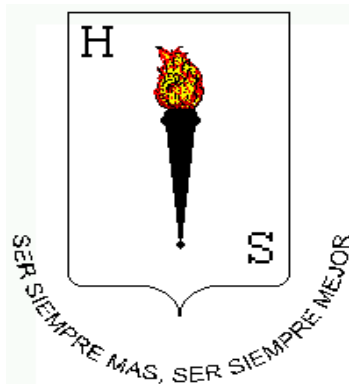


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

LACTANCIA MATERNA

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

ALUMNA

KARLA IVONNE HUICHAPA ZAVALA

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

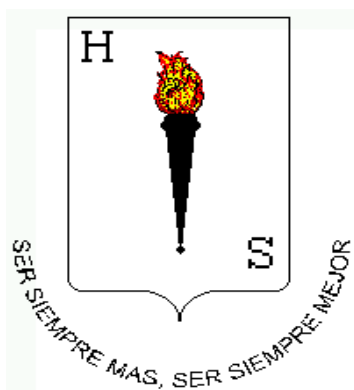
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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 AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

LACTANCIA MATERNA

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

ALUMNA

KARLA IVONNE HUICHAPA ZAVALA

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

Agradecimiento

No alcanzan unas líneas para reconocer profundamente, mi agradecimiento hacia Dios por permitirme existir y tener la dicha de tener una familia como la que sólo él supo elegir para mí. Gracias por escucharme y acompañarme a lo largo de estos años. Te agradezco Señor por tenderme tu mano y apoyarme a luchar por mis sueños, darme el valor y la dicha de servir con vocación y actitud de servicio.

Con profundo amor, agradezco y dedico esta investigación a mi familia, que gracias a su apoyo incondicional, y esfuerzo constante, han hecho posible que esta meta concluya. Gracias a mis padres, por su amor, cariño y comprensión en todo momento. Porque son mi mejor ejemplo de lucha y constancia, y porque me dieron la gran dicha de ser hermana y recibir alegrías, de quienes también he recibido palabras de aliento.

Martín Huichapa Gómez.

Margarita M. Zavala Guerrero.

Josué M. Huichapa Zavala.

Sandra Huichapa Zavala.

Con gran respeto y gratitud, a todos mis profesores que me acompañaron en este largo camino, me dedicaron su tiempo y me ofrecieron sus conocimientos para ser hoy una futura profesionalista honesta y agradecida con su trabajo.

LACTANCIA MATERNA

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 Descripción del problema.....	6
1.2 Pregunta de investigación.....	16
1.3 Objetivo de la investigación	16
1.4 Justificación	17
1.5 Viabilidad	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Ciencias de la salud.....	19
2.2 Medicina.....	19
2.3 Obstetricia.....	20
2.4 Embarazo.....	20
2.5 Control Prenatal.....	21
2.6 Teorías Médicas Sobre Control Natal, Puerperio y Lactancia.....	22
2.6.1 Trótula de Salerno.....	23
2.7 Anatomía y Fisiología de las Glándulas Mamarias.....	24
2.8 Lactogénesis y Galactopoyesis.....	28
2.8.1 La lactogénesis.....	28
2.8.2 La galactopoyesis.....	28
2.9 Lactancia Materna.....	28
2.10 Tipos de Leche.....	32
2.10.1 Pre-calostro:	32
2.10.2 Calostro:	32
2.10.3 Leche de transición:.....	33
2.10.4 Leche madura:	33
2.11 Alojamiento Conjunto.....	34
2.12 Primeros días en la maternidad.....	35

2.13 Hidratación y Nutrición.	36
2.14 Bromatología de la Leche Materna.	37
2.15 Fases de la Lactancia Materna.	39
2.16 Lactancia Materna En Los Países Ricos.	39
2.17 Lactancia Materna En Los Países Pobres.	40
2.18 Prevalencia de la Lactancia Materna.	40
2.18.2 Prevalencia En Los Países Pobres.	41
2.19 Políticas y Programas de Salud.	42
2.20 Prácticas de los Servicios de Salud.	42
2.21 Capacitación del personal de salud.	44
2.22 El Apoyo a la Madre es Esencial.	44
2.23 Comunicación con la Embarazada y Lactancia Materna.	45
2.24 Técnicas de Amamantamiento.	46
2.25 Factores Prenatales que Afectan la Practica de la Lactancia Materna.	47
2.26 Factores que Influyen Favorablemente en la Decisión de Amamantar.	48
2.27 Factores que Influyen Negativamente en la Decisión de Amamantar.	50
2.28 Ventajas de la Lactancia Materna.	51
2.28.1 Beneficios a largo plazo para el niño.	52
2.28.2 Beneficios para la madre.	53
2.28.3 En el primer semestre de vida.	53
2.29 Sucesos.	54
2.30 Problemas Derivados de la Alimentación del Lactante Sano con Sucesos.	54
2.30.1 Problemas a corto plazo.	54
2.30.2 Problemas a más largo plazo.	55
2.30.3 Perjuicios para la madre.	55
2.30.4 Perjuicios para la Comunidad y el Medio Ambiente.	56
2.31 Contraindicaciones para la Lactancia.	56
2.31.1 Falsas Contraindicaciones Para la Lactancia Materna.	56
2.32 Situación Actual de la Lactancia Materna: Barreras y Problemas del Amamantamiento.	58

2.33 Lactancia Materna y Trabajo.....	59
2.34 Práctica de Lactancia en México.....	60
2.35 Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.....	61
2.36 Proceso de Alojamiento Conjunto del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.....	63
2.38 Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada	75
2.39 Concepto de enfermería	75
2.40 Enfermería según la OMS.....	76
2.41 Enfermería obstétrica	77
2.42 Teoría de la Enfermería seleccionada para éste estudio	79
2.43 Cuidados de enfermería.....	80
2.44 Atención del puerperio	80
2.44.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal).....	81
2.44.2 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)	82
2.45 Cuidados de Enfermería sobre Lactancia Materna.....	84
2.46 Enfermería como Profesión.....	85
2.46.1 Función Asistencial:	85
2.46.2 Función Investigadora:.....	85
2.46.3 Función Gestora:	86
2.46.4 Área Docente En Enfermería	86
2.47 Hospital de Nuestra Señora de la Salud	86
CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	90
CAPÍTULO IV HIPÓTESIS.....	92
4.1 Descripción de la hipótesis	92
4.2 Definición de las variables	92
4.3 Operacionalización de la hipótesis.....	93
4.4 Construcción de los instrumentos de medición	98
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	102
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	105
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	124
CAPÍTULO VIII BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS.....	126

RESUMEN

Esta investigación, ha sido realizada por la alumna Karla Ivonne Huichapa Zavala, de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el año en curso 2012 con el tema de Lactancia Materna.

La idea surgió, tras considerar necesaria la medición del porcentaje de conocimiento en el personal enfermero que labora en el Hospital De Nuestra Señora De La Salud (HNSS), sobre las políticas que marca el proceso de alojamiento conjunto que se encuentra establecido en la institución ya mencionada.

La investigación costa de VIII capítulos donde primeramente el lector apreciará en el capítulo I, el planteamiento del problema de esta investigación, donde se enmarcan Descripción del problema, Pregunta de investigación, Objetivo de la investigación, Justificación y Viabilidad de la investigación.

En el capítulo II, se da a conocer el contenido de esta investigación, se abordarán los contenidos de forma general a particular y de manera descriptiva.

En el capítulo III, se describe la forma en la que se realizó esta investigación, la cual fue con un enfoque cuantitativo, se hizo uso de una hipótesis, con tendencia predictiva y con aplicación transversal, para poder describir el porcentaje de conocimiento, que poseen las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud respecto a la existencia del proceso de alojamiento conjunto.

En el capítulo IV, se plantea como hipótesis, que el porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería del HNSS respecto a las políticas del Proceso de Alojamiento Conjunto, es aproximadamente de un 40%, y que sólo una parte del personal de enfermería tiene conocimiento de la existencia de este proceso, pero no conocen todo su contenido. Surgen dos variables de la hipótesis, como primera se toma el conocimiento del personal enfermero y, como segunda el proceso de alojamiento conjunto.

Se continúa con una tabla donde se definen las variables para obtener de ellas el instrumento de medición, el cual es un cuestionario conformado por 21 preguntas.

En el capítulo V, Se menciona el tipo de investigación, la cual es descriptiva pues describe las características de un sujeto en estudio, además se agrega, si el diseño de la investigación, aceptará o refutara la hipótesis planteada con anterioridad.

Se especifica la manera en que se construyó el instrumento de medición o cuestionario, que fue a partir de la definición de variables extraídas de la hipótesis, para después ser definidas y desglosadas cada una y, finalmente extraer un cuestionario de éstas, así como que dicho cuestionario fue aplicado el día 27 de junio en el HNSS.

Define el tamaño de la muestra y se señala que ha sido tomada a 30 individuos de manera personal y arbitraria para la recolección de datos que se requiere para dicha investigación, y para lo cual, se requirió contestar un conjunto de 18 preguntas con opción múltiple.

Finalmente cada una de las respuestas fue vaciada para construir gráficas donde se plasman cada una de las respuestas y se obtienen conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene el propósito de presentar el tema de Lactancia Materna y dar a conocer técnicas, cuidados, beneficios etc., del mismo. Así como mostrar información confiable y fidedigna que resuelva dudas al lector sobre el tema de la lactancia materna.

El objetivo central de dicha investigación es medir el porcentaje de conocimiento que poseen las enfermeras del HNSS sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que existe en dicha institución.

Desde la antigüedad, la lactancia ha sido una práctica de alimentación pura y natural que llena todos los requerimientos necesarios para que los infantes crezcan y se desarrollen plenamente. Además, se ha empleado a través de las distintas culturas y sociedades a nivel mundial.

Un problema de salud en nuestros días, es la aparición de sustitutos de leche materna, que han ocasionado la falta de nutrientes esenciales que solo la leche materna puede ofrecer a los infantes, lo que ha venido a repercutir directamente en la salud de los menores.

Es por eso que los trabajadores del área de la salud, tienen la responsabilidad de conocer y promover este tema para prevenir enfermedades en los lactantes, a través de la promoción de la lactancia materna.

Se plasma una interrogante donde se cuestiona el porcentaje de conocimiento de las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, acerca de las políticas que se establecen en el Proceso de Alojamiento Conjunto, que se encuentra establecido en ésta Institución.

La justificación de esta investigación, nace del interés por medir el porcentaje de conocimiento, sobre las políticas que establece el proceso de alojamiento conjunto que, se elaboró en el HNSS en el año 2011 por la Enf. Ana Silvia Rodríguez J., a todo el cuerpo enfermeril del HNSS, para que se conozcan las políticas de este proceso, se implemente un correcto alojamiento conjunto en esta institución, y que como resultado final se promueva una lactancia materna exitosa.

La viabilidad con la que cuenta ésta investigación para haberse realizado, consiste en que posee con la información necesaria para medir el porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería del HNSS, sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que se encuentra vigente en esta institución sanitaria.

Se utilizó como medio el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el HNSS, para obtener la información necesaria de éste, y poder obtener una pregunta de investigación, así como el objetivo y las variables. Se pretende lograr una medición del porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería de la institución ya mencionada, acerca de la existencia sobre dicho proceso, para que las enfermeras tomen conciencia sobre la importancia que tienen como profesionales de la salud para que se lleve a cabo este Proceso de Alojamiento Conjunto y ofrezcan un mejor servicio.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

La importancia de esta investigación radica, en el interés por dar a conocer el proceso de alojamiento conjunto que existe en Hospital de Nuestra Señora de la Salud, específicamente las políticas que en él se establecen. A todo el personal enfermero para mejorar la calidad de vida de los lactantes menores del HNSS, a través de la implementación que se plantea en dicho proceso de alojamiento conjunto, y de vislumbrar como primer lugar en las enfermeras del HNSS, el grado de importancia que poseen en el acompañamiento de las futuras madres e implementen sus conocimientos en su práctica, para que las pacientes adopten la lactancia como única fuente de alimentación para sus futuros hijos y, se abandonen las formulas maternizadas.

Además, que las madres comprendan las ventajas de esta práctica y las fomenten de igual forma a sus descendencias, con la finalidad de que esta práctica no sea abandonada en las próximas generaciones.

En la siguiente investigación se propone interrogar y medir el porcentaje de conocimiento en el personal enfermero que labora en el HNSS, sobre las políticas del proceso de alojamiento conjunto que existe en el HNSS, así como dar a conocer dicho proceso para que se promueva el alojamiento conjunto y con ello se implemente la lactancia materna de forma consciente y sistematizada.

Se presentará el proceso de alojamiento conjunto que existe en el HNSS, así como 10 tareas indispensables que la enfermera ha de realizar durante su práctica, según el programa Hospital Amigo del Niño, para lograr implementar con éxito, la lactancia materna. Se darán a conocer, las técnicas correctas de lactar al neonato e infante menor, así como las ventajas y desventajas que trae este método de alimentación.

En general el objetivo de esta investigación es: Medir el porcentaje de conocimiento que poseen las enfermeras del HNSS sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que existe en dicha institución.

El sujeto de investigación es: el cuerpo enfermero que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Antecedentes de la investigación:(Aguilar 2005).

En la antigüedad, las nodrizas o amas de cría tenían un papel muy bien definido, pues trabajaban para familias pudientes que tenían bebés cuyas madres no querían amamantarlos por el desgaste que se suponía la lactancia.

Las nodrizas solían vivir con las familias de un hijo recién nacido, por lo que de ese modo los padres podían vigilar muy de cerca a la mujer que se encargaba de amamantar a su hijo. La duración de la lactancia dependía de cada cultura, aunque era frecuente el amamantamiento hasta pasados los tres años. Los servicios de estas mujeres eran esenciales cuando las madres biológicas se negaban a amamantar a sus bebés, ya que el porcentaje de muerte era demasiado elevado. Las nodrizas durante el tiempo que permanecían dando el pecho, disponían de alojamiento con pensión completa y un salario que, en algunos países, incluso venía fijado por la ley. En el siglo XIII ya se conocen documentos, en los que se describen los periodos de empleo, el sueldo, la duración (que en esa época era de 4 años) e incluso los privilegios que se le asignaban.

Con la llegada de leche de fórmula, tras la Segunda Guerra Mundial, las nodrizas entraron en decadencia, para llegar prácticamente a desaparecer a mitad del siglo XX.

Las nodrizas podían ser contratadas en el domicilio de los padres, aunque en ocasiones se enviaban a los bebés al campo o a otros domicilios para que fueran cuidados y amamantados por otras mujeres. Durante los siglos XIII y XIX, se recurría a las llamadas nodrizas en casa ajena, lo que daba lugar a que una mujer amamantara a varios niños a la vez; de este modo, dejaba alguno de ellos con un déficit importante de algún compuesto básico.

En aquella época era frecuente buscar nodrizas para amamantar a los niños de los orfanatos, lo que fue denunciado por la escritora Concepción Arenal, que describió la situación de la siguiente forma: “la mortalidad es tan elevada que si a ello sólo estuviere confiada la conservación de la especie, se extinguiría”.

Cada inclusa tenía varias nodrizas, que eran pagadas para amamantar a los bebés a cambio de la correspondiente cantidad de dinero. En esos casos, aunque la alimentación era natural, poco se tenía en cuenta la afectividad que esos niños necesitaban para sobrevivir. En algunos orfanatos, según explica Ruíz de Luzuriaga, las nodrizas eran seleccionadas cuidadosamente y se tenía en cuenta que fueran jóvenes, robustas, y con buen carácter y que no presentaran halitosis. La leche tenía que ser blanca, sin olor, más dulce que salada y diluirse bien en agua. Por último, que la mujer no fuera pelirroja y con temperamento agrio.

La prueba de la leche consistía en introducir una gota en el ojo del bebé y comprobar que no provocara irritación.

Sin embargo, ante la escasez de candidatas y la necesidad y dependencia que se sentía de ellas en la práctica, cualquier prostituta, madre soltera, amancebada o enferma, era admitida para este fin. La única selección real era no admitir a mujeres que tenían el mal gálico, o sífilis, y algunas alteraciones de la piel. Se tienen algunos testimonios de que las nodrizas administraban calmantes para disminuir el llanto de los niños y que les aplicaban polvos rojos para colorearles las mejillas. También era habitual que al bebé le dieran pan mojado en agua para calmarlo, ante la falta de leche.

Las nodrizas representaron para las familias pudientes pertenecer a una cierta categoría social, aunque se ignoraba que su servicio podía transmitir enfermedades a los bebés a través del amamantamiento. A principios del siglo XX, la función de estas mujeres paso a ser desempeñada por dispensarios infantiles, de los que una institución de los que una institución muy emblemática de nuestro país fue la conocida Gota de leche. En esos centros se proporcionaba leche de vaca hervida, complementada con agua, en función de la edad del bebé.

También se les facilitaban a las madres o cuidadoras tetinas y biberones esterilizados mediante ebullición. Al poco tiempo de la instauración de estas prácticas, la morbimortalidad disminuyó considerablemente.

Las nodrizas a amas de cría eran también conocidas como amas de leche o pasiegas.

Este nombre proviene de las nodrizas que venía del valle del Pas, en Cantabria. El amamantamiento de los bebés a cambio de pagos, dinerarios o en especies, recibía el nombre de lactancia mercenaria. Este tipo de lactancia se practicaba si las madres padecían algún tipo de enfermedades graves, sufrían una debilidad extrema o bien tenían agalactia. También recurrían a este tipo de lactancia aquellas mujeres que, por su posición social, tenían mal visto lactar a sus hijos.

La lactancia mercenaria la practicaban mujeres de las clases sociales más desfavorecidas y que les quitaban el pecho a sus propios hijos. Uno de los principales problemas de las nodrizas era el de quedarse secas, es decir, perder la secreción láctea. Normalmente, al disminuir al bebé la succión a lo largo de los meses, lo que solía ocurrir sobre los 2 años, era necesario que la mujer volviera a quedarse embarazada, para así dar a luz un nuevo hijo y poder continuar su profesión; a los 9 meses del embarazo, podía volver a ofrecer sus servicios, incluso a la misma señora, para lo que era fundamental una carta de recomendación.

Las nodrizas han existido siempre a lo largo de la historia; la lactancia se practicaba, unas veces por caridad, y otras mediante pago. En muchas civilizaciones la nodriza era contratada mediante leyes establecidas al efecto y con estructuras muy organizadas. En otras, la mujer lactante y nodriza se identificaba con la diosa de la maternidad. Estos míticos personajes eran representados a veces con forma humana o de animal y siempre rodeados de niños a los que amamantaban.

Egipto.

Fue la civilización egipcia una de las primeras culturas altamente organizadas.

El libro de medicina más completo y antiguo del mundo que se conoce es el papiro de Ebers. En él se describen perfectamente las enfermedades de la lactancia, la función de las nodrizas, la mortalidad infantil por parásitos intestinales y la calidad de la leche materna. El abandono de los niños era castigado y se consideraba un honor practicar la lactancia materna, por lo que las nodrizas estaban muy bien consideradas.

Existían reglas y costumbres que se debían respetar en el cuidado de los niños, cuidados que se solían dar en el medio familiar y que se ambientaban en el mundo mágico-religioso.

Las nodrizas eran elegidas en los harenes y gozaban de muchos privilegios, pues una vez nacía el infante real era dado a su nodriza para que ella lo criara, lo educara y lo mimara. Estas mujeres tenían una gran consideración social y sus propios hijos podían considerarse “hermanos de leche” del infante real. Algunas nodrizas adquirían un alto rango en la corte; de hecho, la nodriza Nefertiti recibió el título de gran nodriza.

Las nodrizas también alimentaban a los niños abandonados, así como a los hijos de los esclavos. La leche materna aportaba el alimento básico y el líquido en condiciones óptimas. También se sabía que una lactancia prolongada daba lugar a un mayor intervalo entre embarazos, por lo que era normal que la lactancia durara más de tres años.

Babilonia.

Existen papiros escritos en Babilonia, 2000 a.C., donde se describen las actividades de las nodrizas y se regulan las relaciones sexuales, pues se penalizaba un nuevo embarazo en esas condiciones. En el código de Hammurabi se regulan los comportamientos sociales, se penalizaba el abandono y el infanticidio de los niños, se define la higiene y la salud pública y se define en todo momento la lactancia y los cuidados maternos del bebé.

Grecia Clásica.

Las primeras referencias de salud del pueblo de la antigua Grecia se encuentran en la mitología de Apolo, considerado el dios de la Salud.

En la Grecia clásica las nodrizas estaban muy bien consideradas por las clases adineradas. Sus servicios se requerían para amamantar a sus hijos y para supervisar a todos los sirvientes. Eran tratadas con mucho esmero y definidas como buenas, pacíficas y cariñosas.

Las nodrizas, por todo ello, no eran esclavas, pues se producían una unión fuerte entre ellas y los bebés. La falta de unión entre el niño y su madre biológica ya se percibía como un futuro problema. Sorano de Éfeso ya estima en su tratado ginecológico que la lactancia podía ser una forma de anticoncepción. En sus escritos se refiere al cuidado y al tratamiento de las enfermedades de los niños. Para Sorano de Éfeso, el destete debe llevarse a cabo pasados los dos años; para él, la dentición constituye uno de los episodios más relevantes en el desarrollo del niño. De este autor, se reproduce lo siguiente:

“En igualdad de circunstancias, es mejor alimentar al niño con leche de su madre, pues le sienta mejor y la madre siente mas afecto por su hijo. Es más natural alimentarse de la madre después del parto, como antes del mismo. Pero si algo lo impide, se ha de elegir la mejor ama de cría, para que la madre no envejezca prematuramente, desgastándose con la leche diaria, con miras a su recuperación y a la gestación de otros hijos, y así evitar que se dilaten los pechos”.

Roma.

En Roma durante el siglo III a.C., se describen con detalle las funciones de las nodrizas, así como las características de sus contratos. Se recogían la paga que recibiría el marido y su compromiso a la restricción de la relación sexual. En esta época existían mercados, denominados lactaria, utilizados por los padres de los niños con menos recursos económicos, para ser alimentados por una mujer a la que se le abonaba su servicio, una vez amamantaba al niño.

Las nodrizas eran, en cierto modo, seleccionadas por la ley y debían tener unas características especiales, como buena salud y linaje, ser cariñosas y apacibles y tener abundante leche, ya que se creía que estas condiciones pasarían al niño a través de su leche, si tenían edades comprendidas entre los 25 y 30 años.

Se instituyó por primera vez la figura, según la cual los niños debían ser acogidos por un *tutelar-italiae*. Esta labor fue continuada por Trajano, en su denominada *alimenta-italiae*, cuya función era amamantar a los niños para disminuir la mortalidad infantil de los niños sanos, ya que los enfermos eran repudiados o abandonados a la exposición pública.

Renacimiento (siglo XV).

En Italia, concretamente en Florencia, la función de la nodriza estaba muy bien organizada, bien por el padre del bebé o por el marido de la nodriza. Existen documentos que describen la firma de los contratos entre las dos familias. No estaba mal visto que la mujer, si era pobre o viuda, abandonara a su propio hijo para alimentar al bebé de otra familia que contrataba sus servicios.

Los mejores sueldos de las nodrizas eran precisamente las de Florencia. Si las nodrizas se quedaban embarazadas, inmediatamente dejaban de lactar, porque se consideraba que la leche dejaba de ser buena. También se podía rescindir el contrato ante la mala conducta, si la calidad de la leche era deficiente o por los malos hábitos higiénicos de la mujer. Se conservan escritos en los que, a veces, las nodrizas, tras cumplir el plazo de la lactancia concertado, eran reacias a devolver el niño a su propia madre, e incluso se ofrecían para alimentarlo más tiempo de forma gratuita; se entiende que para permanecer más tiempo con el niño, puesto que, en muchos casos, los bebés amamantados por ellas representaban a sus propios hijos, a los que habían abandonado o incluso habían asesinado. A pesar de esos cuidados, el índice de mortalidad era muy elevado. La muerte por asfixia era muy frecuente, lo que se consideraba un accidente, ya que las nodrizas estaban bien pagadas y la mayoría de las veces sentían un gran apego por el niño. Las nodrizas también eran requeridas por las instituciones, ya que la tasa de niños abandonados era muy elevada.

Los bebés entraban sanos en la institución y su evolución dependía de la lactancia materna que se les aportara y del afecto que recibieran.

Siglo XVI.

Ya se sabía que la única manera que tenía el bebé para sobrevivir, era alimentarse con leche humana.

La decadencia de las nodrizas se inicia en Inglaterra, ante el inicio del puritanismo, aunque las clases sociales más cultas no estaban de acuerdo con esta opción.

En ese periodo, aparece una nueva enfermedad en Europa, la sífilis, que supuso para las nodrizas la posibilidad de contagiar al bebé, aunque era más frecuente que esos trastornos los padecieran los niños alimentados por mujeres enfermas en los orfanatos y hospitales. Esa enfermedad se extendería prácticamente hasta el siglo XX. A partir de ese momento comienzan a estudiarse otros métodos alternativos de alimentación. Se utilizan cabras, camellas, burras, vacas y otros animales, aunque su leche se consideraba peligrosa, ante la creencia de que la personalidad del niño y los caracteres se transmitían por lactancia. Sólo llegó a utilizarse como último recurso.

Siglo XVII.

Todas las referencias de este periodo tienen en común que la supervivencia de los primeros meses dependía del inicio y el mantenimiento de una lactancia satisfactoria. Se sabía que la leche de otros animales era peligrosa y no podía tomarse hasta que el bebé tuviera 1 o 2 años.

La supresión de la lactancia era considerada como un aborto. A la leche humana se le atribuían propiedades mágicas y de mujeres que posteriormente fueron santas, se decía que habían dado de mamas hasta que su hijo quiso.

Siglo XVIII.

Las nodrizas ya eran muy cuestionadas desde hacía algún tiempo. El científico Cadogan y Rosseau, se puede decir que pusieron la lactancia de moda, al promulgar un nuevo concepto de familia más unida y más romántica y al idealizar más a la mujer como madre que como compañera del hombre.

Siglo XIX.

Se produce un cambio importante en la relación con la alimentación infantil, pues las madres comenzaron de una manera generalizada a alimentar a sus hijos y, sólo en caso de necesidad, se buscaba a la nodriza.

Se produjo un movimiento de apoyo a la lactancia materna y la leche humana se definió como el alimento más saludable. Se responsabilizó a la madre de la crianza directa de los niños y se elogiaba a las madres que así lo hacían.

Se aceptó que la leche podía verse afectada tanto en la calidad como en la cantidad, en función de la alimentación materna, las características de la vivienda en la que la madre residía, los trastornos genitales, el temperamento, la edad y la exclusividad del niño que era alimentado. Otras enfermedades podían afectar a la regularidad y a la calidad de la secreción.

La gota de leche y el consultorio de lactantes fueron dos iniciativas francesas, que empezaron en 1980, a partir de la idea de Budin. Consistían en aportarles a los padres información e higiene en general para que cuidaran a sus hijos recién nacidos y lactantes. Estos centros empezaron a funcionar en París y se extendieron rápidamente por Francia y el resto de Europa.

A partir de 1850, con el avance científico de la pasteurización de la leche, tienen lugar a importantes cambios en relación con la alimentación infantil. También en esos años acontece otro gran cambio social, el desarrollo urbano industrial, en el que las madres dejan a sus hijos a cargo de las nodrizas para ir a trabajar.

Se tiene constancia de que la industrialización comporta problemas sociales, como el abuso del alcohol y de otras drogas por parte de las nodrizas, sobre todo cuando alimentan a los bebés en sus propios domicilios, para descansar mientras el niño duerme.

Las nodrizas a partir de siglo XX.

Se produce una consolidación y un reconocimiento social del niño. Existe una gran preocupación sobre la condición infantil y progresa la idea de que la niñez es un periodo de la vida que debe ser considerado como específicamente diferente.

Tienen lugar avances científicos importantes y disminuye la morbimortalidad infantil, especialmente ante la prevención de las enfermedades infecciosas y su terapia correspondiente. Existe un mayor conocimiento de la nutrición infantil y un mejor control de los problemas nutricionales. Con la introducción de la llamada leche maternizada, disminuye la figura de la nodriza, pieza fundamental en la sociedad de épocas anteriores; aunque en algunos países industrializados se sigue utilizando como alternativa cuando la alimentación materna no es posible. Estas mujeres podían localizarse en los hospitales maternos, a través de agencias especializadas.

Algunas estadísticas reflejan que en 1910 amamantaban a sus hijos el 90% de las madres y después de la Primera Guerra Mundial se inició una paulatina disminución hasta alcanzar su nivel más bajo.

Entre 1940 y 1950 sólo amamantaban a sus hijos el 25% de las mujeres. En esos años se consideraba que la lactancia era una sobrecarga para la madre y no representaba ninguna ventaja ni para el niño ni para ella.

A partir de 1950, y como desarrollo y perfeccionamiento de la de la alimentación infantil, se produjo un resurgimiento y un interés científico por la leche humana y por la lactancia. Se estudio la composición general de la leche.

En el año de 1970 se toma conciencia de la importancia materna, y vuelve a subir su práctica.

A partir de la década de 1980, y coincidiendo con la aparición del VIH- sida, la nodriza desaparece totalmente, sobre todo en los países desarrollados, y la lactancia materna se sitúa en unas cotas muy bajas. Desde la década de 1990 la lactancia materna va en aumento y en la actualidad ya eligen esta práctica la mayoría de la madres para alimentar a su bebé. Sin embargo, su duración es muy corta, ya que, a los 3 meses, pasan a la alimentación de formula de una forma bastante generalizada.

En el inicio del siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia natural será compatible con la sociedad moderna e industrializada, pero es necesaria una sensibilización social y que se conozcan las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre. Los medios de comunicación tienen un papel muy importante en la transmisión de aspectos relativos a la lactancia materna, en la educación y sensibilización de las personas y en la difusión de las leyes y recomendaciones que establecen los organismos internacionales, como la OMS y la UNICEF.

La perspectiva del problema es:

Conocer el porcentaje de conocimiento que hay entre el personal de enfermería sobre el proceso de alojamiento conjunto a través, de la aplicación de cuestionarios, e identificar a través de los resultados de la encuesta, qué cláusulas del contenido de este proceso son mejor conocidas y qué otras no.

Esta investigación ayudará a medir el porcentaje de conocimiento del cuerpo enfermero, sobre el conocimiento que tienen acerca de la existencia y contenido del Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en la Institución de la siguiente manera por medio de la aplicación de una encuesta donde nos percataremos de la presencia o ausencia de conocimiento sobre la existencia y contenido de dicho proceso y aportará la información necesaria para entender que el Alojamiento Conjunto es indisoluble de la Lactancia Materna, si se pretende ésta práctica como fuente de alimentación exclusiva de los lactantes. Además aportará la información necesaria para llevar una Lactancia Materna exitosa.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el porcentaje de conocimiento que poseen las enfermeras del HNSS sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que existe en dicha institución?

1.3 Objetivo de la investigación.

Medir el porcentaje de conocimiento que poseen las enfermeras del HNSS sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que existe en dicha institución.

1.4 Justificación.

Esta investigación, nace del interés por medir el porcentaje de conocimiento sobre el proceso de alojamiento conjunto que se elaboró en el HNSS en el año 2011 por laEnf. Ana Silvia Rodríguez J., a todo el cuerpo enfermeril del HNSS, para que se conozcan las políticas de este proceso, se implemente un correcto alojamiento conjunto en esta institución, y que como resultado final se promueva una lactancia materna exitosa.

1.5 Viabilidad.

Esta investigación es viable, pues cuento con la información necesaria para medir el porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería del HNSS, sobre las políticas que se establecen en el proceso de alojamiento conjunto que se encuentra vigente en esta institución sanitaria.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Ciencias de la salud.(Consumoteca, 2009)

Las ciencias de la salud, son las disciplinas que proporcionan los conocimientos adecuados para la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad. Entraña un conjunto de diferentes disciplinas que están orientadas o se dedican a la salud de seres humanos y animales.

Conocimiento.(Dilthey,1944).

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental.

Conocimiento enfermero.(Gallardo,2011)

Es considerando dinámico, flexible, está en constante transición, por lo mismo nuestra disciplina es dinámica debido al desempeño humanista y la multiplicidad en el dominio.

2.2 Medicina.(Diccionario de Medicina, 2003)

(Del latín medicina, derivado a su vez de “mederi”, que significa curar, originalmente “ars” medicina, que quiere decir el “arte de la medicina”).

Ciencia y arte de curar que implica establecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Se dice que además de ser una ciencia es un arte porque el ser vivo, y más el humano, no es un compuesto material que solo se rige por leyes físicas. La persona humana, por ser compuesto sustancial de cuerpo y espíritu, está sometida, evidencialmente, a leyes biofísicas, pero también a motivaciones espirituales.

Quienes la practican desempeñan una función importante en el tratamiento de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida de quienes sufren enfermedades leves o determinadas enfermedades incurables.

2.3 Obstetricia.(Botella, Clavero, 1962), (Apuntes Tratados en Clase de Obstetricia, 2012)

Del latín “obstare” estar a la espera; estar delante de la mujer que pare, es decir, la asistencia al parto. Es una rama de las Ciencias de la salud que se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil.

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer, del parto propiamente dicho y puerperio. La obstetricia es una rama de la ginecología.

2.4 Embarazo.(Rivera, 2008).

Se denomina embarazo, gestación, preñez o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto.

A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto.

Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo.

El primer síntoma es la amenorrea o ausencia de la menstruación, pero pueden presentarse también otras señales de embarazo como hipersensibilidad en los pechos, mareos, náuseas, vómitos, malestar y cansancio.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación.

El embarazo se divide en trimestres. El primer trimestre abarca hasta la semana 14 de embarazo (12 semanas de gestación), el segundo trimestre de la semana 14 a la semana 28 de embarazo y el tercer trimestre desde la semana 28 a la semana hasta el nacimiento.

El aumento de peso en el embarazo es de 12 kilos de media. Está provocado principalmente por el peso del bebé, la placenta y el líquido amniótico, así como también por el aumento del tamaño del útero, de las mamas y del líquido extracelular.

Además de los cambios físicos más obvios como es el aumento de peso y el crecimiento de la tripa, hay otros menos visibles responsables en gran medida de las molestias más frecuentes en el embarazo como el edema, el dolor de espalda, los cambios en la piel y el estreñimiento.

Se producen modificaciones a nivel hormonal, pero también a nivel respiratorio, digestivo, circulatorio, renal, óseo y nervioso.

2.5 Control Prenatal.(Rivera,2008).

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido.

Con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

Los objetivos del control prenatal son:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.

4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico y completo.

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

2.6 Teorías Médicas Sobre Control Natal, Puerperio y Lactancia.

Aristóteles, quien fue el primero en mencionar la anticoncepción, consideraba que el aceite de cedro, por su suavidad al ser untado en la matriz que tuvo contacto con el semen, impedía la concepción. Hoy se sabe que realmente el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides. (William, 2005), (Tratado de medicina sexual,2005), (Dowd, 2005).

La utilización de los Métodos de Planificación Familiar tiene como objetivo principal disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo, desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse; para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo.(Álvarez, 2001)

Los antiguos griegos empleaban una diversidad de pastas y aplicaciones locales que incluían aceite, miel, goma de cedro, aceite de mirto, corteza de pino, granada pulverizada y tampones de lana impregnados con vinos y otros extractos. (Duran, 2006).

2.6.1 Trótula de Salerno.(Téllez, 2008)

Primera mujer que ejerció la medicina en el siglo XI y XII, abriendo así una puerta al mundo laboral y a la igualdad entre mujeres y hombres, haciendo que su vida quede marcada en la historia. Trótula de Salerno vivió en Italia en la ciudad de Salerno, donde estaba el primer centro médico separado de la iglesia. En esta misma ciudad se casó con Johannes Platearius.

Las mujeres de Salerno tenían fama de ser estudiosas de la medicina y entre ellas Trótula era la que más se destacaba, ya que ejerció la medicina y la docencia haciendo varios tratados de anatomía y fisiología, como el “Passionibus Mulierum” que hablaba de la menstruación, la concepción, el embarazo, el parto, puerperio, el control natal, enfermedades del útero y vías urinarias.

Sus teorías eran avanzadas para la época, puesto que eran temas como “tratamientos para la infertilidad”, diciendo que esto era un problema tanto del hombre como de la mujer, provocando a su vez grandes avances en la medicina de esos tiempos, siendo una ginecóloga muy adelantada.

Para Trótula era muy importante que el cuerpo y enfermedades de la mujer fuesen tratadas con una mujer médico y no con un médico del sexo opuesto, ya que en aquella época existía mayor confianza entre mujeres y se tendría más disposición para ser atendidas.

Trótula y sus compañeras en Salerno ayudaron a que se produjera el renacimiento médico. Lideró el grupo de mujeres médico, es más, personas del viejo continente iban a estudiar con ella.

Las teorías de Trótula abordaron aspectos de suma importancia para la ciencia, por ello se pueden explicar problemáticas de la salud, menstruación, sexualidad, remedios, tratamientos para la infertilidad, del cáncer, control de la natalidad y sus causas, enfermedades de la piel, del ojo, la sordera e hizo los primeros tratados de la historia de la medicina, como el de ginecología. Fue una mujer muy avanzada en lo que respecta a la obstetricia.

Gracias a ella se dieron los primeros pasos para hablar más exactamente respecto de la sexualidad femenina, teniendo presente que en aquella época, para sus contemporáneos eran un tema tabú, un lado de la medicina virgen y que nadie pretendía explorar más que ella.

En 1916 se creó en Brooklyn, Nueva York, una clínica para el control de la natalidad por la enfermera Margaret HigginsSauger, quien dedicó toda su vida a ella, conmovida por la miseria y sufrimiento de las familias numerosas de barrios pobres tras la muerte de una mujer a consecuencia de un aborto criminal dedicando así toda su vida al control de la natalidad.

En Inglaterra se logró el control de la natalidad a finales del siglo XIX, gracias entre otros a Frances Place, quien publicaba folletos en los que recomendaba la esponja intravaginal y el coito interrumpido, motivado por el trabajo de Malthus.

En 1921 Marie Stopes creó en Londres una clínica para el control de la natalidad, inspirada por la fundada en Nueva York, con lo que se sumó a la labor emprendida por Margaret HigginsSauger.

2.7 Anatomía y Fisiología de las Glándulas Mamarias.(Aguilar,2005)

La señal anatómica de la glándula mamaria que se va a desarrollar es una capa ectodérmica de tejido de varias células de espesor que se extiende desde la extremidad anterior a la posterior; puede identificarse en el embrión humano a las cuatro semanas de gestación.

El tejido cerca de esta banda (en su centro) se engruesa gradualmente para formar la línea mamaria. La regresión de la zona caudal y el engrosamiento de la región torácica, producen la yema mamaria primordial en el embrión humano a las seis semanas de embarazo. Después de una fase relativamente aquiescente, la yema mamaria empieza a crecer rápidamente a los cinco meses, cuando se desarrollan de 15 a 25 yemas. Estas yemas se alargan gradualmente y se acaban formando conductos compuestos de dos capas concéntricas de células. La capa externa se vuelve mioepitelio, la capa interna se desarrolla produciendo el epitelio secretor, de manera que la glándula mamaria está plenamente diferenciada al nacer. En la hembra normal, las glándulas mamarias son aquiescentes entre la infancia y la pubertad, pero no aumenta de volumen en proporción del crecimiento global del individuo.

Al llegar a la pubertad, la mama femenina entra en una fase de crecimiento mediado por hormonas, caracterizado por el aumento de tejido conectivo, vascular y adiposo.

Pero el cambio más notable es una proliferación de los tejidos estimulada por los estrógenos y en menor grado, el desarrollo lobuloalveolar dependiente de la progesterona.

Durante la etapa del embarazo, el volumen de las mamas, y el número y la complejidad de los conductos y alveolos aumentan. Los valores altos de prolactina sérica aumentan alrededor de la octava semana de gestación y persisten elevados hasta el parto, cuando alcanza el valor medio aproximadamente 10 veces el que tiene la mujer no embarazada.

La prolactina estimula la secreción de las células alveolares mamarias y el estrógeno y la progesterona estimulan el crecimiento de los conductos y alveolos, pero, hecho paradójico, inhiben la secreción de leche.

Las mamas constituyen la característica fundamental de los mamíferos, quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción, la leche.

En casi todos los mamíferos la vida del recién nacido depende de la capacidad de su madre para amamantarlo, por lo tanto, una lactancia adecuada es esencial para completar el proceso de la reproducción y la supervivencia de la especie.

En la mujer, la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama.

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media.

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón.

La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, estas producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar.

Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforman la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.

Los lobulillos están formados por diez a cien acinos, cada cual con su conducto excretor denominado conducto terminal. Los acinos están estructurados por un conjunto de células secretoras que producen la secreción láctea y conforman una cavidad a la cual vierten esta secreción, están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar el conducto lobulillar, que recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al unirse con otros conductos de éste tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón.

La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios.

Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, que constituirán los alveolos. Los alveolos activos sólo aparecen durante el embarazo, período en el cual, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción.

Simultáneamente aumenta la cantidad de tejido adiposo y la irrigación de la mama.

En las últimas semanas del embarazo la secreción adquiere características especiales y se denomina calostro. Algunos días después del parto aparece la verdadera secreción láctea.

2.8 Lactogénesis y Galactopoyesis.(Botero, 1989)

La lactancia materna incluye al proceso de lactogénesis y galactopoyesis.

2.8.1 La lactogénesis.(Botero, 1989)

Es un proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto.

Durante la primera etapa de la lactogénesis la glándula mamaria puede secretar leche pero debido a los altos niveles de las hormonas estrógeno y progesterona bloquean la secreción de leche hasta el momento del parto.

Puede ocurrir que algunas mujeres experimenten una pequeña secreción de calostro de sus pezones durante el 2º o 3º trimestre. Durante la 2ª etapa de la lactogénesis, cercano al momento del parto, los niveles de hormonas disminuyen y aumenta la prolactina desbloqueando a los tejidos mamarios para el comienzo de la secreción copiosa de leche.

2.8.2 La galactopoyesis.(Botero, 1989)

Es la mantención de la producción de leche y ocurre posterior al parto, alrededor del día 9 hasta el principio de la involución de la leche.

2.9 Lactancia Materna.(Aguilar, 2005)

La leche materna es el alimento que recibe el neonato o el lactante y que procede de su madre. Hasta el momento, y en lo que respecta a su composición, la leche materna no ha podido ser igualada por ninguna leche modificada, la leche humana es un compuesto variable y adaptable al niño. El inicio de la lactancia materna tendría que ser para la madre uno de los mejores momentos tras el nacimiento de su hijo.

En la especie humana, la lactancia materna forma parte del ciclo reproductor de la mujer y está circunscrita al periodo posparto. En los últimos años, nadie duda de su calidad para el óptimo crecimiento y salud del recién nacido y lactante. También son reconocidas las ventajas para las madres, la familia y para la sociedad en general.

La leche materna se considera en la actualidad la mejor forma de alimentación del bebé en los primeros meses de vida, salvo casos excepcionales, todas las madres están capacitadas para amamantar a sus hijos.

El éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de la lactancia en los primeros días de vida.

La leche materna es el alimento que proporciona la madre al bebé. Todas las madres están biológicamente preparadas para alimentar apropiadamente a su hijo. Desde tiempo inmemorial, la humanidad ha sobrevivido gracias a la leche de la mujer.

La lactancia materna es el medio más natural para alimentar y proteger al bebé; y para muchas madres, la plena realización de los que significa ser mujer. El embarazo, el parto y la lactancia materna forman parte de un periodo especial en la vida femenina, de una etapa ligada a un inmenso caudal de emociones.

El lactante no sólo necesita a su madre por su secreción láctea, sino también porque le proporciona una serie de cuidados, mínimos y estímulos psíquicos que no puede darle ninguna otra mujer. Tanta importancia o más que la alimentación tienen estas atenciones protectoras, higiénicas y afectivas.

La estrategia mundial de la OMS recomienda: (Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad, 1989)

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, donde exclusiva significa sin otros alimentos o líquidos, ni siquiera agua.

- Continuación de la lactancia, con adecuados alimentos complementarios, no necesariamente de producción industrial, hasta los 2 años, como mínimo.
- Debe comenzar en la primera hora de vida.
- Debe hacerse "a demanda", es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Deben evitarse los biberones y chupetes.

La lactancia ocurre con la ayuda de dos hormonas, la prolactina y la oxitocina. La prolactina promueve la producción de leche materna mientras que la oxitocina estimula la secreción de la misma. Cuando el bebé comienza a succionar, se estimulan receptores nerviosos que están localizados alrededor de la areola y el pezón. Estas sensaciones táctiles crean impulsos que llegan al cerebro secretando oxitocina que produce la contracción de los conductos mamarios resultando la eyección de la leche.

La madre debe alimentar al bebé siempre que él tenga hambre, de día o de noche. Muchos recién nacidos maman cada 1 ó 2 horas. Mientras más mame el bebé, más leche tendrá la madre.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños.

Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños.

Los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la lactancia materna podría salvar la vida de muchos pequeños.

La OMS fomenta activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.

La lactancia trae ventajas tanto para la madre como para el bebé. Reduce la morbimortalidad infantil y las enfermedades infecciosas, especialmente diarreas e infecciones respiratorias; aporta óptima nutrición favoreciendo crecimiento y desarrollo; beneficia la salud materna; contribuye a la relación psicoafectiva madre-hijo; colabora en forma efectiva con el espaciamiento de los embarazos, disminuyendo la fertilidad y ahorrando recursos. Estas ventajas son más significativas en países en vías de desarrollo.

Forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante.

La correcta alimentación durante la niñez es factor que garantiza la salud. Durante el primer año de vida, que es un periodo de rápido crecimiento, la alimentación tiene dos etapas: la primera, cuando el niño se alimenta sólo con leche, denominada de lactancia exclusiva, y la segunda, cuando se alimenta con leche más otros alimentos.

El amamantamiento, proceso fisiológico en que la madre entrega a su hijo la leche que el niño succiona directamente del pezón, es la forma ideal de cubrir la etapa de lactancia exclusiva. (Palacios, 2000)

Si el niño va con la madre, la leche siempre está disponible y a la temperatura adecuada. (Palacios, 2000)

La leche materna exclusiva brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita durante sus primeros seis meses de vida. Cuando se la combina con alimentos apropiados resulta una fuente nutritiva invaluable, ya que impide la malnutrición y posibilita que el niño se desarrolle plenamente. (Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño, 1994)

2.10 Tipos de Leche.(Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, 1995)

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada.

La leche varía su composición según la hora del día. Se han identificado más de 200 componentes en la leche humana. La leche contiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas. Cambia el sabor, según los alimentos que haya comido la madre.

2.10.1 Pre-calostro: secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa.

2.10.2 Calostro: se secreta durante los primeros días luego del parto de 1- 5 días. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml por toma en los 3 primeros días. Esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Tiene 67 Kcal. /100 ml. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio).

El calostro es fundamental para los primeros días del bebe, debido a alta cantidad de factores de defensa (inmunoglobulinas A, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, etc.) que favorecen al sistema inmune del bebe, evitando la adherencia de microorganismo patógenos en el tubo digestivo y facilitando la colonización del lactobacilo bifidus. Así mismo contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, facilitando la evacuación del meconio, lo que evitará la hiperbilirrubinemia en el recién nacido.

Función:

- El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido.
- El calostro tiene un efecto laxativo y estimula la función normal del tracto digestivo.

- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el volumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas que contiene, son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

2.10.3 Leche de transición: se produce entre el 4 y 15 día posparto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600- 700 ml/día entre el 8 y 15 día posparto. Esto puede variar según la mama.

2.10.4 Leche madura:se produce a continuación de la leche de transición y es mayor a 30 días post- parto. Se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml/día durante los 6 meses siguientes.

Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, caseína, alfa lactalbúmina, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.

Su pH es de 7 y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal. /dl.

La leche materna tiene todas las sustancias nutritivas que un bebé necesita además de otras ventajas:

- La leche materna protege al bebé contra muchas enfermedades, como por ejemplo, la diarrea, la pulmonía, la diabetes y el cáncer.
- Cuando el bebé mama, se siente protegido porque está muy cerca de la madre.
- La leche materna siempre está fresca, limpia y lista para tomar.
- Dar el pecho ayuda a contraer la matriz y disminuir el sangrado después del parto.
- Dar el pecho puede prevenir que la madre se vuelva a embarazar muy pronto.

- También protege a la madre contra el desgaste de los huesos (osteoporosis) y contra algunos tipos de cáncer, cuando ella ya sea mayor.
- ¡La leche materna es gratis! No hay que comprar nada.

2.11 Alojamiento Conjunto.(Pritchard, 1982)

Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud.

No hay razón para separar a la madre y su bebé después del nacimiento, si ambos están sanos. La cercanía entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la Lactancia Materna.

El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este; establece una estrecha relación madre- hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de ,salud que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre; establece el vínculo madre- pediatra de manera más concreta, impulsa a la madre a concurrir al consultorio periférico para el control adecuado del crecimiento y desarrollo de su ,hijo; capacita B la madre para atender al recién nacido normal desde las primeras horas de vida, lo cual permite al equipo técnico atender mejor al recién nacido de riesgo; disminuye la posibilidad de infecciones cruzadas al evitar el confina- miento en la unidad de internación, y permite al equipo de salud, a través de la práctica diaria de la enseñanza, mejorar sus condiciones docentes y lograr una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad.

2.12 Primeros días en la maternidad.(Aguilar, 2005).

Durante los primeros días de vida es importante animar a la madre a ofrecer el pecho con mucha frecuencia, entre 8 y 12 veces al día y siempre que el bebé muestre signos de hambre (chupeteo, bostezo, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca) sin esperar a que lllore desesperadamente (el llanto excesivo es un signo tardío de hambre). Se animará a la madre a mantener a su hijo al pecho todo el tiempo que desee. Es mejor ofrecer ambos pechos en cada toma, permitiendo al lactante tomar del primer pecho durante el tiempo que desee y ofreciendo el segundo después, también tanto tiempo como desee, pero no obligándole. Se instruirá a las madres para alternar el orden de los pechos en las tomas. Durante las primeras semanas de vida, los lactantes que no piden con frecuencia deben ser estimulados y despertados para ofrecerles el pecho al menos cada 4 h.

Todos los lactantes amamantados deben recibir una dosis intramuscular de 1 mg de vitamina Ken las primeras 6 h tras el nacimiento y después de haber realizado la primera toma de pecho.

En la maternidad no es aconsejable ofrecer al recién nacido alimentado al pecho suplementos de suero, agua o sucedáneos salvo en casos de estricta indicación médica y en este caso es preferible administrarlos con vaso, cuchara, jeringa o suplementador, evitando el uso de chupetes o tetinas. Éstas no se deben facilitar al recién nacido amamantado. Es importante desaconsejar su uso y explicar a padres y familiares la interferencia que pueden ocasionar en el establecimiento de la lactancia.

Es fundamental que el neonato permanezca durante las 24 h con su madre en la misma habitación, y los controles de peso, exploraciones físicas y analíticas necesarios pueden realizarse allí mismo, en presencia de sus padres.

Es aconsejable realizar la evaluación de, al menos, dos tomas de pecho cada 24 h, para detectar precozmente problemas de agarre o de succión. Los problemas detectados pueden ser así resueltos precozmente por el pediatra u otros profesionales expertos en lactancia.

Es útil que las observaciones de la toma, los problemas detectados y cómo han sido resueltos o las instrucciones para su seguimiento queden adecuadamente documentadas en la historia clínica, así como el número de tomas de pecho, de micciones y de deposiciones.

Antes del alta hospitalaria es aconsejable que el pediatra constate que el lactante succiona eficazmente del pecho y que los padres conocen la forma de despertarlo, reconocen los signos de hambre sin esperar al llanto y conocen la técnica del amamantamiento a demanda.

Antes del alta es conveniente que el pediatra compruebe que la madre conoce la técnica de extracción manual de leche y el uso de sacaleches.

Es importante que el pediatra se asegure de que no se entregan a la madre ni a las familias paquetes comerciales cuyo contenido pueda interferir con la lactancia: chupetes, tetinas, botellines de agua mineral, revistas con publicidad de casas de leche y cupones diversos para recibir publicidad de los mismos en el domicilio. Además, cumpliendo el código de comercialización de sucedáneos de leche materna y la ley española vigente, las compañías fabricantes de sucedáneos no deben realizar publicidad directa o indirecta en el centro de trabajo (mediante folletos, calendarios, carteles, bloques de hojitas, bolígrafos) o entregar muestras o regalos al pediatra o al personal que trabaja con las madres, ni éstos aceptarlo.

2.13 Hidratación y Nutrición.(Academia Nacional de Medicina, 1987).

Las necesidades energéticas del neonato son de unas 60 kilocalorías por kg y día para mantener el peso. El inicio de la lactancia materna ha de ser lo más precoz posible, preferiblemente en las primeras 12 horas de vida.

La leche humana es la mejor fuente de nutrición, es un fluido biológico muy completo, su mayor componente, representa un aproximado al 90%, carbohidratos, lípidos, proteínas, que hacen de la leche materna el alimento completo para el niño. Comparándola con la leche de vaca, se puede decir que la leche humana es más digerible para el niño y además la leche humana contiene mayores niveles de hierro, zinc, calcio y fósforo.

Aunque la leche materna no contiene mucho hierro, si posee la cantidad exacta de proteínas que el recién nacido necesita. El hecho de que el contenido de hierro sea bajo, tiene sus ventajas, ya que este mineral en grandes cantidades, neutraliza parcialmente el efecto de las sustancias que evitan el crecimiento de bacterias en el intestino del niño.

2.14 Bromatología de la Leche Materna.(Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, 1995).

Nutriente	Calostro	Leche madura
Agua	87	88
Calorías	58	70
Proteínas totales (g/100 ml)	2.3	0.9
Caseína (g/100 ml)	0.14	0.25
Nitrógeno total (mg/100 ml)	2.3	0.9
Lactoalbúmina (mg/100 ml)	218	161
Lactoferrina (g/100 ml)	0.33	0.17
Ig A(g/100 ml)	0.36	0.14
Grasas totales(g/100 ml)	2.9	4.2
Colesterol(mg/100 ml)	28	16
Ácido linoleico (% de la grasa)	6.8 %	8.3 %
Lactosa (g/100 ml)	5.3	7.3
Vitamina A (mcg/100 ml)	89	47
Vitamina D (mcg/100 ml)	Trazas	0.004
Vitamina E (mcg/100 ml)	1280	315
Vitamina K (mcg/100 ml)	0.23	0.21
Biotina (mcg/100 ml)	0.06	0.6

Vitamina B 12 (mcg/100 ml)	200	26
Ácido ascórbico (mcg/100 ml)	4.4	4.5
Magnesio (mg/100 ml)	4	3.5
Calcio (mg/100 ml)	23	28
Potasio (mg/100 ml)	74	58
Sodio (mg/100 ml)	50	15
Fósforo (mg/100 ml)	16	15
Cloro (mg/100 ml)	70	42
Azufre (mg/100 ml)	22	14
Cobre (mcg/100 ml)	46	35
Hierro(mcg/100 ml)	45	40
Yodo (mcg/100 ml)	12	7

(Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, 1995)

Componente	Unidades	Calostro de 1 a 5 días	Leche madura >30 días
Proteínas totales	G	23	9- 10,5
Caseína	Mg	1400	1870
Alfa lactalbumina	Mg	2180	1610
Lactoferrina	Mg	3300	1670
IgA	Mg	3640	1420

(Worthington, 1993)

2.15 Fases de la Lactancia Materna.(Aguilar,2005)

La lactancia puede dividirse en tres fases: 1) iniciación, 2) vaciamiento de la leche, 3) conservación.

- 1) **Iniciación:** durante el embarazo, el crecimiento de conductillos y alvéolos es estimulado por los altos valores de estrógeno y progesterona.

Al expulsarse la placenta bruscamente, desaparece el origen de toda la hPL y la mayor parte de la progesterona y el estrógeno. Estas hormonas disminuyen rápidamente, pero la secreción de prolactina continúa.

El proceso de secreción empieza en la base de las células alveolares, donde pequeñas gotas emigran hacia la membrana celular y son expulsadas hacia el conducto alveolar para almacenamiento.

- 2) **Vaciamiento de la leche:** proceso por virtud del cual las células epiteliales se contraen e impulsan la leche a lo largo de los conductos y a los senos lactíferos debajo de las areolas, de donde es extraída pasivamente por la succión de la criatura.
- 3) **Conservación:** la succión provoca liberación de prolactina durante el comienzo del puerperio, la intensidad de secreción de prolactina es proporcional a la duración del amamantamiento y la intensidad de la estimulación es mayor cuando simultáneamente se estimulan ambos pezones.

2.16 Lactancia Materna En Los Países Ricos.(Aguilar,2005)

La alimentación artificial conlleva riesgos en cualquier latitud planetaria, en cualquier población y para todos los grupos sociales. Sin embargo, los efectos sobre la salud de la población varían, pues son de menos gravedad en los países ricos y, dentro de ellos, en las clases sociales más altas.

En Estados Unidos, Finlandia y Escocia, los niños alimentados con biberón tienen una incidencia de diarreas entre el 20 y el 70% superior a la de los niños alimentados al pecho.

Los niños con alimentación artificial tienen entre un 20 y un 120% más de riesgo de sufrir infecciones respiratorias, en comparación con los niños alimentados al pecho.

2.17 Lactancia Materna En Los Países Pobres.(Aguilar,2005)

Los riesgos de la alimentación artificial presentan efectos más trágicos en los países pobres, porque se añaden a otros riesgos, como la falta o escases de agua potable, las deficientes condiciones higiénicas del biberón y de su preparación, una desnutrición generalizada, la transmisión de enfermedades infecciosas, un acceso limitados a los cuidados de salud y a su tratamiento y, con carácter general, la falta de educación y la pobreza. Por todo ello, la alimentación artificial aumenta, no sólo el riesgo de enfermedad, sino también el de mortalidad.

En los niños alimentados con biberón, el riesgo de diarrea se triplica en el primer año de vida y llega a multiplicarse por cinco en los primeros 6 meses. Los episodios de diarrea, además del aumento de su frecuencia, revisten mayor peligro e incrementan las hospitalizaciones.

La protección de la lactancia materna es directamente proporcional a su duración.

En el trabajo más reciente (Jones et al 2003), se estima que hasta un 13%, es decir, cerca de 1,3 millones de muertes por diarrea, neumonía y sepsis neonatal, y de todas la muertes en el mundo, podrían evitarse con la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la continuación de una adecuada alimentación hasta el primer año de vida.

Un estudio efectuado en Honduras ha demostrado que los niños amamantados hasta los 6 meses gatean y caminan antes que aquellos a los que les aportan alimentos sólidos a los 4 meses.

2.18 Prevalencia de la Lactancia Materna.(Aguilar, 2005)

Pese a las recomendaciones de la OMS y de muchas otras agencias y asociaciones, las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo.

Son una minoría en todo el mundo los niños que reciben leche materna hasta los 6 meses. Esta cantidad se reduce en los amantados hasta el primer año de vida, y en muchos países, aun mas en los que la reciben hasta los 2 años de edad o más.

2.18.1 Prevalencia En Los Países Ricos.(Aguilar, 2005)

Las tasas de lactancia son menores en las madres negras, adolescentes, menos educadas, primíparas, las que trabajan, y las inscritas en el programa de suplementación nutricional, conocido como WIC, que ofrece leche artificial a las mujeres pobres que la pidan.

En Canadá, en el año 1999, la tasa de inicio era de aproximadamente del 75%, bajaba al 50% a los 3 meses y se reducía al 30% a los 6 meses.

Lo que sí parece evidente es que en Europa y en los demás países ricos se está muy lejos de amamantar a los niños de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de algunos gobiernos y asociaciones profesionales europeos.

2.18.2 Prevalencia En Los Países Pobres.(Aguilar, 2005)

La OMS estima que, de un total de 94 países, el 65% de la población de niños menores de 12 meses presenta una tasa de lactancia materna exclusiva entre 0 y 4 meses de alrededor del 35%.

La lactancia exclusiva de los menores de 4 meses es particularmente baja en algunos estados africanos.

En todas las zonas pobres las tasas de inicio son muy altas, con más del 90% y, frecuentemente, cercanas al 100%.

Es muy probable que las sociedades pobres actualmente estén en la fase por la que otras poblaciones más desarrolladas ya han pasado. Es decir, la lactancia materna está en descenso, primero en las clases más ricas de las ciudades, luego, progresivamente, en las clases urbanas pobres y, finalmente, en la población rural.

Se aprecia que el resurgimiento de la lactancia sigue el mismo orden; primero, son las mujeres más ricas y con un nivel de educación mayor las que retoman la lactancia, lo que es seguido por las demás, como un fenómeno de imitación.

2.19 Políticas y Programas de Salud.(Aguilar, 2005)

El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, limitan la libertad de las compañías productoras de alimentos para la infancia a la hora de efectuar publicidad de sus productos. No pueden realizar propaganda directa al público, no pueden abastecer a las unidades de salud con donaciones o productos a un precio rebajado, deben seguir reglas muy estrictas en el etiquetado de sus productos, no deberían gratificar a sus empleados con bonos asociados a mayores ventas, etc. Sin embargo, las compañías incumplen sistemáticamente el código en todo el mundo. Es muy probable que muchas mujeres sean inducidas, directa ó indirectamente, y a través del consejo de algunos profesionales de la salud, a introducir en la dieta de su bebe otras leches y otros alimentos, ante la presión de las compañías, lo que se deriva de una consecuente disminución de la leche materna.

La Convención 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de la maternidad establece que la legislación de los estados miembros fije para las madres trabajadoras un mínimo de 14 semanas de permiso de maternidad, con un salario no inferior a las dos terceras partes del salario completo, así como pausas diarias para amamantar.

En Europa, por ejemplo, en 2003, solamente el 13 de 29 países tenían una política de lactaria materna exclusiva de 6 meses.

2.20 Prácticas de los Servicios de Salud.(Aguilar, 2005)

Las prácticas en los servicios de salud son fundamentales para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna. Particularmente importantes son las prácticas en las maternidades de los hospitales. Para garantizar que sean favorables a la lactancia, la UNICEF estableció hace más de 10 años la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), iniciativa que ha sido, sin duda, verdaderamente eficaz.

La IHAN incluye también, en el tercer paso, recomendaciones sobre la promoción de la lactancia materna durante el embarazo, no solamente para informar a la embarazada sobre por qué es bueno amamantar, sino, en particular, como amamantar de manera que la mujer sepa con antelación lo que debe hacer después del parto: contacto inmediato, primera mamada después de que la parturienta y el recién nacido estén listo, no aceptar la separación entre la madre e hijo, dar el pecho a demanda y sin horarios, evitar los suplementos de cualquier tipo y evitar el uso de biberones y chupetes.

Pero es, sobre todo, después del parto, todavía en el hospital y después del alta, cuando los servicios de salud juegan un papel importantísimo: apoyar a la madre a continuar con la lactancia exclusiva, ayudarla a resolver los problemas que se pueda encontrar, no ponerle obstáculos para ello y no prescribir la leche artificial de manera superficial. Se trata de una función fundamental en todos los países, pero sobre todo en culturas donde la práctica del amamantamiento ha sido abandonada durante tres o cuatro generaciones y las pocas y sencillas habilidades necesarias ya no son transmitidas de madre a hija. Es necesario, que el personal de salud este bien capacitado y tenga las habilidades necesarias para aconsejar y ayudar a la madre, así como, muchas veces, a la propia familia.

Los servicios de salud no son los únicos que pueden desarrollar esta labor. Las madres pueden ser apoyadas también por consultoras de lactancia materna externas a los servicios de salud.

Muchas veces estas consultoras pueden ser más eficaces que los propios profesionales de los servicios de salud, porque, además de presentar mayor competencia, adoptan una actitud menos autoritarias o paternalista y les suelen dedicar más tiempo a las madres. Y aun cuando no estén certificadas para ser grupos de apoyo se han mostrado frecuentemente más eficaces que los profesionales de salud a la hora de ayudar a otras madres.

En todos estos estudios, las madres aconsejadas por grupos de apoyo han amamantado más tiempo y de modo más exclusivo que las madres apoyadas por profesionales.

En general, las mujeres adolescentes, las que tienen un nivel de educación bajo, las más pobres, las inmigrantes, las fumadoras y las pertenecientes a algún tipo de minoría étnica son las que padecen más problemas con la lactancia.

Son por tanto, las que necesitan más ayuda. Los programas dirigidos a esos grupos de madres suelen ser eficaces y pueden dar buenos resultados tanto como profesionales de la salud como con grupos de apoyo.

2.21 Capacitación del personal de salud.(Aguilar, 2005)

Cada vez que se investiga sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud sobre la lactancia materna, y en particular de médico, pediatras, se han encontrado notables deficiencias. Los resultados suelen ser similares con estudiantes, residentes y médicos formados, lo que no resulta sorprendente, puesto que los mismos profesores presentan habitualmente conocimientos y habilidades inadecuadas, acordes con la inadecuación de los libros y manuales escritos por ellos mismo.

Se necesita, pues, una capacitación de los profesionales que trabajan en la actualidad. Para lograrlo es preciso que los cursos tengan una duración mínima de 20-30 horas, en los que se enfatice la manera de apoyar a las madres, así como la inclusión de técnicas de comunicación y asesoramiento para que los profesionales, sobre todo médicos, pierdan las actitudes autoritarias de las que frecuentemente hacen gala.

2.22 El Apoyo a la Madre es Esencial.(Aguilar, 2005)

A la madre se le debe estimular para que amamante a su lactante inmediatamente después del nacimiento. Quienes atienden y asesoran a los padres durante los primeros días de posparto, estarán familiarizados con las formas en que pueden apoyar. En condiciones ideales, el asesoramiento y la preparación comienzan en los últimos meses o semanas del embarazo.

La lactancia materna requiere aprendizaje y muchas mujeres tienen dificultades al principio. Son frecuentes el dolor en el pezón y el temor a que la leche no sea suficiente para mantener al niño.

Para fomentarla, hay centros sanitarios que prestan apoyo a la lactancia materna poniendo asesores calificados a disposición de las madres. Gracias a una iniciativa de la OMS y el UNICEF, en la actualidad hay en 152 países más de 20 000 centros "amigos de los niños" que prestan ese apoyo y contribuyen a mejorar la atención a las madres y a los recién nacidos.

2.23 Comunicación con la Embarazada y Lactancia Materna.(Aguilar, 2005)

La comunicación es un elemento importante para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y para alcanzar los objetivos de la lactancia. Así pues, el personal sanitario debe poner en manifiesto, no sólo sus conocimientos, sino las herramientas de comunicación que le capaciten para mantener una relación satisfactoria con las madres. Estas habilidades de comunicación, al igual que otros conocimientos técnicos, deben aprenderse a lo largo de la vida profesional. Si se estima que el eje de la comunicación está centrado en la persona, su utilización consciente también constituye una forma de cuidados dirigidos a la mujer. A la hora de compartir conocimientos, no sólo hay que tener en cuenta la información que se quiere transmitir, sino las creencias de los profesionales sanitarios y de las madres que lactan, que pueden ser diferentes. Hay que pensar en la mujer como en alguien que se encuentra en dificultades y con una serie de problemas particulares, por lo que se le debe proporcionar la información que necesite en cada momento.

Puesto que el éxito de la lactancia depende, en muchos casos, de cómo se encuentra y de cómo se siente la madre lactante, hay que poner en marcha todos los elementos disponibles para preservar su autoconfianza.

Una relación interpersonal centrada en la persona exige de los profesionales sanitarios autenticidad, que se muestre confianza en la mujer y la comprenda de manera empática. Es muy importante no sólo lo que se dice, sino cómo se dice. Aunque son importantes los conocimientos teóricos, también lo son la comunicación no verbal, la manera de presentarse a la mujer, los gestos y la posición corporal, las expresiones de la cara y la mirada, etc.

Inmediatamente después del parto, lo que más necesitan las mujeres para un inicio con éxito de la lactancia es un refuerzo positivo en su capacidad de lactar, afirmando que son capaces de hacerlo y confirmándoles que, además lo hacen bien. Para facilitar el aprendizaje y la comunicación hay que utilizar un lenguaje positivo, adaptado y cercano a las creencias de la mujer, coloquial y gestual. La cuestión no se limita únicamente a los mensajes verbales teóricos, sino una actitud positiva y una escucha activa. Saber escuchar a las mujeres es fundamental en esos momentos de inseguridad, en que tantas cosas nuevas se suceden, permitirles que hablen, no inducir las respuestas que se quieren escuchar u no interrumpir sus respuestas antes de que finalicen.

2.24 Técnicas de Amamantamiento.(Aguilar, 2005)

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca- pezón-areola.

Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando.

Posición.

Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

1) La madre se sentará cómoda, con la espalda apoyada idealmente en 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". 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.

2) 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.

Amamantar no debe doler, si duele se debe revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.

2.25 Factores Prenatales que Afectan la Practica de la Lactancia Materna.(Aguilar, 2005).

La mayoría de las mujeres antes de quedar embarazadas, ya han decidido la forma de alimentar a su hijo. Una decisión tardía en este sentido se asocia con el fracaso de la lactancia. A pesar de que una mayoría de mujeres inicia la lactancia al pecho, la realidad es que un gran número de ellas la abandona en el primer mes posparto, que es precisamente cuando se encuentran en los centros sanitarios en contacto permanente con los profesionales sanitarios y también con familiares y amigos que la visitan. En esos momentos, la mujer se encuentra receptiva e influenciable y se le puede ayudar a tomar una decisión o, mejor aún, apoyarla para que confirme la decisión que previamente ella haya tomado. Además del apoyo que los sanitarios proporcionen a esa decisión, la realidad es que en los centros sanitarios de nuestro ámbito se dan varias circunstancias que afectan de forma negativa a la lactancia materna.

La decisión que tome la mujer depende de su historia personal, su edad, el nivel de estudios, el tipo de parto, la experiencia previa en la lactancia de otros hijos anteriores, así como de la información recibida en la educación maternal.

Las razones de tipo social que afectan a la voluntad y a la práctica de lactar son muchas. La urbanización y los avances tecnológicos han ejercido una poderosa influencia en las tendencias sociales, médicas y dietéticas en todo el mundo.

Los patrones familiares son cada vez más nucleares, de modo que las familias tienen una mayor separación internacional, lo que provoca un gran desconocimiento de las costumbres que sobre ese particular tenían las mujeres de generaciones anteriores. Esta práctica no tiene interés para los medios de comunicación, por lo que no hacen públicos y notorios los beneficios que tiene la lactancia, tanto para la madre como para el bebé.

Por otro lado los profesionales sanitarios están cada vez más interesados en los avances tecnológicos y han perdido el interés por la lactancia y por la manera por la manera de ayudar a las mujeres a llevarla a cabo. La ciencia médica se vuelve cada vez más curativa y menos preventiva y descuida evitar la causa de la enfermedad de una forma simple y económica, para después intentar curarla a un costo más elevado, con el uso de la mejor tecnología disponible que, a su vez, es mucho más cara y no siempre logra los mejores resultados.

Se han invertido mucho en el desarrollo e investigación de fórmulas adaptadas para la alimentación infantil, que se han promocionado muy ampliamente entre las mujeres, incluso en los centros sanitarios. La liberación femenina se ha caracterizado históricamente por determinados cambios en el comportamiento externos de la mujer, como en su forma de vestir, en el uso extendido de los anticonceptivos y en la alimentación del bebé con biberón, como ejemplos.

De todos los factores que pueden influir notablemente, quizá el más decisivo sea la falta de habilidad para amamantar, práctica que antiguamente se enseñaba de madres a hijas de manera natural y espontánea.

En los centros hospitalarios, lejos de la familia, y a veces del recién nacido, el procedimiento es diferente; además, las mujeres vuelven a casa, en la mayoría de los casos, sin ningún tipo de apoyo social ni familiar.

2.26 Factores que Influyen Favorablemente en la Decisión de Amamantar.(Aguilar, 2005).

Son muchos los factores que influyen en la relación de lactar, pero probablemente sea la participación en los programas de educación maternal el factor más determinante en la elección del tipo de lactancia.

El papel de los profesionales sanitarios que están en contacto con la mujer resulta decisivo. Las prácticas profesionales en la atención sanitaria a las madres y, sobre todo, las relacionadas a la atención con los recién nacidos aumentan la prevalencia y la duración con la lactancia. Es importante la predisposición que los profesionales tengan para promover comportamiento favorables para la salud, la propia la naturaleza y funcionamiento de los servicios sanitarios, y el hecho de que para mantener e introducir costumbres y procedimientos apropiados apenas se necesitan más recursos que la plena voluntad. Sin embargo, para estar en condiciones para ayudar a las madres, los profesionales necesitan aprender acerca del amamantamiento. Es preciso que desde el primer contacto con ellos todas las embarazadas y púerperas aprendan sobre lactancia natural. En el momento de efectuar la historia clínica, el sanitario que controle el embarazo debe evaluar las actitudes, creencias, conocimiento y experiencias de la mujer en relación con la alimentación del recién nacido.

Además de la implicación de los profesionales y el apoyo que den a la lactancia materna, es preciso tener en cuenta las políticas sanitarias de fomento de la lactancia materna en los centros sanitarios; es decir, si favorecen la formación del personal, si existen protocolos de atención al parto y al puerperio con un compromiso claro de fomento de la lactancia, si se favorece el alojamiento conjunto madre- hijo, etc. Políticas sanitarias en fin, imprescindibles para la instauración y el desarrollo de la lactancia materna en los cuerpos asistenciales.

El apoyo de la familia y de los allegados a la mujer en la decisión de lactar es muy importante, sobre todo en los primeros días. El entorno familiar influye positivamente, si comparte aquella decisión. Entre todos los factores familiares, el apoyo de la pareja tiene un papel considerable. Amamantar se aprende con el ejemplo, de modo que las niñas y las embarazadas modelan su conducta futura en esta cuestión viendo cómo lo hacen otras mujeres. Mucha gente considera que amamantar es una decisión personal, y que por ello se puede dar de forma natural; sin embargo, mujeres con intención de dar el pecho a su hijo fracasan en la labor, al no recibir las instrucciones necesarias.

Por ello, es importante que el personal sanitario proporcione la información necesaria que ayude a la mujer y se transmita de una manera adecuada. Debe recibir la información poco a poco, Habida cuenta que, por otro lado, los conocimientos más útiles para amamantar con éxito no son excesivos. Además no conviene agobiarla con recomendaciones complejas y de poca utilidad. La madre lactante necesita que se confíe en su capacidad para amamantar, lo que puede hacer, mejor que ningún otro, el profesional de la salud, dada la confianza y credibilidad que su opinión le merece.

Una escucha activa es la mejor forma de mostrar respeto por la decisión de la mujer. No es frecuente que el profesional escuche poco y no permita, quizá de manera inconsciente que la madre exprese sus opiniones, conocimientos y dudas. Aunque el respeto a sus decisiones no implica limitar la información y el asesoramiento que se merecen. La mayoría de las mujeres tienen la intención de amamantar, por lo que la ayuda para que lo logren es más importante que el esfuerzo para convencerlas.

La promoción de la lactancia materna es una cuestión que atañe a todo el personal sanitario que se relaciona con la madre en el periodo prenatal, en el momento del parto y del posparto, como las enfermeras del centro de salud y de las salas de maternidad, la matrona que controla el embarazo, el médico de la familia y el ginecólogo. Cada vez estamos considerado el pale de los especialistas pediátricos en el asesoramiento prenatal, al explicar los controles iniciales del recién nacido y la maternidad y posteriores en el centro de salud, aprovechando la ocasión para proporcionar información acerca de la lactancia materna.

2.27 Factores que Influyen Negativamente en la Decisión de Amamantar.(Aguilar, 2005).

Tener conocimientos teóricos sobre los beneficios y sobre la técnica del amamantamiento no garantiza la decisión de practicarlo, puesto que existen muchos factores externos a la mujer que pueden influir de forma negativa en su decisión de lactar.

Además los profesionales de la salud, no siempre tiene la capacidad necesaria para ayudar a las mujeres ni los conocimientos adecuados, que amenudo son superficiales o no actualizados. Por otra parte, si la mujer recibe información contradictoria de diferentes profesionales, su decisión de lactar se verá entorpecida.

El entono familiar puede influir de manera positiva o negativa en la lactancia. Los consejos de familiares y allegados junto a una experiencia negativa previa, no ayuda ni facilita l decisión de la mujer. Lo que hayan hecho las otras mujeres de su entorno y lo que socialmente este aceptado en ese momento y en el lugar concreto seguro que influye en su decisión. En nuestra época no resulta socialmente aceptada que una madre amamante en lugares públicos, por lo que fuera del ambiente familiar no se ven escenas de mujeres lactando a sus bebés y, como en los centro de trabajo no suelen darse facilidades para su práctica, la decisión de lactar se puede ver seriamente comprometida.

2.28 Ventajas de la Lactancia Materna.(Aguilar, 2005).

Entre sus importantes beneficios se destacan:

Nutrición óptima: ningún sustituto tiene igual aporte nutritivo en calidad, cantidad y proporciones de sus componentes con la misma biodisponibilidad para el crecimiento y desarrollo, con menor riesgo de desnutrición infantil.

Previene la anemia y las microhemorragias intestinales, no puede diluirse y es siempre fresca.

Protección de la salud del niño: menor riesgo de mortalidad por infecciones y menor incidencia y severidad de ellas, especialmente la diarrea por mala higiene del biberón. Es menor la incidencia de: infecciones respiratorias, alergias, diabetes juvenil, linfomas.

Protección de la salud materna: adecuada retracción uterina disminuyendo la metrorragia. Mejora eficiencia metabólica con óptima utilización de nutrientes. Menor riesgo de cáncer ovárico y mamario con largos amamantamientos.

Pérdida de peso más fácilmente, menos probabilidad de tener períodos menstruales en tanto esté amamantando, posible riesgo más bajo de osteoporosis, riesgo más bajo de cardiopatía y obesidad.

Mejor relación madre- hijo: satisfacción del rol de madre retroalimentando positivamente la relación madre- hijo, con mayor afecto y cariño. Favorecimiento del desarrollo psicosocial del niño por contacto piel a piel con su madre al mamar.

Espaciamiento de los embarazos: la amenorrea de la lactancia exclusiva ofrece protección más efectiva que cualquier anticonceptivo en el primer semestre de puerperio.

Ahorro de recursos: al estado y a la familia al disminuir la compra de leche vacuna procesada y especialmente las fórmulas lácteas maternizadas, por lo general importados en los países en desarrollo. Aportar alimentación adecuada a la madre que lacta, para mejor producción de leche, es más económico que alimentar artificialmente al lactante.

Los bebés amamantados pueden presentar menos riesgo de padecer:

- Diabetes.
- Obesidad o problemas de peso.
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Caries dental.

Se ahorrará:

- No tener que limpiar biberones.
- No tener que preparar leche maternizada (la leche materna está siempre disponible a la temperatura apropiada).

2.28.1 Beneficios a largo plazo para el niño.(Aguilar, 2005).

Además de los beneficios inmediatos para el niño, la lactancia materna contribuye a mantener una buena salud durante toda la vida.

Los adultos que de pequeños tuvieron lactancia materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2. También hay datos que indican que las personas que tuvieron lactancia materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

2.28.2 Beneficios para la madre.(Aguilar, 2005).

La lactancia materna también beneficia a la madre. La lactancia exclusivamente materna constituye un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (protección del 98% durante los primeros 6 meses siguientes al parto). Además, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario en fases posteriores de la vida, ayuda a las mujeres a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduce las tasas de obesidad.

2.28.3 En el primer semestre de vida.(Aguilar, 2005).

El pediatra como firme defensor de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos desde los 6 meses hasta los 2 años o más puede promoverla y apoyarla, informando a madres y familias sobre los beneficios de esta práctica para el lactante amamantado, su madre, su familia y la sociedad.

Es útil informar a los padres de que una vez que la lactancia está bien establecida, después del primer mes, el lactante suele reducir el número de tomas, aunque éstas pueden incrementarse durante los brotes de crecimiento o durante enfermedades intercurrentes, y evitar abandonos innecesarios.

Para la mayoría de las madres, dormir en la misma habitación que su bebé facilita el amamantamiento y favorece el descanso materno; además de ser una práctica segura que disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante, por ello el pediatra puede aconsejar a las madres que amamanten tumbadas en su cama durante las tomas nocturnas, para evitar al máximo un cansancio excesivo. En este caso es aconsejable instruir a las madres para que no metan a sus hijos en su cama en el caso de tomar medicación que produzca sueño profundo, madres muy fumadoras, tras la ingesta de alcohol o drogas o madres con obesidad mórbida.

Así mismo, deben evitar tapar en exceso al bebé y acomodar los bordes de la cama para evitar caídas.

2.29 Sucedáneos.(Sylvia, 1990.)

La OMS adoptó, en la década de 1980, una resolución en la que recomendaba un código específico de publicidad para las fórmulas infantiles; entre las recomendaciones más importantes destacaban restringir la publicidad que actuaba directamente sobre el público, no retribuir al personal sanitario por aportar publicidad a sus productos, evitar la distribución de muestras entre las madres y eliminar las comisiones a los profesionales de la salud por promocionar los productos comerciales.

2.30 Problemas Derivados de la Alimentación del Lactante Sano con Sucedáneos.(Aguilar, 2005)

En la actualidad, existe evidencia científica suficiente para afirmar que la lactancia materna beneficia al lactante amamantado desde el nacimiento y que sus efectos se prolongan durante años después de haberse producido el destete, deberíamos contemplar como norma biológica el amamantamiento y, por ello, parece preferible hablar de los problemas o perjuicios causados por la lactancia artificial que podrían evitarse si aumentara el número de niños amamantados y la duración de la lactancia materna. Comparados con los lactantes amamantados, los no amamantados tienen más enfermedades y además estas son más graves y más largas, no sólo durante la época de lactancia, sino muchos años después.

2.30.1 Problemas a corto plazo.(Aguilar, 2005)

Los lactantes alimentados con fórmulas artificiales tienen más procesos infecciosos (fundamentalmente gastroenteritis, infecciones respiratorias e infecciones de orina), estos son más graves y generan más hospitalizaciones en comparación con los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva. Los niños no amamantados padecen más dermatitis atópica, problemas respiratorios y asma si pertenecen a una familia de riesgo alérgico. El 83 % de los casos de enterocolitis necrosante son debidos a la alimentación neonatal con sucedáneos de leche materna.

2.30.2 Problemas a más largo plazo.(Aguilar, 2005)

Al no recibir lactancia materna, el sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante no es estimulado activamente en los primeros días y meses tras el nacimiento mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos lo que explicaría por qué los niños no amamantados desarrollan una respuesta inmunitaria menor a las vacunas y tienen mayor riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus y algunos tipos de cáncer como leucemias, o esclerosis múltiple en la edad adulta. Se ha descrito también un riesgo mayor de padecer cáncer de mama premenopáusico o posmenopáusico en la edad adulta en las niñas no amamantadas. La lactancia artificial provoca una mayor prevalencia de caries y peor desarrollo orofacial y mandibular y ocasiona una mayor necesidad de correcciones ortodónticas durante la infancia y adolescencia. Además, la lactancia artificial se ha asociado con una mayor incidencia de hernias inguinales.

Los lactantes alimentados con sucedáneos tienen peor desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida y obtienen puntuaciones inferiores en los tests cognitivos y de coeficiente intelectual (con diferencias de hasta 3,16 puntos) y peores resultados en matemáticas y menor agudeza visual en la etapa escolar.

2.30.3 Perjuicios para la madre.(Aguilar, 2005)

Pero los lactantes no son los únicos que salen perjudicados con la administración de sucedáneos. Las madres que no amamantan dejan de recibir también beneficios físicos y hormonales, por lo que presentan un aumento de riesgo de hemorragia uterina posparto, mayor tiempo de hemorragia menstrual a lo largo de la vida (la lactancia proporciona largos períodos de amenorrea con importante efecto en las reservas férricas), aumento de riesgo de diversas infecciones, de fractura espinal y de cadera posmenopáusicas, de cáncer de ovario y de cáncer de mama (la lactancia disminuye el riesgo en un 4,6 % por cada 12 meses de amamantamiento). Recientemente se ha descrito una disminución del riesgo de artritis reumatoide proporcional al número total de meses de amamantamiento.

2.30.4 Perjuicios para la Comunidad y el Medio Ambiente.(Aguilar, 2005)

La lactancia artificial supone un aumento importante del gasto sanitario (el gasto generado por el incremento de la morbilidad debido al uso de las fórmulas infantiles se ha estimado en 3,6 billones de dólares anuales en Estados Unidos). Dicha morbilidad ocasiona un aumento del absentismo laboral de los progenitores que, además, disponen por el mismo motivo, de menos tiempo libre para dedicar a sus otros hijos y a los asuntos familiares y cuyo gasto familiar se ve incrementado innecesariamente por la compra de medicamentos, sucedáneos y los utensilios necesarios para su administración, esterilización, etc. (biberones, calienta-biberones, esteriliza-biberones, etc.). La fabricación, transporte y utilización de sucedáneos genera basura, gasta agua y electricidad y contribuye a la contaminación medioambiental.

2.31 Contraindicaciones para la Lactancia.(Aguilar, 2005)

Aunque la mayoría de nuestros lactantes se beneficiarán de la alimentación al seno materno, existen una serie de circunstancias que contraindican la misma. La lactancia está contraindicada en nuestro país en casos de enfermedad materna por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como por virus de la leucemia humana (HTLV) I y II, en madres dependientes de drogas de abuso, isótopos radiactivos mientras exista radiactividad en la leche materna o con algunos fármacos como los quimioterápicos o antimetabolitos hasta que estos se eliminan de la leche. La galactosemia clásica del lactante también contraindica la lactancia.

2.31.1 Falsas Contraindicaciones Para la Lactancia Materna.(Aguilar, 2005)

Por otra parte, a menudo por desconocimiento o miedo, se suspende la lactancia por causas no justificadas a la luz del conocimiento científico, por lo que parece importante destacar que no contraindican la lactancia.

La infección materna por virus de la hepatitis B (VHB). Los hijos de madre con hepatitis B deben ser vacunados y recibir inmunoglobulina al nacimiento.

La infección materna por virus de la hepatitis C (VHC). No hay casos descritos de transmisión de VHC a través de la leche ni el amamantamiento aumenta la incidencia de transmisión vertical, a pesar de haberse aislado en leche materna, por lo que desde hace años el Center for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos no contempla esta enfermedad como contraindicación para la lactancia, independientemente de la carga viral materna.

La infección materna por citomegalovirus (CMV). La madre portadora de anticuerpos puede amamantar sin riesgo a su lactante sano a término. No se ha demostrado que los prematuros con peso al nacimiento menor de 1.500 g, hijos de madre portadora de anticuerpos de CMV, tengan peor evolución si son amamantados y, en la mayoría de los casos, el contagio se produce en el momento del parto y no durante el amamantamiento. Además, se debe tener en cuenta que la madre posee anticuerpos frente al CMV, por lo que en general los beneficios de la lactancia superan a los riesgos. La congelación y la pasteurización de la leche materna disminuyen considerablemente el riesgo de transmisión.

La tuberculosis activa en la madre no contraindica la lactancia materna. Si la madre es bacilífera, se debe iniciar tratamiento antituberculoso inmediatamente y administrar al lactante profilaxis con isoniacida durante 6 meses y bacilo de Calmette-Guérin (BCG) después de terminado el tratamiento.

El tabaquismo materno no es una contraindicación para la lactancia si bien deberá advertirse a la madre y al padre para que fumen siempre fuera de la casa y alejados del niño y animarles a buscar ayuda para abandonar el hábito. En cualquier caso, el lactante hijo de madre fumadora estará más protegido si su madre le da el pecho.

La ingesta de alcohol debe desaconsejarse a la madre lactante ya que se concentra en la leche materna, puede inhibir la lactancia y puede perjudicar el desarrollo cerebral del recién nacido, pero la toma ocasional de alguna bebida alcohólica de baja graduación (vino, cerveza) puede admitirse advirtiéndole a la madre para que no amamante en las 2 h siguientes a la ingesta.

La mastitis no sólo no contraindica la lactancia, sino que el tratamiento más eficaz es el vaciado del pecho afectado por el lactante y se debe favorecer un mayor número de tomas de dicho pecho.

La ictericia neonatal no justifica la supresión de la lactancia, pudiendo ser tratada mientras esta se mantiene y si se desarrolla durante la primera semana, puede ser necesario aumentar el número de tomas al pecho. Si el neonato precisara fototerapia, se debe procurar el ingreso conjunto con la madre que permita un amamantamiento a demanda frecuente y la fototerapia doble para reducir la estancia hospitalaria y minimizar el riesgo de abandono.

La fenilcetonuria no contraindica la lactancia. Los lactantes fenilcetonúricos alimentados con leche materna complementada con fórmula pobre en fenilalanina en las cantidades que determinan los controles analíticos mantienen un mejor control de la enfermedad. La madre fenilcetonúrica también puede amamantar a su bebé, manteniendo un adecuado control dietético.

2.32 Situación Actual de la Lactancia Materna: Barreras y Problemas del Amamantamiento.(Aguilar, 2005)

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según diversos informes y los resultados de estudios recientes dibujan una situación poco alentadora: los países europeos no cumplen las políticas y recomendaciones.

En la instauración y el mantenimiento de la lactancia influyen negativamente: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles; la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios; la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales (miedo a perder la silueta o la deformación de los senos) y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta.

Además, existen grupos sociales con mayor riesgo: algunos grupos étnicos o emigrantes que ven en la alimentación artificial un signo externo de progreso o riqueza, progenitores con bajo nivel de estudios o con trabajos precarios, familias sin figura paterna (madres adolescentes o solteras) y problemas en el recién nacido como el bajo peso al nacimiento, la prematuridad, el nacimiento por cesárea y los partos múltiples, hacen más difícil la lactancia desde el principio.

2.33 Lactancia Materna y Trabajo.(Aguilar, 2005)

Muchas mujeres que vuelven al trabajo tienen que suspender la lactancia exclusivamente materna por falta de tiempo o de instalaciones adecuadas para amamantar o extraerse y recoger la leche en el trabajo. Las madres necesitan tener en su trabajo o cerca de él un lugar seguro, limpio y privado para que puedan seguir amamantando a sus hijos. Algunas condiciones de trabajo pueden facilitar la lactancia materna, como la baja por maternidad remunerada, el trabajo a tiempo parcial, las guarderías en el lugar de trabajo, las instalaciones donde amamantar o extraerse y recoger la leche, y las pausas para amamantar.

2.34 Práctica de Lactancia en México.(Aguilar, 2005)

Cada año, nueva evidencia científica y epidemiológica contribuye a nuestro conocimiento del papel de la lactancia en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, así como en la salud y el bienestar de las madres. Por otro lado, las tendencias internacionales actuales acerca de la lactancia exclusiva sugieren que todavía se requiere más investigación para saber por qué las tasas de lactancia no son óptimas.

Datos de la Maternidad Martin, un Hospital Amigo del Niño en Rosario, Argentina, desde 1996, mostraron que, de un total de 3575 nacidos vivos en 2006, 512 neonatos alimentados con leche materna regresaron a la sala de emergencias en la primera semana de vida. Ciento trece neonatos fueron hospitalizados. En la mayoría de los casos se diagnosticó ictericia (86%) y también se asoció una pérdida de peso superior al 10%. Estos datos sugieren que el apoyo inicial a la lactancia podría prevenir la ingesta inadecuada de leche materna durante los primeros días de vida y, en consecuencia, disminuir la morbilidad neonatal y la hospitalización.

Las prácticas deficientes de lactancia materna, que incluyen índices de inicio bajos, duración breve de la lactancia e introducción temprana de la alimentación complementaria son problemas importantes de salud pública, en particular en lugares de escasos recursos.

Según la Academia Americana de Pediatría, en 1995 la práctica de lactancia materna exclusiva en los Estados Unidos de Norteamérica, al sexto mes era de 21%.

En México, el Consejo Nacional de Población reportó en 1997 una tasa de lactancia exclusiva, en menores de cuatro meses de 33.6%.

En la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003 se reporta una prevalencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes de 30.5%.

Se han realizado diversos estudios para conocer los factores que están asociados a la lactancia materna. Entre los factores que se han encontrado para el abandono precoz de la lactancia se mencionan: edad de la madre menor de 20 años, no estar casada, y el regreso al trabajo. Otros estudios lo han asociado a madre estudiante, bajo nivel de escolaridad, primiparidad y madres fumadoras.

2.35 Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.(Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño. Ministerio de Salud de la Nación.República Argentina, 1994)

Hospital Amigo del Niño y de la Madre es un programa mundial emanado de acciones generadas desde 1981 con la publicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Nuestro país, incorporado desde 1992 con 46 nosocomios ubicados en toda la república, ha contribuido con un vasto marco legal que incluye nuestra Constitución Política y la Ley General de Salud, así como diversos acuerdos, normas oficiales mexicanas y reglamentos que inciden directamente en la estrategia, cuyo objetivo central es brindar una atención integral y de calidad al grupo materno-infantil, así como alentar la lactancia materna y el autocuidado de la salud.

Las tareas a favor de la lactancia materna consisten en 10 pasos vigentes a nivel mundial:

1. Todos los miembros del equipo deben ser consistentes en la información que ofrezcan a las madres.
2. Capacitación periódica a nuevos integrantes.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y de cómo practicarlo:

Las mujeres toman la decisión de cómo alimentar a sus hijos antes del parto.

Las embarazadas están ávidas por aprender.

El postparto es un período para recordar información y no para aprender cosas nuevas.

4. Ayudar a las madres a iniciar lactancia durante la primera “media” hora después del parto:

La primera media hora es para hacer apego y conocerse, piel con piel.

Después de los 30 minutos el niño inicia los reflejos para mamar.

La madre calienta y alimenta al niño.

El niño ayuda a retracción uterina de la madre.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia si tienen que separarse de sus hijos.

Buena técnica es la base de una lactancia exitosa.

Las madres deben salir del hospital sabiendo extraerse leche en caso de que sea necesario.

6. Dar a los recién nacidos sólo leche materna, excepto si está médicamente indicado:

Las indicaciones médicas justificadas son mínimas.

No existe ninguna justificación médica para dar sueros glucosados.

No existe ninguna justificación para suplementos rutinarios o SOS.

7. Practicar habitación conjunta madre - hijo las 24 horas:

El permanecer juntos da la base para el amamantar a libre demanda y con la frecuencia fisiológica para el recién nacido.

La separación no permite el óptimo de 8-12 mamadas/ 24 horas y casi siempre interfiere con la lactancia exclusiva

La separación altera el ciclo sueño vigilia del niño.

8. Estimular la lactancia a libre demanda:

Ayuda a establecer una lactancia adecuada.

En niños de bajo peso o somnolientos se debe despertar al niño si duerme más de 3 horas.

Evita la congestión mamaria

9. No dar a los niños amamantados chupetes o mamaderas:

Puede producir una disfunción motora oral.

Reduce el número de mamadas.

Interfiere con el establecimiento de la lactancia.

10. Informar a las madres sobre dónde acudir para apoyo de la lactancia después del alta:

Clínicas de lactancia.

Citación precoz a la supervisión del recién nacido y observar la mamada.

Grupos de apoyo madre a madre

2.36 Proceso de Alojamiento Conjunto del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El siguiente proceso de alojamiento conjunto, fue elaborado por la Enf. Ana Silvia Rodríguez J. en el año 2011 como se describe en el mismo documento, con la finalidad de implementar el alojamiento conjunto en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para contribuir a un mejor estado de salud en los recién nacidos, así como mejorar la relación madre-hijo y promover la lactancia materna dentro de dicha institución.

Manual de alojamiento conjunto del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. 16 de junio del 2011.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CODIGO: HNSSENF-003
NOMBRE DEL AREA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	REVISIÓN: NUEVO
PROCEDIMIENTO PARA: OBSTETRICIA	HOJA: 1 de 4

ALOJAMIENTO CONJUNTO
CONCEPTO: Ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.
GENERALIDADES:
Constituido por los recién nacidos que hayan superado su periodo de transición, durante el periodo de hospitalización, a las madres se les enseña de la lactancia, la importancia de la leche materna, los cuidados higiénicos, se les orienta sobre la piel del recién nacido, el cordón umbilical y otros aspectos generales referidos a la salud del niño, incluidas las vacunas.
PROPÓSITO:
Fomentar la lactancia materna exclusiva y la relación madre- hijo. Educar metódicamente a la madre en el cuidado del recién nacido. Impartir charlas sobre la técnica correcta para amamantar.
ALCANCE:
Servicios de Obstetricia General, Obstetricia Privada y Clínica Privada.
POLÍTICAS:
El recién nacido permanecerá 4 horas en el cunero de transición, para su valoración y envío al alojamiento conjunto. Solo el personal capacitado se encargara del programa de alojamiento conjunto. Cada tercer día, el personal médico impartirá charlas sobre lactancia materna y puericultura. El libro de registros de ingresos y egresos se mantendrá al día. Erradicar el biberón. La enfermera o la estudiante será la que entregue al recién nacido.

El médico llenará el certificado de nacimiento en las primeras 24 horas después del nacimiento.

El personal de enfermería será solidario, favoreciendo el trabajo en equipo, para la mejora de la calidad de atención al paciente.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de solicitar la presencia y ayuda de los médicos residentes, si detecta algún problema en el recién nacido.

El médico residente o interno aplicará los protocolos de estudio y tratamiento oportunamente.

El médico residente o interno realizará 3 visitas al recién nacido en 24 horas.

Las estudiantes de enfermería elaborarán trípticos, sobre la importancia del Alojamiento Conjunto y la Lactancia Materna.

La Trabajadora Social, visitará a la madre y al Recién Nacido diariamente en su habitación y verificará identificaciones.

La Trabajadora Social resguardará los trípticos, que se le entreguen y los entregara al médico que impartirá la plática de puericultura.

El vigilante revisará las identificaciones de la madre e hijo al egreso hospitalario.

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
NOMBRE	Enf. Ana Silvia Rodríguez J.	L.E.O. Hilda García Gallegos	L.E. Patricia A. Botello López
PUESTO	Gerencia de Enfermería	Dirección de Enfermería	Dirección General
FECHA	16 de junio de 2011	17 de junio 2011	20 de junio 2011

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CODIGO: HNSSENF-003	
NOMBRE DEL AREA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		REVISIÓN: NUEVO	
PROCEDIMIENTO PARA: OBSTETRICIA		HOJA: 2 de 4	
ALOJAMIENTO CONJUNTO			
NUM. CONSEC	ACTIVIDAD	PERSONAL QUE PARTICIPA	DOCUMENTACION
1	Identificar al niño	*Encargadas De Servicios	Datos que debe contener cada brazalete con la finalidad de establecer la normativa para la correcta y clara identificación de todo Recién Nacido.
2	Revisar el expediente clínico	* Estudiante de Enfermería.	Recopilar y almacenar datos en forma ordenada y sistemática sobre el paciente y su entorno.
3	Realizar el registro en la bitácora de ingreso		Registro escrito de los datos del Recién Nacido y de la Madre.
4	Entregar el niño a la madre		Corroborando: sexo y la identificación y el brazalete de la madre.
5	Colocar al R.N al lado de su madre		Fortaleciendo el vínculo afectivo madre e hijo.
6	Realizar apertura de hoja de Enfermería del recién nacido		Redactar como se recibe al recién nacido y sin tachaduras ni enmendaduras, con letra legible.
7	Tocar y registrar		Manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un

	sinología vital		organismo vivo. Enseñanza directa a la madre de la técnica de toma de temperatura, en horario de 8:00, 16:00, 20:00 y 4:00 horas.
8	Realizar el registro del peso, alimentación, evacuación y micciones		Control de las excretas y el peso cada 24 horas, para mantener el estado nutricional del Recién Nacido.
9	Realizar el baño de tina		El baño y el cuidado de la piel adecuados ayudan a mantener la salud y la textura de la piel del bebé
10	Informar a la madre sobre las reglas de la alimentación al seno materno		Capacitar a la mujer y orientarla sobre la técnica y adiestramiento para la alimentación del seno materno.

	ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
NOMBRE	Enf. Ana Silvia Rodríguez J.	L.E.O. Hilda García Gallegos	L.E. Patricia A. Botello López
PUESTO	Gerencia de Enfermería	Dirección de Enfermería	Dirección General
FECHA	16 de junio de 2011	17 de junio 2011	20 de junio 2011

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CODIGO: HNSSENF-003	
NOMBRE DEL AREA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		REVISIÓN: NUEVO	
PROCEDIMIENTO PARA: OBSTETRICIA		HOJA: 3 de 4	
ALOJAMIENTO CONJUNTO			
NUM. CONSEC	ACTIVIDAD	PERSONAL QUE PARTICIPA	DOCUMENTACIÓN
11	Colocar al Recién Nacido en el regazo de su madre para que inicie la alimentación al seno materno	* Encargadas De	La leche humana tiene todos los nutrientes necesarios para proveer una adecuada nutrición y es fundamental en el crecimiento y desarrollo al recién nacido.
12	Corroborar con la madre si la alimentación al seno materno es suficiente.	Servicios * Estudiante de	La producción de la leche es un sistema de oferta y demanda, permite que las madres satisfagan las necesidades del recién nacido.
13	Mantener cómodo al Recién Nacido	Enfermería	Las directrices de posición indicar colocar al neonato en cuna- bacinete, 45 minutos después de cada alimentación y en decúbito lateral o supino.
14	Valorar el egreso del Recién Nacido		Cuando la madre este de alta y el recién nacido no tenga ningún problema que ponga en peligro su vida.
15	Solicitar a la madre el pase de salida		Verificar datos correspondientes (fecha, nombre y sello de pagado).

16	Realizar el registro del egreso del Recién Nacido		Una buena redacción y síntesis, refleja localidad de trabajo de un servicio de hospitalización.
17	Asistir a la madre durante el cambio de ropa hospitalaria, por la ropa propia del egreso.		La madre debe tener una comprensión funcional de la manera de cuidar al recién nacido y así misma.
18	La madre firmara el egreso del Recién Nacido, en la Bitácora de registro.		Documentar el control y seguimiento, demostrando una buena explicación de los documentos neonatales.
19	Acompañar a la madre a la puerta del hospital		Proporcionar un trato digno y amable a los pacientes y acompañantes.

	ELABORÓ	Revisó	AUTORIZÓ
NOMBRE	Enf. Ana Silvia Rodríguez J.	L.E.O. Hilda García Gallegos	L.E. Patricia A. Botello López
PUESTO	Gerencia de Enfermería	Dirección de Enfermería	Dirección General
FECHA	16 de junio de 2011	17 de junio 2011	20 de junio 2011

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CODIGO: HNSSENF-003	
NOMBRE DEL AREA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		REVISIÓN: NUEVO	
PROCEDIMIENTO PARA: OBSTETRICIA		HOJA: 4 de 4	
ALOJAMIENTO CONJUNTO			
NUM. CONSEC.	ACTIVIDAD	PERSONAL QUE PARTICIPA	DOCUMENTACIÓN
1	Enviar al recién nacido a alojamiento conjunto	* Médico Neonatólogo	La evaluación del recién nacido que logró graduarse del periodo de transición neonatal, podrá ser atendido por su madre.
2	Revisar el expediente clínico, completo	* Médico Pediatra	Las notas de evolución son primordiales para el correcto seguimiento de la evaluación del Recién Nacido
3	Revisar al recién nacido con la madre en la habitación conjunta	* Enfermera	La revisión se realizará a las: 12:00 horas, 18.00 horas y a las 24:00 horas, el vínculo afectivo es primordial en este proceso
4	Realizar el registro y la toma de signos vitales (Nota Médica)	* Medico Residente	La presencia de factores de riesgo condicionará la necesidad de la aplicación de los protocolos de estudio
5	Registrar la alimentación del recién nacido (Nota Medica)	* Médico Interno de Pregrado.	La importancia de la lactancia materna radica en los múltiples beneficios que aporta en el campo de los nutritivo, de los psicológico, inmunitario

			y conocimiento del medio externo
6	Registrar la excretas del recién nacido (Nota Médica)		La observación de la función de los aparatos y sistemas de eliminación, para la detección de problemas y aplicación de protocolos
7	Realizar exploración Neurológica		Documentación tono activo, pasivo y reflejos
8	Informar a la madre y a los familiares del estado de salud del recién nacido		Mantener una comunicación estrecha, garantiza la atención con calidad y calidez profesional
9	Trasladar a la madre al área asignada para impartir las platicas de puericultura (en coordinación con Enfermería)		Proporcionar enseñanza a la madre para otorgar calidad en los cuidados del recién nacido. El día lunes, miércoles, viernes, en horario de 9:00 a 12:00 horas, con duración de 30 minutos
10	Evaluar y registrar el alta del recién nacido, en expediente clínico		Determinar el estado clínico y si se encuentra respiratoria, hemodinámica y metabólicamente estable

	ELABORÓ	Revisó	AUTORIZÓ
NOMBRE	Enf. Ana Silvia Rodríguez J.	L.E.O. Hilda García Gallegos	L.E. Patricia A. Botello López
PUESTO	Gerencia de Enfermería	Dirección de Enfermería	Dirección General
FECHA	16 de junio de 2011	17 de junio 2011	20 de junio 2011

2.37 Diez pasos para una lactancia exitosa. (Aguilar, 2005)

<p>PRIMERO</p> <p>Tener por escrito y seguirlas, normas sobre la lactancia materna, de las cuales tenga conocimiento todo el personal sanitario.</p>	<p>Las políticas por escrito sobre la protección y la promoción de la lactancia materna proporcionan un marco para que todos los sanitarios la cumplan.</p> <p>Las normas deben ser explícitas en documento por escrito y todo el personal debe conocerlas.</p> <p>Las normas del hospital deben incluir metas y objetivos, tasas de lactancia.</p> <p>10 pasos para una lactancia exitosa e información sobre sucedáneos.</p>
<p>SEGUNDO</p> <p>Preparación del personal para el cuidado de la madre y del bebé en la relación con la lactancia.</p>	<p>El personal sanitario debe conocer y poseer habilidades para proteger, fomentar y apoyar el amamantamiento. Esta preparación suele darla la iniciativa Hospital Amigo de los Niños con un curso de capacitación.</p>
<p>TERCERO</p> <p>Poner en conocimiento de todas las mujeres embarazadas los beneficios de</p>	<p>La decisión de lactar debe ser tomada por la madre y nunca hay que insistirle, sobre todo si ha sido tomada con suficiente información sobre los beneficios de la lactancia materna.</p>

<p>la leche humana.</p>	<p>Este conocimiento debería tenerlo la madre antes de que nazca el bebé.</p>
<p>CUARTO</p> <p>La lactancia materna se debe iniciar en la primera media hora posparto.</p>	<p>La lactancia materna debe iniciarse en los primeros minutos posparto, con lo que se regulan las concentraciones maternas de oxitocina y se favorece la homeostasis materna. Con la ingesta de calostro se le administra al bebé una inmunización pasiva, que favorecen la homeostasis del bebé. El contacto piel con piel favorecen la lactancia.</p>
<p>QUINTO</p> <p>Enseñar a las madres la técnica de lactancia es fundamental para el seguimiento de la misma.</p>	<p>Enseñar e instruir a todas las madres sobre la técnica de la lactancia. También el funcionamiento de las bombas de extracción de leche disponibles en la actualidad y que conozcan cómo extraer, almacenar y conservar la leche humana, sin peligro de contaminación.</p>
<p>SEXTO</p> <p>Los bebés recién nacidos sanos no deben ingerir nada que no sea leche humana, a no ser que haya indicaciones específicas por alteraciones de la madre o el bebe.</p>	<p>La práctica en numerosos hospitales es dar leche artificial o suero glucosado al 5% en las primeras horas de vida, lo que se asocia a un destete precoz.</p> <p>Los lactantes sanos no necesitan durante los primeros seis meses ningún otro producto que no sea la leche humana, pues cualquier otro complemento acarrea menos leche e interfiere en la lactancia materna. En situaciones especiales, los bebés pueden necesitar la administración de líquidos que reemplacen la leche humana. Esto puede durar algunos días y se recomienda durante ese tiempo que la</p>

	<p>madre se extraiga la leche y la almacene de una forma adecuada, para su posterior consumo.</p>
<p>SÉPTIMO</p> <p>Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el bebé en las primeras 24 horas.</p>	<p>Se ha comprobado que el alojamiento conjunto favorece la lactancia exclusiva en los primeros meses, así como un mejor vínculo entre la madre e hijo.</p>
<p>OCTAVO</p> <p>Favorecer la lactancia a demanda.</p>	<p>Se recomienda que a los bebés no se les ponga ningún horario de comida.</p> <p>Pasado el primer día, cuando ya se duerme más, el bebé empieza a alimentarse más frecuentemente, lo que se estimula la lactogénesis.</p>
<p>NOVENO</p> <p>Los chupetes o la alimentación no nutritiva provocan la confusión del bebé.</p>	<p>Los chupetes suelen usarse para calmar al bebé sin darle de comer; sin embargo, alimentarlo cuando pide de comer es el método más eficaz para favorecer el establecimiento completo de la lactancia. La succión no nutritiva puede interferir en la lactogénesis.</p>
<p>DÉCIMO</p> <p>Los grupos de apoyo son importantes, una vez que la madre dada de alta del hospital.</p>	<p>Mediante los grupos de apoyo, se comparten experiencias y soluciones a diferentes problemas relacionados con la lactancia. Las madres que participan en estos grupos tienen niveles de lactancia materna prolongada y exclusiva más tiempo. También se ha demostrado que el apoyo telefónico a la madre lactante es eficaz para el mantenimiento de la lactancia.</p>

2.38 Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. (Aguilar, 2005)

Un aspecto importante a tener en cuenta para promover la lactancia materna es coordinar los diversos niveles de la asistencia al embarazo, parto, posparto y atención al recién nacido. El objeto de la coordinación entre la atención primaria y la especializada consiste en garantizar un apoyo consensuado y coherente de los profesionales sanitarios involucrados en la atención de las diferentes etapas de los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Desarrollar y mantener un grado eficaz de comunicación y colaboración de todos los profesionales de salud debería ser prioritario en cualquier sistema de salud, con el fin de lograr que la educación, el apoyo y los consejos sobre la lactancia materna sean óptimos y redunden en beneficio de la madre y del niño.

La formación del personal, elemento clave para conseguir una mejora en la prevalencia de la lactancia materna, debería ser conjunta para los dos niveles asistenciales y para los diferentes estamentos profesionales. De esta manera se asegura que todos ellos reciben el mismo tipo de formación y actúan de forma similar. Por otra parte, se deben elaborar protocolos conjuntos en los que se asegure un apoyo continuado a la madre que quiere lactar, con mensajes coherentes y actitudes similares de todos los profesionales que intervienen en el proceso, en función del momento en el que se encuentre la mujer.

Esta formación conjunta de los profesionales permite disminuir sus discrepancias, mantener una mejor cohesión entre ellos, efectuar un mejor seguimiento de los cuidados que se imparten y unificar criterios. Así pues, es importante informar a la mujer de manera unificada por los profesionales implicados en el apoyo y la promoción de la lactancia, puesto que nada perjudica más que recibir información contradictoria, según el profesional o el centro que la emite.

2.39 Concepto de enfermería.(Alarcón, 2002)

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.

El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

2.40 Enfermería según la OMS.(<http://www.who.int/topics/nursing/es/>)

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados. La suposición de que la enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

Según la teoría de Dorotea Orem la enfermería tiene como especial preocupación las necesidades del hombre de actuar atendiendo a sí mismo y su provisión y dirección de forma continua con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o la lesión y hacer frente a sus efectos.

Según la teoría de Virginia Henderson, la enfermería es la ayuda al individuo, enfermo o sano, para la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo, si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimientos, y a realizarlo de tal forma que lo ayude adquirir independencia lo más rápidamente posible.

La enfermería es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados. La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería.

2.41 Enfermería obstétrica.(Rivera MS, 2004)

La enfermería obstétrica se remonta a 1925 en los Estados Unidos. En aquella época, Mary Breckenridge desarrolló el Frontier Nursing Service (Servicio de Enfermería Fronterizo) en Kentucky. El programa utilizaba enfermeras diplomadas en salud pública, que hubieran sido educadas en Inglaterra, para proveer de personal a los centros de enfermería en los Montes Apalaches. Los centros ofrecían servicios de cuidados médicos a la familia, además de cuidados de parto y lactancia a los residentes en el área.

Las enfermeras obstetras han mejorado los servicios de atención primaria para las mujeres en áreas rurales y zonas marginadas en los centros de las ciudades. El Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos ha recomendado que se les otorgue mayor responsabilidad a las enfermeras obstetras para la prestación de atención en salud para mujeres.

Muchos estudios realizados en los últimos 20 a 30 años han mostrado que las enfermeras obstetras pueden manejar la mayor parte del cuidado perinatal (incluyendo prenatal, parto y posparto) y la mayor parte de la planificación familiar y necesidades ginecológicas de las mujeres de todas las edades.

Las enfermeras obstetras trabajan en colaboración con médicos obstetras y ginecólogos ya sea consultando con ellos o remitiendo a otros médicos aquellos casos que están fuera del alcance de su campo de práctica.

La enfermera obstetra recibe educación y capacitación para suministrar un amplio rango de servicios de atención en salud para mujeres y recién nacidos. Entre las funciones de una enfermera obstetra certificada están servicios de diagnóstico (elaborar la historia clínica, realizar la valoración física, ordenar los procedimientos y exámenes de laboratorio), manejo terapéutico (delinear la atención, suministrar prescripciones, coordinar consultas y remisiones), al igual que realizar actividades de reducción del riesgo y promoción de la salud.

Aunque la mayor parte de la práctica de las enfermeras obstetras certificadas se centra en la maternidad, la planificación familiar y los cuidados ginecológicos para mujeres con buena salud, también pueden evaluar y manejar enfermedades comunes en adultos. Todos los servicios se llevan a cabo en colaboración con el paciente.

Al igual que con la profesión de enfermera profesional (EP), a las enfermeras obstetras certificadas se les permite legalmente expedir recetas en algunos estados pero no en otros.

2.42 Teoría de la Enfermería seleccionada para éste estudio.

(<http://enfermeriatravesdel tiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html>)

Modelo de Virginia Henderson.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Esta investigación, concuerda su contenido con la teórica en enfermería Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas para el mantenimiento de la salud del ser humano. La lactancia materna como práctica natural y benéfica del ser humano, es un proceso complejo que para que se lleve a cabo adecuadamente, es necesario que a la futura madre se le brinden los cuidados necesarios para que se produzca y se mantenga satisfactoriamente. Estos cuidados básicos para la mujer se adaptan perfectamente a las necesidades básicas que esta teórica en enfermería propone en su teoría.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

2.43 Cuidados de enfermería.(Alarcón, 2002)

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

Calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).

Calidez en la atención: El trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

2.44 Atención del puerperio

(Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

Los primeros cuidados de la mujer deben pasar por asuntos prácticos. Al principio, debe comenzar a caminar lentamente, para asegurar una buena circulación en sus piernas y, además porque su cuerpo está sensible a los movimientos bruscos o sobreexigentes.

Además, se debe realizar un cuidadoso aseo personal en la zona genital. “En el caso de que haya sido un parto vaginal, la vagina debe ser lavada con abundante agua y jabón neutro; si fuese necesario, se puede aplicar alguna solución de yodo para ayudar a la suturación de los puntos. Se recomienda hacer esto después de orinar.

Del mismo modo, “si la mujer ha dado a luz por cesárea, debe lavar la zona del abdomen con agua cada vez que se ducha.

Además, debe ser cuidada con productos especialmente elaborados para cicatrizar los puntos que por lo general se retiran después de la primera semana.

Junto con lo anterior, se recomienda a las mujeres mantener una dieta sana y balanceada, abundante en líquidos, vitaminas, proteínas y minerales. De este modo, puede asegurarse que su organismo vuelva a adquirir las características que tenía antes del embarazo, recupera fuerza y además, aporta para que la leche materna esté en óptimas condiciones.

2.44.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal) (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

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

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

2.44.2 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)
(Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993)

Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

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

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.

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

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

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.

Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional).

La enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución de las exigencias, la enfermería se redefine continuamente, adaptándose a ello. La utilidad de la "teoría" consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

El desarrollo de enfermería como disciplina profesional es muy reciente ya que elabora su propio cuerpo de conocimientos a partir de las investigaciones de Florence Nightingale que establece los fundamentos de nuestra actividad enfermera realizando los primeros trabajos que marcan los orígenes como profesión y forman el núcleo a partir del cual se desarrolla la Ciencia Enfermera.

En comparación con otras ciencias el interés científico de la enfermería es por lo tanto muy reciente y se centra en la elaboración de un cuerpo de conocimientos con entidad propia cuyo objetivo principal es intervenir sobre la respuesta humana en el proceso salud/enfermedad y desarrollo vital.

En la actualidad, una de las líneas fundamentales para el avance de la disciplina consiste en explicar su práctica específica (actividades independientes) atendiendo al objetivo principal y con el fin de delimitar también su espacio en relación a otras disciplinas con las que mantiene una estrecha relación.

Las enfermeras comenzaron a investigar sobre las actividades que desarrollaban y concluyeron que éstas se clasificaban en dos grupos diferenciados tomando como base su autonomía, su responsabilidad y sus conocimientos.

El ser humano es un individuo en esencia social y gregaria, es decir debe permanecer inserto dentro de un medio donde exista otro como él y además tiende a reunirse con ellos. Es dentro de tal contexto en que el cuidado surge como una respuesta frente a las necesidades de las personas.

Para que exista un cuidado debe haber dos elementos primarios; un cuidador y un cuidado, los cuales comparten necesidades, experiencias, emociones y deseos. Por lo que el cuidado es en sí un estado relacional entre dos individuos. Es una relación de entrega fundamental frente a otro ser humano y por lo cual necesita de otro para ser desarrollado, esto es una consideración importante ya que para realizar un cuidado adecuado se deben desarrollar las artes de la comunicación y además desarrollar un sentido altamente intuitivo orientado a comprender la dimensión humana del ser que al que se cuida.

El cuidado comprende y se orienta a la satisfacción de necesidades:

Los seres humanos tienen un objetivo durante toda su existencia y este es la satisfacción de sus diversas necesidades, tanto fisiológicas, como de seguridad, de amor, de aceptación social y de autorrealización.

Este objetivo mueve la vida de todas las personas y es la guía del cuidado, ya que un buen cuidado satisface tanto las necesidades sentidas del individuo como las potenciales y emergentes. Es fundamental orientar siempre el cuidado a las necesidades de la persona a la cual se le administra y no a las necesidades del cuidador ya que éstas no son concordantes con el cliente.

2.45 Cuidados de Enfermería sobre Lactancia Materna. (Rivera MS., 2004)

- Conocer las normas escritas del personal.
- Ofrecer los conocimientos para aplicar las normas.
- Informar de los beneficios y técnica de la lactancia.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia.
- Enseñar como lactar y mantener la secreción.
- No dar otros alimentos distintos al niño salvo excepciones.
- Permitir que estén juntos madre e hijo.
- Fomentar la lactancia a demanda (cuando el niño quiera).
- No dar chupetes a los niños.

- Fomentar grupos de apoyo fuera del hospital.
- Enseñar la postura a la mamá.
- Colocar al niño al pecho.
- Indicar como retirarlo (poner el dedo meñique en ángulo de la boca y presionar hacia abajo).
- Ponerlo para que expulse los gases (Durante y después).

2.46 Enfermería como Profesión.(Alarcón, 2002)

Una enfermera es una profesional que ha terminado los estudios básicos de enfermería y que está capacitada y autorizada para asumir en su país, y en otros la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la presentación de asistencia a los enfermos.

2.46.1 Función Asistencial.(Alarcón, 2002)

En esta función se pueden distinguir dos tipos de actividades:- Actividades propias e independientes: Son aquellas que ejecutan el personal de enfermería en el cumplimiento de las responsabilidades de su profesión, para el cual está capacitado y autorizado.- Actividades derivadas o dependientes: Son aquellas acciones que desempeñan los profesionales de enfermería a partir de las instrucciones de otros profesionales de la salud.

2.46.2 Función Investigadora. (Alarcón, 2002)

Desde el momento de la práctica de los cuidados se conceptualiza y se construye un cuerpo teórico que la fundamenta, el desarrollo de ese cuerpo teórico y de la propia práctica requiere una reflexión metódica sobre los problemas con los que se enfrenta ese ejercicio profesional, es decir requiere incorporar una práctica investigadora sobre los hechos y objetos de la profesión.

2.46.3 Función Gestora. (Alarcón, 2002)

Aplicada a los servicios de enfermería, tratan de asegurar que las funciones y actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a unas necesidades y asegurando el uso eficiente y adecuado de los recursos.

2.46.4 Área Docente En Enfermería. (Alarcón, 2002)

La enfermera educadora suele tener un título de licenciada o superior, y suele ser especialista en algún área particular de la práctica. La enfermera educadora es la responsable de la enseñanza en el aula.

La docencia en enfermería es muy importante ya que estos profesionales de la salud nos van a capacitar de acuerdo a sus conocimientos científicos, adquiridos en su prelación superior e investigación, y así será más fácil aplicar sus métodos científicos al momento de realizar sus prácticas para el mejor entendimiento de los alumnos y otros profesionales de la salud.

2.47 Hospital de Nuestra Señora de la Salud. (Reseña personal)

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente. Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la condición económica del enfermo.

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

El Excmo. Sr. Arzobispo don Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar conciencia y estabilidad a la obra, le encargo a Monseñor Contreras, formara la Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García. El 24 de Junio de 1947 se reúnen los señores:

Rafael Ramírez Jones.

José Lino Cortés.

Lic. Miguel Estrada Iturbide.

Luis Tena Veles

Lic. Antonio Chaves Camorlinga

Lic. Adolfo Sánchez

Lic. José Ugarte

Lic. Filiberto Torres Caballero

Ing. Alfredo Lara Acosta

Sr. Rafael Villalobos

Sr. Agustín Carrillo

Sr. José Laris Rubio.

Sr. Salvador Garmendia

Sr. Manuel Llano Andraca

Sr. Rafael Alarcón Navarrete

Prof. Fidel León Luviano.

Firmando el acta constitutiva en escritura pública el día 16 de julio de 1947.

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las Madres Josefinas; las cuales no pudieron por falta personal, entonces Monseñor Contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejo fuera a solicitar Hermanas “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul” que hacía poco habían llegado a México. De inmediato Sor Mercedes Setmenatacepto el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación; fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento inician a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan Alanis asume la dirección del Hospital, la buena voluntad de los sacerdotes, para dar asistencia gratuita totalmente. Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre esta la capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959. El señor Don Pablo Díez, dono el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

El segundo Director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, su periodo fue desde 1953 a 1963.

Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964- 1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971- 1973.

Capítulo III Alcance y diseño de la investigación.

Capítulo III Alcance y diseño de la investigación.

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir el porcentaje de conocimiento, que poseen las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud respecto a las políticas planteadas en el Proceso de Alojamiento Conjunto, establecido en esta institución por la Enf. Ana Silvia Rodríguez J. en el año 2011.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar al tema de lactancia materna.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe el porcentaje de conocimiento entre el personal enfermero sobre el Proceso de alojamiento Conjunto del HNSS

CAPÍTULO IV HIPÓTESIS

CAPÍTULO IV HIPÓTESIS

4.1 Descripción de la hipótesis

El porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería del HNSS respecto a las políticas que se establecen en el Proceso de Alojamiento Conjunto, es aproximadamente de un 40%, sólo una parte del personal de enfermería tiene conocimiento de la existencia de este proceso y por ende, de la existencia de dichas políticas.

4.2 Definición de las variables

- Variable independiente:

Conocimiento del personal enfermero sobre el proceso de Alojamiento Conjunto del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

- Variable dependiente:

Políticas que se establecen en el Proceso de Alojamiento Conjunto del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

4.3 Operacionalización de la hipótesis

TRANSFORMACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN				
Variable	Definición de la variable	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Qué se va medir	Número de pregunta
Conocimiento del personal enfermero	<p>Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.</p> <p>Conocimiento enfermero: es considerando dinámico, flexible, está en constante transición.</p>	CUESTIONARIO	Porcentaje de conocimiento sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	1
				2
Proceso de Alojamiento Conjunto	Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud.	CUESTIONARIO	Porcentaje de conocimiento sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	3

Variable	Definición de la variable	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Qué se va medir	Número de pregunta
Proceso de Alojamiento Conjunto	<ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido permanecerá 4 horas en el cunero de transición, para su valoración y envío al alojamiento conjunto. • Solo el personal capacitado se encargará del programa de alojamiento conjunto. • Cada tercer día, el personal médico impartirá charlas sobre lactancia materna y puericultura. 	CUESTIONARIO	Porcentaje de conocimiento sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	<p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>

Variable	Definición de la variable	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Qué se va medir	Número de pregunta
Proceso de Alojamiento Conjunto	<ul style="list-style-type: none"> • El libro de registros de ingresos y egresos se mantendrá al día. • Erradicar el biberón. • La enfermera o la estudiante será la que entregue al recién nacido. • El médico llenará el certificado de nacimiento en las primeras 24 horas después del nacimiento. • El personal de enfermería será solidario, favoreciendo el trabajo en equipo, para la mejora de la calidad de atención al paciente • El personal de enfermería tiene la responsabilidad de 	CUESTIONARIO	<p>Porcentaje de conocimiento sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.</p>	<p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p>

Variable	Definición de la variable	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Qué se va medir	Número de pregunta
Proceso de Alojamiento Conjunto	solicitar la presencia y ayuda de los médicos residentes, si detecta algún problema en el recién nacido.	CUESTIONARIO	Porcentaje de conocimiento sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto que existe en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	12
	<ul style="list-style-type: none"> • El médico residente o interno aplicará los protocolos de estudio y tratamiento oportunamente. 			13
	<ul style="list-style-type: none"> • El médico residente o interno realizará 3 visitas al recién nacido en 24 horas. 			14
	<ul style="list-style-type: none"> • Las estudiantes de enfermería elaborarán trípticos, sobre la importancia del Alojamiento Conjunto y la Lactancia Materna. 			15
<ul style="list-style-type: none"> • La Trabajadora Social, visitará a la madre y al Recién Nacido diariamente en su habitación y verificará 		16		

Variable	Definición de la variable	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Qué se va medir	Número de pregunta
	<p>identificaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Trabajadora Social resguardará los trípticos, que se le entreguen y los entregara al médico que impartirá la plática de puericultura. • El vigilante revisará las identificaciones de la madre e hijo al egreso hospitalario. 			<p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>

4.4 Construcción de los instrumentos de medición

Subraye la respuesta correcta según su propio conocimiento acerca de las políticas que establece el Proceso de alojamiento conjunto (PAC) del HNSS.

1. ¿El conocimiento corresponde al conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje?

Sí	No
----	----

2. ¿Sabía usted que el conocimiento enfermero es considerando dinámico, flexible, y que está en constante transición?

Sí	No
----	----

3. ¿El concepto de este proceso es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva?

Sí	No
----	----

4. ¿El R.N debe permanecer 4 horas en cunero de transición para después ser valorado y enviarlo a alojamiento conjunto?

Sí	No	Solo en algunos casos
----	----	-----------------------

5. ¿Cualquier persona puede encargarse del (PAC)?

Sí	No	Sólo el médico encargado
----	----	--------------------------

6. ¿El (PAC) incluye pláticas de lactancia materna y puericultura por parte del personal médico?

Sí	No
----	----

7. ¿El libro de registro del (PAC) que registra ingresos y egresos se actualiza cada tercer día?

Sí	No	Cada semana
----	----	-------------

8. Según el (PAC), ¿es permitido el uso del biberón?

Sí	No	Sólo por las noches
----	----	---------------------

9. ¿Son las enfermeras o las estudiantes, las encargadas de entregar al R.N según el (PAC)?

Sí	Cuando se requiere
----	--------------------

10. ¿Los certificados de nacimiento los llena el médico a las 48 horas después del nacimiento del RN?

Sí	No	Dentro de las primeras 24 horas
----	----	---------------------------------

11. ¿De qué manera debe trabajar el personal enfermero para favorecer el trabajo de equipo y mejorar la calidad de atención del paciente?

Con pereza	Con solidaridad
------------	-----------------

12. ¿La enfermera tiene la responsabilidad de solicitar la presencia y ayuda médica si se detecta algún problema en el RN?

Sí	Sólo en casos de urgencia
----	---------------------------

13. ¿Los médicos residentes o internos deben aplicar los protocolos de estudio y tratamiento oportunamente según el (PAC)?

Siempre	Algunas veces
---------	---------------

14. ¿Cuántas veces el médico residente o interno está obligado a realizar visitas al R.N en 24 horas?

3	5	No lo visita
---	---	--------------

15. ¿Sabías que las enfermeras deben elaborar trípticos sobre la importancia del alojamiento conjunto y la lactancia materna?

Sí	No	Sólo si se le piden
----	----	---------------------

16. ¿La trabajadora social visita a la madre y al R.N diariamente y verifica identificaciones?

Sí	No	Cada tercer día
----	----	-----------------

17.¿Es verdad que a la trabajadora social se le entregan trípticos y los entrega al médico que imparte la plática de puericultura?

Sí	No	En algunas ocasiones
----	----	----------------------

18.¿El vigilante revisa identificaciones de madre e hijo?

Diario	A su egreso
--------	-------------

CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Capítulo V Diseño de la investigación.

Esta investigación es no experimental, descriptiva, transeccional; y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis donde se menciona que el porcentaje de conocimiento que posee el personal de enfermería del HNSS respecto al Proceso de Alojamiento Conjunto, es aproximadamente de un 40%, sólo una parte del personal de enfermería tiene conocimiento de la existencia de este proceso, pero no conocen todo su contenido, es falsa o verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 18 preguntas con opción múltiple.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 3 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, dentro de los distintos servicios con los que dicha institución cuenta, el día 27 de junio del año 2012.

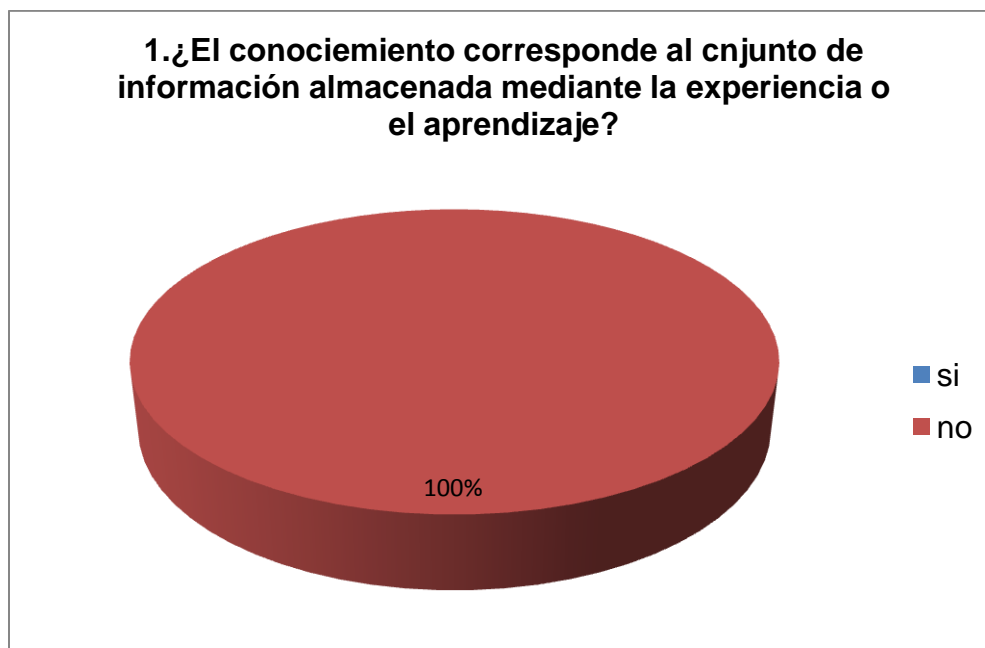
El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegure que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

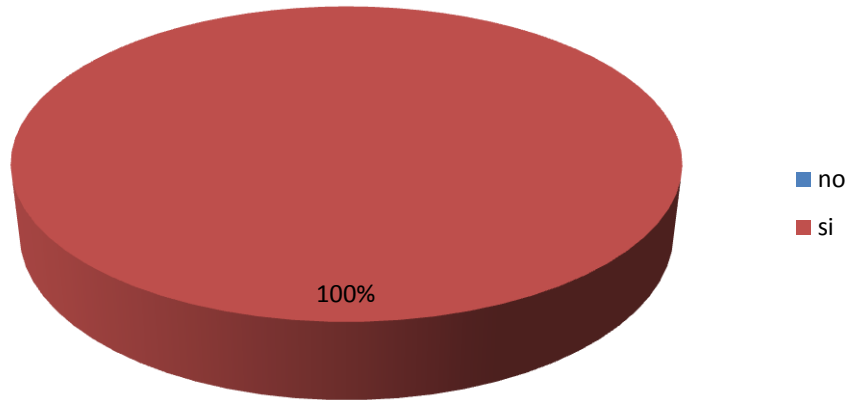
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS



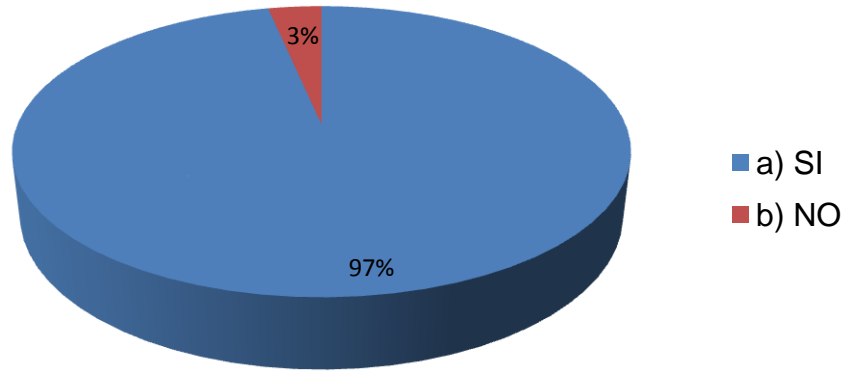
Mi conclusión a esta pregunta, es que el 100% del personal de enfermería está de acuerdo con el significado de lo que es conocimiento.

2.¿Sabía usted que el conocimiento enfermero es considerado dinámico, flexible, y que está en constante transición?



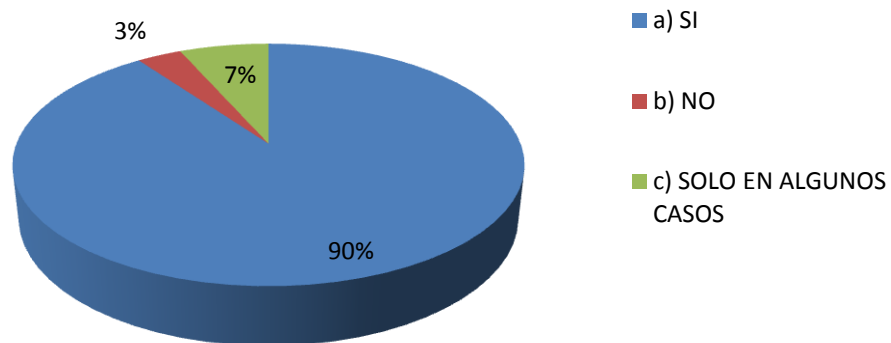
Mi conclusión a esta pregunta es que el 100% del personal está de acuerdo con que el conocimiento de enfermería es dinámico, flexible y que está en constante transición.

3. ¿El concepto de este proceso es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva?

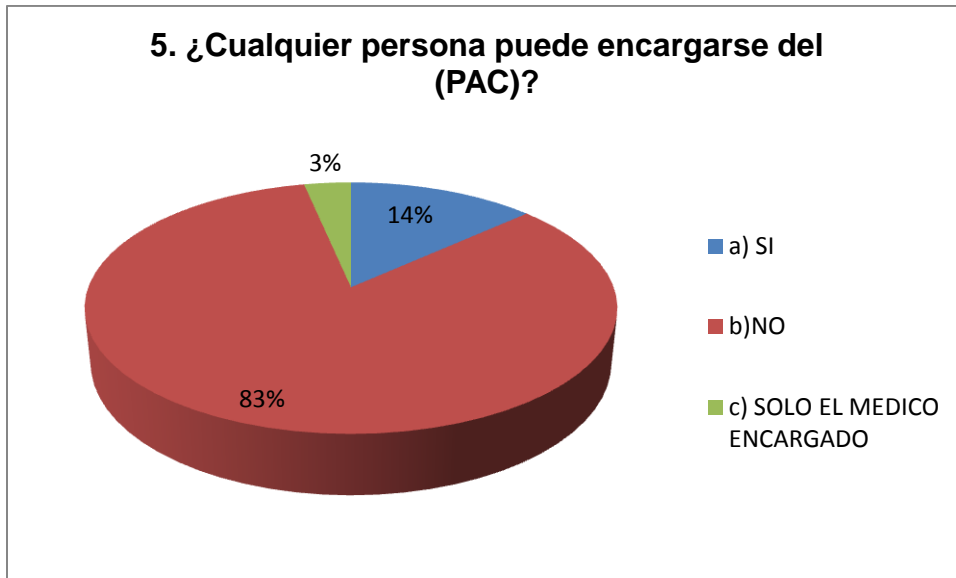


Mi conclusión a esta pregunta, es que el 97% del personal de enfermería conoce el concepto del (PAC), por lo que sus cuidados enfermeros si favorecen satisfactoriamente a que se propicie un contacto precoz y se permita la lactancia materna exclusiva.

4. ¿El RN debe permanecer 4hrs en cunero de transición para después ser valorado y enviarlo a alojamiento conjunto?

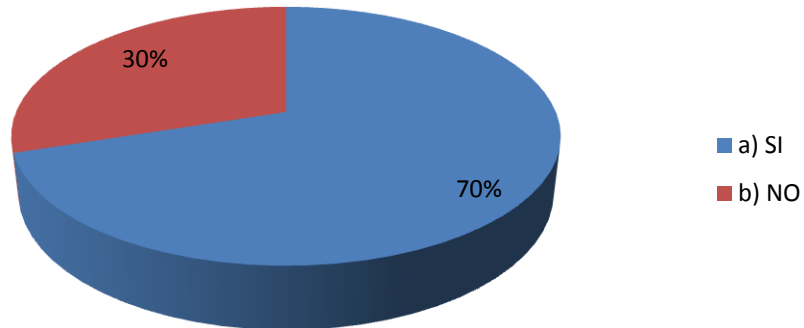


Concluyo quede un 100% del personal de enfermería, solo un 90% del personal, está de acuerdo en que dicho proceso de alojamiento conjunto, se establecen 4 horas como periodo de transición antes de que el recién nacido se envíe al lado de su madre. Un 3% no está de acuerdo con la interrogante, y finalmente un 7%, cree que este periodo de transición sólo es aplicable en algunos casos especiales no especificados.



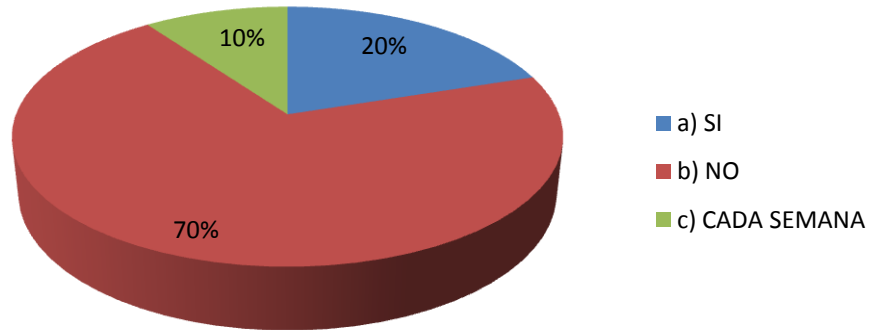
Concluyo que el 83% del personal de enfermería al que se le aplicó el instrumento de medición, no sabe que el (PAC), puede ser llevado a cabo por cualquier persona del área de la salud, y que además, labore en dicha institución. Por otro lado, 14% del personal plasma saber que efectivamente el (PAC) puede ser aplicado por cualquier persona. Sin embargo, existe un 3% que señaló sólo al médico como único responsable de este proceso.

6. ¿El (PAC) incluye pláticas de lactancia materna y puericultura por parte del personal médico?

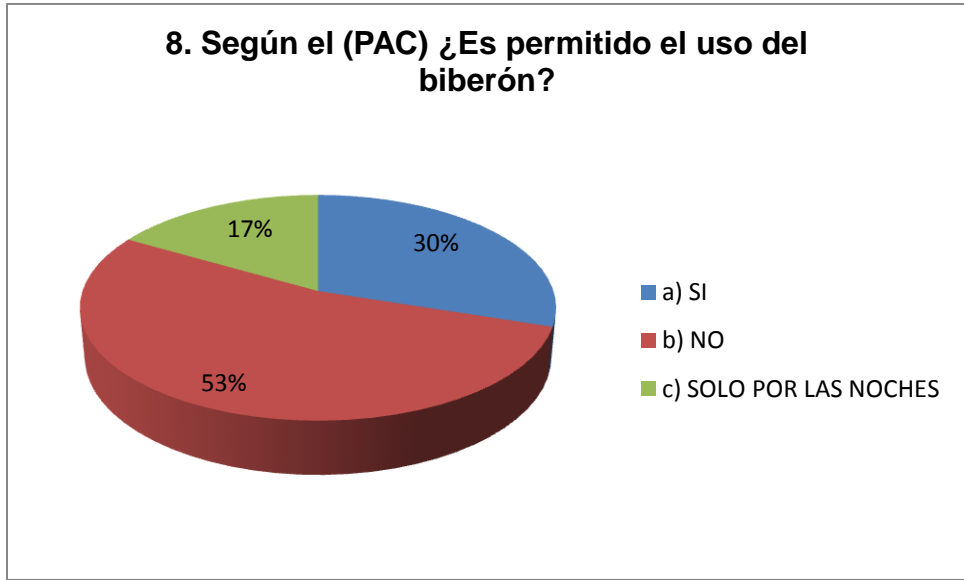


Concluyo que de la población que se tomo para la aplicación del instrumento de medición, solo un 70% de las respuestas revelaron, estar de acuerdo en que el (PAC), incluye pláticas de puericultura y lactancia materna por parte del personal médico, lo cual es correcto, sin embargo, un 30% de la población no estuvo de acuerdo, lo que revela que no tiene conocimiento sobre esta política del (PAC).

7. ¿El libro de registro del (PAC) que registra ingresos y egresos se actualiza diario?

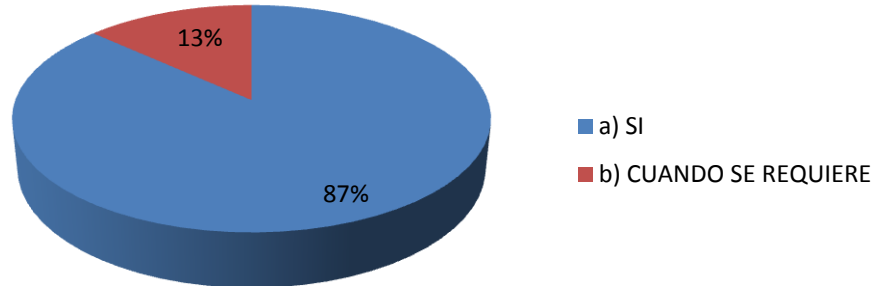


Concluyo que esta política que se establece en el (PAC), no es conocida completamente por el personal de enfermería al obtener sólo un 20% como respuesta positiva, y por el contrario, más del 70% de respuestas negativas al negar la información ó afirmar que se actualiza cada semana.



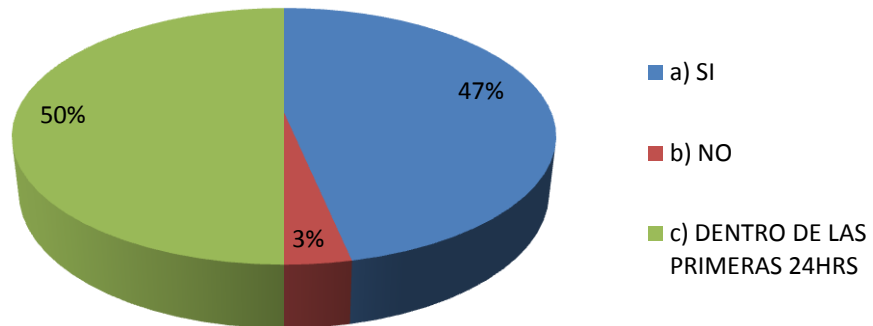
Concluyo que no se tiene claro el conocimiento dentro del personal enfermero acerca del uso del biberón en los neonatos según la política del (PAC), pues sólo un 53% afirman que no es correcto, un 30% asegura ser cierto, y un 17% cree en la necesidad de aplicar el biberón solo por las noches, lo que coloca esta última respuesta como negativa. Pues es falsa la contestación.

9. ¿Son las enfermeras al igual que las estudiantes las encargadas de entregar al RN según el (PAC)?



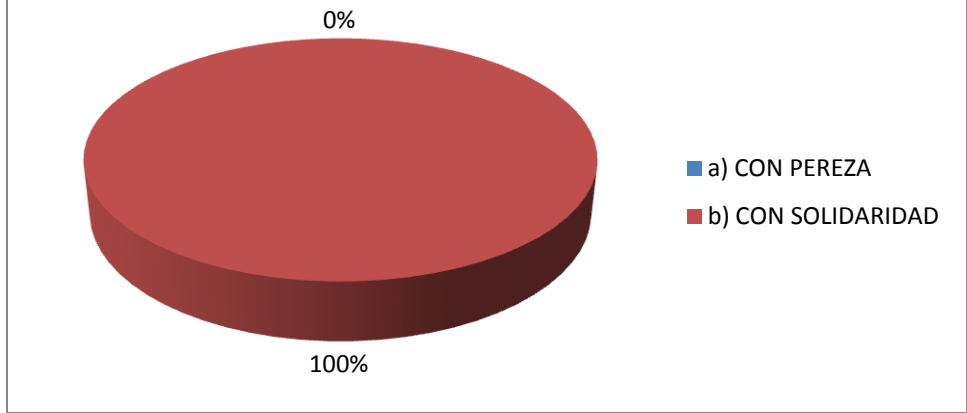
Concluyo que existen dudas sobre la función de la enfermera en la aplicación del (PAC) y sus políticas, pues sólo el 87% del personal enfermero está seguro de tener la autoridad de poder entregar el recién nacido a su madre, lo cual es correcto según la política número 6 del (PAC), sin embargo cabe la duda al encontrarse un 13% del personal, que cree que esto solo es posible cuando se requiere.

10. ¿Los certificados de nacimiento los llena el medico a las 48hrs despues del nacimiento del RN?



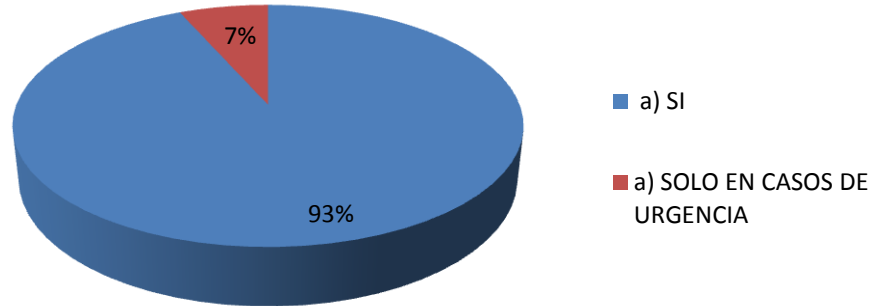
Concluyo que está política no es conocida por todo el personal enfermero, pues sólo un 50% contestaron asertivamente según la política, y el 50% restante tiene creencia errónea al preferir otra respuesta a su contestación.

11. De qué manera debe trabajar el personal enfermero para favorecer el trabajo de equipo y mejorar la calidad de atención del paciente



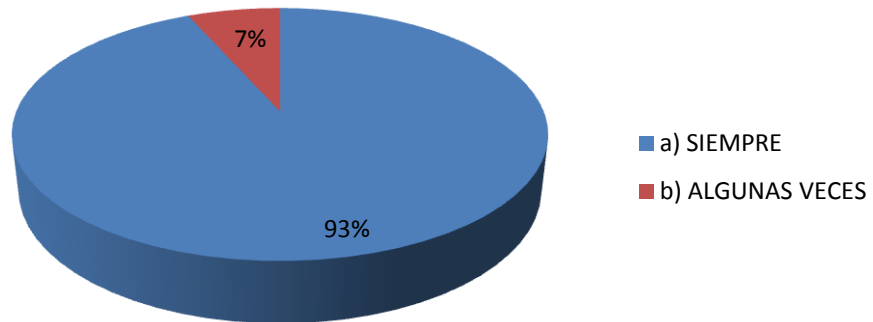
Concluyo que 100% del personal enfermero conoce esta política.

12. ¿La enfermera tiene la responsabilidad de solicitar la presencia y ayuda medica si se detecta algun problema en el RN?



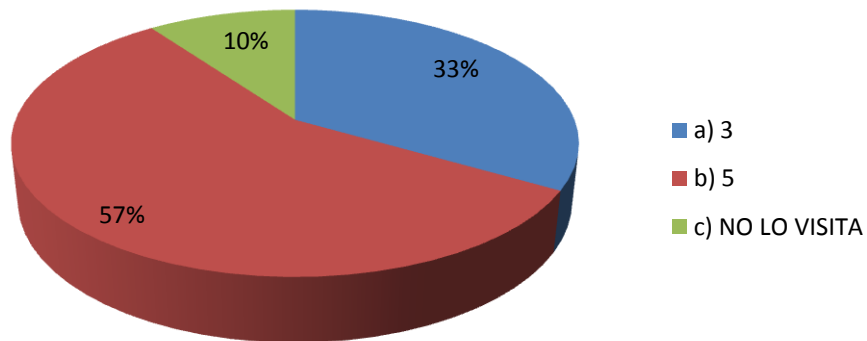
Concluyo que existen dudas sobre las políticas establecidas en el (PAC), pues sólo un 93% de la muestra, está segura de poder solicitar la presencia y ayuda médica si se detecta un problema en la salud del recién nacido, sin embargo, hay un 7% de la muestra que afirma sólo poder solicitar ayuda y la presencia médica en casos de urgencia, lo cual es erróneo, según la política del (PAC).

13. ¿Los médicos residentes o internos deben aplicar los protocolos de estudio y tratamiento oportunamente?



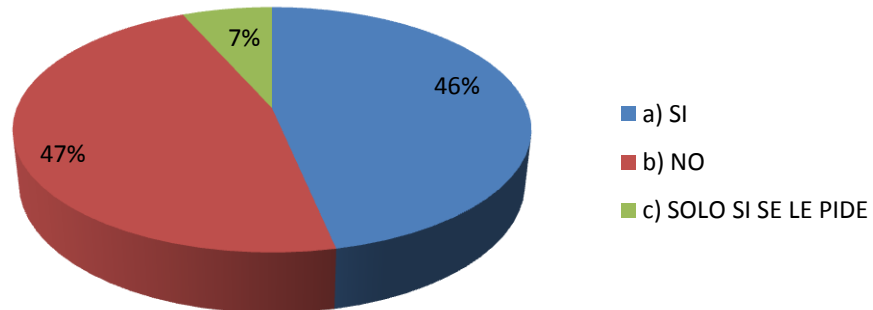
Concluyo, que el personal no conoce ésta política, pues sólo el 93% del personal, contestó asertivamente, mientras que el 7% restante, optó por una respuesta errónea.

14. ¿Cuántas veces el medico residente o interno esta obligado a realizar visitas al rn en 24hrs?



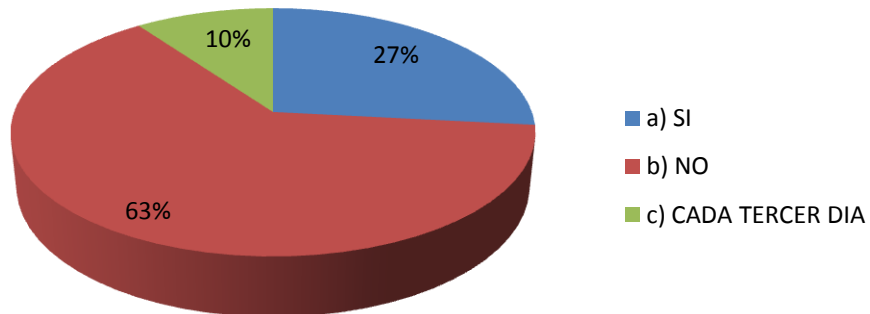
El personal de enfermería no tiene clara esta política que establece el (PAC) del HNSS, pues al obtener un 57% de respuestas afirmando 5 como número de visitas en 24 hrs, concluyo que contestó con forme a lo que cree es necesario y no con forme a lo establecido. Sólo 33% contesto asertivamente y un 10% afirma que no se realiza la política de ninguna manera.

15. ¿Sabias que las enfermeras deben elaborar tripticos sobre la importancia del alojamiento conjunto y la lactancia materna?



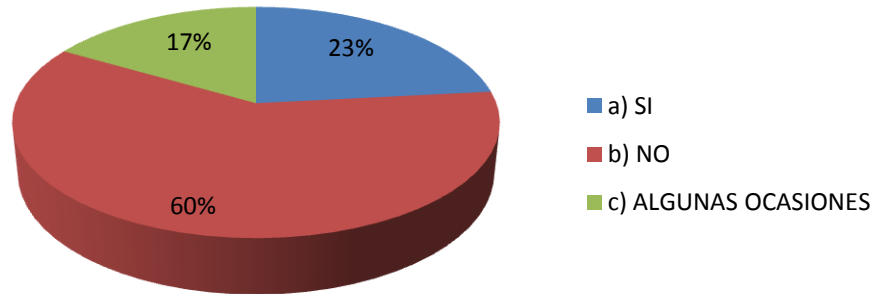
Esta política tampoco es clara dentro del personal enfermero, existe incertidumbre en su respuesta al obtener 46% de respuestas acertadas, 47% de respuestas erróneas, y sólo un 7% de respuestas, creen que esto es sólo requisito si se le pide.

16.¿La trabajadora social visita a la madre y al RN diariamente y verifica identificaciones?



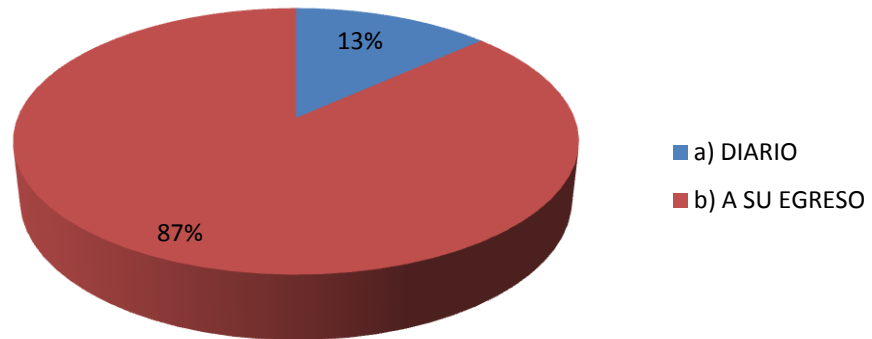
Concluyo que esta política, tiene mayor inclinación según los resultados de las encuestas, a no ser conocida, pues el 63% del muestreo afirman que no es correcto, y sólo un 27% contesto acertadamente dejando claro que conocen la política que lo establece. Y finalmente hay un 10% que puntualiza otra respuesta, aunque errónea.

17. ¿Es verdad que a la trabajadora social se le entregan tripticos y los entrega al medico que imparte la platica de puericultura?



Concluyo igual que la pregunta anterior, no se conoce 100% la política al existir tres tipos de respuestas, cuando en realidad sólo la respuesta correcta corresponde al 23%.

18. ¿El vigilante revisa identificaciones de madre e hijo?



Concluyo que no hay del todo un conocimiento certero por parte del personal, 87% de las respuestas son correctas, y 13% de las respuestas son erróneas.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Concluyo que el personal de enfermería que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, no conoce al 100% las políticas del Proceso de Alojamiento Conjunto, pues de las 18 interrogantes propuestas en el instrumento de medición, solo tres interrogantes fueron contestadas correctamente por los 30 individuos. Se notó que el personal de enfermería, no poseía conocimiento certero sobre las políticas del (PAC) durante la aplicación del instrumento de medición, pues sus respuestas reflejan gran falta de conocimiento y capacitación sobre este proceso.

Recomiendo necesaria la capacitación al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por las autoridades correspondientes sobre el Proceso de Alojamiento Conjunto además, veo necesaria la intervención de todo el personal de salud que marca dicho proceso como responsables, para que se lleve a cabo conforme a las políticas establecidas y sea un éxito su aplicación.

Creo apropiado, el establecimiento del Proceso de Alojamiento Conjunto, a través de manuales y que estos se entreguen y se exhiban, en todos los servicios con los que cuenta el HNSS, sobre todo, en los marcados como responsables en dicho proceso.

CAPÍTULO VIII BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

CAPÍTULO VIII BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas:

(Academia Nacional de Medicina. 1987. Gaceta médica de México. Vol. 128. Suplemento. México. 18 págs.)

(Aguilar Cordero Ma. José. (2005). Lactancia Materna. España, S.A. Elsevier.)

(Alarcón AM. 2002) Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. Horizonte Enferm. Oct.; 12 (1): 39-45)

(Botella Llusia, José, Clavero Núñez José A., 1962, Tratado de Ginecología, Editorial Ediciones Díaz De Santos S.A)

(Diccionario de Medicina (2003). Tomo 4, Editorial Madrid, Espasa Calpe S.A)

(Dilthey D. (1944). La esencia de la filosofía. Buenos Aires (AR): Losada).

(Dowd MJ, Philipp EE 2005. Tratado de medicina sexual. C-15 p 283-4. Ciudad de La Habana: Edición Revolucionaria).

(Duran JD. 2006. Historical estimates of world populati; 3:253-296on: An evaluation. Pop DevRev).

(Gallardo Amanda Isabel. (4, Abril 2011) Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 20 de marzo del 2012)

(Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina, 1994. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. OMS, 1981. Código Alimentario Nacional. República Argentina, 1997).

(MabanL. KATHBLEEN, Stump SylviaEscott.1990. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ma Edición, McGraw-Hill)

(Palacios Treviño Jaime L. 2000 INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRIA. 6ª ed. Editorial Méndez Editores).

(Pritchard A. Williams. 1982. ObstetriciaDexus. T I Editorial Salvat, México,499 págs.)

(Rivera MS. 2004. El arte de cuidar en enfermería. Horizonte Enferm. Dic; 15 (1): 11-22)

(Rodríguez J. Ana Silvia. Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.16 de junio de 2011.)

(Téllez Alfaro Isabel. Trótula de Salerno.1° Medio, Colegio North College, Antofagasta, 2008)

(William H, Virginia E, Robert C. 2005. La sexualidad humana. Ciudad de La Habana: 174-215 (Edición Revolucionaria).

(Worthington/ Roberts B yWillians SR (1993). Nutrition in Pregnancyand Lactation, 5ª ed. Louis, MO:Times Mirror/Mosby College)

Fuentes electrónicas:

<http://www.who.int/topics/nursings/es>

<http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.mx/2009/09/virginia-henderson.html>

<http://www.consumoteca.com>