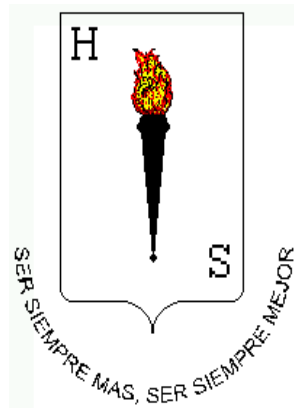


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**AUSENCIA DE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO EN
MUJERES PRIMIGESTAS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA
PERLA MOLGADO PLACENCIA**

**ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOACÁN.



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

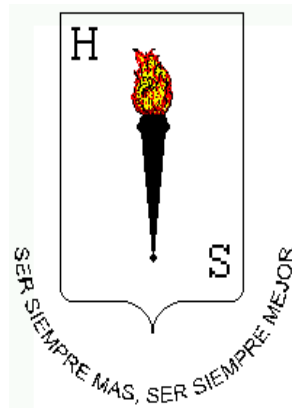
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**AUSENCIA DE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO EN
MUJERES PRIMIGESTAS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA
PERLA MOLGADO PLACENCIA**

**ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOACÁN.

DEDICATORIA

A ti Madre:

Por todo el esfuerzo que has hecho para que se hiciera mi sueño realidad, gracias por la paciencia, por la perseverancia que inculcaste en mí, por tus palabras de aliento y sin duda por darme la vida; nunca olvides que te amo y eres parte de mi desarrollo como persona y profesionalista.

A ti Padre:

Por todo el tiempo que sacrificaste para que yo fuera una persona de bien, por todo el esfuerzo que has hecho para poder darme lo necesario, eres alguien importante de mi vida gracias por darme la alegría de seguir estudiando, te amo.

A ustedes, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una mejor persona, pero más que nada, por su amor.

GRACIAS

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por darme el don de la vida y permitirme llegar hasta donde he llegado, por darme la fuerza necesaria para levantarme en momentos difíciles; gracias por mostrarme el camino correcto que debo seguir y por todo lo bueno que tengo en vida.

A mis padres por confiar en mí, y estar a mi lado en todo momento; son ustedes la luz de mis ojos y el impulso de levantarme cada día.

A todas esas personas que me alentaron para no dejarme caer, mostrándome su apoyo y cariño con un abrazo, este trabajo también está dedicado a ustedes.

A mis maestros que me compartieron parte de su tiempo para prepararme académicamente ayudándome a ser una persona de provecho.

A mi asesor el Dr. Marco Antonio Rueda por brindarme parte de sus conocimientos y orientarme en la realización de este trabajo, por todo consejo que me alentó a ser una mejor enfermera y sobre todo mejor persona.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	III
Pregunta de investigación.....	III
OBJETIVOS	
Objetivo general	III
Objetivo específico	IV
JUSTIFICACIÓN	IV
HIPÓTESIS	V
VARIABLES.....	
Variable independiente	V
Variable dependiente	V
CAPÍTULO II SERVICIO DE ENFERMERÍA A MUJERES PRIMIGESTAS EN EL PROCESO DE AMAMANTAMIENTO	
2. SERVICIO DE ENFERMERÍA A MUJERES PRIMIGESTAS	2
2.1 Asistenciales	3
2.2 Administración	3
2.3 Docentes	4
2.4 Investigación	4
3. LACTANCIA MATERNA.....	7
3.1 Anatomía de la mama.....	8
3.2 Fisiología de la glándula mamaria	11
3.2.1 Cambios estructurales.....	11

3.2.2 Factores hormonales en el desarrollo y función de la glándula mamaria	12
.....	
3.3 Fisiología de la lactancia	13
3.3.1 Etapas de la lactancia	16
3.4 Leche materna	16
3.4.1 Secreción de la leche	19
3.4.2 Reflejo de expulsión de leche	20
3.5 Nutrición en el embarazo y durante la lactancia	20
3.5.1 Ganancia de peso materno	21
3.5.2 Necesidades nutricionales de la mujer lactante	22
<i>3.5.2.1 Necesidades energéticas</i>	23
<i>3.5.2.2 Calorías</i>	24
<i>3.5.2.3 Proteínas</i>	25
<i>3.5.2.4 Oligoelementos, minerales y vitaminas</i>	25
<i>3.5.2.5 Metabolismo del calcio</i>	26
3.6 Efecto de la dieta y el ejercicio	27
3.7 Necesidades nutricionales del recién nacido	27

CAPÍTULO III VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

4. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA	30
4.1 Ventajas inmunológicas	30
4.2 Ventajas nutricionales	31
4.3 Ventajas psicosociales	31
4.4 Desventajas de la lactancia materna	34
5. POSICIÓN DE LA MADRE	34
5.1 Posición de cuna	35
5.2 Posición de cuna cruzada	36
5.3 Posición acostada	36
5.4 Posición de balón de rugby	36

5.5 Posición de caballito.....	37
5.6 Posición de gemelos.....	38
5.7 Posición del recién nacido	40

6. EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

6.1 Norma de lactancia materna.....	42
6.2 Técnicas de alimentación	44
6.2.1 Extracción manual de la leche materna: Técnica Marmet	47
6.2.1.1 Como facilitar la bajada de la leche.....	49
6.3 Problemas de la lactancia.....	50
6.3.1 Dolor en los pezones	50
6.3.2 Grietas en el pezón.....	50
6.3.3 Galactorrea	51
6.4 Alimentación con biberón	51

CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA	55
TIPO DE ESTUDIO	55
SUJETOS A ESTUDIAR.....	55
Universo	56
Muestra.....	56
CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	57
TÉCNICAS UTILIZADAS.....	57

CAPÍTULO V DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

RESULTADOS DE ENCUESTAS.....	60
ENCUESTAS REALIZADAS A MADRES PRIMIGESTAS.....	60

ENCUESTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE ENFERMERÍA.....	78
--	-----------

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES	96
SUGERENCIAS	97
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	100

ANEXOS

ANEXO 1.....	103
ANEXO 2.....	107

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se hablará sobre la ausencia de las técnicas de alimentación por seno materno, debido a que es necesario reforzar la educación que brinda el personal de enfermería.

La lactancia materna es un proceso fisiológico que se lleva después del parto, pero la mayoría de veces es llevada a cabo sin aplicar una técnica correcta que le brinde a la madre mayor seguridad y control produciendo lesiones en los pezones y que el recién nacido quede insatisfecho, irritable y no puedan ejercer un vínculo afectivo debido a las molestias.

Se podrá observar que la mayoría de las mujeres primigestas desconocen la información sobre las técnicas de alimentación por seno materno, esto al igual que el servicio de enfermería y es alarmante que se brinde la información incorrecta debido a que las pacientes realizan lo que la enfermera les informa, creyendo que es un personal capacitado.

Se analizarán los resultados de las encuestas así como la evaluación del servicio de enfermería, para llevar a cabo propuestas que vayan encaminadas a mejorar el proceso de alimentación por seno materno y la adecuada interacción enfermera-paciente procurando su capacitación para lograr el éxito de la madre y del recién nacido en dicho proceso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la mayoría de las mujeres primigestas desconocen la importancia de brindarle al recién nacido la leche materna como primer alimento, donde esta contiene los nutrientes necesarios para su desarrollo. Al igual que la alimentación, es importante la técnica ya que proporciona comodidad, y un mejor proceso de amamantamiento.

Desafortunadamente las madres no toman en cuenta estos criterios incluyendo el servicio de enfermería, es por esto, que poco a poco se ha ido perdiendo la importancia de brindar la información necesaria a la madre para que realice una adecuada técnica de alimentación al proporcionar seno materno al recién nacido.

Se ha observado que el servicio de enfermería participa en los cuidados necesarios de la madre pero se olvidan del recién nacido, con esto se pretende reforzar la educación sobre el amamantamiento para un mejor desarrollo del recién nacido.

Después de todo lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Es la educación brindada por parte del servicio de enfermería a las mujeres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sobre la alimentación por seno materno, un factor determinante para que hagan una técnica adecuada de alimentación?

CAPÍTULO II

SERVICIO DE ENFERMERÍA A

MUJERES PRIMIGESTAS EN EL

PROCESO DE AMAMANTAMIENTO

En el siguiente capítulo se abordará la importancia de la intervención del servicio de enfermería en una de sus funciones principales que es la educación, donde es necesario brindar información adecuada a mujeres primigestas sobre el tema de alimentación por seno materno, indispensable para el desarrollo del recién nacido, también se expondrá todo lo referente a lactancia materna, incorporación e interacción de la mujer primigesta dentro del proceso de amamantamiento.

2. SERVICIO DE ENFERMERÍA A MUJERES PRIMIGESTAS EN EL PROCESO DE AMAMANTAMIENTO

La enfermería es una ciencia dedicada al cuidado de la salud del ser humano, sin duda, su esencia se basa en el mantenimiento y cuidado de la salud, así como en un completo desarrollo de ésta.

La profesión de enfermería implica una interrelación entre todas las personas, sanas o enfermas considerando un ente físico y biopsicosocial, para esto requiere de conocimientos y práctica que al aplicarlos al paciente sea de manera integral.

Según Bárbara Koozier, Glenora Erb, Rita Olivieri, (1994):

“La práctica de enfermería se desarrolla en cuatro niveles de salud:

1.- Promoción de la salud: Promocionar la salud significa ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes que necesitan para mantener y reforzar su bienestar.

2.- Mantenimiento de la salud: Las enfermeras realizan este tipo de actividades con el objetivo de ayudar al cliente a mantener su estado de salud.

3.- Recuperación de la salud: Implica ayudar a personas a mejorar su salud después de un problema o una enfermedad.

4.- Preparación ante la muerte: En este caso la enfermera se ocupa de confortar y cuidar a las personas, sea cual sea su edad, durante la fase terminal y la muerte.” (p.10)

La evolución de enfermería contribuye a un dominio de la profesión, un código ético, una persona informada e involucrada y responsable de sus actos. El ofrecer un servicio de calidad es el origen de las responsabilidades que la enfermera adopta con el paciente, debe ejercer control sobre su práctica, garantizar las reglas y brindar confianza, además establecer, mantener y superar estas responsabilidades que reflejan claramente las actividades y funciones de la enfermera.

Dentro de las cuales se encuentran:

2.1 Asistenciales

Realiza actividades dirigidas a:

- a) Prevenir enfermedades o complicaciones de salud mayores.
- b) Conservar y fomentar la salud.
- c) Proporcionar cuidados en procesos agudos, crónicos o de urgencia.
- d) Participar en la rehabilitación.
- e) Brindar asistencia ante la muerte.

2.2 Administración

Dirigidas al paciente y a los servicios de enfermería:

- a) Seleccionar el modelo de atención idóneo para la ejecución de los cuidados.
- b) Colaborar en la organización de los servicios.
- c) Supervisar y evaluar la atención proporcionada.
- d) Promover la salud en coordinación con otras instancias.

2.3 Docentes

Dirigidas al paciente o familiares, grupos sociales y personales de enfermería:

- a) Valores necesidades de aprendizaje.
- b) Determinar estrategias para alcanzar los resultados.
- c) Elaborar y ejecutar programas educativos.
- d) Evaluar resultados.

2.4 Investigación

- a) Realizar investigación de tipo documental, descriptiva y de campo.
- b) Desarrollar proyectos de investigación conjuntamente con instituciones educativas, de salud y asistencial.

Tomando en cuenta la docencia como una de sus funciones principales, la enfermera desarrolla la participación de las madres primigestas al cuidado de la salud propia y del recién nacido.

La enfermera usa la experiencia profesional para ayudar al mantenimiento y llevar al máximo la salud de la mujer embarazada y del desarrollo del recién nacido, esto se logra al realizar valoraciones, formular diagnósticos, planeación, brindar cuidado, otorgar alivio y apoyo cuando sea necesario, ya que se puede requerir apoyo emocional después del parto.

El embarazo en una mujer primigesta es una etapa de apoyo o conflicto para la pareja, según el equilibrio familiar, existen cambios de imagen corporal y se requiere un nuevo orden de las relaciones sociales y cambios en los papeles de los integrantes de la familia. La manera en que una mujer enfrenta las tendencias del embarazo se modifica por su estructura emocional, su antecedente sociológico, cultural y la aceptación o rechazo del embarazo.

La mujer embarazada se preocupa por su hijo que aún no nace y por sí misma, busca una atención de maternidad competente para proporcionar una sensación de control y desea establecer una relación con su médico para que la conozca a ella y sus necesidades.

Según Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995):

“La evolución del embarazo depende de numerosos factores, entre ellos el estado de salud previo de la mujer, la coexistencia de enfermedades, su estado emocional y los antecedentes médicos personales.”(p.311)

La llegada del primer hijo marca un momento de crisis y alegría pero también de diversos cambios, la madre tiene una sensación de logro y la pareja una sensación de gran responsabilidad por el crecimiento y desarrollo de su hijo, se hace una nueva interacción y comunicación al planear la llegada del niño.

La pareja desea saber conocimientos acerca del embarazo, trabajo de parto, parto y nacimiento, así como de la atención que se le brinda al RN, también busca su conocimiento a través de la observación de otras mujeres embarazadas y madres nuevas, y por medio de la discusión con otras personas que tuvieron hijos, tomando en cuenta que estas emociones nuevas y la ayuda que se brinden uno al otro los ayudará para dar más amor a su hijo.

Sus conocimientos pueden basarse más en rumores que en hechos, es aquí donde la enfermera asume la doble función de maestra y orientadora de las familias que esperan un hijo y desean información acerca del embarazo y las adaptaciones que deben hacer, así como de los síntomas físicos que puede experimentar y las medidas que puede tomar para aliviarlos.

La expulsión del recién nacido y el sonido del primer llanto crea un momento emotivo para los nuevos padres, la madre puede estar exhausta, pero casi siempre siente regocijo y está ansiosa por ver a su hijo.

Después del parto el RN puede permanecer con la madre y la enfermera ayudará a colocarlo para que sea posible el contacto visual con sus padres ya sea en silencio o pueden mostrar una participación más activa al tocarlo, el RN se empieza a adaptar a los cambios extrauterinos y uno de los más importantes es la alimentación.

El RN no succiona en realidad, puede lamer, probar y oler la piel de la madre, esta actividad estimula la liberación materna de prolactina, lo cual promueve el inicio de la lactancia. Cada familia es diferente y la enfermera necesita modificar las actividades para cubrir las necesidades familiares de cada paciente.

No podemos negar que la alimentación siempre estará presente como tema de discusión dentro de la comunicación de la pareja, sin excluir a madres solteras, ya que es una importante decisión elegir el método para alimentar a su hijo, donde este puede darse por la influencia de factores de tipo físico, psicológico, y social, dados a conocer más adelante.

Es importante que este tema sea discutido antes del periodo de parto para que los padres tengan oportunidad de recibir orientación por parte del servicio de enfermería, o en ciertos casos con el médico que está a cargo de su control prenatal, para que se pueda tomar la mejor decisión basada en fundamentos que no perjudiquen al recién nacido.

La enfermera debe hacer auge en que la alimentación por seno materno es la mejor opción para el bebé, en caso de que la madre se niegue, antes verificando su estado físico o la presencia de alguna alteración que no se lo permita, además de que en la actualidad la necesidad de superación personal o económica hace imposible el contacto físico y emocional con el bebe, debido a la falta de información sobre alguna

técnica útil para poder brindar la leche materna, propiamente mencionadas en el siguiente capítulo.

Según Keeder Martin Roniac (1994) cuando la alimentación por seno materno es el método de elección para la nueva madre, el grado de perseverancia que se tenga con el bebé con frecuencia depende de los cuidados que reciba en el área hospitalaria tomando en cuenta el desarrollo de protocolos de alimentación al seno materno que ayudan a unificar criterios de enseñanza y reducir al mínimo las informaciones contradictorias.

Es importante que el personal de enfermería proporcione orientación previa sobre las maneras de prevenir o tratar posibles problemas relacionados con la lactancia, debido a que la mayor parte de las mujeres salen del hospital poco después del parto y antes del establecimiento esta.

El apoyo del personal de enfermería con conocimientos necesarios, las políticas hospitalarias permisivas y la orientación previa ayudarán a que la alimentación por seno materno sea una experiencia más agradable para la madre, el niño y se alcance el éxito.

3. LACTANCIA MATERNA

El Dr. Arturo Zarate Treviño según el Dr. Elías S. Canales (1983), nos menciona que la lactancia es el fenómeno biológico que constituye la etapa final del ciclo reproductivo, donde la secreción de leche está dada por la glándula mamaria que tiene como propósito alimentar al recién nacido y proveerlo de los requerimientos nutritivos necesarios para su desarrollo debido a que sus glándulas digestivas aún no están suficientemente desarrolladas para asegurar la nutrición de éste.

En cambio la OMS según J.A. Usandizaga, P. de la Fuente (1997), la leche materna es el alimento más completo para el recién nacido, puesto que contiene sustancias específicas que potencian su valor energético y nutritivo.

Entre dichas sustancias se encuentran la lactoferrina, enzimas, vitaminas y oligoelementos. Se han comprobado las propiedades antiinfecciosas y antialérgicas así como la producción de diversas interacciones psicobiológicas entre la madre y niño, que son muy positivas para ambos.

Esta última menciona una información amplia y clara de la importancia de llevar a cabo el proceso de lactancia, así como los beneficios que obtiene el recién nacido al llevar a cabo dicho proceso.

Antes que nada daremos a conocer la anatomía, fisiología y estructura de la mama para conocer su gran complejidad, así como su desarrollo y la importancia que tiene dentro del proceso de lactancia. Sin olvidar que está misma cuenta con su propio mecanismo, totalmente distinto pero con la misma finalidad; desarrollando en conjunto la satisfacción materna y del recién nacido.

3.1 Anatomía de la mama

El Dr. Arturo Zarate Treviño según el Dr. Elías S. Canales (1983) describe la anatomía de la mama desde la vida intrauterina, donde el desarrollo mamario se inicia a partir de la sexta semana de embarazo con la aparición de dos engrosamientos epidérmicos o crestas mamarias, situadas una a cada lado del tronco del embrión. Durante la séptima semana de gestación y cuando el embrión tiene 26 mm, las crestas craneal y caudal se atrofian persistiendo solo las de la región pectoral.

A continuación esta región pectoral se fragmenta en brotes primordiales de las futuras glándulas mamarias y posteriormente, la mayoría de estos brotes se atrofian

quedando dos de ellos, uno a cada lado, que darán origen a las mamas definitivas, la parte que persiste, se engruesa y penetra en el corio, dando lugar al llamado *primordium mamario*.

A medida que el primordium crece, emite por su cara profunda de 10 a 24 brotes secundarios; estos brotes secundarios se transforman en canales formándose los conductos galactóforos. En el octavo o noveno mes de gestación, se originan nuevos brotes de los conductos galactóforos que formarán los conductos menores y los tubos glandulares.

Finalmente el pezón se forma por una proliferación epidérmica evertida en la última semana del embarazo. Donde el desarrollo intrauterino de la mama es similar para el embrión masculino y femenino.

Las mamas son de secreción externa de tipo alvéolo-tubular cubiertas por una envoltura céluloadiposa situadas en la cara anterior del tórax. Su forma, límites y dimensiones sufren variaciones individuales que dependen de diferentes factores como son el estado hormonal, la edad y la raza. La glándula descansa sobre el musculo pectoral mayor, separada de la aponeurosis de este músculo por una delgada capa de tejido adiposo.

En el centro de la superficie mamaria se encuentra la areola y el pezón, constituidas por la piel más gruesa y de color diferente alrededor de los cuales se observan glándulas sebáceas o tubérculos de Morgagni. Así durante el embarazo estas glándulas sebáceas aumentan de tamaño y se denominan tubérculos de Montgomery. En el pezón desembocan de 18 a 20 conductos galactóforos; la areola está constituida de fibras musculares circulares y radiadas, que se insertan en la cara profunda de la dermis areolar y del pezón; sus fibras rodean a los conductos galactóforos terminales y su contracción provoca la erección del pezón.

El tejido glandular se encuentra inmediatamente debajo del músculo areolar, separado por tejido adiposo, el cual aumenta de espesor en la periferia; en él transcurren arterias, venas, linfáticos y nervios. El tejido céluloadiposo, que configura la forma de la glándula, se dispone en acúmulos que ocupan celdillas formadas por tabiques fibrosos denominados ligamentos de Cooper que se desprenden de la envoltura glandular y se insertan en la cara profunda de la dermis.

Histológicamente la glándula mamaria tiene una estructura acinosa. Cada acino o unidad secretora está constituido por dos capas celulares:

- a) Una interna de células cuboideas con función secretora.
- b) Una externa de células fusiformes mioepiteliales con función excretora.

Varios acinos forman un lobulillo y estos a su vez originan entre 15 y 20 lóbulos. Cada lóbulo posee un conducto excretor que desemboca en el pezón y presenta una dilatación fusiforme terminal llamada *seno galactóforo*.

La irrigación sanguínea de la mama proviene de tres arterias principales:

- a) La arteria mamaria externa, rama de la axilar, que irriga la parte externa de la glándula.
- b) La arteria mamaria interna, rama de subclavia, mediante los ramos perforantes 2, 3, 4 y 5 de los espacios intercostales.
- c) Las arterias intercostales, ramas de la aorta, mediante las ramas perforantes que irrigan la cara profunda de la glándula.

Las venas siguen un trayecto similar al de las arterias; forman, debajo de la areola, un plexo venoso del que parten ramas externas que desembocan hacia la vena

mamaria interna. El sistema venoso de la mama tiene conexiones con las venas del cuello y del abdomen, así como con las ramas venosas intercostales que finalmente forman los sistemas ácigos.

La piel de la mama se encuentra inervada por los seis primeros nervios intercostales y por la rama supraclavicular del plexo cervical superficial, así como por ramas torácicas del plexo braquial. El parénquima glandular, recibe su inervación del 4o, 5o y 6o nervios intercostales.

Las vías linfáticas de la mama se dividen en cutáneas y parenquimatosas, ambas en íntima conexión. La vía cutánea reúne la linfa proveniente de los linfáticos subdérmicos y fasciales formando debajo de la areola un plexo superficial y otro subalvéolar y fascial que se comunican entre sí. Las vías linfáticas parenquimatosas se inician en el tejido interlobular y terminan en el plexo subalvéolar desde donde parten los troncos colectores hacia los ganglios regionales correspondientes.

3.2 Fisiología de la glándula mamaria

El Dr. Arturo Zarate Treviño según el Dr. Elías S. Canales (1983) después de analizar lo anterior parte a conocer los cambios que ocurren en la glándula mamaria desde el nacimiento, pubertad, durante el embarazo y senectud, ya que ocurren diversos mecanismos a los cuales no se les resta importancia.

3.2.1 Cambios estructurales

El tejido mamario presenta una serie de cambios estructurales desde el nacimiento hasta la senectud.

Al nacimiento es posible observar cierta actividad secretora de la glándula, condicionada por el estímulo hormonal del embarazo, seguida poco tiempo después de involución e inactividad hasta la pubertad en donde se desarrolla fuertemente en

la mujer y en el hombre se atrofia. La glándula mamaria inicia su crecimiento y desarrollo definitivo durante la pubertad. El tejido adiposo y fibroso aumenta así como la extensión del árbol canalicular. El sistema lobular se desarrolla hasta adquirir la diferenciación de las estructuras de tipo acinoso, las cuales alcanzarán su máxima expresión durante el embarazo y la lactancia.

La glándula mamaria posee una actividad cíclica que está íntimamente relacionada con el ciclo menstrual. Esta actividad se manifiesta por aumento de volumen y sensibilidad, así como de modularidad parenquimatosa. Estos cambios están relacionados a cambios proliferativos y regresivos del epitelio lobular, canalicular y del tejido fibroso.

En el embarazo hay una marcada hipertrofia e hiperplasia de los lobulillos y el parénquima adquiere un aspecto tubuloglandular y el tejido conjuntivo que separa los lóbulos disminuye; los acinos se tapizan de células con características secretoras; hay aumento de la vascularidad y de la velocidad de la corriente linfática.

Así, durante la lactancia, los acinos tienen funciones de secreción y almacenamiento de la leche y al finalizar este período, hay un proceso de involución mediante un colapso de los lóbulos, disminución del calibre de los canalículos e infiltración de tejido conjuntivo, hasta recobrar los caracteres normales de la glándula.

Finalmente después de la menopausia hay cambios regresivos que se acompañan de acúmulos de tejido adiposo y disminución del tejido glandular; desaparecen los elementos lobulares y los conductos disminuyen de calibre. En la senectud el estroma aumenta y finalmente se esclerosa conjuntamente con los vasos sanguíneos y los conductos.

3.2.2 Factores hormonales en el desarrollo y función de la glándula mamaria

Como glándula de secreción externa, el desarrollo y funcionamiento mamario se rigen por múltiples factores en donde destacan los hormonales.

Se ha señalado y con razón que la glándula mamaria constituye el órgano efector endocrino más complejo del cuerpo. Su crecimiento, desarrollo y función dependen de numerosas interacciones hormonales; así, el crecimiento y desarrollo del sistema ductal depende de la acción sinérgica de los estrógenos en presencia de la hormona de crecimiento y prolactina, además de insulina, tiroxina, y hormonas corticoesteroides.

Por otra parte, el desarrollo del sistema lobuloalveolar está dado principalmente por la acción de la progesterona en el tejido previamente preparado por los estrógenos. La prolactina por su parte, participa en la diferenciación final del epitelio alveolar para la lactogénesis y la oxitocina para la expulsión de la leche.

3.3 Fisiología de la lactancia

Según Gerard J. Tortora, Sandra Reynolds Grabowski (2006):

“Una hormona que promueve de manera importante la lactancia es la prolactina (PRL), que produce el lóbulo anterior de la hipófisis. Aunque los niveles de PRL aumentan conforme avanza el embarazo, no hay secreción de leche porque la progesterona inhibe los efectos de la prolactina.”(p. 1053)

Después del parto, disminuye la concentración de estrógenos y progesterona maternos y se interrumpe dicha inhibición. La succión del lactante es el estímulo principal para que continúe la secreción de prolactina durante la lactancia. Dicha succión genera, en los receptores de estiramiento de los pezones, impulsos nerviosos que se transmiten al hipotálamo, donde decrece la liberación de la

hormona inhibidora de prolactina (HIP) y aumenta la de la hormona liberadora de prolactina (HLP), de modo que el lóbulo anterior de la hipófisis libera más prolactina.

La oxitocina causa la liberación de la leche en los conductos mamarios gracias al reflejo de expulsión (descenso) de leche. Este líquido se forma en las células glandulares de las mamas, donde se almacena hasta que el lactante inicia la succión. La estimulación de los receptores táctiles de los pezones produce impulsos nerviosos sensoriales que se transmiten al hipotálamo.

En respuesta de ellos, se incrementa la secreción neurohipofisiaria de oxitocina. Esta hormona, que llega a las glándulas mamarias por el torrente sanguíneo, estimula la contracción de las células mioepiteliales (parecidas a la del músculo liso) que rodean a la células y conductos glandulares.

La compresión resultante desplaza la leche de los alveolos de las glándulas a los conductos mamarios, donde es posible su succión. Dicho proceso se denomina expulsión (descenso) de la leche.

Aunque ésta no ocurre realmente hasta 30 a 60 segundos después de iniciada la succión (periodo latente), algo de leche almacenada en los senos galactóforos, cercanos al pezón, está disponible durante el periodo latente.

Pero también estímulos no relacionados con la succión, como oír el llanto del bebé o el contacto con los órganos genitales, también pueden causar la liberación de la oxitocina y el descenso de la leche. La succión, que estimula la primera, inhibe la de HIP, con lo cual aumenta la secreción de prolactina y se mantiene la lactancia.

Hacia fines del embarazo y en los primeros días después del parto, las glándulas mamarias secretan un líquido lechoso, llamado *calostro*.

Aunque no es tan nutritivo como la leche, ya que contiene menos lactosa y está casi desprovisto de grasas, resulta adecuado hasta la aparición de la leche verdadera, hacia el cuarto día de vida postnatal. El calostro y la leche materna contienen anticuerpos que protegen al lactante durante los primeros meses de vida.

Después del parto, el nivel de prolactina empieza a descender hasta el nivel que había antes del embarazo. Sin embargo, cada vez que la madre amamanta al hijo se generan impulsos nerviosos que viajan de los pezones al hipotálamo y aumentan la liberación de HLP, al tiempo que disminuyen la de HIP, lo cual produce la duplicación de la secreción adenohipofisaria de prolactina, efecto que dura aproximadamente una hora.

La acción de la prolactina en las glándulas mamarias es que se produzca leche para la siguiente sesión de amamantamiento. En caso de que el incremento de la prolactina se inhiba por lesiones o enfermedades o que se interrumpa la lactancia, las glándulas mamarias pierden su capacidad de producción de leche en cuestión de días. Aunque es normal que la secreción de la leche disminuya al cabo de siete a nueve meses del nacimiento del bebé, esta puede continuar varios años si la mujer sigue amamantando.

Por otro lado, J.A. Usandizaga, P. de la Fuente (1997) nos dice que el crecimiento mamario depende de una serie de factores hormonales que actúan en dos momentos fundamentales de la vida femenina: la pubertad y el embarazo.

En la gravidez, por efecto de la función placentaria, se produce un aumento muy considerable de los estrógenos y la progesterona; al igual que los niveles de prolactina alcanzan valores elevados hasta llegar a su punto máximo en el momento del parto.

Los anteriores autores mencionan que los estrógenos actúan primordialmente sobre los conductos galactóforos, mientras que la progesterona lo hace sobre los alvéolos,

a este desarrollo parecen contribuir los esteroides suprarrenales, la hormona del crecimiento y, quizá, el lactogeno placentario. La actuación de estas hormonas determina el crecimiento mamario y la secreción de calostro, que comienza hacia el tercer mes del embarazo y persiste hasta que se inicia la producción de leche, hacia el tercer día del puerperio.

Dado a esto, J.A. Usandizaga, P. de la Fuente (1997) nos menciona:

“Los estrógenos son los responsables del aumento de producción de prolactina que tiene lugar durante la gestación. A partir de las ocho semanas la prolactinemia comienza a aumentar y pasa de 12-24 a 200-400 ng/mL al término de la gestación. Se ha argumentado que los estrógenos, a su vez, inhiben la acción de la prolactina sobre los receptores alveolares mamarios. ” (p. 242)

Refiere que probablemente es la progesterona la que se opone a la acción a la acción de la prolactina sobre los receptores alveolares, ello hace que sólo la brusca caída de estrógenos y de progesterona que determina la expulsión de la placenta permita la secreción láctea.

3.3.1 Etapas de la lactancia

El Dr. Arturo Zarate Treviño según el Dr. Elías S. Canales (1983) nos dice que la lactancia tiene cuatro etapas que son:

- a) MAMOGENESIS: Desarrollo y crecimiento del tejido lactogeno.
- b) LACTOGENESIS: Establecimiento del estado de secreción láctea.
- c) GALACTOPOIESIS: Producción y mantenimiento de la secreción láctea.
- d) REFLEJO SENSORIO NEURO- HUMORAL: Eyección láctea.

3.4 Leche materna

Luis Cabrero Roura (2004) nos dice que es la secreción mamaria que aparece post parto, donde su composición tiene un carácter específico para cada especie adaptándose al ritmo de crecimiento y situación de madurez postnatal, siendo variable en cada una de ellas, donde el ajuste personal de la composición de la leche obliga a que ésta esté poco influenciada por factores externos, incluida la situación nutricional de la madre.

Este autor también menciona que la formación de la leche por la célula alveolar es un proceso activo de síntesis, que necesita la captación de componentes nutricionales de la sangre materna, su metabolización y su secreción a la luz alveolar.

Según Luis Cabero Roura (2004):

“Existen cuatro vías funcionales por las que la célula alveolar vierte sus productos a la luz del alveolo:

1. La **transmembranosa**, que desde el polo basal al apical es operativa para algunas moléculas pequeñas (agua, urea, glucosa) e iones (Cl, Na, K).
2. La **vía Golgi**, que supone la incorporación en sus vesículas de las sustancias captadas o formadas en la célula (caseína, proteínas del suero, lactosa, calcio...), vertidas por exocitosis a la luz alveolar.
3. La **vía de las grasas**, que incluye a las grasas de la leche, hormonas liposolubles, algunos medicamentos, leptina, factores de crecimiento, donde el glóbulo de grasa se vierte a la leche junto con parte del citoplasma celular.
4. La **transcitosis**, que es poco importante en la lactancia establecida y supone el manejo de sustancias (inmunoglobulinas, transferina, prolactina) a través de vesículas de transporte, que puede acabar convergiendo con la vía de Golgi
5. La vía paracelular es inexistente en la lactancia pero es la vía predominante en las secreciones mamarias durante la gestación.

Donde los electrolitos pueden pasar al suero materno a la leche sin atravesar la célula alveolar.”(pp. 463-464)

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) abordan que durante el establecimiento de la lactancia se producen tres tipos de leche:

a) calostro, b) leche transicional y c) leche madura.

El *calostro* es un líquido amarillento o de apariencia cremosa, más espeso que la leche posterior y contiene más proteínas, vitaminas liposolubles y minerales. También tiene niveles altos de inmunoglobulinas (anticuerpos), las cuales son una fuente de inmunidad pasiva para el recién nacido. La producción de calostro inicia pronto durante el embarazo y puede durar varios días después del parto. Sin embargo, en la mayoría de los casos la leche transicional reemplaza al calostro en dos o cuatro días después del parto.

La *leche transicional* se produce desde el final de la producción de calostro hasta cerca de dos semanas después del parto. Esta leche contiene niveles altos de grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y más calorías que el calostro.

La leche final que se produce, *la leche madura*, tiene un alto porcentaje de agua; aunque es similar a la leche descremada y puede provocar que las madres se pregunten si su leche es de *riqueza suficiente*.

Emmett, Rogers (1997) según el Dr. Alfredo Pérez Sánchez (1999) nos refiere que la composición de la leche materna varía según el período de la lactancia, es decir, el calostro, la leche madura y la leche del destete son diferentes, variando también a lo largo del día e incluso durante una mamada y otra, así como de una mujer a otra.

Nos describe que el *calostro* se produce durante los primeros cinco días postparto, su volumen es de 2 a 20 mL por mamada en los primeros tres días, cubriendo los

requerimientos del recién nacido si éste recibe entre 8 y 12 mamadas en 24 horas. Su valor energético promedio es de 57 Kcal/100 mL y color amarillo se debe al betacaroteno.

Este contiene más sodio, potasio y proteínas que la leche madura, pero menor contenido de grasa y de lactosa, es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgAs y contiene el máximo número de linfocitos inmunocompetentes.

Se denomina *leche de transición* a la que se produce entre la segunda y tercera semana postparto, mientras se establece la lactancia, caracterizada por un aumento del volumen de la lactosa, grasa y calorías , así como una disminución de la concentración de inmunoglobulinas y proteínas en relación al calostro.

También nos refiere que las madres con hijos prematuros producen por algunos meses una leche con mayor cantidad de proteínas, ácidos grasos, calorías, calcio, fósforo, sodio, cloro, hierro, IgA y lactoferrina, lo que coincide con los mayores requerimientos de estos niños prematuros.

El volumen promedio de de la *leche madura* es de 500 a 900 ml/día durante los primeros seis mese postparto siendo el agua su principal componente en un 88% y su osmolaridad es de 286 mosm, semejante al plasma, permitiendo cubrir los requerimientos de agua en un lactante sano, tomando en cuenta que debe de ser una lactancia a libre demanda.

3.4.1 Secreción de leche

Reeder, Martin, Roniac (1994) nos menciona que la secreción de leche es un prerrequisito para que la alimentación por seno materno sea un éxito, debido a que durante el embarazo se producen importantes cambios en las glándulas mamarias como preparativos para producir leche.

En las primeras etapas de la lactancia la secreción de leche puede estimularse al succionar el niño de ambos senos en cada tetada y al aumentar la frecuencia de las mismas. La producción de leche se inicia con lentitud en algunas mujeres pero puede estimularse si el niño succiona ambos senos cada dos a tres horas.

Aunque la prolactina estimula la síntesis y la secreción de leche a los espacios alveolares, se considera que la cantidad total depende del amamantamiento, por tanto nos refieren que es indispensable vaciar los senos con frecuencia, en particular en las primeras etapas de lactancia.

Así tenemos que tanto la producción de leche como la cantidad de la misma depende de que los senos se vacíen en forma frecuente y total, sino se vacían en su totalidad y no se alivia la presión de los alveolos, la secreción de leche disminuye y tarde o temprano cesa.

3.4.2 Reflejo de expulsión de leche

Reeder, Martin, Roniac (1994) hacen referencia a que el segundo mecanismo de partida en la lactancia es el reflejo de expulsión o bajada de la leche; iniciando a causa de la succión del lactante, dado esto la oxitocina que se libera de la pituitaria posterior estimula las células del mioepitelio en los alveolos para que se contraigan y a través de los conductos expulsan la leche y pase a los senos galactóforos.

Este reflejo está condicionado por la cantidad que el niño requiere pero también afecta la calidad de la leche debido a que el niño no recibe la leche de excreción final que contiene grasa hasta que retira la leche anterior. Esta falta del reflejo de expulsión puede ser causa directa o indirecta e la terminación temprana del amamantamiento en muchas mujeres.

3.5 Nutrición en el embarazo y durante la lactancia

Durante el embarazo y la lactancia, las necesidades nutricionales aumentan debido a que comienzan a producirse cambios en el organismo de la mujer con el objetivo de lograr su adaptación, crecimiento y desarrollo fetal normal, además de la preparación de las mamas para la futura lactancia.

Luis Cabero Roura (2004) nos explica que además de atender estas exigencias la dieta materna debe de aportar nutrientes energéticos y no energéticos (vitaminas y minerales) en cantidad suficiente para que se forme el feto y mantener su metabolismo durante los nueve meses de gestación.

Tras el parto y la lactancia, se producen entre 500 y 700 ml de leche al día, con un elevado valor energético y un rico contenido de micronutrientes

Debido a que la dependencia nutricional del feto hacia la madre es total desde la vida intrauterina por medio de la placenta, hasta el periodo de lactancia se debe tratar de llevar una alimentación normal para evitar alteraciones nutritivas durante la gestación.

3.5.1 Ganancia de peso materno

Según Luis Cabero Roura (2004):

“Cuando la mujer mantiene la misma actividad física que tenía antes de quedar embarazada, las necesidades de energía aumentan durante el embarazo 300 Kcal/día. Con este aporte extra se produce una ganancia de peso de 12-13 kg durante el embarazo, con la acumulación de 2-3 kg de grasa, y la recuperación del peso previo a la gestación unos seis meses después del parto”(p. 322)

Así deducimos que la ganancia de peso materno durante el embarazo es una variable muy fácil de controlar a lo largo de la gestación; esta puede ser escasa o

excesiva y es fuente de preocupación para la mujer que le inducen a aumentar o disminuir su ingesta energética. Considerando que un aumento de peso de 10 a 13 kg en la mujer con una alimentación normal es adecuado para asegurar el crecimiento y desarrollo fetal y para retornar a su peso previo al finalizar el periodo de la lactancia.

Se puede desglosar en diferentes componentes el peso extra que tiene la mujer durante el embarazo, y estas variaciones se producen fundamentalmente por las oscilaciones en la acumulación del tejido intersticial además del depósito de grasa de reserva. Como promedio se tiene que el aumento de líquido intersticial es de 1-2 kg.

El líquido intersticial puede aumentar mucho en ciertos casos (edema), y este no puede ser negativo, así el tejido graso de reserva puede aumentar más de 1-2 kg que corresponden al promedio, pero en el caso de dietas hipoenérgicas puede llegar a ser negativo, es decir, que la mujer se ve obligada a consumir sus depósitos de reserva para mantener su gasto energético.

El aumento de peso materno durante el embarazo tiene una correlación positiva con el aporte energético de la dieta, y en casos de mujeres con sobrepeso u obesidad de manera espontánea ingieren dieta con menos energía que las delgadas, siendo la ganancia de peso inferior.

Ahora bien se ejerce un efecto positivo del estado nutricional previo del recién nacido siendo tan intenso que los hijos de madres con sobrepeso u obesidad tienen peso superior a los hijos de madres delgadas, a pesar de ingerir dietas con menos energía y de ganar menos peso durante el embarazo.

La nutrición en el embarazo es importante porque dará parte a una mujer sana que aportara esos nutrientes al recién nacido por medio de lactancia.

3.5.2 Necesidades nutricionales de la mujer lactante

La lactancia brindará al recién nacido aportes energéticos, de oligoelementos, minerales y vitaminas manteniéndolos en un sistema buffer del organismo que garantizará la adecuada composición láctea. Según Luis Cabero Roura (2004), que además nos habla de lo siguiente:

3.5.2.1 Necesidades energéticas

Si se parte de la composición de la leche y se estandariza un volumen diario, la energía nutricional transferida al recién nacido sería de unas 700 Kcal/día, ya que existe un gasto adicional en los procesos de formación de la leche. El aumento del costo energético de la madre lactante es, un 30% superior al de la no lactante.

Tras el parto, la mujer que está bien nutrida puede derivar gran parte de la energía que tiene en los depósitos de grasa que se le han generado durante la gestación; así, los suplementos energéticos nutricionales adicionales necesarios serían escasos. Dado esto, la organización mundial de la salud (OMS) Según Luis Cabero Roura (2004) sólo los aumenta en unas 500 Kcal/día.

Siguiendo este patrón se permitirá eliminar en seis meses de lactancia los depósitos grasos que se produjeron en la gestación, dado en casos donde la lactancia dure un promedio de más de seis meses, conviene suplementar las 840 Kcal/día, salvo la mujer con sobrepeso.

Se ha observado que las mujeres lactantes ingieren menos energía de la que parece recomendable, por lo que aumenta la deficiencia energética.

Según Luis Cabrero Roura (2004) la respuesta a los mayores requerimientos energéticos de la lactancia puede realizarse a través de varias vías, que son:

“1.- aumento de la ingesta dietética.

- 2.-Disminución del consumo, restringiendo la actividad física.
- 3.- mejora de la deficiencia metabólica (menor metabolismo basal).
- 4.- disminución del metabolismo postprandial
- 5.- Movilización de las reservas tisulares.”(p. 467)

David N. Danforth (1987) nos hace referencia a que la leche materna se considera como la mejor fuente nutritiva para el recién nacido y esta a la vez impone demandas nutricionales considerables a la madre; se creó que las necesidades de un niño serán satisfechas con una cantidad diaria aproximada de 850 ml, esto significaría un suplemento dietético total de 21.775 Kcal para la madre lactante que cría a su hijo durante un año.

Para tener una valoración de las necesidades dietéticas diarias de la madre lactante, las cantidades a consumir se deberían llevar con patrones individuales, tratando su historial considerando el número de parto, grados de desnutrición y energía gastada por la mujer según sea el caso.

Además David N. Danforth (1987) nos describe cada uno de los componentes que están inmersos en la producción de la leche materna necesarios para el crecimiento del recién nacido

3.5.2.2 Calorías

El aporte calórico durante la lactación, debería ser suficiente para poder suministrar la suficiente cantidad de leche y poder completar el aumento de demandas calóricas específicas de la madre, para así poder producir las suficientes calorías de leche. Actualmente, la recomendación dietética diaria consiste en una dita adicional de 500 Kcal, para el buen suministro de energía mencionado anteriormente; teniendo en cuenta la presencia de un banco de grasa materno de 3-5 kg.

Este banco de grasa está depositado en todas las mujeres bien nutridas y se creé aporta a la lactación calorías a un ritmo de 300 Kcal al día durante 3 a 4 meses. Debido a esto es importante dar una atención adecuada a cada circunstancia individual observando si la cantidad de grasa materna ha descendido durante el embarazo y es insuficiente se debe precisar un aporte energético en la dieta durante la lactancia.

3.5.2.3 Proteínas

La leche humana contiene aproximadamente 1,1% al 2% de proteínas. Donde se estima que las necesidades adicionales de proteínas en la mujer lactante durante un año son aproximadamente de 3,3 kg. Esto supondría un suplemento de 20 g de proteínas al día para la mujer lactante.

3.5.2.4 Oligoelementos, minerales y vitaminas

La necesidad suplementaria de minerales, oligoelementos y de vitaminas en la lactancia depende de cualquier déficit preexistente, debido a que las concentraciones de vitaminas en la leche se ven influenciadas por las que tenga la ingesta materna diaria.

En la mayor parte de los casos, los requerimientos diarios de vitaminas, son similares a los de una mujer embarazada, donde la concentración de calcio en la leche materna es variable.

En estudios de mujeres mal alimentadas se han publicado la existencia de niveles normales o bajos. La cantidad de calcio secretada a diario en la leche representa una pérdida de 250 a 300 mg para la mujer lactante.

Por esta razón, las recomendaciones dietéticas para las madres lactantes es que se añada a la dieta un extra de 400 mg de calcio al día. Así mismo la cantidad de hierro

requerida por la mujer lactante es similar a la que requiere la mujer no lactante, al igual que el zinc, fósforo, magnesio y yodo se encuentran realzados durante el periodo de lactancia.

3.5.2.5 Metabolismo del calcio

Luis Cabero Roura (2004) nos dice que la leche humana tiene una concentración de calcio de 28 mg/dl, lo que supone la transferencia diaria al recién nacido de unos 300mg. Las limitaciones en la absorción del calcio han llevado a recomendar la suplementación diaria de 600mg.

Debido a esto la madre sufre una pérdida de hueso trabecular de alrededor de un 5% en seis meses de lactancia, un efecto que no se frena por la suplementación de calcio. Donde Luis Cabero Roura (2004) nos explica lo siguiente:

“El mecanismo que conlleva esta pérdida ósea es complejo; ni la paratohormona, que se mantiene baja, ni la 1,25-dihidroxitamina D, que se mantiene normal, están implicadas, por lo que se postula que la reabsorción ósea, que se acompaña de una disminución de la excreción urinaria de Ca^{++} , estaría promovida por el aumento del péptido relacionado con la paratohormona (PTHrP), situación resultante de unos niveles bajos de estrógenos y elevados de prolactina” (p. 467)

La densidad ósea se recupera en pocos meses, con el reinicio de la actividad ovárica, al finalizar la lactancia.

No parece necesaria la suplementación de calcio durante la lactancia, debido a que no varía el contenido de Ca^{++} de la leche ni disminuye la pérdida ósea materna, pero sí se debe asegurar un aporte adecuado tras su finalización, cuando se recupera el tejido óseo.

3.6 Efecto de la dieta y el ejercicio

Luis Cabrero Roura (2004) también nos explica que ni la producción de leche se modifica por el estado nutricional o por el consumo energético materno. Debido a que en la mujer bien nutrida, la restricción calórica no altera la composición de la leche ni su volumen, ya que estimula un aumento de la secreción de prolactina que favorece la adaptación metabólica.

La madre lactante que realiza ejercicio físico aeróbico mejora su estado físico, pero su mayor gasto energético no repercute sobre la lactancia, aunque estas mujeres suelen ingerir más alimentos. Si se controla también su ingesta energética, se produce una mayor movilización de sus depósitos grasos, sin repercusiones sobre la lactancia.

La lactancia natural con una dieta y ejercicio controlados permite acelerar la pérdida de peso acumulado en la gestación.

3.7 Necesidades nutricionales del recién nacido

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) nos dicen que la dieta del recién nacido debe aportar nutrimentos que cubran el índice rápido de crecimiento físico y desarrollo, para esto su dieta debe brindar las calorías adecuadas e incluir proteínas, carbohidratos, grasa, agua, vitaminas y minerales.

Las calorías (110-120 cal/kg/día o 50-55 cal/lb/día) en la dieta del neonato se dividen entre las proteínas, carbohidratos y grasas adaptándose según el peso del lactante.

Las proteínas son necesarias para el crecimiento celular y el mantenimiento; los carbohidratos le proporcionan energía y las grasas le brindan calorías, regula el equilibrio de líquidos, electrolitos y ayuda al desarrollo del cerebro neonatal y sistema neurológico.

Los requerimientos de agua son altos (140-160 ml/kg/día o 64- 73 ml/lb/día) por la incapacidad del recién nacido para concentrar la orina y es necesario aumentar más los líquidos durante enfermedad y en climas calientes.

Las necesidades de hierro del lactante se afectarán por las reservas de este mineral durante la vida fetal y por la ingesta materna de hierro y otros alimentos si amamanta a su hijo. El recién nacido necesita vitaminas y minerales adecuados para prevenir estados deficitarios como el escorbuto, queilosis y palagra.

CAPÍTULO III VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

En el siguiente capítulo se hará referencia a la importancia de brindar seno materno, ventajas descritas por diversos autores y las desventajas que trae consigo, así como las técnicas de alimentación que el servicio de enfermería debe de exponer a la madre primigesta para llevar a cabo una lactancia exitosa, se describen algunos problemas de la lactancia y algunos riesgos derivados del uso del biberón.

4. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Al hablar de la importancia de brindar la leche materna hablamos de Las ventajas que esta brinda las cuales son inmunológicas, nutricionales y psicológicas descritas a continuación.

4.1 Ventajas inmunológicas

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) según Pipes (1989) donde menciona que Incluye grados de protección contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, otitis media, meningitis, sepsis y alergias, está protección tiene un efecto positivo sobre la salud del neonato y que pasa a la etapa de lactante menor y lactante mayor.

La IgA secretoria, una inmunoglobulina presente en el calostro y leche materna, tiene propiedades antivirales, antibacterianas e inhibitorias de los antígenos. Otras propiedades del calostro y leche materna que inhiben el crecimiento de bacterias y virus son los Lactobacillus bifidus, lisozimas, lactoperoxidasa, lactoferrina y varias inmunoglobulinas.

Las inmunoglobulinas contra el virus de la poliomielitis también están presentes en la leche de mujeres con inmunidad a este virus; además de estas propiedades inmunológicas se sabe que la leche materna no es alérgica y no se afecta por enfermedades que se originen por agua sucia o por insectos.

4.2 Ventajas nutricionales

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) según Worthington-Roberts, Williams (1989) estos autores consideran que la leche materna se comprende de lactosa, lípidos, ácidos grasos poliinsaturados y aminoácidos, en especial la taurina, y tiene una proporción entre albumina y caseína que facilita la digestión, absorción y uso completo, en comparación con otras formulas lácteas.

Se ha considerado que el alto nivel de concentración de colesterol y el balance de aminoácidos en la leche materna la hacen mejor alimento para la mielinización y desarrollo neurológico, también se sugiere que pueden estimular la producción de enzimas que conducen a un metabolismo más eficiente de este lípido, reduciendo sus efectos dañinos a largo plazo en el sistema cardiovascular.

La leche materna brinda minerales a los recién nacidos en dosis más aceptables que las formulas maternas; así, el hierro está más disponible y parece suficiente para cubrir sus necesidades durante los primeros 4 a 6 meses.

Otra ventaja es que sus componentes se administran sin cambios y las vitaminas no se pierden en el proceso y calentamiento. Hay que tomar en cuenta que si la madre toma algún multivitamínico diario y su dieta es adecuada, los únicos suplementos que necesitara el bebé son vitaminas D y fluoruro hasta los seis meses, en casos contrarios donde la dieta es inadecuada se podrán prescribir vitaminas adicionales para el bebé.

4.3 Ventajas psicosociales

Según Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) son principalmente relacionadas con la vinculación, ya que esta la favorece al crear la oportunidad de tener contacto cutáneo directo y frecuente entre el recién nacido y la

madre. El sentido del tacto del neonato está muy desarrollado al momento del nacimiento y es un medio principal de comunicación.

El estímulo táctil que se asocia con la lactancia puede comunicar calidez, cercanía y comodidad, además de poder conocer las señales conductuales y necesidades de cada uno, con todo esto la sensación materna de cumplimiento cuando es capaz de satisfacer las necesidades de su hijo en cuanto a nutrición y comodidad se refuerza cuando este succiona en forma vigorosa y queda saciado y tranquilo con el amamantamiento.

En caso de un parto gemelar, la lactancia no sólo es posible, sino que también fortalece la individualización y vinculación de la madre con cada uno de sus hijos, Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) según Sollid y col. (1989) la fantasía de un hijo único se reemplaza con más facilidad con la realidad de dos lactantes individuales cuando la madre tiene contacto cercano y frecuente con cada uno de ellos.

La lactancia también se asocia con un mejor lenguaje y desarrollo cognoscitivo, así como la capacidad escolástica nos dice Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) según Anholml (1986).

Las ventajas de lactancia materna son los mejores argumentos para convencer a las madres y a todo el personal de salud de que no es una alternativa, sino el fin fundamental por el que las mujeres proporcionan al recién nacido nutrientes para su desarrollo y aumentan su vínculo afectivo según Luis Cabero Roura (2004), considerando las siguientes:

a) La leche materna es la nutrición específica del recién nacido, reduce el nivel de morbilidad y mortalidad, y estos niños tienen menos posibilidades de padecer obesidad en la infancia.

b) La tolerancia al alimento es mejor, con menos procesos diarreicos y enterocolitis necrotizante.

c) Se encuentran con menos frecuencia enfermedades como son: digestivas crónicas como la colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y algunas hepatopatías.

d) La transferencia inmunitaria materna hace que el recién nacido sufra menos infecciones respiratorias bajas, otitis media, botulismo, meningitis bacteriana, infecciones urinarias y bacteriemias.

e) Las enfermedades alérgicas aparecen en menor frecuencia.

f) La diabetes mellitus tipo II es menos frecuente.

g) El recién nacido queda protegido ante procesos graves como es la muerte súbita del recién nacido, el linfoma o la leucemia aguda.

h) El desarrollo intelectual es mejor relevante para los bebés de pretermino.

Héctor Mondragón Castro (2003) nos menciona las ventajas de la leche materna de forma diferente pero con las mismas características y de manera simple:

“a) Es específico para el recién nacido

b) No requiere preparación alguna y siempre está disponible.

c) Siempre está fresca y libre de gérmenes y bacterias.

d) Tiene nutrientes adecuados y balanceados, excepto vitamina D, fluoruro y hierro.

e) Se encuentra a una temperatura ideal.

f) Transmite factores inmunológicos al niño, que constituyen defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales.

- g) Constituye un acto de amor y aceptación materna.
- h) Al tomarla, el niño tiene menos cólicos, vomito y reacciones alérgicas que los niños alimentados artificialmente.
- i) Al evacuar el niño, se conserva la presencia de colibacilos, en contraste con aquellos que son alimentados con biberón, quienes tienen gérmenes coliformes.” (pp. 341-342)

4.4 Desventajas de la lactancia materna

Según Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995): una desventaja es que la mayoría de los fármacos que toma la madre se transmiten por la leche materna al recién nacido y pueden dañarlo.

La ictericia que se origina por la leche materna puede ser otra razón para interrumpir la lactancia, pero en condiciones normales se puede reanudar después de 48 horas sin que se origine una nueva hiperbilirrubinemia.

Según Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995):

“Una nutrición materna pobre, falta de salud física o mental, o una aversión personal a la lactancia, pueden ser contraindicaciones para está. Otras razones por las que la madre suspenden el amamantamiento son la dificultad para mantener el aporte de leche, preocupación de la calidad de leche, lesión de los pezones, regreso a una intensa actividad en el trabajo y demandas de su tiempo” (p. 908)

Héctor Mondragón Castro (2003) en cambio, nos dice que no se sabe de ninguna desventaja más que la molestia física que representa la succión para la madre.

5. POSICIÓN DE LA MADRE

Lo primero que hemos de saber es que no hay una única postura para dar de mamar. Cada madre utiliza la que se adapta mejor a sus preferencias o a sus circunstancias, pero para evitar problemas tanto a la madre (dolor, grietas) como al niño (gases, vómito, etc.) y conseguir que el bebé mame mejor y la madre este más relajada y cómoda se debe colocar en una posición correcta.

5.1 Posición de cuna

Sentar a la madre con la espalda recta y las rodillas un poco más altas que la cintura. Se puede poner un cojín en la espalda y un taburete bajo en los pies. Se apoya al niño en el antebrazo, teniendo en cuenta que el niño debe estar cerca del pecho y su ombligo frente al de la madre, de modo que se encuentre completamente girado hacia la madre. Para estar más cómoda puede colocar un almohadón debajo del niño o un cojín de lactancia, sobre todo si el bebé es pequeñito.



Fig. No. 1 Posición de cuna, POSTURAS PARA DAR DE MAMAR, Mamare Castellón.

5.2 Posición de cuna cruzada

Es una variante de la posición anterior y consiste que en lugar de apoyar al bebé en el antebrazo, se apoya directamente sobre el cojín y la madre sujeta la cabeza del bebé con la mano del lado contrario al que amamanta. Es muy útil cuando el bebé tiene dificultades para cogerse al pecho.

5.3 Posición acostada

Consiste en amamantar acostada, es muy conveniente después de una cesárea o en la toma nocturna, ya que es muy cómodo meter al bebé en la cama y dar de mamar durmiendo.

Se debe de acostar de lado y colocar al bebé de manera que queden frente a frente para que pueda coger el pecho sin problemas.



Fig. No. 2 Posición acostada, POSTURAS PARA DAR DE MAMAR, Mamare Castellón.

5.4 Posición de balón de rugby

Se debe de sentar y colocar a su lado una almohada en posición transversal para apoyar en ella la espalda del niño, que sujeta con el brazo correspondiente al pecho que succiona, sosteniendo su cabeza con el hueco de su mano.

Esta postura es adecuada para ver si el niño mama correctamente, si no se engancha bien al pecho, si tiene la nariz taponada por un catarro o si ha tenido una cesárea. También va bien cuando el niño es inquieto o en caso de bebés prematuros.



Fig. No. 3 Posición de balón de rugby, POSTURAS PARA DAR DE MAMAR, Mamare Castellón.

5.5 Posición de caballito

El niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas sobre los muslos de su madre. Sujetamos al bebé por su espalda acercándolo a nuestro cuerpo. Esta postura es adecuada para madres con pechos muy grandes, y en caso de grietas. También facilita la lactancia con niños con problemas en el paladar, y en niños con Síndrome de Down.



Fig. No. 4 Posición de caballito, POSTURAS PARA DAR DE MAMAR, Mamare Castellón.

5.6 Posición de gemelos

Existen diversas posturas posibles para dar el pecho a gemelos, como la postura balón de rugby. También pueden ponerse los dos bebés en posición de cuna uno en cada pecho, cruzados sobre la madre o posición de cuna pero sus cuerpos en lugar de cruzados puestos en paralelo hacia un mismo lado.



Fig. No. 5, Gemelos, POSTURAS PARA DAR DE MAMAR, Mamare Castellón.

La misma posición no sirve para todas las madres ya que cada una tiene diferentes características. Lo que es importante que recordemos es que una postura adecuada facilita mucho la lactancia y evita problemas, haciendo que esta experiencia sea mucho más fácil, bonita y satisfactoria tanto para la mamá como para el niño.

Reeder, Martin, Roniac (1994) nos dice que ayudar a la madre a experimentar diversas posiciones durante la lactancia es una faceta importante en los cuidados. Debido a que es una madre sin experiencia es conveniente que tenga la oportunidad de probar diversas posiciones mientras cuenta con ayuda, ya que si se le enseña una sola posición puede pensar que es la única manera de hacerlo.

Las mejores posiciones para el niño y la madre dependen de diversos factores, que incluyen la forma y tamaño del seno, tamaño del niño y estado de la madre, que puede tener dolor en el perineo o en la incisión si fue cesárea. Sin embargo, es conveniente indicarle que evite usar la misma posición cada vez que amamante al niño, así cambia la posición de la boca del niño sobre el pezón y esto permite que el seno se vacíe mejor y evita que los pezones queden dolorosos y se tapen los conductos.

Nos describe una serie de posiciones que ayudan a brindar seno materno dentro de las cuales se encuentran:

a) Si la madre se recuesta, la enfermera puede sugerirle que se coloque de lado con un brazo levantado y que apoye su cabeza con comodidad, el niño se recuesta de ese lado, en forma horizontal sobre la cama o con apoyo para que pueda tomar el seno con facilidad, si se acercan los pies del niño al cuerpo de la madre, éste tendrá más espacio para respirar.

b) En caso de que se quiera alimentar sentada puede sentirse más cómoda en una silla, se puede usar un banco para apoyo de los pies en caso necesario; ó en posición fowler si se queda en cama.

c) Después de una intervención cesárea, la madre se siente mas cómoda si dobla las rodillas y las abduce, usando una almohada como apoyo para las mismas a cada lado, con frecuencia es conveniente colocar una almohada debajo del brazo que da apoyo al niño para reducir la tensión en los músculos o colocar una almohada debajo del niño para elevarlo a la altura correcta con el fin de que tome el seno con facilidad.

d) Otra posición alterna para el niño es de frente al seno, donde se apoya su cuerpo con una almohada a lo largo del costado de la madre, y que pase por debajo de su brazo, como si fuera un balón de futbol americano, esta posición es de ayuda para

las madres que tienen a su hijo por cesárea o que alimentan a gemelos en forma simultánea.

Algunas madres improvisan posiciones que funcionan bien para ellas y sus hijos, pero la enfermera debe ayudarlas a que encuentren una posición cómoda, debido a que con frecuencia suelen tener ansiedad por dar seno al niño, las madres se tensan y asumen posiciones incómodas, aunque aseguran que no lo están, la enfermera debe recordarles la suavidad, paciencia y la relajación.

5.7 Posición del recién nacido

Reeder, Martin, Roniac (1994) nos explica que cuando la madre se encuentra cómoda, la enfermera debe ayudarle a colocar el niño para que éste tome el seno de manera correcta. Para alimentar al niño al seno es necesario que la madre lo abraze de manera correcta y reciba instrucciones precisas para mejorar sus maniobras.

Dando unos puntos de ayuda para la enseñanza:

- a) Tanto la madre como el niño deben estar cómodos.
- b) El niño debe encontrarse cerca del seno para que no se suma con su propio peso.
- c) El niño debe ser capaz de tomar el pezón y la mayor parte de la areola. Si solo toma el pezón no recibirá leche, porque no comprime los senos galactóforos, causando daño al pezón y dolor a la madre.

6. EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) expresa que la enfermera que atiende a la madre lactante debe ayudarla para que alcance la

independencia y el éxito en sus esfuerzos de alimentación. Con la preparación del conocimiento sobre la anatomía y fisiología de la mama y la lactancia, componentes y efectos positivos de la leche materna y las técnicas de alimentación, la enfermera puede ayudar a la mujer y a su familia para lograr una experiencia exitosa.

Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995) menciona las metas a las cuales están dirigidas todas las instrucciones:

- a) Proporcionar nutrición adecuada
- b) Establecer un aporte adecuado de leche
- c) Prevenir el traumatismo de los pezones” (p. 914)

Reeder, Martin, Roniac (1994) nos habla de la planeación de intervenciones individualizadas, debido que al ayudar a la madre a amamantar a su hijo es importante recordar que tanto ella como el niño deben aprender a trabajar en equipo durante el proceso por lo tanto la práctica es muy importante.

La madre necesita aprender a manejar al niño en forma adecuada, a interpretar sus indicios de hambre y saciedad, además de ayudarlo a tomar el pezón para que succione la leche, y a su vez el niño debe aprender a asociar el pezón con el alimento y a coordinar la introducción del pezón a la boca con la succión y la deglución, de manera que se alimente con éxito.

Debido a esto no sorprende que la madre y el niño tomen varios días para adaptarse a este nuevo proceso.

Las madres requieren un enfermera con experiencia e interés durante sus primeros intentos de amamantamiento con el recién nacido. Muchos de los problemas que se asocian con la alimentación ineficaz al seno, se evitan o resuelven mediante acciones de enfermería adecuadas.

Si las enfermeras de maternidad aceptan la responsabilidad de ayudar a las madres a obtener los conocimientos y destrezas necesarios, desempeñarán un papel muy importante en facilitar sus esfuerzos para alimentar a sus hijos.

Las preparaciones para la primera experiencia de amamantamiento deben iniciarse antes de que el niño tenga hambre y esté inquieto. Se dan instrucción acerca del lavado de manos y cualquier otro procedimiento para alimentar al niño en el hospital, siendo conveniente que la madre conozca los reflejos de alimentación y como usarlos durante el proceso.

En el curso del mismo la enfermera puede reforzar esta información y mostrar a la madre la manera de producir estas respuestas, siendo fundamental que la madre confié en su propia habilidad para manejar al niño durante su corta estancia en el hospital, de manera que la enfermera no se haga cargo de él todo el tiempo.

Refiere que no es fácil limitarse a observar a las madres primigestas que intentan amamantar a sus hijos sin ofrecer intervenir, pero es necesario tener cuidado para no interrumpir el proceso de aprendizaje. la enfermera debe registrar el tipo de enseñanza que le brinda y las respuestas de ella y del niño ante la experiencia.

Sin importar que el proceso se lleve a cabo en la sala de expulsión, en la sala de recuperación o en la habitación de la paciente. Esta información ayudará a otros miembros del personal que trabajen con la madre para proporcionarle la ayuda necesaria de manera congruente.

Sugiriendo emplear una tarjeta para escribir en ella las necesidades de cada madre y lo que se le enseña. La tarjeta se deja junto a la cama de la madre para añadirle más datos y como referencia para todas las enfermeras, y después la madre se la lleva al hogar.

6.1 Norma de lactancia materna

La NOM-007-SSA2-1993 que marca la OMS en el anexo 5.7 nos hace mención de los puntos que se deben tratar con una mujer lactante dentro de un centro hospitalario:

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 la 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 deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

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 la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

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 puérperas 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, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los 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.

Así bajo el manejo de esta norma el servicio de enfermería debe impartir la educación necesaria para que la mujer lactante y el recién nacido se desarrollen plenamente.

6.2 Técnicas de alimentación

La Dra. Verónica Valdés nos menciona que para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola.

a) La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de "C".

b) La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.

c) El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola, la nariz toca la mama.

Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

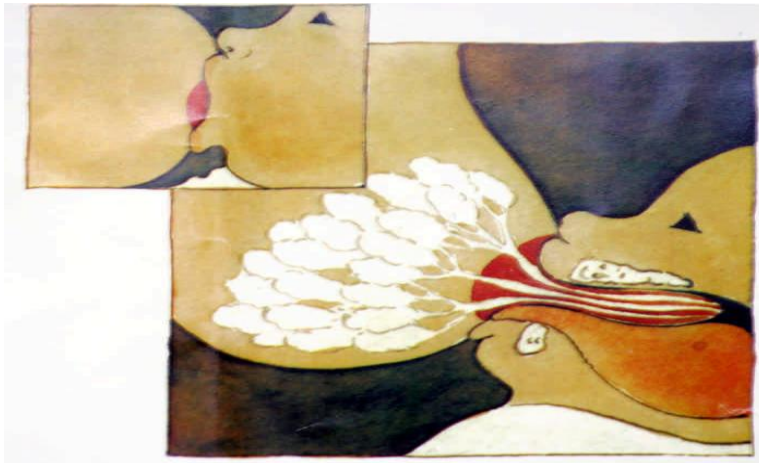


Fig. No 6, Introducción correcta del pezón y la areola a la boca del niño, TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO, Dra. Verónica Valdés.

Hace referencia a que amamantar no debe doler, si la madre se queja o menciona que le duele se debe revisar si el labio inferior quedó invertido para corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta que la madre no sienta dolor.

Si la madre siente dolor dificulta la eyección de la leche y el pezón sale aplastado después de la mamada, esto se corrige retirando el niño del pecho, y poniéndolo luego de que abra bien la boca, e introduciendo pezón y areola dentro de la boca.

Para retirar al niño del pecho se introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir.

Luego de unas mamadas rápidas (2 seg.), viene el reflejo eyectolacteo y se escucha la deglución (1 seg.). Esto se repite entre 6 y 10 veces en cada mama. Cada binomio tiene su propio tiempo, pero en general, más de 20 minutos por lado indica que la mamada no está siendo muy efectiva y se debe evaluar la técnica. Algunas veces el niño vaciará ambos pechos, otras veces quedará bien y se dormirá luego del primero.

El Dr. Alfredo Pérez Sánchez (1999) nos dice que la técnica correcta es la base de una lactancia exitosa, para esto la madre debe estar en una posición cómoda al igual que el niño, describiendo la técnica de una manera similar a la anterior pero de manera más específica.

La madre debe tomar su mama con el dedo pulgar colocado en la parte superior y los otros cuatro dedos en la parte inferior (formando una C) por detrás de la areola, y en esta forma llevar el pezón a estimular el centro del labio inferior del niño, en orden a obtener de éste el reflejo que la hará abrir la boca y bajar la lengua.

En ese momento la madre con un movimiento rápido debe atraer al niño hacia la mama, *no la mama al niño*, para introducir el pezón y la areola en su boca.

Cuando la madre toma la mama para ofrecérsela al niño, los dedos de su mano, colocados en forma ya descrita no deben sobrepasar la región de la areola, ni tampoco deben ser colocados en forma de tijera, interponiéndose entre la boca del niño y la región de la areola. El pezón y la areola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste quede en mínimo contacto con la piel de la mama.

También nos menciona la importancia de explicar a la madre que aunque el niño tenga su nariz estrechamente aplicada contra la mama, puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de su nariz.

6.2.1 Extracción manual de la leche materna: Técnica Marmet

Dra. Alejandra Marina Mercado (2005) nos presenta el procedimiento para realizar la extracción manual, la cual es útil para madres que trabajan o para aquellas que por alguna razón no pueden alimentar al niño a libre demanda.

a) Colocar el pulgar (encima del pezón) y los dos primeros dedos (debajo del pezón) a aproximadamente 1" a 1-1/2" 2.5 a 4 cm del pezón, aunque no necesariamente en los bordes exteriores de la areola. Usar esta medida como guía, dado que los senos y areolas varían de tamaño de una mujer a otra. Asegurarse de que la mano forme la letra "C" y las yemas de los dedos estén a las 6 y a las 12 en punto, en línea con el pezón. Que los dedos queden colocados de modo que las reservas de leche yazcan debajo de ellos.

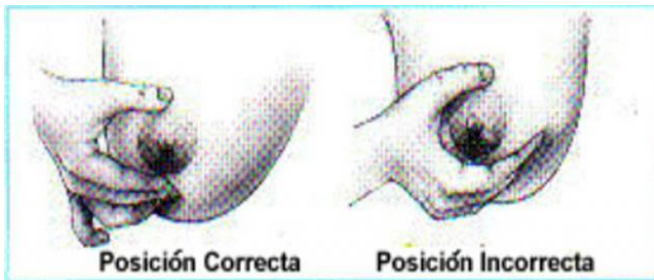


Fig. No 7, posición correcta de los dedos sobre el pezón, LACTANCIA MATERNA, Dra. Alejandra Marina Mercado.

Evitar tomar el seno en todo el hueco de la mano.

b) Empujar directamente contra la pared del pecho, evitando separar los dedos, tomando en cuenta que para senos grandes, primero se debe levantar y luego empujar contra la pared del pecho.



Fig. No 8, Como empujar directamente al seno, LACTANCIA MATERNA, Dra. Alejandra Marina Mercado,

c) Apretar hacia adelante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo. Este movimiento de apretar comprime y vacía las reservas de leche sin dañar el tejido sensible de los senos. Que la posición del pulgar y las uñas en el apretón final quede según se muestra en la ilustración.

d) Repetir rítmicamente para drenar completamente las reservas.

a) Colocar, empujar, apretar...

b) Colocar, empujar, apretar...

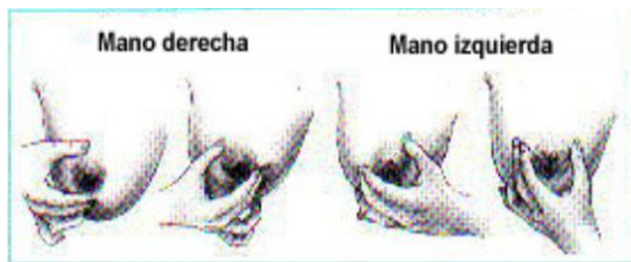


Fig. No. 9 Repetición constante, LACTANCIA MATERNA, Dra. Alejandra Marina Mercado.

e) Rotar el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.

Es importante que la madre evite estos movimientos:

- a) No apretar los senos, puede causar moretones.
- b) Deslizar las manos por los senos puede causar molestias en la piel.
- c) Evitar tironear del pezón, puede ocasionar daños a los tejidos.



Fig. No 10. Lo que se debe evitar, LACTANCIA MATERNA, Dra. Alejandra Marina Mercado.

6.2.1.1 Como facilitar la bajada de la leche

- a) Que la madre se dé una ducha caliente o se coloque unos paños tibios antes de la extracción.
- b) Que se aplique un masaje sobre las zonas productoras de leche presionando con las yemas de los dedos comenzando en la parte superior. Se deben mover los dedos en círculo concentrándose en un determinado sector cada vez durante unos segundos antes de moverse a otro punto. Debe girar los dedos alrededor del seno hacia la aréola según se aplica el masaje.
- c) Debe acariciarse el seno desde la parte superior hacia el pezón, como si se hiciera cosquillas.

d) Puede agitarse los senos mientras se inclina hacia delante de forma que la fuerza de la gravedad ayude a la salida de la leche.

6.3 Problemas de la lactancia

Según James R. Scott (2006) para evaluar los problemas de lactancia es necesario observar a la madre y al pequeño, ya sea que se detecten problemas físicos o psicológicos, de los cuales se mencionaran algunos más frecuentes.

6.3.1 Dolor en los pezones

El dolor en los pezones se debe en general a problemas de posicionamiento y sostén, nos dice que algunas mujeres se sienten más cómodas si dejan los pezones expuestos y utilizan una lámpara o una secadora de cabello para secar los pezones después de amamantar a su hijo.

El Dr. Alfredo Pérez Sánchez (1999) dice que el amamantar no debe producir dolor, debido a que este es síntoma que indica una mala posición de la boca del niño al mamar, es decir, si el niño introduce en su boca sólo el pezón y no laaréola ocasiona que haya presión de las encías sobre el pezón y produzca dolor.

6.3.2 Grietas en el pezón

El Dr. Alfredo Pérez Sánchez (1999) nos menciona que:

“Las grietas del pezón son la solución de continuidad del tejido que cubre el pezón y/ areola producida por presión de la boca del niño”
(p. 973)

Donde la causa más frecuente es la mala técnica de amamantamiento. Si la grieta es leve, se corrige solo con el uso de la técnica adecuada, de modo que el pezón y la

aréola queden dentro de la boca del niño, no se deben usar cremas cicatrizantes que solo mantienen la humedad y retardan la curación.

Después de cada mamada, se debe cubrir la aréola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o al calor seco por algunos minutos. Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del niño al mamar. Si aún usando la técnica correcta la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche de esa mama cada 3-4 horas y darla al niño.

6.3.3 Galactorrea

Ronald s. Illingwo. Th (2000) dice que la leche puede gotear de una mama cuando el lactante succiona de la otra. Puede también gotear leche de ambas mamas cuando se presenta el reflejo expulsor por condicionamiento, antes de que el niño comience a succionar.

La salida de la leche puede ocurrir en la noche cuando no se han vaciado las mamas durante largo tiempo, este trastorno es molesto para la madre, pero inofensivo, debe utilizar una almohadilla de algodón absorbente para evitar ensuciar la ropa.

Según Ronald s. Illingwo. Th (2000):

“La presencia de galactorrea no significa que la madre tenga una gran cantidad de leche, como la mayoría de las mujeres suelen creer. Se presenta en varias ocasiones patológicas que incluyen tumores de la glándula pineal, encefalitis, acromegalia, tumores suprarrenales y corioepitelioma.” (pp. 25-26)

6.4 Alimentación con biberón

La elección de alimentación por biberón puede ocurrir en diversas mujeres, ya sea porque se les haga más fácil o por su falta de tiempo, etc., dependiendo el caso.

Muchos tipos de formulas comerciales preparadas con lactosa cubren en forma adecuada las necesidades nutricionales del lactante; estas formulas contienen cantidades diferentes de aminoácidos, además de que los recién nacidos aumentan de peso con más velocidad que los que se alimentan de seno materno debido al mayor contenido de proteínas en la formula.

Los lactantes que se alimentan con biberón duplican su peso en tres y medio o cuatro meses, mientras que los que se alimentan con leche materna duplican su peso cerca de los cinco meses de edad.

Según Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladewig. (1995):

“Las formulas contienen ácidos grasos saturados en su mayoría, mientras que la leche humana tiene una mayor proporción de ácidos grasos insaturados. El calcio, sodio y cloro que se encuentran en concentraciones más altas en algunas formulas comerciales, pueden ser nocivos para los riñones inmaduros del neonato, los cuales no están listos para manejar cargas altas de solutos. Estas cargas de sales también pueden provocar sed en el lactante, lo que provoca sobrealimentación y posible obesidad.”(p. 909)

Otra desventaja de la formula láctea es que desencadena una reacción alérgica con vómito y menor apetito al recién nacido, debido a que el intestino delgado es permeable a las macromoléculas como las que se encuentran en las formulas.

Los médicos recomiendan el uso de formulas con complemento de hierro o suplementos de este mineral, ya que la anemia ferrotípica aún es frecuente, con una dosis recomendada de 7 mg/día.

Es importante que se les informe a los padres sobre el estreñimiento que se origina a veces por la formula enriquecida con hierro y los diversos métodos para aliviar este problema. Muchas compañías fabrican formulas enriquecidas con los nutrientes similares a la leche materna, teniendo niveles suficientes de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales para cubrir sus necesidades.

OBJETIVOS

Objetivo general

a) Determinar si una buena alimentación por seno materno y una técnica adecuada de alimentación depende de la educación en mujeres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que se da por parte del servicio de enfermería.

Objetivos específicos

a) Comprobar la forma de educación que proporciona la enfermera sobre una técnica adecuada de alimentación.

b) Conocer que conocimientos tienen sobre una técnica adecuada de alimentación por seno materno las mujeres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

c) Evaluar los conocimientos de las mujeres primigestas sobre la alimentación por seno materno.

HIPÓTESIS

La buena alimentación por seno materno y una técnica adecuada de alimentación en mujeres primigestas del HNSS depende de la educación brindada por parte del servicio de enfermería bajo la NOM-007-SSA2-1993 que marca la OMS.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en el servicio de obstetricia hemos observado en las madres primigestas la carencia de conocimientos, sobre la importancia de brindar al Recién Nacido (RN) el seno materno, debido a que

prefieren ofrecer fórmula láctea propiciando que éste se acostumbre al biberón y no acepte el pezón, influyendo con esto en una técnica de alimentación inadecuada.

La leche materna proporciona los nutrientes necesarios para el buen desarrollo del RN, además de fortalecer el vínculo afectivo madre e hijo por lo que es sumamente importante que estas mujeres conozcan la información suficiente para llevar a cabo el manejo de una técnica adecuada, donde el RN podrá aceptar el pezón sin dificultad.

Por lo que es necesario que el personal de enfermería este previamente capacitado y maneje la NOM-007-SSA2-1993 que marca la OMS; puesto que tiene un papel indispensable en la educación de una técnica de alimentación a las mujeres primigestas ya que en los siguientes embarazos tendrán el aprendizaje adecuado para iniciar la alimentación por seno materno sin complicaciones, donde el RN se sienta cómodo y continúe con un desarrollo adecuado.

Con este trabajo se pretende que el servicio de enfermería aporte el conocimiento a las mujeres primigestas sobre los nutrientes que contiene la leche materna, técnicas de alimentación por seno materno, así como las ventajas y desventajas que trae consigo dicho procedimiento haciendo notar la importancia de éste, comparando el número de mujeres primigestas que aplican una técnica adecuada y las que no lo hacen.

Todo esto, estaría inmerso en la educación para la salud como función del servicio de enfermería para dar a conocer las diferentes técnicas que existe para la lactancia materna bajo la norma 007 donde la madre primigesta pueda elegir la más cómoda para el RN durante los primeros 6 meses.

En el siguiente capítulo se dará a conocer todo lo referente a la metodología de la investigación, así como los resultados que se obtuvieron de la muestra de la población obtenidos de la formula de población finita.

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene un enfoque descriptivo- correlacional.

Descriptivo porque analiza cómo se presenta el proceso de lactancia en mujeres primigestas y cuales son componentes que intervienen para que dicho proceso se lleve a cabo de manera correcta.

Correlacional porque analiza la educación por parte del servicio de enfermería y la aplicación correcta de una técnica de alimentación por seno materno, así como su relación entre estas.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado es esta investigación es de tipo cualitativo debido a que se analizaron las propiedades que intervienen en el proceso de educación por parte del servicio de enfermería sobre alimentación por seno materno en las mujeres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

SUJETOS A ESTUDIAR

Para esta investigación se tomo en cuenta a todas las madres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud a sí mismo a todas las enfermeras que laboran en dicha institución.

Universo

La población de mi investigación son Las Mujeres primigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y el Personal de enfermería que labora en la institución.

Muestra

Madres primigestas: La muestra de la población fue de 62 mujeres primigestas dato obtenido de la formula de población finita.

Con la aplicación 20 cuestionarios pilotos realizados a cada uno de los objetos de estudio.

Formula

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

Significado de valores.

n = Tamaño de la muestra.

Z² = Consecuencias del tamaño de muestra.

e = Margen de error aceptado.

p = Población de éxito.

q = Probabilidad de fracasos.

N = Tamaño de la población.

Sustitución

$$\begin{array}{ll} n = ? & p = 17/20 = 0.85 \\ z = 1.96 & q = 3/20 = 0.15 \\ e = 0.05 & N = 100 \end{array}$$

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (100)}{(0.05)^2 (100) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.85) (0.15) (100)}{(0.0025)(100) + (3.8416) (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{44.0823}{0.7148} = 61.6708$$

$$n = 62$$

Personal de enfermería: La muestra de la población fue de 85 enfermeras dato obtenido de la formula de población finita.

Desarrollo de la fórmula

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (150)}{(0.05)^2 (100) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.85) (0.15) (150)}{(0.0025)(150) + (3.8416) (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{73.4706}{0.8648} = 84.9567$$

n= 85

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad se basa en las fuentes teóricas utilizadas en el marco teórico y es validada por las pruebas piloto realizadas previamente.

TÉCNICAS UTILIZADAS

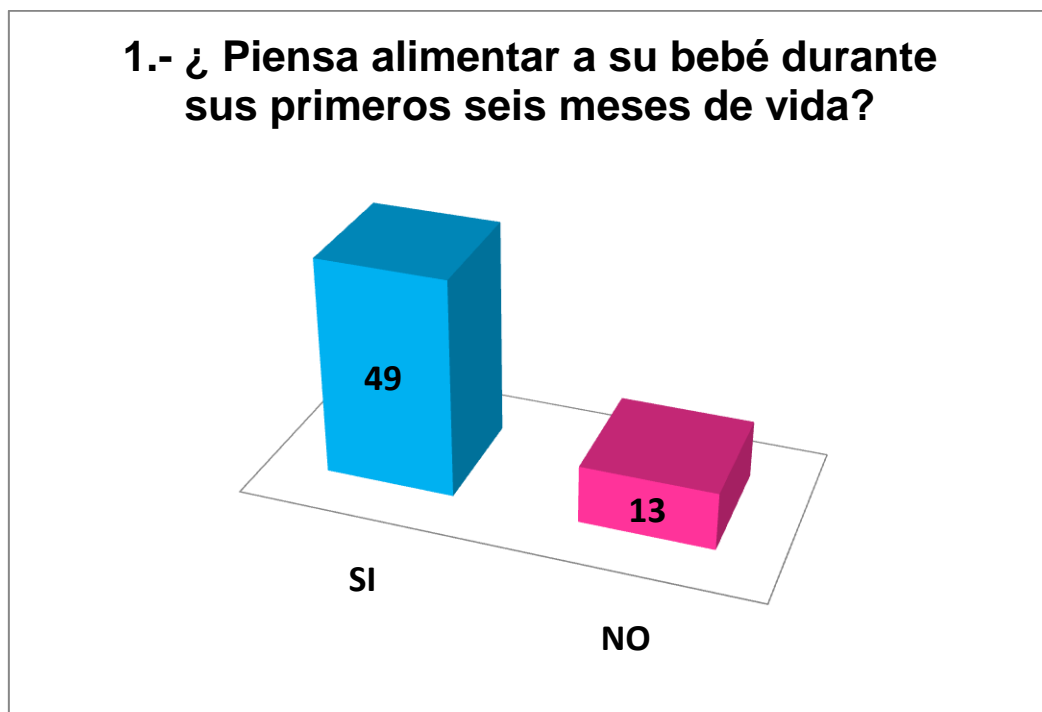
El instrumento utilizado para esta investigación fue la encuesta, con el fin de conocer datos específicos sobre la aplicación de técnicas de alimentación por seno materno y la manera que utilizan las enfermeras para brindar la educación de dicho proceso.

RESULTADOS DE ENCUESTAS

Los resultados de las siguientes encuestas fueron obtenidos de la aplicación de encuestas dirigidas a las muestras de la investigación.

ENCUESTA REALIZADA A MADRES PRIMIGESTAS

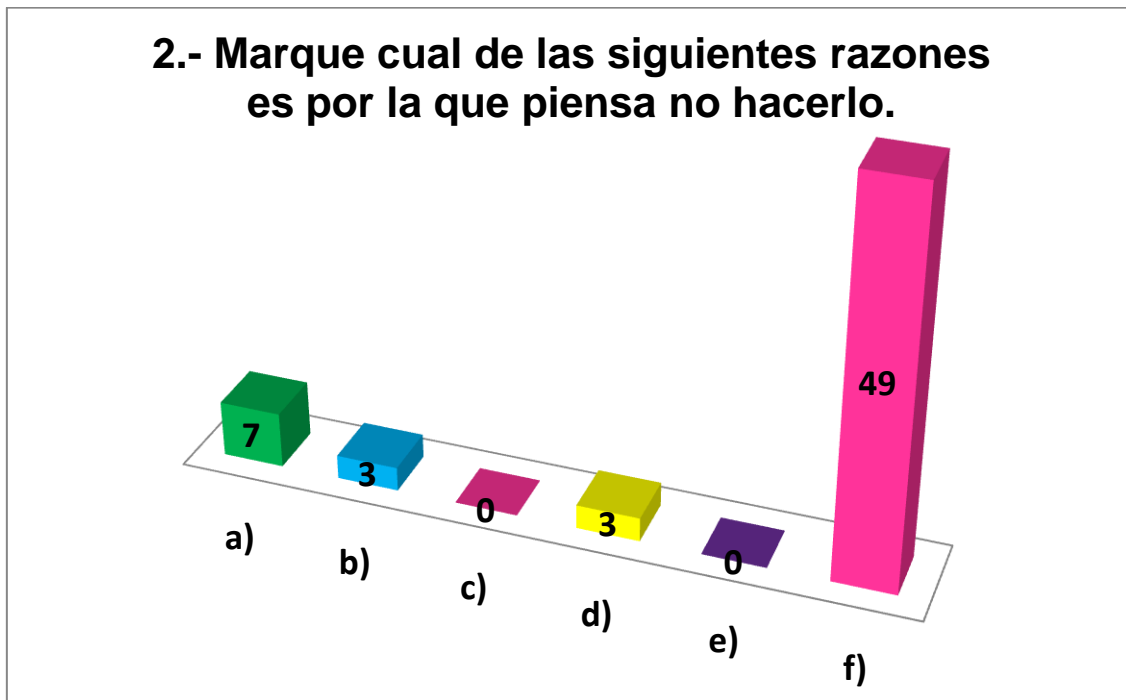
Gráfica No. 1



Descripción: De 62 mujeres primigestas encuestadas hubo una frecuencia de 49 mujeres que dijeron que sí piensan alimentar a su bebé con seno materno los primeros seis meses de vida, mientras 13 de ellas contestaron que no lo harán.

Interpretación: Estos datos nos muestran que 49 mujeres primigestas están de acuerdo en brindarle seno materno a su bebé y 13 de ellas por algún motivo no lo podrán hacer.

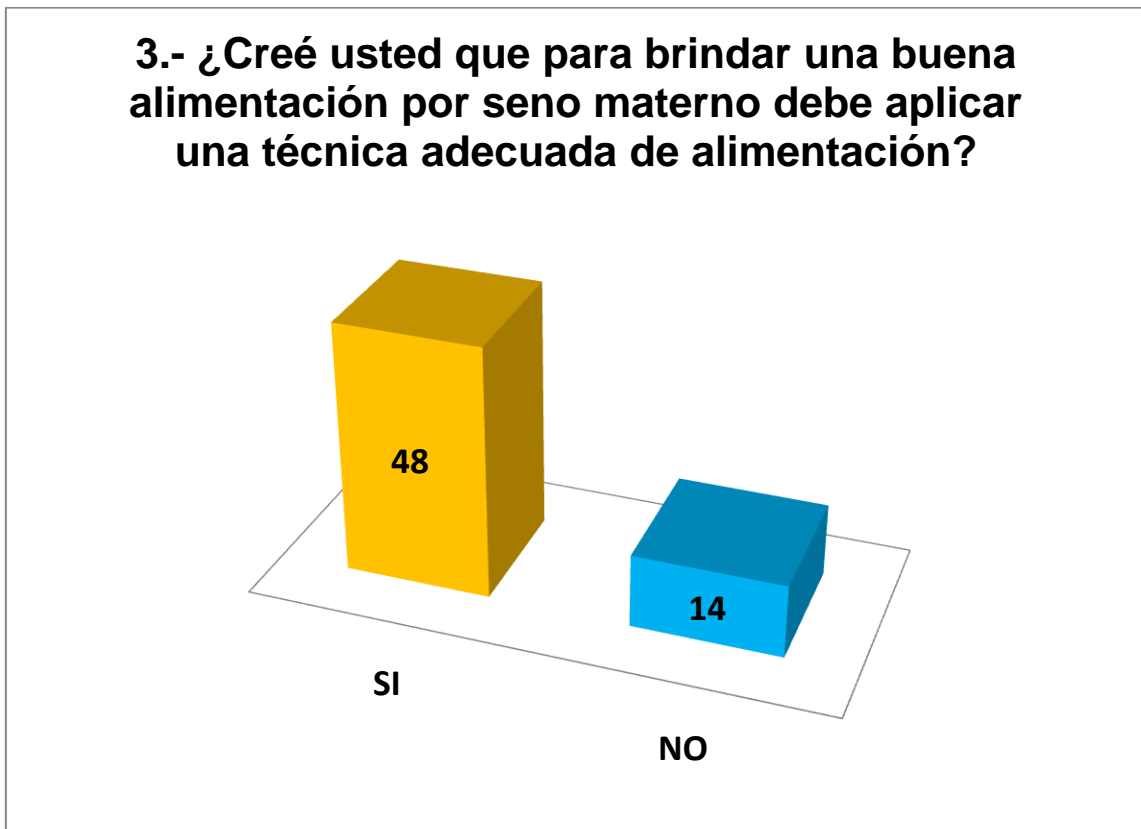
Gráfica No. 2



Descripción: De 62 mujeres primigestas encuestadas 7 dijeron que no darán seno materno porque trabajan, 3 mujeres no lo desean, el 0 de mujeres tiene malformación en sus mamas, el 3 de ellas padece alguna enfermedad, el 0 tiene alguna enfermedad y 49 de ellas no tienen ninguna razón para no dar seno materno.

Interpretación: 7 de las mujeres primigestas encuestadas no darán seno materno porque trabajan, esto nos dice que desconocen la técnica de Marmet indicada para estos casos, 3 de ellas no lo desea ya sea por cuestiones físicas o emocionales, 0 de estas mujeres no tienen malformaciones en sus mamas, 3 mujeres padecen alguna enfermedad la cual les impide brindar seno materno a su bebé y 49 de estas mujeres no tiene ninguna razón para no dar seno materno.

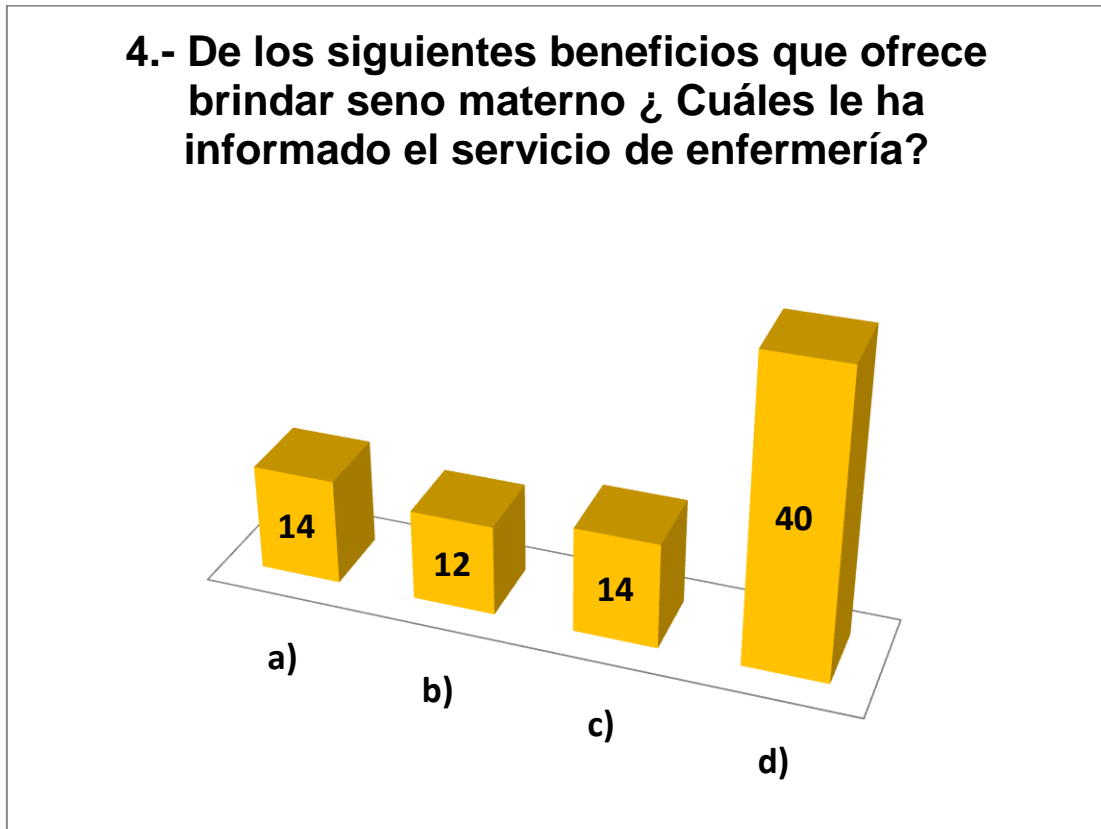
Gráfica No. 3



Descripción: De 62 mujeres primigestas encuestadas, 48 mujeres creen que para brindar una buena alimentación por seno materno se debe aplicar una técnica de alimentación adecuada y el 14 de ellas no lo considera importante.

Interpretación: 48 mujeres primigestas reconocen la importancia de brindar una adecuada técnica en la alimentación por seno materno, mientras tanto 14 de ellas no consideran importante la aplicación de una técnica de alimentación para brindar seno materno.

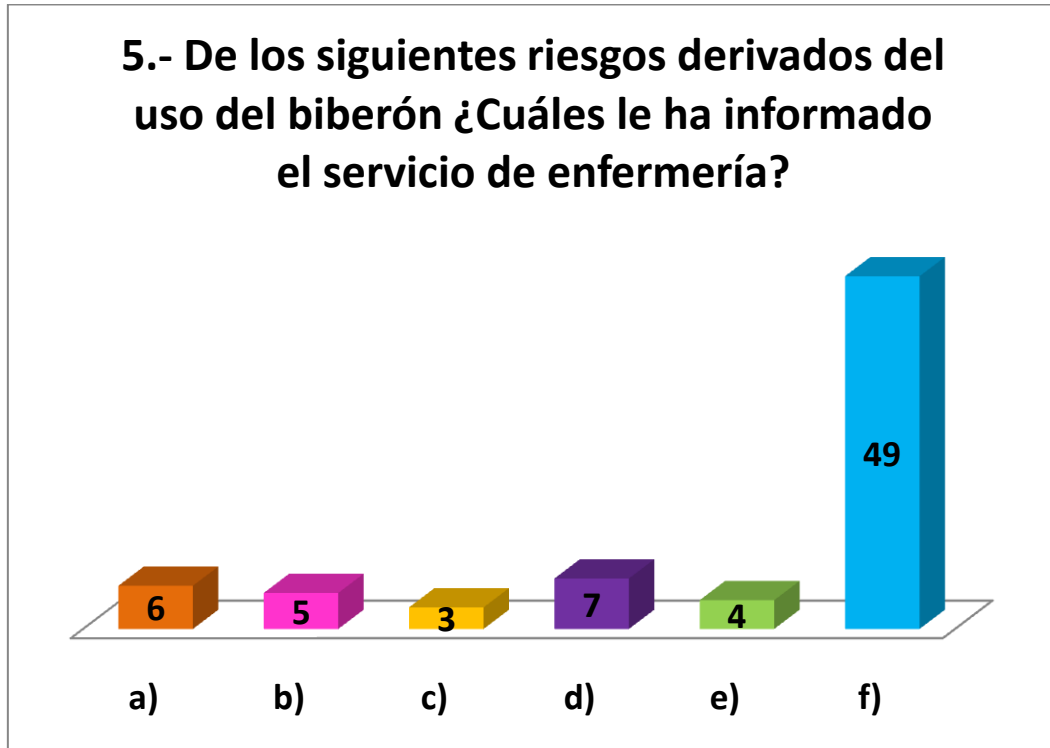
Gráfica No. 4



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas el beneficio de favorecer el vínculo afectivo entre madre e hijo tuvo una frecuencia de 14 mujeres, Favorece el desarrollo psicomotor del niño una frecuencia de 12 mujeres, La leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del bebé una frecuencia de 14 mujeres y no me han informado ninguno una frecuencia de 40 mujeres primigestas.

Interpretación: Podemos concluir que el servicio de enfermería no informa todos los beneficios que contiene la leche materna, haciendo hincapié que no los conoce siendo la razón por la que no los informa dando como resultado que la mayoría de las mujeres primigestas los desconozca.

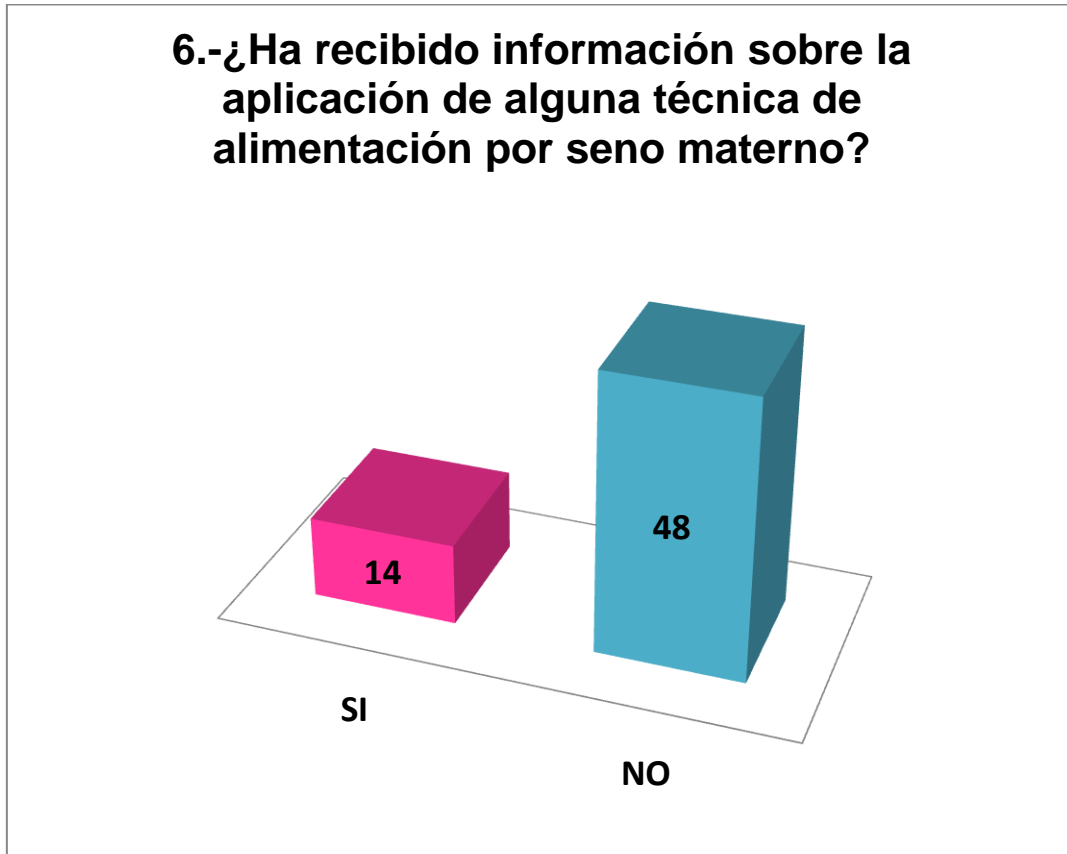
Gráfica No. 5



Descripción: De las 62 mujeres primigestas encuestadas, la frecuencia con la que las enfermeras les informaron los riesgos del biberón son los siguientes: Provocan infecciones intestinales 6 mujeres, desarrollo de diabetes y cardiopatías 5 mujeres, no fomenta el desarrollo de los maxilares 3 mujeres, caries precoz de la infancia 7 mujeres, riesgo de asfixia 4 mujeres y ninguna 49 mujeres.

Interpretación: Se puede concluir que muy pocas mujeres primigestas conocen algunos de los riesgos del uso del biberón debido a que el servicio de enfermería no les informa de estos.

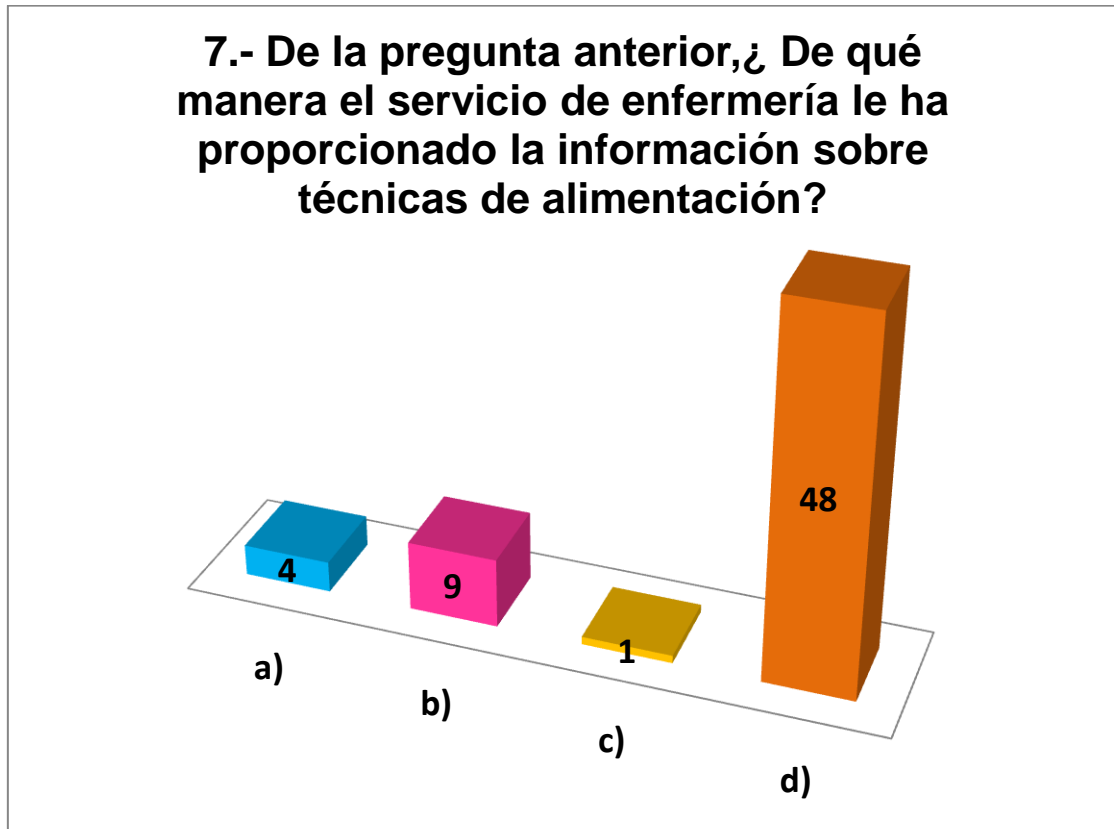
Gráfica No. 6



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas el 14 de ellas afirmaron que han recibido información para la aplicación de alguna técnica de alimentación por seno materno mientras tanto el 48 de ellas afirmaron que no han recibido ninguna información.

Interpretación: Concluimos que sólo 14 mujeres han recibido información sobre alguna técnica de alimentación por seno materno, es decir, el personal de enfermería no toma el suficiente interés para educar a las madres primigestas.

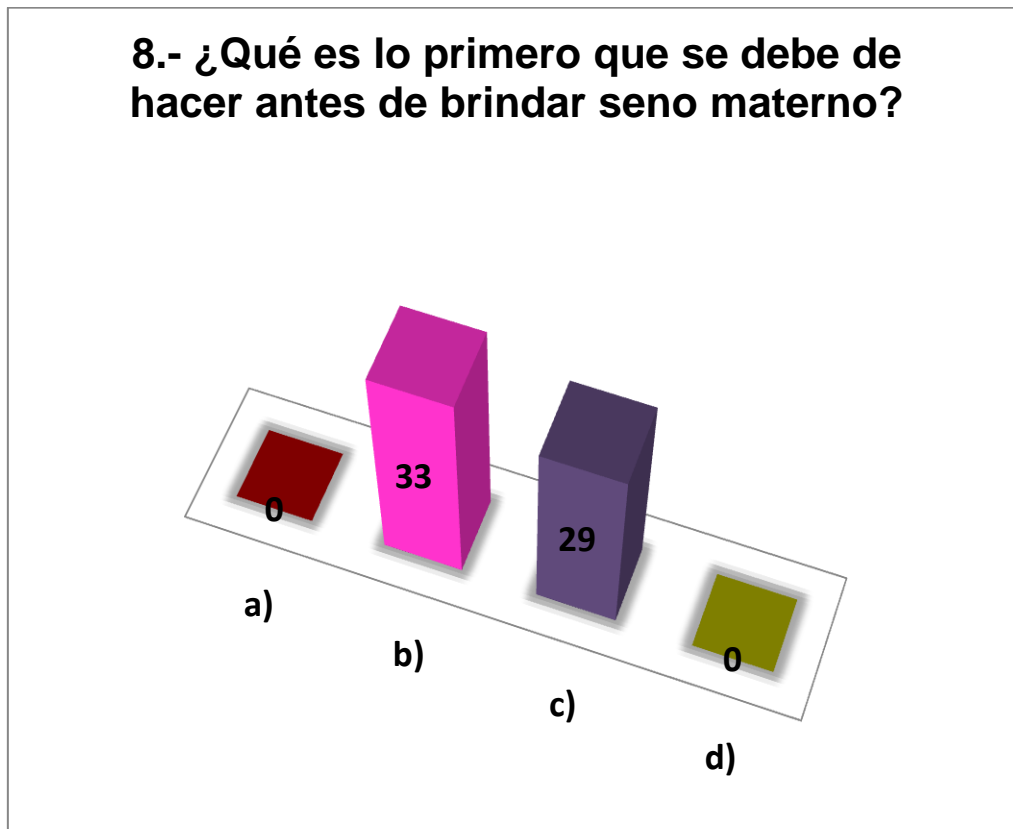
Gráfica No. 7



Descripción: De 62 mujeres primigestas encuestadas el 4 recibieron la información a base de una demostración con su bebé, 9 de ellas con folletos, 1 mujer sólo explicado y 48 no recibieron ninguna información.

Interpretación: El servicio de enfermería desconoce que la mejor manera de brindarle la información a la madre primigesta es la demostración con su bebé ya que puede resolver mejor sus dudas, además de que no brinda información sobre las técnicas de alimentación por seno materno.

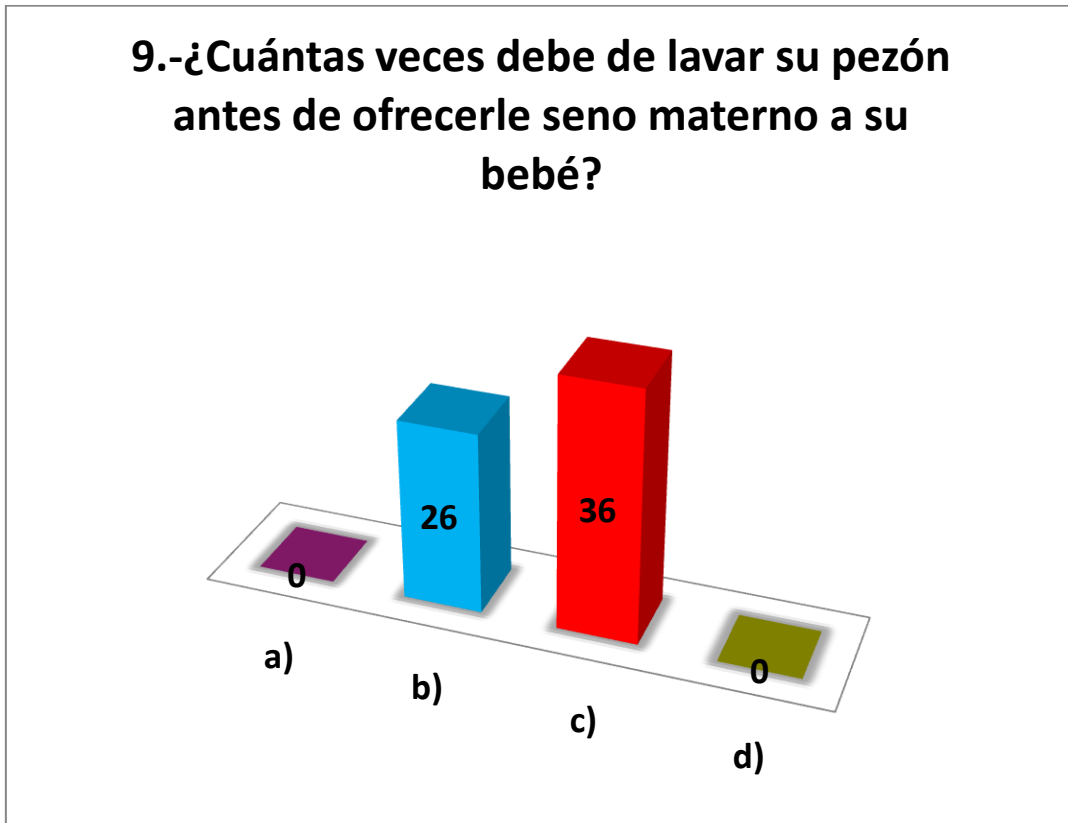
Gráfica No.8



Descripción: De 62 mujeres primigestas encuestadas 0 contestaron NO ingerir algún alimento antes de brindar seno materno, 33 mujeres contestaron que debe de lavarse las mama, 29 mujeres hay que lavarse las manos y 0 mujeres ninguna de las anteriores.

Interpretación: Esto nos dice que el personal de enfermería brinda información errónea sobre las técnicas de alimentación y las madres primigestas no saben que se deben lavar las manos antes de brindar seno materno.

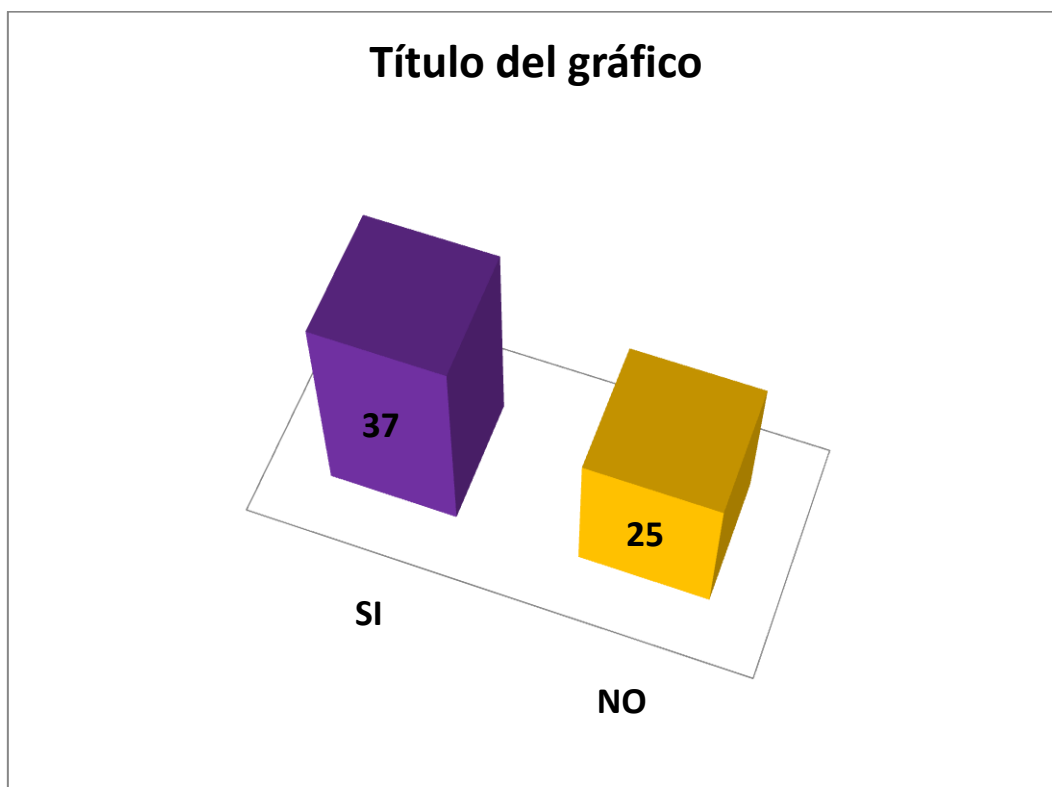
Gráfica No. 9



Descripción: De 62 mujeres primigestas nadie lava su pezón una vez al día, 26 lo lavan antes y después de cada toma, 36 de ellas lavan su pezón antes de cada toma, y nadie ninguna.

Interpretación: Las madres primigestas no tienen el conocimiento de lavar el pezón antes y después de cada toma, también forma parte de la educación por parte del servicio de enfermería.

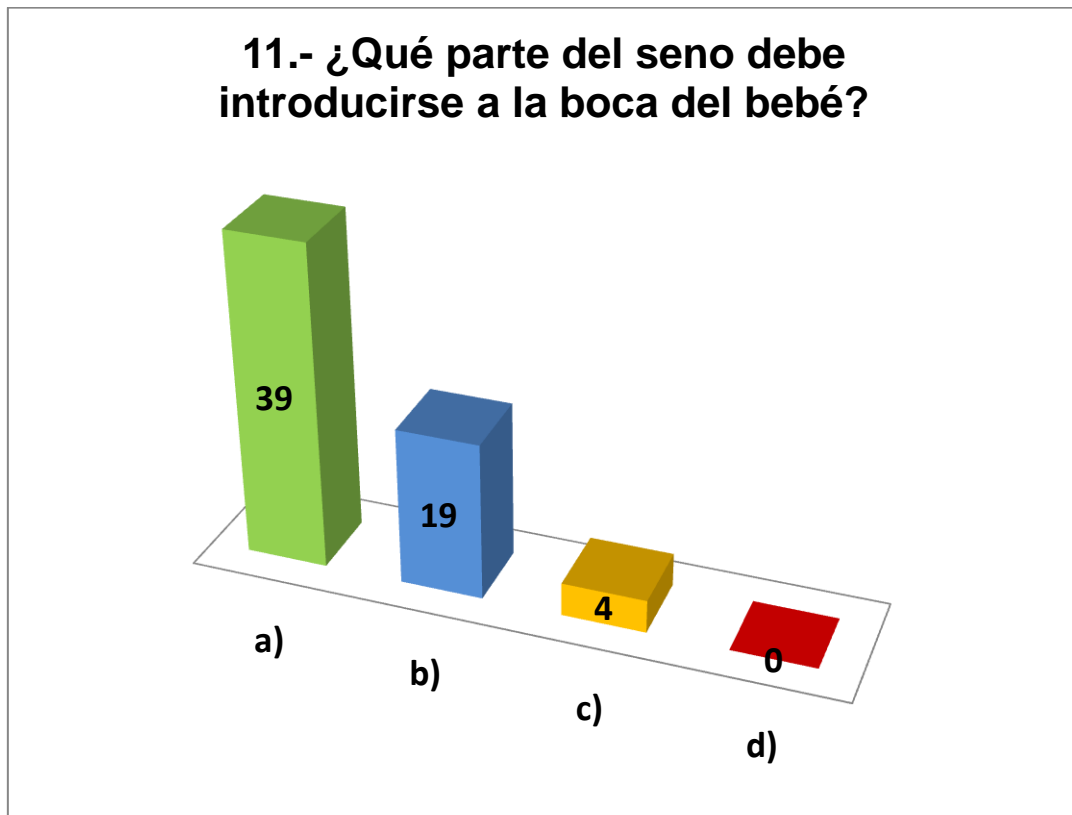
Gráfica No. 10



Descripción: De los resultados obtenidos 37 de las mujeres encuestadas afirmaron que les duele el pezón al amamantar a su bebé y 25 de ellas no les duele.

Interpretación: 37 de las mujeres utilizan una técnica inadecuada de alimentación razón por la cual les duele el pezón, 25 de ellas lo hace correctamente, pero sin tener el conocimiento adecuado.

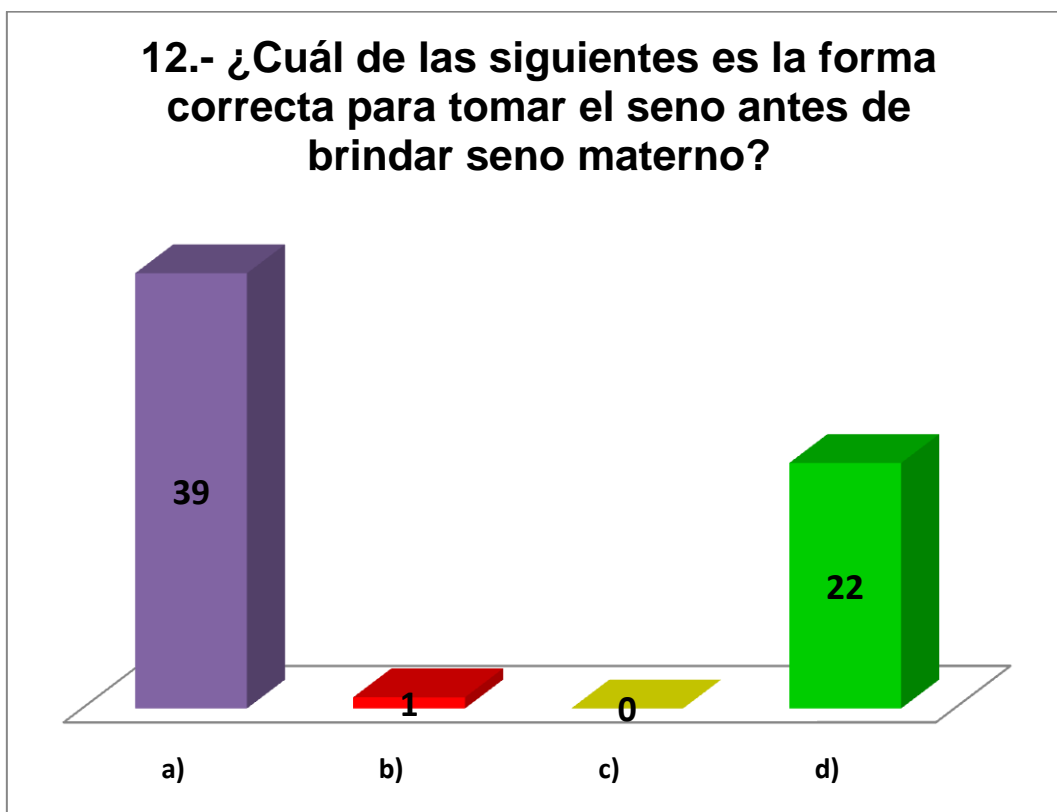
Gráfica No. 11



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas 39 contestaron que se debe introducir el pezón, 19 mujeres contestaron que sólo se introduce la areola, 4 mujeres piensan que es el pezón y la areola, ninguna de ellas contestó que nose introducir ninguna de las anteriores.

Interpretación: La mayoría de las mujeres primigestas desconocen la técnica de alimentación, donde se debe introducir el pezón y la areola, con esto se logra que la eyección láctea sea adecuada y la cantidad de leche suficiente para el bebé y sólo 4 de ellas lo saben.

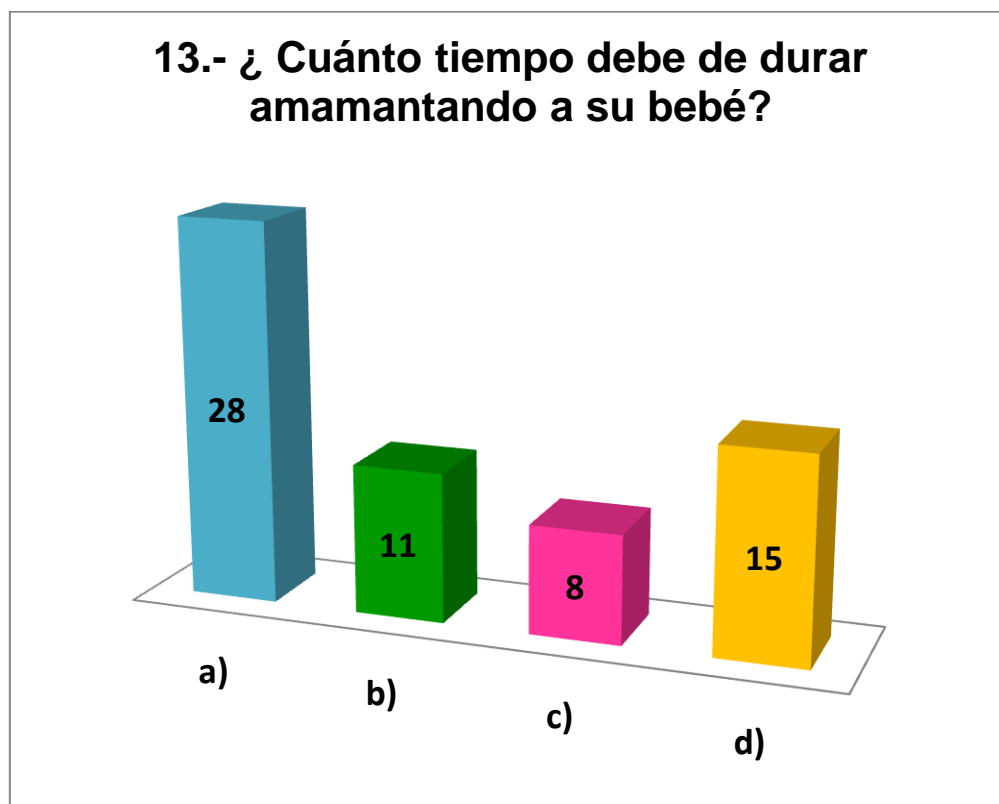
Gráfica No. 12



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas 39 dijeron que en forma de C, 1 mujer contestó que es en forma de D, ninguna en forma de E y 22 en forma de tijeras.

Interpretación: 23 mujeres desconocen que la forma correcta de tomar el seno es en forma de C, debido a que la forma de D y E no existe y la forma de tijeras impide el adecuado descenso de la leche materna.

Gráfica No. 13



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas 28 duran 20 minutos amamantando, 11 amamantan 40 minutos, 8 de las mujeres 30 minutos y 15 de ellas 10 minutos en cada mama.

Interpretación: 47 de las mujeres no satisfacen a su bebé y desconocen el tiempo correcto que debe de durar amamantando en cada mama.

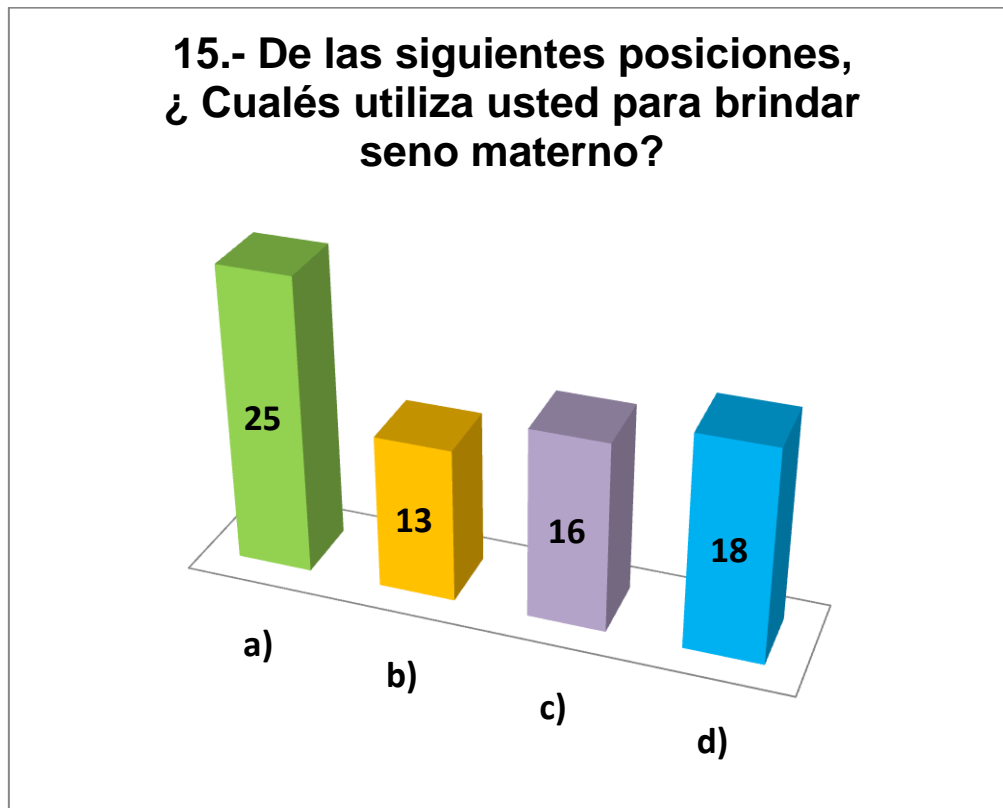
Gráfica No. 14



Descripción: De 62 mujeres encuestadas 40 afirmaron notar que su bebé queda insatisfecho después de cada toma y 22 de ellas no.

Interpretación: 40 de las mujeres que dejan insatisfechos a sus bebés no lo colocan en una posición correcta ni succiona adecuadamente lo que habla de una técnica inadecuada de alimentación.

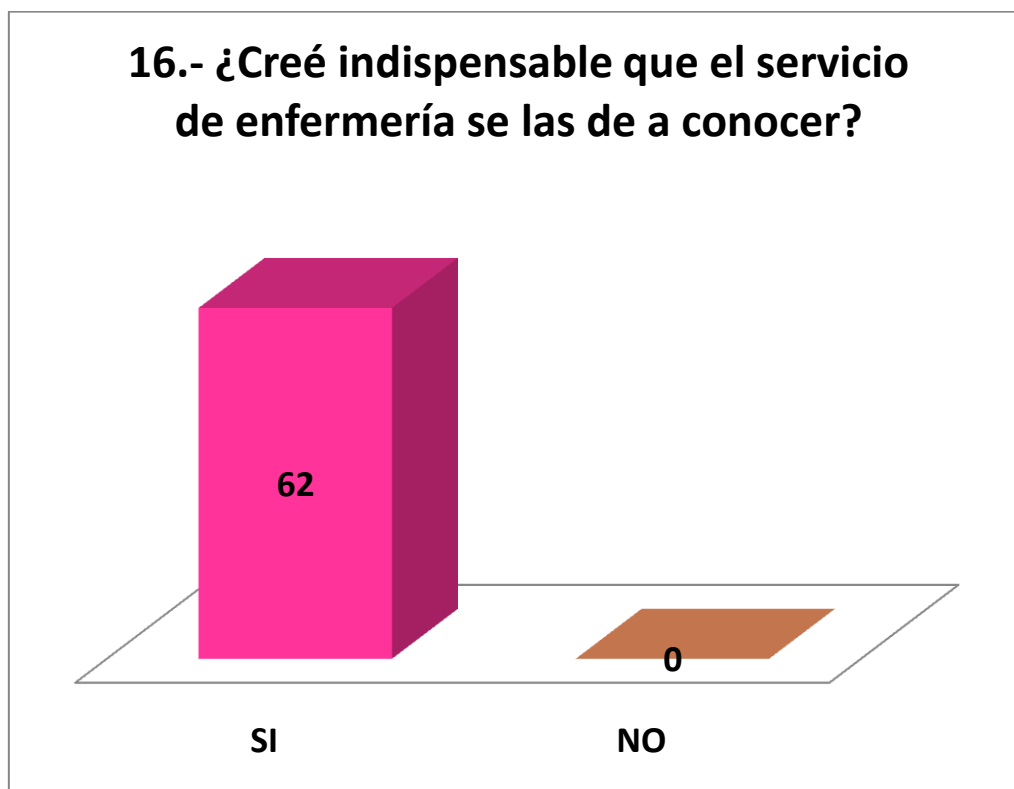
Gráfica No. 15



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas hubo una frecuencia de 25 mujeres que utiliza la posición de cuna, 13 la posición de balón de rugby, 16 utilizan la posición de acostada y 18 utiliza la posición de sentada.

Interpretación: El personal de enfermería no conoce todas las posiciones de amamantamiento, y las madres primigestas necesitan conocer las diversas posiciones para elegir la más adecuada a sus necesidades.

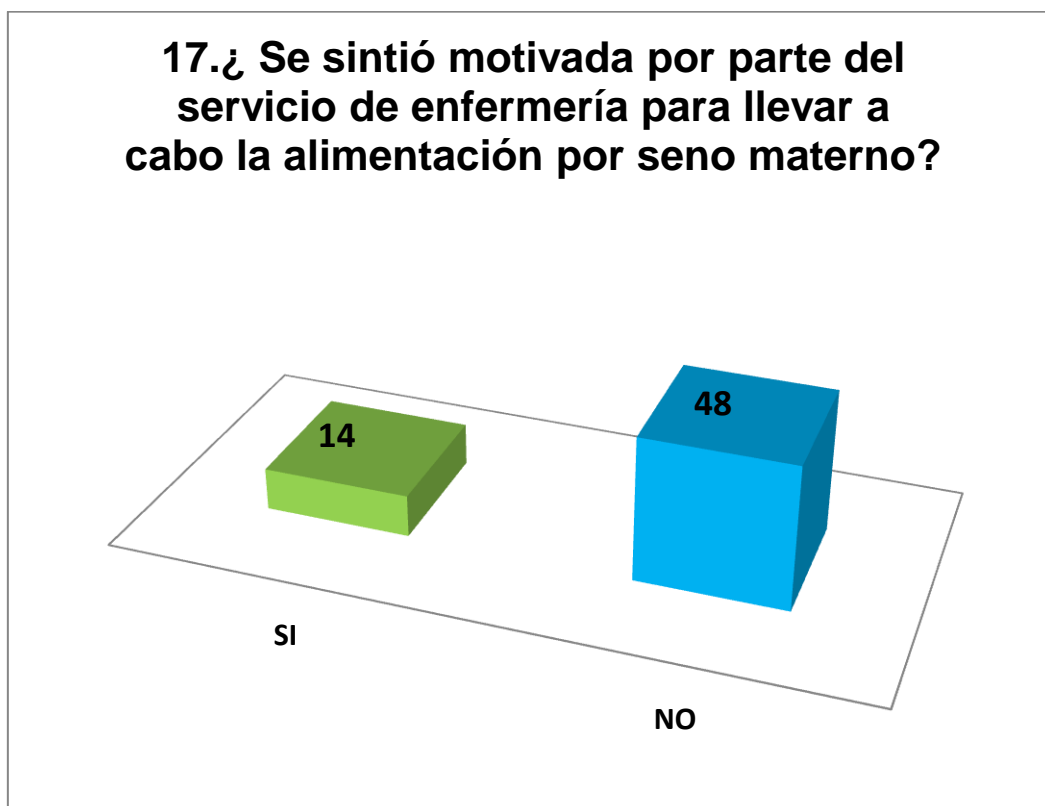
Gráfica No. 16



Descripción: De las 62 mujeres encuestadas, las 62 mujeres creen indispensables que el servicio de enfermería se las dé a conocer.

Interpretación: Las madres primigestas necesitan que el servicio de enfermería les dé a conocer las posiciones de amamantamiento ya que son complemento de la técnica de alimentación por seno materno.

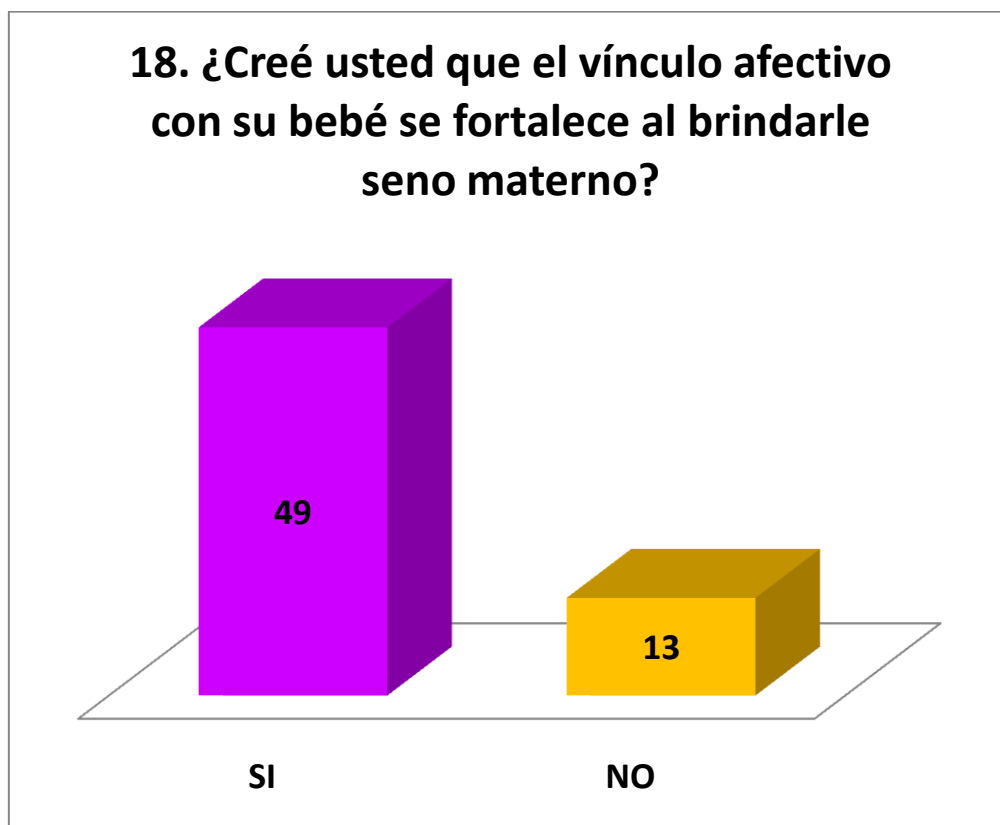
Gráfica No. 17



Descripción: De 62 mujeres encuestadas 48 contestaron que no se sintieron motivadas para llevar a cabo la alimentación por seno materno, en cambio 14 de ellas se sintieron motivadas.

Interpretación: Los resultados anteriores muestran que son muy pocas las mujeres que son motivadas por el servicio de enfermería, debido a falta de conocimientos e interés por parte de éstas.

Gráfica No. 18

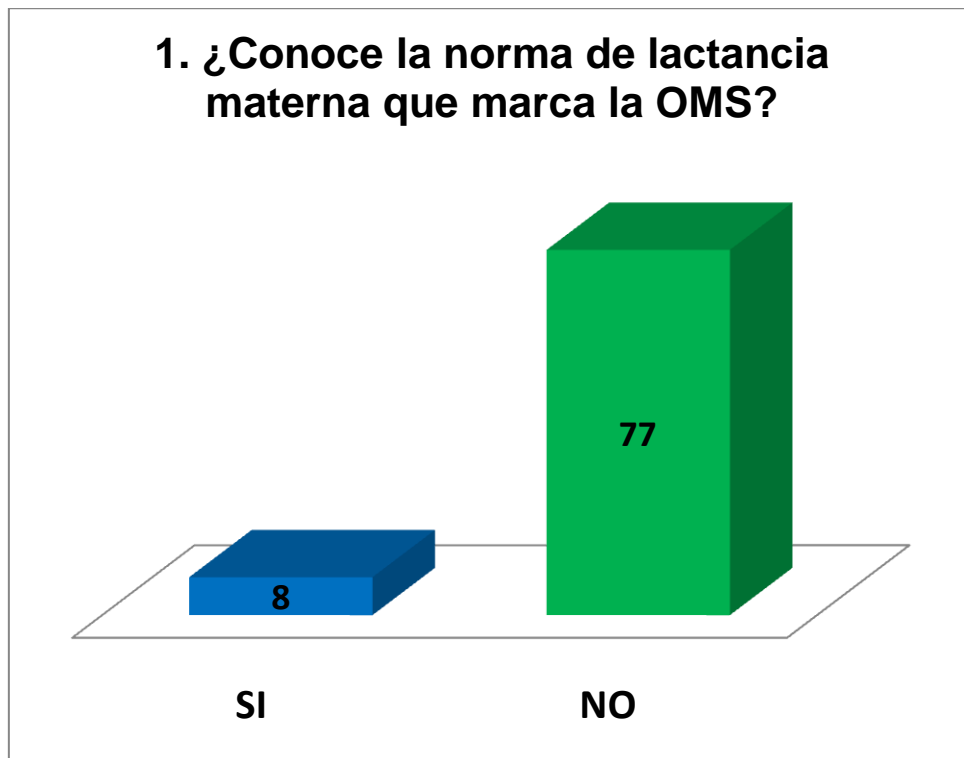


Descripción: De 62 mujeres encuestadas 49 creen que se fortalece el vínculo afectivo con su bebé al brindarle seno materno, 13 de ellas piensan que no se fortalece.

Interpretación: El resultado nos dice que el apoyo que brinda el servicio de enfermería es importante para que las madres se motiven a dar seno materno a su bebé, sin embargo la mayoría de las enfermeras no lo hacen.

ENCUESTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE ENFERMERÍA

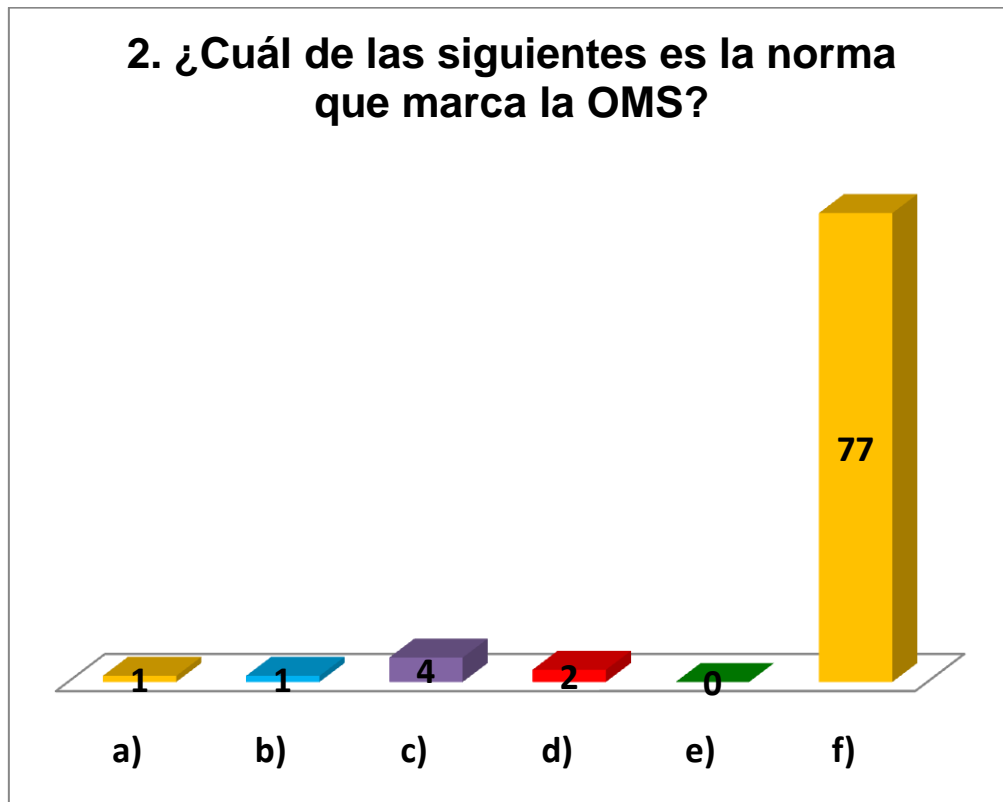
Gráfica No. 1



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 77 desconocen la norma de lactancia materna que marca la OMS y 8 de ellas sí la conoce.

Interpretación: Son pocas las enfermeras que conocen la norma de lactancia que marca la OMS, esto nos dice que no es brindada la información sobre técnicas de alimentación a la mayoría de las madres primigestas.

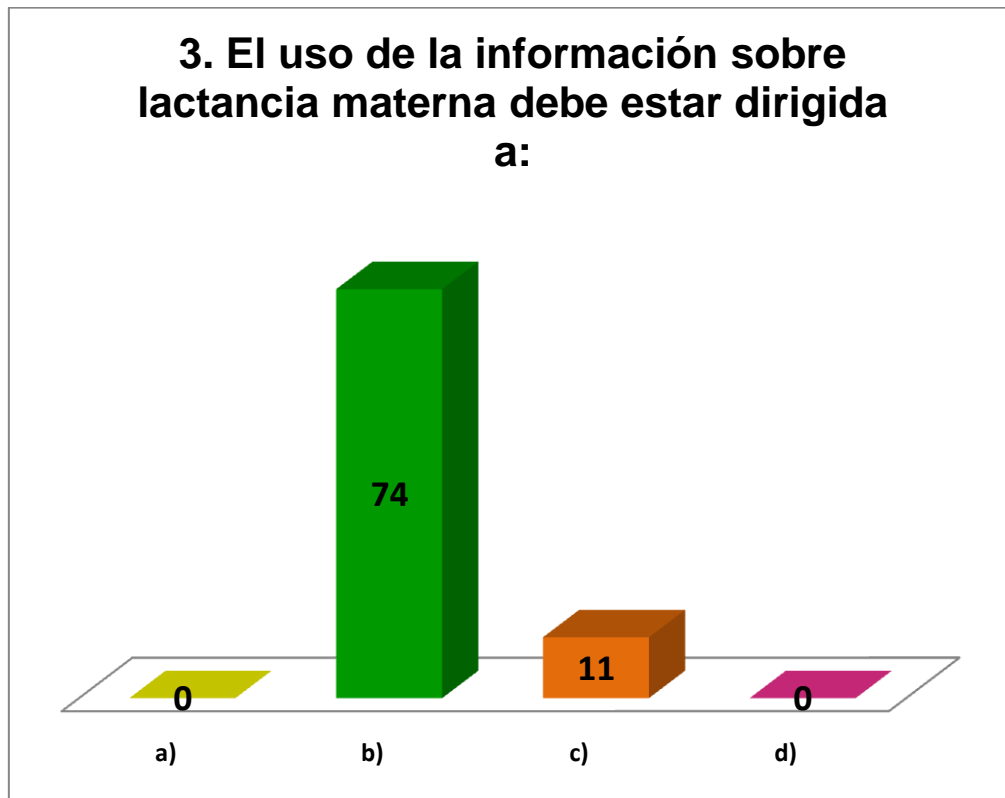
Gráfica No. 2



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 77 no conocen la norma que marca la OMS, 1 de ellas contesto que es la 005-SSA2-1993, otra enfermera la 003-SSA2-1993, 2 de ellas que la norma es la 003-SSA2-1993 Y 4 enfermeras la norma 007-SSA2-1993.

Interpretación: De las 8 enfermeras que conocen la norma de lactancia, 4 de ellas contestaron una norma incorrecta, solo 4 conocen la norma que marca la OMS y 77 de las enfermeras no conocen la norma, esencial para iniciar con el proceso de lactancia.

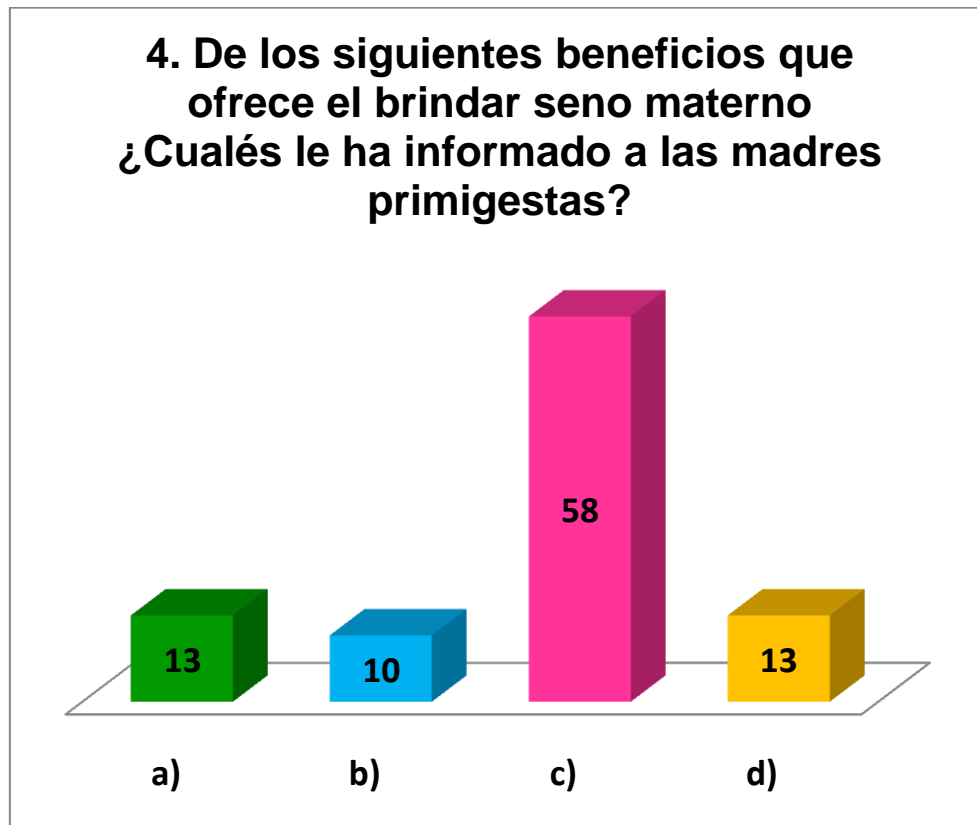
Gráfica No. 3



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 74 de ellas contestaron que debe estar dirigida a fomentar la lactancia exclusiva, 11 a fomentar la lactancia durante un año y ninguna contestó el fomentar uso del biberón ni la lactancia durante dos años.

Interpretación: Los resultados anteriores hacen ver que las enfermeras no tienen la información correcta sobre la lactancia y desconocen el contenido de la norma que marca la OMS.

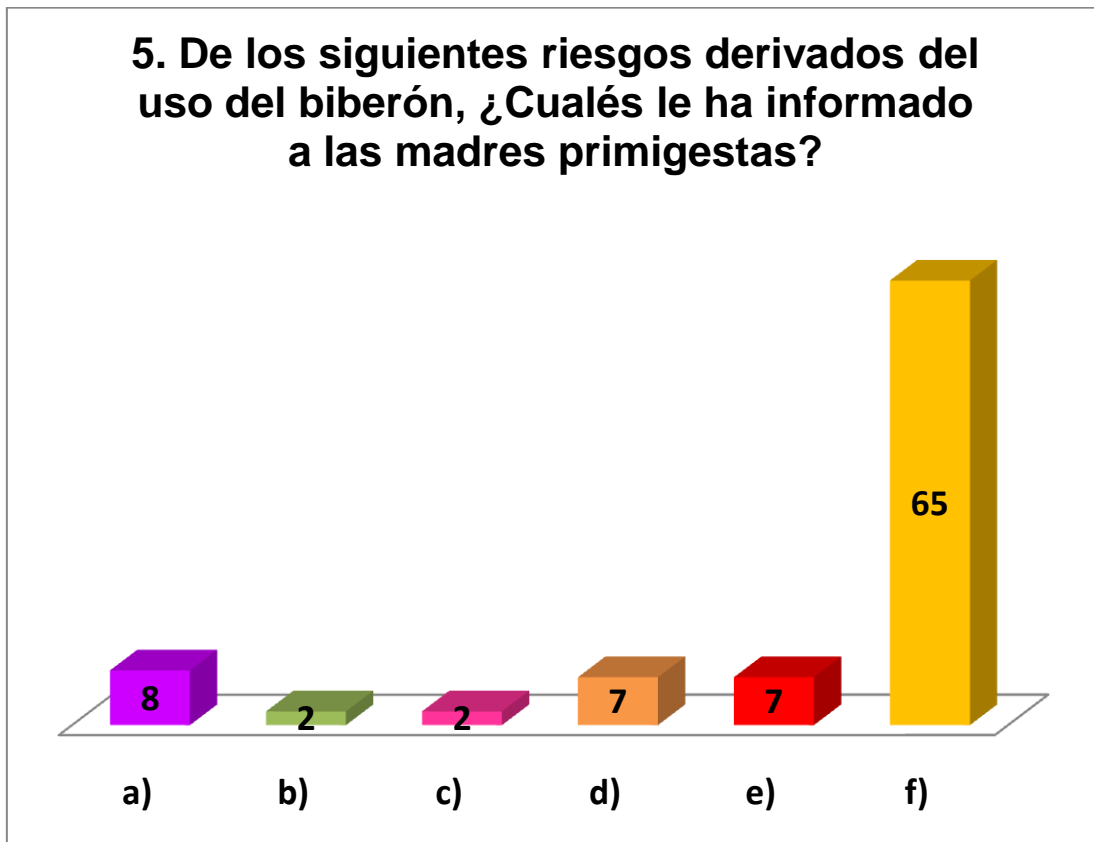
Gráfica No. 4



Descripción: Se tuvo una frecuencia de 13 enfermeras que han informado que favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo, 10 enfermeras que favorece el desarrollo psicomotor del niño, 58 enfermeras no han informado ningún beneficio y 13 enfermeras han informado que la leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del bebé.

Interpretación: Se puede observar que no informan todos los beneficios de la leche materna a las madres primigestas y 58 enfermeras no informan ningún beneficio.

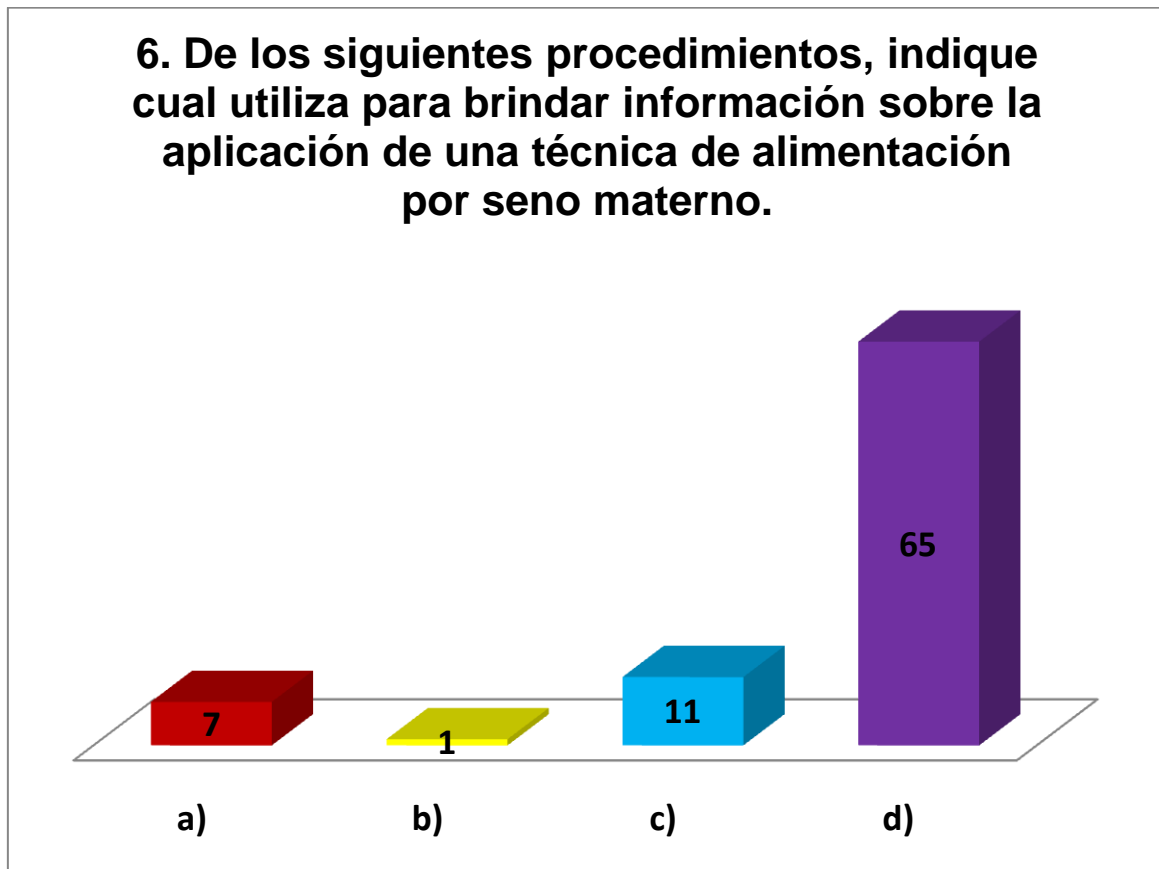
Gráfica No. 5



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 8 de ellas han informado que el biberón provoca infecciones intestinales, 2 enfermeras que se provoca el desarrollo de diabetes y cardiopatías, 2 enfermeras que no fomenta el desarrollo de los maxilares, 7 enfermeras que predispone a caries precoz de la infancia, 7 enfermeras que el bebé tiene riesgo de asfixia y 65 enfermeras no informa ningún riesgo ocasionado por el biberón.

Interpretación: Son muy pocas las enfermeras que conocen los riesgos derivados del uso del biberón, pero no los conocen todos y 65 enfermeras desconocen totalmente sus riesgos, siendo una información elemental para promover la lactancia exclusiva en las madres primigestas.

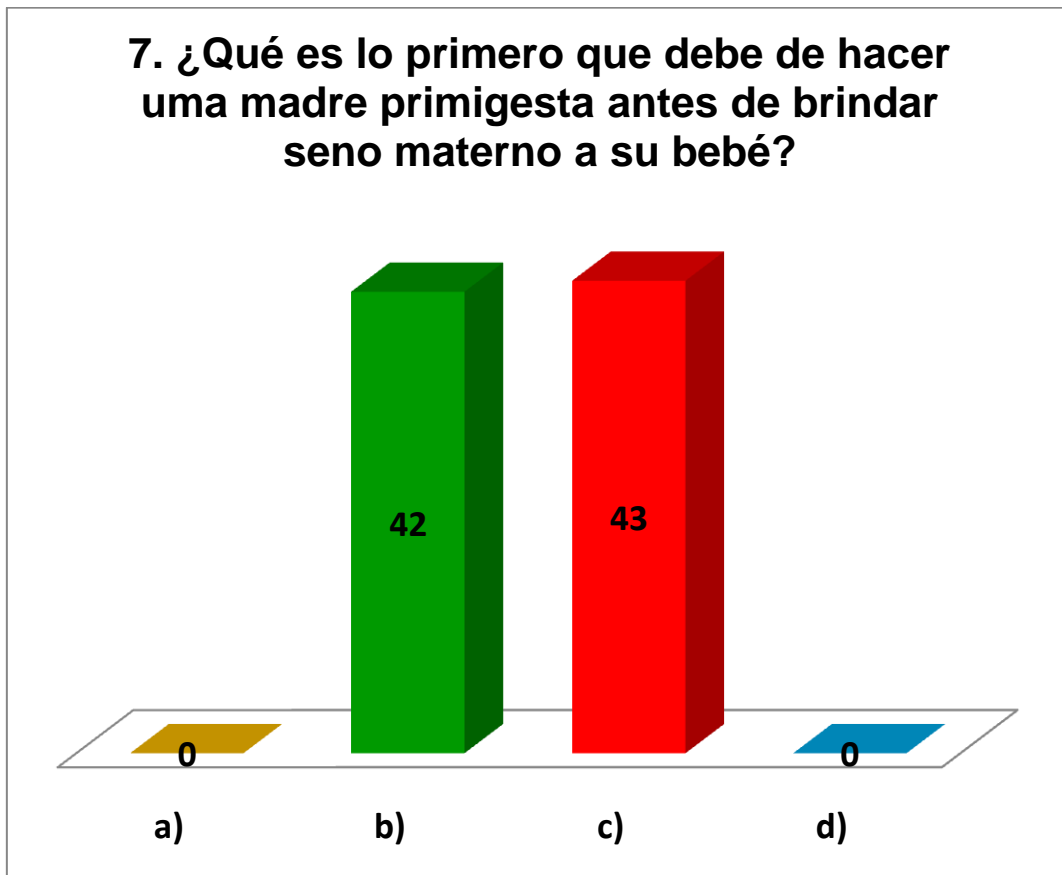
Gráfica No. 6



Descripción: De los datos obtenidos 7 enfermeras contestaron utilizar la demostración con el bebé para brindar la información, 1 enfermera utiliza folletos, 11 de ellas solo explica y 65 enfermeras no utiliza ningún método para brindar la información sobre las técnicas de alimentación.

Interpretación: 12 enfermeras utilizan métodos alternativos a la demostración con el bebé de la madre esto es porque desconocen la importancia de realizar el proceso de lactancia con el recién nacido, sólo 7 enfermeras lo realizan y 65 enfermeras no brinda la información con ningún procedimiento.

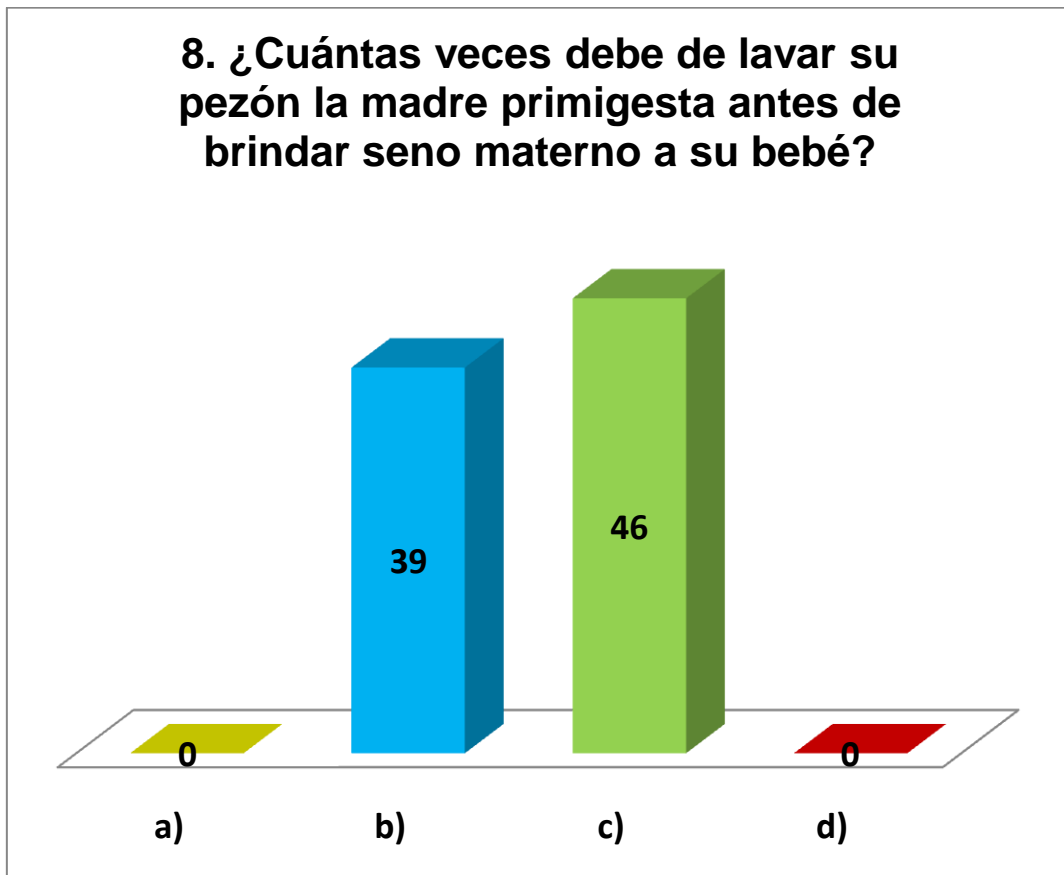
Gráfica No. 7



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 42 enfermeras contestaron que lo primero que se debe de hacer antes de brindar seno materno es lavarse la mama, 43 enfermeras se debe de lavar las manos y ninguna enfermera contesto que no se debe ingerir algún alimento ni realizar ninguna de las anteriores.

Interpretación: 42 enfermeras desconocen que lo primero que se debe de hacer antes de brindar seno materno es lavarse las manos y 43 de ellas si están informadas.

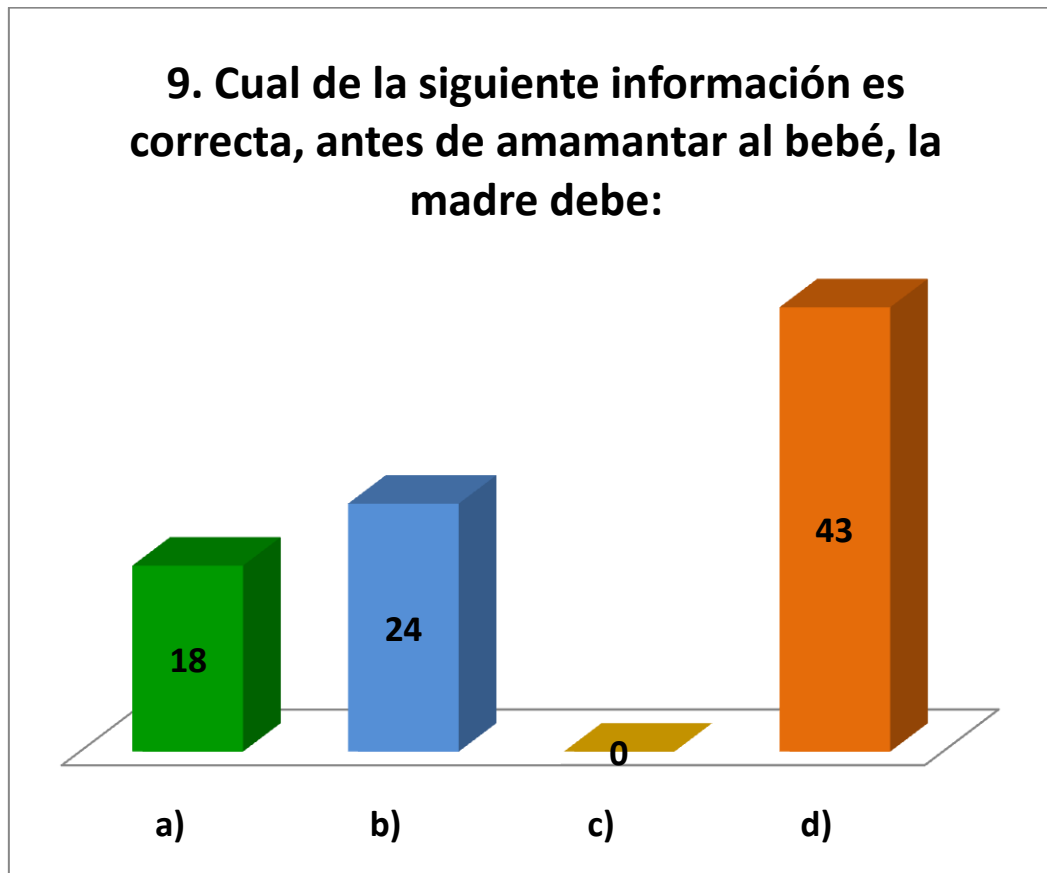
Gráfica No. 8



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 39 contestaron que el pezón se debe de lavar antes y después de cada toma, 46 que solo se debe de lavar antes de cada toma y ninguna contesto que se debe lavar una vez al día o ninguna ocasión.

Interpretación: 39 enfermeras desconocen que el lavar pezón antes de cada toma y dejar la leche materna en esté, ayuda a evitar las grietas de los pezones por lo tanto la importancia de lavarlos antes de cada toma, y 46 enfermeras contestaron correctamente.

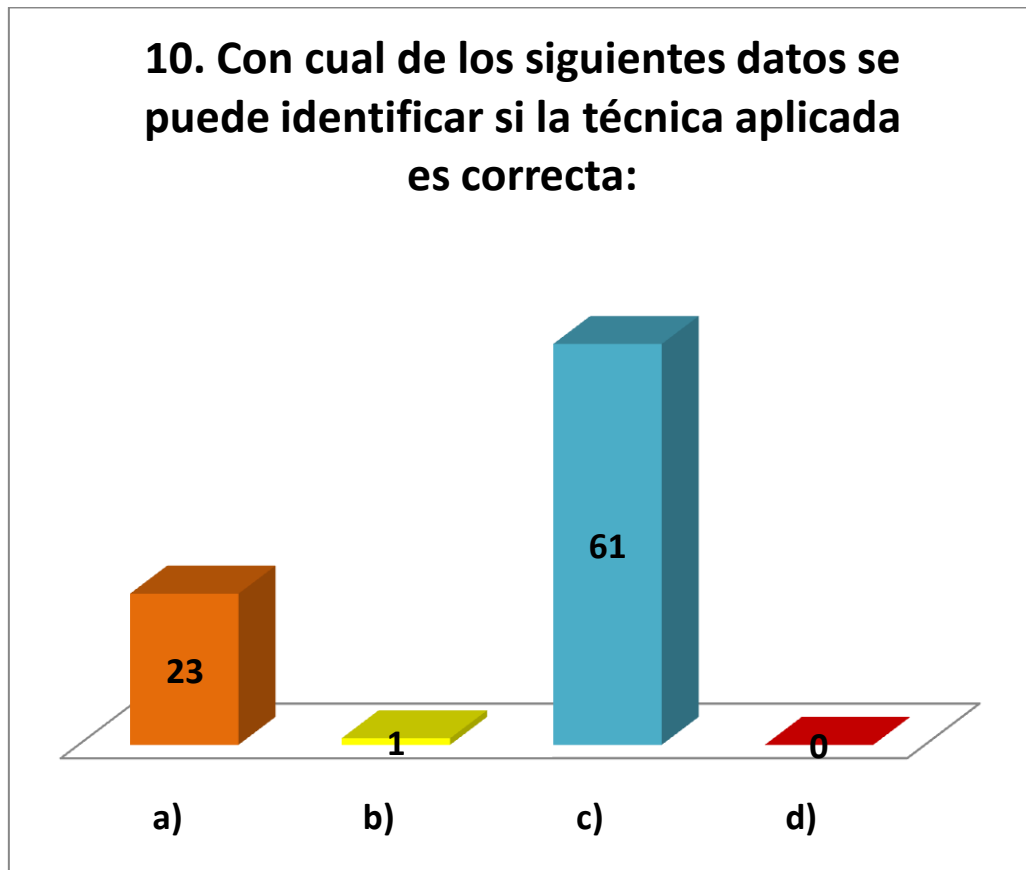
Gráfica No. 9



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 18 contestaron que antes de amamantar a su bebé la madre debe lavar la mama, 24 que deben lavar el pezón, 43 que se debe de lavar la mama y el pezón y ninguna contesto que no se debe de lavar nada.

Interpretación: 24 enfermeras saben que sólo se debe de lavar el pezón, mientras 61 enfermeras no saben la información correcta, por lo tanto brindan información incorrecta a las madres primigestas.

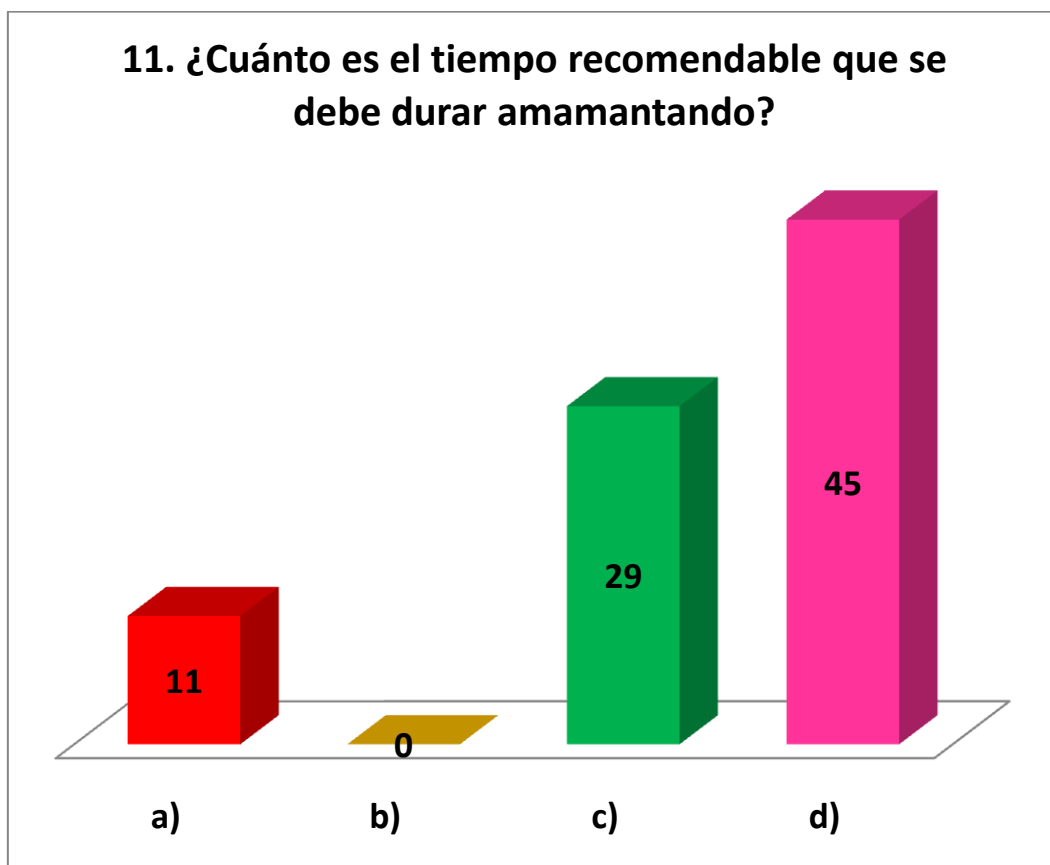
Gráfica No. 10



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 23 de ellas contestaron que si el bebé no llora la técnica aplicada es correcta, 1 enfermera contesto que es correcta si el bebé se queda dormido, 61 enfermeras es correcta si el bebé succiona con fuerza y ninguna enfermera contesto que es correcta si el bebé llora.

Interpretación: Solo 61 enfermeras contestaron que la técnica aplicada es correcta si el bebé succiona con fuerza y el resto de las enfermeras dejan claro que no conocen las técnicas de alimentación por las respuestas dadas en dicha pregunta.

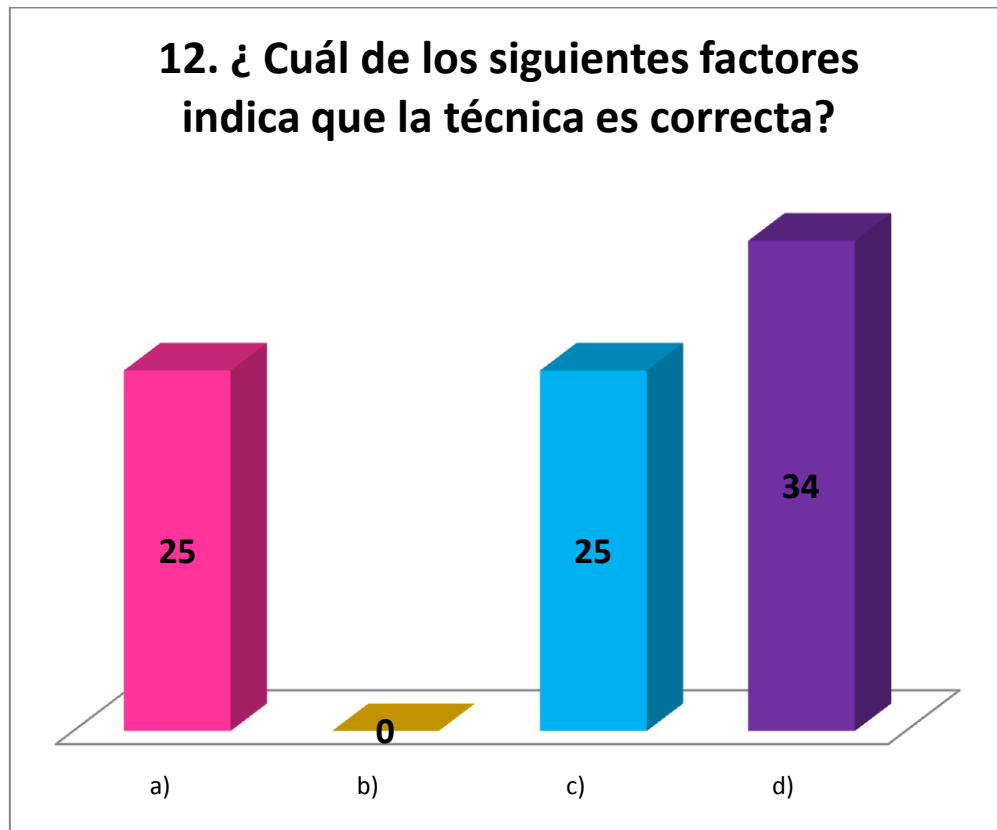
Gráfica No. 11



Descripción: 11 enfermeras contestaron 20 minutos es el tiempo recomendable que se debe de durar amamantando, 29 contestaron que 30 minutos en total, 45 enfermeras dicen que se debe de durar 10 minutos en cada mama y ninguna contesto que se debe de durar 40 minutos en total.

Interpretación: De 85 enfermeras encuestadas solo 45 saben que se debe de durar 10 minutos en cada mama para amamantar a su bebe mientras que 40 enfermeras desconocen el tiempo correcto que se debe de durar amamantando al bebé.

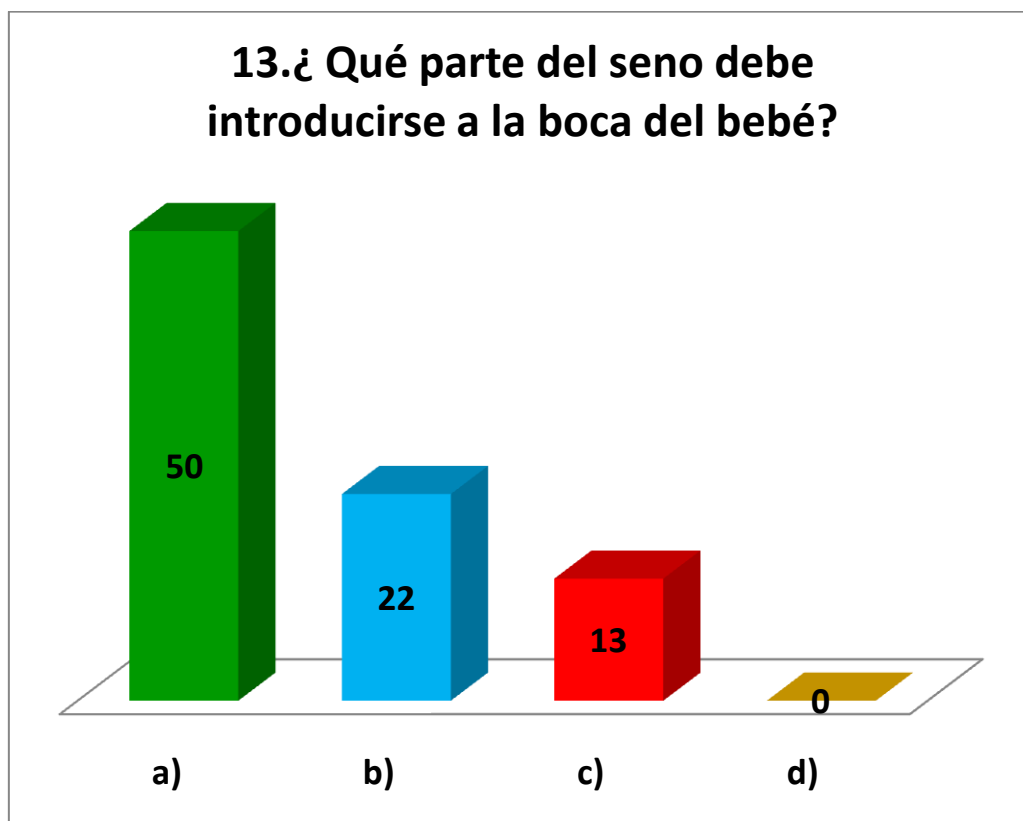
Gráfica No.12



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 25 contestaron que la técnica aplicada no es correcta si al amamantar duele, 25 si hay galactorrea, 34 enfermeras contestaron que si el bebé llora no es correcta y ninguna contesto que es incorrecta si el bebé succiona con fuerza.

Interpretación: Solo 25 mujeres contestaron que si el amamantar duele la técnica aplicada no es correcta, un dato importante en el proceso de aprendizaje, sin embargo 59 enfermeras no lo saben.

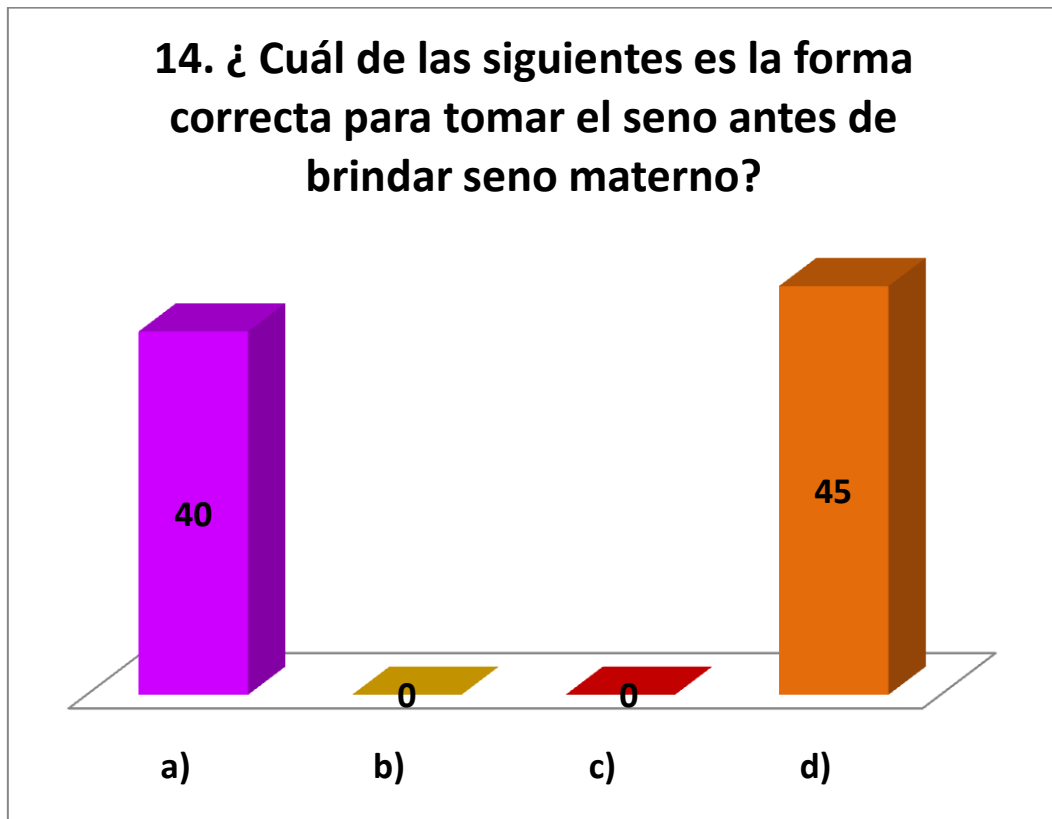
Gráfica No. 13



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 50 contestaron que la parte que se debe de introducir del seno es el pezón, 22 contestaron la areola, 13 contestaron el pezón y la areola y ninguna enfermera contesto que no se debe de introducir ninguna parte.

Interpretación: 72 enfermeras desconocen el proceso que se lleva a cabo al introducir el pezón y la areola a la boca del bebé, sin duda esencial para la secreción láctea, solo 13 enfermeras lo saben.

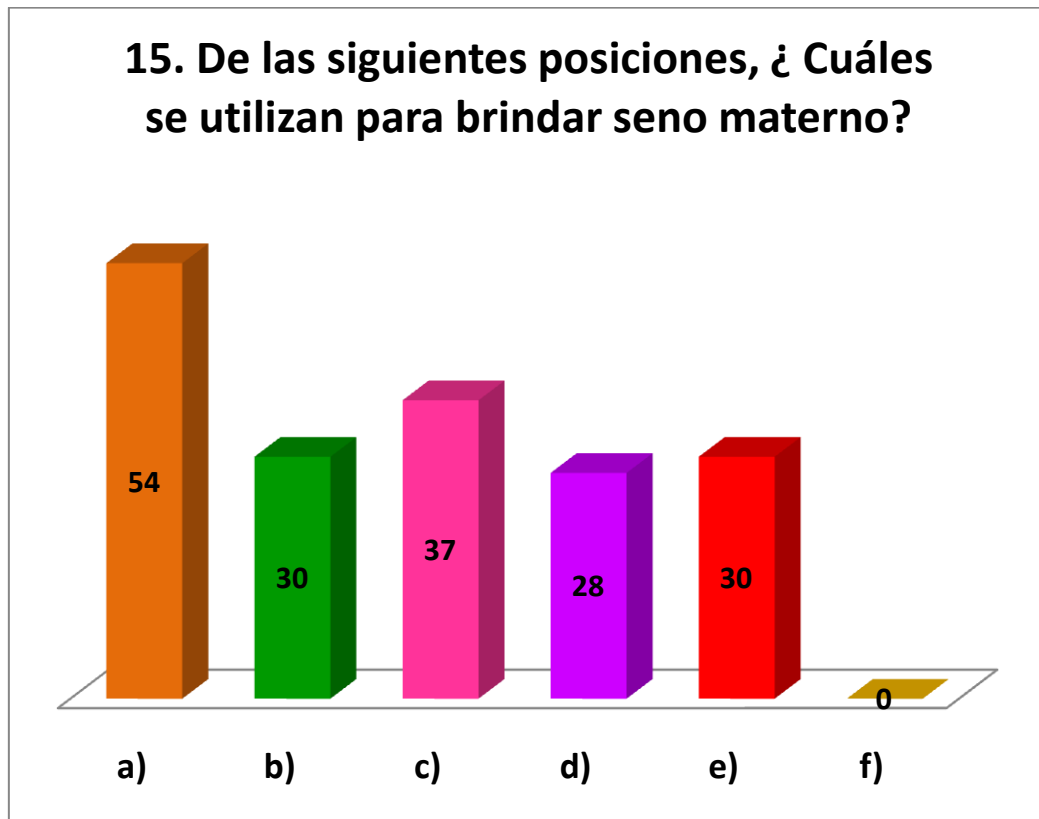
Gráfica No. 14



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas 40 contestaron que la forma correcta de tomar el seno es en forma de “C”, mientras 45 enfermeras contestaron que la forma correcta es de “tijera”, ninguna enfermera contestó que la forma correcta es en “E” y “D”.

Interpretación: 45 enfermeras desconocen la forma correcta en la que se debe de tomar el seno para brindar seno materno, ya que en forma de tijera dificulta el descenso de la leche materna y solo 40 enfermeras saben que la manera correcta es en forma de C, un dato importante dentro de la técnica de alimentación que se debe de conocer.

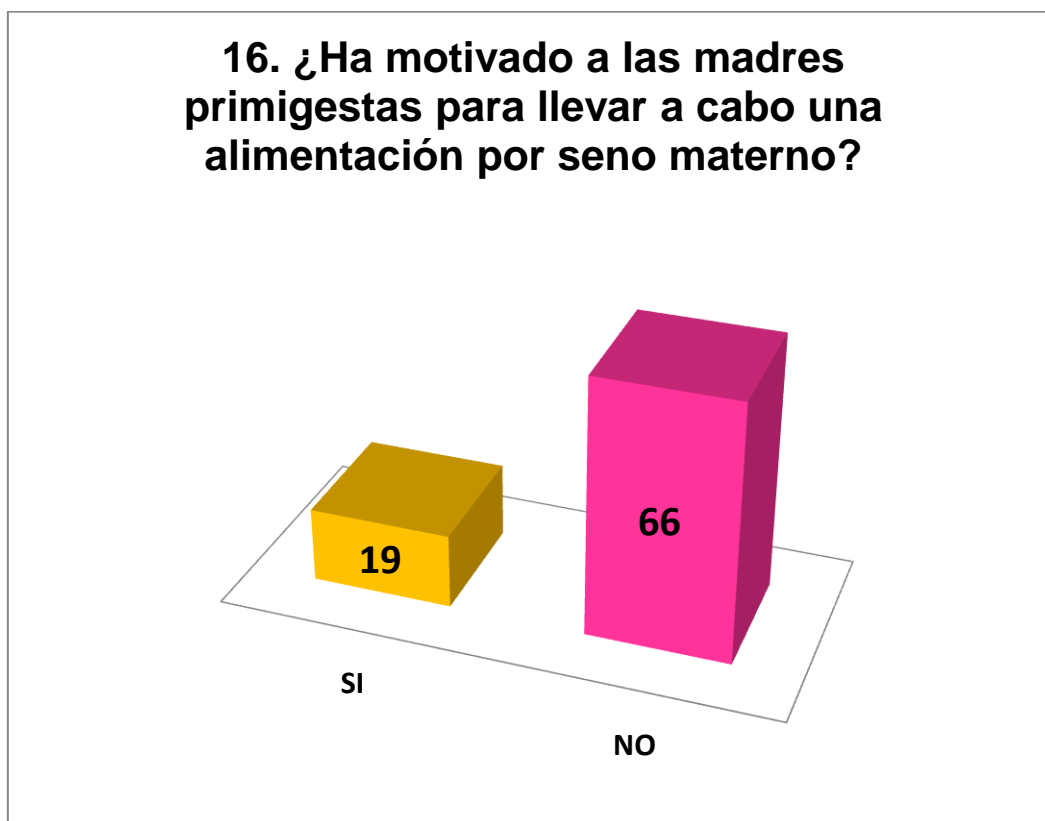
Gráfica No. 15



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas hubo una frecuencia de 54 enfermeras que contestaron que la posición de cuna se utiliza para brindar seno materno, 30 contestaron que la posición de balón de rugby, 37 enfermeras la posición de gemelos, 28 contestaron la posición de acostada, 30 utilizan la posición de caballito y ninguna contestó que no se utilizaban las posiciones.

Interpretación: Se puede deducir que las enfermeras no conocen todas las posiciones para brindar seno materno por lo tanto no se les dan a conocer en la mayoría a las madres primigestas para poder adaptarse a su comodidad.

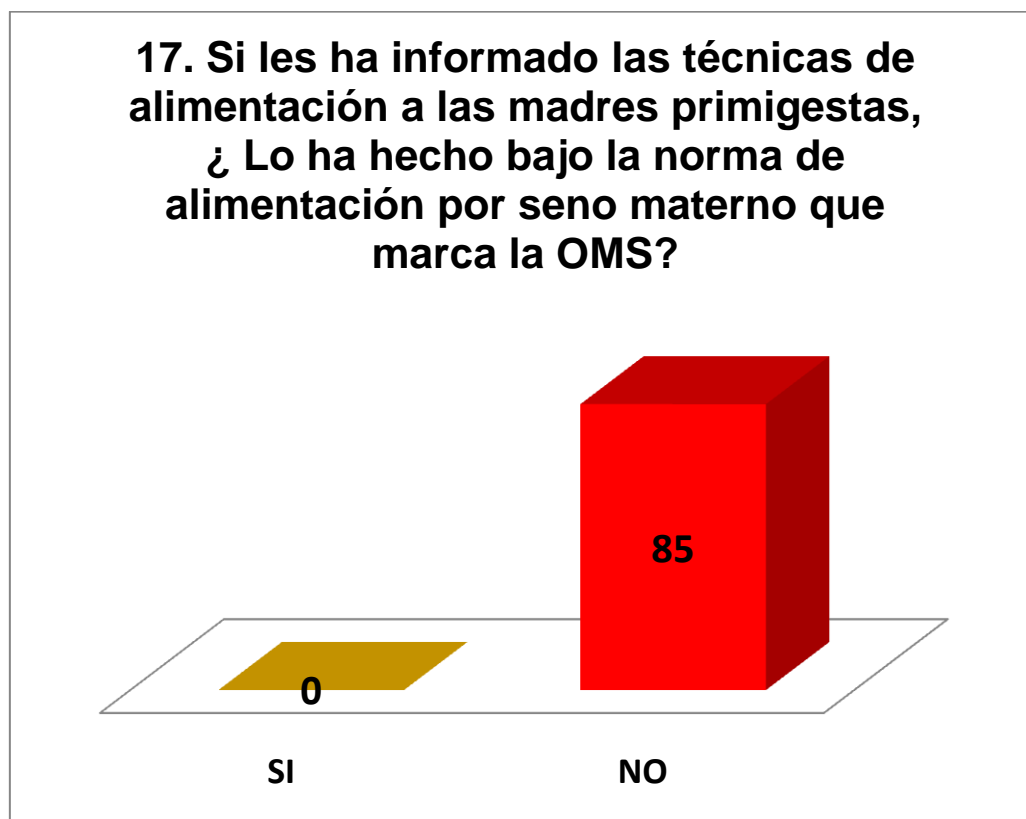
Gráfica No. 16



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas solo 19 enfermeras han motivado a las madres primigestas para llevar a cabo alimentación por seno materno mientras 66 enfermeras contestaron que no lo hacen.

Interpretación: Es indispensable la motivación que se brinda por parte del servicio de enfermería y solo 19 enfermeras lo hacen, esto deja claro que aparte de no tener los conocimientos necesarios no tienen interés por el proceso.

Gráfica No. 17



Descripción: De 85 enfermeras encuestadas la 85 contestaron que la información que han brindado a las madres primigestas no ha sido bajo la norma de lactancia materna que marca la OMS.

Interpretación: Las 85 enfermeras encuestadas reconocen no brindar la información conforme a la norma de lactancia donde siendo una pauta indispensable para que el proceso de lactancia sea un éxito y la madre primigesta pueda llevar a cabo la alimentación por seno materno con ayuda de personal capacitado.

CONCLUSIONES

a) Se determinó el objetivo general de esta investigación, donde una buena alimentación por seno materno depende de la aplicación de una adecuada técnica de alimentación.

b) Se comprobó que la forma de educar a las madres primigestas por parte del servicio de enfermería es de manera inadecuada, debido a que no utilizan las técnicas correctas para proporcionar información sobre el proceso de lactancia además de que la mayoría de estas desconocen la información, y si la brindan lo hacen con información equivocada.

c) Se conocieron los conocimientos que tienen las madres primigestas sobre las técnicas de alimentación donde la mayoría de estos son erróneos, y algunas mujeres primigestas sólo conocen cierta parte de información debido a que el servicio de enfermería no les informa correctamente o no les informa nada.

d) Se evaluaron los conocimientos de las mujeres primigestas sobre las técnicas de alimentación por seno materno la cual no tienen la información adecuada, ni la necesaria para llevar a cabo un proceso de lactancia con éxito, conocen muy poco de las técnicas o sólo cierta información de estas.

e) El personal de enfermería del HNSS no está capacitado para poder brindar información sobre las técnicas de alimentación por seno materno, las enfermeras no conocen en su totalidad la información referente al proceso.

f) Se comprobó la hipótesis de investigación donde una adecuada técnica de alimentación depende de la educación por parte del servicio de enfermería.

SUGERENCIAS

Es conveniente la capacitación del servicio de enfermería del HNSS sobre el proceso de lactancia, informarles sobre la importancia que tiene llevarlo a cabo, y donde intervienen como parte de sus funciones.

Por parte de jefatura de enfermería evaluar al personal por escrito y llevar a cabo el proceso con supervisión para evitar controversias y mal manejo de la información.

Es importante que en HNSS se forme una sala de alojamiento conjunto, donde el RN se encuentre con la madre desde el nacimiento, así ella podrá tener más contacto con su bebé y empezar a adquirir seguridad en el proceso, además podrá resolver las dudas que se puedan presentar en dicho proceso con el personal de enfermería.

El alojamiento conjunto facilita que se establezca la lactancia, pues la madre rápidamente podrá satisfacer la necesidad de alimento en el momento mismo que él lo solicite sin necesidad del llanto como señal además de que continúan con la lactancia materna con mayor facilidad y por periodos más largos.

Este programa tiene como objetivos:

- a) Capacitar a la madre para que atienda a su hijo.
- b) Incrementar el número de madres que amamantan a sus hijos.
- c) Aumentar el número de recién nacidos controlados en los consultorios periféricos.
- d) Disminuir la morbi-mortalidad de la población asistida por el programa durante el primer año de vida.

Para que los objetivos del programa se cumplan es necesaria una coordinación adecuada de la maternidad y los consultorios maternos infantiles.

En el desarrollo del programa se utilizan los recursos de la planta física, humanos y materiales que existen en el centro hospitalario, lo que no implica ninguna erogación adicional. Por el contrario, se logra una distribución más racional de los recursos y una participación activa de la madre en los cuidados del recién nacido.

ANEXO 1

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD ENCUESTA SOBRE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

La siguiente encuesta se realiza para recabar datos sobre la intervención del servicio de enfermería en técnicas de alimentación por seno materno, la cual es anónima y no conlleva a ninguna repercusión, puesto que es con fines exclusivamente estadísticos.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1.- ¿Piensa alimentar a su bebé con seno materno durante sus primeros 6 meses de vida?

- a) SI b) NO

2.- Marque cual de las siguientes razones, es por la que piensa no hacerlo.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Trabaja | <input type="checkbox"/> d) Padece alguna enfermedad |
| <input type="checkbox"/> b) No lo desea | <input type="checkbox"/> e) Ingiere algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> c) Deformidad de sus mamas | <input type="checkbox"/> f) Ninguna |

3.- ¿Creé usted que para brindar una buena alimentación por seno materno debe aplicar una técnica adecuada de alimentación?

- a) SI b) NO

4.- De los siguientes beneficios que ofrece el brindar seno materno, ¿Cuáles le ha informado el servicio de enfermería?

- a) Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo
- b) Favorece el desarrollo psicomotor del niño
- c) La leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del bebé
- d) No me han informado ninguno

5.- De los siguientes riesgos derivados del uso del biberón, ¿Cuáles la ha informado el servicio de enfermería?

- a) Provocan infecciones intestinales
- b) Desarrollo de diabetes y cardiopatías
- c) No fomenta el desarrollo de los maxilares
- d) Caries precoz de la infancia
- e) Riesgo de asfixia
- f) Ninguna

6.- ¿Ha recibido información sobre la aplicación de alguna técnica de alimentación por seno materno?

- a) SI
- b) NO

7.- De la pregunta anterior, ¿De qué manera el servicio de enfermería la ha proporcionado la información sobre técnicas de alimentación?

- a) Demostración con su bebé
- b) Folletos
- c) Solo explicado
- d) De ninguna manera

8.- ¿Qué es lo primero que debe de hacer antes de brindar seno materno a su bebé?

- a) NO inferir algún alimento
- b) Lavarse la mama
- c) Lavarse las manos
- d) Ninguna de las anteriores

9.- ¿Cuántas veces debe lavar su pezón antes de ofrecerle seno materno a su bebé?

- Una vez al día Antes y después de cada toma
 Antes de cada toma ninguna

10.- ¿Cuándo esta amamantando a su bebé le duele el seno?

- SI NO

11.- ¿Qué parte del seno debe introducirse a la boca del bebe?

- a) el pezón c) el pezón y la areola
 b) la areola d) ninguna

12.- ¿Cuál de las siguientes es la forma correcta para tomar el seno antes de brindar seno materno?

- a) En forma de "C" c) En forma de "E"
 b) En forma de "D" d) En forma de "tijera"

13.- ¿Cuánto tiempo debe durar amantando a su bebé?

- a) 20 minutos en cada mama c) 30 minutos en total
 b) 40 minutos en total d) 10 minutos en cada mama

14.- ¿Ha notado que su bebé queda insatisfecho después de cada toma?

- a) SI b) NO

15.- De las siguientes posiciones, ¿Cuáles utiliza usted para brindar seno materno?

- a) Posición de cuna d) Posición sentada
 b) Posición de balón de rugby
 c) Posición de acostada

16.- ¿Creé indispensable que el servicio de enfermería se las dé a conocer?

a) SI b) NO

17.- ¿Se sintió motivada por parte del servicio de enfermería para llevar a cabo la alimentación por seno materno?

a) SI b) NO

18.- ¿Creé usted que el vínculo afectivo con su bebé se fortalece al brindarle seno materno?

a) SI b) NO

ANEXO 2

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD ENCUESTA SOBRE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

La siguiente encuesta se realiza para recabar datos sobre la intervención del servicio de enfermería en las técnicas de alimentación por seno materno, la cual es anónima y no conlleva a ninguna repercusión, puesto que es con fines exclusivamente estadísticos.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1.- ¿Conoce la norma de lactancia materna que marca la OMS?

- a) SI b) NO

2.- ¿Cuál de las siguientes es la norma que marca la OMS?

- a) 005-SSA2-1993 c) 007-SSA2-1993
 b) 003-SSA2-1993 d) No la conozco

3.- El uso de la información sobre lactancia materna debe estar dirigida a:

- a) Fomentar el uso del biberón
 b) Fomentar la lactancia exclusiva
 c) Fomentar la lactancia durante un año
 d) Fomentar la lactancia durante dos años

4.-De los siguientes beneficios que ofrece el brindar seno materno, ¿Cuáles le ha informado a las madres primigestas?

- a) Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo
- b) Favorece el desarrollo psicomotor del niño
- c) No me han informado ninguno
- d) La leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del bebé

5.- De los siguientes riesgos derivados del uso del biberón, ¿Cuáles le ha informado a las madres primigestas?

- a) Provocan infecciones intestinales
- b) Desarrollo de diabetes y cardiopatías
- c) No fomenta el desarrollo de los maxilares
- d) Caries precoz de la infancia
- e) Riesgo de asfixia
- f) Ninguna

6.-De los siguientes procedimientos, indique cual utiliza para brindar información sobre la aplicación de una técnica de alimentación por seno materno

- a) Demostración con su bebé
- b) Folletos
- c) Solo explicado
- d) De ninguna manera

7.- ¿Qué es lo primero que debe de hacer una madre primigesta antes de brindar seno materno a su bebé?

- a) NO ingerir algún alimento
- b) Lavarse la mama
- c) Lavarse las manos
- d) Ninguna de las anteriores

8.- ¿Cuántas veces debe lavar su pezón la madre antes de ofrecerle seno materno a su bebé?

- a) Una vez al día
- b) Antes de cada toma
- c) Antes y después de cada toma
- d) ninguna

9.-Cual de la siguiente información es correcta:

Antes de amamantar al bebé, la madre debe:

- a) Lavar la mama c) No debe lavar nada
 b) Lavar el pezón d) Lavar la mama y el pezón

10.-Con cuál de los siguientes datos se puede identificar si la técnica aplicada es correcta:

- a) El bebé no llora c) El bebé succiona con fuerza
 b) El bebé se queda dormido d) El bebé llora

11.- ¿Cuánto es el tiempo recomendable que se debe durar amantando?

- a) 20 minutos en cada mama c) 30 minutos en total
 b) 40 minutos en total d) 10 minutos en cada mama

12.- ¿Cuál de los siguientes factores indica que la técnica de alimentación no es correcta?

- a) Al amamantar duele c) Galactorrea
 b) El bebé succiona con fuerza d) El bebé llora

13.- ¿Qué parte del seno debe introducirse a la boca del bebe?

- a) el pezón c) el pezón y la areola
 b) la areola d) ninguna

14.- ¿Cuál de las siguientes es la forma correcta para tomar el seno antes de brindar seno materno?

- a) En forma de "C" c) En forma de "E"
 b) En forma de "D" d) En forma de "tijera"

15.- De las siguientes posiciones, ¿Cuáles se utilizan para brindar seno materno?

- a) Posición de cuna d) Posición de acostada

b) Posición de balón de rugby

e) Posición de caballito

c) Posición de gemelos

f) Ninguna

16.- ¿Ha motivado a las madres primigestas para llevar a cabo una alimentación por seno materno?

a) SI

b) NO

17.- Si les ha informado las técnicas de alimentación a las madres primigestas, ¿Lo ha hecho bajo la norma de alimentación por seno materno que marca la OMS?

a) SI

b) NO

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Ahued, J. (2003). Ginecología y Obstetricia Aplicada. (2ª. ed.). México, DF. Ed. El manual Moderno.

Castellón M. (2011). *Posturas para dar de mamar*. Recuperado el 10 de Enero 2011, de <http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/postmam.pdf>

Castro, H. (2003). Gineco-obstetricia Elemental. (4ª. ed.). México. Ed. Trillas.

Danforth, D. (1987). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. (4ª. ed.). México. Ed. Interamericana.

Illingwo, R. (2000). El niño normal. (4ª. ed.). México. Ed. El manual moderno.

Koniac, R. (1994). Enfermería Materno Infantil. (17ª. ed.). México. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Ladewig, O. (1995). Enfermería Infantil. (4ª. ed.). México. Ed. McGraw- Hill Interamericana.

Mercado, A. (2011). Lactancia Materna. Recuperado el 20 de Enero de 2011, de <http://www.dardemamar.com/Lactancia%20Materna.pdf>

Olivieri, R. (1994). Enfermería infantil. (2ª.ed.). México. Ed. McGraw- Hill Interamericana.

P. de la fuente, J.A. (1997). Tratado de Obstetricia y Ginecología. (2ª. ed.). México. Ed. Hill. Interamericana.

Roura, L. (2004). Tratado de Ginecología y Obstetricia. (1ª. ed.). Buenos Aires. Ed. Panamericana.

Sánchez, A. (1999). Obstetricia. (3ª. ed.). Chile. Ed. Mediterraneo.

Treviño, A. (1983). Ginecología (9ª. ed.). México, DF. Ed. Méndez Cervantes.

Valdés V. (2011). Técnicas de amamantamiento. Recuperado el 20 de enero de 2011, <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTAMIENTO1.pdf>