



ESCUELA DE ENFERMERIA
DE LA SECRETARIA DE SALUD
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

**"IMPACTO DEL CONOCIMIENTO TÉCNICO Y COMÚN
ACERCA DE LA LACTANCIA NATURAL EN LA PRÁCTICA
DE ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO EN MUJERES
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:

**MENDEZ VERA ESTELA
MONTIEL ÁVILA EUGENIO**

COAUTOR:
ANA MARIA GONZÁLEZ FARIAS

ASESOR:
LIC. URSINA HERNÁNDEZ FLORES





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En este momento en que he logrado llegar a la meta trazada, no puedo decir que el triunfo es solo mío, ya que me es muy importante compartirlo con todas aquellas personas que colaboraron incansablemente para poder lograrlo: a mi asesora, Ana María González Farias, y a la Dra. Carolina Salinas, por su tiempo, conocimiento, sencillez y dedicación, por lo que tienen mi respeto, admiración y humilde gratitud.

A las enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud quienes dieron significado para la realización de esta investigación. Así como a las madres que colaboraron para despertar en mí la duda de lo maravilloso que puede ser la alimentación de otro ser.

A mi familia, madre y padre, por enseñarme que todo se consigue con esfuerzo y dedicación, a pesar de que se tenga que luchar contra la corriente. A mis hermanas por su apoyo infinito y ejemplo.

Por último y no menos importante a Dios por darme la oportunidad de convivir y conocerlos, ya que ustedes han dado alegría a mi vida y a mi alma.

¿QUE ES LA LACTANCIA MATERNA?

Acaso será sólo alimentar a un pequeñito, ó acaso la lactancia materna es la forma de conocer y satisfacer las necesidades de ese ser tan especial, creando un vínculo único e irrepetible que posibilita un contacto cuerpo a cuerpo, un profundo y sostenido mirar a los ojos, que son las ventanas del alma.

La lactancia materna es un acto de entrega única, es el supremo acto de amor, en el cual el placer de amamantar supera cualquier otro sentimiento.



CONTENIDO

	Página
1. INTRODUCCION	1
2. RESUMEN	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
4. MARCO TEORICO	5
4.1 <i>Situación actual de la lactancia en México</i>	
4.1.1 Programa de lactancia materna	5
4.1.2 Hospital amigo del niño y de la madre	6
4.1.3 Alojamiento conjunto	8
4.1.4 Código para la comercialización de sucedáneos de la leche materna	9
4.1.5 Situación legal de la lactancia en México	10
4.1.6 Programas dirigidos a la atención materno infantil	11
4.2 <i>Bases de la lactancia materna</i>	
4.2.1 Anatomía de la mama	15
4.2.2 Fisiología de la lactancia materna	16
4.2.3 Proceso de eyección de la leche	17
4.2.4 Lactancia materna	18
4.2.5 Tipos de leche	19
4.2.6 Comparación entre la leche de vaca y humana	20
4.3 <i>Escenarios reales y potenciales en la lactancia materna</i>	
4.3.1 Patrones de succión	21
4.3.2 Ventajas de la lactancia materna	23
Para el niño	23
Para la madre	24
4.3.3 Problemas en la lactancia materna	25
De la madre	25
Del niño	29

4.4	<i>Realidades y mitos en la alimentación al seno materno</i>	
4.4.1	Preparación e higiene de los senos	32
4.4.2	Técnicas de alimentación	32
4.4.3	Posiciones	33
4.4.4	Frecuencia y duración de las comidas	35
4.4.5	Extracción manual y conservación de la leche	36
4.4.6	Alimentación de la madre durante la lactancia	39
4.4.7	Lactancia y medicamentos	40
4.4.8	Mitos y realidades sobre la lactancia materna	42
4.4.9	Puerperio y lactancia	48
5	OBJETIVOS, HIPOTESIS	50
6	METODOLOGIA	51
7	RESULTADOS, DISCUSION	52
8	CONCLUSIONES	69
9	GLOSARIO	71
10	BIBLIOGRAFIA	73
11	ANEXOS	75

1. INTRODUCCION

La lactancia materna ofrece a un bebé la alimentación y nutrición ideal durante los primeros meses, así como beneficios inmunológicos y emocionales que el niño requiere durante el primer año de vida, sin embargo se sabe que esta práctica puede estar influenciada por conocimientos previos adquiridos en el entorno familiar y social o bien por conocimientos técnicos aprendidos durante el control prenatal.

Por otro lado, México al igual que el resto del mundo recibe el impacto de la globalización que lleva a la mujer a realizar trabajos remunerados fuera del hogar propiciando con ello la separación de las madres y los hijos en periodos críticos cercanos al nacimiento y durante la etapa de lactancia. También la modernidad, a través de los medios masivos de comunicación influye de manera determinante en aspectos familiares, sociales y culturales que paulatinamente han venido provocando el abandono de la lactancia natural. "Las diversas reuniones de la Organización mundial de la salud, UNICEF y otros organismos internacionales han centrado la atención en este problema, llegando a crear compromisos internacionales."¹

Por lo anterior, el sector salud mantiene como uno de sus programas vigentes al de lactancia materna, con acciones encaminadas a promover la leche materna como alimento básico del recién nacido y cuidado integral del binomio madre-hijo. "El contacto precoz y las manifestaciones afectivas y de seguridad entre la madre y su hijo son esenciales para el desarrollo futuro de ambos, adicionalmente el alojamiento y la promoción de la lactancia natural, constituyen un instrumento más para el logro de los compromisos de nuestro país."²

¹ COMITÉ NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. **Situación de la lactancia materna en México**. Pág. 23

² SECRETARIA DE SALUD, **Manual de alojamiento conjunto y lactancia materna**. Pág. 3

2. RESUMEN

Se estudiaron 168 mujeres primigestas, el 74% de ellas tiene entre 14 y 20 años; el 79% vive en la Delegación Gustavo A. Madero; en relación al estado civil, encontramos que el 48% vive en unión libre; 32% son solteras y 20% son casadas; 16% de la población cuenta con estudios de nivel básico, otro 30% con bachillerato; 85% se dedica a labores del hogar exclusivamente y otro 5% además estudia. Con respecto al número de consultas prenatales encontramos que 66% recibió de 6 a 9 y otro 30% de 3 a 5; la resolución de embarazo de las gestantes ocurrió en un 60% por parto natural, el 40% restante fue quirúrgico; en el 95% de las mujeres se administró analgésico, de ellas un 30% también recibieron antibiótico; el 80% tiene pezón normal.

En relación a los conocimientos que las pacientes refieren tener con la práctica de la lactancia natural observada, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson, con $r = +0.16$, lo que significa poca relación entre conocimientos y práctica. Se observó que mientras el 100% ejerce la lactancia natural, sólo el 40% lo hace con la técnica y posición correcta, el 53% plática, acaricia y mira a su hijo mientras lo alimenta; sólo el 30% conoce los beneficios maternos de la práctica; el 33% prepara sus senos en forma correcta antes de alimentar a su hijo; el 25% humecta adecuadamente sus pezones como medida de prevención de dolor y grietas, la mayoría de las madres desconoce la técnica y utilidad de la extracción manual de la leche materna.

Entre las creencias más arraigadas que impactaron desfavorablemente la lactancia materna, encontramos que el 73% piensa que la baja producción de leche materna se debe al estrés o fatiga de la madre, el 72% cree que una mujer que seno materno debe comer mayor cantidad de alimentos ya que come por dos; el 70% piensa que si la leche no chorrea de sus senos es porque no tiene suficiente leche; el 68% piensa que la práctica de alimentación al seno materno, por si misma provoca dolor y grietas en el pezón; 62% cree que si ella o el niño se enferman se debe suspender de inmediato la alimentación al seno materno; 59% piensa que la leche materna se va cuando sufren un disgusto, pena profunda o por susto; 54% cree que si el bebé pide de comer muy seguido es porque la calidad y la cantidad de su leche es mala; el 50% piensa que una madre que amamanta debe tomar cerveza, atole o chocolate a fin de que aumente la producción de leche; 46% cree que la leche materna provoca cólicos en el niño. El 44% piensa que si amamanta a su hijo por mucho tiempo sus senos se caerán y se harán flácidas.

Entre las creencias más arraigadas que impactan favorablemente la lactancia natural, encontramos que el 91% sabe que una mujer que amamanta no debe consumir bebidas alcohólicas ni tabaco; el 83% sabe que las fórmulas maternizadas no son iguales ya que la leche materna es más nutritiva y de mayor calidad; el 68% reconoce la lactancia natural como una actividad socialmente aceptada por lo que no sentiría pena por amamantar a su hijo en lugares públicos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enarbolando los múltiples beneficios de la leche materna para la salud integral de madres y niños, el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc mantiene como uno de sus programas vigentes el de Lactancia Materna, con acciones encaminadas a promover la leche materna como alimento básico del recién nacido y cuidado integral del binomio madre – hijo; toda vez que como hospital materno – infantil, se preocupa de crear las condiciones para que la lactancia materna se prepare, inicie y continúe en todas las etapas de atención prenatal, desde el primer contacto de la embarazada con la unidad de salud hasta el alta del mismo.

No obstante, los beneficios y bondades que el programa plantea, observamos que el personal encargado de operativizar las acciones, solo las realiza de manera incidental cuando brinda orientación, en pacientes que cursan un puerperio quirúrgico o fisiológico. Ciertamente se imparten cursos sobre Lactancia Materna al personal, el cual asiste, en ocasiones, a costa de descuidar o postergar sus actividades laborales del día lo anterior debido a la falta de personal por servicio y por turno. Esta situación impacta de manera directa en la poca o nula implementación de acciones que promuevan y apoyen la lactancia materna en las áreas, especialmente en Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, entre otras. Pasando por alto la necesidad de informar a la futura madre de los beneficios potenciales y facilidades de la lactancia; así mismo no se realiza una valoración de las glándulas mamarias que ayude a detectar a tiempo alguna problemática en torno a la posibilidad de ejercer la lactancia materna.

Al ingreso de la paciente al servicio de toco – cirugía se descartan las acciones y actividades relativas a la lactancia materna, tampoco se revisan las mamas y toda la atención se dirige y concentra al trabajo de parto. En cuanto el bebe nace, la madre es trasladada al servicio de alojamiento conjunto y alrededor de 20 a 30 minutos después (tiempo en el que el recién nacido recibe los cuidados inmediatos y medidas higiénicas generales), el personal de enfermería presenta al recién nacido a la madre con las debidas medidas de identificación y se le dice que debe de amamantarlo cuantas veces lo requiera. Es en ese momento cuando, la mayoría de las veces, hay un acercamiento enfermera - paciente a la orientación sobre la lactancia materna, aunque ésta se reduzca a preguntar si conoce la técnica de amamantamiento, si es primi o multigesta y es entonces cuando se detecta si existe algún problema con las mamas y sus pezones.

Cabe aclarar que dicha orientación, promoción y supervisión enfermera –paciente no siempre es tan clara y precisa como la mujer lo requiere, ya que debido a la carga de trabajo, estas actividades del Programa de Lactancia Materna, regularmente son incidentales, rápidas y superficiales. También detectamos que ningún otro personal de salud, médico, trabajadora social, entre otros, realiza actividades de promoción y orientación sobre la técnica de amamantamiento, beneficios y bondades de la leche materna.

Estando la paciente en el servicio de hospitalización, no se le interroga sobre si desea ó no llevar a cabo la lactancia materna; simplemente se queda a cargo del personal asignado en turno, quienes se abocan a realizar las actividades de rutina del servicio y solo le preguntan si ya alimentó a su hijo y le insisten en que debe hacerlo. Pero en ningún

momento le dan a conocer la forma apropiada de hacerlo, mucho menos se ahonda en que la leche materna es fuente de nutrientes y que proporciona inmunidad al recién nacido.

Ante esta situación, la madre, oprimida por el cansancio producto del trabajo de parto y las molestias propias del puerperio quirúrgico o fisiológico, pega al niño a su pecho, donde la falta de conocimiento de cómo hacerlo, así como de medidas higiénicas, además del conocimiento común, mitos y creencias, generan cierta disposición o rechazo a la lactancia materna. Por otro lado suelen aparecer ciertas molestias, consecuencia de una técnica inadecuada de amamantamiento, senos congestionados por producción y acumulación de leche, pezones agrietados, entre otras, que provocan malestar general y dolor. Aunado a esto, el llanto continuo y desesperado del recién nacido generan ansiedad, angustia y temor.

Además se suman otros factores como son las creencias, hábitos y costumbres que circulan en torno a la alimentación al seno materno; se cree que aspectos como el enojo, sustos, frío, ciertos alimentos, entre otros, influyen en la calidad, cantidad y producción de la leche materna.

También debe considerarse la influencia de la mercadotecnia que presenta gran variedad de productos para alimentar al bebe, biberones atractivos, chupones de variadas formas y colores, formulas maternizadas que ofrecen nutrientes similares a los encontrados en la leche materna. Además del temor a la deformación y flacidez de los senos posterior al amamantamiento.

Si a todo lo anterior se agrega alguna dificultad para amamantar debida a causas físicas, pezón no formado o invertido, productos prematuros, etc., entonces se genera el ambiente propicio para que la madre considere seriamente, e incluso tome la decisión, de no brindar alimentación al seno materno.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto que ejerce el conocimiento técnico y común que las madres primigestas tienen acerca de la lactancia natural, en relación a la práctica de la alimentación al seno materno?

4. MARCO TEORICO

4.1 SITUACION ACTUAL DE LA LACTANCIA EN MEXICO

4.1.1 PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

México, al igual que el resto del mundo, ha sufrido la influencia de la modernización que llevó a la mujer a realizar trabajos remunerados fuera del hogar, propiciando la separación de las madres y los hijos desde el nacimiento y durante la etapa de lactancia. Así como la industrialización, urbanización, prácticas hospitalarias inadecuadas y la mercadotecnia de alimentos infantiles.

En 1989 convocados por la Dirección General de Atención Materno Infantil, se inicio una serie de reuniones de expertos en lactancia materna, representantes de varias instituciones que habían observado el fenómeno de abandono de la lactancia al seno materno y se empezó a trabajar para desarrollar acciones encaminadas a rescatar la lactancia materna con objeto de desarrollar las estrategias y coordinar las acciones que terminarían en la creación oficial del Comité Nacional de Lactancia Materna.

El 28 de Mayo de 1991, en el diario Oficial de la Federación, fue emitido el acuerdo número 95, por medio del cual se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna, este comité desarrollo el Programa Nacional de Lactancia Materna, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención materna infantil, mediante la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud que atienden partos.

Este programa fue desarrollado con base en estrategias que permitan conjugar acciones que disminuyan los factores que de manera directa o indirecta han provocado el abandono de la práctica de la lactancia materna, tanto en el medio urbano como en el rural.

Se desarrollaron cuatro estrategias básicas en el programa, a fin de poder trabajar por varios caminos para apoyar a las madres:

ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONAL. Esta estrategia pretende lograr que todas las unidades de salud reestructuren sus instalaciones para adecuarlas a la práctica de la lactancia natural. Se trato que todos los hospitales que brindan atención obstetricia practiquen alojamiento conjunto con inicio de la lactancia materna dentro de la primera media hora posterior al nacimiento, eliminación de rutinas como: ayuno, pruebas de tolerancia oral, lavados gástricos, medicación de rutina y separaciones innecesarias.

CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN EDUCATIVA. La capacitación esta dirigida al personal de salud en servicio y además al que se encuentra en formación. En esta estrategia esta involucrado el personal de salud, que tiene el compromiso de brindarles a las madres una orientación constante y adecuada sobre la alimentación al seno materno, enseñando a resolver los problemas más frecuentes en esta practica tan natural y saludable.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Pretende que los conocimientos y apoyo lleguen de toda la comunidad hasta el hogar, y hacer que ellos tengan conciencia del problema y contribuyan a resolverlo. Esta comunicación tiene que llegar a todos los lugares y cambiar la mentalidad de la familia la cual debe transformarse para brindar un apoyo a la madre lactante a través del conocimiento de sus ventajas y de las alternativas que pueden tener para poder continuar sus actividades aún fuera del hogar, brindando una lactancia exclusiva por seis meses.

SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO: Se ha propiciado el impulso a la investigación sobre la lactancia materna, a fin de conocer la situación que va guardando después de las intervenciones realizadas. Este seguimiento permite monitorear y replantear estrategias que fortalezcan y afirmen el rescate de la lactancia materna. Un logro importante ha sido al establecer un acuerdo con los productores de alimentos y fórmulas infantiles del país, mediante el cual se comprometieron suspender las dotaciones gratuitas o a bajo costo, así como la publicidad en todos los hospitales públicos y privados.¹

4.1.2 HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

En 1990 se celebra en Florencia (Italia) una reunión conjunta OMS/UNICEF en la que se elabora y aprueba la Declaración de Innocenti. En ellas se propone, como meta mundial, la lactancia materna exclusiva hasta los 4 ó 6 meses de edad y acompañada de alimentos complementarios apropiados por lo menos hasta los dos años. UNICEF para proteger al recién nacido de la desnutrición ha utilizado la estrategia de poner en práctica la lactancia materna. La recuperación de la cultura de la lactancia materna se instrumenta a nivel mundial a través de la Iniciativa del "Hospital Amigo del Niño", en que los hospitales se comprometen a promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna. Al verificarse en forma externa que se están cumpliendo los 10 pasos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) hacia una lactancia materna exitosa, a estos hospitales se les otorga una certificación que los acredita como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".²

Nuestro país se incorporó en 1992 impulsando esta iniciativa y se inscribieron 46 hospitales del Sistema Nacional de Salud, incorporándose 15 pasos más relacionados con la salud reproductiva, quedando en 25 pasos hacia una maternidad exitosa. En relación a los hospitales inscritos en esta iniciativa, México se acerca al 90% de hospitales certificados, iniciando desde 1996 la recertificación de los mismos, 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.³

Los 25 pasos que integran el Programa Hospital Amigo del Niño y de la madre tienen los siguientes objetivos:

¹ Dirección General de Lactancia Materna en México SSA. **Lactancia materna en México**. Pág. 19-31.

² www.unicef.spanish.nutrition

³ www.issste.gob.mx

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

Actualmente México trabaja con 25 actividades englobadas en cinco grandes campos:1) Lactancia materna, 2) Atención médica, 3) Acciones preventivas, 4) Acciones educativas y de promoción y 5) Investigación y sistematización.

Lactancia materna

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

- ❖ Disponer de unas normas escritas relativas a la lactancia natural
- ❖ Capacitar a todo el personal sanitario para poner en práctica dichas normas
- ❖ Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia.
- ❖ Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
- ❖ Mostrar a las madres como amamantar al niño y el modo de mantener la lactancia incluso si ha de separarse de su hijo.
- ❖ No dar a los recién nacidos más que leche materna, ningún otro alimento, bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- ❖ Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas
- ❖ Fomentar la alimentación a libre demanda
- ❖ No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o biberones
- ❖ Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Las siguientes 15 actividades han sido adicionadas por nuestra nación en cuatro áreas:

Atención médica

11. Control prenatal.
12. Atención institucional del parto.
13. Atención del puerperio.
14. Reanimación del recién nacido.

Acciones preventivas

15. Tamiz neonatal.
16. Vacunación universal.
17. Vigilancia del crecimiento y del desarrollo.

18. Detección de cáncer Cérvico-uterino y mamario.
19. Atención integral al adolescente.

Acciones educativas y de promoción

20. Orientación nutricional.
21. Prevención y control de infecciones diarreicas agudas.
22. Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.
23. Promoción de planificación familiar.
24. Capacitación en programas.

Investigación y sistematización

25. Comités para el estudio de mortalidad materna y perinatal.

Se ha observado que a partir de la implementación de estas estrategias existe disminución en gastos hospitalarios por el menor consumo de leche, la reducción de enfermedades diarreicas, alérgicas, respiratorias, así como el aumento de un vínculo materno–infantil. La atención materna se desarrolla con mayor calidad, lo cual repercute en menos sangrado posparto y en menor estrés y depresión puerperal⁴

4.1.3 ALOJAMIENTO CONJUNTO

La necesidad de promover el alojamiento conjunto para favorecer la lactancia natural se propuso en los Foros de Consulta popular celebrados en el país en 1989 y en la mesa de trabajo sobre la lactancia materna. Desde aquellos años el alojamiento conjunto pretende mejorar el nivel de salud y reducir la mortalidad en la población materno-infantil.

El alojamiento conjunto, también llamado habitación compartida, consiste en brindar atención a la madre y al recién nacido, buscando el contacto precoz y permanente de ambos, desde unos minutos después del nacimiento y el tiempo que permanezcan en la unidad. Al ser alojados madre e hijos en una misma habitación, se fortalece la relación afectiva entre ellos y se inicia la alimentación al seno materno dentro de la primera hora después del nacimiento, para continuarla a libre demanda de esta manera podrá satisfacer la alimentación de su hijo, así como de otras necesidades que lo hacen depender de la madre.

Para que la lactancia materna se de con éxito, es necesario que la madre reciba orientación durante el embarazo y el puerperio inmediato, la mujer debe prepararse tanto psicológicamente como físicamente sobre las técnica de la lactancia, los cuidados de los pechos, formación de pezones y saber que no hay otra leche mejor para alimentar a su hijo que la que ella le puede brindar.

Las normas y procedimientos para llevar acabo el alojamiento conjunto entre los hospitales tienen poca variación, el personal se ha ido convenciendo de que si no disminuye la carga de trabajo, se establece un balance cuando la madre aprende la tecnica de alimentación al seno y cuidados al recién nacido en forma práctica.

⁴ www.isste.gob.mx

En este programa se utilizan diversas estrategias tales como:

- ◆ Difundir la lactancia materna y el alojamiento conjunto al personal en sus diversos cargos.
- ◆ Capacitar al personal operativo, referente al alojamiento conjunto y lactancia materna.
- ◆ Realizar cursos formales de capacitación a nivel estatal, jurisdiccional y nacional.
- ◆ Difundir a la población los beneficios de la lactancia materna, así como promover las investigaciones sobre las ventajas técnicas y administrativas del alojamiento conjunto.

Algunos de los beneficios del alojamiento conjunto ha sido el disminuir las infecciones nosocomiales en los recién nacidos, así como la disminuir el costo económico en la alimentación del recién nacido para la institución.⁵

“Para favorecer el proceso de vinculación y la lactancia sin horarios, el recién nacido debe permanecer con su madre. Si es necesario llevarse al niño para algún procedimiento hospitalario, el periodo de separación no debe ser mayor a una hora.”⁶

4.4.4 CÓDIGO PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Sucedáneo de la leche materna: es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial, o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

Desde 1972 se realizaron diversas acciones para la aceptación de un código sobre prácticas de comercialización y distribución de los sucedáneos de la leche materna. En este mismo año la 27 asamblea Mundial advierte la disminución de la práctica de lactancia materna, entre otros factores por alimentos infantiles. En 1978 en la 31 asamblea se insiste en regular la promoción de alimentos infantiles. En 1979 OMS/UNICEF se reúnen para revisar la alimentación de los niños. En 1980 en la 33 Asamblea Mundial, se adopta la recomendación de establecer un código Internacional de Comercialización.

Su objetivo es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Síntesis del código

a) Alcance

El código se aplica a la comercialización y practicas de los siguientes productos.

- ◆ Sucédáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes.

⁵ SENTIES, *Manual de alojamiento y lactancia materna México*

⁶ GOMEZ, García. *enfermería de la infancia y la adolescencia* Pág. 47

- ◆ Otros productos de origen lácteo.
- ◆ Alimentos o bebidas, incluidos alimentos complementarios
- ◆ También se aplica a los biberones y chupones.

b) Publicidad

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

c) Muestras

No se permiten muestras, a las madres, sus familias, personal de salud, clínicas, hospitales.

d) Sistema de Atención de Salud

Prohíbe la promoción de los productos en los servicios de salud, ninguna exposición de productos, carteles, ni distribución de otros promocionales. No se debe permitir personal facilitado o remunerado por las compañías fabricantes de dichos productos.

e) Agente de Salud

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

f) Suministros

Solo bajo vigilancia de las autoridades correspondientes, se permite la distribución gratuita o a precios bajos de sucedáneos de la leche materna a hospitales o clínicas.

g) Información

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

h) Etiquetas

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

i) Aplicación y vigilancia

Los gobiernos deben adoptar y cumplir los principios y el objetivo del presente código, incluyendo la creación de leyes y reglamentos u otras medidas pertinentes.⁷

4.1.5 SITUACIÓN LEGAL DE LA LACTANCIA EN MÉXICO

En nuestro país el derecho a la salud, lo establece el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, que tiene cada persona con el hecho de residir en el territorio mexicano. En el artículo 31 la atención Materno Infantil es materia de salubridad general. En

⁷ Dirección general de Lactancia en México SSA. op. cit Pág.19-31

el artículo 61 señala la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Así como la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

En el artículo 64 se indica específicamente que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materna infantil, el sistema de salud establecerá el fomento a la lactancia materna.

La norma para la prestación de los servicios de atención médica y la norma técnica número 37 para la atención del recién nacido, publicadas el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986 respectivamente, en el Diario Oficial de la federación regulan los artículos antes mencionados.

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

Se realiza un acuerdo entre la Secretaría de Salud con el consejo de Fabricantes y distribuidores de Sucedáneos de la Leche Materna el 1º de enero de 1992, en este acuerdo se logran los siguientes puntos:

- ◆ No se venderán sucedáneos de la leche materna a precios por debajo de los que regularmente se aplican en la comercialización de cada empresa.
- ◆ No se permite la promoción de los sucedáneos de leche materna en los servicios de salud.
- ◆ Se debe establecer la promoción de la alimentación a seno materno.

4.1.6 PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA ATENCION MATERNO INFANTIL

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece como una estrategia el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, teniendo como propósito lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños y niñas desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades.

Este programa se vincula estrechamente con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, Prevención del Control del Cáncer Mamario, Mujer y Salud, VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, entre otros.

El Programa plantea la necesidad de crear una red social activa en los niveles nacional, estatal, municipal y local, para fortalecer la organización comunitaria y apoyar las acciones para mejorar la capacidad técnica y humanística del personal prestador de servicios de salud, y de esta forma contribuir al logro de los objetivos y metas.

La suma de esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las instituciones del sector privado y, de las organizaciones no gubernamentales es fundamental para alcanzar los objetivos y metas de este programa de acción.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.

Para fortalecer la cobertura de calidad en la atención de la mujer y garantizarle un embarazo saludable, así como un parto y puerperio seguros, se ha diseñado una red de servicios, compuesta por los servicios de salud y los servicios de apoyo social. Con esta red se pretende operar la regionalización de los servicios, para facilitar la referencia y contrarreferencia de los pacientes.

Las líneas de acción que se han establecido para lograr los objetivos a continuación se mencionan separándose de acuerdo a cada situación:

Embarazo:

- Vigilancia del embarazo por personal calificado
- Proporcionar micronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina C ó suplemento alimenticio)
- Detectar oportunamente sífilis y VIH
- Vacunar con Toxoide tetánico/diftérico

Acciones durante el Parto y puerperio son:

- Atender con calidad el parto por personal calificado
- Atender oportunamente las urgencias obstétricas
- Vigilar el puerperio y dar orientación para la utilización de un método de planificación familiar postevento obstétrico y cuidados del recién nacido.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Recién nacido sano:

- Valorar al recién nacido de ser necesario, dar reanimación neonatal avanzada
- Aplicar vitamina "K" y profilaxis oftálmica
- Realizar pruebas para detectar defectos al nacimiento (prueba de tamiz neonatal)
- Vacunar contra la poliomielitis y tuberculosos, e iniciar ejercicios de estimulación temprana

Niñas y niños bien desarrollados

- Otorgar diez consultas desde el nacimiento hasta los dos años de edad
- Aplicar esquema completo de vacunas
- Administrar megadosis de vitamina "A" y micronutrientos
- Capacitar a las madres en técnicas de estimulación temprana y en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición.⁸

Según estadísticas del Sector Salud, en el 2004 murieron más de mil 200 mexicanas, por las complicaciones del embarazo y parto. Desde hace 15 años no ha variado el número de muertes maternas en nuestro país, un adecuado control prenatal reduciría a la mitad el número de estos fallecimientos. "La muerte materna se debe a la falta de vigilancia durante el embarazo y a la mala atención durante el mismo", dijo del doctor Tito Ramírez Lozada, especialista en medicina materno-fetal.

Los nueve meses de gestación pueden truncarse por varios problemas:

"La principal causa de muerte materna es la hemorragia obstétrica, la segunda causa la infección, y la tercera causa, problemas hipertensivos del embarazo, preeclamsia o eclampsia", comentó el doctor Defino Ruiz del Hospital de la Mujer. Pobreza y marginación, sus detonantes. Mientras que Nuevo León, ocurre una muerte por cada 6 mil embarazos, en Chiapas y Guerrero, las cifras son 5 veces más altas.

"La paciente al no llevar un buen control prenatal, generalmente cursan con anemia, y llegan sin ninguna atención, para ver su embarazo y llegan ya en malas condiciones, a lugares donde no tienen lo mínimo necesario, señaló el doctor Ruiz." "Un gran problema que tenemos de nuestras pacientes a pesar de que viven área conurbana, cerca de las ciudades, de las pacientes que llegan a terapia intensiva, aproximadamente el 50% no tuvo control prenatal", señaló la doctora Yolanda Rivas, especialista en terapia intensiva en el Hospital de la Mujer".

Reducir la mortalidad materna es tarea pendiente. La Organización Mundial de la Salud, considera como una vergüenza para cualquier país, el que sigan ocurriendo. La salud de la mujer, en la Ciudad de México, o sus derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para el desarrollo del ser humano. La atención a la salud de la mujer en el área de Salud Perinatal, tienen como objetivo fundamental, el propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, mediante la concientización a ella y a su familia sobre la importancia de la atención prenatal desde las primeras semanas del embarazo, además de la capacitación continua del médico, enfermeras, parteras y demás miembros del equipo de salud, para que en cada revisión a las embarazadas, busquen intencionadamente cualquier dato o condición de riesgo a la salud de la mujer o del bebé, para prevenir, detectar y tratar tempranamente las enfermedades que puedan complicar el proceso del embarazo, parto y puerperio, así como, a la salud del recién nacido.

⁸salud @guanajuato.gob.mx_ Secretaria de salud del estado de Guanajuato.

EL programa de atención perinatal con enfoque de riesgo con la finalidad de homologar los criterios utilizados para otorgar atención prenatal, en el año de 1993 surgió del trabajo del Comité Consultivo Nacional de Normatización de Servicios de Salud, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido del cual se desprenden los siguientes puntos:

1. Objetivo: Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2 Campo de Aplicación:

Esta Norma es de observación obligatoria para todo el personal en las unidades de salud de los sectores público, social y privado que brinden atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos, en todos los Estados Unidos Mexicanos.

4 Definiciones y Terminología

Para los fines de esta Norma se definen 26 términos ginecoobstétricos y de calidad de la atención perinatal.

5 Especificaciones

5.1 Disposiciones Generales

En este apartado se describen en 10 apartados las características generales de la atención obstétrica que debe recibir la mujer embarazada.

5.2 Atención del Embarazo:

En este apartado se consideran en 4 puntos los aspectos generales para la atención a la mujer con embarazo normal.

5.3 Prevención del Bajo Peso al Nacimiento:

En este rubro, se describen las consideraciones generales para la prevención del bajo peso al nacimiento en 5 apartados y un apéndice normativo.

5.4 Atención del Parto:

Esta Norma considera 18 apartados en donde se especifican los procedimientos y actividades para la atención del parto normal.

5.5 Atención del Puerperio

En esta área se describen en 9 apartados, las características que debe tener la atención y vigilancia del puerperio fisiológico, así como, el manejo general a las condiciones especiales que se puedan presentar durante esta etapa.

5.6 Atención del Recién Nacido:

En este apartado se establecen las características mínimas que debe tener la atención al neonato, así como los criterios para el manejo profiláctico de infecciones y determinación de madurez gestacional, física, y neuromuscular en dos apéndices normativos.

5.7 Protección y Fomento de la Lactancia Materna Exclusiva

Dada la importancia que reviste el iniciar y mantener la Lactancia, en este apartado se establecen los criterios para la protección de esta actividad.

5.8 Manejo del Niño con Bajo Peso al Nacimiento

Para este propósito se describen los fundamentos generales del manejo que debe recibir el recién nacido con bajo peso

5.9 Prevención del Retraso Mental Producido por Hipotiroidismo Congénito:

En esta área se describen las consideraciones generales para la operación del programa nacional de tamiz neonatal, para la detección oportuna de niveles elevados al nacimiento de Hormona Estimulante del Tiroides.

5.10 Promoción de la Salud Materno-Infantil:

En este subcapítulo, se describe la importancia y las consideraciones generales que deben tener las actividades de promoción, educación y sensibilización dirigidas para fomento del autocuidado de la salud materna

5.11 Registro e Información:

En este rubro se dan los lineamientos generales para el manejo de la información generada por la operación de los servicios de atención perinatal.

Toda mujer tiene cierta probabilidad de sufrir algún daño en su salud si se ve involucrada en un proceso reproductivo: Por eso es muy importante que en cada revisión, ya sea esta para control del embarazo o para atención de alguna enfermedad, el médico o cualquier otro integrante del equipo de salud, determinen el grado de riesgo que la madre y su bebé tienen de sufrir alguna enfermedad, o de tener complicaciones durante el embarazo, el parto, o el puerperio.

Riesgo Reproductivo: El riesgo reproductivo debe entenderse como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Riesgo Preconcepcional: El embarazo en las edades extremas de la vida y la concurrencia de enfermedades crónico degenerativas, alteraciones físicas, así como, factores sociales y psicológicos en la mujer gestante contribuyen a incrementar la mortalidad materna y perinatal, es por esto que una estrategia importante para disminuir la mortalidad materna por complicaciones durante el embarazo, es a través de la detección y reconocimiento oportuno de los signos y síntomas de cualquiera de estas condicionantes, para poder postergar el momento de la concepción, hasta que estos factores se eliminen o sean adecuadamente controlados.

4.2 BASES DE LA LACTANCIA MATERNA

4.2.1 ANATOMÍA DE LA MAMA

Las mamas, ó glándulas mamarias, se consideran como glándulas de la reproducción debido a su relación con la producción de leche para el recién nacido.

Pezón y areola: El pezón se encuentra en el centro de la mama y esta rodeado por una areola pigmentada que se oscurece durante el embarazo, la areola tiene una forma circular, de 2 a 6 cm. de diámetro, situada en el vértice de la mama y su color varía de rosado pálido a pardo oscuro, dependiendo de la edad, paridad y pigmentación cutánea.

La piel de la areola contiene muchos nódulos pequeños elevados, debajo de los cuales están situadas las glándulas sebáceas (glándulas de Montgomery). Las glándulas tienen la función de lubricar al pezón, y ayudan a prevenir la formación de grietas y fisuras en el pezón y en la areola. Durante el tercer trimestre del embarazo, las glándulas sebáceas se hipertrofian notablemente.

Hay una banda circular del músculo liso que rodea a la base del pezón. A partir de este anillo circular, se ramifican hacia afuera fibras longitudinales de músculo liso, para circunscribir los conductos galactóforos a medida que convergen hacia el pezón. Las numerosas aberturas pequeñas puntiformes situadas en el extremo del pezón son los orificios terminales de los conductos galactóforos principales. Las ampollas de los conductos galactóforos están situadas por debajo del pezón y de la areola.

Cada mama está dividida en un conjunto de lóbulos (de 15 a 20) su apariencia es parecida a la de un árbol y se encuentran separados por tejidos adiposos (grasos) y fibrosos. A partir del pezón, se ramifican de 10 a 20 estructuras llamadas lóbulos, de cada lóbulo salen de 20 a 40 lobulillos, los que a su vez se dividen en 40 a 80 estructuras similares a bolsas llamadas alvéolos, que están recubiertos de minúsculas células secretoras llamadas ácidos, las cuales segregan los diversos componentes de la leche. Alrededor de las alveolares se hallan unas células contráctiles llamadas células mioepiteliales, que contraen los alvéolos y expulsan leche o un componente de la leche hacia los depósitos denominados galactóforos, estos conductos son los que proporcionan leche al lactante cuando succiona.⁹

4.2.2 FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

Las mamas comienzan a desarrollarse en la pubertad este desarrollo es estimulado por estrógenos de los ciclos sexuales mensuales que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria, favoreciendo el depósito de grasa. Durante el embarazo se produce un crecimiento mayor de las mamas, y el tejido glandular queda preparado y desarrollado para secretar leche.

Crecimiento del sistema de los conductos galactóforos: Durante todo el embarazo las enormes cantidades de estrógenos secretados por la placenta hacen que el sistema ductal de la mama crezca y se ramifique, simultáneamente, el estroma glandular aumenta de volumen y grandes cantidades de grasa se depositan en él. Para el crecimiento de los ductos son importantes hormonas como la hormona del crecimiento, la prolactina, los glucocorticoides suprarrenales y la insulina, se sabe que cada una de ellas interviene en el metabolismo de las proteínas.

Desarrollo del sistema Lobulillo-Alveolar: Para que se produzca el desarrollo completo de la mama y esta se convierta en órganos secretores de leche interviene la progesterona. En cuanto se ha desarrollado el sistema ductal, la progesterona está sinérgicamente con los estrógenos, pero también con las demás hormonas antes mencionadas, producen un

⁹ BURROUGHS . *Enfermería materno infantil*. Pág 188-195

crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alvéolos y la aparición de las características secretoras en las células de los alvéolos.

Comienzo de la lactancia (función de la prolactina): Los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo de las mamas durante el embarazo y específicamente una acción de estas hormonas es inhibir la secreción de leche. Por lo contrario la hormona prolactina ejerce efecto para estimular la secreción de leche. La prolactina es secretada por la adenohipofisis de la madre y su concentración en sangre se eleva desde la 5ª semana de embarazo hasta el nacimiento del niño, momento en el que ha alcanzado un nivel de 10 a 20 veces mayor que el de una mujer no embarazada. El líquido que la mama secreta los primeros días o semanas anteriores al parto se llama calostro, el cual contiene las mismas concentraciones de proteína y de lactosa que la leche, pero no tiene nada de grasa.

Inmediatamente después de nacer el niño, la desaparición brusca de la secreción de estrógenos y progesterona por la placenta permite que se active el estímulo lactógeno de la prolactina, secretada por la hipófisis de la madre, la cual asume entonces su papel natural estimulador de la producción de la leche y durante los siguientes 1 a 7 días, las mamas empiezan a secretar grandes cantidades de leche en lugar de calostro.

Esta secreción láctea exige una secreción de apoyo suficiente por parte de las demás hormonas de la madre, pero sobre todo por la hormona de crecimiento, cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina. Estas hormonas son necesarias porque proporcionan sustratos que, como los aminoácidos, los ácidos grasos, la glucosa, y el calcio son imprescindibles para la formación de la leche.

Después de nacer el niño, el nivel basal de la secreción de prolactina vuelve en unas semanas al nivel previo del embarazo, sin embargo cada vez que la madre amamanta al niño, las señales nerviosas que pasan desde, los pezones hasta el hipotálamo producen una "oleada" de prolactina cuya secreción aumenta 10-20 veces sobre la normal y dura aproximadamente 1 hora. Esta prolactina actúa sobre las mamas y estas glándulas mantienen la secreción láctea en sus alvéolos con destino a los siguientes periodos de lactancia por una lesión hipotalámica o hipofisiaria, ó si la lactancia al pecho no continúa, las mamas pierden su capacidad de producir leche en una semana aproximadamente. La producción de leche puede continuar durante unos años si el niño sigue succionando, pero la formación de leche desciende normalmente después de 7 a 9 meses.¹⁰

4.2.3 PROCESO DE EYECCIÓN DE LA LECHE

La leche es secretada continuamente y se vierte en los alvéolos, pero esta leche no pasa fácilmente de los alvéolos al sistema ductal y por ello no fluye constantemente por el pezón mamario. Para que el niño la reciba, la leche tiene que ser impulsada desde los alvéolos a los conductos galactóforos. Este proceso se llama, "subida" de la leche y se debe a un reflejo combinado, neurogénico y hormonal, en el que interviene la hormona hipofisiaria posterior llamada oxitocina, a través del siguiente mecanismo.

¹⁰ GAYTON, *Tratado de fisiología médica* pág. 1148-1150

Cuando el niño succiona por primera vez el principio no obtiene gran cantidad de leche. En primer lugar los impulsos sensitivos de la succión tienen que ser transmitidos por los nervios somáticos desde los pezones hasta la medula espinal y luego al hipotálamo, donde producen señales nerviosas que dan lugar a la secreción de oxitocina, al mismo tiempo que estimulan y provocan la secreción de prolactina. La oxitocina es transportada por la sangre hasta las mamas, y allí hace que se contraigan las células mioepiteliales, que rodean la pared externa de los alvéolos con lo que la leche es exprimida y forzada a pasar desde los alvéolos hasta los conductos. De esta manera 30 segundos ó 1 minuto después de que el bebé empieza a succionar la leche empieza a fluir. Este proceso se denomina eyección de la leche o subida de la leche.

La succión de una mama produce el flujo de leche no sólo en esa mama si no también en la otra. Las caricias de la madre al niño o al escuchar su llanto, también proporcionan una señal de emoción al hipotálamo, capaz de producir la eyección de la leche. La madre por lo general experimenta una sensación de hormigueo o en los senos. Posiblemente también sienta calambres abdominales porque la oxitocina estimula la contracción del útero.¹¹

4.2.4 LACTANCIA MATERNA

En forma genérica, lactancia materna se refiere a la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno.

“Es la alimentación de los bebés con leche materna para satisfacer sus requerimientos nutricionales.”

La lactancia materna exclusiva es cuando el lactante recibe únicamente leche materna de su madre o leche extraída del pecho de su madre y ningún otro líquido o alimento complementario a excepción de gotas de vitaminas sin diluir o jarabes en base a vitaminas ó medicamentos.¹²

La mejor alimentación para el niño hasta los seis meses es la leche materna puesto que tiene la concentración de nutrientes adecuada¹³ y esto le permite crecer adecuadamente ya que duplica el peso y alcanza un 25% de sus talla en sólo tres meses. La leche materna protege contra infecciones intestinales y respiratorias, además de que ayuda a establecer más pronto una relación de afecto con su madre.¹⁴

La leche materna tiene la ventaja de ser fácil de digerir, estéril y económica en áreas pobres con alto riesgo de enfermar por agentes bacterianos, al ser un alimento estéril y poseer anticuerpos para los agentes bacterianos y virales, el niño recibe un alimento que cubre sus necesidades y lo protege contra enfermedades principalmente diarreicas y respiratorias. Es por eso que el abandono precoz de la lactancia materna es un factor de

¹¹GAYTON, op cit Pág. 1148-1150

¹² Dirección General de Atención Materno Infantil SSA .op cit Pág. 19-31.

¹³ REVISTA MEXICANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA .Vol. 4, núm. 20

¹⁴ REVISTA MEXICANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, VOL. 11, núm. 63

riesgo potencial, para que el niño padezca de enfermedades durante los primeros años de vida.^{11,19}

La leche materna proporciona al lactante una nutrición ideal y aporta beneficios únicos, inmunológicos, psicológicos, de crecimiento y desarrollo previniendo la mal nutrición¹⁵. Los lactantes alimentados a pecho son menos propensos a anemia o deficiencias vitamínicas. El hierro de la leche materna se absorbe bien. Si la madre tiene una ingestión adecuada de vitaminas, el lactante las recibirá a través de la leche.¹⁶

La leche materna contiene un 88% de agua, enzimas que ayudan a la digestión. La lipasa ayuda a los niños a digerir la grasa. Si la madre bebe agua fluorada habrá flúor en su leche. La lactoferrina secretada en la leche materna, interviene en el control del crecimiento bacteriano del sistema gastrointestinal. La inmunoglobulina IgA, protege contra el desarrollo de muchas alergias. La leche materna tiene un densidad de 1.03 g/ml.¹⁷ Las grasas aportan el 50% de las calorías de la leche, siendo el componente más variable. Su concentración es menor al inicio que al final de la mamada. La calidad de los ácidos grasos puede ser afectada por la dieta materna.

4.2.5 TIPOS DE LECHE

Mientras se establece la lactancia, se produce tres tipos de leche, calostro, leche transitoria y leche madura.

Calostro: Se produce durante los tres o cuatro primeros días posteriores al parto, contiene altos niveles de anticuerpos, proteínas, minerales y vitaminas solubles ,poca azúcar y grasa, siendo de baja digestión, rica en inmunoglobulinas, las cuales ayudan a proteger de infecciones el aparato gastrointestinal y respiratorio del recién nacido.

Leche de transición: es la que se produce entre el calostro y la leche madura, aproximadamente durante 10 días a 2 semanas .la composición de la leche cambia ,aumenta la lactosa, la grasa y las calorías.

Leche madura: es la última que se produce es similar a la leche descremada (un tanto azulada). La cantidad de grasa de la leche materna varia durante la alimentación, la última leche, es decir la que se produce al final de la amamantada, tiene más grasa que la del principio.

¹⁵ GOMEZ, op cit Pág.43-48

¹⁶ KLAJN. **Enfermería pediátrica** Pág.61-65

¹⁷ BURROUGHES ,op cit Pág. 188-194

4.2.6 COMPARACIÓN ENTRE LA LECHE HUMANA Y LA DE VACA

Las diferencias entre la leche humana y la de vaca afectan a casi todos sus componentes y no sólo son cuantitativas, si no también cualitativas.

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

Grasa: el 98-99 % del contenido en grasa de leche de mujer esta en forma de triglicéridos, existiendo pequeñas cantidades de colesterol y fosfolípidos. Los ácidos grasos esenciales son necesarios para el desarrollo cerebral, forman parte de las membranas celulares y son vehículos de hormonas y vitaminas. En la leche humana el ácido linoleico representa el 15 % del total de ácidos grasos, el ácido linoleico, el 4.5 % y el ácido docosahexanoico, el 0.36 %. Estos ácidos grasos esenciales se encuentran en menor cantidad en la leche de vaca. Por el contrario, el contenido de ácidos grasos saturados de cadena larga es mayor en la leche de vaca, lo que aumenta el riesgo de hipercolesterolemia, además, este tipo de ácidos grasos se absorbe peor.

Hidratos de carbono: la leche humana tiene un mayor contenido de glucidos que la de vaca. La lactosa es el hidrato de carbono predominante en ambas leches, pero la leche de mujer también contiene oligosacáridos, glucoproteínas y glucoesfingolípidos, que intervienen en la maduración del tracto gastrointestinal y en los mecanismos de defensa frente a las infecciones. El mayor contenido de lactosa en la leche humana representa una ventaja, ya que la lactosa constituye una fuente de energía de gran biodisponibilidad y mejora la absorción del calcio, al formar complejos solubles lactosa-calcio de fácil absorción. La lactosa que escapa a la hidrólisis de la lactasa, al llegar al colon es fermentada por *Lactobacillus bifidus* produciéndose ácido láctico, lo que reduce el pH intestinal y aumentando la resistencia a las bacterias enteropatógenas, especialmente a *E. coli*, favorece el desarrollo de una flora bacteriana intestinal fermentativa, con lo que disminuye la incidencia de estreñimiento.

Minerales y Oligoelementos: La leche de vaca tiene un contenido de sales minerales excesivamente elevado para la reducida capacidad de excreción renal del recién nacido. Su alta concentración de sodio, en niños genéticamente predispuestos, podría favorecer la aparición de hipertensión arterial en edades posteriores de la vida. La adecuada relación calcio-fósforo existente en la leche de mujer favorece su absorción, al evitar la formación de fosfato calcio insoluble. Como la grasa de la leche de vaca se absorbe peor, puede formar jabones cálcicos en la luz intestinal, que disminuye la capacidad de absorción del calcio.

El hierro y el zinc desempeñan un papel muy importante en la nutrición del lactante, por sus funciones específicas en la actividad de diversas enzimas. El hierro es un componente de la hemoglobina y la mioglobina, tanto el hierro como el zinc que contienen en la leche humana se absorben mejor que los de leche de vaca.¹⁸

LECHE MATERNA Y LECHE DE VACA: COMPARACION DE NUTRIENTES¹⁹

NUTRIENTES	LECHE MATERNA	LECHE DE VACA
Proteínas	Cantidad menor aunque suficiente, contiene más lactoalbúmina, por ser fácilmente digerible, proporciona la cantidad ideal	Mayor cantidad. Contiene más caseína, que forma grandes coágulos que tardan más en ser digeridas
Grasas	Varia, es menor por las mañanas y más alta por las tardes, se aprovecha rápidamente por su enzima, la lipasa. Es más fácil de digerir.	La grasa es mal absorbida. Las fórmulas comerciales suelen eliminarla y agregarle una fuente de grasa como aceite de maíz)
carbohidratos	Contiene más lactosa (7%) La lactosa mejora la absorción del calcio, también favorece el crecimiento de la flora intestinal normal.	Menor de (4.8%)
Hierro	En pequeñas cantidades, pero se absorbe mejor que el de la leche de vaca. La lactoferrina de la leche materna incrementa la absorción de hierro.	En pequeña cantidad
Calcio, Fósforo, Sodio y potasio	Cantidades menores. La leche materna impone una carga menor de solutos en los riñones del niño.	Mayor cantidad que resulta en carga de solutos para los riñones
Inmunoglobulinas	IgA, IgG, IgM protegen al lactante de infecciones(diarrea, infecciones de las vías respiratorias y gastroenteritis)	Ninguna
Factores antialérgicos	Es rara la alergia a la leche materna Podría proteger contra el desarrollo de alergias.	Se observan alergias a la leche de vaca.

4.3 ESCENARIOS REALES Y POTENCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA

4.3.1 PATRONES DE SUCCIÓN

La succión y deglución son regulados por el sistema nervioso central y dependen de la integridad de:

- Tallo encefálico.
- Nervios craneales.

¹⁸ *REVISTA MEXICANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA*, Vol. 4, núm. 20 Noviembre-Diciembre 1996

¹⁹ BURROUGHS Arlene. *ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL* pp 188-194, Op.cit.

- Bulbo raquídeo.
- Ganglios basales.
- Centros corticales.
- Músculos (lengua, boca, faringe).

El recién nacido tiene tres reflejos que le ayudan a alimentarse:

Reflejo de deglución: Una vez introducido el pezón en la boca del niño, se despierta el reflejo de succión-deglución que le permite ejercer presión negativa y, comprimir la areola contra su paladar duro con movimientos ondulares de la lengua que exprimen y evacuan la leche hacia la parte posterior de la boca para ser deglutida. Desde la semana 12 de gestación se encuentra presente, y a partir de la semana 32 y 34 el bebé sano puede deglutir bien.

- ❖ El mecanismo se inicia cuando recibe la sensación del líquido en la porción posterior de la boca. La parte posterior de la lengua se eleva con movimientos hacia atrás, similares a los de un rodillo impulsando el líquido al interior de la faringe.
- ❖ La lengua se desplaza hacia arriba, el paladar blando cierra la comunicación con la nasofaringe formando una pared posterior en la cavidad bucal.
- ❖ La epiglotis se mueve hacia abajo, ocluyendo.
- ❖ La parte posterior de la lengua cierra la cavidad bucal y los músculos faringeos impulsan el líquido hacia el esófago.

Reflejo de succión: Consiste en movimientos rítmicos y coordinados de la mandíbula y la lengua, que tienen como finalidad la extracción de la leche. Se inicia a las 28 semanas de gestación.

- ❖ La lengua llena el espacio de la boca durante el reposo. La grasa de los músculos maseteros hace que la mucosa bucal forme una curvatura hacia adentro, facilitando su contacto con la lengua.
- ❖ La mandíbula retrocede y las encías inferiores están ligeramente detrás de las superiores. En la parte posterior de la boca se aproxima el paladar blando y la epiglotis.
- ❖ Durante el amamantamiento la lengua se mantiene encima de la encía inferior, y la porción anterior de la lengua cubre la areola mamaria. Los lados de la lengua rodean el pezón creando un surco durante la alimentación al seno materno.
- ❖ La succión se efectúa mediante las compresiones rítmicas mandibulares, con elevación y depresión de la porción posterior de la lengua. La musculatura de la cintura escapular y cuello también participan durante la succión.
- ❖ La flexión que adquiere el cuerpo del niño, al momento de acunarlo para amamantarlo, es importante para una adecuada succión.

Reflejo de búsqueda: Se desencadena al estimular alrededor de los labios lo que permite al niño abrir la boca, localizar el pezón e introducirlo en la boca. Se encuentra presente desde la 32 semana de gestación, mejorando progresivamente hasta el término de la misma.²⁰

²⁰ Dirección General de Atención Materno Infantil SSA, op cit Pág. 220-233.

4.3.2 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

La alimentación al seno materno proporciona al lactante y a la madre múltiples beneficios los cuales siempre se deben tener en cuenta para poder elegir la opción de brindar alimentación al seno

PARA EL NIÑO

Es el alimento más completo en los primeros 6 meses de vida, etapa en la que se produce el mayor crecimiento del cerebro.

- ◆ La calidad biológica de la leche materna se adapta a los requerimientos cambiantes del niño, inclusive si el niño hubiere nacido prematuro o de bajo peso.
- ◆ Se encuentra lista a cualquier hora, a una temperatura ideal, libre de contaminación, y de fácil digestión, evitando el estreñimiento.
- ◆ Protege al niño de muchas enfermedades infecto-contagiosas, parasitarias y alérgicas principalmente contra diarreas.
- ◆ La lactancia materna adecuada asegura un crecimiento y desarrollo normal. Favorece el funcionamiento de la estructura ósea y muscular maxilo facial, y ayuda en el desarrollo del lenguaje. Tiene menos riesgos de caries o tratamientos de ortodoncia que los niños que se alimentan con biberón.
- ◆ Satisface en el niño su necesidad de afecto protección, seguridad y fortalece la relación emocional madre-hijo. No necesita de otros líquidos aún en zonas calurosas.²¹
- ◆ Los niños alimentados al seno son menos propensos al sobrepeso, existen pruebas de que la lactancia puede incluso proporcionar una protección a largo plazo contra la obesidad
- ◆ Los niños alimentados con leche materna son menos propensos a padecer de irritación perianal o a desarrollar colitis ulcerativa, o invaginación.

Composición ideal: en comparación con las fórmulas lácteas, la leche materna hace que el vaciamiento gástrico sea más rápido, sus nutrientes se dirigen y absorben mejor, y contiene componentes, como los factores de crecimiento, que se cree que intervienen en la maduración del aparato digestivo y en el desarrollo del cerebro.

Reduce la mortalidad por infecciones: la leche humana contiene factores de defensa que protegen al niño frente a las infecciones, principalmente IgA secretora, lactoferrina, lisozima, macrófagos y linfocitos.

²¹ QITO .Manual de fomento y promoción de la lactancia materna. Pág.23-30

Reduce el riesgo de enterocolitis necrosante neonatal: se desconoce el mecanismo exacto de protección de la lactancia materna frente a esta enfermedad, pero debe estar relacionado con la presencia de agentes antimicrobianos en la leche materna.

Reduce el riesgo de muerte súbita: además de la postura del niño (en decúbito prono) al dormir, que es uno de los principales factores de riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, otros factores modificables que desempeñan un papel importante son: el tabaquismo materno y la lactancia artificial, siendo frecuente que se den estos dos factores de riesgo asociados.

Reduce las enfermedades alérgicas: la lactancia natural evita la exposición precoz a alimentos con componentes potencialmente alergénicos, como las proteínas de la leche de vaca, que en personas predispuestas aumentan la posibilidad de que se presenten síntomas alérgicos.

Reduce el riesgo de diabetes mellitus insulino dependientes: se cree que las proteínas u otros componentes de la leche artificial podrían representar un factor desencadenante del proceso de autoinmunidad que da lugar a la diabetes mellitus insulino dependientes, en personas genéticamente susceptibles.

Mejora el desarrollo psicológico e intelectual del niño: se ha observado que los niños amamantados desarrollan una personalidad más segura e independiente, alcanzan un mejor desarrollo psicológico e intelectual, y tienen un menor riesgo de sufrir abandono y maltrato.

Otros beneficios para la salud del niño: la lactancia materna se asocia con tasa más bajas de hospitalización y disminuye el riesgo de mal oclusión dental (mejora el desarrollo de los huesos y los músculos de la cara) y de obesidad, lo que se ha relacionado con el mayor contenido de grasa de la leche materna al final de la toma, que aumenta la sensación de saciedad, ayudando a desarrollar mecanismos de control de la ingesta²²

PARA LA MADRE

La lactancia materna también tiene múltiples beneficios para la madre si la lleva a cabo como los que a continuación se mencionan:

- ❖ Menos hemorragia después del parto.
- ❖ El útero regresa más rápido a su estado normal
- ❖ Menos riesgo de cáncer de mama y ovario.
- ❖ Una recuperación a su peso antes del embarazo
- ❖ Una mejor comunicación con su bebé.
- ❖ La leche que la madre brinda es higiénica, estéril.
- ❖ Es una leche que no se hecha a perder, ni se corta.
- ❖ Alimentar al seno es más fácil para la madre, cuando esta viajando, porque no tiene que cargar, ni gastar en el equipo necesario para dar el biberón

²² GOMEZ, op cit. Pág. 42-49

- ❖ El hecho de que no haya ovulación mientras se alimenta al seno, ayuda a la madre a espaciar sus embarazos
- ❖ La disminución de la depresión puerperal
- ❖ El sentimiento de autorrealización como madre, brindándole seguridad y autoestima
- ❖ La relación afectiva madre-hijo dentro del contexto familiar es más fuerte.
- ❖ La madre tiene un ahorro de dinero y tiempo en la compra y preparación de Biberones y formulas infantiles.

4.3.3 PROBLEMAS EN LA LACTANCIA MATERNA

DE LA MADRE

Pezones largos: Es la prominencia central de la mama situada en la parte media de la areola y que mide más de un cm de altura. Los pezones de algunas mujeres son demasiado largos en la boca de un bebé pequeño.

Este tipo de problema es más común que el de pezones invertidos. Si el pezón es muy largo, el bebé trata de chupar solamente del pezón y no agarra la areola. De esta manera no realiza la oclusión correcta dentro de su boca, su lengua no presiona los senos lactíferos contra el paladar y no obtiene suficiente cantidad de leche, desencadenando el reflejo nauseoso.

MANEJO

- ❖ Colocar al niño en posición prona y a la madre en decúbito dorsal
- ❖ Ayudar a la madre a poner la areola y el pezón largo al mismo tiempo dentro de la boca del bebé.
- ❖ Enseñar a la madre la técnica de retirar al niño del pezón.

Pezones planos o invertidos.: En estos casos se puede emplear la doble jeringa, también puede ser útil el uso de un paño húmedo y frío o la aplicación de hielo durante varios segundos antes de que se inicie la succión para que el pezón protuya y se ponga duro.

Se puede emplear 2 jeringas desechables de 20 cc interconectadas por medio de una sonda foley del no. 14 con una longitud de aproximadamente 15 cm y seccionada en sus extremos para eliminar el balón y las concesiones. Se aplicara el extremo de la jeringa sin embolo al pezón, repitiendo el procedimiento cuando sea necesario.

Insuficiencia de leche: Las razones principales de que exista insuficiencia de leche son: vaciamiento inadecuado de los senos, factores genéticos, preocupación y fatiga. El vaciamiento inadecuado de las mamas puede causarse por sobredistensión, un pezón retraído que dificulta la succión, impedimento para colocar al niño a la mama, una frecuencia inadecuada de amamantamiento ó una succión defectuosa debida a que el niño esta somnoliento, irritable, sea prematuro, ó porque le están dando alimentación complementaria.

Si se le da a un niño alimentos complementarios durante los primeros 3 o 4 días de nacido, es muy posible que falle la lactación a menos que se exprima manualmente la mama

por completo. Si se le da alimento complementario y un biberón completo entre las teta las mamas permanecerán sin vaciarse durante un largo tiempo.

La preocupación, la fatiga y la ansiedad tienen un efecto notable sobre la producción de leche. La madre puede cansarse debido a que tiene que realizar labores en el hogar. Puede preocuparse por separarse de su hijo durante la noche.

La fácil disponibilidad de alimentos enlatados es una de las razones para que la madre tenga leche en cantidad insuficiente. Los alimentos preparados se le dan al niño con tanta naturalidad que cuando trata de vaciar la, mama no lo consigue y empieza a fallar la lactación.

El diagnóstico de insuficiencia se efectúa con base en los síntomas, la apariencia del niño, la insuficiente ganancia de peso. Lloran exageradamente y pueden exigir alimento de modo frecuente. El lactante puede rehusarse a succionar la mama o lo hace por dos o tres minutos y luego la deja para ponerse a llorar. También puede succionar durante un tiempo normal y luego de duerme, pero a la media hora ya está despierto y llorando. Este llanto se detiene cuando lo toman en brazos. Puede sufrir flatulencia y cólicos como resultado de succionar un seno vacío, con la consiguiente deglución de aire, cuyo exceso, puede causarle vómito. La ganancia de peso es insuficiente y tiene tendencia a estreñirse. Si la deficiencia de leche es marcada, el niño presentara heces por inanición (pequeñas heces verdaderas frecuentes con moco y sin materia fecal) después de un tiempo el niño se ve desnutrido y sus tejidos pierden turgencia, si la deficiencia de leche continua, puede perder el apetito y se torna lánguido y agotado que ya no llora ni siquiera para pedir su alimento.

Si el neonato continúa perdiendo peso hacia el quinto día de nacido o no ha comenzado a aumentar de peso, necesita de un alimento complementario después de la alimentación al seno materno.²³

Hipersensibilidad de los pezones: El dolor del pezón al amamantar es en general provocado por irritación y trauma. La principal causa es la mala posición del niño al amamantar o un mecanismo de succión intenso o anormal y para ello se debe:

- ◆ Valorar el mecanismo de succión y observar si el pezón queda isquemico después de la succión, observando la posición del labio inferior hacia fuera y los movimientos de la boca.
- ◆ Antes de amamantar: Estar cómoda y relajada aplicar hielo sobre el pecho y pezón afectados, 3-5 min. Antes de amamantar extraer una pequeña cantidad de leche para ablandar la areola y estimular el reflejo de bajada de la leche antes de que el niño mame.
- ◆ Durante las mamadas: ofrecer primero el lado menos afectado, colocar al niño en una posición adecuada para mamar, cambiar la posición del niño cada mamada, amamantar frecuentemente cada 2 a 2 ½ horas, al retirar al niño del pecho romper la succión suavemente insertando un dedo entre las encías del niño.

²³ RONALD S. El niño normal Pág. 23-26

- ◆ Después de las alimentaciones: Extraerse unas gotas de leche con las que se cubre el pezón y la areola, dejándola secar al aire.
- ◆ Evitar jabón, alcohol y cremas sobre los pezones .Para el dolor se puede usar acetaminofen sin problemas para el niño. Si el dolor es interno, se debe extraer la leche, manualmente con la misma frecuencia con la que se alimenta el niño para evitar la congestión mamaria.

Congestión mamaria: La congestión es la acumulación intramamaria de sangre y otros fluidos, así como la leche. La madre refiere sentir las mamas duras, sensibles y con nódulos calientes, tensos y con piel brillante en el momento de la bajada de la leche. La congestión puede hacer que se aplane el pezón haciendo difícil la succión. Las siguientes medidas ayudarán a solucionar el problema habitualmente en 24 a 48 hr.

Aplicar calor húmedo sobre las mamas 3-5 minutos antes de amamantar, seguido de masaje suave con movimientos hacia el pezón .Extraer en forma manual o mecánica la leche suficiente como para ablandar la areola para permitir que el niño tome el pecho en forma adecuada .Amamantar frecuentemente cada 2 ½ horas o antes por lo menos durante 15 minutos después de la bajada de la leche. Estar relajada y tranquila. Usar un brasier cómodo. Si el dolor es intenso puede tomar acetaminofen 500 mg v.o c/8 hrs.

Mastitis: Si la obstrucción del conducto persiste o existe un foco cercano de infección, se puede producir una mastitis que se manifiesta por calor, dolor y rubor a consecuencia de la contaminación bacteriana. La inflamación del seno se caracteriza por, inflamación, dolor, hiperemia y fiebre. Ocurre más frecuentemente durante las primeras semanas de la lactancia sobre todo cuando se produce más leche de la que es removida del seno. Uno de los gérmenes que con frecuencia producen mastitis no epidérmica es el staphylococcus aureus.

La alimentación al seno debe de ser interrumpida, ya que el drenaje del seno es esencial, se acorta la duración de la inflamación y con menor frecuencia se complica con abscesos. Se recomienda además reposo en cama por 24 hr, aplicación de hielo en la mama afectada por 3 a 15 minutos de cada lado, ofreciendo primero el lado afectado. Cambio de la posición del niño, tomar líquidos abundantes y tratamiento antimicrobiano.

Absceso mamario: Es la acumulación de material purulento producido por una infección bacteriana. La madre presenta síntomas de infección como fiebre, escalofrío, malestar general y se caracteriza por masa dolorosa de consistencia quística con eritema de piel.

Grietas del pezón: Es la solución de continuidad en la piel del pezón secundaria a trauma por mal agarre del niño o por resequedad de la piel circundante del pezón y la areola. Son ocasionadas por la mala posición al mamar su manejo incluye todas las medidas señaladas en relación al dolor, debiendo de identificar aquellos casos en donde hay infección sobreadegada sobre la grieta se deberá de aplicar aseos con un antiséptico local (isodine) y el uso de antibiótico tópico.

Edema del pezón: Generalmente provoca dolor intenso, prurito, resequedad, pequeñas y múltiples escoriaciones sobre la superficie que pueden o no cubrirse de costras melisericas y que le dan un aspecto rugoso al tacto. La aparición generalmente es secundaria al traumatismo del pezón, al uso de ropa de nylon, y puede aparecer en cualquier momento de la lactancia o fuera de ella. El tratamiento es con la aplicación de astringentes con fomentos de té de manzanilla sobre el pezón y el uso de antibióticos locales como el bactroban, así como antiinflamatorios potentes como la betametasona.²⁴

Galactorrea: La leche puede gotear de una mama cuando el lactante succiona de la otra. Puede gotear leche de ambas, mamas cuando se presenta el reflejo expulsor por condicionamiento, antes de que el niño empiece a succionar. La salida de leche puede ocurrir en la noche cuando no se han vaciado las mamas durante largo tiempo. Este trastorno es molesto para la madre, pero inofensivo y debe utilizar una almohadilla de algodón absorbente para evitar ensuciar la ropa. La presencia de galactorrea no significa que la madre tenga una gran cantidad de leche, como la gran mayoría de mujeres cree. La galactorrea se presenta en varias condiciones patológicas que incluyen tumores de la glándula pineal, acromegalia, tumores suprarrenales, y corioepitelioma

A algunas madres se les aconseja NO amamantar, debido a problemas de salud, tales como:

- ❖ Enfermedades graves (enfermedad del corazón o cáncer)
- ❖ Nefritis
- ❖ Tuberculosis activa, no tratada
- ❖ Infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o SIDA
- ❖ Lesiones por herpes activo en la mama
- ❖ Desnutrición grave

VIH-SIDA :Aunque el virus ha sido cultivado en leche de Madres infectadas, se considera que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia es muy bajo, pero debe tenerse en cuenta que inmediatamente después de que la Madre se infecta con el virus, existen en su sangre altas concentraciones de virus, pero no de anticuerpos, mecanismo que explica el que un Niño se infecte de su Madre que le amamanta, cuando esta adquirió la infección en el postparto inmediato (transfusión de sangre por ejemplo). De cualquier forma, deberán valorarse los beneficios de la lactancia con el teórico incremento en el riesgo de que el Niño se infecte a través de la lactancia Materna, decidiéndose por la no lactancia cuando la Madre adquirió la infección en forma reciente.

Hepatitis B.- No se puede excluir la posibilidad de que una Madre infectada activamente de Hepatitis B o portadora del virus, pueda transmitir la enfermedad a través de la leche Materna. En esta situación, el Niño ha sido expuesto a riesgo mayor a través de la sangre Materna, el líquido amniótico y las secreciones vaginales, por ello, la Academia

²⁴ HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. Manual de lactancia materna Pág. 10-20

Americana de Pediatría recomienda la administración de gammaglobulinas inmune para Hepatitis B en niños de madres portadoras que son amamantados.

DEL NIÑO

Obstrucción de las fosas nasales: es cualquier impedimento que se presenta en la luz de las fosas nasales producido por el edema de las paredes, o por mucosidades que no se logran expulsar.

MANEJO

- Colocar gotas de suero fisiológico en las fosas nasales antes de cada mamada, si hay obstrucción nasal.
- No suspender la lactancia materna.
- Si el niño presenta dolor al succionar el seno, recomiende a la madre hacer la extracción manual de la leche y administrarla con cuchara o vaso.

Confusión de pezones: Es el cambio en el patrón normal de succión que desarrolla un niño, producido por la utilización de chupos de biberón o de entretención. El típico funcional (respiración-succión-deglución) se altera por el uso de los anteriores elementos.

Se conoce clínicamente por dolor en el pezón (la madre siente que el niño la muerde, por la tendencia de éste a llevar la lengua hacia arriba, lo que hace que no haya presión sobre los senos lactíferos, dificultando la salida de leche e incitando al niño a que suelte el seno y se desespere. También se encuentra inversión de los labios del niño al succionar.

MANEJO

- ◆ Explique la importancia y ventajas de la Lactancia Materna.
- ◆ Enseñe y evalúe técnicas de amamantamiento.
- ◆ Realice y enseñe a la madre ejercicios de masaje peribucal para la estimulación de la succión del seno.
- ◆ Recomiende la extracción manual y el suministro de leche materna con vaso, cuchara.
- ◆ Suspenda el uso de chupos y biberones.

Niño pequeño con dificultad para succionar: Son los niños que pesan menos de 1800 gr. y presentan succión débil.

MANEJO

- Valoración por el Pediatra.
- Alimente con leche materna extraída manualmente, hasta cuando esté en capacidad de succionar efectivamente.
- El niño prematuro y de bajo peso se cansa más al succionar, por lo tanto hará tomas cortas y con mayor frecuencia.

- Si el recién nacido duerme por un tiempo mayor de cuatro horas, se debe despertar para alimentarlo.
- Si la ganancia de peso no es adecuada, realice extracción manual, coloque al niño para que inicie la mamada de la leche del final que es más rica en grasa y luego aliméntelo con la lecha extraída (en vaso o cuchara) para complementar la toma. Esto ayudará a una mejor ganancia de peso.

Labio y paladar hendido: Existen varios grados de la extensión de la lesión, cuando la afección se localiza solamente a labio, el amamantamiento es fácil, cuando se extiende a paladar, el niño tiene la dificultad para crear la presión negativa y poder mantener el pezón dentro de la cavidad oral, las posiciones recomendadas son la de caballito o semiparada o bien la posición de balón.

La mayor severidad del problema radica en el temor por parte del médico o de los familiares hacia la alimentación a seno materno, ya que la mayoría de estos niños presenta una lactancia exitosa si el amamantamiento se da tempranamente. Cuando estos niños son alimentados con biberón presentan el Síndrome de confusión más acentuado que un niño normal.

Estos lactantes presentan una deglución abundante de aire por lo que hay que extraer el mismo en varias ocasiones durante el amamantamiento, para asegurar una ingesta adecuada de leche y así evitar un insuficiente incremento de peso que se presenta frecuentemente en este tipo de pacientes.

Hay que informar a la madre de las ventajas de lactancia materna en estos niños como son el menor riesgo de infecciones comunes en el lactante (oído medio y respiratorio), así como también el lazo afectivo madre-hijo se da tempranamente y por último en el posquirúrgico se favorece la cicatrización ya que estos pacientes lloran menos.

Ictericia y lactancia: Condición común *que* afecta a casi la mitad de los Recién Nacidos de término y sanos y a las tres cuartas partes o más de los prematuros, que consiste en una pigmentación amarilla de la piel y mucosas y que nunca debe ser ignorada.

Las principales causas son: Inmadurez (ictericia fisiológica), lactancia materna, medicamentos, infecciones, Incompatibilidad sanguínea, anomalías congénitas. En condiciones normales, la bilirrubina se une químicamente a proteínas como la albúmina que la transporta al hígado, donde por medio de un proceso llamado *conjugación*, es transformada de bilirrubina indirecta a directa o conjugada, para que pueda ser eliminada a través de la bilis al intestino, donde sufre algunas transformaciones que permiten su eliminación a través de las heces, o bien su neutralización, absorbiéndose por el intestino. Debe recordarse que la bilirrubina indirecta tiene afinidad por el tejido graso, lo que explica su predilección por el sistema nervioso central y su lesión a los núcleos basales produciendo el ya conocido kernicterus.

Ictericia fisiológica. Resulta de la destrucción normal de eritrocitos y el retraso de la eliminación de sus derivados, debido a inmadurez en el proceso de conjugación. Característicamente la ictericia no es muy severa, inicia al tercer día de vida y desaparece al final de la primera semana.

Ictericia por lactancia materna. Es poco frecuente, se ve cuando el volumen de leche Materna es bajo, en Niños con estreñimiento, en quienes se administran otros líquidos orales, aparece entre el cuarto y séptimo día de vida y puede persistir hasta 3 semanas o 3 meses.

Son válidas las exposiciones al sol del niño para favorecer la resolución de la ictericia, pero también se ha visto, que el amamantamiento frecuente es la mejor forma de reducir drásticamente los niveles de bilirrubina en casos de ictericia fisiológica.

Cuando se refiere a la ictericia por lactancia, no se justifica en ninguna circunstancia la suspensión del Seno Materno como base del tratamiento de la ictericia. Pueden hacerse breves interrupciones de la lactancia por períodos no mayores de 72 h en los cuales se ve que la ictericia cede en forma rápida y al reiniciar el amamantamiento, la ictericia nunca alcanza los niveles previos a la suspensión de la lactancia.

Galactosemia

Existen dos formas:

- Deficiencia de galactoquinasa, enzimas que se requieren para fraccionar la galactosa, un componente de la lactosa. Si un niño con esta enfermedad recibe leche materna o cualquier otro alimento que contenga lactosa, presentara niveles altos de galactosa en la sangre, tendrá glucosuria y desarrollará cataratas.
- La otra forma de enfermedad es aun más seria, es debida a la deficiencia de la enzima galactosa 1, fosfato uridil transferansa que se requiere en el metabolismo de la galactosa. Los síntomas incluyen diarrea, vómito, hepatomegalia, ictericia y esplenomegalia. Se pueden desarrollar cataratas, cirrosis hepática y retardo mental.

El tratamiento de ambas es suspender definitivamente la lactancia y cualquier fórmula que contenga lactosa.²⁵

²⁵ HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, op cit pág 10-20

4.4 REALIDADES Y MITOS EN LA LACTANCIA MATERNA

4.4.1 PREPARACION E HIGIENE DEL SENO

En algunas ocasiones los pezones no tienen la forma cónica habitual proyectada hacia afuera, y pueden ser planos o invertidos. Los pezones planos no sobresalen de la areola (piel más oscura que rodea al pezón) ni tampoco salen hacia afuera cuando son estimulados. Los pezones invertidos pueden verse normales, un poco hundidos o directamente muy hundidos pero se retraen hacia atrás, en forma de ombligo, cuando son estimulados.

Los pezones planos o invertidos se tratan durante la gestación, aunque las intervenciones se pueden realizar después del nacimiento del bebé. La madre puede frotar los pezones planos entre el dedo pulgar y el índice, con un movimiento circular, antes de amamantar para que estén más erectos y el lactante los pueda tomar con más facilidad. Los ejercicios de Hoffman pueden empezarse después del nacimiento del niño y consisten en colocar los dedos sobre la areola y separarlos suavemente para extender el tejido, lo cual ayuda a liberar las adhesiones que propician la inversión del pezón. Este ejercicio se repite moviendo los dedos en torno a la areola.²⁶

Para la higiene de las mamas se deben lavar solo con agua, sin jabón, evitando el uso de cremas, y lociones. Usar un sostén que sostenga, pero no apriete. Colocar correctamente el niño al pecho con el pezón y areola dentro de su boca. Para el cuidado de los pezones sólo se requiere extraer unas gotas de la misma leche después de la mamada y cubrir con ésta el pezón y la areola, dejando secar al aire libre.

4.4.2 TECNICAS DE ALIMENTACION

Tanto la madre como el lactante deben de estar cómodos mientras se amamanta. Es importante variar las posiciones para cambiar los puntos de presión sobre el pezón y la areola, lo cual ayuda a evitar que duelan los pezones. La madre puede escoger entre acostarse de costado, el brazo cruzado, el brazo de balón de fútbol²⁷.

1. **Colóquese de manera adecuada:** es más sencillo comenzar las primeras sesiones de lactancia si se encuentra sentada sobre la cama, en un sillón cómodo con brazos o en una mecedora. Las almohadas son imprescindibles, colocarlas detrás de la espalda, bajo el codo y sobre el regazo para sostener al bebé. Utilizar un banco pequeño para apoyar los pies y levantar las rodillas o colocar una almohada debajo de las rodillas si está sentada en la cama.
2. **Coloque a su bebé de la manera adecuada:** el bebé debe estar acostado de lado con todo el cuerpo de frente a la madre y con sus rodillas encogidas pegadas al cuerpo de ella. La cabeza tiene que descansar sobre su antebrazo o en el brazo a la altura de la parte interna del codo y la espalda recargada en su antebrazo de tal modo que su

²⁶BURROUGHS, op cit Pág. 190

²⁷IDEM Pág. 188-194

mano pueda sostenerlo de su cadera o del muslo. La oreja del bebé, el hombro y la cadera deben estar en línea recta y la cabeza alineada con el resto del cuerpo, ni arqueada hacia atrás ni volteada hacia delante. Abraza al bebé a la altura de su pezón para que la madre no tenga que agacharse hacia delante y él no tenga que esforzarse para prender el pezón. Una almohada sobre el regazo puede ayudar.

3. **Ofrezca el seno al bebé:** con la mano que tenga libre tome su seno, sosteniéndolo con los dedos por debajo y el pulgar por arriba. El pulgar y el dedo índice deben formar una "C". asegúrese que los dedos estén colocados exactamente detrás de la areola.
4. **Ayude a su bebé a prenderse adecuadamente:** con el pezón roce su labio inferior. Si el bebé voltea la cabeza hacia otro lado, toque con suavidad la mejilla más cercana a usted y por movimiento de reflejo volteará la cabeza. Intente rozar el labio inferior mientras le habla y lo anima para que abra la boca. Espere que el bebé abra bien la boca, y rápidamente centre el pezón dentro de su boca, por arriba de la lengua; con el brazo que lo sostiene, acerque al bebé contra su seno.

Es importante que lo acerque a su cuerpo en lugar de inclinarse hacia él. Es posible que le tome algún tiempo coordinar sus movimientos con las reacciones del recién nacido antes de lograr que todo transcurra de manera tranquila. Si el bebé se siente frustrado, la madre tendrá que detenerse y acariciarlo un momento antes de volver a intentarlo.²⁸

La madre tiene que aprender a separar al niño del seno para que eructe y cuando ha terminado para evitar lesiones, el lactante debe ser retirado, de modo que la madre pondrá el dedo en la comisura de los labios para romper la succión y separarlo de inmediato, antes de que comience a succionar de nuevo. Otra forma de romper la presión es ejercer presión hacia abajo en la barbilla del niño.²⁹

4.4.3 POSICIONES



Figure 1. Cradle Hold

Posición de cuna o "acunar al bebé" La posición del bebé en brazos, "acunado", es usada más comúnmente después de las primeras semanas. Para darle el pecho a tu bebé mientras lo sostienes en tu regazo, el bebé deberá estar de lado, apoyando su hombro y cadera en tus brazos, con su boca al nivel de tu pezón. Usa almohadas para levantar a tu bebé y apoyar tus codos, para llevar a tu bebé a la altura de tu pezón, especialmente las primeras semanas. Sostén tu pecho, ya sea con la posición "U" o la posición "C", como se describe en la sección de abajo. La cabeza de tu bebé deberá estar en tu antebrazo y su espalda estará a lo largo de la parte interior de tu brazo y la palma de tu mano. Cuando veas

hacia abajo, deberás ver el lado de su cuerpo. Su boca deberá estar cubriendo al menos media pulgada de tu areola (la parte oscura que rodea el pezón). Asegúrate que su oído,

²⁸ SCHOENFELD, *El arte femenino de amamantar* Pág.34-41

²⁹ BURROUGNS, op cit Pág. 194

hombro y cadera estén en una línea derecha. Mientras sea un recién nacido, la cabeza y los pies de tu bebé deberán estar al mismo nivel.

Posición de cuna-cruzada. Durante las primeras semanas, muchas mamás descubren una variación de la posición en forma de "acunar" que les es más útil, la posición de cuna-cruzada. Para esta posición, tu bebé se apoya en una almohada a lo largo de tu regazo, para ayudarlo a estar a la altura de tu pezón. Las almohadas también deberán servir de apoyo para tus dos codos, para que tus brazos no sostengan el peso del bebé; ya que se te cansarán antes de que hayas terminado de alimentarlo.

Si te estás preparando para amamantar con el pecho izquierdo, tu mano izquierda sostiene el pecho con la posición "U".



Figure 3. Cross Cradle Hold

Tú sostienes a tu bebé con los dedos de la mano derecha. Haz esto suavemente, colocando tu mano detrás de las orejas de tu bebé y de su cuello, con tu pulgar y dedo índice detrás de cada oreja. El cuello de tu bebé descansa sobre la membrana entre el pulgar, el dedo índice y la palma de tu mano, formando un "segundo cuello" para tu bebé. La palma de tu mano se coloca en el centro, en medio de sus hombros (entre los omóplatos). Mientras te preparas para acomodar a tu bebé, asegúrate de que su boca esté muy cerca de tu pezón desde el principio. Cuando el bebé abre la boca muy grande, tú empujas con la palma de tu mano desde el centro en medio de los omóplatos. Su boca deberá cubrir al menos media pulgada de la base de tu pezón.

Amamantar acostada.: Durante las primeras semanas probablemente la madre se sienta más cómoda si se amamanta en forma recostada de lado. Necesitará usar almohadas tanto para apoyarse como para sostener al bebé. Al principio, es posible que se necesite ayuda para acomodar al bebé en una posición en la que él pueda afianzar correctamente el pezón. Recuéstese sobre un costado con una almohada bajo la cabeza. Acueste al bebé de lado frente a usted de modo que su boca quede a la altura del pezón y sus rodillas dobladas junto a usted. Coloque el brazo por debajo del bebé con su cabeza apoyada en el hueco del codo. Incline su espalda sobre las almohadas colocadas detrás de usted y ofrezca el seno. Esta posición debe ser usada cuando se presenta un parto por cesárea, cuando se está incomoda sentada, o cuando esta cansada.



Postura de fútbol americano.



Figure 2. Football or Clutch Hold

Sentada en una silla, coloque al bebé a su lado y con sus piernas debajo de su brazo y sostenga su cabeza con la mano de ese mismo brazo con que lo sostiene. Con la ayuda de almohadas acérquelo a la altura del pezón. Al acomodarlo, compruebe que sus piernas no estén empujando el respaldo de la silla. Si esto sucede, flexione un poco las rodillas del bebé hacia arriba para que sus nalgas queden apoyadas contra el respaldo de la silla.³⁰ Esta posición es adecuada cuando se ha tenido un parto por cesárea ya que evita el tener que colocar a su bebé contra su incisión abdominal. Si sus pechos son grandes o si el bebé tiene dificultad para prenderse del pecho ó cuando la madre tiene pezones invertidos.

4.4.4 FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS COMIDAS.

La leche materna se digiere más rápidamente que la de fórmula (en 2 horas), el recién nacido necesita ser alimentado cada 2 a 3 hrs. Al principio la capacidad del estomago es reducida. Los lactantes que son alimentados con frecuencia durante el día dormirán, periodos más largos en la noche.

La alimentación no se debe limitar a un tiempo exacto, por ello se aconseja alimentar al niño las veces que lo solicite, y el será quien determine con que frecuencia será alimentado. Al observar el comportamiento del pequeño se sabrá cuando esta listo para comer, si busca, succiona, se lleva la mano a la boca, llora y está alerta, son indicaciones de que tiene hambre. El llanto es un síntoma tardío de hambre. Las madres advierten la sensación del reflejo de "descenso" de la leche: hormigeo, plenitud y picazón o experimentan goteo de leche, cuando creen que están listas para amamantar. El reflejo de descenso puede inhibirse o estimularse según el estado de ánimo de la madre (si esta ansiosa o se avergüenza de amamantar). El bebe succionará durante 15 minutos en el primer seno y se cambiara al otro. El tiempo de amamantamiento se determina al escuchar la deglución y observar el comportamiento del lactante. La ingestión será adecuada cuando la deglución es audible, el niño duerme después de alimentarse, orina seis veces al día y aumenta de peso de forma constante.³¹

³⁰ SCHOENFELD, op cit Pág. 34-41

³¹ BURROUGHS, op cit Pág. 88-194

4.4.5 EXTRACCION MANUAL DE LA LECHE

El primer día después del parto, la extracción de leche se debe realizar en sesiones de 3 a 5 minutos en cada pecho, aumentando el tiempo hasta un mínimo de 20 minutos en cada sesión y en menos en 5 sesiones al día. Para la extracción manual se indicara a la madre que coloque la mano en el borde de la areola, con el pulgar por encima y los otros dedos por debajo de ella. Con suavidad, tiene que presionar hacia atrás hacia las costillas, y después, comprimir la mama entre el pulgar y los otros dedos, tratando de juntarlos, debe seguir comprimiendo el pecho mientras se separa la mama de la pared torácica. Sin deslizar los dedos sobre la piel y repetir este movimiento de forma rítmica a una velocidad que resulte cómoda. Debe ir cambiando los dedos de posición, rotándolos alrededor de la mama para vaciar todos los cuadrantes.

Recomendaciones para la extracción de la leche:

- ◆ Para que el vaciamiento funcione adecuadamente, es importante que la posición sea cómoda y el ambiente, tranquilo y relajado.
- ◆ La madre debe lavarse las manos con agua caliente y jabón antes de manipular sus pechos o el recipiente en que vaya a almacenar la leche.
- ◆ Todos los accesorios usados (bombas sacaleches, recipientes) deben ser estériles.
Para facilitar la salida de la leche, se puede:
- ◆ Antes de iniciar la extracción aplicar compresas o toallas calientes sobre las mamas, darse una ducha caliente, o suspender el pecho en un recipiente con agua caliente.
- ◆ Inclinar el cuerpo hacia delante y sacudir el pecho suavemente
- ◆ Mirar una foto del niño
- ◆ Realizar un masaje, apretando suavemente el pecho con la punta de los dedos, desde la parte más distante hacia la areola. La posición de los dedos se va cambiando para practicar el pasaje por todos los cuadrantes de la mama. El masaje no debe doler ni dejar marcas rojas.
- ◆ A continuación, proceder a la extracción manual o con bomba sacaleches.³²

TECNICA MARMET

Charles Marmet diseño un sistema de extracción manual: el método Marmet, la clave es combinar la extracción manual con los masajes que estimulan la bajada de la leche, a continuación se describe la técnica:

Vaciado de los depósitos de leche

1.- Coloque el pulgar y los dedos índice y mayor por detrás del pezón a una distancia aproximada de 2.5 a 4 cm.

- ◆ Tome como referencia esta medida, que no indica necesariamente el borde externo de la areola, cuyo tamaño varia de mujer a mujer.

³² GOMEZ, op cit Pág. 45-46

- ◆ Coloque la yema del pulgar por arriba y las yemas de los otros dedos por debajo, formando una "C".
 - ◆ Asegúrese de que los dedos queden colocados por encima de los depósitos lácteos.
 - ◆ Evite sostener el seno con la palma de la mano.
2. Presione contra la pared torácica.
 - ◆ Evite separar los dedos
 - ◆ Si el seno es voluminoso, levántelo y presione después hacia adentro.
 3. Gire los dedos hacia enfrente como si tratara de imprimir las huellas digitales.
 - ◆ El movimiento rotatorio comprime y vacía los depósitos lácteos sin lastimar el sensible tejido de los senos.
 4. Repita rítmicamente el movimiento para permitir que se vacíen los depósitos lácteos, coloque, presione y gire.
 - ◆ Empuje el pulgar y los dedos hacia adelante con la punta de los dedos.
 - ◆ Este movimiento del pulgar y de los demás dedos comprime y vacía los depósitos de leche sin lastimar el delicado tejido del seno.
 5. Rote la posición del pulgar y los dedos para extraer la leche de todos los depósitos de leche. Utilice las dos manos en cada seno.

Evitar

- ◆ Apretar el seno, ya que podría causarse moretones
- ◆ Jalar el seno o el pezón, porque podría lastimar el tejido.
- ◆ Deslizar los dedos sobre el seno, pues podría ocasionarse irritaciones en la piel.

Estimulación del flujo de la leche.

1. Masajee sobre los ductos y los alvéolos productores de leche.
 - ◆ Inicie por la parte superior del seno, presionando con firmeza contra la pared torácica con movimientos circulares sobre un solo punto.
 - ◆ Unos segundos después coloque sus dedos en otro punto del seno.
 - ◆ Recorra el seno con este masaje en espiral hasta la areola.
 - ◆ El movimiento es similar al empleado en la revisión médica de los senos.
2. Golpee suavemente la superficie del seno, desde la parte superior hasta el pezón, con golpes delicados practicados con las yemas de los dedos.
 - ◆ Continúe este golpeteo desde la pared torácica hasta el pezón, rodeando todo el seno.
 - ◆ Este masaje es relajante y estimulara el reflejo de la bajada de la leche.
3. Inclínala hacia delante, sacuda el seno para que la fuerza de gravedad ayude a la salida de la leche.³³

³³ SHOENFELD, op cit Pág. 90-91

Almacenamiento de la leche materna

La leche fresca que se acaba de bombear puede almacenarse a temperatura ambiente por hasta 10 horas. Una vez que la leche se haya refrigerado o congelado y se caliente a temperatura ambiente, sólo estará buena a temperatura ambiente por 1/2 hora.

La leche fresca que se acaba de bombear puede refrigerarse por hasta 5-7 días. Huela o pruebe su leche para asegurarse de que esté fresca antes de ofrecerla a su bebé.

La leche fresca que se acaba de ser bombeada puede almacenarse en el congelador promedio por hasta seis meses, dependiendo de la capacidad de congelamiento de su refrigerador. Si el helado se mantiene congelado y sólido, su congelador es adecuado para almacenar la leche durante seis meses. Si el helado se mantiene suave, su congelador es adecuado para almacenar la leche sólo por tres meses. La leche puede almacenarse a una temperatura baja de congelación (20 grados Fahrenheit) por hasta 12 meses. Guarde la leche en la parte más fría del congelador, alejada de la puerta.

La leche fresca que se bombea y que se ha refrigerado por hasta 48 horas puede estar congelada. (NO CONGELE la leche que se haya refrigerado por más de 48 horas.)

La leche materna se expande cuando se congela. Llene el biberón o bolsa hasta que el nivel se encuentre a una pulgada de la parte superior, dejando espacio para la expansión. Si utiliza una bolsa, doble la parte superior de la misma y sujétela con una tira de alambre (twist-tie) o una liga.

Etiquete el recipiente de leche con la fecha y la hora en que se extrajo.

Si se extrae fácilmente grandes cantidades de leche, llene varias botellas de plástico o bolsas en vez de llenar una sola botella grande. Su bebé sólo tomará unas cuantas onzas al principio, por lo que no debe desperdiciar su valiosa leche.

Al transportar la leche materna para utilizarla fuera de casa, manténgala fría hasta justo antes de usarla. Se puede usar una pequeña hielera con hielo o paquetes congelados para mantener la leche fría durante su transporte. Use la leche más vieja primero.

Descongele la leche materna a temperatura ambiente, o en un tazón con agua caliente de la llave. Descongele utilizando la menor cantidad de calor posible. Nunca use el microondas para descongelar la leche materna ya que puede crear partes calientes y destruir algunas vitaminas y enzimas beneficiosas.

La leche materna a menudo se separa cuando se enfría, ya que la crema flota hacia la parte superior. Mezcle la leche agitándola con gentileza. No alimente a su bebé con leche descongelada, hasta que esté completamente descongelada.

Deseche cualquier leche que huelo o sepa agria. Una vez que se ha descongelado la leche, sólo sirve en el refrigerador durante 24 horas.

4.4.6 ALIMENTACIÓN DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

Las madres que amamantan deben tomar tres alimentos bien equilibrados al día para cubrir sus necesidades nutricionales y proporcionar suficientes nutrimentos al lactante. Al establecerse la lactancia, la madre puede producir 750 ml de leche al día aproximadamente. La madre debe de aumentar el consumo de líquidos, así como aumentar 500 calorías diarias, a la dieta que consumía antes de embarazarse. Es importante que se incorpore una cantidad de calcio, se recomienda 1 200 mg diarios. Con esta cantidad se cubre las necesidades personales y ayuda a prevenir la osteoporosis.

Si la madre ingiere los alimentos mínimos recomendados, obtendrá la cantidad de proteínas, vitaminas y necesarios para la lactancia. Los alimentos que pueden causar algunos problemas son la col, pues pueden producir gases, así como la cebolla y frutas como las ciruelas.³⁴

Una forma sencilla de transmitir a la madre cuales alimentos debe ingerir, es utilizar un listado de ellos.

- ◆ Cereales y tubérculos: este grupo aporta principalmente hidratos de carbono.
- ◆ Cereales: son granos secos que provienen de plantas con espiga como: maíz, arroz, avena, centeno trigo y cebada.
- ◆ Tuberculoso. Son raíces cuyo aporte nutricional es similar al de los cereales, como papa, camote, yuca, raíz de chayote, yuca.
- ◆ Frutas y verduras: Este grupo aporta vitaminas y minerales que proporcionan vitamina A, acelgas, quelites, verdolagas, zanahorias, jitomate, melón y mandarina.
- ◆ Leguminosas y alimentos de origen animal. Incluyen las carnes de res, pollo, cerdo, así como vísceras, queso, huevo y yogurt.
- ◆ Grasa y azúcares. Este grupo es considerado como accesorio ya que se utilizan para dar sabor a las comidas a parte de dar energía.

Para obtener una dieta equilibrada y variada se deben combinar los grupos de alimentos en cada tiempo de comida siguiendo tres principios básicos: Consumir fruta y verduras. Es conveniente consumir las frutas y verduras de la atención para hacer más económico y variado del menú. Combinar cereales y tubérculos con leguminosas. Es importante que en cada tiempo de comida se incluyan cereales o tubérculos con leguminosas, ya que al combinárselas complementan sus proteínas mejorando su calidad. Consumir una pequeña cantidad de productos de origen animal. A pesar de que estos alimentos contienen proteínas en alta cantidad, son caros y tienen un alto contenido de colesterol y grasa saturada.³⁵

³⁴ SCHULTE, *Enfermería pediátrica de Tompson*, Pág.61-65

³⁵ Dirección General de Atención Materno Infantil, op cit. Pág. 267

4.4.7 LACTANCIA Y MEDICAMENTOS

Muchos medicamentos que se administran a la madre se excretan a través de la leche materna, pero parte de estos se excretan en cantidades pequeñas y es poco probable que causen daño al lactante.

La nicotina (tabaquismo) puede disminuir la producción de leche. Además cuando una mujer que alimenta al seno, fuma, el metabolito de la nicotina, la cotinina, se encuentra en grandes cantidades en la leche materna, y en la orina y saliva del niño. La heroína y otros fármacos adictivos pueden también ingerirlos el niño mediante la leche materna.³⁶

Se debe de tomar en cuenta que de acuerdo a la afinidad que tengan los medicamentos y sus propiedades son lo que va a permitir su difusión a la leche como: la falta de unión de proteínas, afinidad a bases débiles, liposolubilidad, así como bajo, peso molecular. Para minimizar el paso de las drogas a la leche deberemos tomar en cuenta el tipo de padecimiento de la madre y tratar en lo posible de no usar medicamentos o evitar la terapéutica con estos. Si se hace necesario se deberá emplear la droga que tenga menor paso a la leche o que proporcione metabólicos inactivos, o buscar una vía de administración alterna.

También es importante considerar algunos factores al escoger una droga como son la dosis y duración del tratamiento, la edad del niño en relación a su edad gestacional (prematurez), la cantidad de leche consumida, conocer la experiencia con la droga al administrarse a los niños en forma directa, conocer el grado de absorción en el niño. Conocer los efectos potenciales a largo plazo, la posible interferencia con la lactancia.

De emplearse algún medicamento, tratar de minimizar el paso de la droga al evitar amamantar en los periodos de máximos niveles sericos del medicamento, por lo cual se recomienda utilizar medicamentos con vida media corta, evitando por lo tanto los de liberación prolongada, amamantar antes del periodo más largo entre tetada y tetada, por lo cual no se deberá usar drogas de acción prolongada.

Cuando se administren medicamentos contraindicados, la lactancia se deberá de suspender en forma transitoria y para continuar la lactancia se mantendrá realizándose extracción manual temporalmente y al termino del tratamiento reinstalar la lactancia a seno materno. En algunos casos la suspensión deberá ser definitiva.

Se deberá recordar que ciertos medicamentos aparecen en la leche materna en mínimas cantidades, pero no hay que olvidar que la madre produce 60 ml de leche por hora y por lo tanto el bebe puede consumir altas concentraciones del fármaco.

³⁶ RONALD. op cit. Pág. 7-32

FÁRMACOS Y SUSTANCIAS CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA³⁷

<i>FÁRMACO</i>	<i>EFFECTOS</i>
Bromocriptina	Suprime la lactación, puede ser peligrosa para la madre
Cocaína	intoxicación por cocaína
Ciclosporina	Posible supresión inmunitaria, efecto desconocido en el crecimiento
Ergotamina	Vomito ,diarrea convulsiones (las dosis que se usan en los medicamentos para migrañas)
Metotrexato	Posible supresión inmunitaria, efecto desconocido en el crecimiento
Fenilciclidina	Alucinógeno potente
Heroína	Temblores, inquietud, vómito, mala alimentación
Marihuana	Sólo hay un informe en la literatura, sin ningún efecto mencionado
Nicotina	Choque, vomito, diarrea, aceleración de la frecuencia cardiaca, disminución de la producción de la leche

FÁRMACOS QUE SE HAN RELACIONADO CON EFECTOS IMPORTANTES EN ALGUNOS LACTANTES Y QUE DEBEN ADMINISTRARSE CON PRECAUCIÓN.³⁸

FÁRMACO	EFFECTO DESCRITO
Alcohol	En cantidades abundantes, somnolencia, diaforesis, sueño profundo, debilidad, aumento ponderal anormal, disminución del reflejo de eyección de leche.
Aspirina	Acidosis metabólica , la dosis altas pueden causar hemorragia en el lactante
Cafeína	En cantidades grandes: irritabilidad, patrón deficiente de sueño, se excreta con lentitud (no hay ningún efecto con la cantidad que habitualmente contiene las bebidas cafeinadas)
Bloqueadores de los canales de calcio	Observar al lactante ante la posibilidad de hipotensión y bradicardia
Clemastina	Somnolencia, irritabilidad, negación a comer, llanto agudo
Píldora anticonceptiva con estrógeno y progesterona	Disminución de la producción de leche: no se debe utilizarse sino hasta que se establezca bien la lactancia
antiinflamatorio no esteroideos (iboprufen)	Con cantidades grandes: posibilidad de hemorragia el lactante
Agentes hipoglucemicos orales	No se ha determinado el riesgo, observar al lactante ante la posibilidad de hipoglucemia
Penicilinas	Observar al lactante por si tiene diarrea o desarrolla sensibilidad
Fenobarbital	Sedación, espasmos infantiles después del destete de leche que contiene fenobarbital.

³⁷ BURROUGHS . op.cit. Pág.394³⁸ BURROUGHS, op cit. Pág.394

4.4.8 MITOS Y REALIDADES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

En México son varias las actitudes y creencias culturales sobre la lactancia materna que pueden influir en esta práctica de forma negativa las cuales a continuación se mencionan.

Si la madre experimenta un disgusto grave, o un gran susto, tiene la idea que la leche no bajara como antes del episodio emocional o hasta dejara de tener leche. En cierta forma esto es cierto "la producción de leche si aminora cuando el estado emocional de las madres es inestable, estas situaciones de angustia, miedo ira o preocupación, la secreción láctea se reduce en forma significativa e incluso cesa en ocasiones .Por esta razón se recomienda que las madres alimenten a sus hijos en un ambiente tranquilo y que les brinde el mayor apoyo posible."³⁹

La madre al ver que el bebé pide de comer muy seguido piensa que no hay suficiente leche, y esto se debe a que el bebé no esta lactando en forma apropiada, y por lo tanto no esta succionando bien la leche. Una vez que la leche materna es abundante, el lactante puede lactar deficientemente y aún así recibir mucha leche. Sin embargo durante los primeros días, si el bebé no esta colocado al pecho adecuadamente no puede recibir leche .Esto tiene relación con el decir "pero el ha estado en el seno durante 2 horas y todavía tiene hambre cuando lo retiro" Al no estar bien posicionado, el bebé recién nacido no puede obtener la primera leche materna, llamada calostro.

La idea de que la leche esta aguda, que lleva a muchas mujeres a dar complemento para "alimentar" al bebé. Se debe a que han observado la leche que sale al apretar el pecho antes de dar de mamar al bebé. Pero ignoran que al inicio de la tetada la leche es más clara y al término es más rica en grasa. Con la leche materna el niño quiere comer más seguido porque se digiere fácilmente. Las evacuaciones de un niño alimentado al seno puede ser muy variables, tanto en número (una o dos con cada comida o una cada dos días), como en color (amarillo o verde), sin que esto último implique falta de alimento o el inicio de un cuadro diarreico, ya que se debe a la presencia de hierro en la leche materna.

Algunas madres piensan que si no da de comer a su hijo por varias horas, su leche se descompone. La leche en el pecho no sufre alteraciones, siempre esta en buenas condiciones. El calor del sol o del fuego que reciben las madres por mucho tiempo, no altera la leche, puede continuar dando de mamar, procurando ingerir liquido para satisfacer la sed.

Otra idea que se tiene es que la leche materna, disminuye en calidad y cantidad después de los seis meses de vida del bebé, pero la composición de la leche materna cambia de acuerdo a las necesidades del niño conforme crece. aún cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna es su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. Además el sistema inmunológico del niño tarda entre dos y seis años en madurar. La leche materna continua complementando y ayudando al sistema inmune mientras el niño siga tomándola.

³⁹ CASANUEVA. *Nutriología médica*. Pág. 47

Hay mujeres que a las tres o cuatro semanas de nacido el niño, notan que no les chorrea más leche de un pecho cuando, él bebé está tomando del otro. Interpretan equivocadamente que se están quedando sin leche, y que corre el riesgo de ser insuficiente cuando el niño necesita más leche. Lo que ocurre simplemente es que las fibras musculares que hay alrededor del pezón han adquirido, más fuerza y no deja escapar tan fácilmente la leche cuando se produce la bajada. Cuando los pechos quedan totalmente vacíos después de una mamada, en la siguiente producirán 20 % más , cuando queda un 20 % en los senos después de mamar, en la siguiente mamada, producirán lo mismo que en la anterior, cuando queda mucha leche después de dar de mamar, en la comida siguiente los pechos producirán menos.

El hecho de que las bajadas de leche de las mañanas sean más importante favorece que el niño duerma más tiempo entre mamada y mamada (alrededor de 4 horas). En cambio las bajadas de leche de la tarde y de la noche suelen ser de menor volumen y ello explica que los intervalos de sueños a esas horas sean a veces más cortos (alrededor de tres horas). Pero hay mujeres que en la diferencia de volumen de las bajadas de leche de las mañanas y las de la tarde es muy notoria, hasta el punto que en las últimas horas del día y aun en la noche el niño llora de hambre cada hora u hora y media. La primera vez que sucede estos los padres tienen una natural alarma y consternación y pueden llegar a la conclusión de que sería conveniente dar al bebé un biberón de complemento de leche artificial. En esta situación ha dado muy buen resultado el siguiente recurso: la madre se saca la leche manualmente, volcándola en un recipiente estéril (un tazón hervido y enfriado), después de las tres primeras mamadas del día porque habitualmente en esas comidas sobra leche. Esta puede guardarse en el refrigerador hasta 24 horas, para darle al bebé (entibiándola previamente) después de la mamada de la tarde o de la noche en que la madre sospecha que el niño va a quedarse con algo de apetito. Si el hijo tiene menos de seis semanas de vida, este "complemento" de leche materna debe darse en lo posible con cucharilla.

Los ataques de hambre en los niños amamantados no son raros. Puede ocurrir cuando el bebé tiene 15 días o cuando tiene 45 días o tres meses ó en cualquier fecha. Consiste fundamentalmente en que un niño que tomaba más o menos con un horario "razonable", por ejemplo cada tres horas. Esta situación puede ser interpretada por las madres, parientes o amigas, como que la madre que lacta está quedando sin leche. Lo que ocurre, simplemente, es que el niño crece y necesita más. Esto lo soluciona pidiendo más seguido unos días hasta que provoca bajadas de leche más abundantes. Luego todo vuelve a como era antes y no pide tan seguido porque consiguió lo que quería hacer producir más leche a su madre.

La cantidad de leche que una madre produce llega a su punto óptimo cuando se le permite al niño sano amamantar tantas veces como lo necesite. El reflejo de eyección de la leche opera más fuertemente en presencia de un buen suministro de leche, que normalmente ocurre cuando se alimenta al niño a demanda. La producción de la leche ha demostrado estar relacionada con la frecuencia de las tomas. La cantidad de leche empieza a disminuir cuando las tomas son poco frecuentes o restringidas. Al final de la cuarta semana posparto la mujer

puede llegar a producir de 500 a 600 ml diarios, después del mes la producción de leche es de 800 ml al día.

La madre cree que la alimentación al seno materno provoca dolor y grietas en el pezón. En los primeros días hay mayor sensibilidad en los pezones y es por ello que la madre a veces no desea amamantar y la mayoría de las veces se debe a una posición incorrecta para amamantar produciendo grietas y dolor. Cualquier dolor que tenga al amamantar, no es normal. Si hay dolor en el pezón que no mejora en 3 ó 4 días y persiste por más de 5 a 6 días puede presentarse a pesar de que la lactancia esta marchando bien y esta puede deberse a una infección de *Cándida Albicans*.⁴⁰

La madre que esté amamantando a su bebé deberá tener una dieta balanceada, pero la lactancia materna no requiere alimentos especiales para producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados. "acompañada de un aporte adicional de agua o alimentos líquidos, como leche y jugos de frutas dará como resultado una buena producción láctea."⁴¹

En nuestra cultura es muy común que las madres piensen que hay alimentos causantes de problemas como la col de brúcelas y el repollo, pues podrían cuasar gases, así como la cebolla y las ciruelas. Existe otra teoría de "frío y caliente", teoría que no tiene nada que ver con los alimentos. Se considera que el embarazo es un estado "caliente", que exige el consumo de alimentos fríos, para equilibrarlo los alimentos que se consideran fríos son la leche, frutas, verduras, bebidas de cola y berro. Durante el periodo de posparto, se piensa que el cuerpo esta en estado frío y que requiere alimentos calientes para equilibrarlo, como la carne, cebolla, chocolate, nueces, alimentos fritos, café.⁴²

Algunas mujeres se preocupan, porque no han comido bien en algunos días y creen se van a ver afectadas en la producción de leche, esta variación no afectara la producción de leche, ni la calidad. "En mujeres mal alimentadas y desnutridas, el volumen se reduce de manera notoria, sin embargo, la leche mantiene la misma proporción de proteínas y lactosa, en tanto que los lípidos disminuyen un poco y por ello la densidad energética es menor. Asimismo se reduce la cantidad de vitaminas".⁴³

Hay situaciones en las cuales algo que come la madre puede afectar al bebé, es por ello que la madre debe evitar el consumo de cafeína, alcohol y tabaco. Los alimentos y bebida que contengan cafeína (café, té, refrescos con cafeína, chocolate) que pasan a la leche, pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño. El consumo de bebidas alcohólicas hace que cambie el sabor, y el olor de la leche y puede provocar el rechazo del pecho. Además el alcohol bloquea la liberación de oxitocina y puede tener un efecto negativo en el desarrollo psicomotor del niño.

⁴⁰ lactancia@bariloche.com.ar. **Lactancia materna y los alimentos**

⁴¹ CASANUEVA, op cit Pág. 47

⁴² BURROUGHES, op cit. Pág. 194

⁴³ CASANUEVA, op cit Pág. 74

El Comité de fármacos de la American Academy of Pediatrics incluye el tabaco entre las sustancias cuyo empleo supone una contraindicación para la lactancia. La nicotina inhibe la liberación de prolactina e interfiere en el reflejo de eyección y, al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (escaso aumento de peso), mayor frecuencia de cólicos a ello se suman los problemas derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias y asma. Si la madre no puede dejar de fumar, se le aconsejará que reduzca lo más posible el consumo de tabaco, fume cigarrillos bajos en nicotina, nunca en la misma habitación donde esta el niño y procure distanciar la toma de pecho lo más posible el último cigarrillo.⁴⁴

Una madre que no puede dejar de fumar debe alimentar a su bebé con leche materna ya que se ha comprobado que la alimentación con leche materna disminuye los efectos negativos del humo del cigarro en los pulmones del bebé. La lactancia brinda muchos beneficios, tanto para la madre como para el bebé. Sería mejor que la madre no fumara, pero si no puede dejar de hacerlo es mejor que fume y alimente a su hijo con leche materna a que fume y le de fórmula.

Se piensa que si se tiene escasez de leche, se debe al estrés o la fatiga." El reflejo de descenso de la leche, por el cual la leche se exprime hacia los ductos grandes y pezones se estimula cuando el lactante succiona o, algunas veces, con su llanto. La madre percibe una vaga sensación de cosquilleo en las mamas cuando esto ocurre, el cual puede inhibirse si esta tensa o fatigada.⁴⁵

La madre debe procurar dormir diariamente un mínimo de 6 horas sin interrupción. Si se siente fatigada, debe tomar además 2 periodos de descanso de una hora, para recostarse, oír música, leer o realizar cualquier otra actividad relajante.⁴⁶ Pero las causas, más comunes de leche escasa son, las tomas infrecuentes y /o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben a información incorrecta que recibió la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causa de baja producción de leche ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante.⁴⁷

La edad del niño para suspender la lactancia (destete) varía entre países y regiones, hay quienes lo recomiendan a los 18 y a los 24 meses. Se ha considerado como algo que debe ser limitado, niños alimentados hasta el tercer año no son dependientes, por lo contrario, tienden a ser más seguros y por lo tanto más independientes. Ellos mismos van a dar el paso de dejar el seno. Lo que va a ayudar a que se sientan seguros en su logro. Sin embargo en lo que sí hay acuerdo es en que como mínimo se debe recomendar la lactancia por 6 meses a un año y cuando se decida el destete, se vigilará que sea de manera paulatina y no bruscamente.

⁴⁴ GOMEZ, op.cit Pág. 47

⁴⁵ SCHULTE, op cit Pág. 62.

⁴⁶ GOMEZ, Op cit Pág. 48

⁴⁷ lactancia@bariloche.com.ar, **Más y más mitos sobre lactancia**

Las madres creen que amamantar mellizos es difícil y por ello darles biberón es más fácil. Por eso es tan importante que se haga un esfuerzo especial para conseguir que la lactancia empiece en forma adecuada. Para alimentar a los mellizos es darle la mama a ambos de modo simultáneo. Las piernas de estos se colocan detrás de la mamá y sus cabezas se apoyan sobre las manos de la madre con la ayuda de una almohada o un cojín. Si uno de ellos se alimenta de la derecha en una toma, le tocará la izquierda en la siguiente. Algunas madre se rehúsan a hacerlo, pero este método les ahorra tiempo y evita que uno de los mellizos lllore mientras el otro se alimenta.⁴⁸

El pudor y la vergüenza pueden impedir que una mujer amamante en el hospital o en lugares públicos especialmente en la cultura de las mujeres hispanas, La sociedad en forma conciente o inconsciente humillan y hostigan a las madres que amamantan a su bebé, aunque el cuerpo desnudo y los senos poco cubiertos se permiten para fines de entretenimiento, descubrirse el seno para amamantar en publico se considera reprobatorio.⁴⁹

La asociación Estadounidense declaro "Resulta curiosos notar que en nuestra sociedad, tanto en literatura como en los medios de comunicación toleramos cualquier grado de narración explícita en lo que respecta al sexo y la violencia, pero el acto natural de amamantar resulta un tema tabú."⁵⁰

Si la madre o el niño están enfermos no se debe suspender el pecho. Cuando la mamá tiene (fiebre, tos, vomito, diarrea) ya ha pasado la infección al bebé, porque ella la ha tenido varios días antes. La mejor protección del bebé contra la infección es continuar alimentándolo. Puede ser que el bebe haya adquirido la infección y se le haya pasado a la madre, pero el bebé no esta enfermo o muestra evidencias de la enfermedad porque, el se amamanta del seno. En la actualidad han surgido un gran número de fórmulas lácteas que aportan cantidades similares de proteínas grasa, y nutrientes derivadas de la leche de vaca, pero estas fórmulas modernas solamente son similares superficialmente a la leche materna. Pero a pesar de ello la leche humana contiene mayor cantidad de proteínas, ácidos grasos, calcio y fósforo.

En algunas culturas equivocadamente se tiene la creencia de que el calostro es sucio y debe ser eliminado, de modo que no debe darse al recién nacido.⁵¹ Otra idea es que es demasiado pesado y no le cae bien al niño cuando la realidad es que el vómito se puede deber a una estenosis congénita del píloro.⁵² El calostro contiene altos niveles de anticuerpos, proteínas, minerales y vitaminas solubles y es de fácil digestión, rico en inmunoglobulinas. El calostro ayuda a establecer la flora intestinal y normal y su efecto laxante acelera la eliminación del meconio.⁵³

Las fórmulas no varían desde el comienzo de la lactancia, hasta el final o de mujer a mujer o de bebé a bebé. Las fórmulas están hechas para que le sirvan a cualquier bebé y por lo tanto a ningún bebé. Las fórmulas son exitosas solamente en hacer que el bebe crezca y se desarrolle bien, pero la lactancia materna abarca más que lograr que el bebé crezca. Los

⁴⁸ RONALD, op cit pág 19

⁴⁹ BURROUGHES, op cit pág 188

⁵⁰ SCHOENDENFED, op cit Pág. 22

⁵¹ BURROUGHES, op cit Pág. 188

⁵² RONALD, op cit Pág. 31

⁵³ IDEM Pág. 189.

niños alimentados con leche materna tienen una mayor capacidad de aprendizaje y mejor agudeza visual.⁵⁴

La mayoría de los sucedáneos de leche humana se elabora con leche de ganado vacuno. La modificación cuantitativa de los componentes de esta leche mediante la adición y sustracción de nutrimentos para hacerla parecida a la leche de la mujer dio origen a las fórmulas conocidas como maternizadas, y actualmente se sugiere utilizar el término sucedáneos de leche humana y cuando no es posible alimentar al recién nacido con seno materno y se utiliza esta leche se les conoce como leches de iniciación.⁵⁵

La madre debe saber que su leche es de la mejor calidad. El tamaño de sus senos no tiene nada que ver con la cantidad de leche que se produce. Si amamanta a su hijo este va a crecer sano ya que lo protege contra las infecciones. Para ello se debe iniciar la lactancia desde la primera hora después del parto, esto favorecerá que el útero recupere pronto su tamaño normal, disminuya el sangrado y se establezca más pronto la bajada de la leche. Así como la presencia de cólicos en el niño es menos frecuente con la alimentación a seno materno.⁵⁶

Algunas mujeres no quieren amamantar debido a que tienen falsas ideas de que al tener relaciones sexuales el estímulo sexual puede afectar la producción de leche o contaminarse, nada de esto sucede, ya que en los senos existen glándulas especiales que mantienen a los pezones libres de gérmenes cuando el bebé mama. En el momento del clímax sexual, algunas mujeres sienten que les baja la leche, esto se debe a que las hormonas que hacen que baje la leche también están presentes en el momento del orgasmo.

Existe grandes dudas acerca de la relación materno-infantil, los científicos sostienen que la relación inicial de un bebé con su madre constituye el fundamento para el crecimiento emocional del niño, la seguridad que le proporciona esta unión permite al bebé relacionarse con los demás. El doctor W: Winnicott, opina "La única base verdadera para la relación de un bebé con su madre y su padre, con otros bebés y eventualmente con la sociedad radica en la exitosa relación inicial entre madre y bebé".⁵⁷

Selma Fraiberg profesora de psicoanálisis infantil estableció "Ha podido determinarse que aquellos bebés que no tienen el beneficio de un contacto individual y continuo con una madre cariñosa o una figura materna durante los primeros tres años de sus vidas manifestarán a futuro una mermada capacidad para amar a otros, una capacidad intelectual desigual y una falta de habilidad para controlar sus impulsos, particularmente en lo que concierne a la agresión".⁵⁸

⁵⁴ REVISTA MEXICANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA, Vol. 6 No. 31

⁵⁵ CASANUEVA, op. cit Pág. 50

⁵⁶ SENTIES. op.cit. Pág. 18-21

⁵⁷ SCHOENFELD, op cit Pág. 126-127

⁵⁸ IDEM Pág. 127

4.4.9 PUERPERIO Y LACTANCIA

El posparto o puerperio es el intervalo de seis semanas contadas del parto al momento en que el útero y otros órganos recuperan el estado previo del embarazo. El puerperio se divide en, puerperio inmediato (primeras 24 horas), puerperio temprano (primera semana) y puerperio tardío.

Durante las primeras 1 a 2 horas del puerperio, la paciente es observada y valorada cuidadosamente porque es un momento crucial para evitar los riesgos de hemorragia y choque hipovolemico. Una vez superado los riesgos de hemorragia, el principal peligro es la infección. La cavidad uterina es fácilmente accesible a los microorganismos, por lo cual la trayectoria clínica incluye intervenciones de enfermería y valoraciones medicas.

Cambios fisiológicos

Involución del útero: Se llama involución a los cambios que ocurren en los órganos de la reproducción, sobre todo en el útero, después del alumbramiento, para recuperar el tamaño y estado previos al embarazo. El proceso de inicia luego de la expulsión de la placenta con contracciones musculares del útero, inmediatamente después del nacimiento, el sitio placentario se contrae a menos de la mitad de su diámetro original. Durante las contracciones, los vasos uterinos actúan "ataduras vivientes" y comprimen los vasos sanguíneos, con lo cual se controla y reduce la pérdida de sangre. Un proceso único llamado exfoliación, permite que el sitio placentario sane sin producir cicatriz.

En la exfoliación, el tejido necrotico se desprende de los tejidos superficiales dejando una superficie lisa de tejido endometrial. La regeneración del endometrio concluye en unas tres semanas, excepto el sitio placentario, donde la regeneración es hasta las seis semanas.

El útero sufre una rápida reducción de tamaño y peso, de 1 kg inmediatamente después del nacimiento a 500g durante la primera semana y 100g durante la segunda semana. La variación de la disminución varía en función del tamaño del lactante y el número de embarazos previos. La causa primordial de la involución es la disminución súbita de estrógenos y progesterona, que desencadena la liberación de enzimas proteolíticas al endometrio.

Entre los factores que pueden hacer más lenta la involución del útero se incluyen: 1) parto prolongado, 2) expulsión incompleta de la placenta y las membranas, 3) anestesia 4) partos previos, vejiga distendida (llena). Los factores que favorecen su involución son: 1) parto sin complicaciones ,2) lactación y 3) deambulación temprana y frecuente. Después del parto, el cuello uterino es blando, a las 18 h ha retornado su forma.

Descenso del fondo uterino: La altura del fondo del útero se mide en dedos, o centímetros, respecto al ombligo para valorar la velocidad de la involución. El descenso uterino hacia la pelvis es de un dedo o centímetro por día. Después del nacimiento, en especial cuando se ha administrado oxitocina, luego de la expulsión de la placenta el fondo del útero es firme y se ubica 2cm por debajo del ombligo. Se contrae al tamaño de una

toronja grande. Unas 12 h después del parto, la altura del fondo es, por lo regular de un cm. Por encima del ombligo. Hacia el décimo día después del parto, no debe ser palpable por el abdomen.

Entuertos: Las contracciones uterinas intermitentes, que obedecen a la relajación y contracción de las fibras musculares, producen sensación de calambres uterinos y se conocen como entuertos. Estas contracciones o entuertos, ocurren durante los primeros dos o tres días del puerperio. La oxitocina hormona liberada por la hipófisis posterior, refuerza las contracciones del útero comprimiendo los vasos sanguíneos y evitando una pérdida excesiva de sangre. Si la madre amamanta. La succión estimula la liberación de oxitocina, de modo que a menudo la madre siente entuertos al amamantar al recién nacido. En la mayor parte de los casos los entuertos se alivian mediante analgésicos suaves.

Loquios secreción vaginal: Los loquios son las secreciones vaginales posteriores al parto, las cuales contienen sangre del sitio placentario, partículas de decidua necrótica y moco. El olor normal de los loquios es similar al flujo menstrual, como a carne. Se caracteriza por su color, cantidad y duración, conforme a la evolución de la paciente. La cantidad de loquios disminuye con rapidez son más abundantes durante las primeras 2 horas al alumbramiento. Al principio son rojo brillante, de manera que comúnmente se les llamas loquios rojos (uno a tres días) podrían contener pequeños coágulos. Aproximadamente al tercer día, el flujo vaginal palidece, se vuelve rosado o pardo y se les llama loquios serosos, que no deben tener coágulos. Unos 10 días después del parto, la secreción vaginal se vuelve de amarilla a blanca y se conoce como loquios blancos, que en promedio, se presenta durante unas tres semanas después semanas después del parto.

La cantidad es menor después del parto por cesárea. Los loquios son más abundantes por poco tiempo cuando la madre camina, ya que los acumulados en la vagina (sangre) se expulsan cuando la paciente asume la posición vertical. El derrame de sangre que en ocasiones alarma a la paciente, no debe confundirse con hemorragia posparto. El exceso de loquios rojos al inicio del puerperio sugiere sangrado a causa de fragmentos retenidos de la placenta o las membranas. La hemorragia que reincide 10 días después del alumbramiento sugiere hemorragia del sitio placentario. El sangrado tardío después de tres a cuatro semanas suele ser ocasionado por infección o subinvolución. La expulsión continúa de loquios serosos o blancos sugiere infección (endometritis) y por lo general se acompaña de fiebre, dolor o hipersensibilidad abdominal, los loquios tendrán un mal olor y fétido.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer el impacto que ejerce el conocimiento técnico y común acerca de la lactancia natural, en la práctica de alimentación al seno materno en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los conocimientos técnicos y de uso común acerca de la lactancia natural que tienen las mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec.
- Identificar las actitudes de las mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec durante la práctica de alimentación al seno materno.
- Identificar las prácticas de mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec en torno al ejercicio de la alimentación al seno materno.
- Determinar de que manera influyen los conocimientos técnicos y de uso común acerca de la lactancia natural en la aceptación o rechazo de la práctica de alimentación al seno materno.
 - Determinar, a partir de los resultados, áreas de oportunidad para lograr la aceptación de la práctica de alimentación natural en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec.

HIPOTESIS

- **Hipótesis de Investigación.** El conocimiento técnico y común que las madres primigestas tienen acerca de la alimentación natural, ejerce impacto en la aceptación o rechazo de la práctica de alimentación al seno materno en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec.
- **Hipótesis nula.** El conocimiento técnico y común no ejerce impacto en la aceptación o rechazo de la práctica de alimentación al seno materno en las mujeres primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuatepec.

6. METODOLOGIA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Tipo encuesta descriptiva en el cual participaron 168 pacientes primigestas, atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc que cursaran cualquier edad, con parto quirúrgico o fisiológico, con embarazo a término no complicado, signos vitales normales en el posparto y con cualquier tipo de pezón. Para iniciar la recolección de datos se aplicó una prueba piloto que hizo válido el instrumento. La recolección de datos se realizó durante los meses de octubre y noviembre a través de un censo en el servicio de Hospitalización de lunes a viernes en el turno matutino. Posteriormente se realizó la interpretación de resultados.

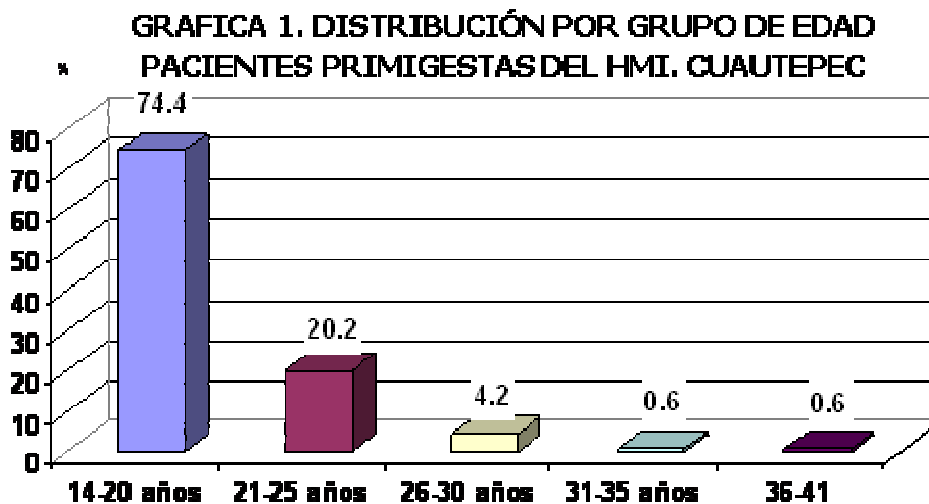
7. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

Se aplicaron cuestionarios a 168 mujeres primigestas atendidas durante, septiembre, octubre y noviembre del 2005 en el Hospital Materno Infantil Cuatepec, quienes presentan las siguientes características.

La edad de las madres se encuentra entre 14 y 25 años, la mayoría vive en are circunvecina al hospital ubicando su residencia en la Delegación Gustavo A. Madero, casi la mitad vive en unión libre y un 32% son madres solteras, la escolaridad en un 42% es de secundaria y sobresale un 30% con estudios de bachillerato, el mayor porcentaje se dedica a actividades del hogar y profesa la religión católica.

La mayoría recibió consulta de atención prenatal en tiempo y forma; poco más de la mitad llegó a la resolución del embarazo por parto natural, la parte restante lo hizo por vía quirúrgica, 80 % presenta pezón normal, sólo el 2% lo tiene invertido, a la mayoría se le administro analgésico posparto y a poco más de una cuarta parte se le combinó con analgésico.

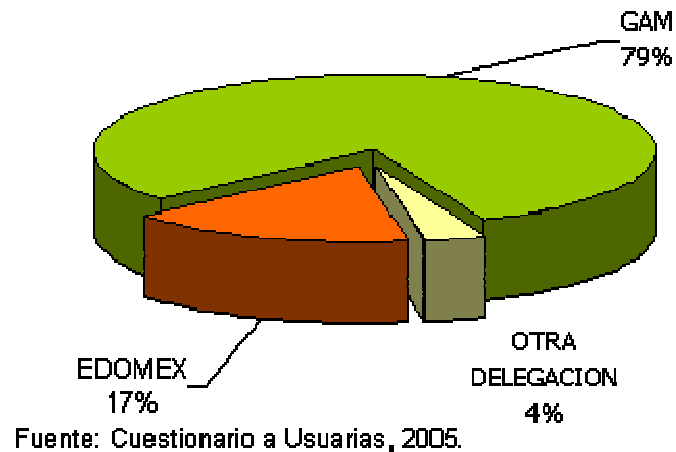
GRAFICA 1. *DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD* La distribución por grupos de edad de la población estudiada fue la siguiente: 74% de 14 a 20 años de edad; 20 % de 21 a 25 años; 4 % de 26 a 30 años y 0.6 de 31 a 35 años y de 36 a 41 años respectivamente.



Fuente: Cuestionario a Usuarías, 2005.

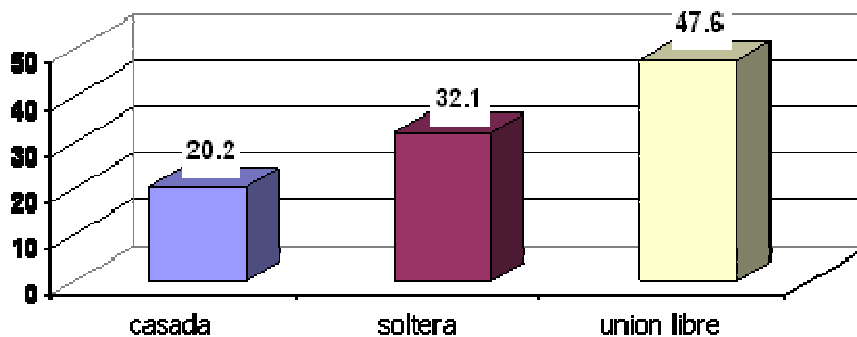
GRAFICA 2. *DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA*. La distribución por lugar de residencia de las mujeres encuestadas reporta que el 79 % ubica su domicilio en la delegación Gustavo A. Madero; 17% vive en el estado de México y sólo el 4 % restante habita en otra delegación del DF

FIGURA 2. DISTRIBUCION POR LUGAR DE RESIDENCIA



GRAFICA 3. *ESTADO CIVIL*. En relación al Estado Civil, los datos presentan que el 48 % vive en unión libre con su pareja; 32 % son solteras y 20 % son casadas, lo cual se observa a continuación.

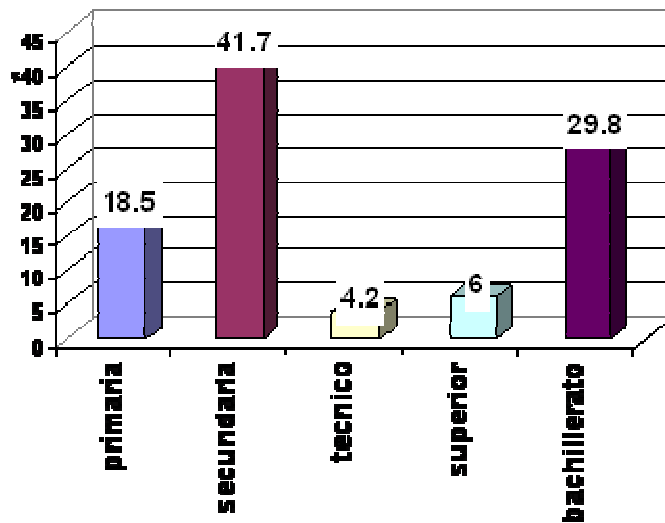
GRAFICA 3. ESTADO CIVIL PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC 2005



Fuente: Cuestionario a Usuarías, 2005.

GRAFICA 4. *GRADO DE ESCOLARIDAD*. Observamos que 19% y 42% de la población cuenta con estudio de nivel básico, primaria y secundaria, en orden de aparición, 30% con bachilleratos, 4% con estudios a nivel técnico y 6% a nivel superior.

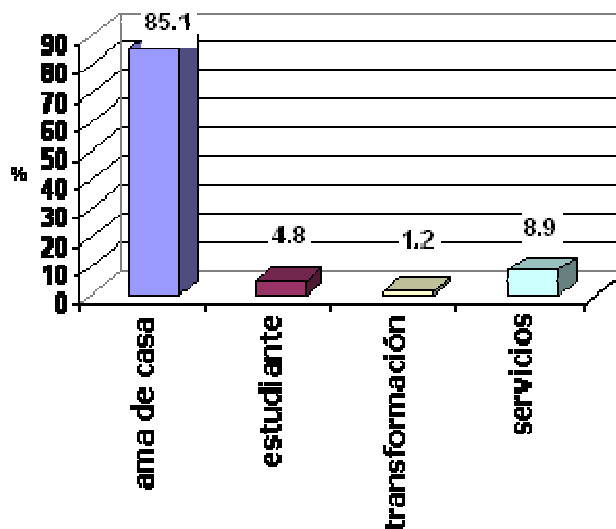
GRAFICA 4. GRADO DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES PRIMIGESTAS HMI. CUAUTEPEC, 2005



Fuente: Cuestionario a Usuaris, 2005.

GRAFICA 5. *OCUPACION EN PACIENTES PRIMIGESTAS*. El 85% de la población, en relación a la ocupación, reporta dedicarse a las labores del hogar, es decir amas de casa; 9% y 1% laboran en las ramas de servicios y transformación respectivamente y el 15% son estudiantes.

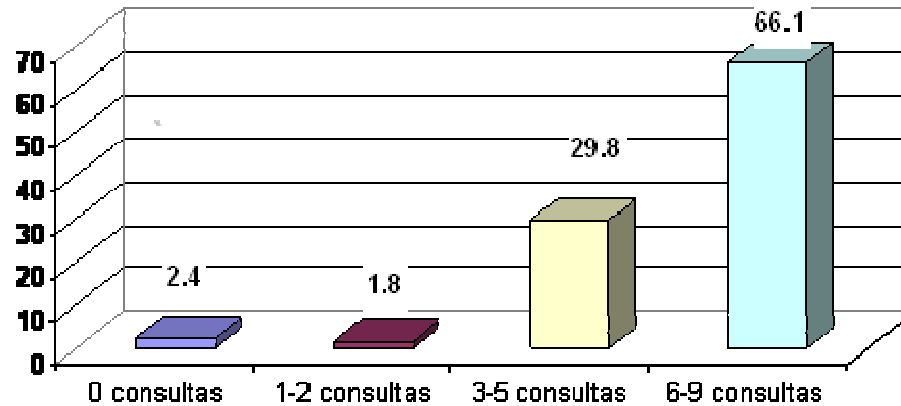
FIGURA 5. OCUPACIÓN EN PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC, 2005.



Fuente: Cuestionario a Usuaris,

GRAFICA 6. NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL. Con respecto al número de consultas de control prenatal, los resultados reportan que el 66% de las mujeres acudió de 6 a 9 consultas durante su embarazo, 30% recibió de 3 a 5 consultas en etapa prenatal y 2% de 1 a 2.

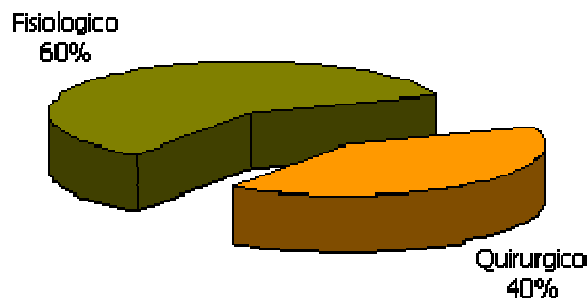
FIGURA 6. N° DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL PRENATAL PACIENTES PRIPRIMIGESTAS, 2005.



Fuente: Cuestionario a Usuaris, 2005.

GRAFICA 7. VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO. La resolución del embarazo de las primigestas ocurrió en un 60% por parto fisiológico, mientras que el 40% fue quirúrgico por cesárea.

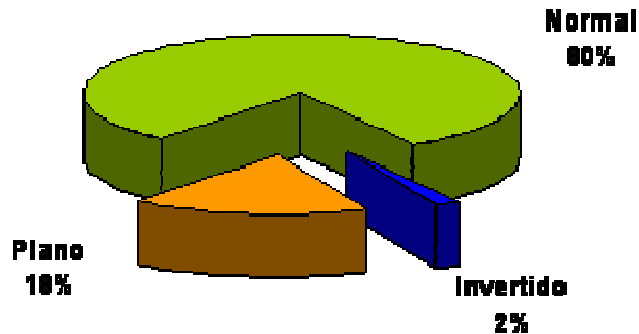
GRAFICA 7. VIA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO, PACIENTES PRIMIGESTAS HMI. CUAUTEPEC



Fuente cuestionario a usuarias 2005

GRAFICA 8. *TIPO DE PEZON*. La grafica muestra que el 80% de las mujeres encuestadas tienen un pezón normal, 18% es plano y 2% invertido para poder alimentar a su hijo.

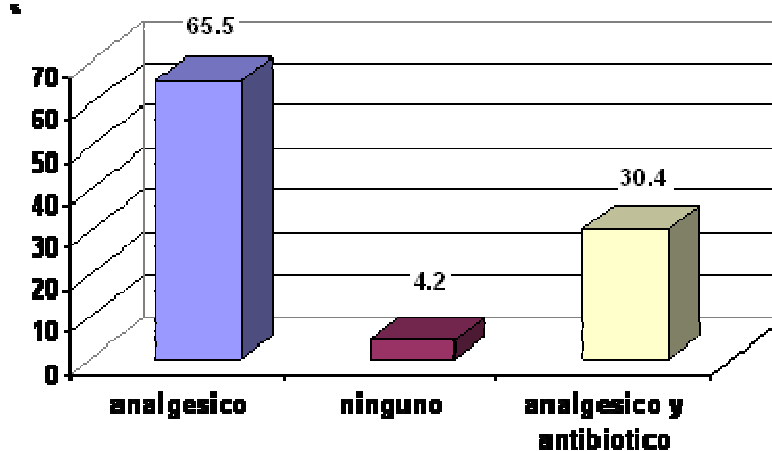
FIGURA 8. TIPO DE PEZÓN EN PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUATEPEC



Fuente: Cuestionario a Usuarías, 2005.

GRAFICA 9. *FARMACOS ADMINISTRADO*. Los fármacos que se administran a las pacientes primigestas durante su puerperio inmediato y temprano son en un 65.5% analgésicos; 30.4% analgésico y antibiótico, cabe aclarar que el antibiótico se administra profiláctico y 4.2 % de las pacientes no reciben ningún fármaco de los antes mencionados.

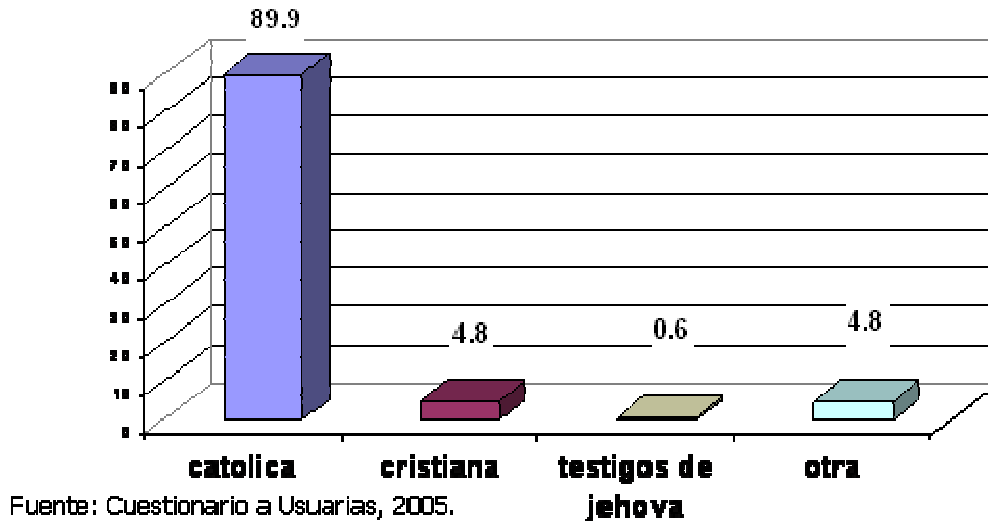
FIGURA 9. FARMACOS ADMINISTRADOS PACIENTES PRIMIGESTAS HMI. CUAUTEPEC



Fuente: Cuestionario a usuarias, 2005.

GRAFICA 10. *RELIGION*. Se observó que el 89.9% de las mujeres encuestadas son católicas; 4.8% profesan la religión cristiana o pertenecen a otra religión; 0.6% pertenecen a los testigos de Jehová.

GRAFICA 10. RELIGION PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC



En la GRAFICA No. 11. CONOCIMIENTOS VS. PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA. Se puede observar que mayoría de las madres da alimentación al seno materno a solicitud del personal de enfermería, bajo la afirmación de que debe alimentar a su hijo porque si ella no lo hace, nadie más lo hará, porque no hay biberones ni leche de otro tipo para él bebé.

Los conocimientos en relación a la práctica muestran cierta discrepancia ya que mientras afirman conocer aspectos relativos a la lactancia materna, al momento de amamantar a su hijo no siempre aplican la forma correcta, técnica o conocimientos sobre la materia

De esta población solo un 42% afirma saber lo que es la lactancia natural. En relación a la posición y técnica de brindar seno materno, resalta que un 40 % lo hace de forma correcta y el otro porcentaje lo realiza más de manera instintiva.

Sólo un 33% masajea las glándulas mamarias, limpia y humedece el pezón para prepararse antes de alimentar a su hijo, el resto desconoce este procedimiento, ni lo práctica.

La mitad de la población manifiesta conocer los beneficios de la lactancia materna para su hijo contra un 75% que brinda en tiempo adecuado el seno para alimentar, nutrir y disfrutar el procedimiento. A pesar de que casi el 100 % de las primigestas afirmaron conocer los beneficios de relación afectiva madre-hijo, sólo la mitad acaricia, plática y mira a los ojos a su hijo mientras lo alimenta. La mayoría de las pacientes transcurre un puerperio fisiológico normal, aunque desconoce los beneficios y la relación existente entre este y la lactancia materna.

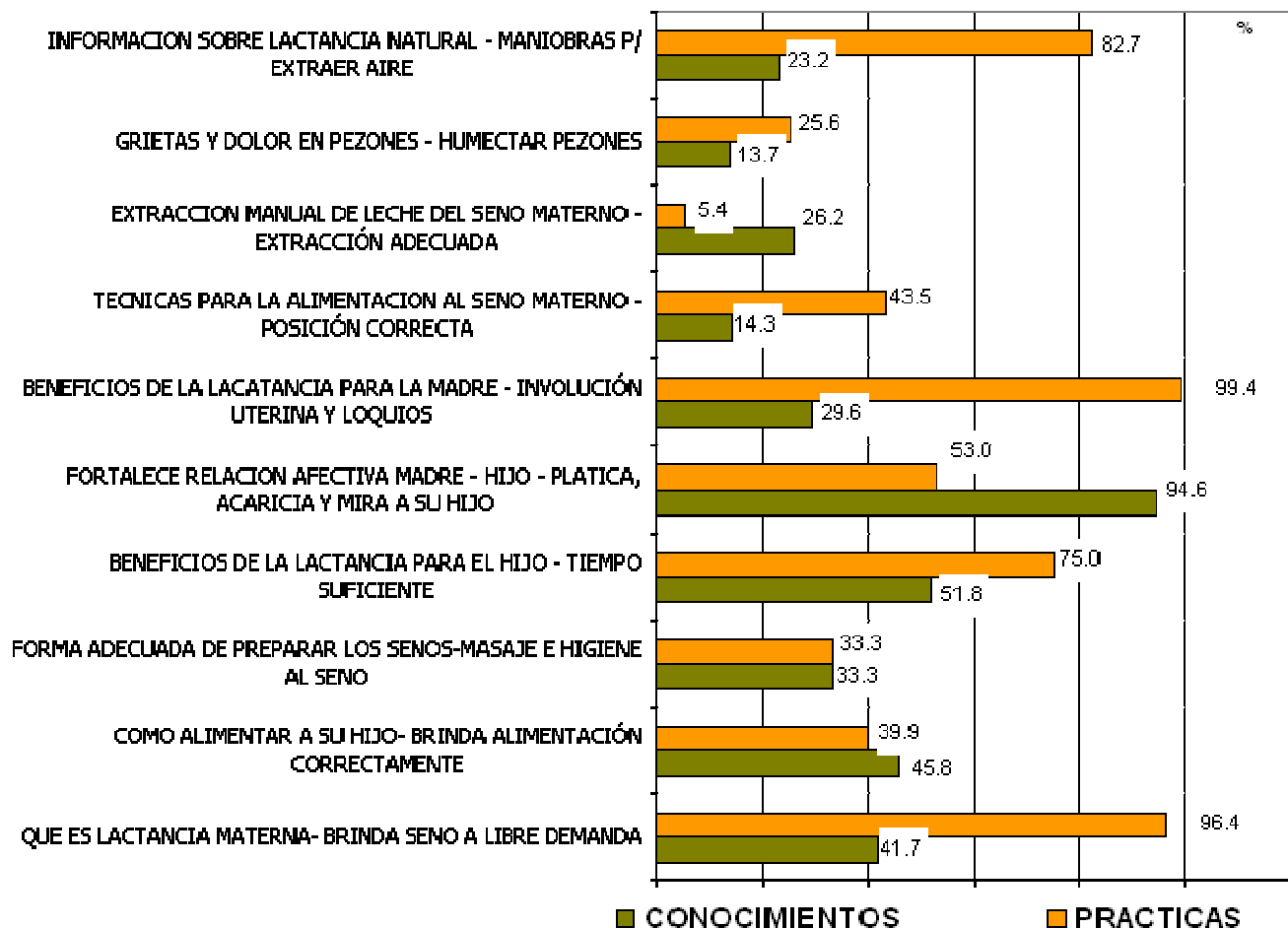
El 86% refiere no conocer las técnicas de alimentación al seno materno, aunque en la práctica el 44% coloca correctamente a su hijo para dar la alimentación al seno materno.

Por otro lado, el 47% manifiesta desconocer tiempos, técnica y utilidad de la extracción manual de la leche materna, además de que por la corta estancia no se realiza en hospitalización.

Una tercera parte de las primigestas mencionan desconocer de qué manera se producen grietas y dolor en los pezones de tal manera que ellas al finalizar de amamantar al bebé, no humectan sus pezones, lo que origina resequead en la zona.

El 77% de la población indica que no ha recibido pláticas informativas sobre la lactancia natural, por alguna institución de salud, ni aun durante su control prenatal, aunque la mayoría de la población realiza maniobras para extraer el aire del estómago del bebé al brindar la alimentación a su hijo.

GRAFICA 11 .CONOCIMIENTOS V.S. PRACTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC



En relación al estado emocional como determinante de la producción de leche materna observamos que el 59 % esta de acuerdo .el 24% afirma que el disgusto pena profunda o un susto no tiene nada que ver y solo un 17% no sabe.

Si la madre experimenta un disgusto grave, o un gran susto, tiene la idea que la leche no bajará como antes del episodio emocional o hasta dejara de tener leche. En cierta forma esto es cierto "la producción de leche si aminora cuando el estado emocional de las madres es inestable, estas situaciones de angustia, miedo, ira ó preocupación, provoca que la secreción láctea se reduzca en forma significativa e incluso cesa en ocasiones. Por esta razón se recomienda que las madres alimenten a sus hijos en un ambiente tranquilo.¹

En la GRAFICA No. 12 ACTITUDES: MITOS Y CREENCIAS CON RELACION A LA LACTANCIA MATERNA, muestra que el 54% de las madres cree que si el niño quiere comer seguido es porque ella no produce suficiente leche y esta aguada, el 24 % no lo cree y el 22% lo ignora.

La madre al ver que el bebé pide de comer muy seguido piensa que no hay suficiente leche. Esto en realidad se debe a que el bebe a que el bebe no esta siendo lactado en forma apropiada, por lo tanto no esta succionando bien la leche. Si el bebe no esta colocado al pecho adecuadamente no puede recibir leche. "Al no estar bien posicionado, el bebé no puede obtener la primera leche materna, llamada calostro".

El 55% de las madres piensa que si no dan de comer a su hijo por varias horas, la leche no sufre ningún cambio en los senos, ni por asolearse o por estar cerca del fuego, mientras que el 18% cree que si sufre cambios., 27% no sabe.

La idea de que la leche esta aguada, puede llevar a muchas mujeres a dar complemento para alimentar al bebé. Pero ignoran que al inicio de la tetada la leche es más clara y al término es más rica en grasa. Con la leche materna el niño quiere comer más seguido porque se digiere fácilmente, sin que esto último implique falta de alimento.

El 54 % de las madres tiene la idea de que la leche materna disminuye en calidad y cantidad después de los 6 meses de vida del bebé, el 25% piensa que no y el 21% desconoce esta situación.

La leche materna es para el niño fuente primordial de de nutrición durante los primeros 12 meses, además de brindar beneficios inmunológicos y psicológicos. La composición de la leche materna cambia de acuerdo a las necesidades del niño conforme crece, aún cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos.

El 70% de las madres cree que el no ver chorrear la leche de sus senos es porque definitivamente no tienen suficiente leche y el bebé se queda con hambre, el 17% no lo creen y sólo un 13% ignora el punto.

¹ CASANUEVA, op cit. Pág. 47

Hay mujeres que a los 3 ó 4 semanas de nacido el niño notan que no les chorrea más leche de un pecho cuando, el bebé está tomando del otro. Interpretan equivocadamente que se están quedando sin leche y que corren el riesgo de ser insuficiente cuando el niño necesita más leche. Lo que ocurre simplemente es que las fibras musculares que hay alrededor del pezón han adquirido más fuerza y no deja escapar fácilmente la leche cuando se produce la bajada.

El 61% de las madres sabe que la frecuencia con que se amamanta al bebé no reduce la producción de leche materna, si no todo lo contrario, no obstante un 26% cree que mientras más lo pegue a sus pechos menos leche tendrá, un 13% se mantiene neutral.

Cuando los pechos quedan totalmente vacíos después de una mamada, en la siguiente producirán 20% más, cuando queda un 20 % en los senos después de mamar. En la siguiente mamada, producirán lo mismo que la anterior, cuando queda mucha leche después de dar de mamar, en la comida siguiente los pechos producirán menos. La cantidad de leche que una madre produce llega a su punto óptimo cuando se le permite al niño sano amamantar tantas veces como lo necesite. El reflejo de eyección de la leche opera más fuertemente en presencia de un buen suministro de leche, que normalmente ocurre cuando se alimenta al niño a demanda. La producción de la leche ha demostrado estar relacionada con la frecuencia de las tomas. La cantidad de leche empieza a disminuir cuando las tomas son poco frecuentes o restringidas. Al final de la cuarta semana posparto la mujer puede llegar a producir de 500 a 600 ml diarios, después del mes la producción de leche es de 800 ml al día.

El 67% de la madre cree que la alimentación al seno materno provoca dolor y grietas en el pezón, mientras que el 17% no asocia este problema con la alimentación al seno materno, el 15% se manifiesta neutral.

En los primeros días posparto hay mayor sensibilidad en los pezones. El dolor del pezón al amamantar es en general provocado por irritación que su principal causa es la mala posición del niño al amamantar ó un mecanismos de succión intenso o anormal.

El 50% de las madres piensa que para producir más leche es necesario tomar cerveza, atole o chocolate, el 37% no está de acuerdo con tal creencia y el 13 % desconoce si existe alguna relación entre estos alimentos y la producción de leche materna.

Hay situaciones en las cuales algo que come la madre puede afectar al bebé, es por ello que la madre debe evitar el consumo de cafeína y alcohol. Los alimentos que contengan cafeína como el chocolate, pueden producir irritabilidad y trastornos de sueño en el niño. El consumo de bebidas alcohólicas hace que cambie el sabor, y olor de la leche y puede provocar el rechazo del pecho.

El 71% de las madres piensa que una mujer que amamanta necesita ingerir mayor cantidad de alimentos, así como tomar una cantidad extra de leche a fin de poder producir la leche materna que el bebé requiere para ser bien alimentado, en tanto que un 19% no comparte esta afirmación y un 10% refiere desconocer tal situación.

La madre que esté amamantando a su bebé deberá tener una dieta balanceada, pero la lactancia materna no requiere alimentos especiales para producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados. "Acompañada de un aporte adicional de agua o alimentos líquidos, como leche y jugos de frutas dará como resultado una buena producción láctea."²

El 91% de las madres sabe que una mujer que brinda alimentación al seno materno no debe consumir alcohol y tabaco, solo un 5% piensa que estas sustancias no interfieren con la leche materna y un % permanece neutral al respecto.

El comité de fármacos de la American Academy of Pediatrics incluye el tabaco entre las sustancias cuyo empleo supone una contraindicación para la lactancia. La nicotina inhibe la liberación de prolactina e interfiere en el reflejo de eyección y, al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (escaso aumento de peso), mayor frecuencia de cólicos a ello se suman los problemas derivados de la exposición pasiva al humo de tabaco: mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias y asma.

El 73% de la población relaciona de manera estrecha el estrés, la fatiga y la mala alimentación con una escasa producción de leche materna, mientras que un 12% piensa que estos aspectos no tienen nada que ver entre sí y un 16% se mantiene neutral.

El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causa de baja producción de leche ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante, las causas más comunes de leche escasa son, la toma infrecuente y/o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben a información incorrecta que recibió la madre. Algunas mujeres se preocupan, porque no han comido bien en algunos días y creen que se van a ver afectas en la producción de leche, esta variación no afectará la producción de leche, ni la calidad. "En mujeres mal alimentadas y desnutridas, el volumen se reduce de manera notoria, sin embargo, la leche mantiene la misma proporción de proteínas, lactosa, en tanto que los lípidos y vitaminas disminuyen un poco y por ello la densidad energética es menor."³

El 49% de las madres coincide en que brindar alimentación al seno materno por más de un año no influye en la conducta negativa (malcriado) de su hijo, en tanto que otro 41% piensa que prolongar el tiempo de amamantamiento si hace de su pequeño un niño malcriado, el otro 10% no relaciona para nada ambos aspectos.

La edad del niño para suspender la lactancia varía entre países y regiones, hay quienes lo recomiendan a los 18 y a los 24 meses. Se ha considerado como algo que debe ser limitado, niños alimentados hasta el tercer año no son dependientes, por lo contrario, tienden a ser más seguros y por lo tanto más independientes. Ellos mismos van a dar el paso de dejar el seno. Lo que va ayudar a como mínimo se debe recomendar la lactancia por 6 meses

² CASANUEVA, op cit, Pág. 47

³ CASANUEVA, op cit. Pág. 47

a un año y cuando se decida el destete, se vigilara que sea de manera paulatina y no bruscamente.

El 58% de las madres sabe que el tamaño de sus senos no influye en la producción y cantidad de leche materna, el 21% piensa que si los senos son grandes es porque producen mayor cantidad de leche, y otro 21% desconoce esta relación.

El tamaño de los senos no influye en la cantidad de leche que se produce. La madre debe saber que su leche es de la mejor calidad, si amamanta a sus hijo este va a crecer sano, además de que el niño obtiene beneficios inmunológicos y psicológicos importante.

El 48% de las primigestas piensa que amamantar a gemelos es difícil, por lo que ven como opción el uso de biberones, el 25% sabe que existen técnicas específicas que hacen de la alimentación al seno materno algo normal aún con dos bebés y un 27% no manifiesta opinión sobre el tema.

Una técnica y posición adecuada al alimentar a gemelos hará de esta experiencia un éxito, no obstante es necesario que la madre cuente con el apoyo de alguien o para facilitar la práctica. Para alimentar a los mellizos es darle la mama a ambos de modo simultáneo. Las piernas de estos se colocan detrás de la mamá y sus cabezas se apoyan sobre las manos de la madre con la ayuda de una almohada o un cojín. Si uno de ellos se alimenta de la derecha en una toma, le tocara la izquierda en la siguiente. Algunas madres se rehúsan a hacerlo, pero este método les ahorra tiempo y evita que uno de los mellizos llore mientras el otro se alimenta.⁴

El 68 % de las madres perciben la practica de alimentación al seno materno, como un proceso natural que puede realizarse de manera abierta, aun en lugares públicos el 25% piensa que amamantar al bebé ante extraños es penoso y se ve mal, al el 7% de las primigestas les de igual.

El pudor y la vergüenza pueden impedir que una mujer amamante en el hospital o en lugares públicos especialmente en la cultura de las mujeres hispana. La sociedad en forma conciente o inconsciente humillan y hostigan a las madre que amamantan a su bebé, aunque el cuerpo desnudo y los senos poco cubiertos se permiten para fines de entretenimiento, descubrirse el seno para amamantar en publico se considera reprobatorio.⁵

El 44% de las primigestas cree que si da alimentación al seno materno por un tiempo prolongado sus senos se harán flácidos y caídos, el 32% no relaciona este hecho con la práctica de la lactancia natural, 24% no sabe si la lactancia natural ocasiona este tipo de consecuencias.

La influencia cultural globalizada en moda e imagen que emiten los medios masivos de comunicación hace que las mujeres centren su atención en un estilo que exige un cuerpo delgado con senos firmes, por lo que en la actualidad se preocupan por la condición en que

⁴ RONALD, op cit. Pág. 19

⁵ BURROUGHS, op cit. Pág. 188

pueden lucir sus senos después de amamantar a su hijo. Durante el embarazo y la lactancia, los senos se agrandan y el soporte de un sostén adecuado resultara muy confortable. La comodidad debe ser la guía de las pautas a seguir. Un sostén demasiado justo, ya sea alrededor de las costillas o en la copa, puede causar una obstrucción de los conductos lácteos, además de malestar.

El 62% de las primigestas piensa que si ellas o el bebé están enfermas deben suspender la lactancia natural, otro 23 % saben que aunque se curse algún problema de salud ellas deben continuar amamantando al niño y el 16% restante no saben que debe hacer al respecto.

Si la madre o el niño están enfermos no se debe suspender la alimentación al seno materno, ya que la mejor protección contra la enfermedad es la leche materna, especialmente en el post-parto. Sólo un mínimo de padecimientos (VIH) y de fármacos recomiendan suspender la lactancia natural.

El 83% de las mujeres sabe que la leche materna es mejor que cualquier sustituto o formula láctea que la mercadotecnia ofrece, el 11% piensa que es al revés y solo un 6% se mantiene neutral ante esta situación.

La madre debe saber que su leche es de mejor calidad, no sólo para alimentar y nutrir al bebé, sino porque aporta beneficios inmunológicos y psicológicos importantes. En la actualidad han surgido un gran número de fórmulas lácteas que aportan cantidades similares de proteínas, grasa y nutrientes derivados de la leche de vaca, pero estas fórmulas lácteas que aportan cantidades similares de proteínas, grasa y nutrientes derivadas de la leche de vaca, pero estas formulas solamente son similares superficialmente a la leche materna. No obstante la leche humana contiene mayor cantidad de proteínas, ácidos grasos calcio y fósforo.

El 55% de las primigestas sabe que el calostro que se produce en los primeros días posteriores al parto proporcionará al bebé todos los nutrientes necesarios, además de importantes elementos que lo protegerán contra infecciones, el 28% desconoce la importancia de alimentar al bebé desde el primer momento y el 77% piensa que el calostro es demasiado pesado por lo que puede provocar malestares digestivos e incluso vomito.

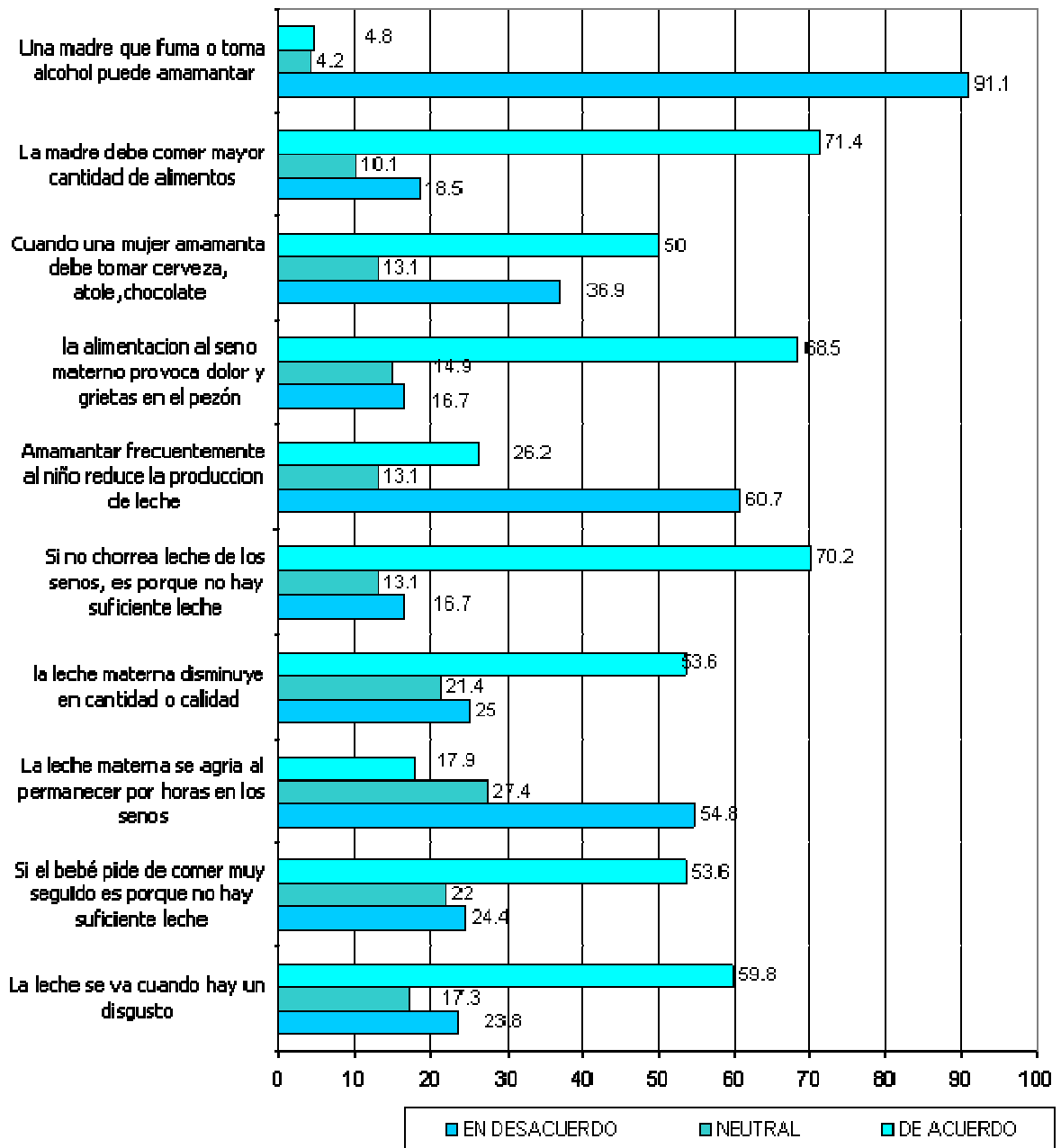
Las madres deben saber que el calostro contiene altos niveles de anticuerpos, proteínas, minerales y vitaminas solubles, es rico en inmunoglobulinas, ayuda a establecer la flora intestinal, es de fácil digestión, y el mejor alimento y nutriente para el recién nacido, no obstante todavía hay quienes piensan que el calostro es demasiado pesado y debe ser eliminado, puede ser que su apariencia amarillenta y densa contribuya a esta creencia.

El 46% de las madres piensa que la leche materna provoca sed por lo que es necesario brindar al recién nacido agua o té como complemento de la alimentación natural, así mismo ven como consecuencia de la alimentación al seno materno la presencia de la

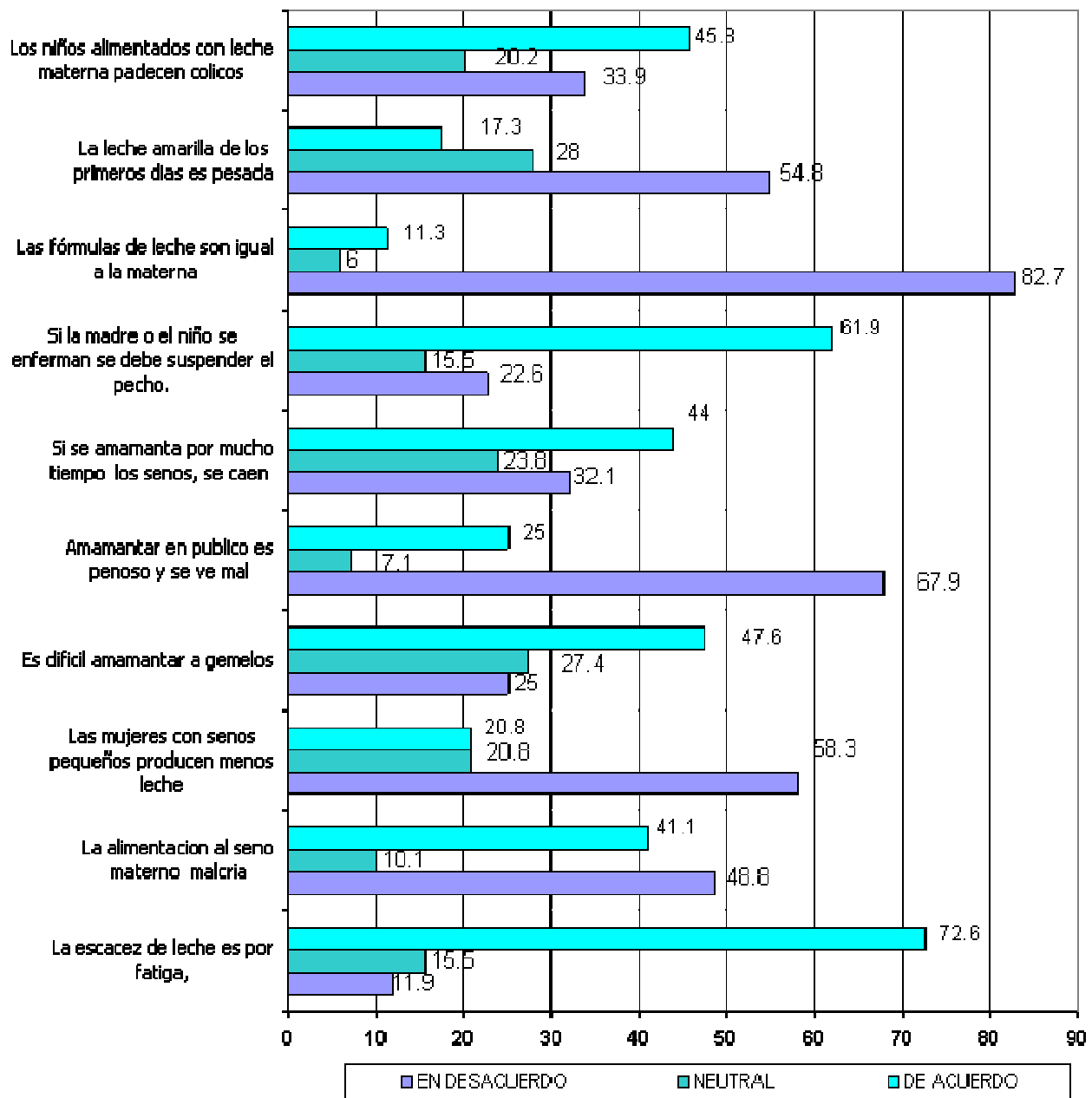
alimentación al seno materno la presencia de cólicos y ciertos malestares digestivos, el 34% sabe que dicha afirmación no es verdadera y un 20% desconoce esta situación.

La leche materna tiene la ventaja de ser fácil de digerir, estéril, accesible y por demás económica. Contiene un 88% de agua y enzimas que ayudan a la digestión, lo que hace el alimento ideal para satisfacer los requerimientos nutricionales, energéticos e hídricos que el niño necesita de acuerdo al crecimiento y desarrollo en el primer año de vida.

GRAFICA 12. ACTITUDES: MITOS Y CREENCIAS CON RELACION A LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC



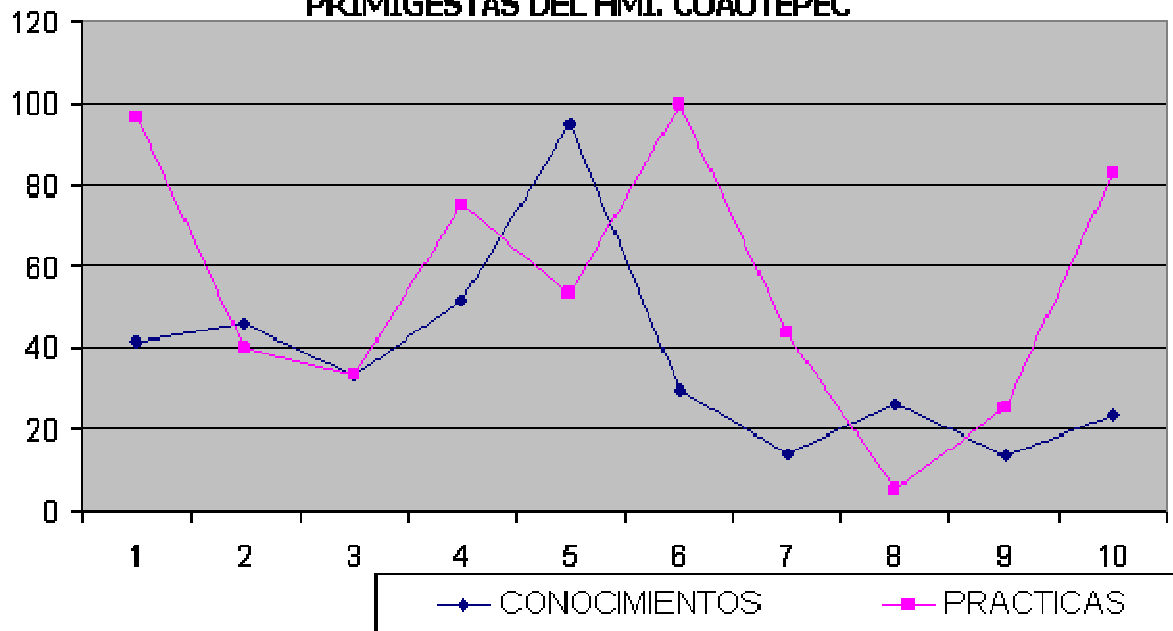
GRAFICA 13 .ACTITUDES: MITOS Y CREENCIAS CONRELACION A LA LACTAGNIA MATERNA EN PACIENTES PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC



Fuente: Cuestionario a Usuarías, 2005

En relación a los conocimientos que las pacientes refieren tener con la practica de la lactancia natural observada, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson, con $r = +0.16$, lo que significa poca relación entre conocimientos y practica. Se observo que mientras el 100% ejerce la lactancia natural, solo el 40% lo hace con la técnica y posición correcta, el 53% platica acaricia y mira a su hijo mientras lo alimenta, solo el 30 % conoce los beneficios maternos de la practica, el 33 % prepara sus senos en forma correcta antes de alimentar a su hijo, sólo el 25% humecta adecuadamente sus pezones, la mayoría de las madres desconoce la técnica y utilidad de la extracción manual de la leche materna.

**GRAFICA No.14. CORRELACION DE CONOCIMIENTOS V.S
PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES
PRIMIGESTAS DEL HMI. CUAUTEPEC**



Fuente: Cuestionario a Usuaris, 2005

8. CONCLUSIONES

La lactancia materna es el medio natural para alimentar, nutrir y proteger al niño, al menos durante el primer año de vida y para muchas madres la plena realización de lo que significa ser mujer.

Ser madre implica cuidar, amar y preocuparse por el bebé, comunicándose con él y alentarle para que se comunique. La lactancia materna es una forma incomparable de comunicación entre la madre y el niño, en la cual se ponen en juego todos los sentimientos. Cuando más pronto le de el pecho al bebé, mejor será. La mayoría de los bebés están listos e incluso ansiosos de ser amamantados durante su primera hora de vida. El reflejo de succión de un bebé recién nacido y sano que llegó a término del embarazo se encuentra generalmente en un punto más intenso alrededor de veinte o treinta minutos después de nacer, siempre y cuando no se encuentre adormilado a causa de los medicamentos o la anestesia empleada ante y durante el parto. Si este importante momento no es aprovechado para iniciar la lactancia materna, el reflejo de succión del bebé podrá ser menos agudo durante varias horas, aproximadamente por un día y medio.

Amamantar es benéfico tanto para la madre como para el bebé. Cuando el bebé mama inmediatamente después de nacido, no solo ayuda a que la lactancia tenga un buen comienzo, si no que adicionalmente apresura la expulsión de la placenta, la madre tendrá menor pérdida de sangre, ya que la succión del bebé provoca la contracción del útero. Para el bebé el hecho de estar tan cerca de sus madre le procura bienestar y la primera leche, el calostro, es invaluable como fuente de inmunidad que lo protegerá contra las enfermedades. La madre y el bebé necesitan estar juntos desde el principio y de forma constante para establecer una relación satisfactoria y una adecuada producción de leche. La primera vez que la madre primigesta amamanta a su bebé representa toda una experiencia de aprendizaje, un esfuerzo mutuo para conocerse y adaptarse.

Amamantar a un bebé es en realidad mucho menos complicado que cualquier descripción que pueda hacerse del proceso. La leche que la madre produce aumentará en cantidad o bajara en algún momento entre el segundo y el sexto días posteriores al parto. La cercanía e intimidad, propias de la lactancia materna, proporcionan a la madre una percepción más clara y segura de los sentimientos y necesidades de su bebé y, al mismo tiempo, le permite descubrir la forma de satisfacerlos.

Acomodar el bebé al pecho en posición correcta y las técnicas de succión adecuadas constituyen la mejor protección contra el agrietamiento de los pezones o congestión mamaria. Además de prevenir la irritación, no es necesario limitar el tiempo que el bebe permanece en el pecho.

RECOMENDACIONES

- ❖ Incorporar la capacitación de lactancia materna dentro del programa de control prenatal, para mejorar la atención pre-natal, sobre los beneficios de la lactancia materna y cuidados del pezón..
- ❖ Actividades educativas dirigidas al profesional de salud de la institución hospitalaria.
- ❖ Una enseñanza individual profesional de la salud/madre puérpera, podría otorgar aspectos muy beneficiosos para la comunicación madre/profesional así como el seguimiento de dónde acudir si el recién nacido presentara problemas para mamar. Estos aspectos básicos sumados a la capacitación continua del personal de salud podrían constituirse en estrategias a ser implementadas en un corto plazo para aumentar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva.
- ❖ Reactivar el Programa Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y de la Madre.
- ❖ Facilitar el estrecho contacto de madre e hijo.

9. GLOSARIO

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

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término

Enzima: Proteína producida por las células vivas que canalizan las reacciones químicas en la materia orgánica. La mayoría son producidas en cantidades mínimas que catalizan las reacciones que tienen lugar en el interior de las células.

Hormona: Sustancia química compleja producida en determinadas células u órganos del cuerpo que desencadenan o regulan la actividad de otro órgano o grupo de células.

Hiperemia: aumento de la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo que puede deberse a aumento del flujo sanguíneo, como ocurre en la inflamación, la dilatación arteriolar local o la obstrucción del drenaje del área. La piel que cubre la zona congestionada suele estar caliente y roja.

Invaginación: Proceso en el que una parte de una estructura hueca se introduce en la otra, como por ejemplo, el intestino durante la peristalsis. Si es extensa o comprende a un tumor o a pólipos, puede causar una obstrucción intestinal.

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

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

Lactante: Niño que se encuentra en las primeras etapas de vida extrauterina, hasta los 12 meses de edad, en que es capaz de asumir la postura erecta, algunos autores lo extiende hasta los 24 meses.

Nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento

Parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación

Puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Primigesta: Mujer embarazada por primera vez.

Proteína: Compuesto nitrogenado natural de carácter orgánico complejo, constituido por muchos aminoácidos, que contienen carbono, hidrogeno, nitrógeno, oxígeno, a menudo azufre y algunas veces, fósforo, hierro, yodo u otros componentes esenciales de las células vivas.

Sucedáneo de la leche materna: Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

10. BIBLIOGRAFIA

BURROUGHS, **Enfermería materno infantil**. 8ª. Edición .Mc Hill interamericana México 2000. Pág. 188-194.

CASANUEVA, **Nutriología médica**. 2ª Edición, Editorial Médica Panamericana, México 2001, Pág. 42-48

Dirección general de atención materno infantil SSA. **Lactancia materna en México**, México 1994, Pág. 19-31

GAYTON, **Tratado de fisiología medica**, décima edición, McGraw-Hill-Interamericana México, 2001. Pág. 1148-1150

GOMEZ, **ENFERMERIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**, McGraw-Hill-Interamericana 2001, Pág. 42-49

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO SSA, **Manual de lactancia materna**, centro nacional de lactancia materna, Pág.

KLANJ . **Enfermería pediátrica**, tomo I, Editorial médica Panamericana, 1990 pág .33-334

LA LIGA DE LA LECHE INTERNACIONAL. **El arte femenino de amamantar**. Pax, México 2001, 89-95

QITO, **Manual de fomento y promoción de la lactancia materna**, Ecuador. 1993, Pág.

Ronald, **El niño normal**. Problemas de los primeros años de vida y su tratamiento, 4ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México 2000, Pág. 7-32

Revista mexicana de puericultura y pediatría, Vol.4, núm. 20, Noviembre –Diciembre 1996 Pág.

Revista mexicana de puericultura y pediatría, Vol.6, núm. 31, Septiembre-Octubre 1998, Pág.

Revista mexicana de puericultura y pediatría Vol.11, núm. 63, Enero-Febrero 2000, Pág.

Revista mexicana de puericultura y pediatría Vol.11, núm. 65, Mayo-Junio 2004, Pág.

Revista mexicana de puericultura y pediatría Vol.71, núm.5, Septiembre-Octubre 2004, Pág.

SENTIES, **Manual de alojamiento conjunto y lactancia materna**, México 1991

SCHULTE, **Enfermería pediátrica de Thomson**, 8ª edición Mc Hill inter,mericana, México 2002, pág 61-65

SALINAS, **Manual para la elaboración de investigaciones**. 1ª edición, Independientes, México 1998

SAMPIERI, **Metodología de la investigación**, 2ª edición, McGraw Hill, México 1998

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA *Real Academia Española, Vigésima Primera Edición, 1993*

DICCIONARIO DE MEDICINA, OCEANO MOSBY 4ª EDICION 2004

www.issste.gob.mx, **Nosotros órgano informático isste**, Núm. 32, año 3, Marzo 2000

lactancia@bariloche.com.ar, **Más y más mitos sobre lactancia**. Enero 2002

lactancia@bariloche.com.ar, **Lactancia materna y los alimentos**. Enero 2002

www.salu@guanajuato.gob.mx.

www.lalecheleagur.org.españa. La liga de la Leche.

www.unicef.org/spanish/nutrition

11. IMAGENES

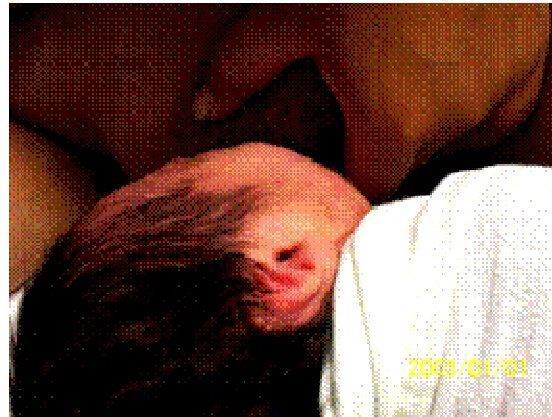
Las fotografías que a continuación se presentan fueron recopiladas en el hospital materno infantil de Cuatepec en el servicio de hospitalización en el cual el binomio permanece en alojamiento conjunto

11.1 POSICIONES PARA ALIMENTAR AL BEBE

La posición correcta antes de empezar a amamantar es un buen comienzo y evita futuros problemas. Debe considerarse cuatro elementos 1) la alineación del cuerpo de la madre con el niño, 2) la forma en que la madre toma al niño, 3) la posición de la mano para sostener el seno y 4) la posición de boca, labios y lengua del lactante.



El bebé toma el pezón y la areola de la mama sujetándose correctamente.



La madre alimenta a su hijo acostada tras unas horas de haber nacido, la madre sujetando correctamente el seno con la mano en forma de "C".



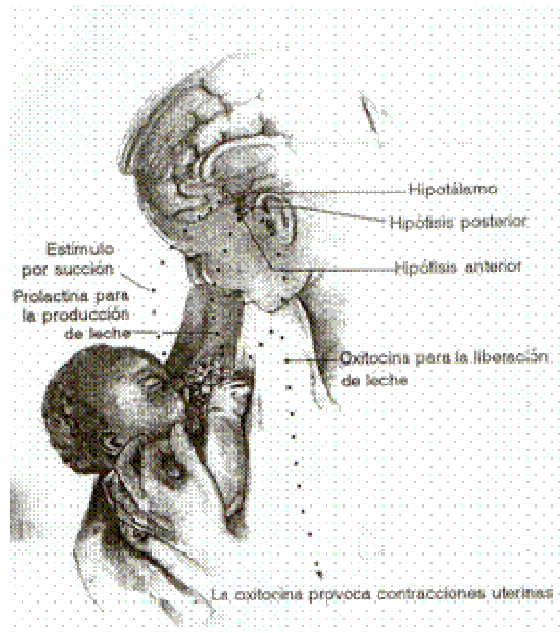
La madre alimenta a su hijo sentada, mientras se crean lazos de comunicación y afectivos entre ellos.

11.2 EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA

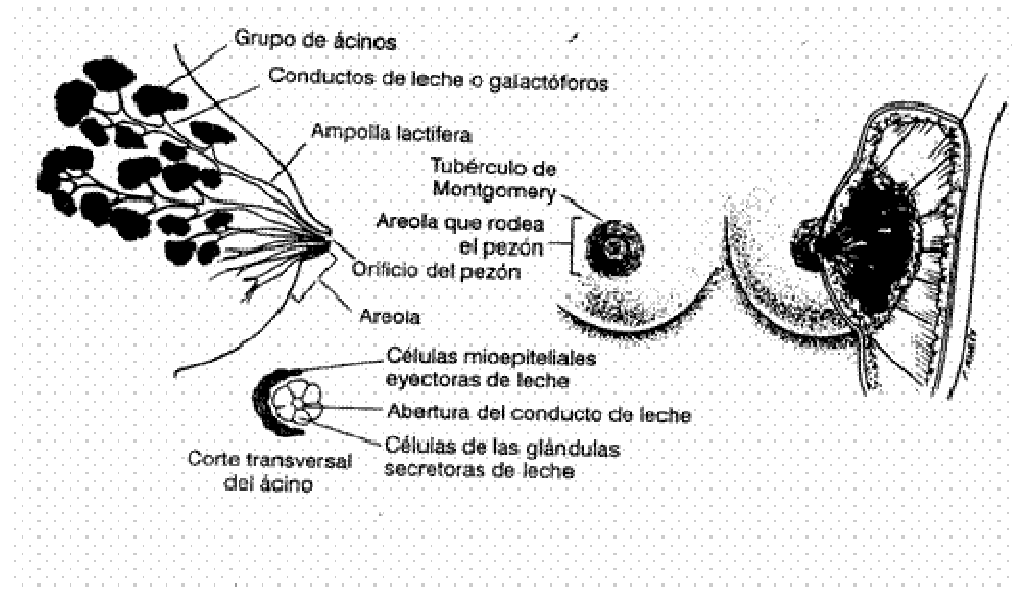


Al extraer la leche de los senos se evitara la congestión mamaria y abra producción de leche.

11.3 EFECTO DE LA PROLACTINA Y LA OXITOCINA EN LA PRODUCCION DE LECHE¹



11.3 POSICION Y ANATOMIA DE LAS GLANDULAS MAMARIAS Y DE LAS ESTRUCTURAS Y CONDUCTOS PRODUCTORES DE LECHE.²



¹ BURROUGHS. Op cit. Pág 190

² BURROUGHS. Op cit. Pág. 15



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



“IMPACTO DEL CONOCIMIENTO TÉCNICO Y COMÚN ACERCA DE LA LACTANCIA NATURAL,
EN LA PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO EN MUJERES PRIMIGESTAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC”

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES

El presente cuestionario tiene el propósito de conocer el impacto del conocimiento técnico y común en la práctica de alimentación al seno materno en pacientes primigestas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc.

La información obtenida será confidencial y solo se utilizara con fines de investigación

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA

a) Datos de identificación

1.- Edad _____

2.- Residencia _____

Delegación _____

Lugar _____

3.- Estado Civil () Casada () Soltera () Unión Libre
 () Divorciada () Viuda

4.- Escolaridad () Analfabeta () Primaria () Secundaria
() Técnico () Educación Superior () Bachillerato () Postgrado

5.- Ocupación () Ama de Casa () Estudiante () Extracción
 () Servicios () Transformación

6.- Religión () Católica () Cristiana () Testigos de Jehová () Otra

7.- Número de consultas de control prenatal
 () 0 () 1-2 () 3-5 () 6-9

8.- Vía de resolución del embarazo () Quirúrgico () Fisiológico

9.- Tipo de pezón () Normal () Invertido () Plano

10.- Indicación de fármacos () Analgésico () Antibiótico Profiláctico

b) CONOCIMIENTOS

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA

11	Sabe que es la lactancia materna	si	no
12	Sabe como alimentar a su hijo	si	no
13	Conoce la forma adecuada de preparar sus senos antes de alimentar su hijo	si	no
14	Conoce los beneficios de la lactancia materna para su hijo	si	no
15	La lactancia materna hace más fuerte la relación afectiva madre-hijo	si	no
16	Conoce los beneficios de la lactancia materna para la madre	si	no
17	Conoce las técnicas de alimentación al seno materno	si	no
18	Conoce la forma de extraer manualmente la leche del seno materno	si	no
19	Conoce de que manera se producen las grietas y dolor en los pezones	si	no
20	Ha recibido información sobre la lactancia natural	si	no

c) PRACTICA

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA

1	La madre brinda seno materno a libre demanda al bebe cada vez que lo solicita	si	no
2	La madre brinda, el seno al bebé correctamente, evitando lesiones al pezón.	si	no
3	La madre se realiza masajes en los senos y toma medidas higiénicas antes de alimentar a su hijo.	si	no
4	El tiempo que brinda cada seno al bebe es suficiente para alimentarlo y nutrirlo	si	no
5	La madre platica, acaricia y mira su hijo mientras lo alimenta.	si	no
6	La involución uterina y la presencia de loquios, es normal en función de días posparto.	si	no
7	La madre coloca en posición correcta a su hijo para alimentarlo	si	no
8	Extrae la leche de sus senos utilizando, alguna técnica correctamente, evitando la congestión de mamas.	si	no
9	Al terminar de alimentar a su bebé humecta los pezones con leche materna	si	no
10	La madre realiza maniobras , para extraer el aire del estomago del bebé	si	no

d) ACTITUDES

Expresar su opinión acerca de las siguientes afirmaciones, conforme a la siguiente escala.

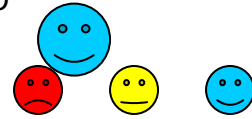
EN DESACUERDO



NEUTRAL



DE ACUERDO



1	La leche se va cuando hay un disgusto, pena profunda o por un susto.			
2	Si el bebé pide de comer muy seguido es porque no hay suficiente leche o está aguada.			
3	La leche materna se agria al permanecer por varias horas en los senos, por asolearse o por estar cerca del fuego.			
4	La leche materna disminuye en calidad y cantidad después de los seis meses de vida del bebé.			
5	Si no chorrea leche de los senos, es que no hay suficiente leche y el bebé queda con hambre.			
6	Amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche.			
7	La alimentación al seno materno provoca dolor y grietas en el pezón.			
8	Cuando una mujer amamanta debe tomar cerveza, atole ó chocolate, para tener más leche.			
9	Una madre que amamanta debe comer mayor cantidad de alimentos y tomar leche, para producir leche.			
10	Una madre que fuma o toma alcohol puede amamantar a su bebe.			
11	Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o la mala alimentación.			
12	Las madres que dan alimentación al seno materno, más de un año malcrían a sus hijos.			
13	Las mujeres con senos pequeños, producen menos leche que aquellas con senos grandes.			
14	Es muy difícil amamantar a gemelos.			
15	Amamantar en público es penoso y se ve mal.			
16	Si se amamanta por mucho tiempo los senos, se caen o se hacen flácidos			
17	Si la madre o el niño están enfermos se debe suspender el pecho.			
18	Las fórmulas de leche para bebé, son iguales a la leche materna.			
19	La leche amarilla de los primeros días demasiado pesada y al niño le provoca vomito.			
20	Los niños que son alimentados con leche materna padecen de cólicos ó tienen sed y necesitan tomar agua ó té.			