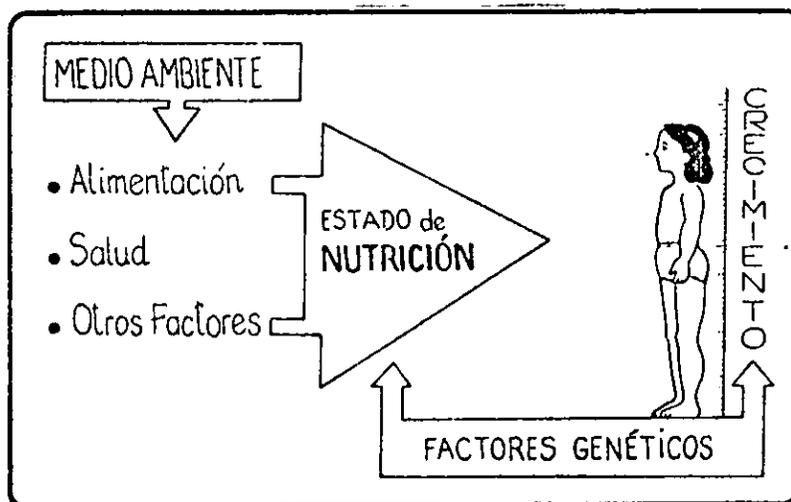
Como el niño crece y se desarrolla, cambia durante sus primeros años de vida, su ambiente no es estático, al igual experimenta una evolución continua.

Son muchos los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, unos a favor y otros en contra.

Las condiciones que favorecen el crecimiento y desarrollo infantil son:

- *Un cuerpo sano y completo
- que no existan anomalías genéticas

CUADRO NO 21 Elementos que influyen en el crecimiento



Fuente: Lucille, C. Atkin. et. al. "Paso a paso, como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños". Ed. Pax. UNICEF. México, 1987. p. 52.

- ausencia de impedimentos físicos
- sentidos que funcionen bien
- ausencia o poca frecuencia de enfermedades
- un sistema nervioso normal y que no este dañado
- * Un ambiente favorable
- alimentación adecuada y suficiente, brindada con paciencia y cariño
- personas afectuosas que convivan con él
- oportunidades de aprender y de conocer el mundo que le rodea
- comunicación con personas que le escuchen y entiendan lo que necesita

- libertad de movimiento y ejercicio corporal.⁷⁵

10.20.3 Factores de riesgo en el crecimiento y desarrollo

Dentro del ambiente, existen muchos factores que pueden influir en el crecimiento y desarrollo; conocer como actúan en éstos procesos ayuda a identificar a aquellos que pueden afectarlos mediante el reconocimiento de los mismos a los que se llama factores de riesgo se puede determinar que niños se ven amenazados en su crecimiento y desarrollo.

Esto no quiere decir que un niño que está sometido a uno o varios factores de riesgo durante sus primeros años, tendrá forzosamente problemas; pero si nos indica que tiene muchas más probabilidades de enfrentarlos que un niño criado en circunstancias más favorables.

De la misma manera, el grado de riesgo de un factor puede variar de acuerdo con las condiciones en que vive el niño.

* Factores relacionados con el niño.

Los factores genéticos, que pueden ser determinantes, son los primeros en actuar. Se considera como factores de riesgo las alteraciones genéticas que pueden retardar o alterar el crecimiento y desarrollo del niño desde su concepción.

El niño que nace con desventajas biológicas o que las adquiere posteriormente, tiene un riesgo directo de presentar alteraciones en su desarrollo. Las malformaciones congénitas, así como las discapacidades causadas por accidentes, muchas veces limitan la capacidad del niño para moverse y puede provocar reacciones negativas en las personas con quienes interactúa. Los impedimentos

⁷⁵ Lucille, c. Atkin. et. al. "Paso a paso, como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños". Ed. Pax. UNICEF. México, 1987. p. 198 y 199.

sensoriales, especialmente de ojos y oídos tienen repercusiones importantísimas, que requieren atención y educación especiales. El daño neurológico también tiene consecuencias para diversos aspectos del desarrollo.

El niño que nace pretérmino, prematuro, o con bajo peso para su edad gestacional tiene menos posibilidades de alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos, tiene menos defensas frente a las infecciones, están en mayor peligro de desnutrición y requieren mayores cuidados durante su crecimiento.

El niño que no recibe el beneficio de la alimentación al seno materno desde que nace, se encuentra en desventaja para su crecimiento, y expuesto al riesgo de desnutrición e infección. Para los niños que viven en zonas marginadas, la alimentación con sucedáneos constituye un riesgo aún mayor. La falta de recursos obliga muchas veces a diluir en exceso el alimento y las cantidades que recibe el niño no responden a sus requerimientos nutricionales. El uso de agua no potable, como la falta de agua, combustible y sistemas de refrigeración, aumentan considerablemente el peligro de infecciones. Por último, está más desprotegido en el plano afectivo.

Un destete precoz puede provocar trastornos digestivos y carencias nutricionales, cuya manifestación extrema será la desnutrición. Si el destete, además de precoz se hace en forma repentina y se acompaña de una separación física de la madre, los trastornos afectivos provocados por tal situación constituirán un obstáculo para el buen desarrollo del niño y tendrán posiblemente repercusiones sobre su crecimiento físico.

Los casos de diarrea y enfermedades respiratorias son muy frecuentes en niños pequeños, sobre todo si viven en zonas marginadas donde el ambiente les agrada permanentemente. De igual modo que la desnutrición favorece las infecciones, estas a su

vez, pueden provocar en el niño un estado de desnutrición y retardar su crecimiento. (ver cuadro no. 22)

El niño necesita relacionarse efectivamente con las personas que lo rodean, principalmente las más cercanas. El sentido de seguridad y bienestar que ello le proporciona, le permite lograr un buen desarrollo psicológico y favorece también la función hormonal, que estimula su crecimiento. Por lo tanto, un niño que no recibe afecto de nadie, un niño privado de su madre sin un buen sustituto, un niño abandonado o maltratado física o psicológicamente, estará en riesgo para su crecimiento.

El conjunto de factores de riesgo puede traer como consecuencia un ambiente inmediato desfavorable, éste, se refiere a la forma en que las personas, los objetos y las situaciones del entorno se relacionan con el niño. Un ambiente se considera desfavorable por varias razones y en diferentes grados, pero

CUADRO NO. 23
Círculo vicioso de la infección y la desnutrición



Fuente: Lucille, C. Atkin. Et. Al. "Paso apaso, como evaluar el crecimiento de los niños". De. Pax. UNICEF. México, 1987. p. 50.

básicamente es aquel que priva al niño de las oportunidades indispensables para desarrollar sus capacidades plenamente; no satisface sus necesidades básicas, y en casos extremos puede constituir una agresión física y emocional.⁷⁶

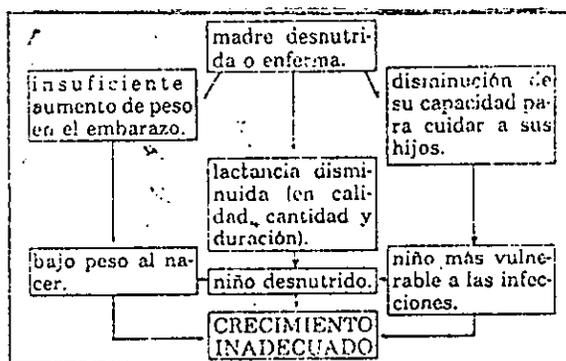
*** Factores relacionados con la madre**

En sus primeros años, el niño depende principalmente de su madre en lo que concierne a alimentación, salud y afecto. La calidad de los cuidados que recibe dependerá en gran parte de las condiciones de vida y de salud de su madre, de su madurez, de su capacidad para proporcionarle la atención que necesita y del apoyo que ella reciba de otras personas.

Los problemas de la madre influyen directamente en el niño durante el embarazo y también afectan su ambiente en los primeros años de vida. Una madre desnutrida, enferma o que toma alcohol o drogas tiene mayores problemas durante su embarazo y su capacidad para proporcionar cuidados será limitada. (ver cuadro no. 23)

CUADRO NO. 23

Consecuencias de la desnutrición materna y otras enfermedades sobre el crecimiento infantil



Fuente: Lucille, C. Atkin. "Paso a paso, como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños". Ed. Pax. UNICEF. México, 1987. p. 64.

⁷⁶ Ibidem. p. 199 y 200.

Una mujer demasiado joven o mayor requiere atención especial durante el embarazo, el riesgo se mantiene después del parto, en el caso de mujeres muy jóvenes, puesto que no cuentan con la suficiente madurez física y emocional para responder a todas las necesidades infantiles.

No por ser analfabeta o de baja escolaridad dejan las mujeres de ser buenas madres; sin embargo, pueden estar en desventaja en cuanto al acceso a los conocimientos para mejorar el cuidado y educación de sus hijos.

Los factores psicológicos de riesgo pueden ser ciertas actitudes y creencias, así como una variedad de problemas emocionales que limitan la aceptación de la mujer ante la atención médica que necesita durante la gestación y después de ésta. En ocasiones, por rechazar su embarazo o por cumplir con prohibiciones tradicionales, la mujer no se cuida debidamente. Después del parto, también las características psicológicas de la mujer influyen en forma importante en su hijo, una mujer deprimida, sin mayor interés en sí misma o en sus hijos, necesita mucha más ayuda para poder dar la atención que requiere.

* Factores relacionados con la familia

La situación familiar determina gran parte de los riesgos a los que están sometidos los niños en sus primeros años. Los factores intervienen ya sea en forma directa o mediante los cuidados que recibe el niño, particularmente de su madre.

Los insuficientes recursos económicos impiden cubrir las necesidades básicas y, a la vez provocan tensión familiar. Los bajos ingresos y el desempleo obligan a la familia a vivir en zonas marginadas, donde las condiciones de vivienda son pésimas, existen numerosas fuentes de contaminación y faltan servicios básicos de salud. El hacinamiento y las viviendas en condiciones precarias

propician enfermedades y también conflictos interpersonales. El hecho de tener numerosos niños a cortos intervalos reduce la posibilidad de atenderlos debidamente. La inestabilidad familiar, cambios repentinos y frecuentes en la vida familiar con respecto a sus integrantes y cuales son su lugar y condiciones de vida. La ausencia del padre en forma permanente o intermitente provoca un desequilibrio tanto para los hijos como para la madre.

Para un niño, es siempre una situación difícil cuando las personas más importantes en su vida cambian con frecuencia, ya sea debido a abandono, enfermedad o muerte. Otro factor de riesgo es la pobre calidad de las relaciones interpersonales dentro de la familia, un clima emocional negativo, un ambiente de conflicto o rechazo es sumamente perjudicial para los pequeños. El alcoholismo y la violencia reflejan y agravan los conflictos y tensiones dentro de la familia.

* Factores relacionados con la comunidad

Las condiciones físicas y ambientales de la comunidad inciden en la vida cotidiana del niño y en los cuidados que recibe y, por ende, en su crecimiento.

El alejamiento de la comunidad y la falta de vías de comunicación y de medios de transporte, dificultan el abastecimiento de alimentos y productos básicos, así como el acceso a los servicios sanitarios, el agua potable y combustible.

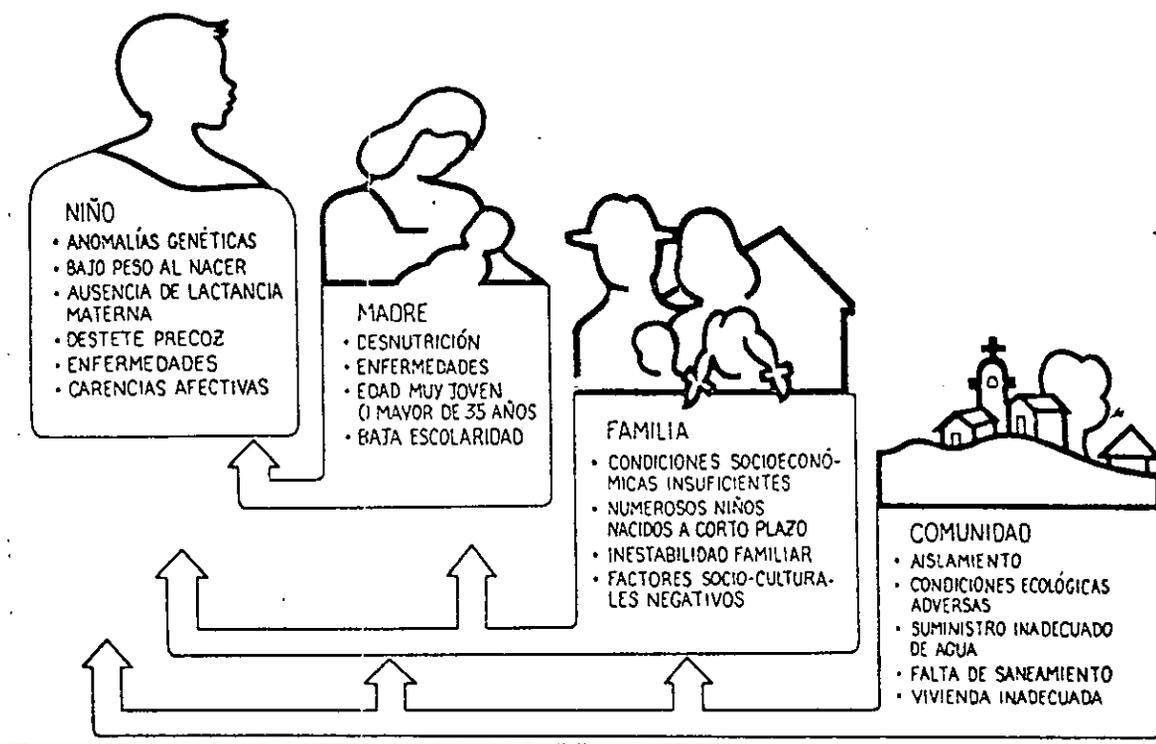
Tanto el clima como las catástrofes naturales determinan la disponibilidad de alimentos en una región y, en consecuencia, la calidad y la cantidad de la dieta que reciben los niños, particularmente en zonas rurales. El clima incide también sobre la frecuencia de ciertas enfermedades.

La disponibilidad de servicios de agua potable es limitada en gran parte de las zonas rurales y áreas periféricas de las grandes ciudades. La escasez de agua o su inadecuación para el consumo, altera el estado de salud y nutrición de los niños. La de letrinas o de drenaje y de un sistema de recolección de basura eficiente, constituyen un grave peligro para la salud de toda la comunidad y, en particular de los niños.

Cualquiera de estas desventajas altera el proceso de desarrollo del niño. Sin embargo, el nivel de desarrollo que alcanza un niño, dependerá de la combinación de sus características particulares y de la forma en que su ambiente satisface o no sus necesidades básicas y especiales. (ver cuadro no. 24)

CUADRO NO. 24

Factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo



Fuente: Lucelli, C. Atkin. "Paso a paso, como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños". Ed. Pax. UNICEF. México, 1987. p. 72.

10.20.4 Indicadores para evaluar el crecimiento y desarrollo

10.20.4.1 Peso

El peso indica la masa total del cuerpo. Es el primer indicador que se ha usado en el mundo y el más difundido para vigilar el crecimiento infantil y detectar problemas de nutrición y salud, es el del peso relacionado con la edad. Se supone que un niño sano debe aumentar regularmente de peso hasta duplicar el del nacimiento antes de cumplir seis meses y triplicarlo al año.

* Peso por edad

Si el estado de salud y nutrición del niño es bueno este aumentará de peso regularmente. Si tiene algún problema su crecimiento se detendrá.

El peso relacionado con la edad es un indicador muy sensible del crecimiento físico en los primeros años, ya que en esa etapa los cambios son muy rápidos. Es una medida útil para reconocer casos de desnutrición aguda, porque en esas condiciones, el peso del niño cae de repente o en poco tiempo. (ver cuadro no. 25, 26, 27 y 28)

* Peso por talla

La adecuación del peso a la estatura es otro indicador útil para vigilar el crecimiento. La combinación de indicadores de peso y talla hace posible identificar una desnutrición aguda y actual, la que se manifiesta en una pérdida de peso en relación con la talla. (ver cuadro no. 29 y 30)⁷⁷

10.20.4.2 Talla o longitud

⁷⁷ Ibidem. p. 81-84 y 87-89.

"La estatura o talla es la medida o talla del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito, en tanto que la estatura se refiere a la talla obtenida con el paciente de pie".⁷⁸

La talla o estatura, revela el grado de desarrollo de su esqueleto y sus miembros y su crecimiento longitudinal.

La medición de la talla del niño, comparándola con la esperada para su edad, y la observación de su cambio con el tiempo, es también un buen indicador de crecimiento. Sin embargo como la estatura cambia mucho más lentamente que el peso, este indicador nos permite efectuar un control tan frecuente, de un mes a otro, las variaciones de la talla son difíciles de percibir, sobre todo a partir del año ya que el niño puede aumentar menos de 1 cm. por mes. En este sentido el indicador talla por edad permite identificar una desnutrición crónica o problemas de nutrición y salud, pero difícilmente facilita su prevención, ya que revela el problema cuando ya se ha presentado. Por eso este indicador es comúnmente utilizado como complemento del de peso por edad en la vigilancia del crecimiento.

Para su aplicación, el indicador talla por edad requiere dos técnicas distintas: 1) de 0 a 2 años se mide la talla en posición acostada y 2) en los niños mayores, se toma la medida estando de pie.(ver cuadro no. 31, 32, 33, 34 y 35)⁷⁹

10.20.4.3 Perímetro cefalico

⁷⁸ "Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. NOM-008-SSA2-1993. en: Diario Oficial de la Federación. 23 de noviembre de 1994. Mexico. p. 10.

⁷⁹ Lucille, c. Atkin. et. al. Op. cit. p. 84-87.

Es la medida de la circunferencia craneana y debe realizarse por lo menos hasta los tres meses de edad, con cinta métrica flexible de 0.5 mm. de ancho, debiendo ser expresada en centímetros.

En caso de detectarse problema debe efectuarse el seguimiento y su medición por especialista hasta los 5 años de edad.(ver cuadro no. 36 y 37)⁸⁰

10.20.4.4 Perímetro braquial

El perímetro braquial o circunferencia del brazo mide el espesor del antebrazo, en cuanto a músculos, grasas y huesos.

Es utilizado esencialmente como indicador del estado de nutrición, ya que el volumen de los músculos y grasas que la componen, disminuyen muy rápidamente si se deteriora el estado de nutrición del niño. Indirectamente, es también un indicador de crecimiento.

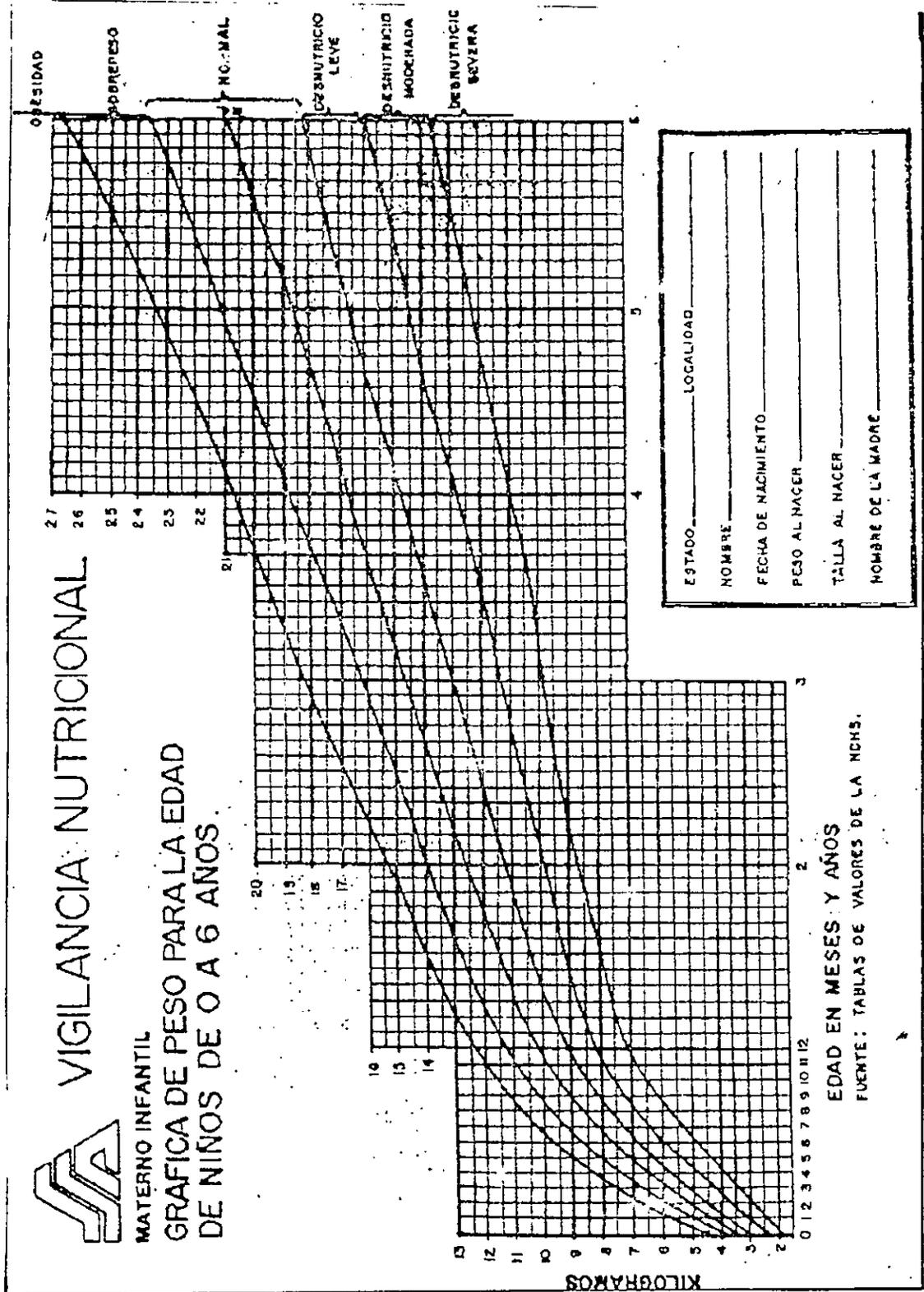
En el primer año de vida la circunferencia del brazo del niño bien nutrido aumenta alrededor de 5 cm., alcanzando los 15 cm. Luego se mantiene relativamente constante entre el primer y quinto años de vida, creciendo alrededor de 2 cm. lo que permite observar fácilmente todo cambio debido a problemas nutricionales en este lapso, y sobre todo es útil para reconocer una desnutrición aguda.

Generalmente se considera que un perímetro braquial de 15 cm. o más, corresponde al de un niño sano, entre 1 y 6 años de edad.⁸¹

⁸⁰ "Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y adolescente". Op. cit. . 10 y 11.

⁸¹ Lucille, C. Atkin. et. al. Op. cit. p. 89-93.

CUADRO NO. 25
Gráfica peso/edad, niños 0-6 años



CUADRO NO. 26

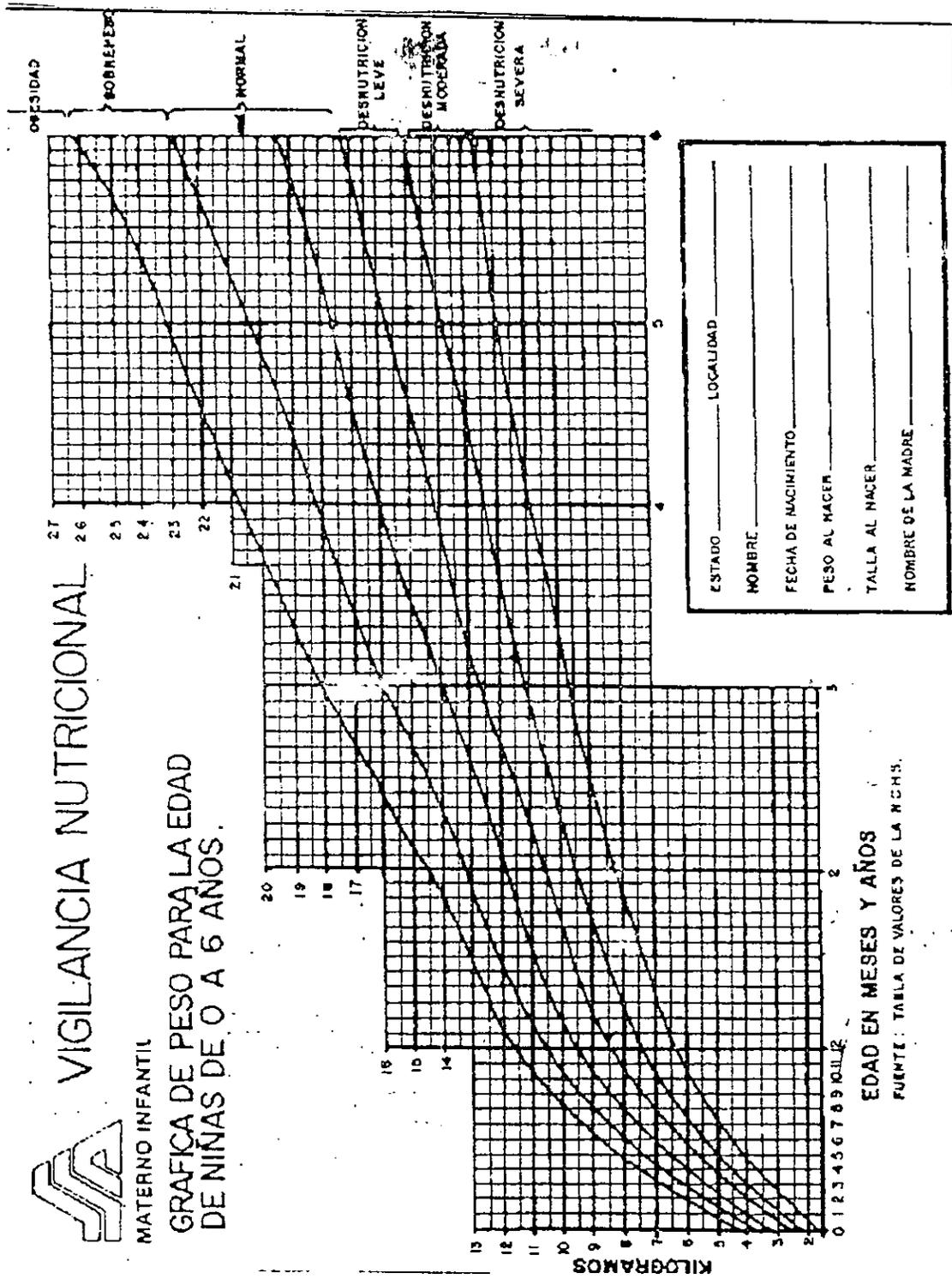
Gráfica peso/edad, niñas 0-6 años



VIGILANCIA NUTRICIONAL

MATERNO INFANTIL

GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS.



ESTADO _____ LOCALIDAD _____

HOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

PESO AL NACER _____

TALLA AL NACER _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

EDAD EN MESES Y AÑOS

FUENTE: TABLA DE VALORES DE LA N.C.H.S.

CUADRO NO. 27
Peso (kg) por edad
0 meses a 4 años 11 meses
Niñas

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5
8	5.3	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2
23	8.0	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5
AÑOS/MESES							
2 0	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.6	16.0
2 01	8.4	9.6	10.8	12.0	13.5	14.9	16.4
2 02	8.5	9.8	11.0	12.2	13.7	15.2	16.8
2 03	8.6	9.9	11.2	12.4	14.0	15.6	17.1
2 04	8.8	10.1	11.3	12.6	14.2	15.9	17.5
2 05	8.9	10.2	11.5	12.8	14.5	16.1	17.8
2 06	9.0	10.3	11.7	13.0	14.7	16.4	18.1
2 07	9.1	10.5	11.9	13.2	15.0	16.7	18.5
2 08	9.2	10.6	12.0	13.4	15.2	17.0	18.8
2 09	9.3	10.8	12.2	13.6	15.4	17.2	19.1
2 10	9.5	10.9	12.3	13.8	15.6	17.5	19.4
2 11	9.6	11.0	12.5	13.9	15.8	17.8	19.7
3 0	9.7	11.2	12.6	14.1	16.1	18.0	20.0
3 01	9.8	11.3	12.8	14.3	16.3	18.3	20.2
3 02	9.9	11.4	12.9	14.4	16.5	18.5	20.5
3 03	10.0	11.5	13.1	14.6	16.7	18.7	20.8
3 04	10.1	11.6	13.2	14.8	16.9	19.0	21.1
3 05	10.2	11.8	13.3	14.9	17.0	19.2	21.3
3 06	10.3	11.9	13.5	15.1	17.2	19.4	21.6
3 07	10.4	12.0	13.6	15.2	17.4	19.6	21.8
3 08	10.5	12.1	13.7	15.4	17.6	19.8	22.1
3 09	10.6	12.2	13.9	15.5	17.8	20.1	22.3
3 10	10.7	12.3	14.0	15.7	18.0	20.3	22.6
3 11	10.8	12.4	14.1	15.8	18.1	20.5	22.8
4 0	10.9	12.6	14.3	16.0	18.3	20.7	23.1
4 01	10.9	12.7	14.4	16.1	18.5	20.9	23.3
4 02	11.0	12.8	14.5	16.2	18.7	21.1	23.5
4 03	11.1	12.9	14.6	16.4	18.9	21.3	23.8
4 04	11.2	13.0	14.8	16.5	19.0	21.5	24.0
4 05	11.3	13.1	14.9	16.7	19.2	21.7	24.3
4 06	11.4	13.2	15.0	16.8	19.4	21.9	24.5
4 07	11.5	13.3	15.1	17.0	19.6	22.2	24.8
4 08	11.5	13.4	15.2	17.1	19.7	22.4	25.0
4 09	11.6	13.5	15.4	17.2	19.9	22.6	25.3
4 10	11.7	13.6	15.5	17.4	20.1	22.8	25.5
4 11	11.8	13.7	15.6	17.5	20.3	23.0	25.8

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 29
 Peso (kg.) por talla (cm)
 50 cm. a 135 cm.
 Niñas

LONGITUD CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
50	2.3	2.6	3.0	3.4	3.8	4.2	4.6
55	2.8	3.3	3.8	4.3	4.9	5.5	6.0
60	3.7	4.3	4.9	5.5	6.2	6.9	7.6
65	4.8	5.5	6.3	7.0	7.7	8.4	9.2
70	6.0	6.8	7.6	8.4	9.1	9.9	10.7
75	7.0	7.9	8.7	9.6	10.4	11.2	12.0
80	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.3	13.2
85	8.8	9.7	10.6	11.6	12.5	13.4	14.3
90	9.7	10.7	11.6	12.6	13.6	14.5	15.5
95	10.7	11.8	12.8	13.8	14.8	15.9	16.9
100	12.0	13.1	14.1	15.2	16.3	17.4	18.6
TALLA							
CM							
55	2.3	3.0	3.6	4.3	5.5	6.7	7.9
60	3.4	4.3	5.1	6.0	7.2	8.4	9.6
65	4.5	5.5	6.4	7.4	8.6	9.8	11.1
70	5.6	6.6	7.6	8.6	9.9	11.1	12.4
75	6.7	7.7	8.7	9.7	11.0	12.3	13.6
80	7.7	8.7	9.8	10.8	12.1	13.4	14.7
85	8.6	9.7	10.8	11.8	13.2	14.6	15.9
90	9.5	10.7	11.8	12.9	14.4	15.8	17.3
95	10.4	11.6	12.9	14.1	15.6	17.2	18.7
100	11.3	12.7	14.0	15.4	17.0	18.7	20.3
105	12.3	13.8	15.3	16.7	18.5	20.3	22.1
110	13.4	15.0	16.6	18.2	20.2	22.2	24.1
115	14.8	16.5	18.2	19.9	22.1	24.3	26.5
120	16.2	18.1	20.0	21.8	24.4	27.0	29.6
125	17.8	19.9	22.0	24.1	27.3	30.5	33.7
130	19.4	21.8	24.3	26.8	30.9	35.1	39.2
135	21.0	24.0	27.0	30.1	35.5	41.0	46.4

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
 Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 28
Peso (kg.) por edad
0 meses a 4 años 11 meses
Niños

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	2.0	2.4	2.9	3.3	3.8	4.3	4.8
1	2.2	2.9	3.6	4.3	5.0	5.6	6.3
2	2.6	3.5	4.3	5.2	6.0	6.8	7.6
3	3.1	4.1	5.0	6.0	6.9	7.7	8.6
4	3.7	4.7	5.7	6.7	7.6	8.5	9.4
5	4.3	5.3	6.3	7.3	8.2	9.2	10.1
6	4.9	5.9	6.9	7.8	8.8	9.8	10.8
7	5.4	6.4	7.4	8.3	9.3	10.3	11.3
8	5.9	6.9	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8
9	6.3	7.2	8.2	9.2	10.2	11.3	12.3
10	6.6	7.6	8.6	9.5	10.6	11.7	12.7
11	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	12.0	13.1
12	7.1	8.1	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
13	7.5	8.5	9.4	10.4	11.5	12.7	13.8
14	7.5	8.5	9.6	10.7	11.8	13.0	14.1
15	7.6	8.7	9.8	10.9	12.0	13.2	14.4
16	7.7	8.8	10.0	11.1	12.3	13.5	14.7
17	7.8	9.0	10.1	11.3	12.5	13.7	14.9
18	7.9	9.1	10.3	11.5	12.7	13.9	15.2
19	8.0	9.2	10.5	11.7	12.9	14.1	15.4
20	8.1	9.4	10.6	11.8	13.1	14.4	15.6
21	8.3	9.5	10.8	12.0	13.3	14.6	15.8
22	8.4	9.7	10.9	12.2	13.5	14.8	16.0
23	8.5	9.8	11.1	12.4	13.7	15.0	16.3
AÑOS/MESES							
2/0	9.0	10.1	11.2	12.3	14.0	15.7	17.4
2/01	9.0	10.2	11.4	12.5	14.2	15.9	17.6
2/02	9.1	10.3	11.5	12.7	14.4	16.1	17.8
2/03	9.1	10.4	11.7	12.9	14.6	16.3	18.0
2/04	9.2	10.5	11.8	13.1	14.8	16.6	18.3
2/05	9.3	10.6	12.0	13.3	15.1	16.8	18.5
2/06	9.4	10.7	12.1	13.5	15.3	17.0	18.7
2/07	9.4	10.9	12.3	13.7	15.5	17.2	19.0
2/08	9.5	11.0	12.4	13.9	15.7	17.4	19.2
2/09	9.6	11.1	12.6	14.1	15.9	17.6	19.4
2/10	9.7	11.2	12.7	14.3	16.0	17.8	19.6
2/11	9.7	11.3	12.9	14.4	16.2	18.0	19.8
3/0	9.8	11.4	13.0	14.6	16.4	18.3	20.1
3/01	9.9	11.5	13.2	14.8	16.6	18.5	20.3
3/02	10.0	11.7	13.3	15.0	16.8	18.7	20.5
3/03	10.1	11.8	13.5	15.2	17.0	18.9	20.7
3/04	10.2	11.9	13.6	15.3	17.2	19.1	21.0
3/05	10.3	12.0	13.8	15.5	17.4	19.3	21.2
3/06	10.4	12.1	13.9	15.7	17.6	19.5	21.4
3/07	10.5	12.3	14.1	15.8	17.8	19.7	21.7
3/08	10.6	12.4	14.2	16.0	18.0	19.9	21.9
3/09	10.7	12.5	14.4	16.2	18.2	20.1	22.1
3/10	10.8	12.6	14.5	16.4	18.4	20.4	22.4
3/11	10.9	12.8	14.6	16.5	18.6	20.6	22.6
4/0	11.0	12.9	14.8	16.7	18.7	20.8	22.8
4/01	11.1	13.0	14.9	16.9	18.9	21.0	23.1
4/02	11.2	13.1	15.1	17.0	19.1	21.2	23.3
4/03	11.3	13.3	15.2	17.2	19.3	21.4	23.6
4/04	11.4	13.4	15.4	17.4	19.5	21.7	23.8
4/05	11.5	13.5	15.5	17.5	19.7	21.9	24.1
4/06	11.6	13.7	15.7	17.7	19.9	22.1	24.3
4/07	11.8	13.8	15.8	17.9	20.1	22.3	24.6
4/08	11.9	13.9	16.0	18.0	20.3	22.6	24.8
4/09	12.0	14.0	16.1	18.2	20.5	22.8	25.1
4/10	12.1	14.2	16.3	18.3	20.7	23.0	25.4
4/11	12.2	14.3	16.4	18.5	20.9	23.3	25.6

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
 Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 30
Peso (kg.) por talla (cm)
50 cm. a 145 cm.

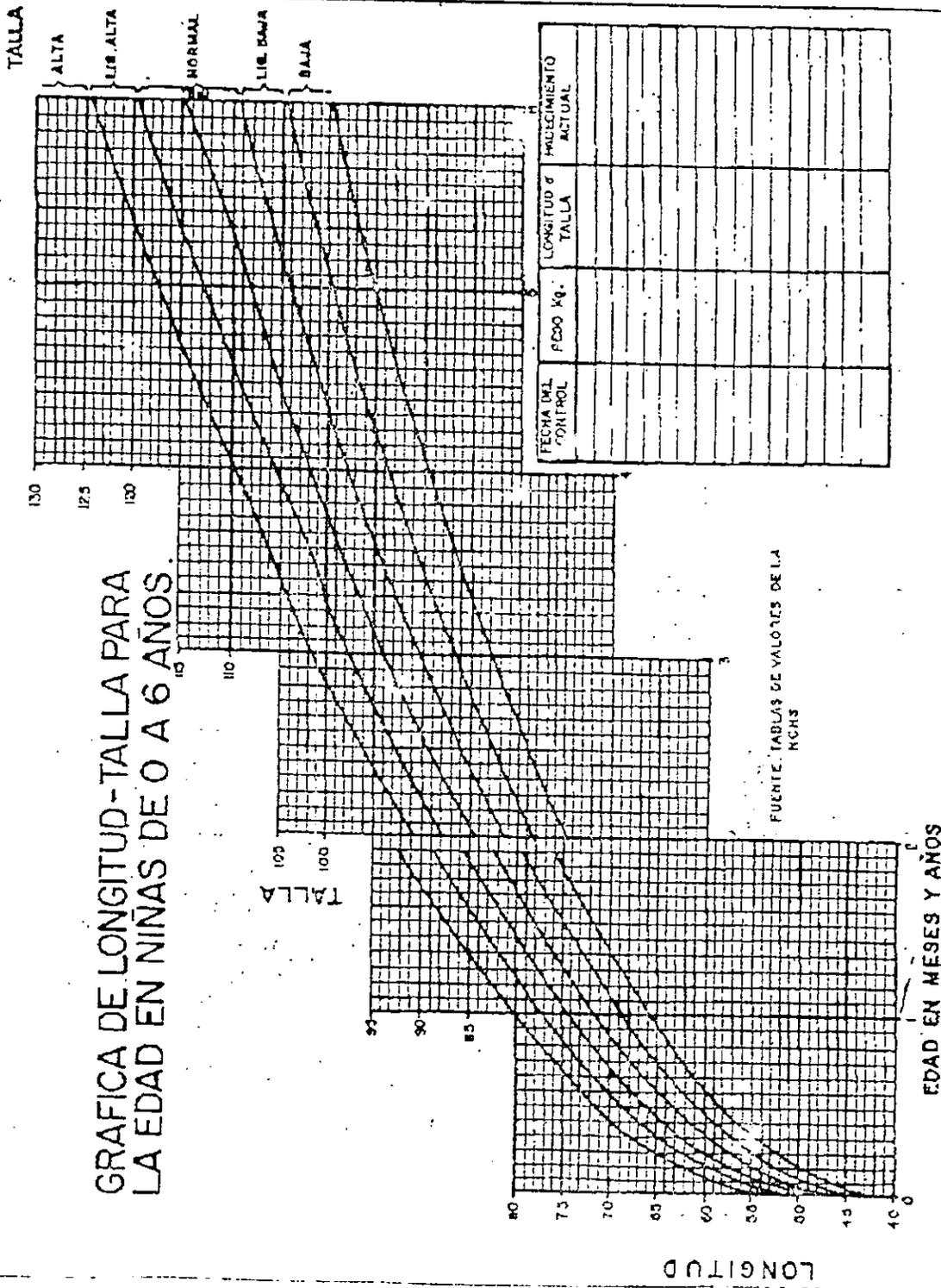
Niños

LONGITUD CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
50	2.2	2.5	2.9	3.3	3.8	4.4	4.9
55	2.7	3.3	3.8	4.3	5.0	5.6	6.2
60	3.7	4.4	5.0	5.7	6.4	7.1	7.8
65	5.0	5.7	6.4	7.1	7.9	8.7	9.4
70	6.3	7.0	7.8	8.5	9.4	10.2	11.1
75	7.4	8.2	9.0	9.8	10.7	11.6	12.5
80	8.3	9.2	10.1	10.9	11.9	12.9	13.8
85	9.2	10.1	11.0	11.9	13.0	14.0	15.0
90	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.1	16.2
95	11.0	12.1	13.1	14.1	15.2	16.3	17.4
100	12.1	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8
TALLA CM							
55	2.0	2.8	3.6	4.3	5.5	6.7	7.9
60	3.4	4.3	5.1	6.0	7.2	8.4	9.6
65	4.6	5.6	6.5	7.5	8.7	9.9	11.2
70	5.8	6.8	7.8	8.8	10.1	11.4	12.7
75	6.9	7.9	8.9	9.9	11.3	12.7	14.0
80	7.9	8.9	10.0	11.0	12.4	13.9	15.3
85	8.9	9.9	11.0	12.1	13.6	15.0	16.5
90	9.8	10.9	12.1	13.3	14.7	16.2	17.6
95	10.7	11.9	13.2	14.5	15.9	17.4	18.9
100	11.6	13.0	14.4	15.7	17.3	18.8	20.3
105	12.7	14.2	15.6	17.1	18.8	20.4	22.0
110	13.8	15.4	17.1	18.7	20.4	22.2	24.0
115	15.2	16.9	18.6	20.3	22.4	24.4	26.5
120	16.7	18.5	20.4	22.2	24.6	27.1	29.5
125	18.4	20.4	22.3	24.3	27.2	30.2	33.1
130	20.1	22.3	24.5	26.8	30.3	33.9	37.5
135	21.8	24.4	27.0	29.6	33.9	38.2	42.5
140	23.4	26.6	29.8	33.0	38.1	43.3	48.5
145	24.8	28.8	32.8	36.9	43.0	49.2	55.4

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.

Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 31
 Gráfica talla/edad niñas 0-6 años



CUADRO NO. 30
Peso (kg.) por talla (cm)
50 cm. a 145 cm.

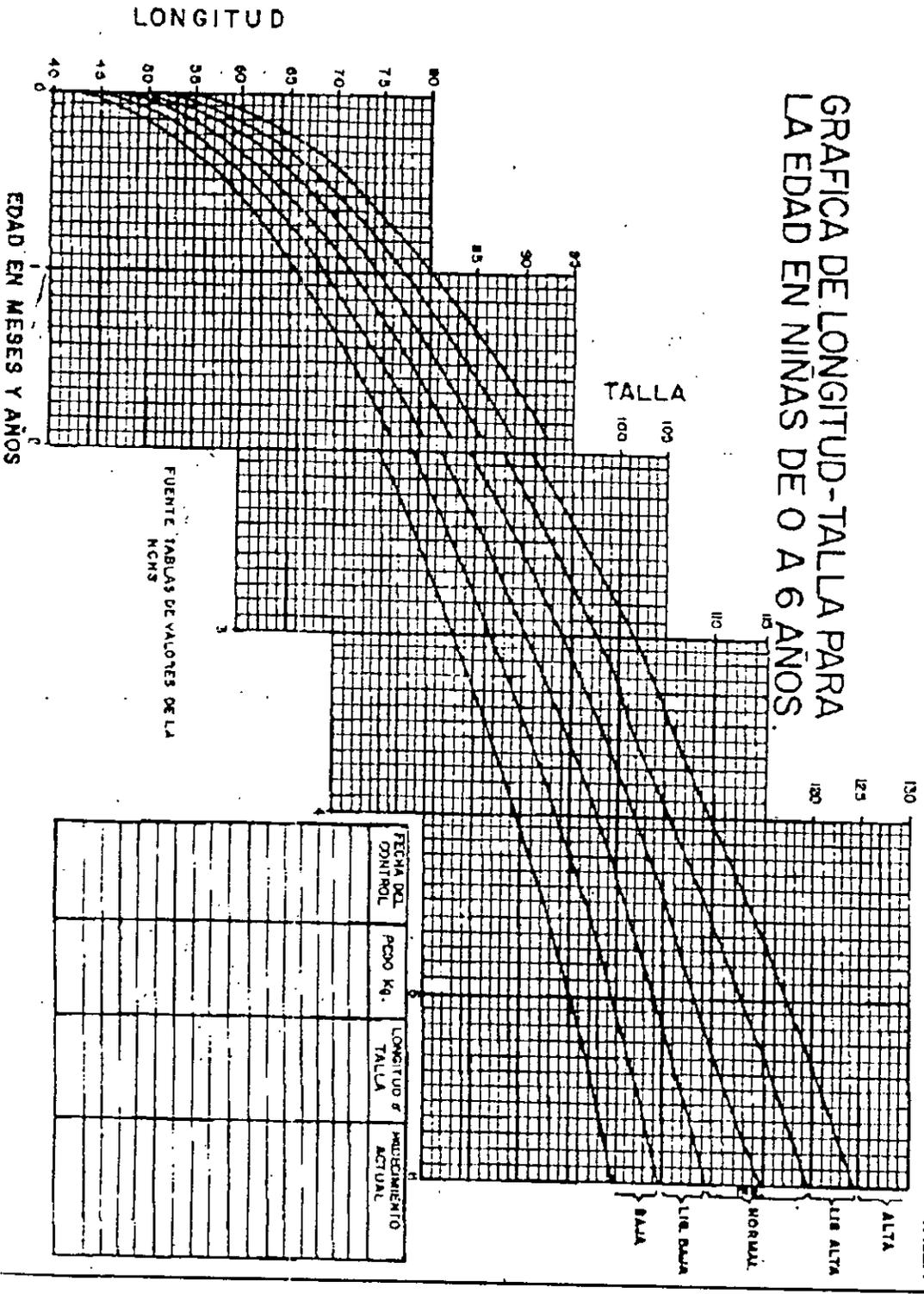
Niños

LONGITUD CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
50	2.2	2.5	2.9	3.3	3.8	4.4	4.9
55	2.7	3.3	3.8	4.3	5.0	5.6	6.2
60	3.7	4.4	5.0	5.7	6.4	7.1	7.8
65	5.0	5.7	6.4	7.1	7.9	8.7	9.4
70	6.3	7.0	7.8	8.5	9.4	10.2	11.1
75	7.4	8.2	9.0	9.8	10.7	11.6	12.5
80	8.3	9.2	10.1	10.9	11.9	12.9	13.8
85	9.2	10.1	11.0	11.9	13.0	14.0	15.0
90	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.1	16.2
95	11.0	12.1	13.1	14.1	15.2	16.3	17.4
100	12.1	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8
TALLA CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
55	2.0	2.8	3.6	4.3	5.5	6.7	7.9
60	3.4	4.3	5.1	6.0	7.2	8.4	9.6
65	4.6	5.6	6.5	7.5	8.7	9.9	11.2
70	5.8	6.8	7.8	8.8	10.1	11.4	12.7
75	6.9	7.9	8.9	9.9	11.3	12.7	14.0
80	7.9	8.9	10.0	11.0	12.4	13.9	15.3
85	8.9	9.9	11.0	12.1	13.6	15.0	16.5
90	9.8	10.9	12.1	13.3	14.7	16.2	17.6
95	10.7	11.9	13.2	14.5	15.9	17.4	18.9
100	11.6	13.0	14.4	15.7	17.3	18.8	20.3
105	12.7	14.2	15.6	17.1	18.8	20.4	22.0
110	13.8	15.4	17.1	18.7	20.4	22.2	24.0
115	15.2	16.9	18.6	20.3	22.4	24.4	26.5
120	16.7	18.5	20.4	22.2	24.6	27.1	29.5
125	18.4	20.4	22.3	24.3	27.2	30.2	33.1
130	20.1	22.3	24.5	26.8	30.3	33.9	37.5
135	21.8	24.4	27.0	29.6	33.9	38.2	42.5
140	23.4	26.6	29.8	33.0	38.1	43.3	48.5
145	24.8	28.8	32.8	36.9	43.0	49.2	55.4

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.

Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

GRAFICA DE LONGITUD-TALLA PARA LA EDAD EN NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS.



FUENTE: TABLAS DE VALORES DE LA OMS

CUADRO NO. 31 Gráfica talla/edad niñas 0-6 años

CUADRO NO. 33
Talla (cm) por edad
0 meses a 4 años 11 meses
Niñas

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	43.4	45.5	47.7	49.9	52.0	54.2	56.4
1	46.7	49.0	51.2	53.5	55.8	58.1	60.4
2	49.6	52.0	54.4	56.8	59.2	61.6	64.0
3	52.1	54.6	57.1	59.5	62.0	64.5	67.0
4	54.3	56.9	59.4	62.0	64.5	67.1	69.6
5	56.3	58.9	61.5	64.1	66.7	69.3	71.9
6	58.0	60.6	63.3	65.9	68.6	71.2	73.9
7	59.5	62.2	64.9	67.6	70.2	72.9	75.6
8	60.9	63.7	66.4	69.1	71.8	74.5	77.2
9	62.2	65.0	67.7	70.4	73.2	75.9	78.7
10	63.5	66.2	69.0	71.8	74.5	77.3	80.1
11	64.7	67.5	70.3	73.1	75.9	78.7	81.5
12	65.8	68.6	71.5	74.3	77.1	80.0	82.8
13	66.9	69.8	72.6	75.5	78.4	81.2	84.1
14	67.9	70.8	73.7	76.7	79.6	82.5	85.4
15	68.9	71.9	74.8	77.8	80.7	83.7	86.6
16	69.9	72.9	75.9	78.9	81.8	84.8	87.8
17	70.8	73.8	76.9	79.9	82.9	86.0	89.0
18	71.7	74.8	77.9	80.9	84.0	87.1	90.1
19	72.6	75.7	78.8	81.9	85.0	88.1	91.2
20	73.4	76.6	79.7	82.9	86.0	89.2	92.3
21	74.3	77.4	80.6	83.8	87.0	90.2	93.4
22	75.1	78.3	81.5	84.7	87.9	91.1	94.4
23	75.9	79.1	82.4	85.6	88.9	92.1	95.3
AÑOS/MESES							
2/0	74.9	78.1	81.3	84.5	87.7	90.9	94.1
2/01	75.6	78.8	82.1	85.4	88.6	91.9	95.1
2/02	76.3	79.6	82.9	86.2	89.5	92.8	96.2
2/03	77.0	80.3	83.7	87.0	90.4	93.8	97.1
2/04	77.6	81.0	84.5	87.9	91.3	94.7	98.1
2/05	78.3	81.8	85.2	88.7	92.1	95.6	99.0
2/06	79.0	82.5	86.0	89.5	93.0	96.5	100.0
2/07	79.6	83.2	86.7	90.2	93.8	97.3	100.9
2/08	80.3	83.8	87.4	91.0	94.6	98.2	101.7
2/09	80.9	84.5	88.1	91.7	95.4	99.0	102.6
2/10	81.5	85.2	88.8	92.5	96.1	99.8	103.4
2/11	82.1	85.8	89.5	93.2	96.9	100.6	104.3
3/0	82.8	86.5	90.2	93.9	97.6	101.4	105.1
3/01	83.4	87.1	90.9	94.6	98.4	102.1	105.9
3/02	84.0	87.7	91.5	95.3	99.1	102.9	106.6
3/03	84.5	88.4	92.2	96.0	99.8	103.6	107.4
3/04	85.1	89.0	92.8	96.6	100.5	104.3	108.2
3/05	85.7	89.6	93.4	97.3	101.2	105.0	108.9
3/06	86.3	90.2	94.0	97.9	101.8	105.7	109.6
3/07	86.8	90.7	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
3/08	87.4	91.3	95.3	99.2	103.1	107.1	111.0
3/09	87.9	91.9	95.8	99.8	103.8	107.8	111.7
3/10	88.4	92.4	96.4	100.4	104.4	108.4	112.4
3/11	89.0	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.1
4/0	89.5	93.5	97.6	101.6	105.7	109.7	113.8
4/01	90.0	94.1	98.1	102.2	106.3	110.4	114.4
4/02	90.5	94.6	98.7	102.8	106.9	111.0	115.1
4/03	91.0	95.1	99.3	103.4	107.5	111.6	115.8
4/04	91.5	95.6	99.8	104.0	108.1	112.3	116.4
4/05	92.0	96.1	100.3	104.5	108.7	112.9	117.1
4/06	92.4	96.7	100.9	105.1	109.3	113.5	117.7
4/07	92.9	97.1	101.4	105.6	109.9	114.1	118.4
4/08	93.4	97.6	101.9	106.2	110.5	114.8	119.0
4/09	93.8	98.1	102.4	106.7	111.1	115.4	119.7
4/10	94.3	98.6	102.9	107.3	111.6	116.0	120.3
4/11	94.7	99.1	103.5	107.8	112.2	116.6	121.0

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.

Tomadas de NCHS. Growth curves for Children, Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 34
Talla (cm) por edad
0 meses a 4 años 11 meses
Niños

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	45.6	45.9	48.2	50.5	52.8	55.1	57.4
1	47.2	49.7	52.1	54.6	57.0	59.5	61.9
2	50.4	52.9	55.5	58.1	60.7	63.2	65.8
3	53.2	55.8	58.5	61.1	63.7	66.4	69.0
4	55.6	58.3	61.0	63.7	66.4	69.1	71.7
5	57.8	60.5	63.2	65.9	68.6	71.3	74.0
6	59.8	62.4	65.1	67.8	70.5	73.2	75.9
7	61.5	64.1	66.8	69.5	72.2	74.8	77.5
8	63.0	65.7	68.5	71.0	73.6	76.3	78.9
9	64.0	67.0	69.7	72.3	75.0	77.6	80.3
10	65.7	68.3	71.0	73.6	76.3	78.9	81.6
11	66.9	69.6	72.2	74.9	77.5	80.2	82.9
12	68.0	70.7	73.4	76.1	78.8	81.5	84.2
13	69.0	71.8	74.5	77.2	80.0	82.7	85.5
14	70.0	72.8	75.6	78.3	81.1	83.9	86.7
15	70.9	73.7	76.6	79.4	82.3	85.1	88.0
16	71.7	74.6	77.5	80.4	83.4	86.3	89.2
17	72.5	75.5	78.5	81.4	84.4	87.4	90.4
18	73.3	76.3	79.4	82.4	85.4	88.5	91.5
19	74.0	77.1	80.2	83.3	86.4	89.5	92.7
20	74.7	77.9	81.1	84.2	87.4	90.6	93.8
21	75.4	78.7	81.9	85.1	88.4	91.6	94.8
22	76.1	79.4	82.7	86.0	89.3	92.5	95.8
23	76.8	80.2	83.5	86.8	90.2	93.5	96.8
AÑOS/MESES							
2/0	76.0	79.2	82.4	85.6	88.8	92.0	95.2
2/1	76.7	79.9	83.2	86.4	89.7	92.9	96.2
2/2	77.5	80.6	83.9	87.2	90.6	93.9	97.2
2/3	78.0	81.3	84.7	88.1	91.4	94.8	98.1
2/4	78.6	82.0	85.4	88.9	92.3	95.7	99.1
2/5	79.2	82.7	86.2	89.7	93.1	96.6	100.1
2/6	79.9	83.4	86.9	90.4	94.0	97.5	101.0
2/7	80.5	84.1	87.6	91.2	94.8	98.3	101.9
2/8	81.1	84.7	88.3	92.0	95.6	99.2	102.8
2/9	81.7	85.4	89.0	92.7	96.4	100.1	103.7
2/10	82.3	86.0	89.7	93.5	97.2	100.9	104.6
2/11	82.9	86.7	90.4	94.2	98.0	101.7	105.5
3/0	83.5	87.3	91.1	94.9	98.7	102.5	106.3
3/1	84.1	87.9	91.8	95.6	99.5	103.0	107.2
3/2	84.7	88.6	92.4	96.3	100.2	104.1	108.0
3/3	85.2	89.2	93.1	97.0	101.0	104.9	108.8
3/4	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	105.7	109.7
3/5	86.4	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
3/6	86.9	91.0	95.0	99.1	103.1	107.2	111.2
3/7	87.5	91.6	95.7	99.7	103.8	107.9	112.0
3/8	88.0	92.1	96.3	100.4	104.5	108.7	112.8
3/9	88.6	92.7	96.9	101.0	105.2	109.4	113.5
3/10	89.1	93.3	97.5	101.7	105.9	110.1	114.3
3/11	89.6	93.9	98.1	102.3	106.6	110.8	115.0
4/0	90.2	94.4	98.7	102.9	107.2	111.5	115.7
4/1	90.7	95.0	99.3	103.6	107.9	112.2	116.5
4/2	91.2	95.5	99.9	104.2	108.5	112.8	117.2
4/3	91.7	96.1	100.4	104.8	109.1	113.5	117.8
4/4	92.2	96.6	101.0	105.4	109.8	114.2	118.5
4/5	92.7	97.1	101.6	106.0	110.4	114.8	119.2
4/6	93.2	97.7	102.1	106.6	111.0	115.4	119.9
4/7	93.7	98.2	102.7	107.1	111.6	116.1	120.5
4/8	94.2	98.7	103.2	107.7	112.2	116.7	121.2
4/9	94.7	99.2	103.7	108.3	112.8	117.3	121.8
4/10	95.2	99.7	104.3	108.8	113.4	117.9	122.5
4/11	95.7	100.2	104.8	109.4	114.0	118.5	123.1

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

CUADRO NO. 35

Valoración de la nutrición y el crecimiento en el menor de 1 año y de 1 a 4 años (clasificación)

Una vez comparados los valores de talla, edad y peso con las escalas recomendadas (OMS), el niño se debe clasificar según los cuadros siguientes, considerando los síntomas y signos clínicos del niño.

Cuadro 1

PESO POR EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Peso/Edad
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
más-menos 1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 2.99	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave

Cuadro 2

TALLA EN RELACION CON LA EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Talla/Edad
+ 2 a + 3	Alta
+ 1 a + 1.99	Ligeramente alta
más-menos 1	Estatura normal
- 1 a - 1.99	Ligeramente baja
- 2 y menos	Baja

Cuadro 3

PESO EN RELACION CON LA TALLA

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Peso/Talla
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
más-menos 1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 2.99	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave

- Una vez clasificado, se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los hallazgos:

- Si el crecimiento y estado nutricional del niño es normal (1 D.E.) se debe citar a control subsecuente con la periodicidad establecida en esta Norma y orientar sobre la alimentación, higiene, inmunizaciones e hidratación oral.

- Si el crecimiento y el estado nutricional del niño se encuentra con desnutrición leve, moderada o sobrepeso, talla ligeramente alta o ligeramente baja (2 D.E. cuadros 1, 2 y 3), citar a intervalos más cortos (cada 30 días en menores de cinco años o por periodos de dos meses en mayores de esa edad). En caso de encontrar alteraciones en el crecimiento y en el estado nutricional, investigar las causas probables (diversas enfermedades, mala técnica de alimentación, entre otras) e indicar tratamiento y medidas complementarias; en caso de no corregirse las alteraciones con el tratamiento indicado, se debe referir a un servicio de atención médica especializada y, una vez resuelto el problema, continuar su control en el primer nivel de atención.

- Si el niño se encuentra con desnutrición grave u obesidad, y/o talla alta o baja (3 D.E. cuadros 1 y 2), se debe referir al niño a un servicio de atención médica especializada para atender el problema y una vez restablecido el estado nutricional, se continuará el control en el primer nivel de atención.

CUADRO NO. 36
Perímetro cefálico (cm) por edad (meses)
1 mes a 36 meses
Niñas

EDAD MESES	PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
1	33.6	34.7	35.7	36.4	37.3	38.4	39.8
2	35.8	36.6	37.3	37.9	38.9	39.7	41.6
3	37.4	38.0	38.6	39.2	40.1	41.1	42.8
4	38.5	39.2	39.7	40.4	41.3	42.3	43.6
5	39.3	40.0	40.7	41.5	42.4	43.2	44.4
6	40.0	40.7	41.5	42.4	43.1	44.0	45.0
7	40.6	41.3	42.1	43.2	43.9	44.7	45.6
8	41.1	41.9	42.7	43.8	44.5	45.3	46.2
9	41.6	42.5	43.3	44.4	45.0	45.8	46.7
10	42.1	43.0	43.8	44.9	45.4	46.3	47.1
11	42.5	43.3	44.2	45.2	45.8	46.6	47.5
12	42.8	43.6	44.6	45.6	46.2	47.0	47.8
13	43.2	44.0	45.0	45.9	46.5	47.3	48.1
14	43.5	44.3	45.2	46.2	46.8	47.6	48.4
15	43.7	44.6	45.4	46.4	47.1	47.9	48.7
16	44.0	44.8	45.7	46.7	47.3	48.1	48.9
17	44.2	45.0	45.9	46.9	47.6	48.3	49.1
18	44.4	45.2	46.1	47.1	47.8	48.5	49.3
19	44.5	45.4	46.3	47.3	48.0	48.7	49.5
20	44.7	45.5	46.5	47.4	48.2	49.0	49.7
21	44.9	45.7	46.6	47.5	48.4	49.1	49.8
22	45.0	45.9	46.8	47.7	48.5	49.3	50.0
23	45.2	46.0	46.9	47.8	48.7	49.4	50.1
24	45.3	46.2	47.1	48.0	48.8	49.6	50.3
27	45.6	46.5	47.4	48.3	49.2	50.0	50.7
30	46.0	46.8	47.7	48.6	49.5	50.3	51.1
33	46.2	47.1	48.0	48.9	49.7	50.6	51.4
36	46.4	47.4	48.3	49.3	50.0	50.9	51.7

Fuente: Archivos de Investigación Médica, 6, sup 1, 1975.
Seruonetría Pediátrica, IMSS.

CUADRO NO. 37
Perímetro cefálico (cm) por edad (meses)
1 mes a 36 meses
Niños

EDAD MESES	PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
1	35.0	35.7	36.3	37.2	38.0	39.0	40.0
2	37.3	37.8	38.4	39.0	39.9	40.7	42.0
3	38.7	39.2	39.8	40.5	41.4	42.3	43.6
4	39.7	40.3	41.0	41.7	42.5	43.4	44.6
5	40.7	41.2	42.0	42.7	43.5	44.2	45.5
6	41.6	42.1	42.8	43.6	44.5	45.0	46.3
7	42.2	42.8	43.5	44.2	45.1	45.8	47.0
8	42.8	43.5	44.0	44.9	45.8	46.5	47.5
9	43.3	44.0	44.6	45.5	46.2	47.0	48.0
10	43.8	44.4	45.1	46.0	46.7	47.4	48.5
11	44.2	44.8	45.5	46.4	47.2	47.9	48.9
12	44.5	45.3	46.0	46.9	47.6	48.3	49.3
13	44.8	45.6	46.3	47.2	47.9	48.6	49.6
14	45.1	45.8	46.6	47.5	48.2	48.9	49.9
15	45.3	46.1	46.9	47.8	48.5	49.2	50.1
16	45.6	46.4	47.2	48.0	48.8	49.5	50.3
17	45.8	46.6	47.4	48.2	49.1	49.8	50.5
18	46.0	46.9	47.6	48.5	49.3	50.0	50.7
19	46.2	47.0	47.8	48.7	49.4	50.1	50.9
20	46.4	47.2	48.0	48.9	49.6	50.3	51.1
21	46.6	47.4	48.2	49.1	49.8	50.4	51.3
22	46.7	47.5	48.4	49.3	49.9	50.6	51.5
23	46.8	47.6	48.5	49.4	50.0	50.8	51.6
24	46.9	47.7	48.6	49.5	50.1	50.9	51.7
27	47.2	48.1	48.9	49.8	50.5	51.2	52.1
30	47.5	48.3	49.2	50.0	50.7	51.5	52.4
33	47.6	48.5	49.4	50.2	50.9	51.8	52.6
36	47.8	48.7	49.6	50.4	51.1	52.0	52.8

Fuente: "Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente". Norma Oficial Mexicana. NOM008-SSA2-1993. en: Diario Oficial de la Federación. 28 de noviembre de 1994. México. p.13-21. (cuadros 25 al 37)

10.20.4.5 Áreas de Gesell

Es importante definir que el desarrollo "es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización".⁸²

Las ventajas de la vigilancia del desarrollo son:

a) Para el niño:

- Se logra la detección temprana de los problemas comunes
- Permite una intervención oportuna para: prevenir mayores alteraciones, disminuir la severidad de los problemas, y evitar que sean afectadas otras áreas del desarrollo.

b) Para la familia:

- Proporciona enseñanza sobre el desarrollo infantil
- Motiva y alienta a los padres cuyos niños están desarrollándose bien
- Reafirma y apoya los esfuerzos de los padres cuyos niños presentan problemas, al ver sus progresos como resultado de las acciones de estimulación o terapia

c) Para la comunidad, incluyendo los servicios de salud y educación:

- Ayuda a evitar problemas de desarrollo más graves, que pueden constituir una carga para la comunidad
- Disminuye los costos de los servicios de rehabilitación para los problemas severos de desarrollo
- Permite establecer prioridades para las acciones preventivas y curativas.

⁸² "Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y adolescente". Op. cit. p. 10.

¹ El desarrollo abarca varias áreas que están relacionadas entre si. Ciertas conductas pueden pertenecer a diferentes áreas, a continuación se definen:

- Motor grueso: se refiere a los movimientos globales del cuerpo, la habilidad de moverse y la postura.

- Motor fino y adaptativo: es la habilidad del niño para ver y manipular objetos, coordinar acciones de sus manos y ojos, y resolver problemas sencillos. La palabra "adaptativo" se usa para indicar que el chico adapta su conducta a los objetos y situaciones. También algunas de estas conductas pueden ser llamadas cognoscitivas, por reflejar la forma en que el niño entiende el mundo que lo rodea. Algunas pruebas presentan una área cognoscitiva o mental por separado.

- Lenguaje: se refiere a la forma en que el chico entiende y habla el idioma del grupo social al que pertenece.

- Personal-social: aquí se incluyen aspectos de las relaciones del niño con otras personas, la forma en que éste siente y expresa sus emociones y su habilidad para cuidarse por sí mismo. En algunos instrumentos, se refieren a ésta área como "adaptación", para indicar la manera en que el chico se adapta a su medio social. Especialmente en las edades más tempranas, es difícil separar las áreas de lenguaje y personal-social, por lo que los mismos indicadores pueden estar en una u otra área

- Habilidades relacionadas con la alimentación: en esta área se refiere a la forma en que el niño participa en su alimentación. Lo hemos presentado por separado pero ésta conducta puede estar en diversas áreas.⁸³

⁸³ Lucille, C. Atkin, et. al. Op. cit. p. 235, 236 y 242-244.

A continuación se presentan algunas conductas esenciales a tomar en cuenta en el desarrollo del niño de 0-1 año de edad, de manera global:

1er. MES

INTELLECTIVO

- Está despierto una de cada diez horas.
- No llora sólo cuando tiene hambre, también lo hace deliberadamente para llamar la atención.
- Se tranquiliza cuando lo cargan.
- Pide de comer a intervalos regulares.
- Mira lo que lo rodea, pero con una expresión vaga.

FÍSICO

- Reacciona con movimientos reflejos.
- Evacúa hasta seis veces al día.
- Puede seguir pidiendo dos comidas durante la noche.
- Normalmente, regurgita leche después de comer.

SOCIAL

- Tiene reacciones, pero casi todas son instintivas.
- Si la madre está cerca y le sonríe, consigue mirarlo fijamente a los ojos.
- Demuestra estar a gusto cuando lo cargan.
- No se adapta a esquemas diarios organizados a horas fijas.

SENSORIAL-MOTOR

- Observa un objeto, pero no intenta agarrarlo.
- Coordina el movimiento lateral de los ojos.
- Reacciona como respuesta a la voz humana.
- Reacciona a las sensaciones positivas o negativas calmándose o llorando.

2º MES

- Mira con atención los rostros.
- Manifiesta emoción al ver objetos, e intenta agarrarlos.
- Distingue las voces. Busca la procedencia de los sonidos.
- Empieza a descubrir el mundo chupándolo.

- Sus acciones son cada vez más voluntarias. Sus movimientos son mucho más desenvueltos.
- Consigue mantener la cabeza erguida durante 45 segundos con un ángulo de 45 grados.
- Consigue agarrar los objetos durante algunos momentos.

- Da muestras de disgusto, así como de placer.
- Prefiere las personas a los objetos.
- Mueve los brazos, se expresa jadeando o haciendo muecas a la mamá.
- Empieza a parecerle divertido que lo bañen.

- Comienza a observar cuanto lo rodea.
- Se sobresalta cuando escucha ruidos inesperados.
- Vocaliza como respuesta a estímulos agradables.
- Mejora su tono muscular.
- Prefiere los objetos de colores brillantes.

3er. MES

- Da algunas señales de "memorización".
- Empieza a reconocer a los miembros de la familia.
- Tanto sus vocalizaciones como las expresiones de su cara aumentan.
- Explora su cara, su boca y sus ojos con las manos.

- Cuando está tendido boca abajo, consigue mantener alzados el pecho y la cabeza durante algunos segundos.
- Puede levantar un brazo y extenderlo hacia adelante para poder mirarse las manos.
- Golpea los objetos con los puños cerrados.

- Sonríe fácilmente. Lloro menos.
- Es estimulado por la presencia de las personas.
- Se regularizan los ciclos de las comidas, el sueño y las horas de vigilia. Incluso está en condiciones de soportar un pequeño retraso para tomar la leche.

- Sigue lentamente con la cabeza los objetos que se le ponen enfrente.
- Se mira los dedos, siguiendo sus movimientos.
- Deja de chupar para escuchar un sonido. Gira la cabeza en busca de su procedencia.
- Puede agarrar un juguete con la mano.

4° MES

INTELECTIVO

- Sus períodos de atención pueden durar mucho tiempo.
- Empieza a darse cuenta de las reacciones que su conducta despierta en los demás.
- Sonríe en presencia de las personas que prefiere.

FÍSICO

- Pasa de la posición boca abajo a la de espaldas.
- Estando en posición supina, levanta la cabeza para mirarse las manos, con las que se agarra los pies.
- El número de sus comidas suele reducirse a cuatro, aunque algunos niños siguen pidiendo la tetada nocturna.

SOCIAL

- Lloro cuando se le interrumpe un juego.
- Muestra interés por las imágenes que se reflejan en el espejo.
- Le gusta que lo toquen.
- Empieza a demostrar preferencias por los juguetes.

SENSORIAL-MOTOR

- Cuando gira la cabeza, está en condiciones de coordinar el movimiento de los ojos.
- Sigue la dirección de un sonido, así como el movimiento de los objetos.
- Consigue adaptar la vista a distintas distancias.
- Puede recoger objetos, incluso si son pequeños.
- La música lo tranquiliza.

5° MES

- Puede demostrar temor ante los extraños.
- Pronuncia vocales, además de alguna consonante.
- Sigue con la mirada todos los objetos que se mueven rápidamente. Trata de agarrarlos.

- Cuando permanece en posición supina, levanta perfectamente la cabeza y los hombros.
- Se chupa los dedos de los pies.
- Toca, agarra, zarandea y "prueba" los objetos.
- Puede cambiar los objetos de una mano a otra.

- Sonríe o vocaliza buscando respuestas.
- Deja de llorar cuando se le habla.
- Se enoja si le quitan un juguete.
- Siente mucha curiosidad por los espejos.

- Agarra los objetos de forma decidida.
- Procura agarrar con una o ambas manos todo lo que le interesa.
- Si le dan un sonajero, juega él solo.

6° MES

- Inspecciona durante largo tiempo los objetos con los que juega.
- Agarra con precisión todo cuanto ve.
- Cambia frecuentemente de humor, incluso de forma repentina. Manifiesta simpatías y antipatías.
- Consigue pronunciar distintas consonantes.
- Se entretiene escuchando su propia voz.

- Comienza a arrastrarse de barriga por el piso.
- Gira la cabeza con toda facilidad.
- Permanece sentado si tiene un apoyo.
- Coge los objetos que cuelgan frente a él.
- Por la noche, duerme unas diez horas seguidas.

- Le gusta jugar con los demás.
- Expresa placer o disgusto por medio de sus gorgoros.
- Sonríe a su propia imagen, si la ve reflejada en un espejo.

- Mientras sostiene un objeto con la mano, alcanza otro y, al mismo tiempo, mira un tercero.
- Deja de llorar si oye música.
- Juego con la comida y la manipula con mucho entusiasmo.
- Está en condiciones de manejar objetos. Los hace girar con la mirada moviendo la muñeca.

7° MES

INTELLECTIVO

- Demuestra interés por los detalles.
- Repite sílabas bien definidas, a las que otorga significados precisos.
- Empieza a observar las figuras coloreadas.

FÍSICO

- Los músculos de sus piernas comienzan a adquirir la fuerza necesaria para sostener su peso.
- Avanza arrastrándose y llevando un objeto en la mano.
- Consigue mantenerse sentado por sí solo, sin necesidad de sujeción, durante algunos minutos.
- Pueden salirle los dos dientes incisivos inferiores.

SOCIAL

- Demuestra tener deseos de participar en actividades colectivas.
- Juega solo, pero también lo hace a gusto con otra persona.
- Comprende el significado de un rechazo decidido por el tono con que lo manifestamos.
- Consigue agarrar un objeto con una sola mano.

SENSORIAL MOTOR

- Consigue tener al mismo tiempo un objeto distinto en cada mano.
- Le gusta jugar con objetos ruidosos, agrandolos con fuerza y demuestra su contento por el ruido que hacen.
- Explora su propio cuerpo con las manos, iniciando su propio conocimiento.

8° MES

- También empieza a memorizar los rostros de personas a las que sólo ve de vez en cuando.

- Está en condiciones de reconocer algunas palabras. Hace los primeros intentos por repetirías.

- Es capaz de señalar lo que quiere, siguiendo con la mirada lo que le indicamos.

- Camina a gatas, hacia adelante o hacia atrás.

- Se mece cuando está de rodillas.

- Permanece perfectamente sentado por sí solo durante algunos minutos.

- Sentado en el suelo, avanza arrastrando las pompis. Intenta pararse.

- Puede padecer crisis de insomnio.

- Grita para llamar la atención.

- Aleja con la mano lo que no le gusta.

- Comienza a manifestar sus sentimientos. Reacciona llorando cuando la madre se aleja.

- No quiere quedarse solo.

- Acepta que lo carguen extraños.

- Sostiene los objetos de ciertas dimensiones entre el pulgar, el índice y el dedo medio.

- Consigue agarrar los objetos más pequeños sosteniéndolos entre el pulgar y el índice.

- Señala con el dedo las cosas que le interesan.

- Saluda y aplaude.

9° MES

- Encuentra un objeto que ha visto esconder.

- Se aburre con los juegos repetitivos.

- Puede recordar un juego al que ha jugado el día anterior.

- Está en condiciones de seguir instrucciones sencillas.

- Emplea sílabas a las que da un significado preciso.

- Puede avanzar a gatas, sosteniéndose con una sola mano, mientras tiene la otra ocupada.

- Puede "navegar" alrededor de los muebles de la casa avanzando a gatas.

- Sus continuos intentos para pararse en la cuna pueden causarle problemas de insomnio.

- Pide aprobación.

- Le gusta jugar al escondite, incluso con sus hermanas.

- Presta atención a las reacciones ajenas. Lloran si los demás niños lloran.

- Si tiene las dos manos ocupadas, deja caer un objeto para agarrar otro.

- Agarra por sí solo el biberón para poder beber.

- Consigue recuperar un objeto oculto.

- Puede levantar una torre con cubos de juguete.

- Disfruta tocando el tambor con sus palillos.

10° MES

INTELECTIVO

- Cuando come, quiere hacerlo solo e intenta darnos de comer con su cuchara.
- Si se lo pedimos, sabe señalar las partes de su propio cuerpo.
- Cuando quiere, obedece órdenes sencillas.

FÍSICO

- Adopta con facilidad la posición erguida.
- Puede permanecer de pie, si tiene cerca alguna cosa a la que agarrarse.
- Si lo ayudamos, consigue dar algunos pasos.
- Cuando lo vestimos, colabora metiendo sus brazos en las mangas.

SOCIAL

- Busca compañía y mucha atención.
- Comprende aprobaciones y reproches.
- Da muestras de tristeza, alegría, rabia y turbación.
- Le gusta jugar con agua.
- Le asustan los lugares desconocidos o extraños.

SENSORIAL-MOTOR

- Examina los objetos más atentamente; demuestra que sabe distinguirlos.
- Consigue agarrar dos objetos con una sola mano.
- Realiza juegos de ensamblaje sencillos.
- Cuando oye música, se mece o canta.

11° MES

- Se expresa de una forma confusa.
- Es capaz de reconocer muchas palabras.
- Descubre la comodidad de que lo ayuden.
- Consigue emplear juguetes de ensamblaje más complicados, calculando las dimensiones.

- Intenta mantenerse de pie por sí solo.
- Emplea las sillas como muletas.
- Se encarama a las sillas e intenta bajar de ellas hacia atrás.
- Se desplaza fácilmente entre los muebles.

- Colabora voluntariamente, aunque no siempre.
- Demuestra experimentar un sentimiento de culpabilidad cuando se "equivoca".
- Busca la aprobación y procura evitar los reproches.
- Cuando juega, se concentra intensamente durante mucho tiempo.

- Puede llevarse la cuchara a la boca.
- Consigue quitarse los zapatos.
- Utiliza cajas o canastas para meter o sacar objetos de los mismos.
- Enhebra aros en un bastón.
- Hojea las páginas de un libro.

12° MES

- Reagrupa los objetos clasificándolos por categorías.
- Reconoce a los animales en los libros e intenta imitar sus voces.
- Parlotea utilizando frases cortas, aunque suelen ser incomprensibles.
- Comprende el mecanismo de acción-reacción.

- Intenta mantenerse de pie sin ningún apoyo.
- Tiende a comer sin que lo ayuden.
- Le basta con dormir la siesta por la tarde.

- Expresa claramente su afecto por las personas u objetos predilectos.
- Procura resistirse al sueño; se enoja si lo obligan a dormir.
- La separación de la madre le produce un disgusto, que expresa llorando.

- Desarma y vuelve a armar objetos.
- Alcanza un objeto aunque esté mirando hacia otra parte.
- Le gusta realizar juegos ruidosos.

Fuente: "Como crece". en: La guía de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. México, 1997. P. 51, 66, 84 y 104.

Una vez realizada la valoración de las conductas que ejecuta el menor de un año y el de 1 a 4 años con la evaluación de desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años, se clasifican de la siguiente manera:

- Normal, si ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica
- Limitrofe, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad, pero si las conductas correspondientes a la inmediata anterior
- Anormal, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad, ni las correspondientes a la inmediata anterior.

Se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los siguientes hallazgos:

- Cuando el desarrollo corresponda a su edad se debe dar orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo y citar a consulta subsecuente con la periodicidad que se establece
- Si el desarrollo no corresponde a su edad pero si a la inmediata inferior, se debe dar orientación para favorecer el desarrollo del niño y citar a consulta subsecuente a las 2 semanas siguientes en el infante y 3 meses después al preescolar; si no logra mejoría se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención oportuna
- Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata inferior, se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención.⁸⁴

Dentro del CIMIGen se cuenta con un programa específico para evaluar el crecimiento y desarrollo del menor de 0 a 5 años de edad; al igual que un programa sobre estimulación temprana.(ver cuadro No.38)

10.21 CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA

⁸⁴ "Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y adolescente". Op. cit. p. 24.

10.21.2 Relativas

* Maternas:

- VIH positivo, la madre no debe amamantar cuando haya adquirido la infección recientemente, el bebé no es cero positivo y existen medios para adquirir los sucedáneos y proporcionarlos adecuadamente.
- Estados graves de enfermedad, en que se pueda complicar su estado nutricional.
- Uso de medicamentos de uso riesgoso durante la lactancia.

* Del bebé:

- Bebés en cuidados intensivos o intermedios.(ver cuadro no. 39)

10.22 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

10.22.1 Grietas

Concepto: " Del crieta, y del latín vulgar crepta, contracc. de crepita. p.p de crepare, crepitar, reventar".⁸⁵

Signos y síntomas: pequeña hendidura longitudinal, regadía poco profunda, más o menos dolorosa de la epidermis y porción superficial de la dermis.

Del pezón; excoriación lineal superficial del pezón, muy dolorosa que aparece los primeros días de la lactancia y que puede ser causa de mastitis. Las grietas se pueden presentar:

- Alrededor de la base
- A través de la punta (recta)

⁸⁵ "Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas" Op. cit. p. 511

- A través de la punta (en forma de estrella).

CUADRO NO. 39

Resumen de contraindicaciones a la lactancia

WELLSTART
PROGRAMA EDUCATIVO DEL MANEJO DE LA LACTANCIA
RESUMEN DE "CONTRAINDICACIONES" A LA LACTANCIA

Condición	Amamantamiento ⁽¹⁾ Contraindicado					Leche Materna ⁽²⁾ Contraindicado					Referencias		
	NO	SI				C ⁽³⁾	NO	SI				C ⁽³⁾	
		Temporal ⁽⁴⁾		Permanente				Temporal ⁽⁴⁾		Permanente			
		Parcial	Completa	Parcial	Completa			Parcial	Completa	Parcial			Completa
N I Ñ O					X						X		Behar, Lawrence
Galactosemia					X						X		Behar
Enf. Orina en Jarabe de Aroc				X ⁽⁵⁾					X ⁽⁵⁾				Behar, Lawrence
Fenilcetonuria				X ⁽⁵⁾					X ⁽⁵⁾				Behar, Diader, Lawrence
Herpes simple (lesiones orales)		X				X							Quinn
VIIUSIDA (niño)						± ⁽⁶⁾						± ⁽⁶⁾	CDC, OMS
M A D R E	X					X							Lawrence
Infecciones menores comunes	X ⁽⁷⁾					X							Lawrence
Varicela (materna)	X					X							Behar, Lawrence, Stagno
CMV					X ⁽⁴⁾	X							Lawrence
Gonococo						X							Lawrence
Hepatitis A	X ⁽⁸⁾					X							Lawrence
Hepatitis B	X ⁽⁸⁾					X ⁽⁹⁾							Behar, Lawrence
Herpes simple (lesiones maternas)		± ⁽⁶⁾				X							Behar, Lawrence
VIIUSIDA (madre)						± ⁽⁶⁾						± ⁽⁶⁾	CDC, OMS, Halsey
Leprosia	X					X							Lawrence
Staf	X					X							Lawrence
Strep	X ⁽⁴⁾					X							Lawrence
Sifilis	X ⁽⁸⁾					X							Lawrence
Toxoplasmosis	X					X							Lawrence
TBC						± ⁽⁶⁾						X ⁽⁶⁾	Behar, Lawrence
Mastitis	X					X							Behar, Lawrence
Absceso mamario			± ⁽⁶⁾									± ⁽⁶⁾	Behar, Lawrence
Cáncer mama	± ⁽⁶⁾					X							Lawrence

⁽³⁾ C = Controversial

⁽¹⁾ La tabla se refiere solo al amamantamiento de la madre biológica o el darle su leche al niño.

⁽²⁾ La leche debe ser siempre extraída regularmente mientras se mantenga la contraindicación temporal.

⁽⁴⁾ Monitorear los niveles séricos de metabolitos tóxicos en el niño.

⁽⁵⁾ Controversial. Se deben revisar las referencias.

⁽⁶⁾ IGHB y Heptavax para el recién nacido en lo posible.

⁽⁷⁾ De presentarse en la madre entre 6 días antes del parto y 2 días después, ZIG para el recién nacido no infectado y separarlo de la madre hasta que ya no esté infectante.

⁽⁸⁾ Después de 24 horas de niveles maternos terapéuticos de antibióticos.

⁽⁹⁾ Si están presentes, las lesiones en la mama o pezón deben estar limpias antes de amamantar.

⁽¹⁰⁾ Amamantar de una mama con un absceso depende de la localización de la lesión, incisión de drenaje y si el sistema ductal está comprometido.

⁽¹¹⁾ Por la salud de la madre, solo puede amamantar después de haber completado el tratamiento definitivo.

Causas: Las grietas son producto de una mala posición del bebé o por alteraciones de la función motora oral. Este problema se puede presentar en los primeros días de la lactancia, sobre todo si no se realizan los ejercicios preparatorios. Se debe a : que los pezones no son suficientemente fuertes para resistir la presión ejercida por las encías del bebé, así como también cuando se le acomoda siempre en la misma posición para amamantar.

Al succionar se daña la piel y aparece la fisura, si se deja evolucionar, las bacterias pueden entrar al tejido mamario, y causar mastitis.

También la grietas se forman con más facilidad si la mujer tiene la piel muy clara, ya que éste tipo de piel es más fina y delicada que la piel oscura. La piel clara, además, es menos rica en glándulas sebáceas que son las que segregan la grasa natural que mantiene protegida y lubricada la epidermis.

Manejo:

- Dar el pecho por períodos más cortos (5 a 10 minutos) y con mayor frecuencia (cada 2 ó 3 horas). De ésta manera el bebé tendrá menos hambre y succionará con suavidad.
- Cambiar la posición del niño en cada comida. Esto hace que rote la posición de la boca y varíe la presión.
- Antes de dar el pecho, la madre debe extraer en forma manual un pequeño volumen de leche. Esto inicia el descenso de la leche y evita la succión inicial brusca por parte del bebé.
- Asegurarse de que el bebé se encuentra en la posición correcta; su boca debe cubrir la mayor parte de la areola, su labio inferior debe estar volteado hacia afuera y su lengua colocada debajo del pezón.
- Empezar con el seno que se encuentre menos adolorido o en mejor estado.
- Cuando uno de los pezones esta muy adolorido o agrietado se puede alimentar al bebé con el otro seno durante 3 ó 4 comidas,

procurando hacer una extracción manual del seno adolorido para evitar que se acumule demasiada leche.

- Se puede aplicar compresas con hielo después de dar el pecho, para disminuir la sensibilidad y las molestias.

- Dejar secar los pezones al aire y exponerlos al sol ó lámpara a unos 15 cm., después de cada tetada, lo anterior con la finalidad de evitar la humedad ya que ésta retrasa el proceso de cicatrización y favorece la proliferación de microorganismos patógenos.

- Aplicar una gota de leche después de lactar (esto ayuda a sanar la piel).

- Continuar con la lactancia al seno. La única excepción es cuando los pezones sangran, se debe suspender temporalmente el amamantamiento hasta que dejen de sangrar. En tanto con el fin de mantener la producción láctea, ésta se extraerá manualmente durante cada comida y se le ofrecerá al bebé con vaso o cuchara hasta que mejoren las grietas.

- Debe evitarse el uso de jabón, porque altera la película hidrolípida (capa finísima que protege la piel).

- La succión es el método más natural para hacer resistentes los pezones y protegerlos de traumas.

- Se debe usar brasier de algodón porque ayuda a la ventilación de los senos.⁸⁶

10.22.2 Mastitis

Concepto: " De mast-e- itis. Inflamación de la glándula mamaria".⁸⁷

⁸⁶ "Preparate para dar el pecho". en: Consejos de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. octubre. México, 1997. p. 29 y 30.

"Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 62 y 63.

Martha, Kaufer y Ana Bertha Perez. "Guía práctica para la lactancia". en: Cuadernos de nutrición Vol 10. No. 1. enero-febrero. México, 1987. p. 10 y 11.

"Grietas solución al dolor". en: Consejos de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend, noviembre. México, 1997. p. 16, 18 y 19.

"El retorno a la normalidad" en: La guía de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. México, 1997. p. 108 y 109.

⁸⁷ "Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". Op. cit. p. 511.

Es una celulitis del tejido conectivo intraalveolar causada por el taponamiento de uno ó más conductos.

La mastitis es una infección bacteriana del tejido conjuntivo que rodea el tejido glandular de la mama y no es una infección de las glándulas ó conductos mismos.

Signos y síntomas: las mujeres que tienen mastitis sienten generalmente dolorimiento o dolor localizado en una área concreta. Además, puede presentar malestar general, fiebre a menudo mayor de 38.3° C, taquicardía, eritema y calor local. La inflamación puede generalizarse o limitarse a un lóbulo o región local de la mama con induración, sensibilidad y eritema. Pueden aparecer líneas rojizas a lo largo de los conductos linfáticos aunados a sensibilidad y crecimiento de los nódulos axilares. La mastitis suele ser unilateral, y de no tratarse con eficacia , pueden desarrollarse abscesos.(ver fig. no. 27) Los síntomas aparecen generalmente en las primeras dos semanas después del nacimiento, con otro máximo de 5 a 6 semanas más tarde.

FIGURA NO. 27

A. Mastitis temprana, B. Inflamación franca en mastitis

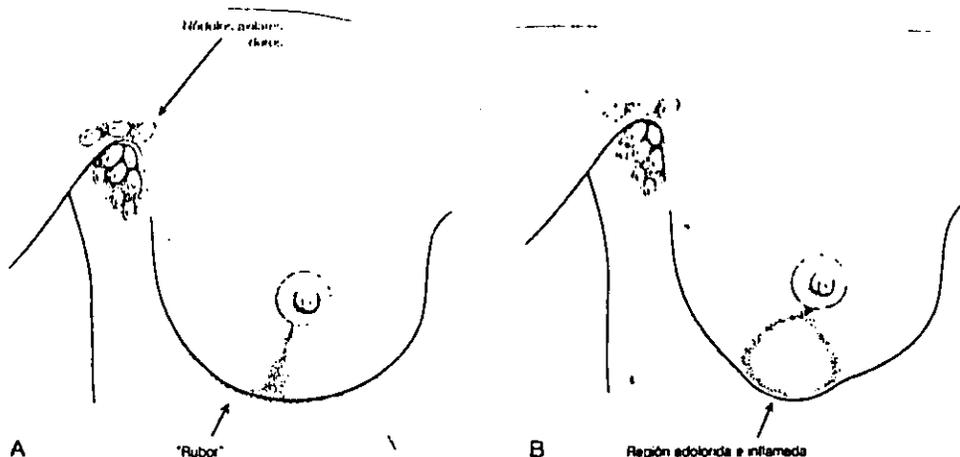


Fig. 40-9. Mastitis. A: mastitis temprana. Después de la fiebre se origina una región dolorosa en la mama y un "rubor" rojizo y sensible que no pulsa ni se inflama. B: inflamación franca en mastitis. Se desarrolla una región inflamada, dolorosa y rojo pardusca. El drenaje purulento se localiza paulatinamente en un absceso que cuando está duro debe incidirse y drenarse.

Fuente: Dickasón, Silverman y Shultz. "Enfermería materno-infantil".
Ed. Mosby-Doyma. 2a. ed.. España, 1995. P. 749.

Causas: intervalos de amamantamiento prolongados e infrecuentes. El microorganismo que suele intervenir en éste tipo de infecciones es el *Staphylococcus Aureus*, aunque los estafilococos hemolíticos de los grupos A y B u otra flora cutánea o bucal también ocasionen éste transtorno.

La infección suele suceder a fisuras o erosiones en el pezón o areola, lugares que fungen como puerta de entrada hacia los linfáticos subcutáneos. En ocasiones, los conductos galactóforos obstruidos contribuyen a la infección, ya que permiten el desarrollo de microorganismos. El recién nacido también puede ser fuente de infección tras adquirir el agente patógeno por vía oral desde la piel de la madre o por la nasofaringe, transmitido por un asistente de salud en el cunero. Las manos de la paciente pueden ser así mismo fuente de infección, en particular cuando otros microorganismos ocasionan la mastitis.

Cualquier empleado del hospital que tenga contacto físico con el niño o la madre puede ser fuente de agentes infecciosos.

Manejo:

- Colocar una toalla mojada en agua fría directamente sobre los senos para aliviar el dolor. Sin embargo, esto nunca se debe hacer inmediatamente antes de dar el pecho, pues el frío retarda el descenso de la leche.
- Colocar una toalla mojada en agua caliente un poco antes de dar de comer o tomar un baño de agua tibia para ayudar al descenso de la leche.
- Después de la aplicación del calor en los senos, dar masaje y realizar extracción manual de un pequeño volumen de leche para ayudar más aún a la bajada de leche, así como para suavizar el pezón y la areola y facilitar a que el niño atrape el pezón .
- Ofrecer al bebé ambos pechos en cada comida.

- Cuando la hinchazón sólo se localiza en parte del seno y se debe a la obstrucción de algún ducto, conviene dar masaje circular en el área, desde la orilla del seno hasta el pezón.
- Usar sostén firme, pero no apretado.
- Deben darse tetadas frecuentes o extraerse la leche varias veces al día.
- Usar antibióticos, antipiréticos y analgésicos si es necesario.⁸⁸

10.22.3 Congestión mamaria, plétora o sobrecarga

Concepto: "Congestión del latín congestio- onis. Acumulación excesiva o anormal de sangre en los vasos de una parte".⁸⁹

Es importante mencionar que la mayoría de las mujeres entre los primeros diez días tienen lo que es llamada plenitud mamaria, debido a que hay una sobreabundancia de leche; pero en la congestión mamaria es un estado más intenso. En la plenitud las mamas están llenas, pesadas e incómodas. La madre puede aliviar normalmente esta plenitud alimentando frecuentemente al bebé (cada 2 ó 3 horas) para vaciar los pechos, llevando un sujetador de apoyo y aplicando compresas calientes antes de dar el pecho. Debido a que el aporte de leche funciona según la demanda, una vez estabilizada la lactancia, la cantidad producida se reducirá a la dosis que necesite el bebé en crecimiento.

En la congestión, cuando la leche "baja" los senos se sienten de mayor tamaño, más firmes y más adoloridos. Dos factores que producen éste tipo de incomodidad son la congestión venosa y linfática y que las células de los alvéolos están llenas de leche.

⁸⁸ "Preparate para dar el pecho". Op. cit. p. 54.

"Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 63.

Matha, Kaufer y Ana Bertha, Perez. Op. cit. p. 11 y 12.

⁸⁹ "Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". Op. cit. p. 261.

Signos y síntomas: las mamas congestionadas tendrán un aspecto inflamado, en ocasiones a tal grado que la piel se ve brillante. El tejido entorno a la areola se estira tanto que causa retracción del pezón, por lo que es sumamente difícil para el niño tomarlo junto con la areola de manera adecuada. Los senos se enrojecerán, estarán pesados y duros y se sentirán calientes al tacto y puede que viertan un poco de leche; aunque la congestión no es un proceso inflamatorio, y en caso de que haya fiebre puede sospecharse alguna otra causa. Si la congestión es grave, los senos quedan dolorosos en especial al tocarlos o moverlos, y en ocasiones experimentan dolor que va desde mamas, pezones hasta extenderse hacia la axila. Ésta afección es transitoria y en general desaparece en 24 a 48 horas, si es bien tratada.

Causas: se da como resultado de la lactopoyesis, entre el séptimo y décimo día después del parto, debido al aumento en el flujo sanguíneo y linfático de los pechos, y en ocasiones debido al vaciamiento inadecuado de las mamas o reflejo de eyección inhibido.

Manejo: al igual que en la mastitis se recomienda extraer manualmente la leche para evitar infecciones y que el bebé se pueda "prender" al pecho, compresas tibias antes de lactar, tetadas frecuentes, masajes, relajación y compresas frías postetadas.⁹⁰

10.22.4 Absceso mamario

En los casos anteriores, si no se actúa con prontitud, puede formarse un absceso. En una zona del seno se presenta una hinchazón dolorosa, con aumento de la temperatura y a la palpación

⁹⁰ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 62.

Dickasón, Silverman y Shultz. "Enfermería materno infantil. Ed. Mosby-Doyma. 2a. ed. España, 1995. p. 367.

Sharón, J. Reeder. et. al. Op. cit. p. 768.

se encuentra fluctuante, debe drenarse en un sitio adecuado y seguir con las medidas utilizadas para la mastitis.

10.22.5 Otros

10.22.5.1 Conducto obstruido

Concepto: se tapa el conducto de un segmento de la glándula, no drena y se forma una masa dolorosa.

Causas: Si se aplica una presión excesiva sobre la mama, como la de un sujetador mal ajustado o la presión de la barbilla del bebé durante la toma, puede presentarse estasis en un conducto.

El contenido de agua de la leche en el conducto es absorbida por el tejido dejando una sustancia viscosa espesa que irrita el tejido. Como respuesta se presenta inflamación (mastitis no infecciosa).

Manejo: generalmente cede con masajes y compresas humedo-calientes; se debe aumentar la frecuencia de tetadas e iniciar con el lado afectado.

10.22.5.2 Pezón adolorido

Causas: la causa más común es que el bebé succione en una posición inadecuada y sólo succiona la punta del pezón. Otras causas son congestión mamaria, candidiasis, dermatitis de contacto, disfunción motora oral (rara) y frenillo corto (raro).

Signos y síntomas: generalmente la piel se encuentra normal, sólo la paciente refiere dolor intenso en los pezones cuando el bebé succiona y éste no obtiene suficiente leche, si sólo succiona la punta

del pezón y si la leche no es removida de los senos, la producción disminuye. El dolor puede causar bloqueo del reflejo de oxitocina.

Manejo: Trate los pezones adoloridos antes de que la piel se dañe. Siga las instrucciones señaladas para las grietas; puede iniciarse si es necesario algún analgésico suave. Examine al niño buscando moniliasis oral ya que ésta en el pezón es causa frecuente de dolor punzante.⁹¹(ver cuadro No. 40)

10.23 LACTANCIA MATERNA EN CASOS ESPECIALES

10.23.1 Recién nacido con síndrome de Down

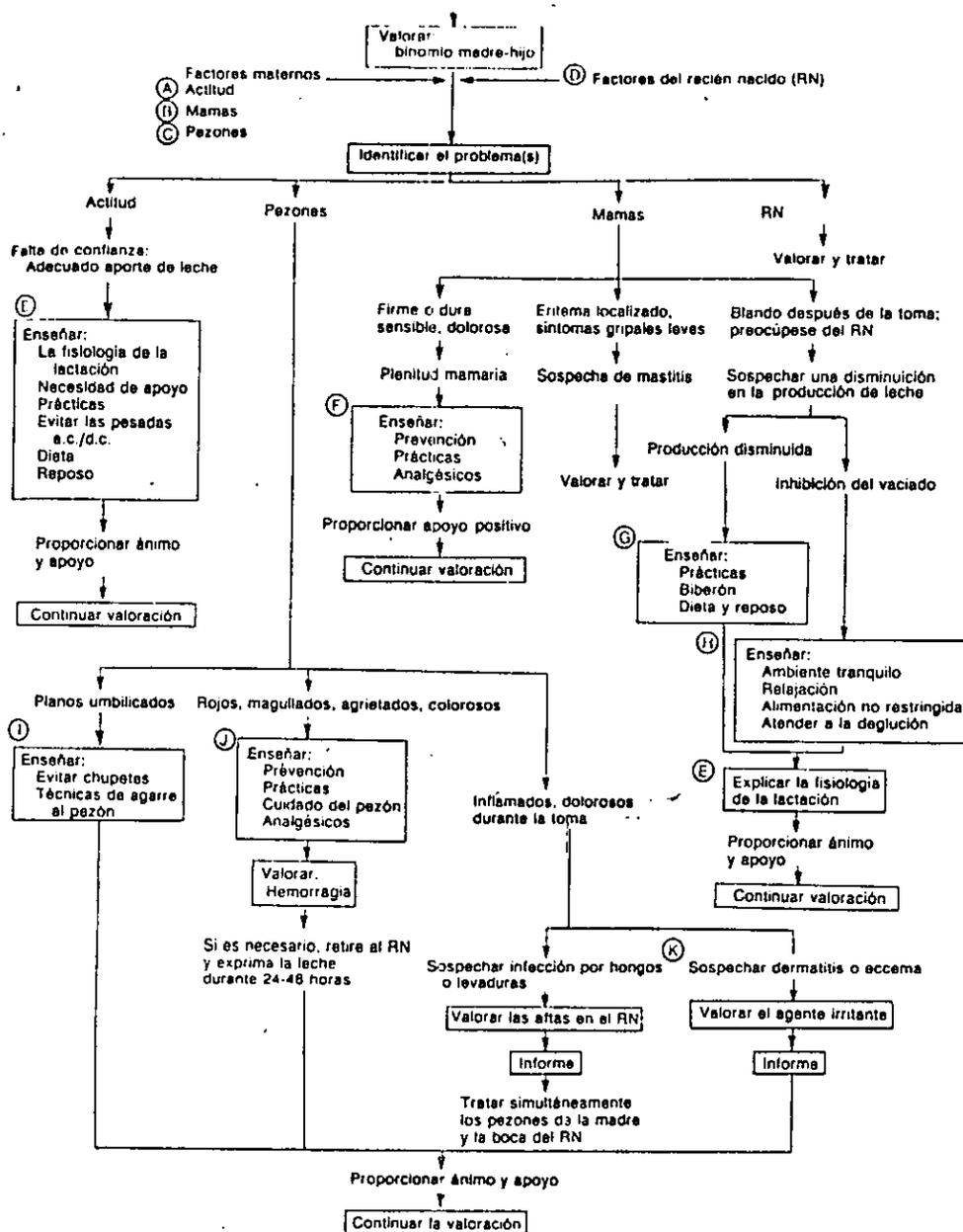
Existe la idea de que los niños con síndrome de Down no succionan adecuadamente y, aunque esto sucede en algunos casos debido a las complicaciones asociadas como la hipotonia, no es la regla o lo común.

Es cierto que la alimentación al seno materno debe ser a libre demanda, en el caso de los niños con síndrome de Down esto no es aplicable ya que es frecuente observar que en este tipo de niños la demanda de alimento se hace poco aparente; se aconseja que el alimento se brinde con un horario establecido de cada 2 a 3 horas, brindándole de comer de día y de noche lo demande o no, para recibir un aporte calórico periódico y suficiente.

Éste horario establecido se llevara a cabo hasta que el niño establezca su propio horario de alimentación y la madre distinga sus demandas.

⁹¹ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 62 y 63.
Sharón, J. Reeder. et. al. Op. cit. p. 768.
Dickasón, Silverman y Shultz. Op. cit. p. 367.

CUADRO No. 40 Problemas maternos de la lactancia



Fuente: Emily R. Knor. "Decisiones en Enfermería Obstétrica". Ed. Mosby-Doyma. España, 1990. p. 167.

El tiempo de amamantamiento se debe individualizar, partiendo de la observación del patrón de succión de cada niño, esto considerando que poco más del 50% de los niños con síndrome de Down no tienen problemas para succionar y que el resto hay que ayudarlos por las complicaciones asociadas.

Un requisito indispensable para lograr éxito en la lactancia materna de los niños con síndrome de Down es el ser aceptados, queridos y respetados en el hogar; el equipo de salud juega un papel importante al ayudar a los padres a través de información a superar la inseguridad y preocupación que les causa la llegada de un hijo con síndrome de Down. Es conveniente que la información se de a los padres cuando el diagnóstico sea certero.⁹²

10.23.2 Recién nacido con labio y paladar hendido

La extensión del defecto varía de un niño a otro. Puede ser uni o bilateral. La hendidura puede presentarse únicamente en el bermellón o afectar en diversos grados la longitud del mismo hasta el piso de la nariz. Mientras más grande sea la fisura labial más frecuentemente se asociará con fisura de la encía; la que también, dependiendo de su longitud, se puede continuar con hendidura en el paladar.

El primer problema que enfrenta la madre es la alimentación del niño, al no poder crear una presión negativa al colocarlo al seno materno o bien, porque el alimento pasa a través de la hendidura del paladar hacia la nariz. Otros problemas importantes son el rechazo y el temor que tiene la madre de alimentar al niño, para no lastimarlo o complicarlo. No se debe olvidar que aunque estos niños tienen dificultad para la succión con paciencia ellos se adaptan a sus propias necesidades.

⁹² "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 90.

En la alimentación al seno materno, la madre deberá estar relajada y segura al dar el seno. Tomar el tiempo necesario para dar cada seno y procurar sacar el aire al bebé; ya que los niños con paladar hendido tragan aire en exceso.

Cuando el paladar está abierto, los niños se alimentan mejor estando casi sentados (sobre las piernas de la madre) en vez de acostados. En caso necesario, se valorará el uso de una placa removible para favorecer la succión.

Anteriormente se recomendaba el empleo de sondas, cucharillas y goteros, pero con una buena técnica de alimentación al seno, los anteriores, resultan inútiles e inclusive pueden favorecer complicaciones.

El principal problema de alimentación durante los primeros días de vida de éstos niños, es la dificultad que presentan para generar una presión negativa que permita una succión adecuada.

Los niños con hendidura labial aislada habitualmente no presentan problemas aunque es necesario enseñar a la madre a crear un cierre hermético de la boca con la areola (mano de bailarina o posición de tijera); puede ser necesario obstruir la fisura con el dedo o con una placa removible, para que la presión negativa sea óptima para la succión. (ver fig. no. 28)

El pronóstico de los recién nacidos con paladar hendido en relación a su alimentación al seno materno, depende del tamaño y ubicación de la hendidura. Algunos autores recomiendan la aplicación de placa ortopédica para cerrar el defecto, argumentando que con ello se previenen las distorsiones de la lengua, la irritación del septum nasal y disminuyen las infecciones del oído; pero en la experiencia se ha observado mayor problema con su uso debido a la laceración que causa en la mucosa.

Los programas de reparación quirúrgica temprana en niños con labio hendido han mostrado muy buenos resultados; y deben estimularse, ya que se ha demostrado que mejora notablemente la técnica de amamantamiento y con ello incrementa la ganancia de peso y se reduce la estancia hospitalaria.

FIGURA NO. 28
Creando cierre Hermético
Posiciones mano de bailarina y mano de tijera



Los niños con labio y paladar hendido deben ser alimentados con leche materna, de preferencia al seno, desde minutos posteriores al nacimiento y exploración física.

Las madres de éstos niños y el equipo de salud requerirán de un esfuerzo extra para que motivados adecuadamente y con paciencia logren éxito en la alimentación al seno materno de los niños con labio y paladar hendido.

Cuando no es posible amamantar al bebé se debe capacitar a la madre para que extraiga manualmente su leche y pueda dársela por otros medios incluido el suplementador.

El suplementador se puede elaborar con una jeringa de plástico desechable de 20 cc., sin émbolo y sin aguja, en ésta jeringa se embona una sonda de alimentación (no. 5) a la que se le corta la punta dejando un sólo orificio, evitando el paso de aire. La base de la jeringa se coloca, ya sea mediante fijación o bien colgada por el cuello, en la línea media del tórax a dos centímetros por debajo del nivel de los pezones; la punta de la sonda de alimentación se coloca a nivel del pezón; todo esto con el fin de que el acto de amamantamiento se pueda ejercer de manera efectiva por succión y/o gravedad.(ver fig. No. 29)

FIGURA NO. 29
Suplementador



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención".
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 93.

El suplementador se usa, además, en los casos que el bebé toma el pezón y no succiona o en el caso en el que el bebé succiona adecuadamente pero la producción no es suficiente.

10.23.3 Recién nacido con bajo peso

En éste rubro se incluye a los recién nacidos prematuros, pretérmino y con retardo en el crecimiento intrauterino.

Las causas son múltiples, pueden ser enfermedades y desnutrición materna o hábitos como el tabaquismo o alcoholismo, entre otros. La mortalidad durante el nacimiento y la primera semana de vida, es 8 veces más elevada en éstos pacientes; la mortalidad está más relacionada con el bajo peso, que con la edad gestacional.

La alimentación al seno materno en los recién nacidos de bajo peso debe iniciarse tempranamente para evitar muchas complicaciones (hipoglucemia, hiperbilirrubinemia e hipotermia), aún cuando su manejo se realice con soluciones parenterales.

Cuando no es posible la succión, la madre deberá extraer su leche de preferencia en forma manual, cada 2 a 3 horas (de 8 a 12 veces al día) con la finalidad de que se mantenga la producción de leche. La leche extraída se administrara de acuerdo a las condiciones clínicas y calidad de succión-deglución y se podra utilizar sonda, gotero, cuchara o suplementador.

Es indispensable el apoyo, información y capacitación a la madre y familia.

Antes de alimentar al niño, la madre deberá colocárselo al pecho, aunque la succión no sea muy efectiva. Si es posible, se recomienda que éstos recién nacidos se manejen con técnica de "Madre Canguro".

Para cubrir necesidades nutricionales se puede proporcionar suplementos, adicionando según los requerimientos; y utilizando el mismo método que para la leche materna

10.23.4 Recién nacido hipotónico

La hipotonia casi siempre refleja una enfermedad primaria del sistema nervioso central.

En éste tipo de pacientes es prioritario y fundamental valorar la respuesta motora-oral, ya que de esta manera se puede evidenciar si los músculos que intervienen en la succión están afectados.

La respuesta motora-oral se valora colocando unas gotas de leche en el dedo índice del explorador, estimular reflejo de búsqueda e introducir el dedo; también se puede utilizar el suplementador colocándolo sobre el dedo e introduciéndolo junto con el. (ver fig. no. 30)

FIGURA NO. 30
Búsqueda de la respuesta motora-oral



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención".
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF.
México, 1997. p. 93.

En caso de afectación, se deberán realizar ejercicios que ayuden a una recuperación más rápida.

Los ejercicios recomendados para el manejo en las alteraciones por disminución del reflejo o debilidad de la succión se realizan antes de iniciar la alimentación al seno, el explorador debe colocarse guante en el dedo índice.

Los ejercicios son los siguientes:

- Tocar la lengua con el dedo y presionar ligeramente en el centro a manera de formar un surco.
- Presionar sobre el paladar duro.
- Efectuar movimientos circulares alrededor de la boca.
- Mantener cabeza y cuerpo flexionados.
- Efectuar presión o golpeteo en las mejillas.
- Efectuar golpecitos en la región occipital.
- Introducir gotas de leche en la lengua.
- Estimular la parte anterior y lateral de la lengua.
- Estimular el reflejo de mordedura.
- Estimular succión no nutritiva.
- En caso necesario emplear suplementador.⁹³

En el caso de los niños hipotónicos si la posición habitual no funciona se colocará sentado sobre las piernas de la madre, empleando la posición de "mano de bailarina".(ver fig. no. 31)

Es útil proporcionar períodos de deglución cortos y reposo.

Si la hipotonía es tan importante que no permite la succión adecuada, entonces la madre deberá extraerse la leche y administrarla por otra vía; sin embargo es conveniente que continúe pegándose al niño para estimular la succión y producción.

⁹³ Ibidem. p. 85.

FIGURA NO. 31

Posición para alimentar al niño hipotónico, "mano de bailarina"



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Dirección General de Salud Reproductiva. secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 93.

10.23.5 Recién nacido hipertónico

La hipertonia es menos frecuente que la hipotonia en los recién nacidos. Los niños presentan un aumento del tono muscular, el cual se incrementa con la manipulación.

Es necesario investigar la causa de la hipertonia para resolverla lo antes posible, para mejorar las condiciones de la succión, ya que éstos niños van a morder el pezón y dificultaran enormemente la lactancia al seno.

Se le recomienda a la madre un ambiente tranquilo con iluminación suave. Deberá hablarle al bebé en voz baja. No moverlo

bruscamente. En presencia del reflejo nauseoso deslizar lentamente el dedo por la lengua hacia tras para fatigar ésta respuesta antes de succionar disminuir la extensión del cuerpo, efectuando flexión en caderas y cuello. Si es necesario se puede usar cabestillo o asiento (hamaca) para mejorar la posición del bebé.

10.23.6 Recién nacido con parálisis facial

Con frecuencia después de un parto complicado se produce parálisis facial, en particular cuando se ha producido compresión prolongada de la cabeza contra el sacro materno, en la aplicación de forceps, hemorragia intracraneana y/o fractura.

El recién nacido es incapaz de tomar el pezón y succionar en forma adecuada, es probable que la leche salga por el lado afectado al no crear presión negativa.

Este problema puede ser temporal y dependiendo de la severidad se continuará amamantando buscando que el cierre sea hermético, y, en casos graves extrayendo la leche para que le sea administrada por otra vía.

En cualquier caso se debe recomendar los ejercicios para el manejo en las alteraciones por disminución del reflejo o debilidad de la succión, mencionados para el niño hipotónico.

10.23.7 Gemelos nacidos a término

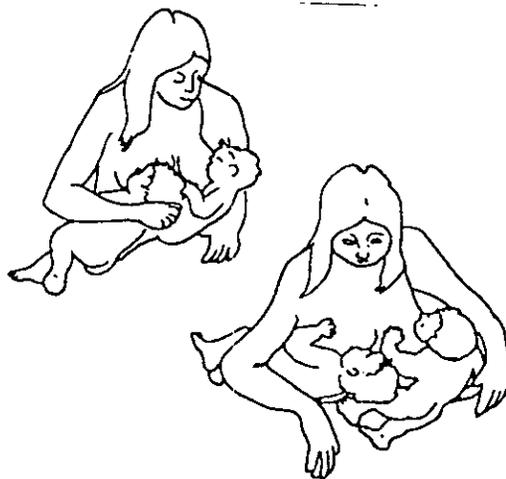
El aspecto primordial es el convencer a la madre de que la cantidad de leche que ella tiene es suficiente para ambos bebés, y que se mantendrá e ira aumentando conforme la succión sea más efectiva y constante.

En cuanto a la posición para el amamantamiento, existen diferentes opciones; en principio se puede aconsejar la técnica habitual y alimentar solamente a un niño a la vez, la segunda opción es que amamante ambos niños al mismo tiempo, para ello se deberá mostrar muy bien cual es la posición de sentada, o de "balón de fútbol", existen otras variantes como cruzar a los niños por delante o darles semiacostados.(ver fig. No. 32)

10.24 LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

Al administrar un medicamento por vía bucal a la madre, suceden diversos procesos antes de que el principio activo este biodisponible en la sangre: desintegración, disolución, absorción y el llamado "efecto de primer paso", o sea el porcentaje del fármaco que se

FIGURA NO. 32
Posiciones para amamantar gemelos



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención".
Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF:
México, 1997. p. 93.

Pierde por la acción de enzimas intestinales o durante su biotransformación hepática. Lo anterior trae como consecuencia que si la dosis administrada fue en miligramos (mg) su biodisponibilidad usualmente será en microgramos (mcg), o de microgramos se reducirá a nanogramos (la digoxina por ejemplo), la fracción para llegar a las células alveolares mamarias, a su vez debe pasar por un buen número de barreras: la membrana capilar, el espacio intersticial, la membrana basal, la membrana celular (de entrada y salida) para llegar finalmente al lumen de los túbulos lácteos. En este último paso se emplea como "acarreadores" los propios nutrientes que forman la leche: por separación de apocrina con las micelas proteicas o pinocitosis inversa con los glóbulos de grasa.

La cantidad de principio activo que de ésta manera llega a la leche, al ser ingerido por el lactante va a repetir los mismos pasos que en la madre antes de estar biodisponible en su propia sangre, incluido su efecto de "primer paso" por lo que el resultado final es, en la inmensa mayoría, que las concentraciones circulantes sean por lo general mínimas.

Además de éstos procesos farmacocinéticos, hay tres propiedades de los fármacos que a su vez influyen, de manera preponderante, en su transferencia a la leche:

a) Su liposolubilidad, entre más liposolubles más fácilmente atraviesan las distintas membranas y se adhieren mejor a los glóbulos de grasa, b) su grado de ionización, dependiente de las diferencias del pH del plasma y de la leche materna (7.4 vs. 6.8), que en gran parte determina las distintas concentraciones que el fármaco alcanza en ambos especímenes biológicos; y c) el peso molecular del fármaco, ésta última propiedad es de utilidad porque permite, de una manera sencilla, predecir la posibilidad de que el medicamento dado pueda llegar a la leche materna. Como regla general aquellos cuyo peso molecular (PM) sea menor de

200 Kilodaltons cruzará mejor las barreras antes mencionadas que aquellos con PM mayor a 200 Kilodaltons.⁹⁴

El cuadro no. 41, contiene los pesos moleculares de varios medicamentos de uso frecuente en la práctica clínica.

10.24.1 Recomendaciones previas a la administración de medicamentos durante la lactancia

Antes de administrar medicamentos a la madre que está lactando, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones y la relación de medicamentos contraindicados y de uso riesgoso para el lactante.

CUADRO NO. 41
Peso molecular en (Kilodaltons) de algunos medicamentos

Aquellos con PM menor de 200, potencialmente se pueden concentrar en la leche en mayor proporción que aquellos con PM mayor de 200.			
MEDICAMENTO	PM	MEDICAMENTO	PM
ACETAMINOFÉN	151 16	CEFALOTINA	306 44
ANFETAMINA	135 20	CEFOTAXIMA	456 48
ACIDO ASCÓRBICO	178 12	CEFTAZIDIMA	546 56
ACIDO VALPROICO	144 21	CIMETIDINA	252 34
COUMARINA	146 14	CITARABINA	243 27
DOPAMINA	153 18	CLINDAMICINA	424 98
FERROSO (SULFATO)	151 91	CLONAZEPAN	315 75
FLUOROURACILO	130 08	CLORANFENICOL	323 14
HALOTANO	197 39	CLORAQUINA	319 69
HIDRALAZINA	160 18	DAPSONA	248 30
ISONIAZIDA	137 15	DIASEPAM	234 74
LITIO	102 80	DICLOXACILINA	492 33
MERCAPTOPURINA	152 19	DIGOXINA	760 92
METRONIDAZOL	171 16	ERITROMICINA	733 92
NOREPINEFRINA	189 18	FENOBARBITAL	232 23
D. PENICILAMINA	149 21	FENITOINA	252 26
SALICILATOS	180 15	FENTANILO	336 46
TEOFILINA	100 17	FLUNITRAZEPAM	313 36
FUROSEMIDA	338 77	HALOPERIDOL	375 86
ACETAZOLAMIDA	277 25	HERAPINA	6700 00
ACTINOMICINA	1255 47	INSULINA	6000 00
ACICLOVIR	225 21	INTERFERON	13000 00
AMIKACINA	585 62	IMIPRINA	200 40
AMOXICILINA	365 41	METILPREDNISOLONA	374 46
ANFOTERICINA -B	660 10	MORFINA	265 33
AZATROPINA	277 29	NAPROXEN	230 26
BETAMETASONA	392 45	NIFEDIPINA	346 34
CAPTROPILLO	217 28	PENICILINA BENZATINICA	545 77
CARBAMAZEPINA	236 26	RANITIDINA	314 41
CARBENICILINA	378 42	TRIMETROPIM/SULFA	290 32
METOXAZOL	253 31		

Fuente: "Medicamentos y lactancia materna". en: Gaceta médica mexicana. Vol. 130. No. 1. enero-febrero. México, 1994. p. 30.

⁹⁴ "Medicamentos y lactancia materna". en: Gaceta médica mexicana. Vol. 130. No. 1, enero-febrero, México, 1994. p. 30.

Recomendaciones:

- No utilizar medicamentos de larga acción.
- Establecer el horario de administración del medicamento, de acuerdo a su vida media.
- Valorar estrechamente las condiciones generales del lactante, haciendo énfasis en las reacciones secundarias del medicamento específico.
- Cuando sea posible, elegir el medicamento que alcance las menos concentraciones en la leche materna.⁹⁵

10.24.2 Medicamentos que se pueden utilizar bajo vigilancia estricta.

Algunos medicamentos, de por sí seguros, bajo ciertas condiciones pueden causar trastornos al lactante. El ácido acetilsalicílico sólo si se administra en dosis elevadas a la madre puede llegar a su bebé hay al menos informe de un recién nacido que presentó acidosis metabólica grave después de que a su madre, quien padecía artritis reumatoide, se le había administrado dosis altas de éste medicamento. Un dato complementario para extremar las precauciones con la aspirina, es que posee un PM de 180.15. El Naproxen (PM 230.26) es seguro si se emplea después del período neonatal, durante éste ha causado prolongación del tiempo de sangrado, hemorragia y anemia aguda. Al metronidazol (PM 171.16) y a su metabolito principal se les ha encontrado en el plasma de los lactantes en concentraciones que corresponden de 10 a 20% que las de la madre; aún no bien demostrado, al parecer dan lugar a diarrea o candidiosis en el lactante. El interés de éste fármaco estriba en que es inductor de cáncer en ciertas especies de laboratorio, por lo que sería prudente evitar su empleo; sin embargo, si fuera necesario su uso, se puede administrar en dosis única suspendiendo la lactancia en las siguientes 24 horas. Un

⁹⁵ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 65.

medicamento motivo de controversia es la metoclopramida. Algunos médicos, basados en la creencia de que eleva la prolactina y por ende da lugar a una mayor producción de leche, la recomiendan para tal fin. Sin embargo aún no está demostrado que la metoclopramida posea dicha propiedad y sí en cambio existe la posibilidad de que cause efectos tóxicos al lactante (extrapiramidalismo) y, lo que es más grave, siendo un antagonista de los receptores dopaminérgicos, como otros fármacos de éste grupo potencialmente pueden causar defectos en el desarrollo neural de los recién nacidos. Todo esto hace que deba proscribirse el uso de la metoclopramida como inductor de la lactancia.

Entre los medicamentos de uso riesgoso también se encuentran los antihistamínicos y descongestivos, anticonceptivos con altas dosis de estrógenos, y la ergotamina. Los antitiroideos (con propiltiuracilo por arriba de 300 g/día, debe realizarse pruebas de función tiroidea en el niño cada 2-4 semanas), los narcóticos, el fenobarbital, las quinolonas y las sulfonamidas de larga acción (no se recomienda en menores de 2 meses de edad).

Pese a no tratarse de medicamentos, por la frecuencia que son motivo de consulta sobre si se puede o no emplear durante la lactancia, se harán unas breves consideraciones acerca del alcohol etílico, la cafeína y la nicotina. El alcohol etílico (PM 46.07), aún cuando la madre lo ingiera en pequeñas dosis, el lactante puede manifestar somnolencia, diaforesis y debilidad del reflejo de succión; en dosis mayores puede causar intoxicación etílica aguda; la ingestión crónica se ha relacionado con retraso en el desarrollo psicomotor. La cafeína (PM 194.19), contenida en las infusiones de café y en los refrescos de cola, no se ha demostrado que origine efectos importantes en el lactante; algunas observaciones anecdóticas hacen mención de que puede presentar irritabilidad y trastornos del sueño. La nicotina (PM 162.23) y su metabolito cotinina se concentran en la leche en cantidades proporcionales al

número de cigarrillos fumados por la madre. La nicotina disminuye la producción de prolactina y por ende la de leche; en el lactante además aumenta la frecuencia y la intensidad del "cólico infantil", produce irritabilidad, vómito y taquicardia.

10.24.3 Medicamentos contraindicados

Entre los medicamentos que caen en éste rubro destacan los antineoplásicos y los inmunosupresores. Al momento hay informes de la ciclofosfamida, la dextrorubicina, el metrotexato, el cisplatino, el bisulfato y la ciclosporina, pero es posible que otros medicamentos relacionados causen efectos similares, cualquiera que sea la concentración que alcance en el plasma del lactante. Dentro de los efectos reconocidos están la inmunosupresión y la neutropenia, pero algunos autores sugieren que pueden afectar el crecimiento o relacionarse con la producción de cánceres.

El litio, cuyo PM es de 102.80, puede alcanzar niveles plásmaticos correspondientes a la mitad de los niveles maternos, y dado su estrecho margen de seguridad, son altas las posibilidades de que origine efectos tóxicos graves. El cloramfenicol en si no alcanza concentraciones suficientes para causar el "síndrome gris" del recién nacido, pero si las suficientes para desencadenar anemias aplásicas por idiosincrasia; otros efectos de este antibiótico son rechazo del alimento, sueño intenso durante la lactancia y vómitos posprandiales. Los radiofármacos en general contraindican la lactancia sólo durante el tiempo en que decae su acción que, de acuerdo a sus vidas medias biológicas puede variar de 20 horas (i. e, el Indio 111) hasta 2 semanas (i. e El bario 67 y el Iodo 131), durante estos períodos se puede extraer la leche de la madre y sustituirla con alguna fórmula comercial.

La bromocriptina y la amiodarona, más que contraindicar la lactancia, la suprime.

Otros medicamentos que contraindican la lactancia son la cocaína, la fenidiona (anticoagulante), los salicilatos (altas dosis mas de 3 grs., vigilancia), el metronidazol y la ergotamina.

En situaciones donde la suspensión de la lactancia es muy riesgosa se pueden utilizar bajo vigilancia estricta.

10.24.4 Conclusiones y recomendaciones

1. Aún cuando la mayor parte de los medicamentos se excretan a través de la leche, estos sucede en cantidades muy bajas (en general menos de 2% de las concentraciones maternas), por lo que con sus excepciones, no representa un riesgo para el lactante. Solamente unos cuantos medicamentos contraindican la lactancia materna.
2. Si se considera estrictamente necesario administrar un medicamento a la madre, se debe valorar juiciosamente el riesgo contra el beneficio, evitar la polifarmacia y en todo caso seleccionar el medicamento del que se sepa represente menor riesgo (acetaminofén o diclofenaco, en lugar de aspirina, por ejemplo).
3. Dado el desarrollo reciente de la industria quimiofarmacéutica y la producción de nuevos medicamentos de los que se sabe poco acerca de su comportamiento en el binomio madre-lactante, el médico y/o enfermera debe ser cauteloso en su prescripción y estar alerta para identificar la aparición de efectos indeseables en ambos.⁹⁶

⁹⁶ "Medicamentos y lactancia materna". Op. cit. p. 31.

"Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 65.

10.25 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

10.25.1 Mitos y creencias

Las relaciones sexuales, el embarazo, el parto y la lactancia son funciones biológicas que los seres humanos experimentan conscientemente. Por lo tanto, se modelan por la cultura de manera más intensa que las que se inician desde edades tempranas.

Entre los grupos humanos existen prácticas y creencias positivas que protegen a los niños y favorecen su crecimiento y desarrollo. Pero nos interesa destacar aquí los factores socioculturales que pueden tener una influencia negativa. La familia constituye un filtro entre la comunidad y el niño puede respetar y poner en práctica todas las creencias y costumbres acerca de los cuidados infantiles; pero puede también modificarlas o pasarlas por alto, según las características y el nivel educativo de los adultos que la componen a este respecto, la influencia de los abuelos, tíos o hermanos, tal vez sea muy importante.

La situación del niño en la familia está fuertemente influida por el concepto que se tiene de él en la comunidad.⁹⁷

La riqueza en recursos de los indígenas mexicanos, para apoyar la lactancia es inmensa pero de la misma proporción, quizá, es la variedad de mitos y creencias acerca de la misma.

Existían técnicas para valorar la calidad de la leche, para aumentar su producción y para extraerla, entre otros, algunas de las cuales aún

⁹⁷ Lucille, C. Atkin. et. al. Op. cit. p. 69.

prevalecen en determinadas regiones de nuestro país; los siguientes son sólo algunos ejemplos:

"para ver si era buena echaban unas gotas en la uña, y si no corría por ser espesa, la tenían por buena"

"el tartamudear de los niños procede de que siendo grandes maman, y para ello conviene los destetes y los hagan comer"

"la correnca de cámaras (diarrea) sucede a los niños o a los ya grandes, lo cual se remedia con el agua de cierta raíz llamada *tzipipatli*, bebiendose, y también será bueno que la beba el ama que criase a la criatura o niño que tuviese esta enfermedad"

"las mujeres que tienen poca leche en las tetas será necesario moler la raíz llamada *zayanalquiltic*, y beberlas dos o tres veces, saliendo del baño, y lavándose primero los pechos con *tequixquite*, con la cual la primera leche que sobreviniere de esta cura la criatura se corromperá algún tanto, y para acaballe de purgar será bueno darles dos o tres gotas de esta agua, empapando un poco de algodón, como está dicho el ama no coma aguacates, y beba agua de cocida de cabalzas blancas o de la hierba llamada *cuatlaxúchitl*, y coma asado el vergajo de los perrillos, o comar el *izccahuitli*"

"la hinchazón de las tetas para curarse será necesario moler la yerba que se llama *ixyayáhual*, mezclada con otra hierba nombrada *eeloquíllic*, y ponerla alrededor de aquella hinchazón o dureza, y con eso vendrá a madurar, o se resolverá la hinchazón. Y si no aprovecharé éste remedio, se sajará (punzará), y poner alrededor las dichas yerbas mezcladas. Y cuando se fuere pudriendo las yerbas de la sajadura, se echará una bilma de las dichas yerbas y de los polvos de la yerba llamada *chichicaquiltic*, y el *ocozotle*, y beberá el agua de la yerba llamada *tetezmític*"

"un jugo de hojas y conos de cedro molido, de hojas y raíces de *cuauhiyautli*, hierbas de *elozacatl*, de junco de *pozahualizxiuhtontli* y *totec ixihuah*, si se unta en las mamas hinchadas detiene el aumento de su turgencia"

"cuando la leche fluye con dificultad, se muelen en *octli* (pulque) y se cuecen la hierba *chichiltic*, que por su pequeñez se parece a la vinagrilla, *tohmiyoxiuhuitl* y cristal. Esta poción ha de beberse con frecuencia. También bebe la mujer la hierba *memeyaxiuhtontli*, molida en *octli*. Tome un baño y allí beba otra poción hecha de trigo. Cuando salga del baño beba un agua espesa y viscosa de trigo hervido"

"un niño así afectado que ya rechaza la leche y no quiere aplicar sus labios a los pechos maternos, ha de beber una pócima hecha de una hierbecita de nombre *teamoxtli*, hígado de codorniz. Bien asoleado y un poquito de sus propios cabellos hechos ceniza. También se le unta una pasta hecha de cerebro de comadreja y hueso humano quemado. Todo se le da diluido en agua agria"

"amamantar acorta la vida de la madre y la deja descolorida y flaca como <gato de asotea>"

"afirman que las rubias y las <azafranadas> son malas nodrizas, ya que tienen leche agria, siendo preferibles las de pelo negro o castaño. La buena leche debe ser blanca, sin olor y casi insípida no muy líquida o espesa. En ocasiones no hacia falta alquilar un nodriza indígena o mulata, sino que se aprovechaba la lactancia de alguna pariente cercana, que amamantaba a los dos niños simultáneamente y por este hecho, quedaban convertidos en <hermanos de leche>. Consideraban que una nodriza robusta y cuidadosa puede restaurar a un niño con la complexión más débil y enfermiza"

"...existen varias maneras de eliminar la leche excedente, como son colocar el pico de una botella que contenga agua caliente sobre el pezón, de manera que al enfriarse se haga vacío y salga la leche; otros sugieren amamantar perrillos, a pesar del riesgo de sufrir mordidas, y tenemos noticias de que algunos de dichos perrillos llamados <de leche> eran sacrificados después, por considerar que estaban <humanizados>, los personajes de esta novela justifican dejar de amamantar a los hijos solamente en el caso de enfermedad grave como el <mal venéreo> o <la conservación de la pública honestidad>"

"... allá por el año de 1953 entre familias de ejidatarios, en las cercanías de Torreón, Coahuila, se señala que para favorecer la lactancia la madre consumiera cerveza y atoles de maíz, garbanzo o avena, si el procedimiento fallaba, se administraban a los niños biberones, con leche de vaca diluida a la mitad con alguna infusión, preferentemente de salvia o de hierbabuena. Se consideraba que el exceso de calor o frío afectaba negativamente la producción de leche. Se pensaba que el calor generado durante la preparación de tortillas <adelgazaba> la leche; en cambio el <enfriamiento de los pulmones> secaba la producción láctea. En ésta región se alimentaba a los niños cuando lloraban y se estimaba que los recién nacidos eran <calientes>, por lo que la leche de la madre era relativamente fría para ellos y no les <caería bien> hasta que no eliminaran la flema, lo que se favorecía dándoles infusión de orégano o una cucharadita de aceite de oliva. Si se saltaba algunos de los horarios de amamantamiento se consideraba necesario dar al niño un poco de bicarbonato antes de ofrecer de nuevo la leche humana. En cambio se consideraba que los niños que recibían leche de una madre que estaba <caliente> se <enlechaban>, problema que de no ser tratado en forma oportuna se puede transformar en <empacho>. Para prevenirlo se recomendaba dar a los niños una infusión de hierbabuena. El tratamiento del <enlechado> se llevaba a cabo de la siguiente manera: la madre se exprimía unas gotas de leche que depositaba en una cáscara de huevo

limpia que se colocaba al sol añadiéndole dos hojitas de estafiate y unos granos de sal. Cuando la mezcla se tornaba verde se le daba al niño"

"... en Huixquilucan beben infusiones de hinojo, de ajonjolí, o una mezcla de ajeno, de boldo ruda, de hojas de piña y de cabellos de maíz. El libro sobre plantas medicinales de Maximino Martínez, que es la principal guía de los hierberos mexicanos, se menciona el anís, la semilla de algodón, la flor de nochebuena y el capomo. Esta última es reconocida en varias regiones del país como lactógeno, no solamente para mujeres sino para vacas. En el pasado se vendía en las farmacias un extracto preparado de manera comercial esta indicación"⁹⁸

El conocimiento de los principales mitos y creencias proporciona herramientas para orientar a la madre y estimularla a amamantar.

De acuerdo al nivel educativo se otorgara bases científicas sobre sus creencias, respetando ante todo sus raíces culturales.

Las creencias más comunes, en nuestro medio, son con respecto a varios aspectos.

* Alimentación de la madre: las madres que lactan pueden comer de todo. Sin embargo es conveniente evitar el exceso de té, café, chocolate, refrescos con cafeína, alcohol y alimentos muy condimentados o los que previamente se conozca que le causan problemas digestivos.

* Enojo o susto: estas emociones no afectan la calidad o la cantidad de la leche. Es importante la tranquilidad de la madre para que el reflejo de bajada no se bloquee.

⁹⁸ Luis Alberto, Vargas. Op. cit. p. 13-19.

* Baño con agua fría: si se tiene este hábito, no hay razón para cambiarlo. No altera la cantidad ni la calidad de la leche producida.

* Leche resfriada: si la madre está resfriada deberá tener cuidados, para no contagiar a su hijo. Sin embargo, no se justifica suspender la lactancia, ya que la leche no sufre modificaciones y en cambio si puede protegerlo contra infecciones.

* Lactancia y embarazo: la madre que se embaraza estando lactando, puede continuar haciéndolo pero mejorando su alimentación. Debiendo suspender únicamente cuando se desencadene trabajo de parto; aunque cada caso debe valorarse particularmente.

* Leche rala: el color de la leche humana es diferente al de la leche de vaca, por lo que no debe compararse. Algunas madres se angustian al notar clara su leche. Por ello es conveniente recordar que al inicio de la teta, la leche es más clara que al término.

* Leche acumulada: algunas personas consideran que si la madre no da de comer a su hijo por varias horas, su leche se descompone. La leche en el seno no sufre alteraciones.

* Madres acaloradas: el calor del sol o del fuego que reciben algunas madres por mucho tiempo, no altera la leche. Puede continuar amamantando, procurando ingerir líquidos para satisfacer la sed.⁹⁹

* Tamaño de los senos: se dice que si es chico no tiene mucha leche y que si es grande tiene mucha leche. El tamaño de los senos no es importante para la calidad y cantidad de la leche, la cantidad dependerá de los líquidos que ingiera la madre y de las veces que amamante al niño.

⁹⁹ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 49 y 50.

10.25.2 Industrialización y urbanización

Más allá de las consideraciones biológicas, la suspensión del amamantamiento está determinada también por el consenso que existe a este respecto en el medio sociocultural al que la madre y el niño pertenecen.

Los factores y el momento elegido para el abandono de la lactancia materna varían substancialmente de una región a otra, según se trate de población rural o urbana.

El abandono de la lactancia materna se inició a principios del siglo XX en los países industrializados, adoptándose posteriormente por los países pobres. Esta situación ha sido influida por circunstancias culturales y socioeconómicas, que por diferentes vías alentaron la implantación de la cultura del biberón, haciéndola sinónimo de modernidad y de mejor calidad de alimentación de los recién nacidos.

En las naciones desarrolladas y en las clases media y alta de las ciudades de los países subdesarrollados, suelen seguirse los esquemas propuestos por los médicos, que a su vez, se rigen en su mayoría por los lineamientos que dictan las academias de pediatría. En cambio la población rural y la urbano recientemente inmigrada del campo se ven más fuertemente influidas por las costumbres. En este tipo de sociedades, la lactancia al seno materno es más frecuente y prolongada y, generalmente la ablactación no se inicia antes del brote dentario. Las tasas de amamantamiento son mayores en las áreas rurales que en las urbanas, en las primeras las tasas de inicio son prácticamente del 100%, desde el nacimiento hasta los cuatro meses la leche materna es el alimento exclusivo, y para el año de edad más de la mitad de los niños aún son amamantados.

Aunque consecuente a la urbanización acelerada y no planificada de la vida rural, se han alterado sus raíces culturales y han hecho abandonar a la población hábitos y costumbres, incluidos los alimentarios.

En las sociedades urbanas, cada vez más complejas, se tiene que trabajar cabalmente para que el amamantamiento tenga un lugar destacado en la vida de los niños, participando tanto las instituciones educativas como las asistenciales para lograr un equilibrio entre diversos factores como los socioculturales, institucionales y el desarrollo tecnológico de los sucedáneos que están atentos a cubrir todo espacio que no cubra el amamantamiento.

10.25.3 Rutinas hospitalarias

Aunque en la actualidad muchos hospitales ya cuentan con el sistema de habitación conjunta y practican el inicio de la lactancia en la sala de partos. La mayoría de los servicios de salud promovían el distanciamiento madre-hijo después del nacimiento, manteniendo a los recién nacidos en cuneros, prácticamente "secuestraban al recién nacido" entregándolo a la madre hasta su egreso; realizando durante este tiempo procedimientos como alimentación en biberón con algún sucedáneo de la leche humana ofrecido con horario establecido.

Otra práctica frecuente es el lavado gástrico la cual puede provocar disminución e inicio tardío de el patrón de succión y búsqueda, lesión de mucosas, y considerando que el lavado gástrico casi siempre se realiza dejando un remanente de solución glucosada en la cavidad gástrica, se adicionan los riesgos de administración de soluciones hipotónicas, disminución del interés por la succión y el consecuente

retardo en el inicio de la alimentación al seno materno.¹⁰⁰

De la misma manera al egreso se daban indicaciones detalladas sobre alimentación con fórmulas, y escasas o nulas sobre lactancia materna. Por otro lado diferentes profesionistas, pediatras principalmente instituyeron patrones de crecimiento y necesidades nutricionales basados en la alimentación con sucedáneos y establecieron reglas para su aceptación generalizada.

10.24.4 Desinformación del personal

Los factores institucionales también tienen un papel importante por que se de o no el amamantamiento. Primordialmente en los planes de estudio de los trabajadores de salud, se ha carecido de información científica referente a la importancia de la salud materno-infantil, y como consecuencia, el amamantamiento no tiene la importancia que debería como el gran recurso biológico que puede producir en los niños mejores condiciones de desarrollo y menos posibilidades de enfermar.

Hasta hace algunos años, en clínicas y hospitales en donde se vigilaba el embarazo y se atienden los nacimientos, se carecía de una cultura para favorecer el amamantamiento. Recientemente se ha promovido que los hospitales donde se atienden nacimientos, entren al programa "Hospital amigo del niño y de la madre" con lo que se está empezando a crear una cultura por el amamantamiento, dentro de la cual, todos los trabajadores de la salud, no sólo los involucrados en la atención directa, deben considerar el amamantamiento como una práctica necesaria, y proporcionar todas las facilidades para la madre y su hijo permanezcan juntos.

¹⁰⁰ "El lavado gástrico como rutina en los recién nacidos". en: Hospital Amigo. Boletín Hospital Amigo. Dirección General de Salud Materno Infantil. Año 3. no. 7. octubre. México, 1997. p. 1 y 2.

10.25.5 Publicidad de alimentos infantiles.

Actualmente se cuenta con el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche humana el cual regula la publicidad de alimentos infantiles no permitiendo muestras gratuitas a madres, familiares y personal de salud, prohibiendo la promoción de los productos en los servicios de salud como posters o folletos, así como estableciendo criterios para el diseño de etiquetas de los sucedáneos.

Pero, las campañas masivas de publicidad y los medios de comunicación no consideran la lactancia materna con la importancia que tiene, así como los beneficios de ésta en la salud de los lactantes. Aún persisten prácticas de comercialización de alimentos infantiles, chupones y biberones

10.25.6 Edad y escolaridad

Se considera que una mujer muy joven que no ha alcanzado todavía su madurez física y emocional y, por lo tanto, no está preparada para ser madre, tiene más probabilidades de tener un hijo con bajo peso al nacer y con problemas posteriores de adaptación. La edad límite de riesgo puede variar según las características étnicas y culturales de cada región o grupo humano.

La escolaridad de la madre determina importantemente si se da o no el amamantamiento. En las sociedades privilegiadas, las madres con mayor escolaridad, posiblemente más informada, amamanta con mayor frecuencia y por más tiempo que las menos escolarizada, pero en nuestra sociedad, las mujeres con alta escolaridad amamantan por cinco meses, mientras que la madre con ninguna escolaridad amamanta hasta por veinte meses.

Que una mujer sea analfabeta o demasiado joven, no significa que no cumpla bien con su papel de madre. Simplemente, puede estar menos preparada para enfrentar los problemas de alimentación y salud de sus hijos y tener más dificultades para informarse. Cabe señalar que la baja escolaridad y edad son factores que no actúan solos, generalmente se relacionan con las condiciones socioeconómicas y el ambiente familiar.

10.27.7 Incorporación de la mujer al trabajo

Otro factor asociado a la disminución del amamantamiento, es la inserción de la mujer en el proceso productivo.

La era moderna de la alimentación artificial, se instala después de la primera guerra mundial, con la incorporación de la mujer al sector industrial y a la consecuente búsqueda de un sustituto de la leche materna.

A partir de entonces se dispone de una creciente variedad de alimentos para niños en nuestro medio se dispone de una creciente variedad de alimentos para niños. En nuestro medio es cada vez mayor el número de mujeres que trabajan fuera del hogar, sin embargo, aún en este sector existen alternativas para que las madres proporcionen leche materna a sus hijos.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado involucra a su vez numerosos factores como el nivel económico de la familia. En estas madres la lactancia exclusiva al seno se asocia con la duración del tiempo que la ley otorga para estar en su hogar, cuando la madre se integra tempranamente al trabajo adopta patrones de ablactación más precoces. Se asocia también a la ausencia de guarderías dentro o cerca de su ambiente de trabajo y carencia de programas en las

estancias infantiles, para que aunque sea parcialmente, el niño sea amamantado; aunado al desconocimiento de la madre para extraerse la leche, almacenarla, conservarla y la falta de apoyo para administrarla posteriormente al niño.(ver cuadro no. 42)

10.26.8 Enfermedad materna

* Preeclampsia: el recién nacido puede ser pequeño para la edad gestacional y/o requerir cuidado neonatal intensivo. Si el bebé se encuentra bien se podrá comenzar la lactancia cuando la preeclampsia se esté superando y la madre se encuentre recibiendo dosis bajas de sedantes. Si fue tratada con sulfato de magnesio puede lactar. Si el bebé se encuentra en terapia intensiva, es importante la extracción de leche para su alimentación.

Algunas drogas hipotensivas pueden provocar hipoglucemia en el recién nacido. Se debe lactar bajo vigilancia.

*Septicemia: Dependera del estado de la madre, el uso de medicamentos y la posibilidad de contagio.

*Tromboembolias: dependera del estado de la madre y grado de afectación. Si se encuentra recibiendo tratamiento recibiendo tratamiento con anticoagulantes no se contraindica la lactancia, excepto con la fenidiona.

*Diabetes: el amamantamiento puede producir hipoglucemia a la madre, por lo que se debe ajustar la dosis y la dieta. Generalmente necesitan menos insulina de lo acostumbrado.

*Hepatitis: no es necesario suspender la lactancia. Si está icterica se puede proteger al lactante con gamaglobulina, y acentuar las medidas higienicas. Si hay enfermedad clinica con virus B lo más probable es que el recién nacido ya haya sido expuesto al virus, y el

CUADRO NO. 42
Factores que influyen en la elección por la madre del modo de alimentación del infante

Dimensiones culturales y psicológicas	Dimensiones sociales	Dimensiones materiales, económicas y legales
<p>Conocimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre necesidades nutricionales de los infantes - sobre el manejo del amamantamiento <p>Nivel educacional</p> <p>Tradiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre alimentación infantil - sobre alimentación materna - sobre cuidado del niño <p>Actitudes y percepciones de la madre, el padre, la familia y la sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre papel materno - sobre crianza del niño - sobre amamantamiento - sobre papel paterno - sobre sexualidad - sobre papeles de la mujer (responsabilidad de reproducción) - sobre responsabilidad y obligaciones de la sociedad hacia sus miembros 	<p>Prácticas de alumbramiento y prácticas hospitalarias (incluyendo situación prenatal y postnatal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicionales - modernas <p>Sistemas de apoyo social para madres recién paridas</p> <ul style="list-style-type: none"> - tradicionales - modernos - privados - públicos <p>Patrón de trabajo doméstico (trabajo reproductor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - estructuras familiares rápidamente cambiantes - responsabilidad del varón en cuanto a trabajo social reproductivo <p>Patrones de cuidado del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso y disponibilidad de cuidadores infantiles - edad y destreza del cuidador infantil <p>Control de los recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - recursos materiales - tiempo <p>Prácticas de mercadeo de las industrias de alimentos para bebés</p> <ul style="list-style-type: none"> - por medio del sistema de salud - por medio de contactos personales - utilizando los medios de difusión 	<p>Ingreso familiar en efectivo y en especie</p> <p>Clase social de la familia</p> <p>Número y edad de los miembros de la familia</p> <p>Disponibilidad de atención infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> - precio - calidad - proximidad al lugar de trabajo <p>Situación de trabajo de la madre en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidad de tiempo libre - cantidad de trabajo - obligaciones sociales <p>Situación de empleo de las madres</p> <ul style="list-style-type: none"> - seguridad en el empleo - flexibilidad de horas de trabajo - distancia del hogar al trabajo - naturaleza del trabajo <p>Situación de empleo de la familia</p> <p>Legislación sobre protección de maternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - teoría - práctica <p>Condición fisiológica de la madre</p> <ul style="list-style-type: none"> - condición nutricional - edad - paridad - historial médico <p>Existencia de alternativa para el amamantamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidad - factibilidad - precio

Fuente: Pierre, E. Mandl. "Alimentación al pecho, el mejor comienzo para la vida". UNICEF. De. Pax. México, 1983. p. 81.

manejo debe ser en las primeras horas con gamaglobulina hiperinmune HB y con la aplicación de vacuna HB que se repetirá al mes y a los seis meses.

* Herpes: sólo se suspende la lactancia si existen lesiones herpéticas sobre el pezón.

* Lepra: no se contraindica la lactancia si la madre está en tratamiento.

* Tuberculosis: si la madre está en tratamiento desde dos semanas antes del parto puede amamantar. Si la madre tiene baciloscopías positivas, se protegerá al bebé con quimioprofilaxis y vacuna BCG.

* Sífilis: la madre puede amamantar siempre y cuando esté en tratamiento y no se presenten lesiones en los pezones, primarias o secundarias que puedan contener treponema.

* Toxoplasmosis: no hay evidencia para suspender la lactancia.

* Trichomoniasis: el metronidazol está contraindicado en los primeros seis meses de vida si es necesario administrarlo se suspende la lactancia por 24 horas y se da una sola dosis de 2 gramos.¹⁰¹

* Virus de la Inmunodeficiencia Humana: a partir de los primeros informes de Ziegler y Laplant sobre la posibilidad de transmisión del VIH a través de la leche humana, surgieron controversias sobre la necesidad de evitar o no la alimentación al seno materno en los hijos de madres VIH positivas.

Sin embargo, en 1987 la OMS emitió la siguiente recomendación: “En donde no sea posible el uso seguro y eficaz de otras alternativas de alimentación, las madres deben amamantar a sus hijos independientemente de que estén infectadas por el VIH”

En mayo de 1992, en una nueva reunión de la OMS y UNICEF se presentaron nuevas recomendaciones, mencionando que: “En aquellas situaciones donde las enfermedades infecciosas no sean la

¹⁰¹ “Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención”. Op. cit. p. 61-64.

causa principal de muerte durante la infancia, se debe aconsejar a las madres infectadas por el VIH que no amamenten, sino que busquen otra alternativa segura.¹⁰²

* Dolor: en algunos casos, el dolor puede causar liberación de adrenalina ocasionando colapso de los conductos lactóforos, impidiendo el flujo adecuado de leche, puede darse analgésicos.

* Cáncer: el cáncer mamario bilateral es una causa de suspensión definitiva de la lactancia. El deterioro de la glándula no permite que la lactogénesis y la lactopoyesis se lleven a cabo. Es factible el abandono temporal de la lactancia con la quimioterapia. Teóricamente después de cuatro semanas de suspendido el tratamiento quimioterapéutico, es posible relactar.

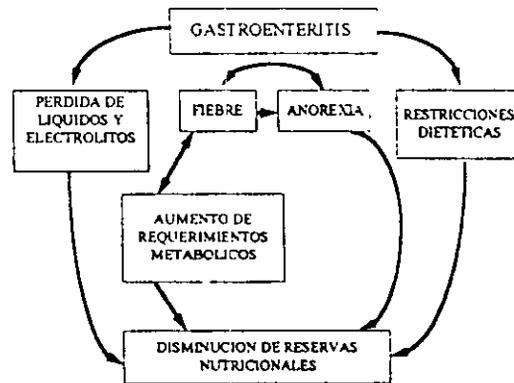
10.26.9 Enfermedad del bebé

* Enfermedades diarreicas y desnutrición: en algunos países en desarrollo se reportan hasta 6 a 8 episodios de diarrea por niño al año, durante los primeros años de vida. Estos cuadros causan pérdidas importantes de líquidos y electrolitos, fiebre, anorexia, daño a la mucosa intestinal y disminución de ingesta, además de la anorexia, por restricciones dietéticas aún persistentes en algunos lugares, como parte del tratamiento.

Los episodios repetidos de diarrea, condicionan desnutrición y retraso en el crecimiento, lo que a su vez genera mayor frecuencia de infecciones, ya que la desnutrición se acompaña de una disminución inmune adquirida. (ver cuadro no. 43)

¹⁰² Jose Luis, Arredondo y F. Javier, Ortiz Ibarra. "Virus de la Inmunodeficiencia humana y los bancos de leche humana". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 55.

CUADRO NO. 43 Gastroenteritis y desnutrición



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención" Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 95.

Las investigaciones claramente demuestran el papel de la leche materna en la prevención de diarreas, con repercusiones significativas sobre el estado nutricional de los niños y disminución de su mortalidad relacionada con diarreas.

Las propiedades antifecciosas adquieren, en este sentido, un significado nutricional ya que al proteger al niño de infecciones evitan el desarrollo de desnutrición.

La diarrea es significativamente menos frecuente en niños que únicamente reciben leche materna, en relación a los niños alimentados con fórmula.

La protección es más significativa en los primeros seis meses, pero aún después sigue siendo importante, por lo que se debe continuar lactando después del inicio de la ablactación.

Todos los países pueden prevenir la diarrea en el niño a través de la alimentación exclusiva al seno materno. Este efecto es más evidente en las comunidades más pobres y con condiciones de saneamiento desfavorables.

La alimentación al seno materno no sólo limita la exposición a patógenos potenciales, sino que también limita su expresión patogénica. el estudio de casos especiales como la diarrea causada por *V. Cholerae*, ha demostrado que los anticuerpos específicos contenidos en la leche materna protegen contra el desarrollo de la enfermedad en aquellos niños que están colonizados.

La alimentación al seno materno en la etapa aguda de la enfermedad previene la pérdida de peso, existe un absorción importante de nutrientes aún en esta fase. La alimentación mantendrá o estimulará la reparación de la mucosa intestinal.

Los niños con diarrea a los que continúan amamantando durante el tratamiento con soluciones de rehidratación oral tienen significativamente menor cantidad de evacuaciones, menor volumen de las mismas, se recuperan más rápidamente, y se evita así mismo la necesidad de nutrición intravenosa.

Puede existir una absorción incompleta de la lactosa durante el amamantamiento de los niños con diarrea, pero habitualmente es transitoria. No debe suspender la leche materna ya que no agrava el curso clínico de los pacientes.

* Infecciones respiratorias: las infecciones de las vías respiratorias son la segunda causa de morbilidad en el primer año de vida y en países en desarrollo es una de las primeras causas de mortalidad infantil.

La hospitalización de niños con éste tipo de infecciones es más frecuente en los alimentados con fórmula. Cuando un lactante amamantado presenta infecciones respiratorias, el cuadro es menos severo.

El efecto protector de la leche materna es más evidente contra problemas e infecciones respiratorias severas (broncoespasmo,

bronquitis, bronquiolitis y neumonía). Es más notorio cuando la lactancia materna es exclusiva, observándose un descenso en su protección en proporción al grado de suplementación con fórmula.

* Otitis media: Saarinen en Filadelfia, encontró que la incidencia de otitis se correlaciona en forma inversa con la duración de la alimentación al seno materno.

↘ La leche materna protege contra el desarrollo de otitis media no sólo durante el período de amamantamiento sino que también tiene efecto a largo plazo.

↘ La teoría de que la alimentación con biberón causa otitis externa y media por efectos posicionales y regurgitación de líquidos y secreciones, debidas a las características anatómicas de la Trompa de Eustaquio (corta y recta); probablemente no es tan cierta, ya que la leche materna administrada en biberón protege a los niños con paladar hendido del desarrollo de otitis media.

* Enterocolitis necrosante: se han mencionado diferentes factores etiológicos entre los que destaca en tipo de alimentación recibida. La leche materna protege contra el desarrollo de ésta enfermedad.

La enterocolitis necrosante confirmada fue entre 6 a 10 veces más frecuente en los niños alimentados con fórmula que en los amamantados en forma exclusiva al seno materno, y 3 veces más común en aquellos que recibieron fórmula y leche materna.

* Septicemia neonatal: la leche materna administrada durante las primeras horas del nacimiento, evita la colonización por bacterias patógenas intrahospitalarias.

La sepsis neonatal es una de las causas más graves de morbilidad durante este período de la vida y la mortalidad varía del 12 hasta el 45%.

* Infección de vías urinarias: se ha reportado que la disminución en la incidencia de infecciones de vías urinarias en niños

amamantados, se debe a los factores inmunológicos y de un oligosacárido en la orina de estos niños que inhibe la adhesión de *Escherichia Coli* a las células uroepiteliales.

El riesgo de tener infección de vías urinarias en un niño no amamantado durante los primeros seis meses de vida, es 2.5 veces mayor que el de un niño amamantado al seno.

Otras observaciones hacen suponer que la protección sigue existiendo por algún tiempo, aunque se suspenda la alimentación al seno.

* Ictericia: existe polémica en relación a si la lactancia está relacionada con el aumento de la bilirrubina y sobre todo al factor directamente relacionado. Actualmente se relacionan con dos síndromes llamados “del amamantamiento” (inicio precoz) y “de la leche materna” (inicio tardío).

La ictericia de inicio precoz se presenta en el 3% de los recién nacidos de término alimentados al seno materno.

A mayor número de tetadas, cifras menores de bilirrubinas. La hiperbilirrubinemia no se considera patológica hasta ser mayor de 15.5 mg/100ml.¹⁰³

El tratamiento principal radica en la prevención, tetadas frecuentes día y noche, de 8 a 12 en 24 horas, la lactancia por ambas mamas y por tiempo suficiente, vigilancia de las evacuaciones y prohibir líquidos complementarios.

La ictericia de inicio tardío tiene prevalencia menor del 1% en los bebés, actualmente no existe acuerdo sobre el factor responsable, aparece al final de la primera semana de vida, la bilirrubina alcanza un punto máximo entre 5 y 15 días de vida.

Cuando la lactancia continua sin interrupción, los niveles de bilirrubina se normalizan lentamente, la interrupción breve de la lactancia disminuye significativamente los niveles de bilirrubina, al reconciliar la lactancia el nivel aumenta pero no alcanza las cifras previas.

¹⁰³ “Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención”. Op. cit. p. 100

El bebé está clínicamente sano, aún cuando los valores de bilirrubina sean de 15-20 mg/100 ml.

Cuando la bilirrubina es > 20 mg/100 ml interrumpir la lactancia 24 a 48 horas.

Si el niño tiene aspecto letárgico o no se alimenta bien, se debe considerar otro diagnóstico excluyendo otras causas de ictericia.

La relación entre leche materna e ictericia debe ser interpretada fisiológicamente. La prevención y el manejo debe basarse en los patrones de alimentación, el diagnóstico diferencial, así como el criterio médico. La suspensión de la lactancia debe ser excepcional.

10.26 RELACTANCIA

Concepto: o relactación, es el restablecimiento de la secreción láctea después de que una mujer ha dejado de amamantar, de unos cuantos días a algunos meses. Se refiere también a la promoción del aumento de la producción insuficiente de leche.

La lactancia inducida es el establecimiento del suministro de leche en una mujer que nunca ha estado embarazada.

Ambas pueden iniciarse y mantenerse simplemente por la acción de un bebé que mama los pezones con la frecuencia suficiente.

10.26.1 Fundamentos fisiológicos

La producción de leche se inicia como resultado de los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y el parto.

El mantenimiento de la lactancia depende del estímulo de mamar frecuentemente, la extracción de leche y de lo temprano que se inicie el contacto del bebé con el seno materno.

La relactancia y la lactancia inducida tienen que empezar sin estas modificaciones hormonales. La succión induce lenta y progresivamente los cambios hormonales necesarios. Esto es, el aumento de las secreciones de prolactina y de oxitocina en la glándula pituitaria. Lo anterior es importante tomarlo en cuenta para explicar y apoyar a la mujer que empieza la relactancia.

10.26.2 Antecedentes socio-antropológicos

La relactancia es un efecto fisiológico normal que las mujeres deben comprender y familiarizarse, ya que favorece las posibilidades de sobrevivencia del lactante.

Aunque existía incredulidad y escepticismo por parte de médicos que consideraban este procedimiento como complicado y de “ficción”, a partir de la década de los cincuenta hasta nuestros días, ha existido una difusión mayor de la relactancia y las mujeres la utilizan como un procedimiento normal dentro del período de la lactancia con el apoyo del personal de salud.

10.26.3 Indicaciones de la relactancia

Los beneficios irremplazables de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del lactante, se están ampliando a las madres que por diferentes motivos disminuían o suspendían la secreción de leche:

* Enfermedad grave perinatal de la madre que imposibilita mantener la lactancia por períodos de días, y aún de meses.

* Lactantes que habían iniciado la lactancia materna y se suspendió por enfermedad grave de él o de su madre.

* Lactantes que no habían sido amamantados previamente y desarrollan alergia o intolerancia a los sucedáneos de la leche materna.

* Madres que habían lactado pero que suspendieron la lactancia y desean reiniciar la alimentación de su hijo o de un lactante adoptivo.

* Muerte de la madre y una familiar desea amamantarlo.

* Factores económicos o conductuales que condicionan la suspensión de sucedáneos de la leche materna en el lactante y favorecen la reiniciación de la lactancia natural.

10.26.4 Técnica para relactancia

La relactancia tiene alternativas naturales y farmacológicas. Para establecer la relactancia, el mayor y mejor estímulo es la succión del bebé en forma frecuente y sostenida. En términos generales es mucho más utilizada la técnica natural para establecer la relactancia que la inducción farmacológica.

* Técnica:

a) Succión de 8 a 10 veces al día durante 5 a 10 minutos.

b) Si hay dolor en pezones, aumentar la frecuencia y disminuir el tiempo de succión (2 a 3 minutos).

c) Utilizar suplementador (de preferencia con leche humana)

d) Complementar con fórmula (vaso o cuchara), nunca biberón porque se puede producir en el bebé el síndrome de confusión del pezón.

e) Apoyo, paciencia y tranquilidad.

f) Valorar el uso de metoclopramida¹⁰⁴, para incrementar la producción de leche a dosis de 10 mg. tres veces al día por 10 días. Este incrementa la producción de prolactina hasta 8 veces, pero es importante recordar que, la única manera de incrementar la producción de leche es la succión.

¹⁰⁴ Ibidem. p. 75.

Es importante señalar que el suplementador se coloca con una frecuencia de cada 2 horas en la punta del pezón y de la cual cae leche que se coloca en la jeringa, de ésta manera al mismo tiempo que se alimenta al niño, estimula el reflejo de bajada de la leche por medio de la succión. Debe estimularse ambas mamas.

Si la madre tiene disciplina y sigue indicaciones, la producción de leche estará restablecida en 2 semanas aproximadamente, durante las cuales debe irse disminuyendo la cantidad de leche complementaria colocada en el suplementador. La mayor dificultad se encuentra cuando el niño tiene síndrome de confusión del pezón, para lo cual debe darse estimulación motora oral.¹⁰⁵

10.27 SUCEDÁNEOS DE LA LECHE HUMANA

10.27.1 Concepto

Es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.¹⁰⁶

Actualmente, de acuerdo con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, este concepto incluye: preparaciones para lactantes, productos de origen lácteo, alimentos o bebidas, alimentos complementarios, biberones y chupones.

10.27.2 Tipos de sucedáneos

¹⁰⁵ Centro Nacional de Lactancia Materna. Hospital General de México. Secretaría de Salud. "Manual de lactancia materna" p. 28.

¹⁰⁶ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 10.

A pesar de todas las ventajas que brinda la alimentación al seno materno, existen diversos motivos por lo que en ocasiones esto no es posible de realizar, cuando la alimentación al seno materno no tiene éxito (es inapropiada o cesa a temprana edad), tres son las opciones que existen:

- a) Requerir los servicios de una nodriza
- b) Ofrecer leche secretada por algún mamífero
- c) Usar una fórmula infantil

“Las nodrizas o *chichihuas*, independientemente de que sean rubias, morenas o pelirrojas son una especie prácticamente extinta en nuestro país, cuando menos en el medio urbano”¹⁰⁷

Además de que hoy en día no existen o existen muy pocas nodrizas, esta opción no resulta tan acertada, la nodriza tendría que cumplir con varios requisitos entre los que destaca que sea una mujer sana, proporcionando así, leche de buena calidad y en buena cantidad, pero sobre todo leche que no transmita ningún padecimiento infeccioso o consecuencia de éste al lactante.

Alimentar con leche de “banco de leche humana” sería semejante a utilizar una nodriza, sólo que al riesgo de transmisión de enfermedades se le agrega los cambios en la composición de la leche producto de su extracción, conservación, almacenamiento y administración. “El verdadero banco de leche es la propia madre”¹⁰⁸

Optar por la segunda opción, también tiene reservas.

No se cuenta con información suficiente sobre la lactación y la leche de todos los mamíferos, pero si de unas 200 especies. Entre ellas se observan grandes diferencias en la duración de la lactancia, frecuencia

¹⁰⁷ Luis Alberto, Vargas. op. cit. p. 19.

¹⁰⁸ Javier, Conteras Lemus. et. al. “Disminución de la morbilidad en neonatos pretérmino alimentados con leche de su propia madre”. en: Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Vol. 49. No. 10. octubre. México, 1992. p. 675.

de las tetadas y sobre todo en la cantidad y composición de la leche producida. La diversidad en composición es enorme y se atribuye al origen filogenético, al tamaño corporal, al número de crías por camada al grado de desarrollo que alcanza la cría en el momento de nacer y al patrón de crianza de cada especie.(ver cuadro no. 44)

CUADRO NO. 44
Composición química, general de la leche madura de varias especies.

	Sólidos totales (g)	Lípidos (g)	Proteínas (g)	Glúcidos (g)	Energía (g)
Hembra de rinoceronte negro	8.8	0.2	1.2	6.6	36
Yegua	10.5	1.3	1.9	6.9	50
Mujer	12.4	4.1	0.8	6.8	69
Vaca	12.4	3.7	3.2	4.6	72
Oveja	18.2	7.3	4.1	5.0	109
Rata	22.1	8.8	8.1	3.8	145
Perra	22.7	9.5	7.5	3.8	148
Hembra de reno	26.3	10.9	9.0	3.4	172
Ratona	29.3	13.1	9.0	3.0	183
Coneja	31.2	15.2	10.3	1.8	202
Osa Parda	33.6	18.5	8.5	2.3	226
Morsa	41.0	30.7	8.6	0.3	329
Foca elefante	64.4	48.8	7.6	0.3	486

Fuente: Héctor, Bourges Rodriguez. "Los motivos de la lactancia, una respuesta evolutiva". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 13. No. 3. mayo-junio. México, 1990. p. 10.

El contenido energético varía hasta por más de diez veces, desde 35 Kcal por cada 100 ml. en la leche de la rinoceronte hasta cerca de 500 Kcal en la leche de foca, el aporte energético elevado se logra con el aumento de la proporción de lípidos y la disminución de glucosa. Así, los lípidos representan entre el 5 y 91% de la energía y la lactosa entre el 0.3 y 75%, pero en la mayoría de las especies

conforman del 40 al 70% y del 5 al 40% de la energía, respectivamente.

La concentración de proteínas paralelamente con la de lípidos. En la mayoría de las especies las proteínas representan del 20 al 35% de la energía, pero cuando la leche es más diluida o más concentrada, representa sólo entre el 7 y 19%.

El patrón de aminoácidos varía con las proporciones de alfa, beta y kappa caseinas, de beta lactoglobulina y de alfa albúmina en la leche de cada especie. Las leches ricas en caseína, como la de vaca, tienen menores cantidades de mercaptoaminoácidos que las leches altas en proteínas del suero (humana o de yegua).

Los primates, los carnívoros y los ungulados tienen un calostro rico en inmunoglobulinas, en tanto que lo contrario ocurre en el calostro de los roedores y de las focas.

La concentración de nutrimentos inorgánicos no sigue patrones claros. El calcio y el fósforo varían hasta en más de diez veces, desde 50 hasta 500 mg. de calcio por 100 ml. y desde 20 a 280 mg. de fósforo por 100 mil., reflejando la concentración de caseína que es rica en estos elementos.

La mayoría de las especies tiene una leche pobre en hierro excepto los marsupiales cuyas crías nacen muy pequeñas e inmaduras.

La producción diaria de leche es también variable de especie a especie, desde 40 mil. en la rata hasta casi 18 litros en la yegua. Por supuesto, las especies de mayor tamaño producen mayores volúmenes, pero éstos representan una proporción menor del peso materno. En su máximo, el volumen diario de secreción de leche significa el 20% del peso corporal de la rata y sólo el 1.5% del peso de la reno, en el ser humano, suponiendo un volumen equivalente de

600 a 1000 gramos de leche por día, representaría del 1.0 al 1.8% del peso de una mujer de 57 kg.. En relación con el peso materno, las especies con camadas numerosas producen más leche que aquellas con una sola cría.

La duración de la lactancia es también muy variable, de 3 a 5 días en las focas, a meses en los primates.

La frecuencia de las tetadas es proporcional a la dilución de la leche de la especie puesto que se requieren más tetadas para ingerir un volumen suficiente por ejemplo, las crías de conejo, musaraña, morsa y foca comen una sola vez al día o menos aún, pues la leche de su especie es muy concentrada; la musaraña llega a ingerir el equivalente al 40% de su peso en una sola tetada.

La leche humana es relativamente diluida como lo son las secreciones de la yegua, la vaca, la oveja y la cabra; lo que tal vez explique la preferencia que el hombre tiene para incluir estas leches entre sus alimentos y la alta frecuencia con que se utiliza la leche de vaca como sucedáneo de la leche humana.

Las diferencias más importantes entre los componentes de la leche humana y la de vaca, se encuentran en los carbohidratos, la osmolaridad, las proteínas, las grasas, los electrolitos, los minerales y la relación calcio/fósforo.

La leche humana es más digerible para el niño que la leche de vaca. La caseína de la leche de vaca es muy abundante, formando en el intestino del niño un coágulo de difícil digestión. En contraposición, la caseína de la leche humana tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas, fáciles de digerir.

La osmolaridad de la leche de vaca (350 mOsm) es significativamente mayor que la de la leche humana (286 mOsm)

generando en el niño una mayor carga renal de solutos. Cuando el niño es alimentado con leche de vaca, el riñón requiere de un volumen extra de agua; sólo de esta manera le es posible solventar la dificultad fisiológica que se genera por el mayor contenido de proteínas y electrolitos de esta leche.

La leche de vaca no contiene sustancias protectoras contra infecciones en el niño.

La leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se ha relacionado con mayor incidencia de problemas alérgicos en la infancia.

La leche humana contiene mayores niveles de hierro que la leche de vaca, algunas fórmulas contienen mayor cantidad. Sin embargo los lactantes alimentados al seno no desarrollan anemia, debido a la mayor absorción del hierro contenido en la leche humana (48% en comparación al 10% de la leche de vaca).

El zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (42%) que el de la leche de vaca(28%)

Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/l.) que la leche de vaca (0.1 a 0.3 mg/l.), pero su absorción es mayor que la leche humana.

La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero.

La mayoría de las hormonas se encuentran presentes en la leche materna y su concentración varía durante la lactancia. Entre las más importantes se encuentran: las hormonas tiroideas, las prostaglandinas y el factor de crecimiento epidérmico.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que no se emplee leche entera de vaca ni fórmulas con bajo contenido de hierro durante el primer año de vida, ya que, además de que los lactantes alimentados con leche entera de vaca tiene ingestiones bajas de hierro, ácido linoleico y vitamina E, reciben ingestiones excesivas de sodio, potasio y proteínas.¹⁰⁹

Optar por la tercera opción sería lo más conveniente, aunque también tiene desventajas, recordando que ninguna fórmula se iguala al amamantamiento al seno materno.

En la actualidad los productos lácteos que se expanden en forma comercial son una alternativa razonable y reconstituidos de manera higiénica ofrecen la mejor opción para llenar las necesidades nutricias de los niños que no tienen la fortuna de ser lactados por sus madres.

La Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición (ESPGAN) propone el empleo de sólo dos tipos de fórmulas para alimentar durante el primer año de vida a niños de término o nacidos con más de 2.5 kg. de peso; al primer tipo corresponden las leches diseñadas para cubrir la demanda de nutrimentos en los primeros 4 a 6 meses las cuales se identifican como fórmulas de iniciación; a ellas corresponden las leches “maternizadas” también llamadas “humanizadas”. Por otro lado, los productos lácteos diseñados para formar parte de la ablactación desde los 4 a 6 meses de vida, son denominadas fórmulas de seguimiento o de continuación. Estas fórmulas difieren de la leche entera de vaca en su concentración de proteínas, la cantidad y tipo de ácidos grasos y su contenido de vitaminas y minerales, especialmente hierro.(ver cuadro no. 45)

¹⁰⁹ Lizardo, Arreguin Osuna. “Actualidades en alimentación infantil”. en: Gaceta Médica Mexicana. Vol. 130. No. 5. septiembre-octubre. México, 1994. p. 329.

El análisis de las fórmulas disponibles hace evidente las divergencias entre las leches de iniciación y de seguimiento. Mientras en las primeras el contenido de proteínas varía de 15 a 16 g/l., las fórmulas de seguimiento contienen de 22 a 29 g/l., una cantidad intermedia entre la que aporta la leche humana y la de vaca.

La diferencia se traduce en una carga renal de iniciación entre 60 y 64 mOsm y en las de seguimiento en 88 y 116 mOsm. Si a esta carga osmolar se agrega la que genera el sodio (Na), el potasio(K) y los cloruros (Cl) con objeto de estimar la carga renal total, la disparidad en las leches de iniciación va de 90 a 110 mOsm, mientras que en las de seguimiento es de 140 a 202 mOsm.

Estas estimaciones deben ser contempladas en comparación con la carga renal total calculada para la leche humana 79 mOsm y 221 mOsm para la leche de vaca, con estos patrones es posible juzgar la ventaja que ofrecen a este respecto, una o otra fórmula.(ver cuadro no. 46)

En la fabricación de las fórmulas de iniciación se emplean proteínas del suero desmineralizado de la leche de vaca, con lo que se trata de aproximar la caseína y las proteínas solubles del suero, a una razón porcentual cercana a 40/60, que existe en la leche humana.

El empleo del suero desmineralizado permite reducir en estas fórmulas el aporte de sodio y cloruros, aproximándolo a la cantidad que ofrece la leche humana, circunstancia que contribuye también a disminuir la carga renal de solutos.

El Codex Alimentarius no señala límites para la densidad energética de las fórmulas. pero cuando se prepara a la dilución normal, este índice varía, generalmente entre 0.67 y 0.70 kcal/ml., es decir, casi

todos los productos lácteos para niños proporcionan, ya reconstituidos, entre 670 y 700 Kcal/l. Fomon sugiere que en las fórmulas lácteas para niños, 7 a 16% de la energía procedan de las proteínas, 30 a 55% de ellas provengan de grasas, las restantes sean proporcionadas por los hidratos de carbono. La leche humana provee 7% de la energía en las proteínas, y 54% de ésta en las grasas.

CUADRO NO. 45

Composición de leches de iniciación, seguimiento, vaca y humana

Nutrimentos	Iniciación		Seguimiento		Vaca	Humana	
	A	B	C	D	E	F	G
Proteínas(g/L)	15	15	15	22	29	35	9
Grasas (g/L)	38	34	35	30	26	38	40
Hidratos de carbono(mg/L)	69	76	70	79	80	49	70
Hierro (mg/L)	7.4	8.7	12	13.7	12	1.0	1.5
Sodio (mg/L)	173	176	180	315	275	506	150
Potasio (mg/L)	691	733	620	963	875	1570	580
Calcio (mg/L)	422	469	460	826	700	1200	241-340
Fósforo (mg/L) /	298	214	360	566	500	920	150
Vitamina A (UI/L)	2000	2224	2000	2203	2300	1025	1898
Vitamina C (m/L)	55	60	55	60	66	17	40
Vitamina D (UI/L)	400	440	400	443	480	14	40
Ácido fólico (mcg/L)	50	67	50	65	60	41-84	2.9-68

A. Enfalac
B. NAN - 1

C. SMA
D. NAN-2

E. Promil
F. Leche de vaca
G. Leche humana

* Modificado de referencias 2 y 9

Fuente:Lizardo, Arreguin Osuna. "Actualidades en alimentación infantil". en: Gaceta Médica Mexicana". Vol. 130. No. 5. septiembre-octubre. México, 1994. P. 330.

Por cada 100 calorías utilizables, según el Codex, las fórmulas deben contener un mínimo de 1.8 g. de proteínas de una calidad

equivalente a la caseína, o mayor cantidad de ellas si el valor biológico es menor.

La cantidad no debiera exceder de 4 g/100 kcal. En cuanto a las grasas, sugiere que estas deberan encontrarse en cantidad no menor de 3.3 g/100 kcal y no mayor de 6 g/100 kcal, el ácido linoleico deberá estar en cantidad de 300 mg/100 cal utilizables. (ver cuadro no. 47)

CUADRO NO. 46
Estimación de la carga renal de solutos

LECHES	PROTEINAS (g/L)	Na K Cl (mmol/L)			CARGA RENAL (mOsm)		
		UREA**	Na+K+Cl	TOTAL			
Humana	12	7	13	11	48	31	79
Iniciación+							
Enfalac	16	16	19	11	64	46	110
Nan-1	15	7	17	12	60	36	96
SMA	15	8	16	12	60	36	96
S-26	15	6	13	11	60	30	90
Seguimiento+							
Nan-2	22	13	23	16	88	52	140
Promil	29	22	35	29	116	86	202
Vaca	33	25	35	29	132	89	221

Fuente: Leopoldo, Vega Franco. "Sucedáneos de la leche humana, una búsqueda inconclusa". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 14. No. 5. septiembre-octubre. México, 1991. p. 29

Otra propuesta la hace el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, recomendando

que una vez reconstituida la fórmula de inicio esta contenga: (ver cuadro no. 48).

Estas leches no deben contener harinas ni almidones, ni sustancias espesantes, ni estar acidificadas; deben ser isotónicas y la grasa contribuir con el 50% de las calorías totales.

Las proteínas deben ser de elevado valor biológico, con un índice químico mínimo del 80% de la caseína.

CUADRO NO. 47

Recomendaciones mínimas de vitaminas y minerales del Codex Alimentarius en comparación a el contenido de la leche humana

Vitaminas	Codex (1976)	Leche Humana	Minerales	Codex (1976)	Leche Humana
A ug	53-105	60	Ca mg	35	35
D ug	0.7-1.4	0.8	Cl mg	39-105	43
E ug	0.49	0.35	P mg	18	15
K ug	2.8	1.5	K mg	56-140	60
B1 ug	28	16	Na mg	14-42	15
B2 ug	60	31	Ca/P(razón)	1.2-2.0	2.3
B6 ug	25	5.9	Cu ug	42	39
B12 ug	0.11	0.01	I ug	3.5	7
Biotina ug	1.1	0.76	Fe ug	105	76
Colina mg	4.9	9	Mn ug	3.5	0.7
Ac.fólico ug	2.8	5.2	Mg mg	4.2	2.8
Ac.nicotínico ug	175	230	Zn ug	350	295
Ac.pantoténico ug	210	260			
Vitamina C mg	5.6	3.8			

* Calculadas en función de 70 calorías utilizables.

** Mettler A E: Acta Paediatr Scand 1982; Suppl 299.

Fuente: Leopoldo, Vega Franco. "Sucedáneos de la leche materna, una búsqueda inconclusa". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 14, No. 5. septiembre-octubre México, 1991. p. 31.

Las grasas pueden ser de origen animal o vegetal, pero su absorción debe ser igual o superior al 85%. Se aconseja que el ácido linoleico aporte del 3 al 6% de las calorías.

La lactosa debe ser el único o casi único carbohidrato. El carbohidrato restante puede ser glucosa o dextrino-maltosa.

La relación Ca/P no debe ser inferior a 1.2 ni superior a 2. (ver cuadro no. 49)

CUADRO NO. 48

Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de gastroenterología y Nutrición Pediátrica para las fórmulas de inicio

	Por 100 kcal	Por 100 ml			
Calorías (kcal)	-	68 (64-72)	Hierro (mg)	1.0 - 1.7	0.7 - 1.2
Proteínas (g)	1.8 - 2.8	1.2 - 1.9	Zinc (mg)	0.5	0.35
Grasa (g)	4.4-6.0		Yodo (Ug)	5	3-5
Ac. linoléico (mg)	500 - 1200		Retinol (Ug)	75 - 100	50 - 100
Hidratos de carbono	8.0-12.0	5.4 - 8.2	Vit D (Ug)	1.0 - 2.0	0.7 - 1.4
Na (no superior en me1 a)	1.76	1.2	Vit E (mg)	0.5	
Na, cl y K juntos (no superior en meq a)	-	5	Nicotinamida (Ug)	250	
Calcio (mínimo en mg)	60	40	Vit B6 (Ug)	35	
Fósforo (mínimo en mg)	30	20	Ac. fólico (Ug)	4	
Magnesio (mínimo en mg)	6	4	Ac. pantoténico (Ug)	300	
Hierro (mg)	0.1 - 0.2	0.07 - 0.14	Vit B12 (Mg)	0.15	
Hierro (leches fortificadas - mínimo en mg)	1.0	0.7	Vit E (Mg)	0.6	
Zinc (mínimo en mg)	0.3	0.2	Vit K (9)	4	
Cobre (mínimo en Ug)	30	20	Biotina (Ug)	1-5	
Yodo (mínimo en Ug)	5	3-4	L-carnitina (Mmol)	7.5	
Magnesio (mínimo en Ug)	53.4				
Vit A (UI)	250 UI				
Vit D (UI)	40 UI				
Ac. ascórbico (mg)	9				
Tiamina (Ug)	40				
Riboflavina (Ug)	60				

Fuente: José D., Gamboa Marrufo. "La lactancia artificial". en: Gaceta Medica mexicana, vol. 131. No. 3. mayo-junio. México, 1995. p. 300 y 301.

CUADRO NO. 49
 Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Sociedad Europea
 de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica para las fórmulas de
 continuación

Calorías (Kcal)		60-80
Energía (KJ)		250-355
Proteínas (g)	3.0 - 4.5	2.1-3.1
Grasa (g)	4.0 -6.0	2.7-4.0
Carbohidratos (g)	8.0 - 12.0	5.7- 8.6
Sodio (mEq)	2.0 - 5.2	0.7- 2.5
Potasio (mEq)	2.0 - 5.2	1.4- 3.4
Cloro (mEq)	1.7 - 4.3	1.1- 2.9
Calcio (mg)	90	60
Fósforo (mg)	60	40
Magnesio (mg)	6	4

Fuente: José D., Gamboa Marrufo. "La lactancia artificial". en:
 Gaceta Medica Mexicana. Vol. 131. No. 3. mayo-junio. México,
 1995. p. 301.

Es conveniente señalar que las compañías productoras de fórmulas para niños se apegan, en lo general, a las normas suscritas en el Codex Alimentarius.

Por sus características, los recién nacidos pretérmino requieren de un aporte nutricional diferente a los recién nacidos de término.

Del total de nacimientos en los hospitales de ginecoobstetricia el 10-12% corresponden a niños pretérmino, quienes durante el proceso de adaptación requieren de un manejo especial, independientemente de si el recién nacido cursa con alguna enfermedad el propósito de su permanencia hospitalaria es ofrecer

un apoyo nutricional apropiado que satisfaga todos los requerimientos. Para cumplir con este propósito los alimentos que más se aproximan al ideal son la leche de la propia madre y las fórmulas lácteas especialmente diseñadas para niños pretérmino. Cuando se puede disponer de ambas, la elección siempre es a favor de la leche humana de la propia madre, porque además de aportar nutrientes, otorga al niño un conjunto de nutrientes inmunológicos, celulares y humorales, útiles en la disminución de los problemas de los recién nacidos pretérmino.

La alimentación con leche humana no puede darse por amamantamiento, por la dificultad en la succión del recién nacido, por las precauciones que se tienen en su manejo y por la separación de madre e hijo. Puede disponerse de leche prematura extra, usando una bomba eléctrica o extracción manual, pero como esta práctica es reciente y requiere de una preparación y manejo especial, hasta hace algunos años se desperdiciaba este valioso recurso biológico.

Contar con leche humana como recurso alimentario para esta etapa es deseable; sin embargo, la realidad muestra que en muchos casos dar la leche de la propia madre al niño hospitalizado requiere superar numerosos obstáculos administrativos o indisposición de la madre.

En los últimos años se han desarrollado sucedáneos, cuya composición toma como modelo la leche humana prematura. (ver cuadro no. 50)

Estos productos tienen una densidad energética entre 70 y 80 kcal/dl. contienen diferentes fuentes de nutrientes para proporcionar las proteínas, lípidos y carbohidratos; casi todos utilizan como principal fuente proteínica el suero de leche bovina en vez de caseína, aportan

CUADRO NO. 50
Sucedáneos de la leche humana prematura

NOMBRE	PROTEINAS				HIDRATOS DE CARBONO			LIPIDOS			Camol
	kcal/dL	g/dL	Tipo	%	g/dL	Tipo	%	g/dL	Tipo	%	
Enfamil premature	67	2.0	Suero de leche bovina	12	7.4	Jarabe de maíz 60%, Lactosa 40%	44	3.4	TCM 40%, maíz 40%, coco 20%	44	250
Enfamil premature 24 Fe	80	2.4	Suero de leche bovina	12	9.0	Jarabe de maíz Lactosa	44	4.1	TCM 40%, maíz 40%, coco 20%	44	310
SMA Premie	80	2.0	Suero de leche bovina	10	8.6	Lactosa 50%, Polímeros 50%	42	4.4	TCM 10%, soya 18%, coco 27%	48	300
Prenan	77	2.1	Suero de leche bovina	11	8.8	Lactosa 80%, Maltodextrinas 20%	45	3.7	De leche 50%, coco 30%, soya 20%	48	300
S-26, LBW	81	2.0	Suero de leche bovina 60%, en Caseína 40%	10	8.6	Lactosa 50%, Polímeros 50%	34	4.4	TCM 12%, Soya y otros	48	300
LECHE HUMANA PREMATURA	71	1.7	Humana	10	5.6	Lactosa 95%, Oligosacáridos 5%	32	4.3	TAG 57% de ácidos grasos poliinsaturados	55	303

Fuente: Samuel, Flores Huerta. et. a l. "Lactancia y prematurez". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto, México, 1993. p. 65.

una cantidad variable de lactosa y completan con polímeros de glucosa para mantener la osmolaridad en los límites propios de la

leche humana prematura y aportan no más del 40% de los lípidos como triglicéridos de cadena media, así como ácidos grasos polinsaturados para satisfacer los requerimientos de los recién nacidos pretérmino la cantidad de calcio y fosfatos se aportan en proporción 2:1 o de 1.8:1.

La leche humana es la única que de acuerdo a su evolución en cantidad y componentes, se adaptan a las necesidades del desarrollo lento del recién nacido humano.

10.28 ABLACTACIÓN Y DESTETE

10.28.1 Conceptos

La palabra destetar está compuesta por el prefijo “des” que significa quitar; entonces, destetar quiere decir cesar la lactancia al pecho, mientras que ablactación está compuesta por el prefijo “ab” que significa separación y “lactare” que será dar de mamar; es decir suspensión de la lactancia al pecho. Con base en esto, diferentes expertos en nutrición han acordado que destetar se refiere a la suspensión de la lactancia al pecho y, ablactación a la introducción de alimentos distintos a la leche; inclusive se ha sugerido que ya no se utilice el término ablactación sino introducción de alimentos distintos a la leche humana. Además, cabe señalar que el término ablactación, en contra de la creencia generalizada, no significa introducción de alimentos sólidos, sino introducción de cualquier otro alimento distinto a la leche, aunque éste sea líquido. Es necesario considerar que el proceso de introducción de alimentos distintos a la leche no implica el destete,

ya que estos procesos se deben ir dando paulatinamente hasta que se abandone completamente la práctica de la lactancia al pecho.¹¹⁰

10.28.2 Aspectos fisiológicos a considerar para la ablactación y el destete

El comité de nutrición de la Academia Americana de Pediatría, de los Estados Unidos, considera tres etapas en la alimentación de los lactantes. La primera es aquella en la cual son alimentados únicamente al seno materno o reciben una fórmula apropiada a sus características fisiológicas. La segunda etapa es considerada de transición durante ella se introduce alimentos preparados en forma especial para el niño, iniciándose de esta manera la ablactación. La última etapa corresponde a la incorporación del pequeño a la dieta familiar; en este lapso gran parte de los nutrientes proceden de los alimentos disponibles en el hogar.

La velocidad con la cual el niño debe ser llevado a través de estas etapas, depende tanto del grado de su desarrollo neuromuscular como de su madurez fisiológica.

Si se considera el proceso evolutivo, parece razonable aceptar que la edad más adecuada para iniciar la etapa de transición ocurre entre el 40. y 60. mes. Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y las realizadas en algunos países industrializados, coinciden en que en términos generales, los niños no deben recibir otro alimento distinto a la leche antes de cumplir, en promedio los 4 meses de edad.

¹¹⁰ Loredana, Tavano Colaizzi, "Destete e introducción de alimentos distintos a la leche". en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 20.

En naciones como México, donde al lado de núcleos socialmente marginados conviven poblaciones cuya forma de vida es muy parecida a la que prevalece en países con un alto grado de desarrollo económico, es difícil emitir recomendaciones generales acerca de la ablactación. Los estudios de crecimiento y desarrollo efectuados en el medio rural de la República Mexicana e informes procedentes de otros países de América Latina y de África indican que alrededor de los 4 meses la lactancia al seno suele ser insuficiente para satisfacer la demanda de nutrimentos que exigen el crecimiento del niño, por ello parece razonable sugerir que la ablactación se inicie en promedio al cuarto mes de vida.

En áreas de depresión, donde se registran tasas elevadas de prevalencia de desnutrición en las madres lactantes, la disminución en la velocidad del crecimiento del niño puede ocurrir entre el 2o. y 3er. mes de vida. En estas zonas es conveniente sugerir que la ablactación se inicie a los 3 meses. De manera opuesta, en niños que tienen la fortuna de ser revisados periódicamente por un pediatra, la ablactación puede ser iniciada entre el 4o. y 6o. mes, tal como es sugerido en países anglosajones.

El crecimiento corporal y el desarrollo de las habilidades psicomotrices del niño, cobran particular notoriedad durante el primer año de vida. En ninguna otra fase del proceso evolutivo del ser humano después del nacimiento, la velocidad sobrepasa los logros obtenidos durante este lapso: el volumen corporal se triplica y la longitud aumenta en un 50% con respecto a las dimensiones que se tienen al momento de nacer.

Paralelo al crecimiento somático, sucede un acelerado desarrollo neurológico. Esto permite al niño la adquisición gradual de habilidades motrices, con las que poco a poco obtiene su individualidad.

En el seno familiar, el niño vive las primeras experiencias de convivencia social. Además de la sonrisa empieza a percibir los límites del comportamiento aceptado por su grupo social. Así empieza a distinguir entre lo aceptado y lo prohibido por la cultura en que vive.

En el desarrollo de la conducta social, el niño es incorporado a los patrones de alimentación de su grupo étnico. El tipo de lactancia y los alimentos que recibe durante el primer año de vida, están sujetos a las modalidades propias de cada cultura. Cabe reconocer que si bien existen notorias divergencias en la forma de vida de diversos grupos humanos, hay cierta similitud entre los patrones de alimentación de los niños. La semejanza obedece a las escasas opciones que pueden ser ofrecidas al lactante, debido a las limitaciones orgánicas y funcionales que predominan en el primer semestre de vida.

El proceso de ablactación es clave en el desarrollo del niño, ya que es el primer paso para alcanzar la alimentación completa y variada que debería recibir el individuo durante toda su vida.

Si se enfoca la ablactación desde un punto de vista biológico, el primer aspecto a tener en cuenta es hasta cuándo los nutrientes que componen la leche, ya sea materna o industrializada, son suficientes para cubrir los requerimientos. El criterio fundamental para saberlo es la evaluación del crecimiento del lactante: si es sano y su curva de incremento ponderal transcurre dentro de los límites aceptables, podemos deducir que su alimentación es adecuada y suficiente.

Sin embargo, en diversos estudios se ha comprobado que en los países subdesarrollados se observa con frecuencia un deterioro en la salud y en la ganancia de peso del niño luego de los tres meses de vida. Para entender la causa de este fenómeno debe analizarse la suficiencia de la leche materna en relación con los requerimientos

del lactante. Durante este período de crecimiento tan acelerado, las necesidades de nutrientes aumentan rápidamente. Al mismo tiempo, la secreción láctea materna, aún en su momento óptimo, no supera los 700 a 800 ml. en 24 horas. En los 3 a 4 primeros meses de vida, esta cantidad alcanza para cubrir las necesidades energéticas del niño. Pero a medida que el lactante aumenta de peso, incrementa su actividad y duerme menos, el volumen de leche puede no ser ya suficiente para mantener un ritmo de crecimiento óptimo. Si en ese momento no se incorporan a la dieta nuevas fuentes de energía, el niño puede verse en la necesidad de recurrir a sus tejidos de reserva para satisfacer sus necesidades. Es posible entonces que la curva de crecimiento, mantenida durante los primeros meses, se estanque o incluso, descienda.

Otro aspecto a considerar en la determinación de la edad más recomendada para el inicio de la ablactación, es el desarrollo del aparato digestivo del lactante. La digestión de los alimentos es efectuada en el aparato digestivo por ciertas sustancias químicas llamadas enzimas, que son las responsables de degradarlos y permitir su absorción. Estas enzimas se desarrollan durante la etapa intrauterina y en los primeros meses de vida. Todo niño de término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono fundamentales de la leche materna. En consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y evacuación se realizan sin dificultad. En cambio, las enzimas necesarias para la digestión de hidratos de carbono más complejos aún no están presentes en el momento del nacimiento. Su actividad comienza a ser importante alrededor del 4o. mes de vida extrauterina. De acuerdo con estas consideraciones, la introducción de cereales en la dieta no resulta conveniente antes del 4o. Mes, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los de la leche materna.

En lo que se refiere a los lípidos, se ha podido observar que su absorción es deficiente durante los primeros meses de vida. Las

grasas contenidas en la leche materna son las que se absorben en una proporción mayor, si bien tampoco en forma óptima. Aparentemente, las enzimas responsables de la digestión de las grasas tiene, en el recién nacido, una actividad semejante a la que existe en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, las otras sustancias digestivas indispensables para la digestión y absorción de las grasas, las sales biliares, no se sintetizan en cantidad suficiente y en forma madura antes de los 6 meses de edad. No es conveniente incluir en la dieta alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción para el niño pequeño.

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento, incluso en los niños prematuros. No obstante, la inmadurez digestiva del recién nacido se expresa a otro nivel: la pared intestinal es excesivamente permeable, por lo que las moléculas proteicas grandes pueden pasar al torrente circulatorio. Estas moléculas son capaces de dar origen a reacciones alérgicas a determinados alimentos, siendo las más frecuentes las que se presentan y la yema de huevo. Esta permeabilidad exagerada persiste aproximadamente hasta seis meses de edad. En consecuencia, para disminuir el riesgo de sensibilización frente a esos alimentos, no se recomienda incluirlos en la dieta del lactante durante este período.

El hierro es otro elemento que debe tomarse en cuenta para decidir la edad óptima de la ablactación. En la etapa intrauterina, la madre provee de hierro al feto a través de la placenta. El feto emplea ese hierro en producir la hemoglobina, pigmento de la sangre responsable de transportar el oxígeno. El hierro no requerido de inmediato se guarda como depósito. Al nacer se suspende el pasaje placentario y el recién nacido recibe leche como único alimento. Pese a que el contenido en hierro de la leche es muy bajo y no cubre los requerimientos del niño, esto no lo afecta ya que los depósitos

que acumulo durante la vida fetal complementan las necesidades de este elemento aproximadamente durante los 3 a 4 primeros meses.

Desde la perspectiva de la maduración neurológica del lactante, es importante señalar que a esa misma edad, el niño adquiere una serie de habilidades y destrezas que favorecen la ablactación. A partir de los 3 meses, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. A su vez, ya puede fijar la mirada, lo que permite que siga la cuchara con la vista y participe más activamente en el proceso de la alimentación. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas también es mejor que en edades más tempranas, lo que favorece la movilización de alimento semisólido dentro de la boca y aumenta así la captación de las sensaciones de temperatura, sabor y consistencia.

Su reflejo de deglución, si bien presente desde el nacimiento, se adecua hacia los 4 meses a la deglución de alimentos de mayor consistencia que la leche. Al mismo tiempo desaparece otro reflejo, el de protusión de la lengua, mediante el cual el recién nacido o el lactante pequeño empujan hacia afuera todo alimento semisólido colocado en la parte anterior de la lengua. La desaparición de este reflejo ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca para ser deglutida sin dificultad.

Otra capacidad importante que adquiere el niño a los 5 o 6 meses, es la de expresar su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, puede demostrar su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando hacia un lado la cabeza. De este modo, el niño participa en la nueva experiencia de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca.¹¹¹

¹¹¹ Ana. Langer. "La alimentación durante el primer año de vida". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 10. octubre-noviembre-diciembre. México, 1983. p. 30.

Simultáneamente al proceso de maduración neuromuscular la función renal se desarrolla aceleradamente. Poco a poco el niño puede recibir una cantidad generosa de proteínas en la dieta, sin que la consecuente carga renal de solutos ocasione cambios significativos en la función del riñón.

Las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría y las realizadas en otros países industrializados coinciden en que en términos generales, los niños no deben recibir otro alimento distinto a la leche antes de cumplir por lo menos 4 meses de edad.

Lo ideal sería que la edad para iniciarla y el patrón de ablactación fuera valorado y establecido para cada niño de acuerdo a su curva de crecimiento. Debido a todas las circunstancias que hacen esto poco posible y tomando en cuenta las consideraciones anteriores, la edad óptima para iniciar la ablactación es a partir de los 4 meses, siendo preferible después de los 6, teniendo en cuenta siempre sus excepciones.

10.28.3 Técnica y recomendaciones para realizar la ablactación

*Procurar, hasta donde sea posible, no introducir ningún otro alimento distinto a la leche humana antes del cuarto mes de vida.

*La introducción de otros alimentos debe ser paulatina y con base en los hábitos alimentarios de la familia.

*Siempre debe introducirse un sólo alimento por vez y no una mezcla de ellos. Esta precaución permite valorar la aceptación y tolerancia del niño frente a cada alimento nuevo y saber cuál de ellos debe ser eliminado de la dieta en caso necesario; además con el fin de que el niño identifique su olor, color y consistencia particular.

*El nuevo alimento debe ser ofrecido antes que la leche materna empezando en cantidades mínimas (1/3 ó 1/2 cucharadita) que se aumentarán en forma lenta y progresiva según la respuesta general del niño y su apetito, aún así la cantidad de alimento ingerido puede variar de un día para otro.

*Con frecuencia los alimentos dados por primera vez son rechazados. Es necesario adoptar una actitud paciente, hasta lograr que el niño se acostumbre a la consistencia y sabor del alimento ofrecido.

*No se debe forzar al pequeño a ingerir los alimentos nuevos en su dieta, porque lo único que se logrará es que se retrase aún más la aceptación.

*Si bien es muy importante cuidar la calidad de la dieta, hay que recordar que el niño tiene derecho a rehusar un alimento, así como ha de determinar la cantidad que quiere.

*Ofrecer el mismo alimento 3 ó 4 días consecutivos, el tiempo para la introducción de un nuevo alimento será a razón de uno nuevo por semana.

*No se debe agregar sal o azúcar a los alimentos; esto permite que el niño identifique los sabores auténticos de los alimentos.

*Al 6o. mes se pueden ofrecer verduras cocidas en papillas coladas (chayote, chícharo, papa, ejote, calabaza, zanahoria).

*Al 7o. mes se introducirán las frutas crudas en papilla (manzana, pera, guayaba, durazno, chabacano, papaya, mango).

*Al 8o. mes se podrán combinar los alimentos, ofrecer entre 4 y 6 comidas al día, se introducirá la carne de pollo y res sin grasa y el arroz, además se podrá dar jugos de frutas y/o verduras ya toleradas, en vaso.

*Al 9o. mes los alimentos se darán finamente picados y se podrá incluir el frijol, haba, lenteja y garbanzo.

*Al año de edad el niño se integrará a la dieta familiar y sus alimentos serán picados.

*Es importante permitir que si el bebé lo desea tome sus alimentos con las manos o cuchara.

*Se recomienda no dar antes de los 12 meses limón, naranja, fresa, chocolate, huevo, pescado, betabel, jitomate, refrescos embotellados, ni leche entera; y no antes de los 2 años cacahuete, nuez, almendras, papas fritas, salchichas y caramelos.

*En el caso de las frutas es conveniente ofrecerlas crudas y simplemente machacadas. De este modo, se evita la pérdida de vitaminas, consecuencia de la cocción. Las verduras pueden coserse el mínimo tiempo necesario para alcanzar la consistencia que requiere la alimentación del lactante.

*Es recomendable que los alimentos sean preparados en el hogar y que no se empleen los productos industrializados para bebé. Estos últimos son excesivamente costosos y su sabor y consistencia son homogéneos. Pero si la familia tiene que viajar, estos son la mejor opción en caso de no contar con un lugar adecuado para la preparación de papillas.

*No se deben emplear alimentos enlatados, ya que contienen conservadores, además de un alto contenido de sodio o azúcar.

*La consistencia debe cambiar paulatinamente ofreciendo primero molidos y, poco a poco, picados más gruesos. No conviene ofrecer alimentos colados después del 8o. mes de vida, ya que esto dificultara la introducción posterior en la dieta de alimentos de mayor consistencia.

*No se recomienda guardar los alimentos que ya han estado en contacto con la saliva del lactante, por lo que es conveniente preparar únicamente la cantidad aproximada que va a ingerir.

*La combinación de alimentos sólo debe realizarse cuando se ha determinado que se toleran por separado.

*No existe hora del día mejor que otras para dar de comer al bebé. Simplemente, la persona encargada de alimentarlo debe escoger un momento diario en que disponga de tiempo y tranquilidad. Poco a poco el horario de su alimentación debe ser ajustado al de la familia, de esta manera en niño aprenderá las costumbres de su propia comunidad.

*El volumen de leche materna ingerida disminuirá, aunque se recomienda que esté presente por lo menos durante todo el primer año.

*Se debe tener especial cuidado con alimentos con alto potencial alergénico, sobre todo si existen antecedentes familiares.

*Cuando se inicia la ablactación, se debe poner especial cuidado en que sean preparados y guardados higiénicamente ya que, en caso contrario, pueden provocar diarreas que ponen en peligro la salud del lactante.¹¹²

10.28.4 Técnica y recomendaciones para realizar el destete

*La mayoría de los niños suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno entre 1 y los 3 años de edad. Este es el destete natural.

*Reemplazar una comida a la vez. Se sugiere empezar con aquella comida a la que el niño le otorgue menos interés.

*Es recomendable que se vaya sustituyendo las tetadas de forma alternada (por ejemplo primero la segunda tetada del día, posteriormente la cuarta, después la sexta y sucesivamente)

*Si se desea hacer un destete lento cada siete días se puede reemplazar otra tetada.

*Aumentar en forma inversa proporcional el número de comidas (diferentes al seno) que el niño recibe.

*El destete puede tomar de 2 semanas a 3 meses. Si el proceso se realiza paulatinamente, la producción de leche irá disminuyendo lenta y naturalmente, evitando posibles molestias en los pechos.

*En ocasiones es necesario que el destete sea brusco, si la madre tiene que separarse de su hijo. En estos casos es importante dar al niño muestras de cariño, que en cierta medida compensaran la falta

¹¹² Lepoldo, Vega Franco. "Poqué, cómo y cuándo iniciar la lablactación". en: Cuadernos de nutrición. Vol. 11. No. 4. julio-agosto. México, 1988. p. 78.

Loredana, Tavano Colaizzi. Op. cit. p. 24-25.

Centro Nacional de Lactancia Materna. Op. cit. anexos.

de acercamiento que proporciona la lactancia natural. En ocasiones es recomendable que el sustituto lo ofrezca alguien distinto a la madre ya que así el bebé no lo relacionara con el olor materno y probablemente aceptara más fácilmente.

*Suspende por último el amamantamiento nocturno.

*Si bien no existe un criterio uniforme en cuanto a la edad ideal recomendable para el destete, lo que si resulta conveniente es que el amamantamiento se mantenga por lo menos durante 3 o 4 meses luego de iniciada la ablactación.¹¹³

10.28.5 Aspectos psicológicos en la ablactación y destete

El destete y la ablactación son momentos cruciales para la madre y su hijo, y su concreción satisfactoria depende, en gran medida, la salud biológica y psicológica de ambos.

Esta nueva experiencia debe ser vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y una forma compleja en la que se integran estímulos táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Por ejemplo, si el niño intenta tomar los alimentos con su mano y también con la cuchara, estas iniciativas representan el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente respetar y estimular esos intentos.

Para que el niño recorra satisfactoriamente este proceso de maduración en la alimentación, es esencial que la ablactación y el destete se impliquen en el tiempo, es decir, que el pasaje de la alimentación con líquidos por succión al de semisólidos y sólidos por masticación, sea gradual y progresivo.

¹¹³ Loredana, Tavano Colaizzi. Op. cit. p. 21.
Ana; Langer. Op. cit. p. 28.

En su inicio la ablactación prácticamente no va a afectar la necesidad del lactante por el seno materno ya que la cantidad de alimentos diferentes de la leche es aún muy pequeña.

Desde una perspectiva psicológica, el tema del destete ha sido ampliamente discutido. Los autores que consideran que la alimentación al seno es el modo fundamental de establecer vínculos afectivos entre la madre y su hijo, piensan que el destete es una etapa potencialmente traumática para el niño; el hijo puede sentirse abandonado y rechazado por la madre cuando le “niega el alimento, el contacto y el calor que había recibido hasta entonces. Estos autores abogan por la lactancia muy prolongada y un destete prácticamente “decidido” por el niño, el cual va abandonando el seno en forma espontánea y paulatina.

Existen posturas que difieren con la ya mencionada. En efecto, otros autores piensan que, sin restarle importancia la alimentación al seno como experiencia afectiva y estimulante, los modos de transmisión del amor, la seguridad y el contacto físico son múltiples. De hecho, consideran que el niño puede crecer seguro del afecto que lo rodea aún cuando no reciba alimentación al seno o no lo haga durante un período tan prolongado.

El abandono del seno puede considerarse como una experiencia relacionada con el crecimiento, desarrollo y la adquisición de autonomía. Si se lleva a cabo en un ambiente de seguridad y confianza, representa para el lactante la oportunidad de nuevas experiencias y de otros caminos para relacionarse con el mundo que lo rodea. Inevitablemente, en el destete existe un componente de tristeza para la madre y su hijo. La madre siente que se interrumpe ahora sí definitivamente, la vinculación biológica, el “cordón umbilical” que existió entre ella y su niño durante el embarazo y en los primeros meses posteriores al nacimiento. El niño, por otro lado,

puede sentirse temporalmente “abandonado” por la madre, despertando en él cierta agresividad hacia ella.

Es frecuente observar, durante el período del destete, que el niño muerde el seno o pega a su madre. Pueden notarse también síntomas de depresión y de rechazo al alimento. Todos estos sentimientos, si bien no agradables, se presentan inevitablemente cuando se pasa de una etapa a otra de la vida; siempre se siente la pérdida de la anterior aunque la nueva implique crecimiento y avance. Probablemente, mantener la lactancia durante un tiempo muy prolongado puede generar una dependencia del niño hacia su madre que interfiera con el desarrollo de nuevas capacidades. Para que este proceso transcurra del mejor modo posible, es importante que sea paulatino, se acompañe de claras reafirmaciones del afecto y que escoja una edad conveniente para iniciarlo. Hasta los 8 o 9 meses de edad, el lactante explora intensamente el mundo que lo rodea mediante la manipulación de todos los objetos a su alcance. Al mismo tiempo, inicia ciertos juegos muy característicos (esconderse y aparecer, arrojar objetos al suelo y observar su caída, tapar y destapar los ojos, etc.) lo que permite verificar que las personas y las cosas pueden desaparecer momentáneamente, pero luego reaparecen, y que él es un ser diferente de los demás y del mundo que lo rodea. Además, y no menos importante, a esta edad el niño ya está acostumbrado a alimentarse con sólidos e incluso a hacerlo por sí mismo. Estas observaciones apoyan la postura de que ésta es una edad favorable para iniciar el destete, ya que el niño, en su desarrollo normal, se encuentra preparado para aceptar ciertas pérdidas e interesado en nuevas experiencias que le ofrece su medio.

En la mayoría de los casos, si la lactancia fue satisfactoria, el destete oportuno y la ablactación es un hecho establecido en la rutina del lactante, la separación del seno se completa exitosamente en un período de 1 o 2 meses, siempre y cuando también se haya acompañado al niño en este proceso, tolerando sin ansiedad sus

normales demostraciones de depresión y agresividad. De esta manera, el niño habrá recorrido buena parte del camino de su desarrollo biológico y psicológico y, lejos de resentir la pérdida de experiencias gratificantes, se apoyará en ellas como en una base sólida para enfrentar las nuevas vivencias que acompañan su crecimiento.¹¹⁴

10.29 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

10.29.1 Fisiología de la infertilidad debido a la lactancia materna

La infertilidad es mediada por un complejo mecanismo de retroalimentación entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y los ovarios.

El estímulo de la succión, causa cambios hormonales en el cerebro, que interactúan con las hormonas ováricas y suprime la fertilidad.

Sin lactancia materna la ovulación regresa en unas siete semanas.¹¹⁵

Entre los posibles mecanismos de la amenorrea de la lactancia se encuentran:

- 1) el impulso nervioso del pezón, producido por la succión, genera no sólo un incremento en los niveles de prolactina, sino también,
- 2) un cambio en la sensibilidad del hipotálamo al efecto de retroalimentación del esteroide ovárico; y
- 3) alteración en la

¹¹⁴ Ana, Langer. Op. cit. p. 31 y 32.

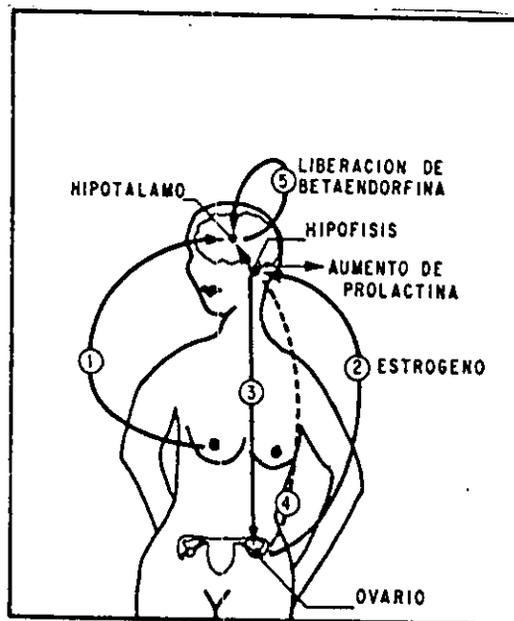
¹¹⁵ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 66.

secreción de gonadotropina. No se ha establecido si 4) la prolactina por sí misma contribuye en forma directa a los cambios en la sensibilidad del hipotálamo o bloquea la actividad gonadotrópica a nivel del ovario; 5) la succión también estimula la liberación de betaendorfina, produciendo así la inhibición de la hormona hipotálmica liberadora de gonadotropina.

Poco se conoce acerca del complicado proceso fisiológico por el cual la lactancia inhibe el ciclo ovárico en el humano. Lo que sí se sabe es que la succión frecuente, los altos niveles del prolactina, la secreción alterada de LH y la amenorrea están estrechamente relacionados. La estimulación del pezón producida por la lactancia genera impulsos nerviosos que inhiben la secreción de dopamina del hipotálamo, y dado que la dopamina generalmente restringe la secreción de prolactina, esta secreción aumenta inmediatamente (ver número 1 en la figura no. 33). En esta fase la inhibición de la ovulación puede ocurrir en dos niveles diferentes. En primer lugar, el eje hipotálamo-hipófisis de la madre que amamanta puede ser más sensible a los efectos negativos de retroalimentación de los esteroides ováricos, y menos sensible a la retroalimentación positiva (ver número 2 en la fig. no. 33)

Esto puede llevar a una secreción ineficaz o inadecuada de gonadotropina hipofisiaria (la hormona estimulante del folículo <FSH> y la hormona luteinizante <LH>), así como a ausencia o reducción de la actividad ovárica (número 3 en la fig. no. 33). En segundo lugar, también es posible que durante la lactancia la respuesta ovárica a gonadotropina se encuentre alterada: aún cuando FSH y LH estén dentro de los límites más bajos en el rango normal de la fase folicular, el ovario puede mantener sin respuesta. Es posible que la prolactina forme parte de cualquiera de estos mecanismos o de ambos. (ver número 4 en la fig. no. 33)

FIGURA NO. 33
Amenorrea de la lactancia



Fuente: “Anticoncepción durante la lactancia (un recurso para el personal clínico)”. The Populación Council e I.M.S.S. Ed. Offset y editora León. México, 1990. p. 10.

Otra hipótesis para explicar el efecto anticonceptivo de la lactancia es que cuando los impulsos nerviosos del pezón llegan al hipotálamo, estos tienen el efecto de estimular la liberación de betaendorfina, lo cual puede suprimir la descarga de hormona liberadora de gonadotropina hipotálmica. El resultado sería una secreción disminuida de la hormona luteinizante y, por lo tanto, una falta de ovulación. (Ver no. 5 de la fig. No. 33 y fig. No. 34)¹¹⁶

¹¹⁶ “Anticoncepción y lactancia (un recurso para el personal clínico)”. en: The population Council e I.M.S.S. Ed. Offset y editora León. México, 1990. p. 10 y 11.

FIGURA NO. 34
Fisiología de la infertilidad debido a la lactancia materna



Fuente: “Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención”. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 67.

Los factores que causan disminución de la calidad de la succión, reducen la producción de leche y ocasionan el reinicio de la ovulación, tales como:

- el uso de chupones y biberones,
- la introducción de otros alimentos o líquidos,
- largos períodos entre tetadas, y
- estres y enfermedades de la madre y/o del niño.

10.29.2 Uso del MELA (método de la lactancia y amenorrea)

a) Criterios para su uso:

*Para que funcione el método de la lactancia y la amenorrea, una mujer debe saber cuando esta protegida y cuando no.

*La mujer tiene un 98% de probabilidad de no embarazarse, si:

-su bebé tiene menos de 6 meses

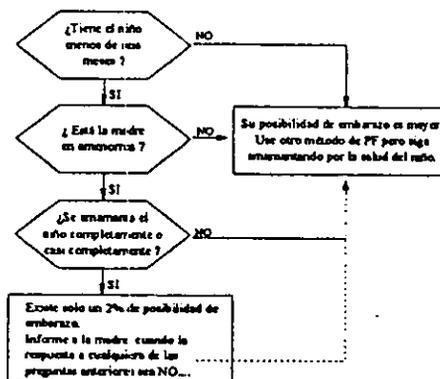
-la menstruación no se ha reiniciado

↙ -esta amamantando de forma exclusiva o casi exclusiva (un estudio en Chile reporta 1.2% de embarazos por 100 mujeres/año de uso de MELA), bajo condiciones de lactancia materna exclusiva o casi exclusiva (esto es 15 tetadas como mínimo para que una mujer pueda confiar en el método) (ver cuadro no. 51)

CUADRO NO. 51

Uso del MELA para espaciar los embarazos durante los primeros 6 meses posparto.

PREGUNTAR A LA MADRE:



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 68.

b) Recomendaciones para el uso efectivo del MELA

*El éxito del MELA para retrasar el retorno a la fertilidad depende del patrón de amamantamiento. Mientras mayor sea la frecuencia con que una mujer amamanta diariamente (y menores los intervalos entre tetadas), más protegida estará contra el retorno de la fertilidad.

*Esta protección disminuye al agregarse otros alimentos por lo que el bebé deberá mamar antes de ofrecerle otros alimentos

*La alimentación al seno materno es forma exclusiva es lo óptimo para la nutrición del bebé, para la protección contra las enfermedades y para prevenir el reinicio temprano de la fertilidad

*Es necesario y esencial que la madre entienda las condiciones para el uso del MELA; las prácticas de amamantamiento y la importancia de una planificación familiar complementaria oportuna.

*La meta de la orientación de espaciamiento de los hijos, es darle la información necesaria para que pueda escoger el método que le proporcione la protección que desea, sin que tenga efectos negativos en la producción de leche o en la salud del niño.

*Si una mujer es separada de su bebé, es importante extraer la leche con la misma frecuencia que si estuviese amamantando. Esto ayuda además a mantener la producción de leche.

*Si el bebé duerme toda la noche sin mamar, el método puede no resultar efectivo.

*Continuar amamantando aún cuando enferme la madre o el niño.

c) Razones para promover el MELA

*Es un método sencillo para el espaciamiento de los hijos, que puede ser fácilmente comprendido por la madre.

*La utilización del MELA da más protección contra un embarazo no planificado que cualquier método temporal (1 a 2% contra 8% de la píldora y 12% con el condón).

*Si el acceso a la información sobre planificación familiar es difícil, el MELA puede dar tiempo, después del parto, para buscar y seleccionar un método de planificación familiar.

*El MELA no va contra las creencias, religiosas y culturales de los pueblos y es aceptable para mujeres que nunca han estado de

acuerdo con otros métodos. Por estas razones el MELA sirve para introducir programas de planificación familiar.

Si cualquiera de las condiciones requeridas no se cumplen al llevar a cabo el MELA, las posibilidades de concebir aumentan y será necesario utilizar algún método complementario de planificación familiar.¹¹⁷

10.29.3 Métodos anticonceptivos y lactancia

Las mujeres que amamantan ¿qué método elegir?, la mejor estrategia posparto es aquella suficientemente flexible para satisfacer las diferentes necesidades de la mujer que amamanta durante las distintas etapas del período posparto. Por ejemplo, el riesgo de concebir durante la amenorrea, que ya es bajo, podría reducirse aún más si se recomienda el uso del DIU, del preservativo o otros métodos de barrera. Los métodos de barrera, aunque un poco menos eficaces, son adecuados durante la amenorrea de la lactancia, y no presentan riesgo de interferir con la lactancia, sería preferible iniciar la anticoncepción hormonal cuando el niño ya no sea alimentado al pecho materno.

El proporcionar información sobre todos los métodos podría mejorar la aceptación de los métodos de barrera, aún entre pacientes que no los eligieran como métodos primarios, dado que el proveedor de los servicios de salud necesita considerar los siguientes factores:

- *la preferencia personal y el patrón de vida sexual de la mujer
- *la disponibilidad y conveniencia de los diferentes métodos o procedimientos a diferentes momentos, lo que a menudo tiene un gran impacto en la elección del método anticonceptivo.

¹¹⁷ "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 68 y 69.

Héctor, Avila Rosas. "Lactancia y anticoncepción". en: cuadernos de nutrición, edición especial lactancia, agosto. México, 1993. p. 29-32.

*los posibles efectos en la lactancia.¹¹⁸

10.29.3.1 Guía para seleccionar el método anticonceptivo

¿Cómo se puede ayudar a una madre que desea lograr los máximos beneficios de la lactancia y reducir al mínimo el riesgo de quedar embarazada?, ¿Cuánto tiempo después del parto puede esperar una mujer que está amamantando para usar un anticonceptivo y sentirse todavía razonablemente segura de que podría evitar otro embarazo?

Los lineamientos que se proponen, y a continuación se enumeran, pueden ayudar a responder a éstas y otras preguntas importantes para proporcionar la mejor orientación a las mujeres que están amamantando pero que desean evitar otro embarazo.

1) Determinar el número de meses posparto

Un estudio realizado en Chile demostró que el riesgo de embarazo a lo largo de seis meses posparto entre mujeres cuyos hijos eran alimentados exclusivamente con leche materna, era de menos del 2%. Esto significa que si la paciente está dentro de los primeros 5 meses posteriores al parto, amamantando exclusivamente, y piensa continuar con esta práctica, probablemente podrá esperar para comenzar con la anticoncepción.

Sin embargo, ya que tanto en los Estados Unidos como en México y en la mayoría de los países latinoamericanos, casi todas las madres dan algún alimento complementario a sus hijos antes de que éstos cumplan los 5 meses de vida, es muy importante informar a las madres que después de tres meses posteriores al parto, en caso de que no estén amamantando exclusivamente a sus hijos, y si no desean embarazarse, se deberá empezar a usar un método anticonceptivo. Cualquier método de barrera es ideal en esta etapa.

¹¹⁸ "Anticoncepción durante la lactancia (un recurso para el personal de clínico)". Op. cit. p. 17.

Aunque los métodos de barrera son tan confiables como los DIU y los métodos hormonales, el riesgo de embarazo antes del primer sangrado también es menos frecuente entre las mujeres que están amamantando. Por lo tanto, es posible que una protección menos efectiva sea adecuada. Por otro lado, los DIUs tradicionalmente han brindado excelente protección a las mujeres que están amamantando y pueden ser insertados inmediatamente después del parto.

Cuanto mayor sea el número de meses posparto, mayor será la necesidad de un método anticonceptivo de alta seguridad, ya que el riesgo de un embarazo no deseado aumenta cada mes después del parto.

2) Evaluar la situación menstrual

a) ¿Han vuelto ya los períodos menstruales?

b) ¿Se ha presentado algún sangrado, aunque sólo sea leve? (esté tipo de sangrado a menudo es indicio de ovulación y de períodos regulares subsecuentes)

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces debe ayudarle a elegir un método anticonceptivo.

3. Evaluar las necesidades individuales de anticoncepción

a) ¿Ha tenido relaciones sexuales sin haber utilizado métodos anticonceptivos?

b) ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

c) ¿Cuántos compañeros sexuales tiene?

Una actividad sexual frecuente requiere de un método anticonceptivo eficaz. Si existen varios compañeros sexuales, el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual aumentará, por lo que para esas mujeres el DIU es un método menos aconsejable.

4. Evaluar la experiencia en anticoncepción

- a) ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado anteriormente?
- b) ¿Por cuánto tiempo usó esos métodos?
- c) ¿Le satisficó el uso de esos métodos?. ¿Porqué si y porqué no?

El evaluar experiencias anteriores ayuda a disipar inquietudes y reforzar ventajas de los métodos anticonceptivos dependiendo de experiencias pasadas.

5. Investigar las prácticas de alimentación del niño

- a) ¿Cuántas veces al día da el pecho a su niño?
- b) ¿Durante cuánto tiempo le da pecho a su niño?
- c) ¿Cuánto tiempo transcurre generalmente entre cada tetada?
- d) ¿Ha comenzado a darle algún otro alimento además de la leche materna?
- e) ¿Cuántos biberones le da, si es que le da?
- f) ¿El niño duerme toda la noche?

La posibilidad de embarazarse aumenta a medida que disminuye la succión de leche por parte del niño. Se debe informar a las mujeres que amamantan de que al haber cambios en la alimentación o la lactancia (por ejemplo que se dé otro alimento o se elimine la lactancia nocturna), es el momento de iniciar la anticoncepción. Puede ser que se necesite tiempo a fin de tener una idea clara de las prácticas alimenticias, ya que éstas son determinantes para permitir valorar la necesidad de anticoncepción.

6. Evaluar otras experiencias anteriores de lactancia

- a) ¿Por cuánto tiempo amamantó a sus otros hijos?
- b) ¿Cuándo volvió a tener sus períodos menstruales después de que nacieron sus otros hijos?
- c) ¿Qué edades tenían sus otros hijos cuando empezó a darles alimentos complementarios?

La experiencia individual previa de una mujer puede ser una guía útil para ayudarla a decidir cuándo comenzar la anticoncepción. Al escuchar hablar a la paciente de sus experiencias anteriores con respecto a la lactancia, podrán surgir ciertos patrones que servirán para predecir sus riesgos de embarazo.

7. Conocer las expectativas de la paciente acerca de sus planes futuros, relacionados con la lactancia y su fecundidad

- a) ¿Tiene planes para volver a trabajar?
- b) ¿Piensa continuar amamantando?
- c) ¿Quiere evitar otro embarazo?

Si la paciente va a volver a trabajar, o está planeando o comenzando a destetar a su hijo, explicar que las posibilidades de ovulación, y por lo tanto de embarazarse, van a aumentar considerablemente. Es necesario ayudarle a seleccionar el método anticonceptivo más adecuado.¹¹⁹

10.29.3.2 Métodos anticonceptivos durante la lactancia

A. Métodos hormonales

1. Espermaticidas (jaleas, cremas, espumas, tabletas efervescentes, óvulos)

*Efectos en la lactancia: no hay efecto adverso en la duración de la lactancia, ni en el volumen o composición de la leche.

*Efectos en el niño: no se reportan efectos adversos.

*Tiempo que se sugiere para comenzar: en cualquier momento después del parto.

*Ventajas:

- cualquier persona que lo desee o lo requiera puede utilizarlos,
- no se necesita receta médica para adquirirlos,

¹¹⁹ *Ibidem.* p. 18-22.

-no se conocen efectos colaterales graves.

*Desventajas:

-se debe colocar 5 a 10 minutos antes del coito,

-tiene tasa de embarazo accidental relativamente altas (menores durante la lactancia),

-es común la queja de que se embarran y se escurren. Se han reportado algunos casos de reacción alérgica.

2. Preservativos

*Efectos en la lactancia: ninguno

*Efectos en el niño: ninguno

*Tiempo que se sugiere para comenzar: en cualquier momento después del parto.

*Ventajas:

-fácil de usar,

-efectivo,

-económico,

-no requieren receta médica,

-ofrecer alguna protección contra enfermedades de transmisión sexual.

*Desventajas:

-su colocación causa, alteración del ambiente emocional asociado al coito puede disminuir el placer sexual,

-tiene una tasa mayor que las pastillas, el DIU, la OTB o la vasectomía,

-la alergia al látex o al lubricante que contiene puede ocasionar irritación local, lo cual no es frecuente.

*Comentarios:

-para mejorar su efectividad como método anticonceptivo, el preservativo debe usarse en combinación con alguna espuma, crema o jalea espermaticida, lo cual pudiera percibirse como desventaja adicional.

✍

3. Dispositivo intrauterino (DIU)

*Efecto en la lactancia:

-la cantidad y la composición química de la leche de mujeres portadoras de DIU inertes o liberadores de cobre no difieren de los controles.

-el progestasert (que contiene progestágeno) estimula la cantidad y suministro de leche.

*Efectos en el niño: no se reportan efectos adversos en el desarrollo y crecimiento del niño.

*Tiempo que se sugiere para comenzar: inmediatamente después del parto o seis semanas después.

*Ventajas:

-proporciona anticoncepción efectiva, que no interfiere con la lactancia y no afecta al niño lactante,

-alta efectividad de uso ya que no requiere de la motivación, ni acción continua de la paciente,

-las tasas de falla del DIU generalmente son de menos del 2%.

-se puede retirar fácilmente

*Desventajas:

-el riesgo de perforación uterina puede aumentar un poco en las mujeres que están amamantando, pero no aumenta si se inserta inmediatamente después de la expulsión de la placenta,

-el sangrado o gotas aumentan, problema que ocurre menos durante la lactancia,

-puede producir calambres o dolores

-en las mujeres con varios compañeros sexuales, en quienes el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual es elevado, el DIU puede incrementar la posibilidad de enfermedad inflamatoria pélvica o embarazo ectópico.

-el progestasert se debe cambiar después de un año.

*Comentarios:

-se debe prestar especial atención a la identificación de candidatas al DIU, las mujeres que desean anticonceptivos reversibles para

espaciar los nacimientos o para limitar el tamaño de su familia, son buenas candidatas especialmente si:

- °ya han tenido hijos
- °son fumadoras
- °no pueden hacer uso de otros anticonceptivos,
- °tiene relaciones monógamas estables

-la evaluación cuidadosa del tamaño del útero puede reducir el riesgo de perforación al insertar el DIU ya que el útero pudiera ser menor durante la lactancia de lo que se esperaba.

B. Métodos hormonales

1. Anticonceptivos orales combinados (estrógenos-progestágenos)

*Efectos en la lactancia:

- efecto inhibidor moderado
- reducción en el volumen de la leche materna
- mayor tendencia a dar alimento infantil complementario
- reducción en la duración de la lactancia
- diferencias no significativas en las concentraciones de proteínas, grasa y lactosa de la leche materna
- pequeñas cantidades de esteroides detectables en la leche

*Efectos en el niño:

- posiblemente, aumento de peso menos rápido
- existen algunos informes aislados de ginecomastia, que disminuyeron gradualmente al discontinuar su uso
- no se han reportado efectos en el desarrollo físico, intelectual o psicológico de niños o infantes hasta los 8 años de edad.

*Tiempo que se sugiere para comenzar:

- los métodos hormonales, particularmente los hormonales combinados, no son los que se eligen en una primera instancia durante la lactancia (no se prescriben antes de las seis semanas posteriores al parto).

*Ventajas:

- mayor protección contra enfermedad inflamatoria pélvica

- protección contra el embarazo ectópico
- protección contra cáncer endometrial
- protección contra el cáncer de ovario
- protección contra enfermedad benigna de mama
- alivio de una variada gama de desórdenes menstruales, incluyendo reglas irregulares, tensión premenstrual, dismenorrea y pérdida excesiva de sangre (que puede causar anemia).

***Desventajas:**

- reducción en la producción de leche
- incremento en el riesgo de enfermedades del aparato circulatorio (especialmente entre mujeres fumadoras mayores de 35 años)
- algunas mujeres experimentan efectos secundarios molestos como náuseas, aumento de peso, sensibilidad y dolor en los senos y congestión mamaria.

2. Anticonceptivos con progestágeno solo (“minipildora”) (Micronor, Nor-Q-D) (en México Mocolut)

***Efectos en la lactancia:**

- no afecta la cantidad de leche materna, o bien, puede producir un pequeño aumento
- no hay efecto en la duración de la lactancia, o puede haber un ligero incremento
- no se alteran las concentraciones y nutrientes de la leche
- pequeñas cantidades de esteroides detectables en la leche

***Efectos en el niño:**

- no afecta el incremento de peso en el niño
- no se ha informado de efectos a largo plazo

***Tiempo que se sugiere para comenzar:**

- no es el método de primera elección, pero puede prescribirse al momento de la revisión posparto. Igual que en caso de las pastillas combinadas, se recomienda, si es posible, posponer el inicio de uso hasta que el niño este tomando dieta mixta.

***Ventajas:**

-no afecta la cantidad de leche, o bien, puede producir un pequeño aumento

-no hay efecto en la duración de la lactancia, o bien puede haber un ligero incremento

-no se alteran los nutrimentos de la leche

-no hay efectos nocivos en la lactancia

-no provoca algunos de los efectos colaterales

-disminuye las menstruaciones dolorosas y el sangrado menstrual

-produce engrosamiento persistente del moco cervical, lo que parece evitar la reproducción de gonococos y posiblemente evitar también otras enfermedades de transmisión sexual

-es el método hormonal alternativo para la mujer que no puede utilizar anticonceptivos orales combinados

-el retorno a la fecundidad no se retrasa tanto como sucede con los anticonceptivos orales combinados

*Desventajas

-tienen una tasa de embarazo mayor que los anticonceptivos combinados

-períodos menstruales irregulares, amenorrea (menos frecuente en mujeres amamantando)

-se le asocia con mayor riesgo de embarazo ectópico (también con menos probabilidad en mujeres que están amamantando)

Los anticonceptivos durante el período de la lactancia recomendados como primera opción son los métodos no hormonales, como segunda opción los métodos con progesterona solamente y como tercera opción los que contienen estrógenos y progesterona (combinados)¹²⁰

C. Otros métodos hormonales, desarrollo a futuro

¹²⁰ Ibidem. P. 25-36.

1. Anticonceptivos inyectables (acetato de medroxiprogesterona de depósito DMPA, DepoProvera y enantato de noretindrona NET-EN, Noristerat)

*Efectos en la lactancia:

- la lactancia tiene una duración significativamente mayor
- se han reportado algunas alteraciones en la composición de la leche materna: aumento importante en proteínas y un ligero aumento (no significativo) en el volumen. Se ha observado un descenso significativo en el contenido de grasas
- presencia de esteroides; una transferencia mayor a la minipíldora

*Efectos en el niño:

- no se han reportado efectos a largo plazo en el crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 10 años de edad
- los análisis preliminares en casi 200 adolescentes que fueron expuestos a DMPA en útero no mostraron evidencia de desarrollo retardado o precoz ni de trastornos en su desarrollo sexual, comportamiento sexual o crecimiento.

*Tiempo que se sugiere para comenzar:

- no es el primer método para usar durante la lactancia, pero puede comenzar a administrarse a las seis semanas del parto o más tarde si es posible

*Ventajas:

- conveniente, su administración es únicamente cada 3 meses.
- muy efectivo, las tasas de falla son de menos del 1 ó 2%
- a menudo aumenta los niveles de hierro en sangre
- parece ayudar a proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica y el cáncer ovárico y endometrial

*Desventajas:

- trastornos menstruales, es raro el sangrado abundante; pero con el uso prolongado, se presenta sangrado intermenstrual y amenorrea en casi la mitad de las usuarias (con menor frecuencia en mujeres amamantando)
- el retorno a la fecundidad se retrasa de cuatro a nueve meses después de la última dosis. No obstante, la fecundidad puede

recuperarse. El efecto es menos notorio inmediatamente después del parto.

*Comentarios:

-la administración de drogas y alimentos de los Estados Unidos (FDA) no ha aprobado todavía el uso de DMPA. En México no se usa en las instituciones oficiales de salud, pero se puede obtener con el nombre de DepoProvera en las farmacias del sector privado.

2. Implantes Norplant

*Efectos en la lactancia:

-no hay efectos adversos en la lactancia

-una pequeña cantidad de esteroides está presente en la leche

*Efectos en el niño:

-las tasas de crecimiento infantil están dentro del rango normal

-los niveles serios de inmunoglobulinas y los niveles de FSH, LH y testosterona en orina son los mismos en los hijos amamantados por mujeres usando Norplant que los de mujeres que usan métodos de barrera o que no usan la anticoncepción

¿a la fecha no se han reportado efectos a largo plazo

*Tiempo que se sugiere para comenzar:

-este no es método que debe elegirse como primera alternativa durante la lactancia, pero se puede insertar en la primera consulta a las 6 semanas posparto. Los datos indican que no hay efectos negativos cuando se implanta un mes después del parto, pero de ser posible, se deben recomendar los métodos no hormonales como primera opción

*Ventajas:

-altamente efectivo

-larga duración, 5 años

-carece de estrógenos, por lo que no aparecerán los efectos colaterales que éste origina

-disminuye el sangrado menstrual (los niveles de hemoglobina aumentan durante su uso).

-altas tasas de prevalencia de uso (del 88.4 al 95.3% en un año).

-libera progestágeno a una tasa constante y razonablemente baja, evitando las altas dosis iniciales típicas de los inyectables y la elevación hormonal diaria que se tiene con los anticonceptivos orales

*Desventajas:

-sangrados menstruales irregulares (menos probables durante la lactancia)

-para insertar o extraer el implante subcutáneo se necesita una intervención quirúrgica

-los implantes pueden ser visibles

*Comentarios:

-en los Estados Unidos se solicitó la aprobación de la FDA a principios de 1988. En México se encuentra en experimentación entre un grupo de mujeres seleccionadas entre las asistentes a consulta externa del I.M.S.S.

3. Anillos vaginales (con progesterona natural)

*Efectos en la lactancia:

-no hay diferencia significativo en la duración de la lactancia entre las usuarias de anillos con progesterona y los controles con la T de cobre.

*Efectos en el niño:

-hasta ahora no se han reportado efectos nocivos relacionados con el crecimiento y salud del niño

-están estudios en marcha sobre efectos a largo plazo

*Tiempo que se sugiere para comenzar:

-entre los 2 y 3 meses posteriores al parto

*Ventajas:

-la mujer puede insertarlos y quitarlos ella misma

-los anillos vaginales no tienen que insertarse inmediatamente antes del coito. Pueden permanecer en la vagina durante 3 meses

*Desventajas:

-aquellas mujeres a quienes les disguste tocarse los genitales podrán sentirse incomodas al insertarse o extraerse los anillos.

-el método es menos efectivo que los hormonales o la oclusión tubarica bilateral, pero en las mujeres que están amamantando, su eficacia es comparables a la del DIU de cobre

*Comentarios:

-el anillo de progesterona está especialmente diseñado para mujeres que están amamantando, con el fin de evitarles el riesgo de otro embarazo¹²¹

10.30 MADRE TRABAJADORA Y LACTANCIA

10.30.1 Antecedentes de la incorporación de la mujer al trabajo

Como consecuencia del movimiento sociocultural que aconteció en Europa durante la “Revolución Industrial” del siglo pasado, hubo una disminución en la práctica de la lactancia al pecho materno. La incorporación de la población rural a las nuevas fuentes de trabajo que surgían en las ciudades, dio lugar a un cambio sustancial en la forma de vida; el hacinamiento y las deplorables condiciones en que subsistían los inmigrantes, los enfrentó a problemas de salud hasta entonces desconocidos para ellos.

En el proceso de transculturación, algunas pautas de conducta de su vida rural se modificaron o desaparecieron. Informes de esa época hacen referencia al impacto que causo en los niños el abandono de la alimentación al pecho; Jelliffe y Jelliffe (1978), relatan que un médico de Manchester, al referirse al estado nutricional entre los niños lactados al pecho y los alimentados artificialmente, hacía notar que mientras 60% de los primeros tenían un crecimiento adecuado y un buen estado de nutrición hasta los

¹²¹ Ibidem p. 36-40.

A los nueve meses, sólo un 10% de los alimentados con sucedáneos de la leche humana se encontraban en estas circunstancias.

Los movimientos demográficos que han ocurrido en los países subdesarrollados en los últimos 50 años, guardan cierta semejanza con lo acontecido en Europa en el siglo pasado; la migración de la población campesina a las ciudades y la incorporación de mujeres a diversas fuentes de trabajo, han motivado cambios en el cuidado y alimentación de los niños, pero las modificaciones en las pautas de conducta de la población inmigrante acontecen ahora con mayor celeridad. Los medios de comunicación ampliamente accesibles, han facilitado la transculturación de las familias rurales.

En este contexto la práctica de la lactancia al seno, ha perdido adeptos en años recientes.

El desarrollo de la tecnología alimentaria ha contribuido al abandono precoz de la lactancia al pecho; la disponibilidad de fórmulas lácteas, en cuyo diseño se ha tenido como modelo la leche humana ha permitido que la lactancia artificial sea una alternativa alimentaria razonable cuando la madre no puede dar el pecho a su hijo.¹²²

En México la incorporación de las mujeres a la actividad económica ha crecido de manera sostenida durante los últimos 25 años. La tasa de participación femenina se incrementó de un nivel cercano al 17% en 1970 (del total de mujeres de 12 años y más) a 35% en 1995. Conviene recordar sin embargo, que todavía una gran parte de las tareas económicas desempeñadas por las mujeres sigue oculta o subregistrada en las estadísticas económicas y las características de los procedimientos de los registros a su vez con consideraciones culturales sobre la división del trabajo entre hombres y mujeres.

¹²² Leopoldo Vega Franco. Op. cit. p. 293.

La presencia cada vez mayor de la población femenina en el mercado de trabajo no sólo ha respondido a los procesos de modernización y reestructuración que han tenido lugar en la economía mexicana, sino que también constituye una expresión de su creciente nivel educativo y de la proliferación y de estrategias generadas de ingreso mediante las cuales las mujeres contribuyen a sostener el nivel de vida de sus familias, particularmente deteriorado con la crisis y los ajustes económicos.

A pesar de la favorable evolución de la tasa de participación económica femenina, la mujer sigue enfrentando múltiples obstáculos para insertarse en el mercado laboral. Así, por ejemplo, las oportunidades y opciones de trabajo de las madres a menudo se ven limitadas por la necesidad de que la jornada de trabajo fuera del hogar sea compatible con la crianza y cuidado de los hijos. La eventual incompatibilidad entre la participación en la actividad económica y el ejercicio de la maternidad sigue influyendo, si bien cada vez en menor medida, en la apreciación que se tiene del trabajo remunerado de la mujer. No es causal que en el mercado laboral femenino predominen mujeres solteras o sin hijos y sea considerable la proporción de la población económicamente activa femenina que desempeña una actividad o trabajo de tiempo parcial (casi 38% del total). No obstante, las mujeres casadas o unidas han aumentado notablemente su participación económica. Sus tasas de actividad se incrementan entre 1991 y 1993, de 25.8 y 22.8% a 27.8 y 25.9% de las mujeres casadas y unidas, respectivamente.

Los datos por edad indican que la participación femenina en la actividad económica permanece elevada hasta los 49 años, siendo que en el pasado disminuía marcadamente a partir de los 25 años de edad. Por lo general, ya no abandonan el trabajo una vez que se casan y comienzan a ocuparse de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos, sino que, cada vez en mayor proporción,

agregan a esta responsabilidad la del trabajo remunerado fuera del hogar.

Entre 1991 y 1995, el peso relativo de la población femenina ocupada en actividades no asalariadas se incremento de 38 a 42 %.¹²³

Con todo lo anterior podemos remarcar que cada día es mayor el porcentaje de mujeres que se esta insertando al mercado laboral, por lo tanto son imperativas acciones para evitar el abandono temprano de la lactancia materna.

De acuerdo con estudios realizados, una proporción considerable de las madres que abandonan la práctica de la lactancia lo hacen porque tienen que salir del hogar a trabajar. A pesar de las consideraciones presentes en el artículo 123 de nuestra Constitución, no todas las mujeres disponen de facilidades para lactar a sus hijos en sus centros laborales. Considerando lo anterior lo primero que se debe tomar en cuenta con la madre trabajadora y que lacta, es que, habitualmente se encuentra más fatigada que aquella que tiene la posibilidad de lactar a su hijo en su hogar y que además dispone de ayuda para realizar las tareas domésticas. Por lo anterior, se debe procurar que tanto su compañero, como sus familiares y amigos brinden todo el apoyo necesario para que pueda cumplir ambas tareas de manera satisfactoria.

En estudios realizados en mujeres lactantes se ha informado que es más probable lograr una lactancia exitosa cuando la madre trabajadora ofrece el seno con mayor frecuencia durante el fin de semana o por la noche, consume suficientes líquidos, logra una buena extracción de leche (manual o con bomba) en su centro de trabajo y, en general, se siente segura de su capacidad de lactar.

¹²³ "Programa Nacional de la Mujer". Op. cit. p. 25-30.

Cuando la madre prevé que tiene que trabajar fuera del hogar después del parto, es muy importante que tome conciencia de lo importante que es lactar a su bebé en forma exclusiva por lo menos los primeros 4 meses de vida y prácticamente indispensable durante el primer mes.

Para que una madre que trabaja fuera del hogar pueda alimentar con su leche a su bebé, necesita información sobre 3 aspectos fundamentales: extracción de la leche, almacenamiento y preparación para su consumo.

10.30.2 Técnica de extracción manual

A. Indicaciones para la extracción manual

La extracción manual de leche es una práctica muy útil para mantener la producción de leche en situaciones especiales.

-Niños prematuros que por cualquier razón no pueden succionar directamente al seno y se requiere alimentar con leche homóloga.

-Madre e hijo que por razones médicas no pueden estar juntos.

-Madre que trabaja o tiene que permanecer fuera del hogar.

-Para prevención y tratamiento de dolor de pezón, congestión mamaria, conductos galactoforos obstruidos, quistes de retención láctea, etc.

-Alteraciones anatómicas o funcionales que impidan al recién nacido la succión normal al seno (por ejemplo, pezones pseudo-invertidos, etc.)

-Para aumentar la producción de leche.

B. La técnica de extracción consta de tres pasos: preparación, estimulación y extracción.

1. Preparación:

- La mujer y/o personal de salud deben procurar disponer de un sitio privado y limpio donde el ambiente relajado permita llevar a cabo la extracción de su leche.
- La madre y/o personal deberán llevar al lugar de extracción el envase donde se colocará la leche que será extraída (ver más adelante, almacenamiento de la leche)
- Realizar lavado de manos con agua limpia y jabón.
- Secar las manos con una toalla o trapo limpio.

2. Estimulación:

La extracción de leche se facilita si se inicia con un baño de regadera donde el agua tibia caiga directamente sobre los senos o con aplicación de calor húmedo en ambos senos por 3 a 5 minutos antes de la extracción.

Posteriormente a través del masaje, se estimulan las células productoras de leche y los conductos, para ayudar a movilizar la leche a los receptáculos ubicados directamente atrás del pezón.

Primero se iniciará palpando los senos con delicadeza comenzando desde las áreas más lejanas al pezón, detectando así los sitios más sensibles y duros.

a) Fase 1

- Comenzar la fase 1 en la parte superior del seno. Oprimir firmemente hacia la caja torácica. Hacer un masaje con un movimiento circular con los dedos en un mismo punto.
- Después de unos cuantos segundos, proceder a dar masaje en otra área del seno.
- Continuar en espiral alrededor del seno dando el masaje hasta llegar a la areola.
- El movimiento es similar al que se utiliza en el autoexamen del seno (ver estimulación 1, en fig. no. 35).

b) Fase 2:

- Frotar cuidadosamente al pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca un cosquilleo.
- Continuar con este movimiento desde la base del seno al pezón. Esto ayuda a relajar a la madre y estimula el “aflojamiento” de la leche.
- Sacudir firmemente ambos senos, inclinándose hacia adelante. La fuerza de gravedad ayuda a la bajada de la leche (ver estimulación 2 en la fig. no. 35).
- Aplicará unas gotas de leche sobre la areola y pezón.
- Estimulará suavemente los pezones estirándolos y rotándolos entre sus dedos suavemente.

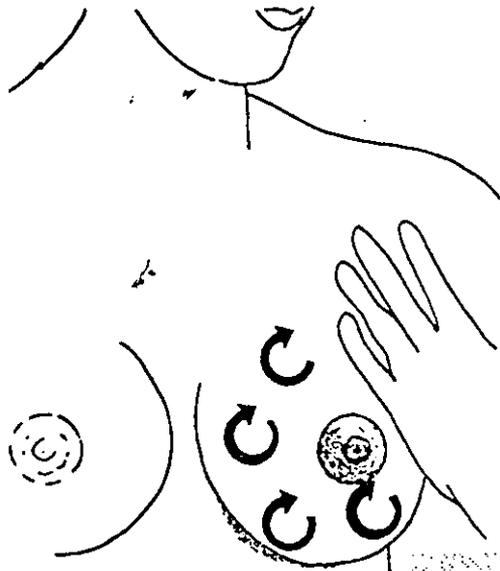
3. Extracción:

Realizar los siguientes pasos para extraer la leche manualmente:

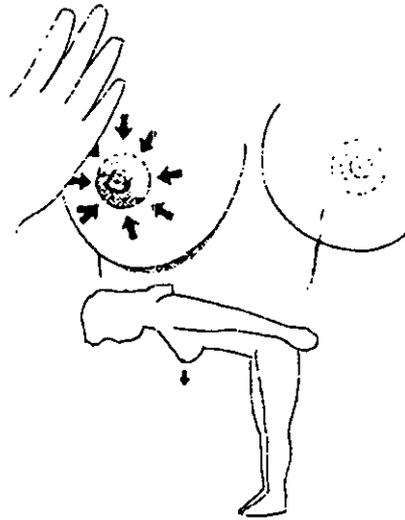
- Colocar el dedo pulgar sobre la parte superior de la areola aproximadamente a 3 cms. del pezón y los demás dedos por debajo de la mama, formando una letra “C” con la mano, debido a que los senos lácteos se encuentran por detrás de la areola (ver extracción paso 1 y 2 en fig. no. 35)
- Presionar con la mano en la posición anterior hacia atrás, dirigiéndose hacia la pared del tórax (costillas) en forma suave, de ésta manera se aíslan los senos lácteos que están llenos de leche del resto del tejido mamario (ver extracción paso 3 en fig. no. 35)
- Posteriormente, sin que los dedos se resbalen, con movimientos rotatorios como si se imprimieran huellas digitales presionará sobre la areola (senos lácteos), jalando el seno un poco hacia adelante (Ver extracción paso 4, 5 y 6 en la fig. No. 35).

FIGURA NO. 35
Extracción manual de leche

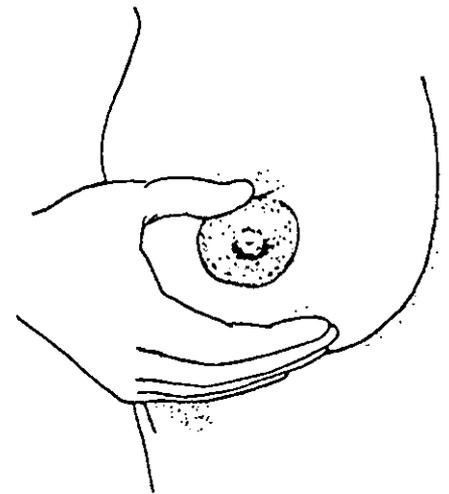
ESTIMULACION 1



ESTIMULACION 2



EXTRACCION PASO 1 Y 2

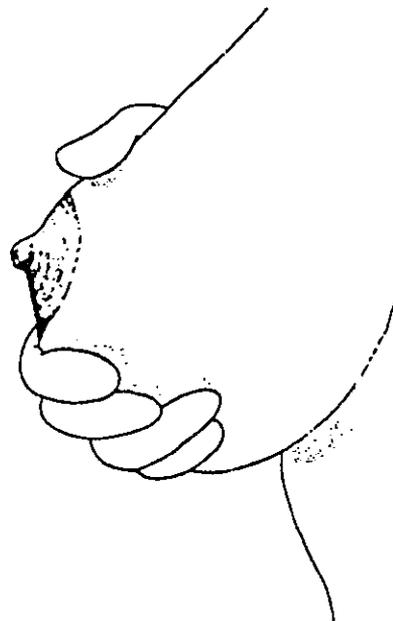
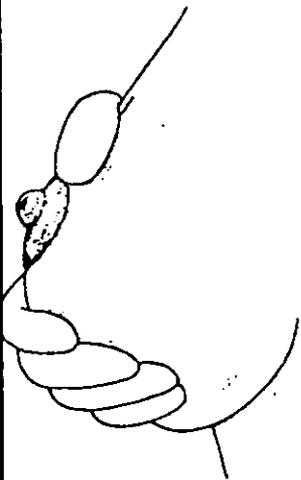


- Empujar los dedos hacia la caja torácica, sin que los dedos se muevan del sitio donde los colocó.

EXTRACCION PASO 4

(Observe la posición de las uñas tanto del pulgar como del índice y del medio en la ilustración.)

EXTRACCION PASO 3



EXTRACCION PASOS 5 Y 6



Fuente: "Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. p. 72 y 73.

- Desechar los primeros chorros de cada lado.
- Comenzar con ritmo a presionar y soltar; repetir en forma rítmica para desocupar los depósitos. Colocar los dedos, empujar hacia adentro, exprimir, empujar y girar.
- Hacer rotar la posición de los dedos para desocupar todos los depósitos, en sentido de las manecillas del reloj.
- Usar una mano y luego la otra en cada pecho.
- Al inicio puede que no salga la leche, pero después goteará, hasta alcanzar varios chorros diminutos que irán aumentando conforme el reflejo eyecto-lácteo sea más activo.
- ”Al termino de la extracción, dejar unas gotas de leche sobre los pezones, dejándolos secar y posteriormente cubrirlos”.

C. Recomendaciones generales:

- a) Los masajes descritos deben realizarse en ambos pechos, por un tiempo de 20 a 30 minutos alternando con la extracción, de la siguiente forma:
 - extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
 - dar el masaje, frotando y sacudiendo suavemente los senos.
 - extraer nuevamente la leche de cada pecho durante 3 a 5 minutos.
 - extraer la leche una vez más durante 2 a 3 minutos.
- b) Una vez terminada la extracción de leche, tapar el recipiente y colocarlo en el refrigerador o en otro recipiente con agua fría y mantenerlo lejos del calor.
- c) Informar a la madre que inicie la extracción, dos semanas antes de regresar al trabajo, para empezar a entrenar a su hijo y ganar práctica.
- d) Es importante, que la madre sepa, que al comienzo va a sacar poca cantidad de leche. Con la práctica la cantidad de leche aumentará.
- e) Durante la extracción se deben evitar los siguientes movimientos:
 - apretar el pecho. Esto produce la aparición de pequeños micro-hemorragias subdérmicas (“moretones”).
 - jalar hacia fuera el pezón y el pecho ya que pueden dañar tejidos.

-resbalar o tallar las manos frecuentemente sobre el pecho puede ocasionar irritaciones en la piel.

f) Recordar que la madre trabajadora requiere mucho apoyo para lograr mantener activo el período de la lactancia y descansar lo más posible, mantener la mejor dieta y tomar suficientes líquidos para satisfacer la sed.

g) "La producción de leche dependerá de la demanda, por lo tanto, es necesario extraer por lo menos 8 veces en 24 hrs. para que se obtenga y mantenga una buena producción"

10.30.3 Almacenamiento, conservación y administración de la leche materna

Existe una relación directa entre la técnica utilizada para el almacenamiento y el tiempo de conservación de la leche materna. Después de extraer la leche se coloca en un recipiente limpio (de preferencia de plástico, pues en los de vidrio los leucocitos y proteínas de la leche tienden a adherirse a las paredes), se tapa y se coloca en un lugar fresco.

Se deben utilizar envases separados para cada extracción, porque utilizar el mismo envase condiciona el mayor riesgo de contaminación de la leche y el vaciamiento frecuente de la misma, condiciona pérdida de grasas.

Los recipientes deben etiquetarse anotando el día y la hora de extracción, para poder ofrecer al bebé primero la leche con mayor tiempo de haberse extraído.

Tiempo de conservación:

a) En un lugar fresco y limpio, la leche puede ser consumida dentro de los primeras 8 horas.

b) En un refrigerador, se puede guardar hasta por 48 horas y conserva aún sus propiedades inmunológicas.

c) Para su transporte de regreso a casa una hielera pequeña puede ser suficiente.

Método	Tiempo de conservación	
	Niño pretérmino o enfermo	Niño de término
Temperatura ambiente	No se recomienda	40 minutos
Refrigerador	24 horas	48 horas
Congelador	3 meses	3 meses
Congelado profundo (-20°C)	1 año	1 año

Administración:

a) Si estuvo en sitio fresco:

-entibiar a baño maría

b) Si estuvo en refrigerador:

-sacar una hora antes

-entibiar a baño maría

c) Si estuvo congelada:

-sacar y poner en refrigerador 24 horas antes

-entibiar a baño maría y agitar

-usar dentro de las 24 horas siguientes

-utilizar toda la cantidad descongelada o desechar el sobrante, ya que las grasas se separan al recongelar.

Importante:

La leche se debe entibiar en “baño maría”, en estufa eléctrica o de gas o sumergir en un recipiente con agua caliente (“baño maría”).

Nunca se debe calentar en horno de microondas, ya que éste tiende a disminuir la cuenta de leucocitos y destruye la estructura terciaria de las proteínas lo que altera las propiedades inmunológicas de la leche humana.

Nunca se debe dejar hervir, en general es suficiente con entibiarla, ya que el bebé está habituado a consumirla a 37°C, temperatura a la que sale del pezón.

Métodos para amamantar y cuidar el bebé durante la ausencia de la madre y que son importantes para mantener la producción de leche materna:

-Dar la leche materna extraída en vaso, taza o cuchara limpia; evitando completamente el uso de biberones o chupones porque puede producir en el bebé el síndrome de confusión del pezón.

-La leche debe ser preparada justo antes de que el bebé la vaya a ingerir.

-En el caso de la madre trabajadora cuando empiece a practicar 2 semanas antes de regresar al trabajo, es recomendable que la primera vez que se le ofrezca la leche de su madre, el responsable de esa toma sea otra persona, porque el bebé guiado por el olor de la leche se su madre instintivamente se rehusara a tomar y buscara el pezón.

-Dormir con el bebé para amamantar durante la noche (es común que cuando la mamá trabaja el bebé mame más por la noche).

-No dar ningún otro alimento o bebida al niño cuando se acerca el tiempo de regreso de la madre para no disminuir su interés en tomar el pecho inmediatamente o la calidad de la succión y amamantar en cuando llegue a casa.

-Si el niño es mayor de 6 meses dar alimentación apropiada.

En el caso de la madre que trabaja fuera, en los días de descanso amamantar a libre demanda.

La extracción manual es un recurso alternativo que refuerza la lactancia materna, cuando por circunstancias especiales la madre no puede estar en forma continua con su hijo, está deberá ser concientizada durante el embarazo (alrededor del 6o.-7o. mes) y posteriormente, si lo requiere, se le enseñara la técnica. De esta manera, el personal de salud destaca desde el embarazo la importancia de la lactancia,

ayudando a la mujer a familiarizarse con sus mámas y a confiar en su capacidad de lactar.

10.30.4 Razones por las que las madres trabajadoras dejan de dar el pecho.

- *Falta de información acerca de la importancia de la lactancia materna y sobre los derechos que la protegen.
- *Publicidad de las campañas de fórmulas y biberones dirigidas a madres trabajadoras.
- *Cansancio.
- *Falta de tiempo por tener que salir a laborar fuera del hogar.
- *Falsa creencia de que la lactancia materna no se ajusta al papel de una mujer profesional.
- *Preocupación de que el bebé llorará cuando la madre no le pueda dar de comer.
- *Falta de apoyo por parte de familiares y amigos.

10.30.5 Responsabilidades clave y básicas de los trabajadores de salud.

- *Dar confianza a las madres (ya sea que trabajen fuera del hogar o no).
- *Promover la habilidad en la madre para producir suficiente leche materna.
- *Orientar sobre técnicas de extracción y almacenamiento.
- *Discutir con las madres, la ayuda y o apoyo físico y logístico que necesita para lograr seguir dando de mamar, buscando alternativas positivas y posibles con ellas.¹²⁴

¹²⁴ Esther Casanueva. Op. cit. p. 43-47.

"Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p. 70-74.
Centro Nacional de Lactancia Materna. Op. cit. 56-60.

10.31 GRUPOS DE APOYO

10.31.1 Concepto

Es un grupo de mujeres que se encuentran amamantando y se reúnen con un mismo fin, en este caso recibir información respecto a la lactancia materna, lo que les permite reflexionar sobre sus experiencias y expresar sus sentimientos y dudas sobre el tema y a su vez darse un apoyo mutuo.

Todo lo anterior con el objetivo de proporcionar apoyo a la mujer para que amamante a su hijo el mayor tiempo posible a través de indicarle los beneficios de la práctica de la lactancia materna tanto para ella, como para su hijo y su familia.

10.31.2 Características de un grupo de apoyo

- *El tamaño del grupo puede diferir entre 5 o hasta 30 integrantes, pero no más porque si el grupo es demasiado grande las mujeres permanecen demasiado calladas.
- *Debe haber cercanía entre las madres.
- *Se pueden reunir desde en una casa, hasta en un centro comunitario o una clínica, pero el lugar debe tener un ambiente cálido y cómodo y las madres se deben ubicar de manera que todas se puedan ver.
- *Un buen grupo desarrollo un clima de entusiasmo y ayuda entre las mismas madres.
- *Debe hacerlas sentir confianza en ellas mismas y competentes para tomar sus propias decisiones.
- *Las madres deben hacer la mayoría de los comentarios.
- *Se debe compartir la información y datos importantes.
- *Creación de un medio de apoyo donde se aliente a la lactancia y donde los bebés sean bienvenidos.

*Brindar tiempo para preguntas y planteamiento de problemas.

*Los grupos se basan en la forma tradicional de que la ayuda es de madre a madre.

10.31.3 Habilidades del consejero

Las habilidades y cualidades humanas de un consejero son:

*Calor humano.

*Sensibilidad social.

*Lenguaje apropiado al grupo.

*Vocación para la enseñanza.

*No sentirse superior.

*Actitud de optimismo y vitalidad.

*Respeto a la experiencia de las personas y su resistencia al cambio.

*Honradez y sinceridad.

*Responsabilidad.

*Discreción.

*Capacidad para la autoevaluación positiva.

*Debe alentar a las madres a hablarse y ayudarse.

*Debe hacer que las madres nuevas se sientan bienvenidas.

*Debe alentar a las madres a que regresen.

*Debe escuchar, atender y ser abierto.

*Debe alentar a las madres a hablar y ayudarse mutuamente.

*Dar información correcta y actualizada.

*Llevar el tema con sencillez y animación.¹²⁵

10.31.4 Grupo de apoyo interno

¹²⁵ "Hospital amigo. La efectividad de la ayuda madre a madre". en: Boletín Hospital Amigo. Dirección General de Atención Materno Infantil. Año. 3. No. 7. octubre. México, 1993. p. 9.

"Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención". Op. cit. p.104-106

Es aquel que esta conformado por el personal médico y/o paramédico del hospital, y que ayuda a promover y apoyar la práctica de la lactancia materna.

10.31.5 Grupo de apoyo externo

Es el grupo conformado por embarazadas, madres que amamantan y sus hijos y promotoras voluntarias que participan en acciones de promoción a la lactancia materna. Se reúnen cada semana para recibir e intercambiar información, reflexionar y apoyar a las mujeres que inician la lactancia materna.

10.31.6 Planeación y organización de reuniones

- *Se deben programar las reuniones con regularidad, no posponerlas ni cancelarlas.
- *Celebrarlas en un lugar adecuado, a una hora conveniente.
- *Las madres trabajadoras pueden acudir los fines de semana.
- *Entusiasmar a las madres a promover la asistencia de otras.
- *Solicitar al personal de salud que refiera madres a las reuniones.
- *Colocar avisos o carteles alusivos, recordando a la audiencia el lugar y fecha de la reunión.
- *Tratar diferentes temas cada vez, para que las personas que esten acudiendo regularmente puedan aprender siempre algo nuevo.
- *Utilizar diferentes formas de conducir las reuniones, para estimular el interés y la participación.

10.31.7 Como dirigir la discusión

- *El consejero puede empezar la conversación pidiendo a cada mujer que diga algo; puede ir en circulo. Ellas pueden mencionar su

nombre, la edad de su bebé o una ventaja que ellas hayan encontrado acerca del amamantamiento, pueden mencionar su procedencia, etc.

*El consejero puede formular una pregunta abierta al público, como: “¿Alguna de ustedes ha sentido o pensado que no tenía suficiente leche?”, dínos que te hizo sentir de esa manera, ¿Qué hiciste para solucionarlo?

*El consejero debe alentar a las madres a contar sus experiencias, hablando una a la vez para que todo el grupo pueda escuchar.

*Los principios generales para la discusión del consejero son:

- aceptar todas las contribuciones
- reforzar aquellas que sean valiosas
- sacar contribuciones de las mamás que no participen ampliamente
- orientar en la corrección de errores
- es importante hacer que las participantes se sientan invitadas a hablar.¹²⁶

Por último es importante señalar que la alimentación al pecho materno, a pesar de su aparente simplicidad, no es tanto una actividad instintiva sino más bien un arte que, en condiciones normales, se transmitirá de madre a hija. El amamantamiento no se utiliza exclusivamente para satisfacer el hambre y la sed, es también usado para conformar y proporcionar afecto y seguridad. No es únicamente un método de alimentación, es una relación especial y como en todas las relaciones, su desarrollo es determinado por una multitud de factores que incluyen el propio concepto que la madre tiene de su papel, el apoyo o falta de éste por parte de su esposo y otras personas cercanas a ella y los muy individuales temperamentos y necesidades de su bebé. Cuando a esto agregamos la ignorancia e inquietud general en relación con el amamantamiento, podemos comprender que éste es más que poner al bebé al pecho y permitir a la naturaleza seguir su curso.

¹²⁶ “Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención”. Op. cit. p. 105.

“Hospital Amigo. La efectividad de la ayuda madre a madre”. Op. cit. p. 9.

Las madres que amamantan necesitan información práctica, apoyo moral y la seguridad de que las madres de hoy pueden ser tan aptas para el arte de amamantar como lo han sido las madres de generaciones pasadas.

10.31.8 Actividades de quien coordina la reunión de grupos de apoyo

1. Presentarse
2. Mencionar el objetivo de la reunión de grupos de apoyo
3. Llamar por su nombre a las asistentes y acompañantes
4. Escuchar con atención.
5. Respetar las creencias y conocimientos de las señoras acerca de la lactancia materna.
6. Dar información correcta
7. Tener tacto para corregir prácticas erróneas
8. Ser paciente.
9. Llevar el tema con sencillez y animación durante la reunión.
10. Animar a las señoras y acompañantes a participar.
11. Evitar ser el punto de atracción, no querer siempre hablar.
12. Identificar a aquellas mujeres que se encuentran en riesgo de abandono de la lactancia materna y canalizar a la clínica de lactancia o apoyarla en forma individual al concluir la reunión.
13. Durante la reunión se comentarán los 15 mensajes básicos para una lactancia feliz. Los cuales son.
 - a) La lactancia materna es suficiente para la alimentación del niño durante sus primeros 4 a 6 meses de vida.
 - b) El niño no necesita otro líquido o alimento en sus primeros 4 a 6 meses si está recibiendo leche materna.
 - c) La mejor forma de tener suficiente leche es la alimentación cada vez que el niño pida (a libre demanda).
 - d) El niño durante su primer mes de vida debe como mínimo miccionar 6 veces y evacuar 4 veces en 24 horas.

- e) El niño durante su primer mes debe alimentarse al pecho 8 a 12 veces en 24 horas.
- f) Si la madre realiza una lactancia materna exclusiva, durante el día y la noche, el bebé tiene menos de 6 meses y no ha presentado su regla, existen pocas posibilidades de un nuevo embarazo (menos del 2%).
- g) Las evacuaciones del niño que toma pecho son más aguadas, de color amarillo y más frecuentes.
- h) Los niños que toman pecho tienen menos cólicos y estreñimiento.
- i) Los niños que toman pecho se enferman menos de diarrea, tos y catarro.
- j) El niño de pecho que hace de color verde, no necesita más comida u otro tipo de leche.
- k) Los niños que toman pecho no se enlechan.
- l) Las madres que necesitan tomar algún medicamento en general pueden seguir dando pecho. Pero debe consultarse siempre con nuestro personal autorizado.
- m) Las madres que dan pecho pueden comer de todo, excepto alimentos muy condimentados, con picante o muy grasos y no deben de tomar café, té o refrescos envasados.¹²⁷

¹²⁷ Centro Nacional de Lactancia Materna. p. 65-68.

11. GLOSARIO

A.

- Abducción:** Movimiento en dirección contraria al eje o línea media del cuerpo, de una de sus partes.
- Absorción:** Penetración de un líquido a la estructura interna de un sólido y su retención en el interior de éste.
- Acepción:** Significado en que se toma una palabra.
- Ácido láctico:** El ácido que agria la leche. Se obtiene por fermentación de la lactosa.
- Ácido linoleico:** Ácido graso esencial, no saturado. Se encuentra en las grasas vegetales.
- Ácido:** Sustancia donadora de protones o que se disocia en hidrogeniones y aniones, caracterizada por un exceso de hidrogeniones y pH menor de 7.
- Adenohipófisis:** Término para hacer referencia al lóbulo anterior de la hipófisis.
- Adición:** Acción y efecto de añadir o agregar algo.
- Adolescente:** Persona entre 10 a 19 años.
- Albúminas:** Las proteínas plasmáticas más abundantes (60% del total) y pequeñas, cuya función principal es regular la presión osmótica del plasma.
- Ambivalencia:** Coexistencia en una persona de emociones contratorias y opuestas al mismo tiempo.
- Amenorrea:** Falta de menstruación.
- Aminoácido:** Ácido orgánico que contiene un grupo carboxilo y otro amino y constituye la unidad básica para la formación de

	proteínas.
Análogo:	Similar en función, pero no en origen.
Anastomosis:	Intercomunicación de las ramas de más de dos arterias o venas. En cirugía, establecer una intercomunicación entre dos órganos huecos, vasos o nervios.
Anemia:	Se refiere esto a que el número de eritrocitos funcionales o el contenido de hemoglobina de la sangre es menor que el normal.
Anglosajones:	Personas de los pueblos de raza inglesa.
Anovulación:	Suspensión o cesación de la ovulación.
Apocrina:	Dícese del tipo de secreción en la que los productos secretados se concentran en un extremo de la célula y al ser expelidos lo hacen junto con una porción del protoplasma celular.
Apocrino:	Glándulas sudoríparas modificadas, especialmente en las regiones axilares, genital y perineal.
Asimilación:	Transformación de los materiales nutritivos en tejido viviente u orgánico.
Autoinmunidad:	Reacción inmunológica normal de causas desconocidas. En la mayor parte de los casos se dirige contra un componente, a menudo de naturaleza proteínica del organismo del paciente. El sistema inmunológico del individuo considera este componente como un cuerpo extraño y forma anticuerpos contra él. Autoinmune (adj.).

B.

Bacteriolisis: Destrucción y disolución de bacterias.

Bacteriostático:	Agente que detiene o impide el crecimiento bacteriano.
Bilis:	Secreción hepática que emulsifica las grasas.
Bioquímica:	Química de los seres vivos y de los procesos vitales; química biológica.
Biosfera:	Conjunto de seres vivos sobre la tierra.
Butírico:	Derivado de la manteca.
C.	
Caléndula:	Género de plantas compuestas. La especie <i>C. Officinalis</i> , maravilla o flor de muerto, es estimulante y resolutive; se empleaba al exterior como vulneraria. Sus flores adulteran a veces las del azafrán.
Carbohidrato:	Compuesto orgánico que contiene carbón, hidrógeno y oxígeno. Se forma en la naturaleza por fotosíntesis en las plantas. Producen calor; incluyen los almidones, azúcares y celulosa, y se clasifican en tres grupos: monosacáridos, disacáridos y polisacáridos.
Carotenos:	Grupo de pigmentos naturales dentro del amplio grupo de carotenoides. El caroteno se produce de tres formas alfa, beta y gamma. La forma beta se convierte en el organismo en vitamina A; es por tanto una provitamina.
Catarata:	Opacidad del cristalino o su cápsula.
Cesárea:	Operación en que se hace una incisión horizontal baja en la pared abdominal y el útero para extraer al producto de la concepción, la placenta y sus anexos.
Cirrosis:	Endurecimiento de un órgano. Se aplica

casi exclusivamente a las alteraciones degenerativas en el hígado que causan fibrosis.

Colesterol:

Substancia cristalina de naturaleza grasa que se encuentra en el cerebro, nervios, hígado, sangre y bilis. No es fácilmente soluble y puede cristalizarse en la vesícula biliar y a lo largo de las paredes arteriales. Cuando se irradia forma la vitamina D.

Congénito:

Que está presente al momento del nacimiento.

Conservación:

Preservación de la alteración de medicamentos o de la salud y fuerza del individuo.

Cuerpo lúteo:

Glándula endocrina amarillenta del ovario, que se forma cuando el folículo ha expulsado su óvulo; secreta estrógenos, progesterona y relaxina.

D.

Decuplicación:

Multiplicar por diez.

Depresión:

Trastorno emocional caracterizado por sensación de profunda tristeza.

Desintegración:

Desasimilación o catabolismo.

Dextrina:

producto de escisión del almidón, azúcar de almidón, por obra de enzimas o amilasas, que a su vez se descompone.

Digestión:

Conjunto de procesos por los que los alimentos ingeridos se convierten en sustancias asimilables.

Disolución:

Fenómeno por el cual un cuerpo líquido se une con otro sólido, líquido o gaseoso, dando por resultado un nuevo líquido homogéneo.

E.

- Eczema:** (Eccema). Afección inflamatoria aguda o crónica de la piel, que ofrece diversidad de causas y lesiones, entre las cuales las más constantes son: eritema, vesiculación, exudación y costras o liquenificación y escamas.
- Edad gestacional:** Período transcurrido entre el día calculado en que ocurrió la fecundación y el día en que se esta calculando o el día en que sucede el nacimiento del niño, expresado en semanas y días.
- Embarazo normal:** Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término en cuya evolución no se presentan factores que afectan la salud de la madre y el feto.
- Endotoxina:** Un producto tóxico de las bacterias relacionado con la estructura de la célula, que sólo puede obtenerse por destrucción de la misma.
- Enterocolitis:** Inflamación del intestino delgado y del colón.
- Enzima:** Proteína soluble producida por células vivas, actúa como catalizador sin ser destruido ni alterado, y a menudo el sustrato es específico.
- Eructo:** Expulsión forzada de gas proveniente del estómago por la boca.
- Escolar:** Niño de cinco a nueve años.
- Esplenomegalia:** Crecimiento del bazo.
- Estasis:** Estancamiento, cesación del movimiento.
- Estrógenos:** Hormonas sexuales de la mujer que se

producen en los ovarios y guardan relación con el desarrollo y conservación de las estructuras reproductivas y características sexuales secundarias, así como los equilibrios líquido o electrolítico, y anabolía de las proteínas. Los ejemplos incluyen el beta-estradiol, estrona y estriol.

Evolución: Transformación progresiva. Serie de transformaciones sucesivas, particularmente las que han sufrido los seres vivos durante los tiempos geológicos.

F.

Factor de riesgo: Característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño.

Fagocito: Una célula capaz de englobar otras células y desechos en los tejidos.

Farmacocinética: Estudio de la forma en que se distribuyen, absorben y excretan los fármacos en el organismo.

Fenómeno: Hecho científico que se puede observar lo que es percibido por los sentidos.

Filoquinona: f. 2-Metil-3 fitil-1,4-naftoquinona; Forma de vitamina K presente en las porciones de planta que contiene clorofila. Vitamina K.

Fluctuación: Movimiento en onda que se siente en la exploración digital de un tumor que contiene líquido, fluctuante (adj).

Fórmula: Una prescripción. Serie de símbolos que denota la composición química de una sustancia.

Fosfoglicérido: Lípido complejo constituido por un

glicerol, uno de cuyos grupos hidroxilo primario está esterificado con el ácido fosfórico, mientras que los otros dos lo están con sendos ácidos grasos.

Fosfolípido: (Fosfolipina fosfoglicérido).

G.

Glucosa: Azúcar de seis átomos de carbono, que constituye la principal fuente de energía de todos los tipos de células del organismo. Todas las células vivas conocidas llevan a cabo su metabolismo para la producción de ATP.

Grasa insaturada: La que contiene uno ó más enlaces covalentes dobles entre sus átomos de carbono; son ejemplos el aceite de oliva y la crema de cacahuete.

Grasa poliinsaturada: La que contiene dos ó más enlaces covalentes dobles entre sus átomos de carbono; son ejemplos los aceites de maíz, azafrán y algodón.

Grasa saturada: La que no posee enlaces dobles entre sus átomos de carbono, de modo que todos sus enlaces son sencillos y todos los átomos de carbono están unidos al número máximo posible de átomos de hidrogeno; este tipo de sustancias está presente de manera natural en alimentos de origen animal, como carne de ganado, productos lácteos y huevo.

H.

Hepatomegalia: Crecimiento del hígado. Es palpable por debajo del borde costal.

Hiperbilirrubinemia: Exceso de bilirrubina en sangre.

Hiperemia:	Exceso de sangre en una área causada por el aumento del flujo de sangre a una región.
Hipertonía:	Aumento del tono en una estructura muscular.
Hipófisis:	Pequeña glándula endocrina situada sobre la silla turca del hueso esfenoidal y unida al hipotálamo por el infundíbulo; se le califica de glándula “maestra”. También llamada glándula pituitaria.
Hipoglucemia:	Descenso de la glucosa en sangre.
Hipotermia:	Temperatura corporal interior a lo normal, indicada por una lectura baja en el termómetro.
Hipotónico:	Que tiene menor presión osmótica; menos que isotónico; que carece de tono, tensión, fuerza.
Homogeneización:	Acción y efecto de hacer homogénea una cosa. Proceso por medio del cual se fragmenta y dispersa con medios mecánicos una sustancia en el seno de un disolvente o medio de dispersión, lo que da lugar a una mezcla uniforme de partículas muy finas.

I.

Incidencia:	Es la razón entre el número de casos nuevos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados en el curso de un período determinado (numerador) y el número de individuos en la población en que ocurre (denominador). Por lo general se expresa en términos del número de casos por 1000 ó 100,000 habitantes.
Indicador:	Es toda variable o condición asociada al

	daño.
Induración:	Endurecimiento de los tejidos de un órgano.
Infusión:	Operación farmacéutica de verter agua caliente (hirviente) sobre drogas vegetales para obtener sus principios medicamentosos o de echar la droga en un vaso con agua hirviente.
Inmunidad celular:	Componente de la inmunidad consistente en la unión de los linfocitos sensibilizados T a los antígenos para neutralizarlos. También llamada inmunidad mediada por células.
Inmunidad humoral:	Componente de la inmunidad en que los linfocitos o células B se transforman en plasmocitos productores de anticuerpos, que destruyen a los antígenos. También llamada inmunidad mediada por anticuerpos.
Inmunidad:	Estado de resistencia a las lesiones, en particular las causadas por venenos, proteínas extrañas y parásitos, como resultado de la presencia de anticuerpos.
Inmunoglobulina:	(Ig) Cualquiera de los anticuerpos que sintetizan linfocitos especiales (plasmáticos) como respuesta a la presencia de un antígeno. Se dividen en cinco categorías (IgG, IgM, IgA, IgE e IgD), que se basan principalmente en el componente proteico.
Inmunosupresión:	Suspensión o modificación artificial de la respuesta inmunológica consecutiva a la administración de fármacos (antimetabolitos) a la acción de radiaciones

(rayos X) o a la administración de suero antilinfocítico.

Innato,ta: Dícese de lo que nace al mismo que nosotros.

Instinto: Tendencia innata a realizar ciertas acciones orientadas hacia un fin sin previo conocimiento de este fin. Toda actividad que entra en juego espontáneamente, sin reflexión, experiencia o educación.

Tonización: Acción y efecto de ionizar. Formación de iones mediante la pérdida o incorporación de electrones en átomos o estructuras moleculares eléctricamente neutros.

L.

Lactante mayor: Persona de un año a un año once meses.

Lactante menor ó infante : Persona menor de un año.

Lactobacillus: Género de bacterias. Bacilo Gramnegativo grande, activo para fermentar carbohidratos con producción de ácidos. Ninguno de sus miembros es patógeno.

Lactosa: Azúcar de la leche. Menos soluble y menos dulce que el azúcar ordinaria.

Linfa: Líquido que fluye por los vasos linfáticos hasta su retorno a la sangre. Es transparente, incolora o ligeramente amarilla. A diferencia de la sangre, la linfa sólo tiene un tipo de células, los linfocitos.

Linfocitos: Variedad de los glóbulos blancos. Las células primitivas linfocíticas sufren una transformación a linfocitos T (en el timo) y proporcionan la inmunidad celular implicada en la aceptación o rechazo del

injerto u órgano; y a linfocitos B (en un sitio aún desconocido que forman anticuerpos y proporcionan la inmunidad humoral.

- Linfoma:** Tumor benigno del tejido linfático.
- Lípido:** Cualquier grasa o sustancia semejante a la grasa insoluble en agua, extraída de solventes no polares. Los lípidos sirven como fuente energética y son un constituyente importante de la membrana celular.
- Liposoluble:** Soluble en grasas.
- Lísis:** Disolución y desintegración de bacterias y células por acción de una lisina.
- Lisozima:** Enzima básica que actúa como agente antibacteriano y está presente en varios fluidos orgánicos como las lágrimas y la saliva.
- Logística:** Técnica del movimiento de las tropas y de su transporte y avituallamiento.
- Lumen:** Unidad de flujo luminoso; el flujo es una unidad de ángulo sólido a partir de una fuente que tenga una intensidad luminosa uniforme de una bujía.
- Lustro:** Período de cinco años.
- M.**
- Macroambiente:** Se define como macroambiente la organización familiar, tomándola como una célula social y, además, la estructura de la comunidad donde vive la mujer embarazada.
- Macrófago:** Células fagocíticas que juegan un importante papel en la organización y

	reaparición de los tejidos.
Maltosa:	Azúcar de malta, producto obtenido del almidón y la malta por la acción de fermentos solubles como la maltina, amilasa, etc... se transforma en glucosa por la acción prolongada de los ácidos diluidos y por la de enzimas presentes en la superficie de los enterocitos (amilasa).
Mamífero:	Animal vertebrado cuya hembra alimenta a su cría con la leche de sus mamas.
Matroambiente:	Se refiere al organismo materno, terreno donde germinará la semilla del hombre; por ende, de acuerdo a las características de este terreno, serán las características del fruto cosechado.
Membrana celular:	Membrana plasmática.
Membrana plasmática:	Estructura trilaminar constituida por una capa lipídica bimolecular con proteínas adheridas. Es probable que sus características controlen la permeabilidad.
Mesoamérica:	Región ocupada por las civilizaciones precolombinas al norte del istmo de Panamá, que comprende el centro y sur de México y el norte de América Central.
Mesopotamia:	Región de Asia entre el Tigris y el Eufrates, donde se encuentran las ruinas de Babilonia y Nínive.
Metástasis:	La aparición de focos de una enfermedad en un órgano o parte situados lejos de su origen.
Micela:	Una de las unidades estructurales submicroscópicas fundamentales del protoplasma.
Microambiente:	Se refiere al ambiente inmediato al bebé,

líquido amniótico, placenta, cordón umbilical, No. de productos, membranas corioamnióticas.

Mutación:

Cualquier cambio de la secuencia de las bases de la molécula de ADN que da por resultado una modificación permanente en algún rasgo hereditario.

N.

Necrosis:

Mortificación de un tejido en general, gangrena; la parte necrosada se llama secuestro.

Neurotransmisor:

Sustancia química sintetizada por las neuronas, por lo general a partir de aminoácidos. De la presencia de neurotransmisores en la unión neuromuscular o unión neuroglandular depende la transmisión de un impulso por una sinapsis.

Nutrimento:

Substancia nutritiva.

O.

Oxitocina:

Hormona de las células neurosecretoras del núcleo paraventricular hipotalámico, estimula la contracción del músculo liso en el útero grávido y la de las células contráctiles que rodean a los conductos de las glándulas mamarias.

P.

Parto con producto a postérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 ó más semanas de gestación.

Parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 a 41.6 semanas de gestación.

Parto con producto Expulsión del producto del organismo

inmaduro:	materno de 21 a 27.6 semanas de gestación.
Parto con producto prematuro:	Expulsión del producto del organismo materno de 28 a 36.6 semanas de gestación.
Parto normal:	Serie de procesos fisiológicos mediante los cuales la madre expulsa por vía vaginal al producto de la concepción a término.
Parto pretérmino:	Expulsión del producto del organismo materno, de 28 ó menos semanas de gestación.
Patógeno:	Microorganismo causante de enfermedades.
Peso molecular:	Peso de una molécula de cualquier sustancia que representa la suma de los pesos de los átomos que la constituyen.
Piel de Naranja:	Término que se aplica al aspecto de la piel que recubre la mama en la inflamación aguda o el carcinoma avanzado; por el edema linfático los orificios de los folículos pilosos toman el aspecto de hoyuelos, que asemejan a las depresiones de la cáscara de naranja.
Pinocitosis:	Fagocitosis de gotitas de líquido por parte de una célula. Se observa fácilmente en las células especializadas en la función nutritiva como las de la mucosa intestinal.
Poligamia:	Unión conyugal de un hombre o una mujer con más de un cónyuge.
Preeclampsia:	Síndrome que se caracteriza por hipertensión súbita, proteinuria considerable y edema generalizado; quizá guarde relación con una reacción autoinmunitaria o alérgica a causa de la

	presencia del feto.
Preescolar:	Niño de dos a cuatro años.
Prevalencia:	Es un coeficiente que se obtiene usando como numerador el número de personas enfermas o que presentan cierto trastorno en una población específica y en determinado momento, y como denominador, el número de personas de la población en la cual ocurrieron.
Progesterona:	Hormona sexual de la mujer producida por los ovarios, que participa en la preparación del endometrio para la implantación del óvulo fecundado y de las glándulas mamarias para la secreción de leche.
Prolactina:	Hormona de la porción anterior de la hipófisis, que estimula la secreción láctea.
Prolactina:	Hormona del lóbulo anterior de la hipófisis que estimula y conserva la secreción de leche por parte de las glándulas mamarias.
Proliferación:	Multiplicación de formas similares, especialmente tratándose de células y quistes morbosos.
Pronación:	Movimiento de rotación de la mano hacia adentro.
Prono,na:	Inclinado a una cosa. Que está echado sobre el vientre: décubito prono.
Proteínas:	Compuestos nitrogenados, altamente complejos, que se encuentran en todos los tejidos animales y vegetales. Están formadas por aminoácidos y son esenciales para el crecimiento y la reparación de tejidos.
Protrusión:	Del latín protrusum, supino de protudere, empujar, adentro, mover hacia adelante.

R.

- Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 a 41.6 semanas de gestación, que equivale a un producto de 2500 gramos ó más.
- Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 500 gramos independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido eutrófico:** Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- Recién nacido hipertrófico:** Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- Recién nacido hipotrófico:** Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 a 27 semanas de gestación ó de 500 a 1000 gramos de peso.
- Recién nacido postérmino:** Producto de la concepción de 42 semanas de gestación o más.
- Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 a 36.6 semanas de gestación , que equivale a un producto de 1000 a 2500 de peso.
- Recién nacido:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- Relaxina:** Hormona producida por los ovarios, que refleja la sínfisis púbica, participa en la dilatación del cuello uterino para facilitar el parto y desempeña funciones en aumentar la motilidad de los espermatozoides.

Retinol: Vitamina A.
Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño.

S.

Septicemia: Presencia y multiplicación de bacterias vivas en el torrente sanguíneo.

Seroalbúmina: La proteína principal del plasma sanguíneo y otros líquidos serosos.

Síndrome: Grupo de signos y síntomas característicos de una enfermedad.

Sionismo: Movimiento que propugnaba el establecimiento de un estado judío autónomo en Palestina.

Substracción: Acción de abstraer o quitar una cosa.

T.

Tasa de natalidad: Número de nacidos vivos en un año entre la población total por 1000.

Tasa: Es el cociente que resulta de dividir el número de veces que ocurre un evento en un grupo de personas, entre el total de la población que esta expuesta a tal riesgo, esta cifra se multiplica por 100, 1000, 100,000.

Taurina: Ácido amidoetilaulfónico; sustancia en criatales incoloros y solubles, de la bilis, producto de la descomposición del ácido taurocólico. Se encuentra también en pequeñas cantidades en los músculos y los pulmones.

Taxonomía: Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los seres.

Tejido conectivo: El más abundante de los cuatro tipos básicos del tejido del cuerpo, con funciones

de unión y sostén; consiste en células relativamente escasas, incluidas en sustancias intercelular abundante.

Tlatilco: Región con restos arqueológicos del Valle de México.

Tocoferol: Vitamina E sintética, similar a la que se encuentra en el aceite de germén de trigo.

Triglicérido: Lípido formado por un éster de glicerol y tres ácidos grasos.

V.

Vitaminas: Factores alimenticios esenciales, de naturaleza química que se encuentran en ciertos alimentos. Y pueden ser hidrosolubles (solubles en agua) ó liposolubles (soluble en grasas).

Z.

Zoología: Parte de las ciencias naturales que estudia los animales.

12. APENDICES Y ANEXOS

APÉNDICE 1

CÉDULA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA.

A. ETAPA PRENATAL

	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
1. Edad	<input type="radio"/> 20 a 30 años	<input type="radio"/> 15 a 19 <input type="radio"/> 31 a 35	<input type="radio"/> 14 ó menos <input type="radio"/> 36 o más
2. Escolaridad en años	<input type="radio"/> 6 ó más	<input type="radio"/> 1 a 5	<input type="radio"/> Ninguno
3. Lactancia anterior	<input type="radio"/> Si, exitosa	<input type="radio"/> Si, con dificultad y/o mixta.	<input type="radio"/> No, y/o fracaso. ¿Porqué? _____ _____ _____
4. Duración de la lactancia anterior (exclusiva).	<input type="radio"/> seis meses	<input type="radio"/> De cuatro a seis meses	<input type="radio"/> Menos de cuatro meses
5. Embarazo planeado	<input type="radio"/> Deseado y planeado	<input type="radio"/> Deseado, pero no planeado	<input type="radio"/> No deseado
6. Control Prenatal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> No
7. Actitud actual hacia la lactancia	<input type="radio"/> Positiva	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Negativa
8. Apoyo familiar	<input type="radio"/> Apoyo total	<input type="radio"/> Poco apoyo y/o	<input type="radio"/> No la apoyan y/o familiares

		indiferencia	que desalientan la lactancia.
9. Condiciones anatómicas de los senos	° Normales	° Pezón plano, pezones super-numerarios. Otra ¿Cuál? _____ _____ _____	° Pezón invertido, agenesia, glándulas accesorias, antecedente quirúrgico. Otra ¿Cuál? _____ _____ _____

B. ETAPA NATAL

1. Riesgo al nacimiento en el R:N	° Bajo	° Medio. Claves	° Alto. Claves
2. Riesgo en el R.N. de 0-6 días	° Bajo	° Medio. Claves	° Alto. Claves
3. Nacimiento	° Parto	° Forceps prog. Cesarea prog.	° Cesárea y/o forceps urgente por complicación materna y/o fetal.
4. Tipo de anestesia	° No, y/o local o BPD	° Analgesia	° General
5. Apgar	° 07-10	° 04-06	° 01-03
6. Exploración del R.N. (reflejos para			

iniciar la lactancia.

- | | | | |
|---|-----------------------|--|--------------|
| a. succión | ° Normal | ° Débil Vigorosa | ° Ausente |
| b. deglución | ° Normal | ° Alterada | ° Ausente |
| c. búsqueda | ° Presente | ° Limitada | ° Ausente |
| d. Valoración del tono de la cintura escapular | ° Normal | ° Hipertónico | ° Hipotónico |
| 7. Valoración de la presencia de calostro | ° Si | ° Escaso | ° No |
| 8. Apego inmediato | ° Si | ° Inmediato, pero sin realizar la primera tetada, o posterior a los 30 minutos | ° No |
| 9. Recibió platicas prenatales sobre la lactancia | ° Sí, como mínimo dos | ° Sí, pero sólo una | ° No |

C. ETAPA POSNATAL

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Riesgo perinatal en el puerperio | ° Bajo | ° Medio. Claves | ° Alto. Claves |
| 2. Alojamiento conjunto | ° Inmediato | ° Mediato | ° Tardío |
| 3. Complicación materna | ° No | ° Se sospecha de posible | ° Si, ¿Cuál? _____ |

			complicación, vigilancia estrecha	_____

4. Complicación recién nacido	° No	° En observación UCIGen, posible complicación	° Sí, ¿Cuál? _____	_____
5. Inicio de la lactancia	° Al seno antes de las 12 Hrs.	° De 12 a 24 Hrs. al seno, o con algún utensilio	° No se ha iniciado o se inicio tardíamente	
6. Estado de las mamas	° Normales	° Congestión, dolorosas ó sensibles	° Mastitis, absceso mamario, conducto obstruido. Otras, ¿Cuál? _____	
7. Estado de los pezones	° Sanos	° Irritados y/o dolorosos	° Agrietados	
8. Técnica de amamantamiento (observación)	° Adecuada	° Con deficiencias	° Mala técnica	
9. Frecuencia de las tetadas	° A libre demanda (de 8 a 12 veces al día)	° Con horario menos de 4 horas	° Con horario más de cuatro horas.	
10. Nutrición materna e ingesta de líquidos	° Adecuada	° Insuficiente	° Deficiente	
11 Recién nacido	° Normal	° Fatiga	° Ausente o anormal	

(succión-deglución)

- | | | | |
|--------------------------------|----------------|--|--------------------------------|
| 12. Actitud hacia la lactancia | ◦ Positiva | ◦ Inquieta pero controlable | ◦ Desesperada, ansiosa o tensa |
| 13. Egreso | ◦ Ambos juntos | ◦ Juntos, pero el alojamiento fue tardío | ◦ R.N. en UCIGen |

D. SEGUIMIENTO A LOS SIETE DÍAS

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| 1. Estado de las mamas | ◦ Normales | ◦ Congestión, dolorosas o sensibles | ◦ Mastitis, absceso mamario, conducto obstruido.
Otras ¿Cuál?____

_____ |
| 2. Estado de los pezones | ◦ Sanos | ◦ Irritados y/o dolorosos | ◦ Agrietados |
| 3. Técnica de amamantamiento (observación) | ◦ Adecuada | ◦ Con deficiencias | ◦ Mala técnica |
| 4. Frecuencia de las tetadas | ◦ A libre demanda (de 8 a 12 veces al día) | ◦ Con horario menos de 4 horas | ◦ Con horario más de cuatro horas. |
| 5. Nutrición materna e ingesta de líquidos | ◦ Adecuada | Insuficiente | ◦ Deficiente |

6. Peso de la madre (48 a 72 horas posterior al nacimiento)	° Sobrepeso de 2 a 3 Kg.	° Sobrepeso mayor de 3 Kg o deficiencia de peso de acuerdo a su talla.	° Sobrepeso mayor al 135% de su peso o decremento menor al 90%
7. Madre trabajadora y/o estudiante	° No	° En casa o con posibilidades de llevarlo al trabajo	° Si, fuera del hogar
8. Actitud hacia la lactancia	° Positiva	° Inquieta pero controlable	° Desesperada, ansiosa o tensa
9. Complicación materna	° No	° Se sospecha de posible complicación, vigilancia estrecha	° Si, ¿Cuál? _____ _____ Medicamento utilizado _____ _____
10. R.N. (suc.-deglución)	° Normal	° Fatiga	° Ausente o alterada
11 Busqueda	° Presente	° Limitada	° Ausente
12. Valoración del tono de la cintura escapular	° Normal	° Hipertónico	° Hipotónico
13. Micción	° 6 a 8 por día		° menos de 6
14. Evacuación	° 6 a 10 por día		° menos de 4
15. Peso	° Normal	° Desv. leve	° Desv. severa
16. Alimentación (tipo)	° Al seno exclusivo	° Mixta	° A. Formula exclusiva
17. Complicación recién	° No	° Se sospecha de posible	° Si, ¿Cuál? _____ _____

nacido

complicación,
vigilancia
estrecha

E. SEGUIMIENTO CONSULTA MENSUAL

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 2. Estado de los pezones | ° Sanos | ° Irritados y/o dolorosos | ° Agrietados |
| 3. Técnica de amamantamiento (observación) | ° Adecuada | ° Insuficiente | ° Deficiente |
| 4. Frecuencia de las tetadas | ° A libre demanda (de 8 a 12 veces al día) | ° Con horario menos de 4 horas | ° Con horario más de cuatro horas |
| 5. Nutrición materna e ingesta de líquidos | ° Adecuada | ° Insuficiente | ° Deficiente |
| 6. Peso de la madre | ° De acuerdo a su talla | | ° Mayor o menor para su talla |
| 7. Madre trabajadora y/o estudiante | ° No | ° En casa o con posibilidades de llevar al bebé al trabajo | ° Si, fuera del hogar |
| 8. Actitud hacia la lactancia | ° Positiva | ° Inquieta pero controlable | ° Desesperada, ansiosa o tensa |
| 9. Complicación materna | ° No | ° Posible complicación, vigilancia estrecha | ° Si, ¿Cuál? _____
Medicamento utilizado _____ |

10. Riesgo en el niño de 7 días a 1 año	° Bajo	° Medio. Claves	° Alto. Claves
11 Niño (succión-deglución)	° Normal	° Fatiga	° Ausente anormal
12 Búsqueda	° Presente	° Limitada	° Ausente
13 Valoración del tono de la cintura escapular	° Normal	° Hipertónico	° Hipotónico
14 Micción	° 6 a 8 por día		° Menos de 6
15 Evacuación	° 6 a 10 por día		° Menos de 4
16 Peso	° Normal	° Desv. leve	° Desv. severa
17 Alimentación (tipo)	° Al seno exclusivo	° Mixta	° A. Formula exclusiva
18 Enfermedad Niño	° No	° Posible, vigilancia estrecha	° Si, ¿Cuál? _____
19 Expectativa hacia la ablactación	° Confía plenamente en el equipo de salud y esperará a que le indiquen el inicio	° Ansiedad por iniciarla y el lactante tiene más de 4 meses	° La ha iniciado o tiene ansiedad por iniciarla y el lactante tiene menos de 4 meses
20 Destete	° Progresivo y el niño tiene entre uno y dos años de edad	° Acelerado y el niño tiene más de un año	° Brusco y el niño tiene menos de un año

21 Método de Si, ¿Cuál? _____
planificación _____
familiar _____

° No

APÉNDICE 2

Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de estudios al nacimiento

Clínica de Lactancia Materna

Guía para realizar el interrogatorio y exploración física de la madre y el lactante a través del método del PSOAP

Fecha: _____

Peso madre: _____ gr

Peso lactante: _____ gr

Nombre de la madre: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha y Lugar de nacimiento: _____

Sexo: F ___ M ___

P.- PROBLEMA O MOTIVO DE LA CONSULTA

- * Falla en aumento de peso
- * Patología mamaria o del pezón
- * Patología del niño
- * Producción insuficiente
- * Congestión mamaria
- * Relactancia
- * Medicamentos
- * Otros

S.- PARÁMETROS SUBJETIVOS OBTENIDOS A TRAVÉS DEL INTERROGATORIO A LA MADRE

- * Número de tetadas en 24 horas
- * Frecuencia de las tetadas
- * Número de micciones y evacuaciones en 24 horas
- * Tipo de alimentación:

- a) seno materno exclusivo
- b) seno materno parcial
- c) con formula exclusiva

* Suplementa con:

- | | |
|--------------------|-----------------|
| a. formula | d. té |
| b. formula diluida | e. agua |
| c. atoles | f. leche entera |

* Administración:

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. vaso | 3. cuchara | 5. biberón |
| 2. Jeringa | 4. gotero | |

* Suplementa por:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| a) producción insuficiente | d) bajo peso |
| b) indicación médica | e) infección materna |
| c) trabajo materno | f) otro |

O.-PARAMETROS OBJETIVOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA MADRE Y EL NIÑO

A. Exploración física de la madre:

1. Mamas: normales, vacías, llenas, congestivas, secretantes o no secretantes, etc.
2. Pezón: normal, plano, invertido parcial o total, con grietas, etc.

B. Exploración física del niño:

1. Reflejos: búsqueda, succión-deglución (normal o anormal), tono de la cintura escapular (normal, hipotónico o hipertónico).
2. Examen de la boca: explorar labios, lengua, encías y paladar para saber si están normales o con alguna anormalidad.

C. Observación de la Técnica de amamantamiento

* Posición del infante: bien colocado, “panza-panza”, “nariz-seno”, posición alineada de la madre.

* Niño: apertura amplia, lengua en surco, labios evertidos, succión coordinada, chasquido boca.

A.-DIAGNOSTICO

1. Problemas maternos
2. Problemas del niño
3. Lactancia exitosa o favorable hasta el momento.

CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

PRODUCCIÓN INSUFICIENTE	17 Sx de confusión
POR:	18 Mala técnica
01 Subjetiva	19 Hipotonía
02 Inicio tardío	20 Hipertonía
03 Tomas infrecuentes	21 Otra ¿Cuál? _____
04 Suplementación	Problemas maternos:
05 Separación madre-hijo	22 Enf. Materna ¿Cuál? _____
06 Gemelar	23 Sobreproducción de leche
07 Hipoplasia mamaria	24 Congestión
08 Restos placentarios	25 Grietas
Problemas del niño:	26 Ducto ocluido
10 Disfunción motora oral	27 Eccema del pezón
11 Aumento insuficiente de peso	28 Pezón plano
12 Ictericia	29 Pezón invertido
13 Prematurez	30 Mastitis aguda
14 Labio hendido	31 Absceso mamario
15 Labio y paladar	32 Madre trabajadora
FALLA TÉCNICA POR:	33 Falta de apoyo familiar
16 Mala posición	34 Mala posición y mala técnica
mama-bebé	35 Otros ¿Cuál? _____

P.- PLAN O TRATAMIENTO

En este parámetro se indica tratamiento oportuno dependiendo del problema o los problemas que se presenten que pudiesen dificultar

la lactancia materna y conlleven al abandono temprano de la misma y se le debe dar seguimiento al caso.

PRONOSTICO. Se enuncia brevemente lo que se espera a futuro sobre el caso clínico, de acuerdo al tratamiento asignado. Ejemplo, pronostico favorable, desfavorable, etc.

Valoración de riesgo para
la lactancia
RIESGO BAJO
RIESGO MEDIO
RIESGO ALTO

Firma del equipo de
salud que proporcionó
el servicio
Jefe de Dirección Médica
Dr. _____
Jefe de Atención para la
salud
Dr. _____
Responsable de la
Clínica de Lactancia
Materna
L.E.O. _____
L.E.O. _____

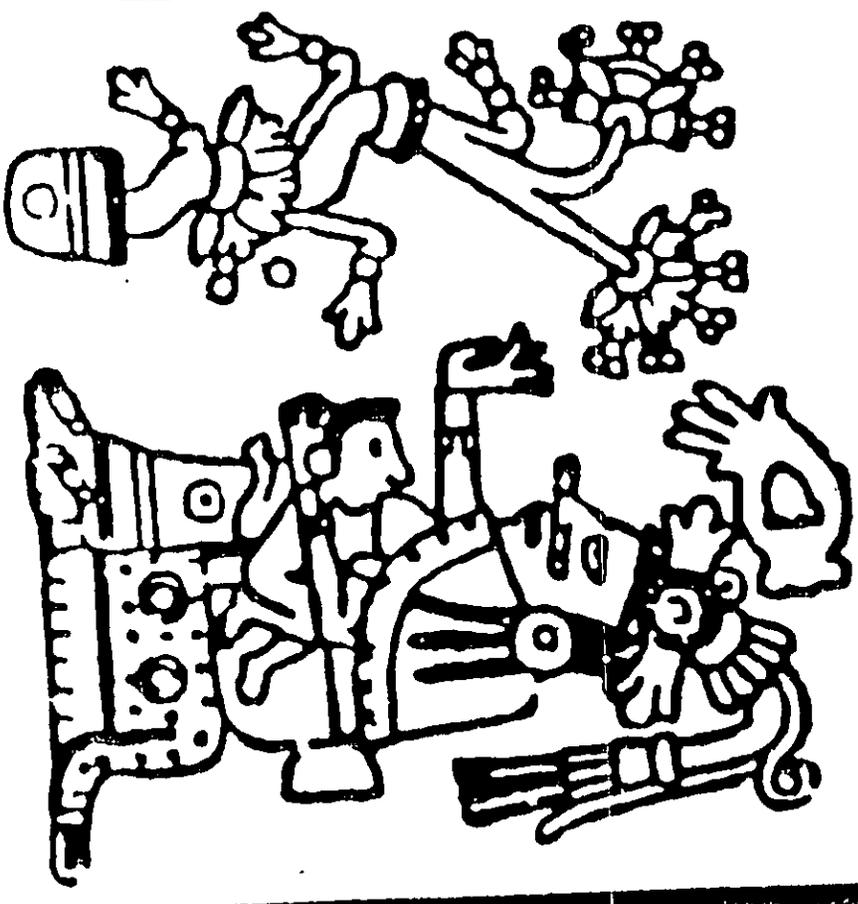
ANEXO 1

SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE ACTIVIDADES (SISEC) (Selección de algunos puntos)

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

S I S E C

SISTEMA DE
SEGUIMIENTO Y
CONSOLIDACION
DE ACTIVIDADES



INSTRUCTIVO

SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACION SISEC

Esta guía metodológica que fue elaborada para la calificación de las unidades de salud que pertenecen al Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, ha funcionado a nivel nacional y en todo el Sistema Nacional de Salud, permitiendo uniformar criterios, establecer avances, conjuntar equipos de salud multidisciplinarios y sobre todo ha sido una guía para que cada uno de los miembros del personal sepan que deben hacer, en que momentos y quienes apoyan el programa.

Dado que pretendemos llegar a un modelo de servicios que fomente, promueva y apoye la lactancia materna y realice atención médica integral con un aprovechamiento de oportunidades perdidas que permitan otorgar otros servicios que brinda la unidad de salud, se han incorporado tres actividades que complementan estas funciones y contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

Estas actividades agregadas son:

En el capítulo de Acciones Preventivas, se ha agregado la prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y atención integral de los adolescentes

El agregar estas actividades permitirá llegar con mayor seguridad a una atención integral, de calidad y otorgada con humanismo, como es el objetivo básico del programa hospital amigo del niño y de la madre.

Esta tercera versión del documento ha sido validada por las sedes de capacitación en lactancia materna y se ha contado con la participación de las diferentes áreas de la Dirección General de Salud Reproductiva

El Sistema de Seguimiento y Consolidación ha resultado una guía para el nivel hospitalario, también es aplicable al primer nivel de atención, sin embargo, tomando en consideración que las actividades que no realicen por sistema, deben excluirse, de manera que no altere la calificación obtenida.

PARA QUE SIRVE

- Para dar seguimiento a las actividades que conforman el desarrollo operativo del programa.
- Para facilitar la asesoría en las limitantes identificadas por el sistema y que impiden el óptimo avance.
- Como base para los acuerdos institucionales concertados en evaluaciones previas.
- Como información útil, susceptible de ser sistematizada.
- Para consolidar la condición institucional del hospital amigo.
- Para toma de decisiones específicas

COMO SE UTILIZA

Es un sistema de auto-evaluación y guía metodológica para la verificación de las actividades del programa.

Son necesarias la observación directa, preguntas dirigidas, demostración de técnicas, análisis de documentos, etc.

Su llenado requiere la participación de personal de las distintas áreas involucradas en el programa como: pediatras, ginecobstetras, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, supervisores, jefe de enseñanza y director; de cada uno de los turnos para lo cual se sugiere la conformación de un grupo responsable de efectuar la autoevaluación.

FORMA DE LLENADO

Este documento deberá ser adaptado a las necesidades operativas de la Unidad que autoevalúe, siendo susceptible de aplicarse en todos los niveles de atención.

La forma de contestar el SISEC se basa en respuestas simples, SI o NO, colocando una X donde corresponda. Las sumas en sentido vertical u horizontal permiten obtener una puntuación que traducida en porcentaje se traslada a la gráfica de resultados con lo cual se obtiene un perfil de la situación que guarda el programa dentro del hospital.

Algunas de las actividades no pueden ser valoradas por todos los turnos, en estos casos la puntuación se concentra en el total parcial

Las acciones que requieren la participación del primer nivel para cumplirse, se da positivo si se realiza en cualquier nivel. Cuando esta coordinación se realiza y se cumple la actividad se da por positiva la calificación del hospital y del centro de salud.

OBSERVACIONES

Recomendamos poner atención a las actividades 6 y 9 en las que los primeros 3 puntos la respuesta negativa se califica a la inversa del resto de las actividades, por ejemplo 6.1 Se realiza lavado gástrico de rutina. Cuando no se realiza lavado gástrico de rutina la calificación es "1". Cuando SI se realiza rutinariamente la calificación es "0". También se sugiere que la autoevaluación se realice de manera trimestral, antes y después de la certificación

pretende valorar si se ha cumplido con los acuerdos propuestos y los responsables de llevarlos a cabo

1.- ANALISIS

Al concluir la graficación de resultados, se deben analizar cada una de las acciones en las que se identificó menor producción, buscando la causa, para proponer las soluciones viables y a corto plazo de acuerdo a los recursos y capacidad de gestión de la institución con la finalidad de consolidarse como Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

En este análisis se debe considerar la posibilidad de adoptar estrategias consistentes en:

- ◆ Solicitudo de asesoria técnica dirigida al reforzamiento de los aspectos que limitan el desarrollo del programa
- ◆ Valorar la necesidad de realizar intercambio de experiencias técnicas del personal de la institución, a través de la realización de visitas a hospitales modelo.

2.- ACUERDOS Y VERIFICACION

En este apartado se deberán escribir los acuerdos internos a los que lleguen las autoridades correspondientes, para solucionar los problemas encontrados definiendo la fecha probable de solución y al responsable de ejecutar las actividades necesarias para resolver estas desviaciones. Estos acuerdos deben estar avalados por la firma del Director del Hospital

PERSONAL QUE REALIZO LA EVALUACION

En esta hoja se anotan nombres y firmas de los responsables de cada área y cada turno de trabajo que participaron en esta autoevaluación

consultados para calcular los porcentajes de avance.

A continuación se presenta un ejemplo práctico referido a la actividad global 1 (Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural).

Existen los siguientes parámetros:

Máximo individual por turno	7
Máximo total por turno	70
Máximo total parcial	28
Máximo total global	280

Se debe calcular el porcentaje de lo obtenido contra lo esperado con una regla de tres simple:

$$\frac{\% \text{ alcanzado} \times 100}{\text{máximo o total global}} = \% \text{ Total global}$$

En la gráfica se irá colocando el porcentaje alcanzado por turnos y total, marcando el porcentaje obtenido en cada una de las actividades.

5. La gráfica correspondiente al perfil hospitalario reúne los resultados totales de cada una de las actividades globales y además presenta una columna que da el porcentaje de avance total hospitalario.

ANALISIS, ACUERDOS Y VERIFICACION

Esta parte corresponde al análisis de los resultados obtenidos, enfatizando los aspectos susceptibles de intervención para mejorar el desarrollo del programa

También se contemplan los acuerdos en los que se marcarán los compromisos o propósitos que se tienen para lograr la realización adecuada de actividades. El aspecto de verificación es otro apartado en el cual se pondrán fechas en que se

GRAFICACION PORCENTUAL DE RESULTADOS

COMO ESTA GRAFICADO

La graficación porcentual está diseñada por separado para cada una de las actividades globales en cada turno y una general con el perfil hospitalario. En la línea de las ordenadas está el porcentaje que va del 0 al 100% dividido en cajones, cada uno con un valor de 10. En las abscisas están las actividades guía con su numeración correspondiente y se contemplan los turnos (total parcial).

En la última columna se encuentra el espacio destinado al total de la actividad global.

La última gráfica corresponde al perfil hospitalario, que está integrado por los resultados globales consignados en cada una de las actividades globales correspondientes y cuenta con una sexta columna en la que se presenta el promedio de avance de todo el hospital.

ELABORACION DE GRAFICOS

1. Sumar las respuestas positivas de cada una de las acciones de las actividades guía y colocarlas en el cuadro correspondiente de cada uno de los turnos, en el cuadro correspondiente al total parcial colocar la suma de los turnos.
2. Sumar los resultados positivos obtenidos en cada una de las actividades guía y colocarlo en el cuadro correspondiente al total por turno.
3. Sumar los resultados obtenidos en el total parcial y colocarlo en el cuadro correspondiente al total global
4. Al final de cada una de las actividades globales, se encuentran los parámetros para graficación porcentual de resultados, los cuales deben ser

CEDULA DE IDENTIFICACION

NOMBRE OFICIAL DEL HOSPITAL:

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE:

DOMICILIO:

Calle

Núm.

Colonia

C P

Municipio

Ciudad y Estado

Teléfono

Fax

INCORPORACION AL PROGRAMA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Día Mes Año

EVALUACION:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Día Mes Año

DIRECTOR DEL HOSPITAL:

RESPONSABLE DEL PROGRAMA

CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL

I RECURSOS HUMANOS (PLANTILLA DEL PERSONAL)

JEFES DE SERVICIO (NOMBRES)

GINECO OBSTETRICIA

PEDIATRIA

ENSEÑANZA

ENFERMERIA

PERSONAL

	NUMERO	NUMERO	PASANTES	NUMERO	NUMERO
GINECO OBSTETRAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De medicina	<input type="text"/>	ENFERMERAS TITULADAS <input type="text"/>
PEDIATRAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	De enfermeria	<input type="text"/>	AUXILIARES DE ENFERMERIA <input type="text"/>
MEDICOS GENERALES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	En trabajo social	<input type="text"/>	TRABAJADORAS SOCIALES <input type="text"/>
MEDICOS FAMILIARES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	En nutrición	<input type="text"/>	NUTRICIONISTAS <input type="text"/>
			En psicología	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	

II RECURSOS MATERIALES

	CAMAS		CONSULTORIOS		OTROS RECURSOS	
	CENSABLES NUMERO	NO CENSABLES NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
GINECO OBSTETRICAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>			QUIROFANOS	<input type="text"/>
Alojamiento Conjunto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ESPECIALIDADES	<input type="text"/>	MESAS DE EXPULSION	<input type="text"/>
PEDIATRICAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CLIN. DE LACTANCIA	<input type="text"/>	CUIDADOS INTENSIVOS	<input type="text"/>
Cunero Patológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEDICINA FAMILIAR	<input type="text"/>	AREA DE HIDRATACION ORAL	<input type="text"/>
Cunero de Transición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEDICINA GENERAL	<input type="text"/>	AREA DE RECUPERACION	<input type="text"/>
				<input type="text"/>		<input type="text"/>

PRODUCTIVIDAD

SERVICIOS DE PEDIATRIA, OBSTETRICIA Y NEONATOLOGIA

(SEMESTRE INMEDIATO ANTERIOR)

HOSPITALIZACION

TOTAL DE EGRESOS NUMERO
(Total de Hospital)

% DE OCUPACION NUMERO
(Total de hospital)

PEDIATRICOS

OBSTETRICOS

NACIMIENTOS DE TERMINO
DE PRETERMINO DE POSTERMINO
DE TERMINO CON BAJO PESO
MORTINATOS
NIÑOS EN CUIDADOS ESPECIALES
NIÑOS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

NUMERO	%

PARTOS EUTOCICOS
DISTOCICOS
CESAREA
ABORTOS
MADRES EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

NUMERO	%

CONSULTA EXTERNA NUMERO
TOTAL DE CONSULTAS

TOTAL DE EMBARAZADAS ATENDIDAS NUMERO

PEDIATRICAS CRECIMIENTO Y DESARROLLO
NIÑO ENFERMO

1ª VEZ	SUBSECUENTES

PRENATALES POSNATALES

1ª VEZ	SUBSECUENTES

I. PROTECCION, PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA NATURAL

ACTIVIDADES	TURNOS												TOTAL PARCIAL		
	MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		GUARDIA		NO		SI				
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI			
1. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS (POLITICAS) 1.1 Existen y se conocen en Consulta externa 1.2 Existen y se conocen en Obstetricia 1.3 Existen y se conocen en Tocoginecología 1.4 Existen y se conocen en Urgencias 1.5 Existen y se conocen en Pediatría 1.6 En lugar visible y accesible en todos los servicios 1.7 Se cumplen	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
2. CAPACITACION AL 100 % DE PERSONAL 2.1 Directivo 2.2 Administrativo y de servicios generales 2.3 Servicio de Obstetricia 2.4 Servicio de Pediatría 2.5 Trabajo Social 2.6 Enfermería, nutrición y otros 2.7 Personal de primer nivel de atención	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
3. DIFUSION DE LA LACTANCIA A EMBARAZADAS Y PUERPERAS 3.1 Carteles en consulta externa y hospitalización 3.2 Se imparten pláticas en sala de espera y hospitalización 3.3 Se distribuyen folletos en sala de espera y hospitalización 3.4 Se imparten videos en sala de espera y hospitalización Los contenidos de pláticas y videos abordan lo siguiente: 3.5 Beneficios de la lactancia materna 3.6 Preparación para la lactancia 3.7 Aspectos prácticos de la lactancia	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			

* Guardia: Sábado, domingo y días festivos

ACTIVIDADES	TURNOS												TOTAL PARCIAL		
	MATUTINO			VESPERTINO			NOCTURNO			GUARDIA					
	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL			
4 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA DENTRO DE MEDIA HORA DESPUES DEL NACIMIENTO 4.1 Inicia la lactancia en sala de partos 4.2 Ayudan y orientan a la madre a iniciar la lactancia 4.3 Mantienen contacto piel a piel por lo menos 30 minutos 4.4 Envían a la madre y al niño juntos a su cama 4.5 En sala de recuperación se practica lactancia materna 4.6 En casillas sin complicaciones 4.7 En medidas complicadas con toxemia, hemorragia e ícteric (cuando las condiciones lo permitan)	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
5. ENSEÑAN A LA MADRE COMO DAR DE MAMAR Y COMO MANTENER LA LACTANCIA 5.1 Se enseña técnica de lactancia en las primeras seis horas después del nacimiento 5.2 Se enseña técnica de extracción manual 5.3 Se enseña alimentación a libre demanda por períodos menores de tres horas 5.4 Se alimenta con leche materna a niños prematuros 5.5 Se alimenta con leche materna a niños con tétano y paludar herido. Down. Hepatodisismo 5.6 Se alimenta con leche materna a niños con refectorio 5.7 Se enseña como almacenar, conservar y administrar la leche extraída	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
	0	1		0	1		0	1		0	1		0	1	
6. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 6.1 Se realiza lavado gástrico de tuerca 6.2 Se ofrece solución glucosada o té al recién nacido 6.3 Se practica ayuno de leche 6.4 Se ofrece fórmula durante el alojamiento conjunto 6.5 Se alimenta con leche materna al 100% de niños en cuidados especiales 6.6 Se amamanta neonatos en cuidados especiales cuando tienen riesgo de succión 6.7 Se alimenta a seno materno en forma directa o con algún utensilio (vaso, cuchara, sonda)	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	

ACTIVIDADES	TURNOS												TOTAL PARCIAL
	MATUTINO			VESPERTINO			NOCTURNO			GUARDIA			
	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL	NO	SI	TOTAL	
	[]			[]			[]			[]			
7. ALOJAMIENTO CONJUNTO 7.1 Se practica alojamiento conjunto las 24 horas 7.2 No se separa a la madre y al niño por más de una hora 7.3 Alojamiento conjunto en sala de recuperación 7.4 Tiempo entre el nacimiento e inicio de alojamiento conjunto menor a 30 minutos 7.5 Alojamiento conjunto en cestas 7.6 Alojamiento conjunto en partos complicados 7.7 Alojamiento conjunto en niños complicados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[]
8. APOYO A LA LACTANCIA CADA VEZ QUE SE SOLICITA 8.1 Se orienta en consultas prenatales y se revisan pezones 8.2 Se ofrece apoyo de lactancia de lactancia 8.3 Se apoya en especial a alto riesgo de abandono de lactancia 8.4 Se enseña alimentación a libre demanda 8.5 Se enseña a la madre a evitar problemas para lactar 8.6 Se enseña a la madre como asegurar una producción adecuada de leche 8.7 Se supervisa a la madre en su técnica de amamantamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[]
9. ERRADICACION DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL 9.1 Conocimiento del Código Internacional de Comercialización de Sustancias de la Leche Materna. 9.2 Se tiene en un lugar visible y accesible 9.3 Se vigila su cumplimiento 9.4 Se conoce el acuerdo con los productores de fórmulas infantiles 9.5 No se usan biberones 9.6 Los recién nacidos que requieren suplementarse se les proporcionan a través de vaso, cuchara o sonda 9.7 En hoja de egreso se indica NO USAR fórmulas o biberones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	[]

ACTIVIDADES	TURNO				TOTAL PARCIAL
	MATUTINO		GUARDIA *		
	NO	SI	NO	SI	
10 - FORMACION DE GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA DESPUES DE SU EGRESO Existen dentro del hospital formas de apoyar a la madre después de su egreso 10.1 Clinica de lactancia 10.2 Teléfono abierto 10.3 Control posnatal Existen fuera del hospital formas de apoyo a la madre después de egresar 10.4 Sistema de referencia y contra referencia 10.5 Grupo de apoyo comunitario 10.6 Visitas de seguimiento a pacientes con alto riesgo de abandono de la lactancia 10.7 Control posnatal en primer nivel de atención	0	2	0	2	
	0	2	0	2	
	0	2	0	2	
	0	2	0	2	
CALIFICACIONES MAXIMAS PARA GRAFICACION POR-CENTUAL DE RESULTADOS MAXIMO POR TURNO MATUTINO Y GUARDIA 77 MAXIMO POR TURNO VESPERTINO Y NOCTURNO 63 MAXIMO PARCIAL 28 MAXIMO GLOBAL 280	MATUTINO <input type="checkbox"/>	VESPERTINO <input type="checkbox"/>	NOCTURNO <input type="checkbox"/>	GUARDIA <input type="checkbox"/>	GLOBAL <input type="checkbox"/>
					TOTAL <input type="checkbox"/>

ANEXO 2

**CÓDIGO INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE
SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA
(Selección de puntos más sobresalientes)**

**Fuente: Cuadernos de Nutrición, edición especial lactancia. Agosto.
México, 1993. P. 4.**

CÓDIGO INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

(Selección de los puntos más sobresalientes)

La expedición de este Código por la Organización Mundial de la Salud y su creciente aplicación en el mundo son señalados por muchos como el mejor ejemplo de éxito de una iniciativa surgida de la Sociedad misma y promovida hasta su cristalización por organizaciones no gubernamentales.

Artículo 1. Objetivo del Código.

El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Artículo 2. Alcance del Código.

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; los biberones y las tetinas; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos

complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Se aplicará asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

Artículo 4. Información y educación.

4.1. Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.

4.2. Los materiales infor-

mativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes aspectos: a) ventajas y superioridad de la lactancia natural; b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; c) efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; d) dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño; y e) uso correcto, y cuando así convenga, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactan-

tes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3. Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

Artículo 5. El público en general y las madres.

5.1. No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2. Los fabricantes y los distribuidores no deben faci-

«Los sucedáneos de la leche humana no deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general...»

litar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.4. Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5. El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6. Sistemas de atención de salud.

6.1. Las autoridades de salud de los Estados Miembros

deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.

6.2. Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe utilizarse para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

6.3. Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar placartes o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir material facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.

6.4. En el sistema de atención de salud no debe permitirse el empleo de «representantes de servicios profesionales» de «enfermeras de maternidad» o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.

6.5. Sólo los agentes de salud o, en caso necesario otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fa-

bricas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

6.6. Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministro de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7. Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyan fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros

«Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural...»

se mantendrán durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.

Artículo 7. Agentes de salud.

7.1. Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.

7.2. La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código debe limitarse a datos científicos y objetivos y no lle-

vará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos especificados en el párrafo 4.2.

Artículo 8. Empleados de los fabricantes y distribuidores.

8.1. En los sistemas que aplican incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. Ello no debe interpretarse como un impedimento para el pago de gratificaciones basadas en el conjunto de las ventas efectuadas por una empresa de otros productos que ésta comercialice.

8.2. El personal empleado en la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado.

Artículo 9. Etiquetado.

9.1. Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.

9.2. Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar por que se imprima en cada envase o una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes a) las palabras «Aviso importante» o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No deben utilizarse

**«No deben
utilizarse palabras
como
«humanizado»,
«maternalizado» o
términos
análogos...»**

palabras como «humanizado», «maternalizado» o términos análogos. En cada paquete o unidad vendidos al por menor, pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas.

Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes.

9.3. Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes, que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes, pero que puedan ser modificados a ese efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modifica-

do no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, las etiquetas correspondientes no deben contener indicaciones que puedan interpretarse como instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin.

9.4. La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos y cada uno de los datos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) las condiciones requeridas para su almacenamiento y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto, habida cuenta de las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate.

Artículo 10. Calidad.

10.1. La calidad de los productos es un elemento esencial de la protección de la salud de los lactantes y, por consiguiente, debe ser de un nivel manifiestamente elevado.

10.2. Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y destinados a la venta o a cualquier otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables reco-

mendadas por la Comisión del Códex Alimentarius y las disposiciones del Códex recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Alimentos de los Lactantes y los Niños.

Artículo 11. Aplicación y vigilancia.

11.1. Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben procurar obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y los reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, deben hacerse públicas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

11.2. La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos actuando tanto individualmente como colectivamente por conducto de la Organización Mundial de la Salud, a tenor de lo previsto en el párrafo 11.7. Los fabrican-

«La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos actuando tanto individualmente como colectivamente por conducto de la Organización Mundial de la Salud»

tes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales, los grupos de profesionales y las asociaciones de consumidores apropiados deben colaborar con los gobiernos con ese fin.

11.3. Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de productos comprendidos en las disposiciones del mismo deben considerarse obligados a vigilar sus prácticas de comercialización de conformidad con los principios y el objetivo del presente Codi-

go y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y objetivo.

11.4. Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y el objetivo del presente Código, con el fin de que puedan adoptarse las medidas oportunas. Debe informarse igualmente a la autoridad gubernamental competente.

11.5. Los fabricantes y distribuidores primarios de productos comprendidos en las disposiciones de presente Código deben informar a todos los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las responsabilidades que les incumben en consecuencia.

11.7. Todos los años pares el Director General informará a la Asamblea Mundial de Salud acerca de la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código; y se prestará asistencia técnica, a los Estados Miembros que la soliciten, para la preparación de leyes o reglamentos nacionales o para la adopción de otras medidas apropiadas para la aplicación y la promoción de los principios y el objetivo del presente Código■

ANEXO 3

MATERIAL DE APOYO A LA LACTANCIA PARA OTORGAR A LAS PACIENTES EN EL CIMIGen

A. 5 PASOS PARA DAR EL PECHO

B. ¿PORQUÉ ES BUENA LA LACTANCIA?

C. MITOS Y CREENCIAS ACERCA DE LA LACTANCIA

D. LACTANCIA. ¿PORQUÉ ES IMPORTANTE DAR PECHO A
SU BEBÉ?

E. PRINCIPIO Y DESARROLLO MARAVILLOSO DE LA VIDA.

2

F. SU FELICIDAD DEPENDE DE NOSOTROS. 3

G. ¿QUÉ SABES DEL CÁNCER DE MAMA Y MATRIZ?

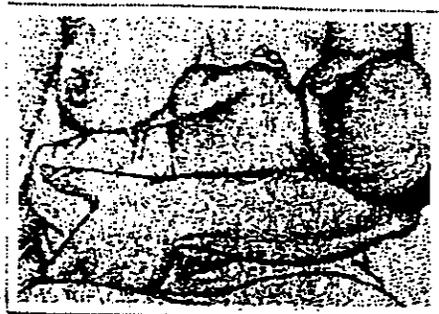


PASOS PARA DAR EL PECHO

ESCOJA LA LACTANCIA como su primera alternativa para la alimentación saludable de su bebé. Estos 5 pasos le ayudarán a hacerla una experiencia positiva y llena de satisfacción para ambos.

1 ACOMODANDO LA POSICIÓN.

- Sostenga al bebé de lado cómodamente en sus brazos.
- El estómago del bebé debe quedar de frente y tocando su abdomen.
- La cabeza del bebé debe descansar firmemente en la curvatura de su brazo.



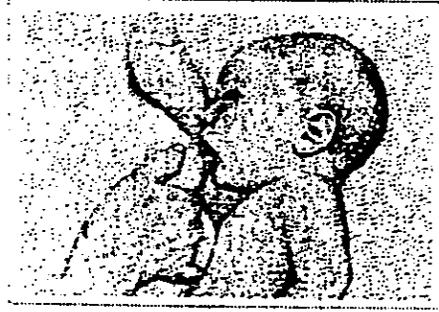
2 ACOMODANDO EL SENO Y EL PEZÓN.

- Con su mano libre, sostenga el seno colocando su dedo pulgar en la parte de arriba y los 4 dedos restantes en la parte de abajo para brindarle apoyo.
- Sus dedos no deben tocar el área de pezón ni apretar el seno.



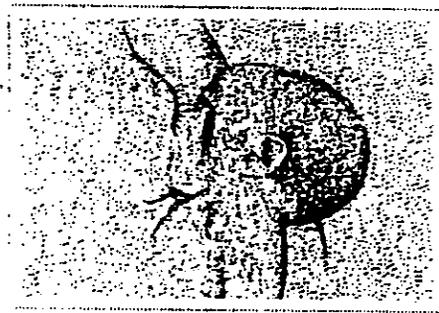
3 ABRIENDO LA BOCA DEL BEBÉ.

- Con su pezón cosquillee al bebé suavemente en el labio inferior hasta que él/ella abra la boca tanto como si estuviese bostezando.



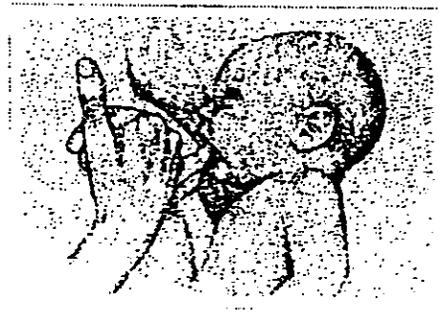
4 COLOCANDO EL SENO EN LA BOCA DEL BEBÉ.

- Cuando el bebé abra la boca muy grande, acerquelo rápidamente a su pecho y introduzca el pezón profundamente en la boca del bebé.
- El área café que rodea el pezón (la aréola) debe estar lo más en la boca posible.
- Usted no debe sentir dolor al darle el pecho al bebé. El dolor, por lo regular, viene cuando el bebé hace presión en su pezón en lugar de en la aréola.



5 SEPARANDO AL BEBÉ DE SU PECHO.

- Deslizando su dedo índice o meñique entre las mandíbulas para romper la succión, remueva al bebé del pecho.





REALIDADES EN FAVOR DE LA LACTANCIA MATERNA

¿POR QUÉ ES BUENA LA LACTANCIA?

La Leche De La Madre Es El Mejor Alimento Para El
Bebé

LA LECHE MATERNA

- Provee protección para su bebé en contra de muchas infecciones. Los bebés alimentados con leche materna son más saludables que los bebés que se alimentan con fórmula.
- Disminuye las alergias.
- Se digiere más fácil y es mejor para el estómago del bebé: menos vómitos, estreñimiento y cólicos.
- Ayuda a que el bebé desarrolle fuertes músculos en la mandíbula y cara y además promueve la formación de dientes parejos.
- Menos riesgo de diarrea e irritación causada por el pañal.
- Menos riesgo de infección de los oídos.
- Es fácil de usar – no hay que preparar fórmula ni que lavar botellas.
- Es económica – no hay que comprar fórmula.
- Ayuda a que las mamás y los bebés lleguen a conocerse de una manera especial. Le brinda a su bebé una gran cantidad de contacto y apoyo que son importantes para su auto-estima.
- Ayuda a que el útero recupere su tamaño original más rápido.
- Ayuda a que la mamá quemé más calorías y que pierda peso más pronto después del parto.

Para Recibir Más Información Sobre La Lactancia Materna, Le Recomendamos El
Siguiente Libro Que Puede Encontrar En Cualquier Libreria.

“El Arte Femenino De Amamantar”

de la Liga De La Leche



MITOS Y CREENCIAS ACERCA DE LA LACTANCIA

MITO ----- NO PUEDE DARLE PECHO A SU BEBÉ SI TIENE LOS SENOS PEQUEÑOS O LOS PEZONES APLANADOS.

REALIDAD ---- *Los senos y pezones de todas las formas pueden satisfacer a un bebé hambriento. La producción de leche materna se basa en un simple hecho: Mientras más leche Ud. le dé al niño, más leche produce. Los pezones aplanados o invertidos pueden corregirse usando protectores para los senos. Estas copas plásticas ejercen una presión continua y no dolorosa que gradualmente saca los pezones.*

MITO ----- DARLE PECHO AL BEBÉ ES MUCHO TRABAJO.

REALIDAD ---- *Los pechos, al contrario de las botellas, siempre están listos para la alimentación cuando su bebé tenga hambre. No hay botellas sucias que lavar ni fórmula que preparar.*

MITO ----- LA LACTANCIA CAUSA DOLOR Y LASTIMADURAS EN SUS SENOS.

REALIDAD ---- *Para evitar el dolor y las lastimaduras en sus senos, coloque siempre al bebé de forma correcta. El/ella debe amamantar en la aréola (el área café que está detrás del pezón) no en el pezón. Al colocar al bebé en el seno, asegure que tiene la boca bien abierta. De ésta manera puede tomar lo máximo posible de la areola y no causarle dolor.*

Si el bebé se coloca bien, la lactancia no es dolorosa.

MITO ----- LA LACTANCIA AFECTARÁ EL TAMAÑO DE SUS SENOS O CAUSARÁ EL AFLOJAMIENTO O LA CAÍDA DE LOS MISMOS.

REALIDAD ---- *La lactancia no es lo único que causa la caída, aflojamiento o agrandamiento de los senos. El tener hijos, la herencia, la edad, el andar sin sostén/ajustador o el aumento excesivo de peso durante el embarazo también pueden causar éstos cambios en sus senos.*

MITO ----- HAY ALIMENTOS QUE HACEN DAÑO AL BEBÉ.

REALIDAD ---- *Es muy raro que un niño pueda sufrir cólicos, gases y molestias digestivas producidas por alimentos irritantes que ha comido su madre. Si el niño presenta trastornos digestivos, conviene recordar los alimentos ingeridos en las últimas veinticuatro (24) horas para identificar la comida que causó el problema y eliminarla de la dieta de la madre. Cantidades excesivas de ciertos alimentos como productos lácteos, el café, el chocolate, las nueces o el exceso de condimentos fuertes pueden alterar la digestión en algunos pequeños. Es preciso aclarar que la madre debe tener una alimentación variada, común y corriente, sin preocuparse por reacciones en su bebé.*

ESTAS NO OCCUREN FRECUENTAMENTE!

MITO ----- AL BEBÉ NO LE VA A GUSTAR.

REALIDAD ---- Su bebé necesita aprender a cómo tomar pecho y este proceso puede demorarse un tiempo. La acción de amamantar el pecho es diferente a la de la botella. Algunos bebés se sienten confundidos y disgustados si se les alimenta de ambas formas. El agua y la fórmula no son necesarias y pueden confundir al bebé mientras él/ella esté aprendiendo a tomar la leche del pecho. Por ésta razón, no se recomienda darle al bebé biberones si quiere alimentarlo con el pecho.

MITO ----- SI ESTOY ENOJADA, NERVIOSA O TENSA, NO PUEDO DAR PECHO A MI BEBÉ.

REALIDAD ---- La composición y calidad de la leche materna no cambia aunque la madre esté triste, nerviosa, tensa o enojada. Por lo tanto, el estado de ánimo de la madre no afecta los beneficios que la leche materna le provee a su bebé.

MITO ----- SE PUEDE COMBINAR LA LECHE MATERNA CON LA LECHE ARTIFICIAL (FÓRMULA).

REALIDAD ---- Toda la nutrición que el bebé necesita en los primeros seis meses se encuentra en la leche materna. Por lo tanto, ni la fórmula y el agua son necesarios. Al mismo tiempo la producción de leche materna depende de la regularidad con que usted le de el pecho a su bebé. Cuando usted le da pecho y fórmula en los primeros meses, corre el riesgo de que el bebé pueda preferir la botella por ser el método más fácil. Para evitar la confusión en el bebé y para mantener una buena producción de leche, se recomienda darle solo pecho.

MITO ----- SI DOY PECHO NO PUEDO TOMAR NINGUN MEDICAMENTO.

REALIDAD ---- Si hay algunas medicinas que no debe de tomar. Pero por lo general sí puede continuar con la lactancia materna.

Llame a su consejera de lactancia si hay alguna duda..

MITO ----- NO PUEDO QUEDAR EMBARAZADA SI DOY PECHO..

REALIDAD ---- En algunas mujeres, su menstruación se tarda más y no hay ovulación. Así es que no queda embarazada. Pero esto no es común. Es mejor usar otro método anticonceptivo para estar más segura de no quedar embarazada.

MITO ----- SI DOY PECHO, NO PUEDO TOMAR LA PASTILLA ANTICONCEPTIVA.

REALIDAD ---- Esto era cierto antes. Hoy en día si tenemos la "mini pastilla", que puede tomar aún dando pecho. Así mismo como la inyección de "Depo Provera" y el implante "Norplant".

Lactancia

¿Por qué es importante dar pecho a su bebé?

Da satisfacción afectiva a la madre y al bebé.

- ✓ La leche materna es más nutritiva que la leche comercial.
- ✓ Es más higiénica, pues es un alimento natural.
- ✓ Protege a su bebé contra muchas Enfermedades
- ✓ Su leche es tan nutritiva que hasta los seis meses, el bebé podrá alimentarse sólo con ella.

Cuando usted da pecho a su bebé:

- ✗ No tiene que preparar tetetas.
- ✓ Gasta menos dinero, pues NO tiene que comprar leche.
- ✓ Al dar pecho inmediatamente después del parto, la matriz vuelve más pronto a su tamaño normal, y le ayuda a bajar a su peso anterior.
- ✓ Si la leche es el único alimento que toma su bebé, usted tendrá protección contra otro embarazo. Sin embargo, para estar segura es recomendable usar un método de PLANIFICACION FAMILIAR (Consulte a su médico).

¿Cómo preparase para dar pecho a su bebé?

- ✓ Alimentese bien durante el embarazo y después del parto.



- ✓ Coma: verduras, frutas, legumbres, pescado y carne. Tome muchos líquidos: Agua, leche y jugos.

- ✓ NO consuma alimentos como botanas y refrescos.

Dar pecho es tan sencillo que hasta la madre que trabaja puede amamantar a su bebé.

¿Qué cuidados debe tener para dar pecho a su bebe?

- ✓ Solo hay que lavarse bien las manos. Mantener los senos limpios. El baño diario es suficiente, o limpiarlos con una toalla húmeda sin jabón.

**Recuerde:
Bebé sano
Persona Sana**

Para mayores Informes comuníquese a:

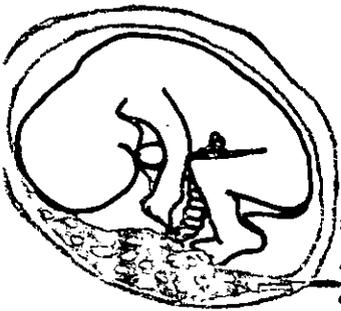
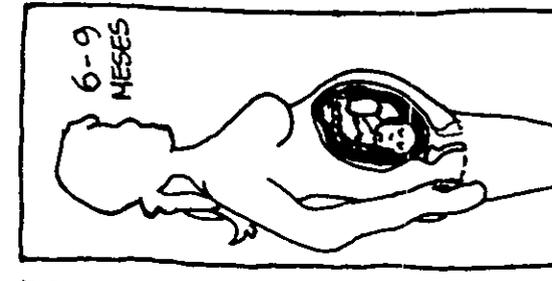
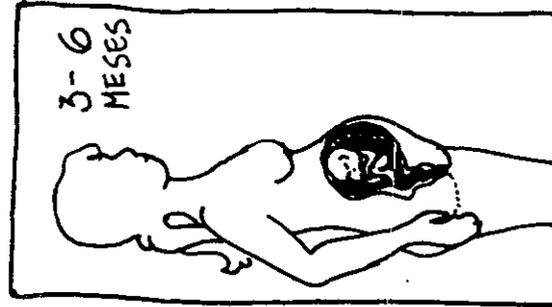
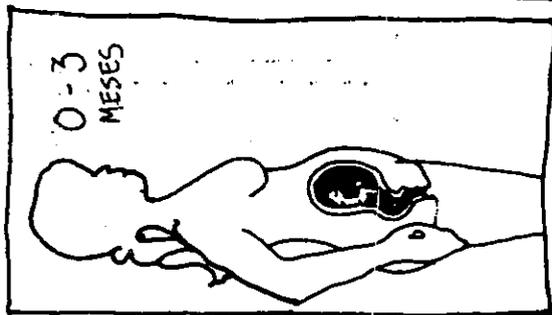


Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.

Plutarco Elías Calles 744 Nte. Tel: 16-06-33, Cd. Juárez, Chih., México.

DESDE EL PRINCIPIO DEL EMBARAZO SE FORMA LA PLACENTA, QUE SIRVE PARA ALIMENTAR AL NIÑO

¿CÓMO SE VA FORMANDO EL NIÑO?...



CUANDO LAS MOLESTIAS DURAN MÁS TIEMPO O SE PRESENTAN OTRAS, LA MUJER EMBARAZADA DEBE CONSULTAR AL MÉDICO.

PIERNAS HINCHADAS



AUMENTA LA PRESIÓN

SANGRADOS VAGINALES

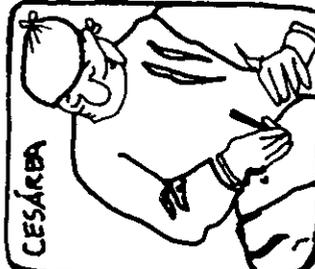
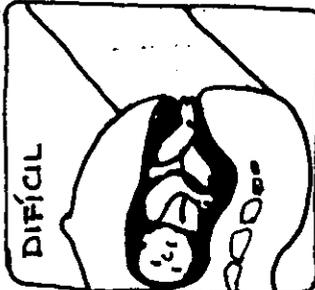
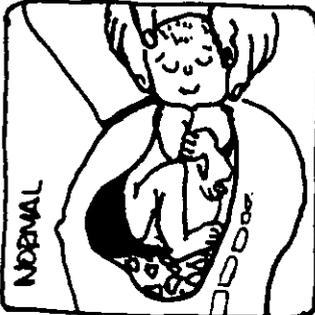
A LOS 4 O 5 MESES EL NIÑO EMPIEZA A MOVERSE.

DESPUÉS DEL TERCER MES LAS MOLESTIAS QUE SIENTE LA MADRE AL PRINCIPIO DEL EMBARAZO DESAPARECEN.

"PARTO"

AL FINALIZAR LOS 9 MESES, EL ÚTERO TIENE CONTRACCIONES QUE HACEN QUE EL NIÑO SALGA. ESTOS MOVIMIENTOS SE SIENEN CADA VEZ MÁS FUERTES Y SIENEN PARA QUE EL CHAMACO PUEDA SALIR.

¿QUÉ SUEDE EN EL PARTO?



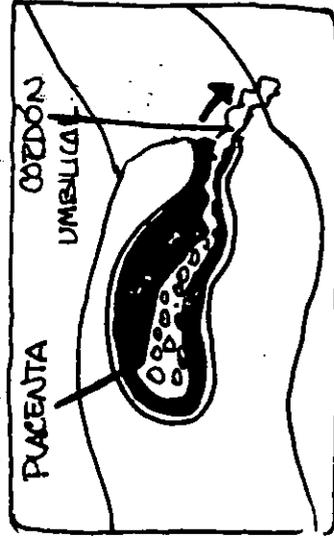
¿CUÁNTO DURA EL TRABAJO DE PARTO?

ES VARIABLE, DEPENDE SOBRE TODO DE CUANTOS PARTOS HA TENIDO LA MUJER O SI ES EL PRIMERO...

YA QUE EL NIÑO DALIÓ...



AL FINALIZAR EL PARTO LA PLACENTA



DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO TERMINA EL PARTO

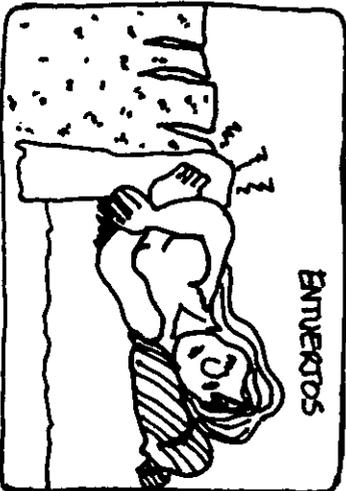
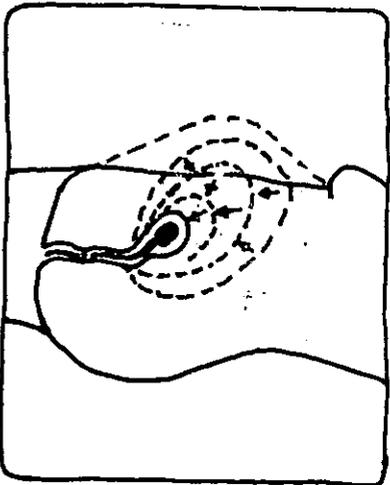
DURANTE LAS SIGUIENTES 4 ó 5 SEMANAS LOS ÓRGANOS DE LA MADRE VUELVEN A SU TAMAÑO NORMAL.

TAMBIÉN DURANTE ESTE TIEMPO LA MADRE SE SIENTE TRISTE Y CON GANAS DE LORAR SIN MOTIVO Y ESTO ES NORMAL YA QUE TOPOS ESOS CAMBIOS LOS RESIENTE.

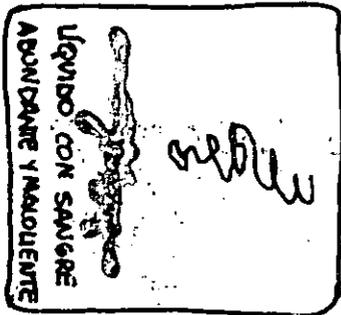
PODE TAMBIÉN TENER ALGUNAS MOLESTIAS EN EL VIENTRE.

ES BUENO QUE LA MUJER AUMENTE A SU HIJO DESDE EL COMIENZO.

SI SIENTE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS DESPUÉS DEL PARTO, DEBE IR AL CONSULTORIO MÉDICO



ENTUEROS



LÍQUIDO CON SANGRE ABUNDANTE Y MOLESTIA



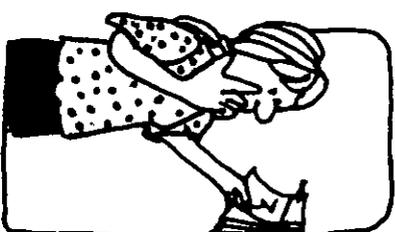
CALENTURAS MUY ALTAS.



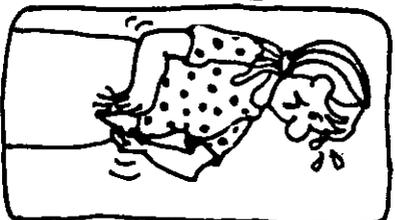
DOLORES MUY FUERTES EN EL VIENTRE

"EMBARAZO"

ESTE NO ES UNA ENFERMEDAD, ES ALGO NATURAL EN LA MUJER SU DURACIÓN ES APROXIMADAMENTE DE 280 DIAS O SEA 9 MESES DURANTE EL EMBARAZO OCURREN MUCHOS CAMBIOS YA QUE SE ESTÁ FORMANDO UN NIVEL SER DENTRO DE LA MUJER.



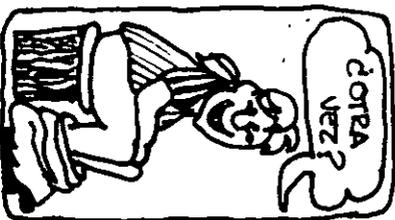
DESA PARECE LA MENSTRUACIÓN



CRECE EL VIENTRE



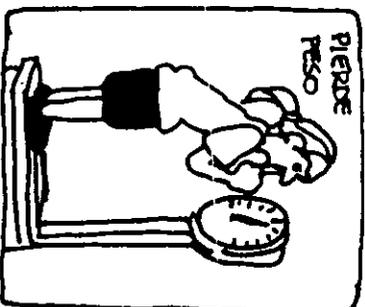
SE ENASCANAN LAS CADEBAS Y CRECEN LOS PECHOS.



¿OTRA VEZ?

SE ORINA MÁS SECCO

DURANTE LOS PRIMEROS 3 MESES...



PIERDE PESO



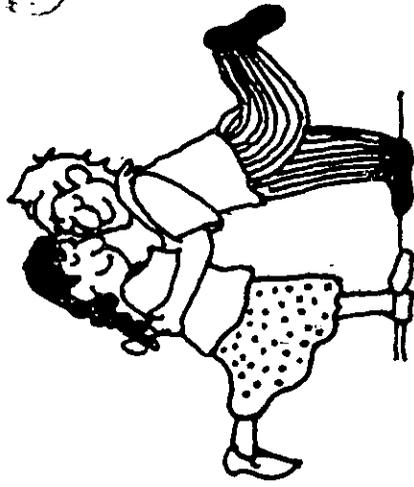
MESES TIENE MAREOS, VÓMITOS O ASCO...



ES IMPORTANTE QUE DURANTE EL EMBARAZO LA MADRE COMA ALIMENTOS VARIADOS. POR ESEMPLA CARNE, LEGUMES, FRUTOS, HUEVO, PESCADO, TORTILLA, FRUTAS Y VERDURAS.

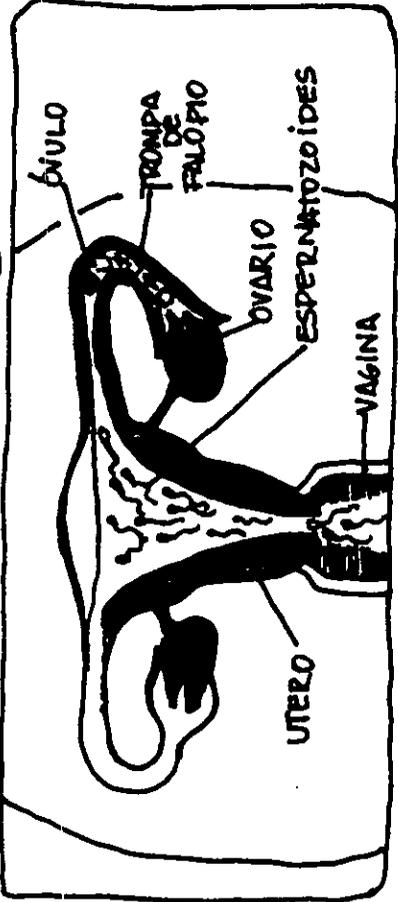
CUANDO UN HOMBRE Y UNA MUJER SE QUIEREN, SIENTEN EL DESEO DE COMENZAR SU VIDA Y DESPUÉS, CON EL TIEMPO FORMAN UNA FAMILIA.

CUANDO LO DECIDEN, SE UNEN Y PUEDEN TENER UN HIJO.

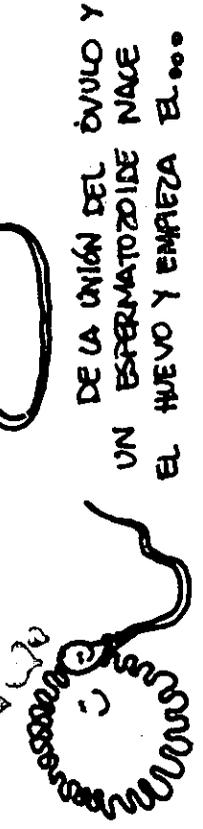


"FECUNDACIÓN"

LA CONCEPCIÓN DE UN NIÑO SE DA POR MEDIO DE UNA RELACIÓN SEXUAL.



A VECES LOS HOMBRES CULPAN A LAS MUJERES PORQUE LES NACE NIÑO O NIÑA. NADIE TIENE LA CULPA, ES EL ESPERMATOZOIDE DEL HOMBRE EL QUE DECIDE EL SEXO.



"EL BEBÉ"

LAS CARACTERÍSTICAS DE UN BEBÉ SANO SON:

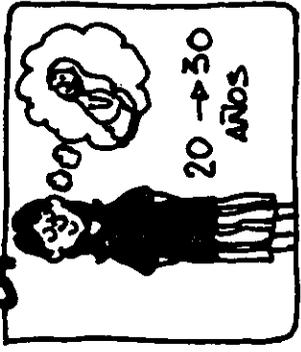


CARACTERÍSTICAS DE UN BEBÉ ENFERMO:



PARA TENER HIJOS SANOS...

SI

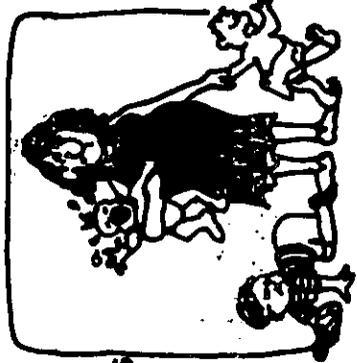


LA MUJER DEBE TENER ENTRE 20 Y 30 AÑOS DE EDAD

NO



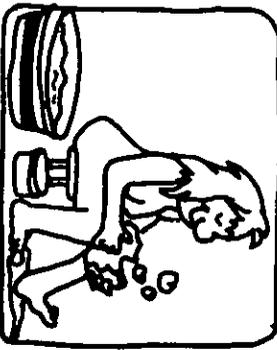
CONVIENE ESPERAR POR LO MENOS DOS AÑOS PARA VOLVERSE A EMBARRAZAR.



Si ✓

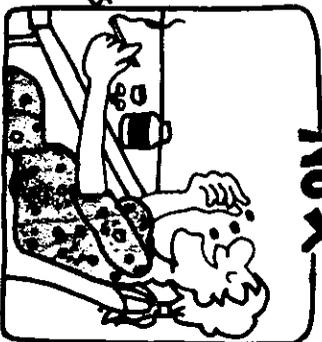


SI ESTÁ ENBA-
RZADA, LE AL-
MÉDICA POR LO
MÉNOS UNA VEZ
AL MES Y NO
TOMAR MEDICINAS
SI NO SON
RECETADAS.



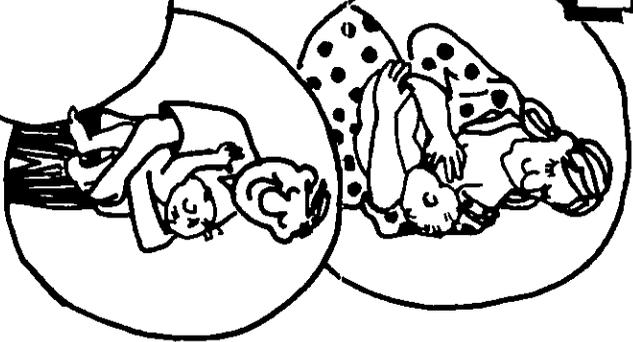
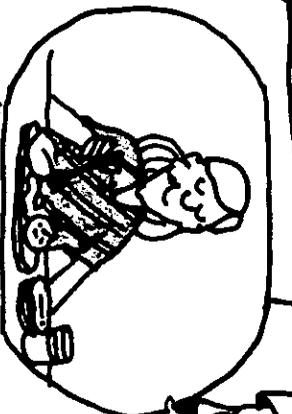
A SEGUIRSE Y
SENTIRSE
TRANQUILA

No X

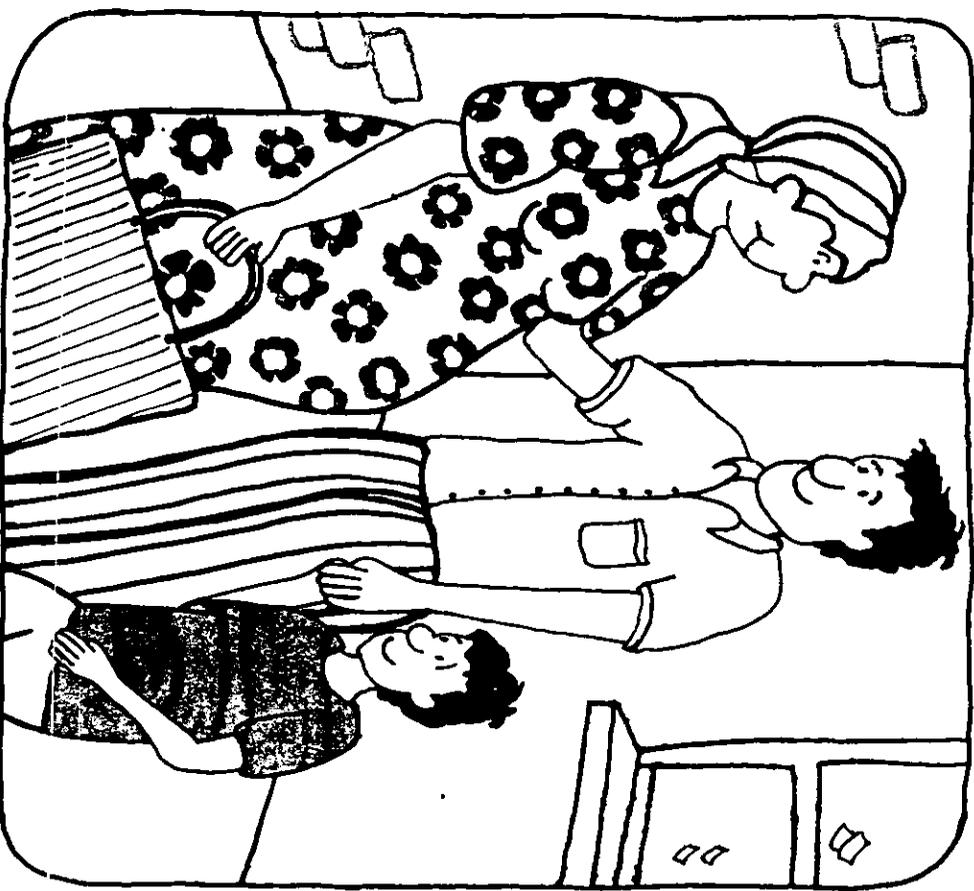


“LACTANCIA”

LA PRIMERA LECHE QUE SALE DE LA
MADRE (EL COLostro) ES MUY IMPORTANTE
PARA QUE EL NIÑO CEBEZA SANO.
LA LECHE DE LA MADRE ES EL MEJOR
ALIMENTO QUE PUEDE RECIBIR EL NIÑO.
MIENTRAS LA MADRE AMAMANTA
DEBE TENER UNA ALIMENTACIÓN
BALANCEADA ...



INVESTIGACIÓN Y CONTENIDO:
JULIA ESTRÁ DE MALDONADO, SUSANA CASARÚ IBARRA LABRADOR
COORDINACIÓN: OSÉAS MALDONADO, DIEGO AROCHA PATIÑO.



PRINCIPIO Y DESARROLLO
MARAVILLOSO DE LA VIDA

PARA ESPACIAR LOS EMBARAZOS, EXISTEN LOS MÉTODOS ANTI-CONCEPTIVOS.
 LOS QUE LA PROHIBITORA DISTINGUE SON LAS PASTILLAS Y CONDONES.

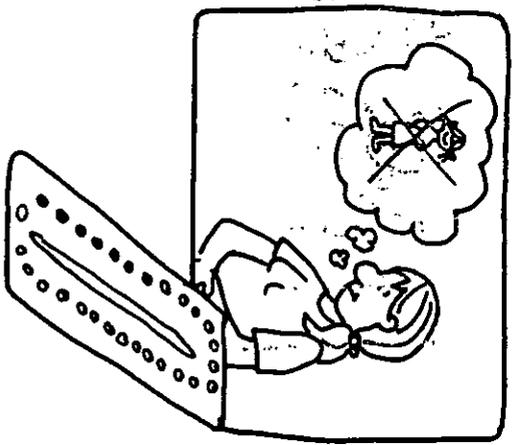
"LAS PASTILLAS"

SON PEQUEÑAS, VIENEN EN DIFERENTES MARCAS Y COLORES, LAS MÁS COMUNES TIENEN 21 DE COLOR CLARO Y 7 DE COLOR OSCURO.



VENTAJAS

- SI SE TOMAN COMO SE INDICA, EL MÉTODO ES SEGURO.
- SON FÁCILES DE USAR.
- NO AFECTAN LAS REACCIONES SEXUALES.
- SE PUEDEN CONSEGUIR FÁCILMENTE Y SON ECONÓMICAS.
- QUITAN LAS MOLESTIAS QUE SE DAN ANTES DE LA REGUA.
- LA REGUA BAJA CON REGULARIDAD.

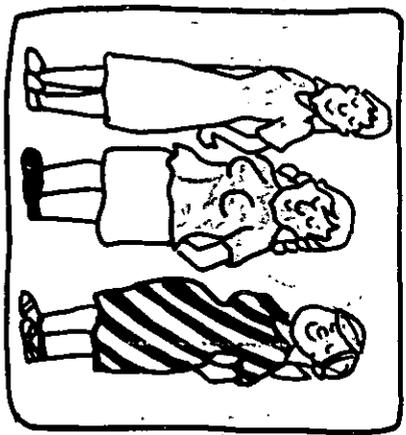


SE DEBEN TOMAR TODOS LOS DÍAS A LA MISMA HORA A PARTIR DEL QUINTO DÍA DESPUÉS DE HABER INICIADO LA REGUA.

SI SE DEJAN DE TOMAR LA MUJER SE EMBARAZA CON LAS PASTILLAS NO HAY QUE HACER NINGUNA DIETA.

DESVENTAJAS

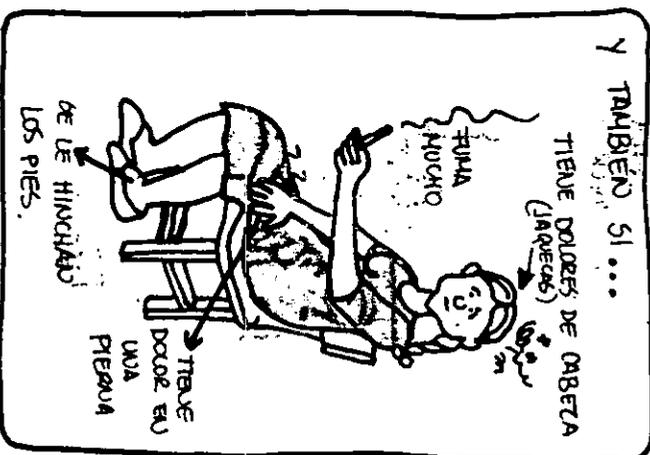
- ALGUNAS MUJERES PUEDEN ENGORZAR, TENER TRASTORNOS MENSTRUALES O DOLORS DE CABEZA.
- PUEDEN APARECER MANCHAS EN LA CARA.



- POR EMBARAZO COMPROBADO O SOSPECHADO
- SOSPECHA DE CÁNCER EN LA MATRIZ O EN LOS PECHOS
- SI SE QUEDA DE MAL DE CORAZÓN O TIENE LA PRESIÓN ALTA.
- HEMORRAGIA (NO LA REGUA)
- PROBLEMAS EN EL HÍGADO (HEPATITIS, CIRROSIS O DOLOR).
- SI LAS MUJERES SABEN QUE EN SU FAMILIA HUBO CASOS DE DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE) O EN LAS MÍSMAS LA PADRECEN
- LAS QUE TIENEN VÁRICES O VENAS INFLAMADAS.
- DERRAME CEREBRAL
- EMBELEMADAS DEL PÍLOO

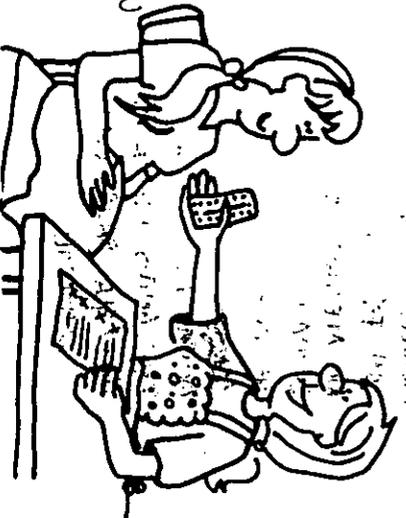
¿TODAS LAS MUJERES PUEDE TOMAR PASTILLAS?

NO NO TODAS. LA PROHIBITORA NO DEBE DARLE PASTILLAS A LAS MUJERES QUE TENGAN O HAYAN TENIDO CUALQUIERA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE APARECEN EN LA SIGUIENTE LISTA:



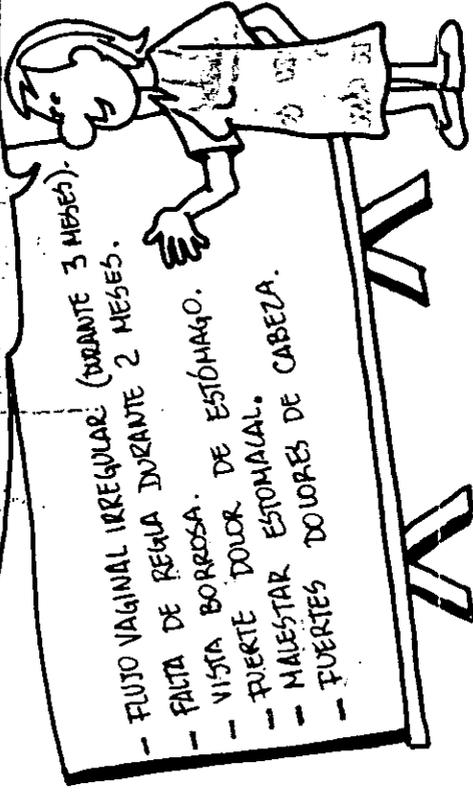
LA PROHIBITORA ANTES DE ENTREGAR PASTILLAS DEBE HACERLE ESTAS PREGUNTAS A LA MUJER QUE LAS HA SOLICITADO.

SI TIENE DUDA EN LAS RESPUESTAS VA HAUDARA CON EL MÉDICO O UNA FARMACIA CAPACITADA.



CUALQUIER MUJER QUE ESTÉ TOMANDO LA PASTILLA PUEDE TENER ALGUNAS MOLESTIAS. LA PROMOTORA DEBE ENVIARLA CON EL MÉDICO SIN PÉRDIDA DE TIEMPO. ESTAS MOLESTIAS SON:

- FLUJO VAGINAL IRREGULAR (DURANTE 3 MESES).
- FALTA DE REGULA DURANTE 2 MESES.
- VISTA BORROSA.
- FUERTE DOLOR DE ESTÓMAGO.
- MALESTAR ESTOMACAL.
- FUERTES DOLORS DE CABEZA.



¿SE PUEDE TOMAR LA PASTILLA CUANDO SE LE ESTÁ DANDO PECHO AL NIÑO?

SE RECOMIENDA EMPEZAR A TOMAR LA PASTILLA AL 5º MES DESPUÉS DEL PARTO, PERO PARA MÁS SEGURIDAD CONVIENE BUSCAR OTRO MÉTODO.

EN CASO QUE LA MADRE NO LE DE PECHO A SU HIJO PUEDE PRINCIPIAR A TOMAR LA PASTILLA A LAS 4 SEMANAS DESPUÉS DEL PARTO, EN CASO DE ABORTO PUEDE EMPEZAR A TOMAR LA PASTILLA DESPUÉS DEL LEGRADO O CUANDO EL MÉDICO LO INDIQUE

¿QUÉ SE DEBE HACER CUANDO SE OLVIDA TOMAR LA PASTILLA?

- DEBE TOMAR 2 AL DÍA SIGUIENTE, UNA CUANDO SE RECUERDE Y LA OTRA POR LA NOCHE.
- SI SE OLVIDA 2 O 3 DÍAS DEBE SUSPENDER EL TRATAMIENTO Y UTILIZAR CONDOMINIOS U OTRO MÉTODO DE BARRERA HASTA QUE LE BAJE LA REGULA Y EMPEZAR AL DÍA.



CUANDO EL NIÑO NACE NECESITA QUE SE LE ATIENDA DE MANERA ESPECIAL, NECESITA MUCHO CARINO DE SUS PADRES Y HERMANOS.

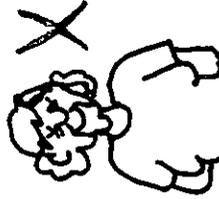
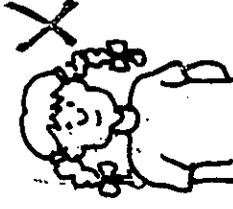


TANTO LA MUJER COMO EL NIÑO TENDRÁN MEJOR SALUD SI ELLA ATIENDE A UNO SOLO Y NO A VARIOS NIÑOS A LA VEZ, CONVIENE ESPACIAR LOS EMBARAZOS.



CUÁL ES EL MEJOR MOMENTO PARA EMBARAZARSE

LAS MUJERES ANTES DE LOS 20 AÑOS, NO SE HAN DESARROLLADO LO SUFICIENTE, MUCHAS VECES A ESTA EDAD NO HAN TERMINADO DE MADURAR SUS ÓRGANOS, POR LO QUE SE ACONSEJA TENER EL PRIMER HIJO DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS.



TAMBIÉN LA MUJER DE MÁS DE 35 AÑOS PUEDE TENER DIFICULTADES PORQUE SUS ÓRGANOS SE CANSAN. ADEMÁS PELIGRA LA VIDA DE SU HIJO.

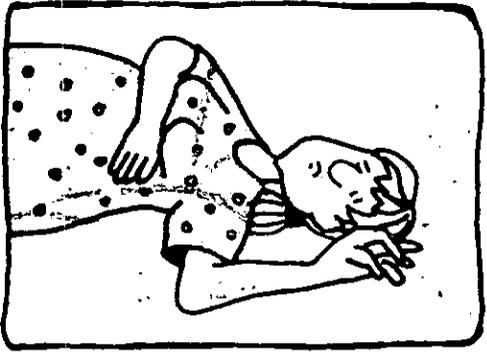
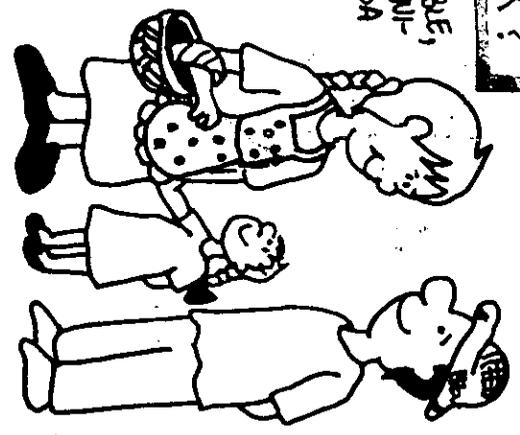
CUANDO LA PAREJA SE COMPRENDE DISCUTE Y DECIDE CUANDO TENER HIJOS... A ESTO SE LE LLAMA PLANEACIÓN FAMILIAR.



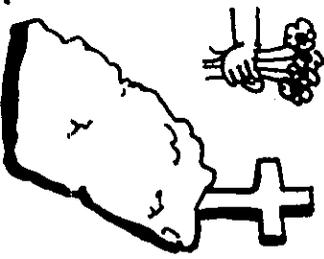
¿QUÉ ES PLANEACION FAMILIAR ?

ES TENER UNA FAMILIA SAUDABLE, ORGANIZADA, DONDE HAYA COMUNICACIÓN Y CARIDAD; BIEN ALIMENTADA CON UNA CASITA ORDENADA Y LIMPIA.

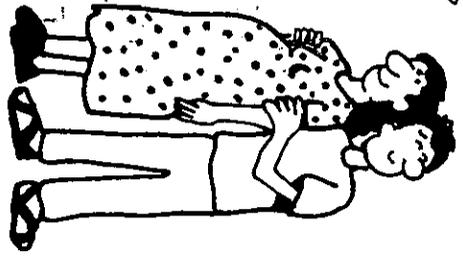
CON TIEMPO PARA DISTRAERSE ASÍ COMO TENER LOS HIJOS DESEADOS QUE SE PUEDAN MANTENER.



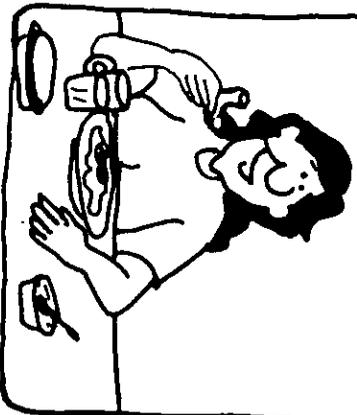
CUANDO LA MUJER TIENE MUCHOS HIJOS Y SEGUROS SE PONE DÉBIL, PRODUCE MENOS LECHE, SE EMPERNA Y LOS ÚLTIMOS HIJOS PUEDEN MORIR O SUFRIR...



LOS NIÑOS NECESITAN MUCHOS CUIDADOS DESDE QUE ESTAN EN EL VIENTRE...



...POR ESO LA MADRE DEBE ALIMENTARSE BIEN Y CUIDARSE DURANTE EL EMBARAZO...



• PREGUNTAS QUE MUCHAS VECES HACEN LAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD

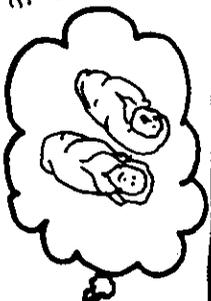
¿ES CIERTO QUE LAS PASTILLAS CAUSAN CÁNCER ?

NO PERO SI UNA MUJER YA TIENE CÁNCER DEL PECHO O MAMIL, PUEDEN HACER QUE SE DESARROLLE MÁS RÁPIDO.



¿AL DEJAR DE TOMAR LAS PASTILLAS... LA MUJER PUEDE VOLVER A TENER HIJOS ?

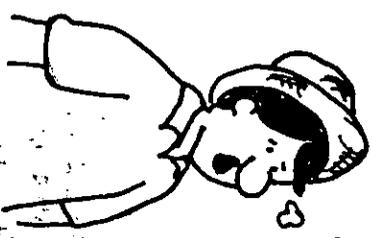
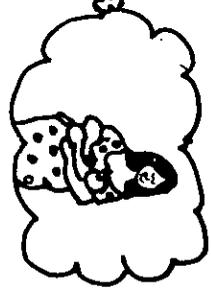
SÍ



SI UNA MUJER HA TOMADO PASTILLAS... ¿ES PROBABLE QUE TENGA GÉMELOS (GEMELAS) O UN NIÑO DEFORME ?

NO

LAS MUJERES PUEDEN TENER GÉMELOS O QUE LOS HIJOS NASCEN CON ALGUNA ANOMALÍA SIN TOMAR PASTILLAS.



ES CIERTO QUE SE SECAN LOS PECHOS DE UNA MUJER QUE ESTÁ GRABANDO SI EMPIEZA A TOMAR LAS PASTILLAS

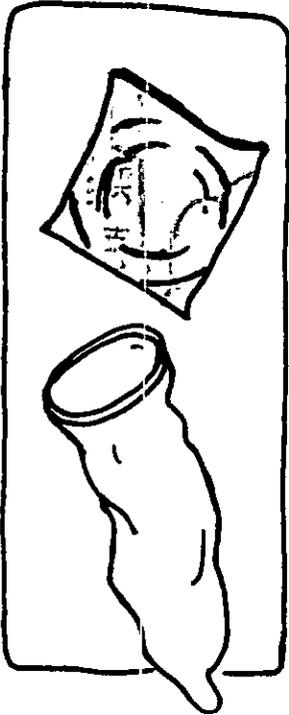
SÍ

NO DEBE TOMAR PASTILLAS.

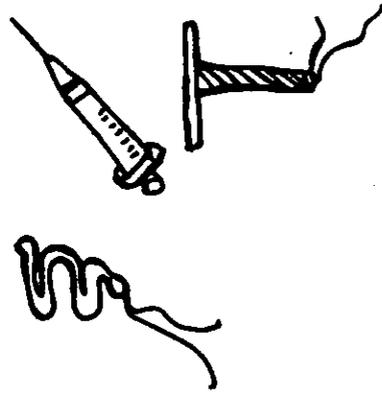
CONDÓN

TAMBIÉN SE LLAMA PRESERVATIVO, ES UNA BOLSITA DELGADA DE UN MATERIAL QUE SE LLAMA LATEX, SE COLOCA EN EL PEVE CUANDO ESTÁ PARADO O ERECTO ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL.

ESTA BOLSITA NO PERMITE QUE LOS ESPERMATOZOIDES EUREN EN LA VAGINA, SE USA UN CONDÓN PARA CADA RELACION SEXUAL Y SE COLOCA CON LAS MANOS LIMPIAS.



ADEMÁS HAY OTROS MÉTODOS QUE LA PROMOTORA NO PUEDE DISTRIBUIR YA QUE DE VECEJITA DEL CONSEJO Y LA INTERVENCIÓN DEL MÉDICO O DE UNA PERSONA CAPACITADA.

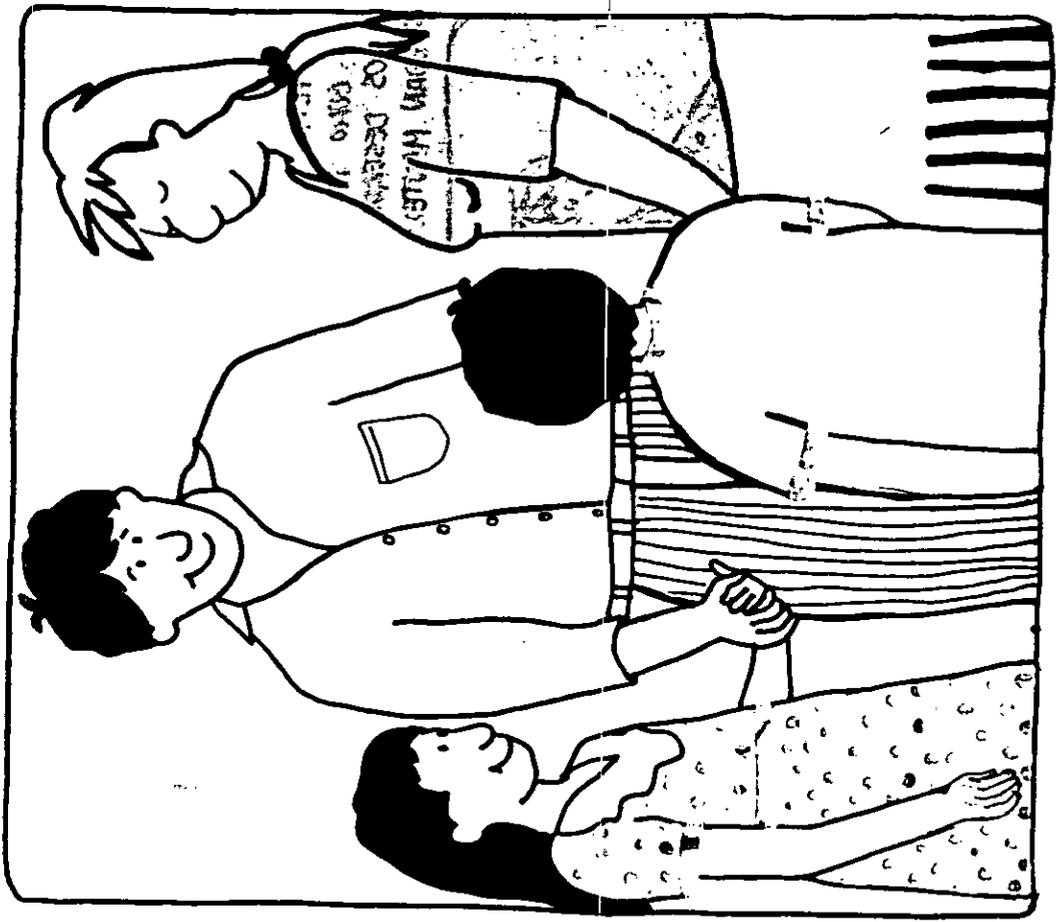


LOS MÁS COMUNES SON:
DISPOSITIVO INTRAUTERINO,
INYECCIÓN Y LOS MÉ-
TODOS QUIRÚRGICOS PARA
EL HOMBRE Y LA MUJER.

INVESTIGACIÓN Y CONTENIDO:
JULIA ESTELA DE MALDONADO,
SUSANA CASABIN, IRMA MARTINEZ.
COORDINACIÓN:
OSCAR MALDONADO
DISEÑO: NOELIA PATIÑO.



FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANEACION FAMILIAR, A.C.
Julia de 208 Toluca, C.P. 14000 Mexico D.F.
Tels: 573-71-00 573-72-46 573-73-48 655-08-58



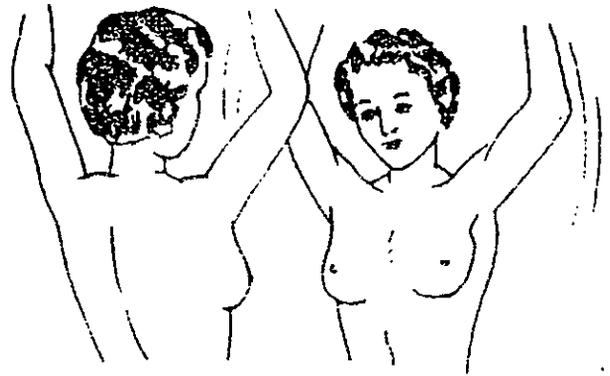
SO PUELVAN DEPUNAN DE ANONAN TAVROS

¿qué sabes del cáncer de mama y matriz?

Autoexploración de mamas con objeto de detectar tempranamente cáncer.

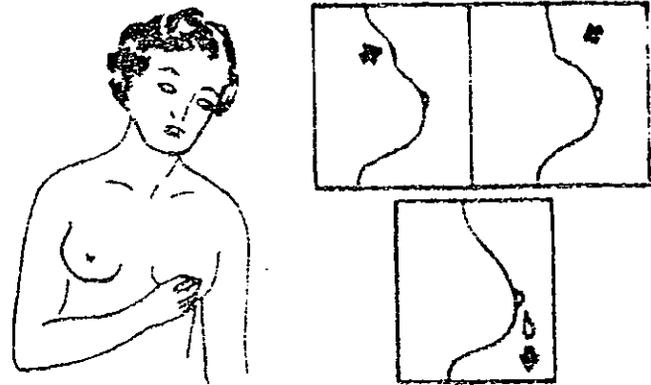
Observación

- Cambio en la forma o tamaño de la mama.
- Bólas o endurecimientos
- Grietas.
- Pezon hundido o torcido.
- Cambios de color (amarillento o anaranjado) en la piel de las mamas.
- Salida de sangre o pus.



Palpación

Acuestese, ponga una almohada bajo su espalda, de manera que levante la mama izquierda. Ponga la mano izquierda bajo la cabeza. Con los dedos juntos de la mano derecha toque la mama izquierda tratando de buscar alguna bola.



Cambie la almohada a su hombro derecho y repita todo el examen en la mama derecha. Coloque los dedos índice y pulgar alrededor del pezon y exprima para observar si sale algún liquido con sangre o pus.

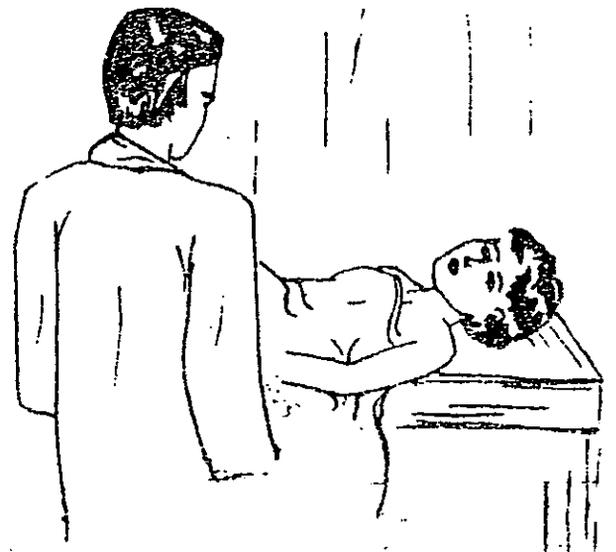
¿Cómo puede prevenir el cáncer de útero o matriz?

Por medio de un examen que se llama citología vaginal o Papanicolaou.

Se trata de un examen muy sencillo, no doloroso y lo hace el medico o enfermera en pocos minutos.

¿Quiénes deben hacerse el examen?

- Todas las mujeres mayores de 20 años.
 - Las mujeres que han tenido hijos.
 - Las que mantienen relaciones sexuales.
- Este examen debe hacerse una vez al año o con mas frecuencia si el médico lo considera necesario.



13. BIBLIOGRAFÍA

A.

ADAMSON, Karlis. et. al. Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. Ed. Interamericana. 6a. ed. México, 1995. 1296 p.p.

ARMENDARES S., Salvador. et. al. Manejo integral de los defectos al nacimiento. México, 1986. 108 p.p.

ARREDONDO, Jose Luis y Ortiz Ibatia, F. Javiet. Virus de la inmunodeficiencia humana y los bancos de leche humana. en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 55-57.

ARREGUIN Osuna, Lizardo. Actualidades en alimentación infantil. en: Gaceta Médica Mexicana. Vol.130 No. 5. Septiembre-octubre. México, 1994. p.328-334.

ARROYO A. PEDRO. La nutrición de la madre, el periodo de la lactancia.II parte.en: Cuadernos de nutrición. Vol. 6. No. 8 abril-mayo-junio. México, 1983. p. 17-32.

ARROYO A., Pedro. La nutrición de la madre, evaluación y manejo durante el embarazo. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 6. No. 8. enero-febrero-marzo. México, 1983. p. 17-32.

Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.Norma Oficial Mexicana NOM-007. SSA2-1993.Diario Oficial de la Federación 6 de enero de 1995. México. p.19-39.

AVILA Rosas, Héctor. **Factores determinantes del establecimiento y duración de la lactancia.** en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. p. 53-58.

AVILA Rosas, Héctor. **Lactancia y anticoncepción.** en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 29-32.

B.

BALSEIRO Almario, Lasty. **Investigación en Enfermería.** Ed. Librería Acuario. México, 1991. 225 p.p. .

BINARD C. **La guía del recién nacido.** Ed. Grupo Editor quinto centenario. Colombia, 1988. 249 p.p.

BOSERUP, Esther y Liljenerantz, Christina. **La integración de la mujer al desarrollo, Porqué, cuándo y cómo.** en: Estudios sobre la mujer. El empleo y la mujer; bases teóricas, metodológicas y evidencia empírica. Serie de lecturas III. Programación y presupuesto. Coordinación General de los servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática. México, 1982. p. 99-119.

BOURGES Rodriguez, Héctor. **Panorama alimentario de México.** en: Cuadernos de nutrición. Vol. 5. No. 2. julio-agosto-septiembre. México, 1981. P. 17-32.

BOURGES Rodriguez, Héctor. **Programa nacional de alimentación.** en: Cuadernos de nutrición. Vol. 10. octubre-noviembre-diciembre. México, 1983. p. 39-43.

BOURGIES Rodríguez, Héctor. Los motivos de la lactancia, una respuesta evolutiva. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 13. No. 3. mayo-junio. México, 1990. p. 5-12.

C.

CASANUEVA L., Esther y Nissan, Esther. Durante el embarazo ¿Comer por dos?, recomendaciones nutrimentales. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 7. No. 5. septiembre-octubre. México, 1984. p. 3-6.

CASANUEVA L., Esther. Aspectos maternos de la lactancia humana. en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 49-54.

CASANUEVA L., Esther. Consejos prácticos para la lactancia. en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p.49-54.

CASANUEVA L., Esther. Guía para la formulación de dietas de costo mínimo. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 6. No. 8. mayo-junio. México, 1983. p.34-42.

CENTENO Avila, Javier. Metodología y técnicas en el proceso de la Investigación. De. Contrasto. México, 1984. 138 p.p.

CENTRO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. Hospital General de México. Secretaría de Salud. Manual de Lactancia Materna. 69 p.p.

Código Internacional de la Organización Mundial de la Salud para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. en:

Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 4-8.

COEN Arraigo. **Las galaxias, divina leche cósmica.** en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 75-78.

Cómo crece. en: La guía de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. México, 1997. p. 51,66,84 y 104.

CONTRERAS Lemun, Javier. **Disminución de la morbilidad en neonatos pretérmino alimentados con leche de su propia madre.** en: Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Vol. 49. No. 10. octubre. México, 1992. p. 671-677.

Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del Niño y del Adolescente. Norma Oficial Mexicana. NOM-008, SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación 28 de noviembre de 1994. México. p. 8-48.

D.

Deficiencia de lactosa e intolerancia a la lactosa en México. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 20. No. 31. mayo-junio. México, 1997. p. 18 y 19.

Diccionario breve de Medicina de Blakiston. Ed. La prensa Médica Mexicana. México, 1990. 1380 p.p.

Diccionario práctico Larousse. Sinónimos y antónimos. Ed. Larousse. México, 1990. 506 p.p.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12a. ed. Ed. Salvat. Barcelona, España, 1985. 1209 p.p.

Diccionario usual Larousse. Ed. Larousse. 6a. ed. México, 1986. 742 p.p.

DUARTE Torres, Rodrigo. Problemas alimentarios de los países en desarrollo. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 10. No. 4. julio-agosto. México, 1987. p. 3-8.

E.

EDGE, Valerie y Miller, Mindi. Cuidados de la salud de la mujer. Ed. Mosby-Doyma. España, 1995. 338 p.p.

El retorno a la normalidad. en: La guía de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. México, 1997. p. 108, 109.

Entrevista a la Lic. Yolanda Senties, Directora General de Atención Materno Infantil de la Secretaría de Salud. en: Cuadernos de Nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p.26-28.

Entrevista al Sr. Antonio Parollin Bertollo, Presidente del Consejo Nacional de Fabricantes de Fórmulas infantiles. en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 9-12.

F.

FERNÁNDEZ, Beatriz. Cuide a sus hijos... su crecimiento y desarrollo. Ed. Offset Larjos. México, 1986. 144 p.p.

FLORES Huerta, Samuel. et. al. Lactancia y prematuridad. en: Cuadernos de nutrición , edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 58-65.

FRENK, Julio. Hacia un México más saludable. NEXOS. octubre. México, 1994. p. 52-56.

G.

GANON, William F. Fisiología médica. Ed. El manual moderno. 13a. ed. México, 1992. 744 p.p.

GASKIN INA, May. Tu bebé en tu pecho, una liga de amor. Ed. Pax Mexicana. México, 1990. 219 p.p.

GAVALDÓN Enciso, Enrique. Desafíos alimentarios de México. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 9. No. 3. mayo-junio. México, 1988. p. 17-32.

GONZALEZ García, Montserrat. et. al. Fomento de la lactancia materna mediante un suplementador y un scapezones. en: Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 64. No. 2. marzo- abril. México, 1997. p. 64-67.

Grietas soluciones al dolor, en: Consejos de mi bebé y yo. Año I. No. 8. Ed. Eurotrend. noviembre. México, 1997. p. 16-19.

H.

HELSING, Elizabeth y Savage King, Felicity. Guía práctica para una buena lactancia. Ed. Pax Mexicana. México, 1992. 279 p.p.

HOSPITAL Amigo del Niño y de la Madre. Manual de normas. Lactancia Materna. Hospital Regional "Lic. Adolfo Lopez Mateos" Delegación zona sur en el D.F: ISSSTE.

HOSPITAL AMIGO. en: Boletín Hospital Amigo. Dirección General de Atención materno Infantil. Año 3. No. 7. octubre. México, 1993. 12 p.p.

J.

JURADO García, Eduardo y Carnevale, Alessandra. El feto y su ambiente. México, 1983. 113 p.p.

K.

KATZUNG, Bertram. Farmacología básica y clínica. Ed. El manual moderno. 4a. ed. México, 1991. 922 p.p.

KAUFER, Martha y Perez, Ana Bertha. Guía práctica para la lactancia. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 10. No. 1. enero-febrero. México, 1987. p. 3-14.

KNOR, Emily R. Decisiones en Enfermería Obstetrica. Ed. Mosby-Doyma. España, 1990. 286 p.p.

L.

La alimentación de la embarazada, cuánto y en qué momento. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 13. No. 2. marzo-abril. México, 1990.

LACERVA, Victor. **Lactancia Materna.** Ed. El manual moderno. México, 1982. p.p. 177.

Lactancia Materna, una estrategia de Salud Reproductiva. UNICEF, IMSS. Population Council. México, 1997. 114 p.p.

LAJOUS, Roberta. **El decenio de las naciones unidas para la mujer y la política de población,** en: Estudios sobre la mujer. El empleo y la mujer. Bases teóricas, metodológicas y evidencia empírica. Serie de lecturas III. Programación y presupuesto. Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática. México, 1982. P. 15-25.

LANGER, Ana. **La alimentación durante el primer año de vida.** en: Cuadernos de nutrición. Vol. 10. octubre-noviembre-diciembre. México, 1983. p. 17-32.

LAUGIER, J y F. Gold. **Manual de Neonatología.** Ed. Mansson. México, 1980. 269 p.p.

Leche materna, el oro más blanco. Sumario. en: La guía de mi bebé y yo. Ed. Eurotrend. México, 1997. p. 14-19.

M.

MANDL Perre, E. **Alimentación al pecho, el mejor comienzo para la vida.** Ed. Pax Mexicana. México, 1987. 264 p.p.

Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de atención. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. UNICEF. México, 1997. 115 p.p.

Medicamentos y lactancia materna. en: Gaceta Médica Mexicana. Vol. 130. No. 1. enero-febrero. México, 1994. p. 30 y 31.

MONDRAGÓN Castro, Héctor. **Obstetricia básica ilustrada.** Ed. Trillas. 4a. ed. México, 1992. 822 p.p.

MORALES de León, Josefina. **Los alimentos, composición y clasificación.** en: Cuadernos de nutrición. Vol. 5. No. 2. octubre-noviembre-diciembre. México, 1981. p. 17-32.

N.

NICHOLS , Francine H. y Sharrón Smit, Humenick. **Educación para el parto: Teoría, práctica e investigación.**

NILSON Lenart. y Lars Hamberger. **Nacer la gran aventura.** Ed. Salvat. España, 1990. 209 p.p.

NOGUERA Farfán, Ma. del Carmen y Noguera Farfán, Margarita. **Aspectos legales de la lactancia humana.** en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 69-74.

P.

PEREZ de Gallo, Ana Bertha. Cómo alimentar al niño pequeño. en: Cuadernos de nutrición. No. 10. octubre-noviembre-diciembre. México, 1983. p. 44-47.

POSADAS Robledo, Francisco. et. al. Lactancia materna: seguimiento durante el puerperio. en: Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 64. septiembre. México, 1996. p. 392-398.

Prepárate para dar el pecho. En: Consejos de mi bebé y yo. Año I. No. 7. Ed. Eurotrend. octubre. México, 1997. p. 29-30.

Programa académico de servicio social y de titulación. UNAM-ENEQ. México, 1996. 202 p.p.

Programa de Salud Reproductiva y planificación familiar 1995-2000. Programa de reforma del Sector Salud. Poder Ejecutivo Federal. México, 1996. 36 p.p.

Programa Nacional de Acción en favor de la infancia 1995-2000, evaluación 1996. Comisión Nacional de acción en favor de la infancia. México, 1997. 150 p.p.

Programa Nacional de Acción en favor de la Infancia 1995-2000. Comisión Nacional de acción en favor de la infancia. México, 1995. 209 p.p.

Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. Alianza para la igualdad. Poder Ejecutivo Federal. México, 1996. P. 111 p.p.

Q.

¿Qué le aportas a tu hijo. en: **Consejos de mi bebé y yo.** Año I. No. 4. Ed. Eurotrend. julio. México, 1997. p. 10-13.

¿Qué medicinas pueden tomarse?. en: **Consejos de mi bebé y yo.** Año I. No. 4. Ed. Eurotrend. julio. México, 1997. p. 50-52.

R.

REEDER, Sharon J. et. al. **Enfermería materno infantil.** Ed. Interamericana. 17a. ed. España, 1995. 1421 p.p.

ROPER, Nancy. **Diccionario de Enfermería.** Ed. Interamericana. 16a. ed. México, 1994. 449 p.p.

S.

SILVERMAN Dickason. Y Schultz. **Enfermería materno infantil.** Ed. Mosby-Doyma. 2a. ed. España, 1995. 749 p.p.

Síntesis operativa sobre el proceso de atención para la lactancia materna. IMSS. Delegación 2 noreste del D.F. Centro Médico Nacional La Raza Hospital de Ginecoobstetricia No. 3.

SOLA Mendoza, Juan. **Puericultura.** Ed. Trillas. México, 1995. 282 p.p.

T.

TAVANO Colaizzi, Loredana. Destete e introducción de alimentos distintos a la leche. en: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. agosto. México, 1993. p. 20-25.

¿Tendrá sed?, en: Consejos de mi bebé y yo. Año I. No. 8. Ed. Eurotrend. noviembre. México, 1997. p. 62-64

TORTORA J., Gerard y Nicholas, P. Anagnostakos. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 5a. ed. México, 1991. 993 p.p.

V.

VARGAS, Luis Alberto. La lactancia en México a través del tiempo. En: Cuadernos de nutrición, edición especial lactancia. Agosto. México, 1993. p. 13-19.

VASQUEZ Garibay, Edgar M. Recomendaciones nutrimentales en el recién nacido. en: Boletín Médico del Hospital infantil de México, Federico Gómez. Vol. 49. No. 12. diciembre. México, 1992. p. 861-866.

VEGA Franco, Leopoldo. ¿Porqué, cómo y cuándo iniciar la ablactación?. en: Cuadernos de nutrición. Vol. 11. No. 4. julio-agosto. México, 1988. p. 3-9.

VEGA Franco, Leopoldo. La lactancia materna y sucedáneos de la leche humana, una visión reciente. en: Gaceta Médica Mexicana. Vol. 131. No. 3. mayo-junio. México, 1995. p. 293-301.

VEGA Franco, Leopoldo: **Sucedáneos de la leche materna, una búsqueda inconclusa.** en: Cuadernos de nutrición. Vol. 14. No. 5. septiembre-octubre. México, 1991. p. 17-32.

W.

WINNICOLT, D. W. **Conozca a su niño.** Ed. Paidós. Argentina, 1989. p.p. 204.