

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE: 8722**



**TESIS:**

**LACTANCIA MATERNA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DAIANA TINOCO MIRANDA**

**ASESOR DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACAN 2020.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE: 8722**



**TESIS:**

**LACTANCIA MATERNA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DAIANA TINOCO MIRANDA**

**ASESOR DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACAN 2020.**

## **Agradecimientos**

Por permitirme culminar esta etapa de mi vida dándome la salud y fortaleza para vencer los obstáculos que se fueron creando a lo largo de este trayecto. Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme la oportunidad de adquirir nuevos aprendizajes y experiencias y sobre todo la felicidad.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de la vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo para seguir.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y sobre todo por apoyarme en todo momento a lo largo de mi carrera.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores, por haber compartido conmigo sus conocimientos a la señorita Marta Alcaraz Ortega que siempre confió en mí y me permitió demostrarles que si se puede.

## **DEDICATORIAS.**

La presente tesis se la dedico a mi familia, que gracias a sus consejos y apoyo incondicional, me formaron como persona.

A mis padres y hermanos

Por estar siempre conmigo, por su apoyo, confianza y amor, porque gracias a ellos pude cumplir mis objetivos como persona y sobre todo como estudiante.

A mi madre

Como una muestra de mi amor y agradecimiento, por todo el apoyo y amor brindado desde el inicio de este largo camino que juntas recorrimos y que hoy vemos llegar al final esta meta en mi vida, le agradezco la orientación, el apoyo incondicional y la confianza que siempre me ha otorgado.

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo quiero externar que el objetivo hoy logrado también es tuyo porque la fuerza que me impulso y ayudo a conseguirlo fue tu gran apoyo y que será la mejor herencia que me puedes dejar.

A mis hermanos

A quienes jamás encontrare la forma de agradecer el cariño, comprensión y apoyo brindado en los momentos buenos y malos de mi vida por hacer de mí una mejor persona cada día, con sus consejos y enseñanzas y sobre todo por brindarme su amor incondicional, hago este triunfo compartido, solo esperando que comprendan que mis ideales y esfuerzos son inspirados en cada uno de ustedes.

A mis abuelitos

Con el amor más tierno que puede existir siempre pusieron su confianza en mí cada vez que me sentía desanimada tenían las palabras correctas para levantarme y poder seguir adelante con cualquier situación que se me presentara.

A mi padre

por brindarme los recursos necesarios, no solo económicos si no psicológicos y emocionales para lograr concluir mi carrera y sobre todo porque ha estado a mi lado dándome un consejo cuando más lo necesito y porque al igual que mi madre siempre confío en mí.

## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN .....	8
1.1.- Antecedentes.....	10
2.- MARCO TEÓRICO .....	12
2.1.- Vida y obra .....	16
2.2.- Influencias .....	18
2.3.- Hipótesis.....	23
2.4.- Justificación .....	24
2.5.- Planteamiento del problema .....	25
2.6.- Objetivo general .....	27
2.6.1.- Objetivos específicos .....	28
2.7.- Métodos.....	29
2.7.1.-Tipo de investigación .....	29
2.7.2- Nivel de la investigación.....	29
2.7.3 Métodos y técnicas de recolección de datos.....	29
2.7.4 Instrumentos de recolección de datos.....	30
2.9.- Encuestas y resultados.....	31
2.10.- Graficado .....	35
2.10.- Conclusión de las graficas.....	37
3.- LACTANCIA MATERNA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO .....	39
3.1.- ¿Qué podemos hacer? .....	42
3.2.-Diez pasos para la lactancia materna eficaz .....	44
3.2.1.- Objetivo y campo de aplicación .....	45
3.3.-El alojamiento conjunto.....	46
3.4.- Atención de la madre y del recién nacido en alojamiento conjunto .....	47
3.5.- Ciencias de la salud.....	48
3.6.- Importancia de la leche materna .....	49
3.6.1.-Requerimientos nutricionales durante la lactancia .....	52
3.6.2.-Vitaminas en la leche materna .....	55
3.6.3.- Puntos sobre alimentación y hábitos maternos durante la lactancia...	61
4.-OBSTETRICIA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA ..	62

4.1.- Objetivo de la obstetricia en el alojamiento conjunto y lactancia materna .	62
4.1.2.- Enfermera obstetra con la madre lactante y el recién nacido .....	63
4.2.- Lactancia y cuidados neonatales.....	65
4.2.1.- Orientación sexual .....	65
4.2.2.-Planificación familiar .....	65
4.2.3.- Preparación para el parto.....	65
4.3.- Anatomía y fisiología de las glándulas mamarias.....	66
4.4.- Reflejo de inhibición local .....	68
4.5.- Síntesis de la leche.....	69
4.6.- Lactancia materna .....	69
4.6.1.-Leche inicial - leche final .....	69
4.7.- El calostro.....	70
4.8.- La leche de transición.....	71
4.8.1.- ¿Cuánta leche se produce al día? .....	74
4.9.- Lactogénesis .....	74
4.9.1.- Influencias hormonales en la lactogénesis.....	74
4.9.2.- Galactopoyesis.....	75
4.9.3.- El tabaquismo en la lactancia materna .....	76
4.9.4.- Fármacos durante la lactancia .....	77
4.10.- Ventajas de la alimentación al seno materno .....	77
4.10.1.- Prevención de infección .....	77
4.10.2.- Prevención de sensibilizaciones alimentarias .....	78
4.10.3.- Contraindicaciones.....	79
5.-ALOJAMIENTO CONJUNTO .....	81
5.1.- Aumenta la probabilidad de éxito con la lactancia materna: .....	81
5.2.- Alimentación .....	83
6.- Puerperio.....	87
6.1.- Tipos de puerperio.....	87
6.1.1.-Cambios físicos.....	88
6.1.2.-Patología.....	93
6.1.3.- Primeros días de la maternidad .....	95

7.-EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO Y LACTANCIA.....	96
7.1.- Beneficios de la lactancia materna para el infante .....	98
7.2.- Beneficios para la madre .....	100
7.3.- Al utilizar formulas infantiles se puede evitar .....	101
7.4.- Etapas para una lactancia materna efectiva.....	101
7.5.- Preparación de la madre para la lactancia .....	102
7.6.- Estimulación de la succión .....	103
7.8.- Técnica correcta de succión .....	103
7.9.-Tecnica correcta de la extracción manual de la leche materna .....	105
7.10.- Las primeras 24 horas alojamiento conjunto .....	106
7.11.- Etapa mantenimiento de la lactancia .....	106
7.12.- Dificultades de la leche materna.....	107
8.- CONCLUSIONES: .....	109
9.- BIBLIOGRAFIA .....	113
10.- GLOSARIO .....	115

## 1.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición.

No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LM). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas.

Hay muchas buenas razones para que las madres den el pecho, tanto para los bebés como para ellas mismas.

Para los bebés: La leche materna es el alimento más nutritivo para los bebés. Les protege de infecciones, alergias, algunas enfermedades crónicas y cánceres de la infancia, y del síndrome de la muerte súbita del lactante.

Dar el pecho facilita el contacto ocular y la cercanía física, fortaleciendo así el vínculo entre el bebé y la madre.

Para las madres:

Hay un vínculo entre dar el pecho y niveles reducidos de estrés y menor incidencia de estados de ánimo negativo. Puede contribuir a la recuperación tras el embarazo y, a largo plazo, disminuye el riesgo de obesidad, osteoporosis, y cáncer de mama y de ovarios.

Dar el pecho ayuda a fortalecer el vínculo de la madre con el bebé.

Los beneficios de dar el pecho están claros, el reto es encontrar maneras de apoyar a las madres para que tomen esta decisión.

Los beneficios de la LM, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LM se lleve a cabo exitosamente.

Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.

Además, la LM no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la LM por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años.

## 1.1.- Antecedentes

Lactancia materna. Panorama en el mundo y en México

La alimentación al seno materno o lactancia materna (LM) es aquella donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos.

La LM puede ser exclusiva o no. Para tener clara la definición de “exclusividad”, el Comité de expertos de la OMS define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente leche del pecho de la madre o de una nodriza, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos).<sup>2</sup>

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial.

La LM es un comportamiento natural del ser humano. Desde tiempos ancestrales ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos, al mismo tiempo que el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar han sido un problema.

Más recientemente, en una sociedad donde las enfermedades crónicas fungen como principales causas de morbilidad y mortalidad, la práctica de la LM ha sido rezagada. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la LM junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Para poner en contexto esta situación se debe señalar que a nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6

meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses.

Por su parte, México ha pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; todo ello debido al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural)

El abaratamiento de alimentos procesados, en comparación con los frescos, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo.

Es indudable que gran número de mujeres en nuestro país inician la LM, pero la práctica está disminuyendo de manera importante. Se ha estimado que estas prácticas inadecuadas de LM, especialmente la carencia de exclusividad durante los primeros 6 meses de vida, se asocian a 1.4 millones de muertes y a 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años de edad.<sup>8</sup>

Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la LME podría salvar la vida de muchos pequeños.

Se estima que el logro de la cobertura universal de una LM óptima podría evitar 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional de 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años de edad.

Por ello, organizaciones internacionales como la OMS, OPS y UNICEF fomentan activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, con acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

## 2.- MARCO TEÓRICO

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

La **lactancia materna** es la alimentación con la leche del seno materno. La organización mundial de la salud (OMS) y el fondo de naciones unidas para la infancia (Unicef) señalan asimismo que la **lactancia materna** es la alimentación con leche del seno materno.

La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.

Según la OMS y el Unicef, a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años

«es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años.

A partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años

La leche materna humana es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad,<sup>7</sup> ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo. Además, contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé frente a infecciones y contribuye a estrechar el vínculo madre-hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre, a cambio o no de algún tipo de compensación.

A principios del siglo XX (20) se inicia lo que ha sido considerado como «el mayor experimento a gran escala en una especie animal»: a la especie humana se le

cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron rápidamente a lo largo del siglo XX. En 1955 se había creado en las Naciones Unidas el Grupo Asesor en Proteínas (GAP), para ayudar a la OMS a ofrecer consejo técnico a Unicef y FAO en sus programas de ayuda nutricional y asesoría sobre la seguridad y la adecuación del consumo humano de nuevos alimentos proteicos. En los años setenta el GAP emite informes donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil.

En 1979 la OMS Unicef organiza una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución llamando a la elaboración de un código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna.

También se funda IBFAN para velar por el desarrollo de dicho Código. Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Empieza a acumularse la evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración. Los movimientos sociales grupos de apoyo en la lactancia materna y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

En 1981 se convocó la 34 Asamblea Mundial de la Salud que aprobó el código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna compromiso ético que los distintos gobiernos debían adoptar. La lentitud de los gobiernos para transformar en leyes las recomendaciones del Código llevó a la OMS y el Unicef a

promover reuniones internacionales que promovieran el apoyo a la lactancia materna.

En 1989, la OMS /Unicef hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: «protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad».<sup>13</sup> En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia.<sup>14</sup> El apartado e) del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos.

Con el objetivo de que los gobiernos se impliquen de una forma más decidida con la lactancia materna y aporten recursos económicos, se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (EMALNP), por consenso de la 55 Asamblea de la OMS WHA 55.25, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva del Unicef unos meses después. La estrategia marca líneas de actuación que deben seguir los países miembros, basadas en pruebas científicas. La mayor parte de las recomendaciones están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna. Se reconoce que la lactancia es, en parte, un comportamiento aprendido y que hay que ofrecer a las madres lugares donde poder aprender.

El abandono del amamantamiento como forma habitual de alimentación de los lactantes puede traducirse en un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## 2.1.- Vida y obra

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera. Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños a adaptarse al cambio.

En 1968 puso en marcha su modelo y lo presento por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" y en 1976 publico "Introduction to Nursing: An Adaptation Model", en 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo.

Sor Callista Roy estudio enfermería en 1963 en Mount Saint Mary's College en Los Ángeles y después en 1966 un realizo master en enfermería en la Universidad de California. Más tarde inicio un master en sociología en el año 1973 y un doctorado en lo mismo en el año 1977 en la Universidad de California. Cuando realizaba su master le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería. Comenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los niños en adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto el impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería.

### Educación

Roy obtuvo un pregrado en enfermería por el Mount St. Mary's College en 1963, seguido por un máster en enfermería por la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) en 1966. Después obtuvo másters y doctorados en sociología por la UCLA. Fue becaria de postdoctorado en enfermería de neurociencia en la

Universidad de California en San Francisco. También se le han concedido cuatro doctorados honoris causa.

### **Carrera**

Callista Roy es profesora y teórica de enfermería en la Escuela de Enfermería de William F. Connell, en el Boston College. En 1991, fundó la Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS), que más tarde renombró como Roy Adaptation Association (Asociación de Adaptación de Roy). Ha dado numerosas conferencias en más de treinta países, incluyendo Estados Unidos. Actualmente, estudia los efectos de las intervenciones en la recuperación cognitiva tras una lesión leve en la cabeza.

Pertenece a la congregación Hermanas de San José de Carondelet.

## 2.2.- Influencias

### Modelo de adaptación de Roy

Durante sus estudios de posgrado, la profesora Dorothy Johnson le impuso la obligación de escribir un modelo conceptual de enfermería. El modelo de adaptación de Roy fue publicado por primera vez en *Nursing Outlook*, en 1970. En este modelo, los seres humanos (como individuos o en grupos) son sistemas holísticos y adaptables. El *entorno* consiste en estímulos internos y externos que rodean al individuo o grupo. La *salud* es contemplada como un estado sano e intacto que conduce a la integridad. La *meta* de la enfermería es promocionar modos de adaptación que apoyen la salud global.

Cuatro modos de adaptación apoyan la integridad: *psicológico-físico*, *identidad grupal de autoconcepto*, *función de rol* e *interdependencia*. Aplicando el modelo de Roy, los siguientes pasos pueden ayudar a integrarlo con el proceso de enfermería tradicional: valoración del comportamiento del cliente, valoración de los estímulos, diagnóstico de enfermería, fijación de metas, intervenciones, y evaluación

Sor Callista Ruy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la *Nursin Outlook* fot *Nursing*. Fue profesora en diversas Universidades. Desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco. Realizo un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publico periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación. En 1981 recipe el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. Fue admitida como miembro de la American Academy of Nursy en 1978. En el año 2007 fue reconocida por la American Academy of Nursy como una Living Legend.

**Los principales supuestos de su modelo se describen a continuación:**

### **Adaptación**

Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

### **Enfermería**

Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.

### **Persona**

Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

## Salud

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

## Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

## Honores y premios

- 2006: Premio de Enseñanza Distinguida, Boston College.5
- 2007: «Leyenda Viviente», Academia Americana de Enfermería.1
- 2010: Admitida en el Salón de la Fama de la Enfermera Investigadora de Sigma Theta Tau.
- 2011: Premio Mentor, Sociedad Sigma Theta Tau.2
- Obras publicadas
- Roy, C. (2009). «Assessment and the Roy Adaptation Model», *The Japanese Nursing Journal*, 29(11), 5-7. (inglés)
- Roy, C. (2008). «Adversity and theory: The broad picture», *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 138-139. (inglés)
- Whitemore, R. & Roy, C. (2002). «Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis», *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 311-317. (inglés)

## Modelo de Callista Roy

Teoría de la adaptación

### Presunciones y valores

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

- **Área fisiológica.** Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **Área de autoimagen.** La imagen que uno tiene de sí mismo.
- **Área de dominio del rol.** Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- **Área de interdependencia.** Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el «continuum» (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- **Estímulos focales.** Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.
- **Estímulos contextuales.** Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente, ...

- **Estímulos residuales.** Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros.

### **Funciones de enfermería**

Para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería.

### **Objetivo**

El objetivo es que el individuo alcance su máximo nivel de adaptación.

### **Metodología de los cuidados**

- Proceso de atención de enfermería

### **2.3.- Hipótesis**

Las estudiantes de enfermería darán a conocer a las madres primigestas y multigestas la importancia de la lactancia materna y el alojamiento conjunto para así poder fortalecer la diada madre e hijo creando un vínculo psicológico y su influencia en el desarrollo emocional intelectual y físico del infante. A mayor grado académico mayor nivel de conocimiento.

## **2.4.- Justificación**

En la presente investigación radica en el interés por dar a conocer la importancia sobre la lactancia materna, así como el alojamiento conjunto. Planteando la pregunta principal de este tema.

¿Cómo interviene la estudiante de enfermería y obstetricia en la labor del alojamiento conjunto y la correcta lactancia materna?

## **2.5.- Planteamiento del problema**

De acuerdo con la NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido.

La lactancia materna y la importancia del alojamiento conjunto es considerada una actividad temprana necesaria, se ha demostrado que la leche materna produce un efecto positivo en la salud física del niño, así como en su comportamiento temprano y en el vínculo con su madre

Dar seno materno es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto de la piel suave y calentita de la madre le da tranquilidad y placer al niño o niña. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija.

La lactancia materna es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía.

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida.

La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades.

No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida. Por eso, la leche materna es importante durante los primeros años

La leche de la madre es buena para la digestión del niño o niña y los protege contra las diarreas y otras enfermedades.

La leche de la madre tiene todo el líquido que el niño o niña necesitan para calmar la sed, aún en climas calientes.

Al darle aguas, tés, o jugos en los primeros 6 meses se aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones además de disminuir la leche de la madre.

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

Conforme a lo anterior se pretende resolver las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la función de la enfermera ante la paciente que se encuentra en alojamiento conjunto?

¿Cuál es la correcta preparación de la madre antes del alojamiento conjunto?

¿Qué información se le brindará a la madre sobre la lactancia materna?

¿Qué cuidados son primordiales en el alojamiento conjunto tanto como en la lactancia materna?

## **2.6.- Objetivo general**

La finalidad por parte de la estudiante en enfermería y obstetricia será proveer de información a la madre y a la familia sobre la importancia de una buena lactancia materna y el alojamiento conjunto a si mismo promover cambios favorables en la salud de la madre, en las actividades y en la conducta de estas. De tal manera que la madre sienta por parte de las estudiantes de enfermería y obstetricia brindarle un apoyo tanto psicológico como físico para una mejor calidad de vida.

### **2.6.1.- Objetivos específicos**

- 1.-conocer norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCION A LA SALUD DEL NIÑO
- 2.-capacitar a la madre para una correcta lactancia
- 3.- Brindarle a la madre los conocimientos para una buena alimentación mientras esta lactando a su infante.
- 4.-Promoción de la lactancia materna y alojamiento conjunto
- 5.-capacitar a la madre para que atienda a su hijo
- 6.-informarel a la madre los beneficios de la lactancia materna tanto para ella como para su infante.
- 7.- crear un ambiente cómodo y tranquilo, así como proteger su integridad.
- 8.-Brindar apoyo psicológico y espiritual a la madre primigesta y multigesta.

## **2.7.- Métodos**

### **2.7.1.-Tipo de investigación**

La investigación desarrollada es de **Investigación aplicada, constructiva o utilitaria** objetivo es, en cambio, la aplicación, uso y posibles consecuencias de los conocimientos. Si bien depende de los descubrimientos y avances de la investigación básica, busca conocer para actuar, le interesa la aplicación sobre la realidad antes que el mero desarrollo de teorías generales.

### **2.7.2- Nivel de la investigación**

El nivel de la investigación fue descriptivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. En la investigación se describió el nivel de actitudes y , conocimientos de las mujeres que se encuentran en el alojamiento conjunto y su acción de lactancia con su infante.

### **2.7.3 Métodos y técnicas de recolección de datos**

En la presente investigación se realizará el método

Prospectivo o proyectivo ya que estudia la información que se recolectara es aquel en los cuales la información se va registrando en medida que va ocurriendo el hecho

programado para observar de acuerdo con los criterios establecidos y para los fines específicos de la investigación posterior a la planeación.

#### **2.7.4 Instrumentos de recolección de datos**

La técnica apropiada para la recolección de es la encuesta;

Las encuestas son un método de investigación y recopilación de datos utilizadas para obtener información de personas sobre diversos temas. Las encuestas tienen una variedad de propósitos y se pueden llevar a cabo de muchas maneras dependiendo de la metodología elegida y los objetivos que se deseen alcanzar.

Los datos suelen obtenerse mediante el uso de procedimientos estandarizados, esto con la finalidad de que cada persona encuestada responda las preguntas en una igualdad de condiciones para evitar opiniones sesgadas que pudieran influir en el resultado de la investigación o estudio. Una encuesta implica solicitar a las personas información a través de un cuestionario, este puede distribuirse en papel.

## 2.9.- Encuestas y resultados

### ENCUESTA #1

Cuestionario apto para pacientes que se encuentran en obstetricia.

**OBJETIVO:** Conocer qué nivel de conocimiento tienen sobre la lactancia materna y el alojamiento conjunto.

1.- ¿conoce que es la lactancia materna?

SI

NO

2.- ¿conoce que beneficios tiene la lactancia materna?

SI

NO

3.- ¿conoce usted que beneficios tiene la lactancia materna en su bebe?

SI

NO

4.- ¿considera usted que es importante conocer sobre el tema?

SI

NO

5.- ¿Conoce usted los pasos para brindarle leche materna a su bebe?

SI

NO

6.- ¿Ha escuchado que es el alojamiento conjunto?

SI

NO

7.- ¿Conoce usted los beneficios del alojamiento conjunto?

SI

NO

8.- ¿Alguna enfermera le ha impartido la importancia de dichas acciones?

SI

NO

9.- ¿Tiene conocimiento sobre como amamantar a su bebe?

SI

NO

10.- ¿sabe cuánto tiempo dura el alojamiento conjunto?

SI

NO

## ENCUESTA #2

Este cuestionario tiene como finalidad evaluar a la paciente puérpera sobre la lactancia materna y su diada madre e hijo.

**INSTRUCCIONES:** seleccione el inciso que en su caso crea correcto.

EJEMPLO:

¿conoce las fases de la lactancia materna?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

1.- ¿conoce las ventajas del alojamiento conjunto?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

2.- ¿conoce los tipos de leche apropiadas para su bebe?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

3.- ¿Conoce los beneficios del calostro y del precalostro?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

4.- ¿conoce que cuidados debe llevar durante su puerperio?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

5.- ¿conoce que cuidados debe tener en su alimentación para una buena lactancia materna?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

6.- ¿Conoce cada cuanto hora se le brida la leche materna?

A) SI            B) NO            C) UN POCO

7.- ¿conoce cuales son los métodos de higiene que tiene que seguir antes de brindar la lactancia materna?

A) SI                            B) NO                            C) UN POCO

8.- ¿considera usted que es mejor opción la leche materna o formula?

A) SI

B) NO

C) UN POCO

9.- ¿considera que el personal de enfermería tiene recibir capacitaciones para poder brindarle un mejor asesoramiento?

A) SI

B) NO

C) UN POCO

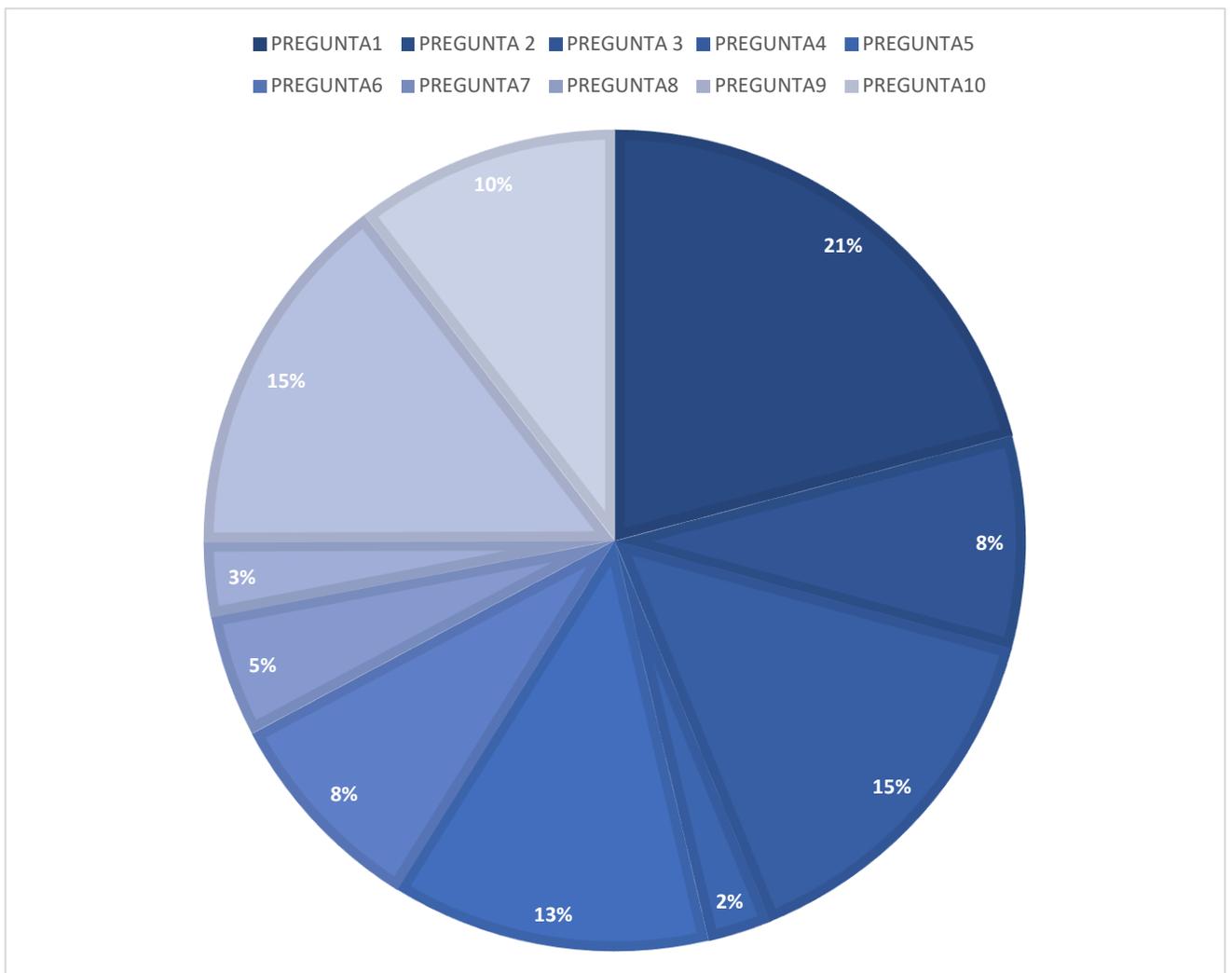
10.- ¿conoce que es la galactogenesis?

A) SI

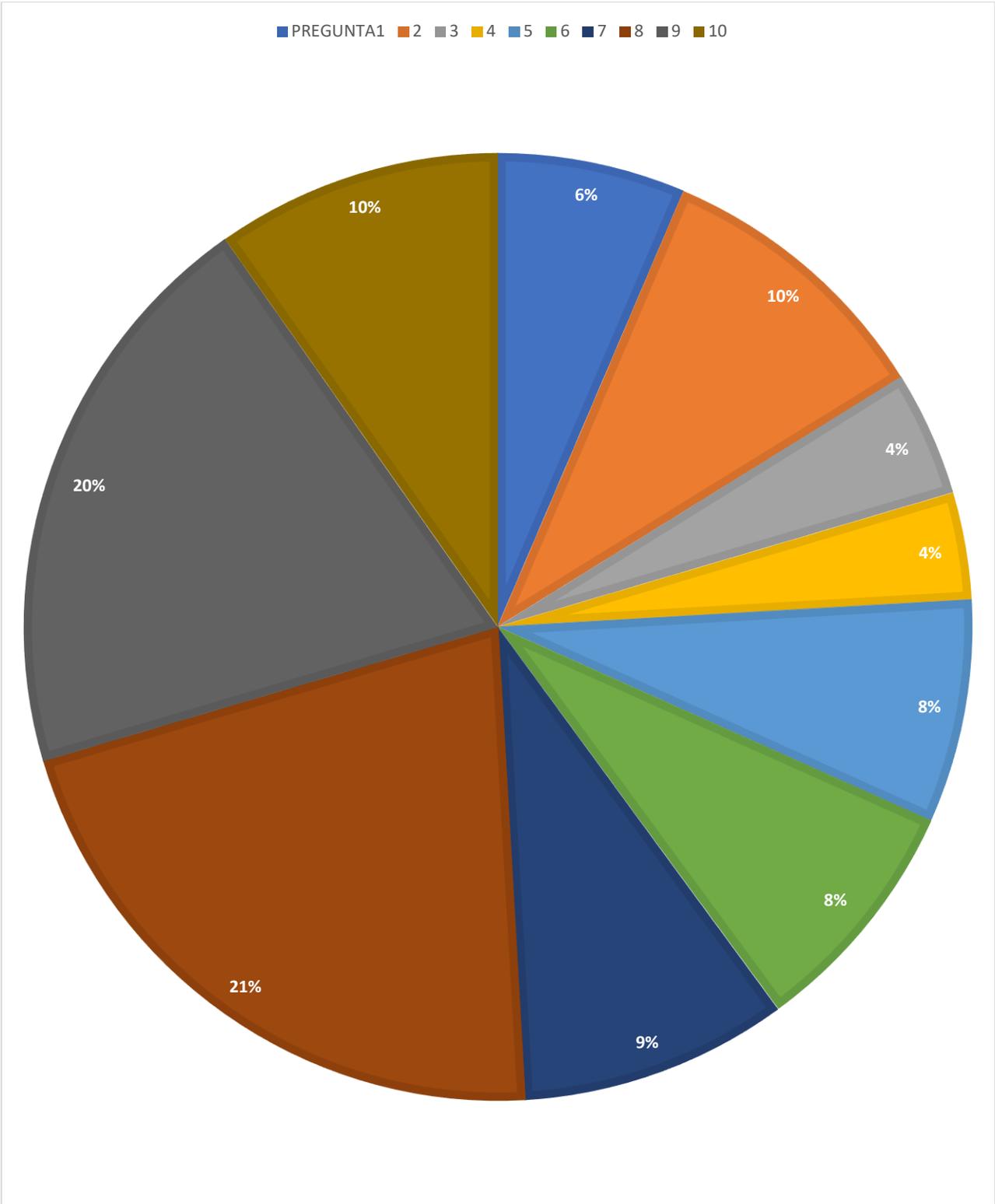
B) NO

C) UN POCO

## 2.10.- Graficado



**GRAFICA #2**



## **2.10.- Conclusión de las graficas**

1.- El 21% conoce que es la lactancia materna.

2.- El 8% conoce que beneficios tiene la lactancia materna.

3.-EL 15% conoce usted que beneficios tiene la lactancia materna en su bebe.

4.-El 2% considera usted que es importante conocer sobre el tema.

5.-El 13% Conoce usted los pasos para brindarle leche materna a su bebe.

6.-El 8% Ha escuchado que es el alojamiento conjunto.

7.-El 5%Conoce usted los beneficios del alojamiento conjunto.

8.-El 3% afirma que Alguna enfermera le ha impartido la importancia de dichas acciones.

9.-El 15% Tiene conocimiento sobre como amamantar a su bebe.

10.-El 10% sabe cuánto tiempo dura el alojamiento conjunto.

## ENCUESTA #2

- 1.-El 6% conoce las ventajas del alojamiento conjunto.
- 2.-El 10% conoce los tipos de leche apropiadas para su bebe.
- 3.-El 4%Conoce los beneficios del calostro y del precalostro.
- 4.-8% conoce que cuidados debe llevar durante su puerperio.
- 5.-El 4% conoce que cuidados debe tener en su alimentación para una buena lactancia materna.
- 6.-El 8% Conoce cada cuantas horas se le brida la leche materna.
- 7.-El 8% conoce cuales son los métodos de higiene que tiene que seguir antes de brindar la lactancia materna.
- 8.-EL 21% considera usted que es mejor opción la leche materna o formula.
- 9.- El 9% considera que el personal de enfermería tiene recibir capacitaciones para poder brindarle un mejor asesoramiento.
- 10.- El 21 % conoce que es la galactogenesis.

### **3.- LACTANCIA MATERNA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO**

La lactancia materna es el método de alimentación infantil más ampliamente reconocido a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud, OMS ha identificado la lactancia materna exclusiva (LME) como el régimen alimenticio óptimo para los niños. La LME se refiere al tipo de alimentación infantil sólo con leche materna – nada más, ni siquiera agua – durante los primeros seis meses de vida, seguido de amamantamiento continuo combinado con una alimentación complementaria adecuada a lo menos hasta los dos años de edad y posteriormente.

La lactancia materna produce efectos positivos tanto en el niño como en la madre, los padres y el sistema de salud en su conjunto; asimismo, reduce los costos a la sociedad al criar niños saludables que alcancen un potencial pleno. En los niños, puede influir en la nutrición, crecimiento y desarrollo, y a la vez protegerlo contra infecciones, alergias y algunas enfermedades crónicas.

Se ha demostrado que la leche materna produce un efecto positivo en la salud física de los niños, así como en su comportamiento temprano y en el vínculo con sus padres. Incluso mucho tiempo después del término de la lactancia, es posible detectar su influencia en el desarrollo emocional, intelectual y físico del infante.

Actualmente, los estudios en la materia han brindado un apoyo contundente a este régimen de alimentación, en relación con los beneficios nutricionales y la salud del amamantado. El principal ámbito de influencia de esta práctica alimenticia se asocia a la reducción de la tasa de enfermedad y mortalidad infantil, particularmente de los países en desarrollo. Además, la lactancia materna protege contra las infecciones gastrointestinales y respiratorias y reduce la incidencia de enfermedades crónicas de inicio en la niñez como la diabetes, enfermedades celíacas, enfermedad de Crohn y algunas patologías malignas. A la vez, es un resguardo eficaz contra las alergias, otorgando al niño una protección inmunológica continua durante la etapa de lactancia.

El amamantamiento puede afectar el comportamiento temprano de los niños, así como producir un efecto positivo en los padres, ya que implica una relación más próxima padres/hijo. En comparación con los niños alimentados con leche de fórmula, los infantes que ingieren leche natural pueden ser más despiertos, llorar menos, y estar mejor preparados para crear vínculos profundos con sus padres. Junto con ello, las madres que amamantan a sus hijos presentan menores niveles de estrés y depresión, y desarrollan un mayor apego al niño. Además, tienden a ver a sus hijos como más seguros en relación con las madres que recurren a leche de fórmula.

Se ha demostrado que este régimen alimenticio afecta a diferentes aspectos del desarrollo infantil. Específicamente, en relación con el mejoramiento de la visión, lo que indicaría una influencia positiva sobre el desarrollo del sistema nervioso central. Los estudios en la materia indican que el amamantamiento también incide en el desarrollo motor: los niños alimentados con LME muestran una capacidad más temprana para gatear y desarrollan el movimiento de pinzas con mayor precisión, tras ajustar las variables confusas potenciales.

La lactancia juega un rol significativo en el desarrollo emocional y social de los niños. Las investigaciones llevadas a cabo concluyen que los infantes que han sido amamantados son más sociables, seguros socialmente y muestran mayores avances en las escalas del desarrollo. Asimismo, se ha demostrado que el haber sido amamantado en forma exclusiva al menos por cuatro meses produce efectos positivos en el desarrollo intelectual de los niños, incluso al considerar las variables demográficas maternas.

En la misma dirección, algunos efectos positivos asociados con este método de alimentación continúan presentándose durante el desarrollo infantil, e inclusive después del término de la lactancia. Por ejemplo, en la prevención de la obesidad infantil/adolescente, una condición que puede dañar la autoestima del niño y su desarrollo socio- emocional.

Se ha demostrado que la leche materna produce un efecto positivo en la salud física de los niños, así como en su comportamiento temprano y en el vínculo con sus padres. Incluso mucho tiempo después del término de la lactancia, es posible detectar su influencia en el desarrollo emocional, intelectual y físico del infante.

Actualmente, los estudios en la materia han brindado un apoyo contundente a este régimen de alimentación, en relación con los beneficios nutricionales y la salud del amamantado. El principal ámbito de influencia de esta práctica alimenticia se asocia a la reducción de la tasa de enfermedad y mortalidad infantil, particularmente de los países en desarrollo. Además, la lactancia materna protege contra las infecciones gastrointestinales y respiratorias y reduce la incidencia de enfermedades crónicas de inicio en la niñez como la diabetes, enfermedades celíacas, enfermedad de Crohn y algunas patologías malignas. A la vez, es un resguardo eficaz contra las alergias, otorgando al niño una protección inmunológica continua durante la etapa de lactancia.

El amamantamiento puede afectar el comportamiento temprano de los niños, así como producir un efecto positivo en los padres, ya que implica una relación más próxima padres/hijo. En comparación con los niños alimentados con leche de fórmula, los infantes que ingieren leche natural pueden ser más despiertos, llorar menos, y estar mejor preparados para crear vínculos profundos con sus padres. Junto con ello, las madres que amamantan a sus hijos presentan menores niveles de estrés y depresión, y desarrollan un mayor apego al niño. Además, tienden a ver a sus hijos como más seguros en relación con las madres que recurren a leche de fórmula.

Se ha demostrado que este régimen alimenticio afecta a diferentes aspectos del desarrollo infantil. Específicamente, en relación con el mejoramiento de la visión, lo que indicaría una influencia positiva sobre el desarrollo del sistema nervioso central. Los estudios en la materia indican que el amamantamiento también incide en el desarrollo motor: los niños alimentados con LME muestran una capacidad

más temprana para gatear y desarrollan el movimiento de pinzas con mayor precisión, tras ajustar las variables confusas potenciales.

La lactancia juega un rol significativo en el desarrollo emocional y social de los niños. Las investigaciones llevadas a cabo concluyen que los infantes que han sido amamantados son más sociables, seguros socialmente y muestran mayores avances en las escalas del desarrollo. Asimismo, se ha demostrado que el haber sido amamantado en forma exclusiva al menos por cuatro meses produce efectos positivos en el desarrollo intelectual de los niños, incluso al considerar las variables demográficas maternas.

En la misma dirección, algunos efectos positivos asociados con este método de alimentación continúan presentándose durante el desarrollo infantil, e inclusive después del término de la lactancia. Por ejemplo, en la prevención de la obesidad infantil/adolescente, una condición que puede dañar la autoestima del niño y su desarrollo socio- emocional.

### **3.1.- ¿Qué podemos hacer?**

La inversión en la promoción de la LME no sólo es probable que implique un mejoramiento de la salud física, sino también una optimización de los resultados psicoemocionales e intelectuales de los lactantes. Probablemente, los servicios clínicos y las políticas públicas en salud que promueven la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida produzcan importantes beneficios en el desarrollo de la primera infancia.

Sin embargo, para mejorar las prácticas de lactancia, se requiere del apoyo en todos los niveles: deberían existir marcos protectivos al interior de las políticas públicas, las leyes y los sistemas de salud, así como en las comunidades, familias y amigos.

Debiéramos desarrollar una política nacional al más alto nivel, coherente con el Código de Comercialización de la OMS (Código Internacional de Comercialización

de Sucedáneos de la Leche Materna), que prohíba la publicidad de sustitutos de la lactancia natural en televisión, radio, o medios impresos, así como la distribución de productos sucedáneos sin costo. De igual forma, es necesario financiar nuevas investigaciones sobre los beneficios de la leche natural en el desarrollo psicosocial infantil.

El sistema legal también tiene un rol clave que desempeñar, apoyando el Código de la OMS y a través de leyes laborales que promuevan condiciones de trabajo coherentes con los seis meses de lactancia materna exclusiva (tales como la prolongación de licencias maternales pagadas, así como habilitación de salas cuna y cuidado infantil en los lugares de trabajo).

Los centros de salud son los mejores lugares para enseñar técnicas adecuadas para un buen amamantamiento a las madres primerizas. Con el propósito de ayudar a las madres en el inicio y mantención de la lactancia, las salas de maternidad deberían adoptar los “Diez Pasos para una Lactancia Exitosa”, elaborados por la UNICEF y la OMS, como parte de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez. Además, los servicios de capacitadores pares experimentados podrían ayudar a las madres a enfrentar los problemas señalados, durante las primeras semanas de vida del recién nacido.

Las campañas de promoción de la lactancia, tanto al interior del sistema de salud como en la comunidad en su conjunto, son muy relevantes. De ellas, las más efectivas son los programas que combinan grupos de discusión con visitas a los hogares del personal de salud, durante el período post natal.

Al más amplio nivel, las mujeres requieren del apoyo social de amigos y familiares; necesitamos avanzar a un punto donde el amamantamiento sea aceptado como una norma social y como parte de la vida.

### 3.2.-Diez pasos para la lactancia materna eficaz

En el año de 1991, la OMS en conjunto con la Unicef y la Organización Panamericana de la Salud, lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), con el propósito de implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. Dentro de dicha iniciativa se incluyen los diez pasos para la lactancia materna eficaz. Los pasos se resumen en el siguiente listado:

- **PASO 1.** Tiene una política por escrito sobre lactancia que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente
- **PASO 2.** Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.
- **PASO 3.** Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.
- **PASO 4.** Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.
- **PASO 5.** Mostrar a las madres cómo amamantar, y cómo mantener la lactancia aún en caso de separación de sus bebés.
- **PASO 6.** No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado
- **PASO 7.** Practicar el alojamiento conjunto. Permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día.
- **PASO 8.** Alentar la lactancia a demanda.
- **PASO 9.** No dar biberones, chupones ni chupones de distracción a los bebés que amamantan.
- **PASO 10.** Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCION A LA SALUD DEL NIÑO

Para mejorar los actuales niveles de salud y neurodesarrollo de las niñas y los niños mexicanos menores de diez años mediante la integración a los programas de prevención y vigilancia diseñando acciones de cuidado e intervención que optimizan en lo posible el curso de la salud, posibilitando su integración al medio familiar, escolar y social, así como el control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, brindando una intervención oportuna transdisciplinar, se incluyen en la presente norma los siguientes aspectos: consulta de la niña y el niño sanos, la prevención y el control de las enfermedades diarreicas y de las enfermedades respiratorias, la vigilancia y el control de la nutrición, la estimulación temprana, la prevención de accidentes en el hogar y urgencias pediátricas, así como la prevención y el diagnóstico oportuno de cáncer en las niñas y los niños menores de diez años de edad.

Esta norma establece los lineamientos que, conforme a la evidencia científica, coadyuvan a mejorar las condiciones de salud y neurodesarrollo de los menores de diez años en el país, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos, por lo que es un instrumento que tiende a disminuir la brecha social entre los grupos menos favorecidos al señalar los aspectos que deben ser atendidos por las instituciones públicas, privadas y sociales que conforman el Sistema Nacional de Salud durante la atención médica tanto en consulta de la niña y el niño sano como en caso de enfermedad.

### **3.2.1.- Objetivo y campo de aplicación**

Esta norma tiene por objeto establecer las acciones que deben seguirse para asegurar la atención médica integrada, considerando: la prevención, el diagnóstico, la atención oportuna, el control y vigilancia de las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la nutrición y el desarrollo infantil temprano, la

prevención de accidentes en el hogar, la atención de urgencias pediátricas y el diagnóstico oportuno de cáncer en las niñas y niños menores de diez años de edad.

Esta norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado integrantes del Sistema Nacional de Salud que prestan servicios de atención médica a niñas y niños menores de diez años de edad

### **3.3.-El alojamiento conjunto**

Es una forma de atención en la que el bebé en cuanto nace, permanece siempre con su madre. Durante la estancia en el hospital que puede ser de dos o tres días el bebé permanece junto a su mamá de día y de noche.

Esta práctica es común y generalizada en los hospitales de servicios públicos por las ventajas que tiene para la salud del recién nacido. Se coloca el bacinete (cunita) junto a la cama de la mamá de modo que pueda dormir cerquita de ella o bien ella lo carga en su cama donde lo amamanta y también pueden dormir juntos abrazados (colecho).

Favorece el sano inicio de la lactancia materna que protege la vida y la salud del bebé recién nacido así como el apego entre el bebé y sus padres. Es un tiempo maravilloso para conocerse y para aprender a convivir y a relacionarse juntos. De igual manera la madre se empieza a encargar de los cuidados básicos de su bebé mientras cuenta con la supervisión y apoyo del personal de salud del hospital.

Con el alojamiento conjunto, cuando la madre es dada de alta y se va a casa, se siente segura y confía en su capacidad para amamantar a su bebé y para atenderlo adecuadamente ya que éstos primeros dos a tres días con él, le permiten desarrollar su habilidad natural para criar a su bebé desplegando su fortaleza, su gran sensibilidad y empatía con su bebé asumiendo sorprendentemente su maternidad.

La enseñanza que se imparte a las madres se orienta hacia tres aspectos fundamentales: a) la importancia de la alimentación al seno; b) la prevención de las infecciones digestivas y respiratorias del recién nacido; su higiene, en

particular el cuidado del cordón umbilical, y c) la importancia del control médico precoz del recién nacido, en el consultorio periférico.

### **3.4.- Atención de la madre y del recién nacido en alojamiento conjunto**

1. Colocar al niño recién nacido las dos primeras horas de nacimiento en contacto temprano piel a piel; después se puede colocar en la misma cama que la madre, o bien, en una cuna junto a la cama.
2. Adiestrar a la madre en la técnica de amamantamiento al seno materno, la colocación y prendimiento adecuados, a fin de evitar lesiones sobre el pezón.
3. Informar a la madre las ventajas de la alimentación al seno materno, los cuidados durante la lactancia y los de su propia alimentación.
4. Ayudar a la madre acercándole al niño cuando sea necesario para alimentarlo a libre demanda, sobre todo en aquellos casos en que se le dificulte su movilización.
5. Informar que con la alimentación al seno materno no es necesario dar al recién nacido líquidos adicionales, pues esto retarda el inicio de la producción de calostro y, posteriormente, de la leche.
6. Está formalmente prohibida la alimentación mediante biberón con leche industrializada, solución glucosada o té.
7. Adiestrar a la madre en los cuidados del muñón umbilical, el baño del niño, los cambios de ropa y corte de uñas, no utilizar talco, perfume o loción.
8. Informar sobre los principales signos de alarma por complicaciones médicas que requieran atención inmediata.
9. Se le informará también sobre el esquema de inmunización.
10. Informar sobre el tamiz metabólico y auditivo
11. Informarle sobre la conveniencia de llevar a cabo la vigilancia de nutrición, crecimiento y desarrollo.

12. En la visita médica, explorar al niño frente a la madre, explicándole a ésta su evolución y respondiendo a todas las dudas que le surjan sobre el cuidado de su hijo.

### **3.5.- Ciencias de la salud**

Las **ciencias de la salud** son el conjunto de disciplinas que proporcionan los conocimientos adecuados para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad.

Además, se puede definir como ciencias aplicadas que abordan el uso de la ciencia, la tecnología, la ingeniería o las matemáticas en la prestación de asistencia sanitaria a los seres humanos

Las ciencias de la salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer, mejorar la salud y el bienestar, prevenir, tratar y erradicar enfermedades y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso desconocido o para profundizar el estudio de una forma más especializada.

Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras como la biología, la química y la física, aunque también en ciencias sociales. como la sociología médica, la psicología,

La nutrición consiste en la incorporación y la transformación de materia y energía para que puedan llevar a cabo tres procesos fundamentales: mantenimiento de las condiciones internas, desarrollo y movimiento, manteniendo el equilibrio hemostático del organismo a nivel molecular y microscópico.

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos, la salud y especialmente en la determinación de una dieta.

Los procesos microscopistas están relacionados a la absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Los procesos moleculares o microscopistas están relacionados al equilibrio de elementos como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, transportadores químicos, mediadores bioquímicos, hormonas, etc.

Como ciencia, la nutrición estudia todos los procesos bioquímicos y fisiológicos que suceden en el organismo para la asimilación del alimento y su transformación en energía y diversas sustancias. Lo que también implica el estudio sobre el efecto de los nutrientes sobre la salud y enfermedad de las personas

### **3.6.- Importancia de la leche materna**

La leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos y lactantes. Las reservas nutricionales de una mujer lactante pueden estar más o menos agotadas como resultado del embarazo y la pérdida de sangre durante el parto. La lactancia plantea necesidades nutricionales especiales, principalmente debido a la pérdida de nutrientes a través de la leche materna.

El volumen de leche materna varía ampliamente. Los nutrientes presentes en la leche proceden de la dieta de la madre o de sus reservas de nutrientes.

Para conseguir un buen estado nutricional durante la lactancia, la mujer tiene que aumentar la ingesta de nutrientes. La leche materna tiene una composición bastante constante y la dieta de la madre solo afecta a algunos nutrientes. El contenido de grasa de la leche materna varía con la dieta. El contenido de hidratos de carbono, proteína, calcio y hierro no cambia mucho incluso si la madre ingiere poca cantidad de estos en su dieta. Sin embargo, si la dieta de una madre es deficiente en vitaminas hidrosolubles y vitaminas A y D, su leche contiene menos cantidades de estos nutrientes. En cada visita posnatal tanto la madre como el niño deben ser examinados, y se debe proporcionar asesoramiento sobre la alimentación saludable. Durante la lactancia se debe evitar una dieta que aporte menos de 1.800cal al día

La leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos y lactantes. Las reservas nutricionales de una mujer lactante pueden estar más o menos agotadas como resultado del embarazo y la pérdida de sangre durante el parto. La lactancia plantea necesidades nutricionales especiales, principalmente debido a la pérdida de nutrientes a través de la leche materna.

El volumen de leche materna varía ampliamente. Los nutrientes presentes en la leche proceden de la dieta de la madre o de sus reservas de nutrientes.

Para conseguir un buen estado nutricional durante la lactancia, la mujer tiene que aumentar la ingesta de nutrientes. La leche materna tiene una composición bastante constante y la dieta de la madre solo afecta a algunos nutrientes. El contenido de grasa de la leche materna varía con la dieta. El contenido de hidratos de carbono, proteína, calcio y hierro no cambia mucho incluso si la madre ingiere poca cantidad de estos en su dieta. Sin embargo, si la dieta de una madre es deficiente en vitaminas hidrosolubles y vitaminas A y D, su leche contiene menos cantidades de estos nutrientes. En cada visita posnatal tanto la madre como el niño deben ser examinados, y se debe proporcionar asesoramiento sobre la alimentación

saludable. Durante la lactancia se debe evitar una dieta que aporte menos de 1.800cal al día.

La leche materna debe garantizar la adecuada nutrición del lactante como continuación de la nutrición intrauterina, y tanto el estado nutritivo materno como su alimentación pueden influir en la composición de la leche y, por lo tanto, en el aporte de nutrientes al lactante.

Las necesidades nutricionales del recién nacido son más altas que en cualquier otra etapa de su desarrollo, y existe evidencia de que la composición de la leche se modifica a lo largo del tiempo según las necesidades cambiantes del niño<sup>1-4</sup>.

Aunque se dispone de abundante documentación sobre la fisiología y la enfermedad de la madre lactante, los profesionales responsables de su salud a menudo carecen de los conocimientos adecuados sobre sus necesidades nutricionales

Las variaciones de la dieta de la madre pueden cambiar el perfil de los ácidos grasos y algunos micronutrientes, pero no se relacionan con la cantidad de leche ni con su calidad. La leche de toda madre, a pesar de que esta presente una malnutrición, posee un excelente valor nutricional e inmunológico. El cuerpo de la madre siempre prioriza las necesidades del bebé y, por ello, la mayoría de los nutrientes, como el hierro, el cinc, el folato, el calcio y el cobre se siguen excretando en la leche en un nivel adecuado y estable, a expensas de los depósitos maternos. En los casos de hambrunas y catástrofes, y cuando existe riesgo de desnutrición infantil, la medida recomendada por la OMS es promocionar y apoyar la lactancia materna, que garantiza el correcto desarrollo del bebé, y fortificar la dieta de la madre<sup>6-8</sup>.

La energía, las proteínas y todos los nutrientes de la leche provienen tanto de la dieta como de las propias reservas maternas. Las mujeres que no obtienen suficientes nutrientes a través de su alimentación pueden estar en riesgo de deficiencia de algunos minerales y vitaminas que cumplen funciones importantes.

Estas deficiencias se pueden evitar si la madre mejora su dieta o toma suplementos nutricionales.

La edad, el peso previo, el nivel de actividad y el metabolismo individual influyen en la cantidad de alimento que cada mujer necesitará para lograr un estado de nutrición óptimo y una adecuada producción de leche. La duración y la intensidad de la lactancia influyen también significativamente en las necesidades nutricionales de la madre, aunque rara vez se tienen en cuenta<sup>9</sup>.

La prevalencia de las deficiencias nutricionales varía según la región, la cultura, los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico<sup>10-13</sup>. En nuestro medio son más frecuentes las deficiencias de micronutrientes que los déficits calórico o proteico. La composición de algunos nutrientes en la leche depende de la dieta materna, sobre todo si la madre tiene una dieta carencial, y en la mayoría de los casos estos déficits se corrigen con la administración de suplementos<sup>14</sup>.

La concentración de vitaminas hidrosolubles en la leche materna depende mucho de su ingesta. Las vitaminas liposolubles dependen fundamentalmente de las reservas maternas, aunque también pueden aumentar con el aporte exógeno.

Se ha comprobado que las necesidades maternas pueden variar a lo largo de la lactancia<sup>15</sup>. La ingesta adecuada de energía y una dieta equilibrada que incluya frutas, verduras y productos de origen animal ayudan a garantizar que las mujeres afronten el embarazo y la lactancia sin deficiencias. Los requerimientos de algunos nutrientes, especialmente hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, son más difíciles de alcanzar a través de la ingesta, y por esta razón puede ser necesario administrar suplementos o tomar alimentos naturales fortificados con estos nutrientes.

### **3.6.1.-Requerimientos nutricionales durante la lactancia**

Hay que subrayar que durante la lactancia las necesidades nutricionales son considerablemente mayores que durante el embarazo. Durante los primeros 4-6 meses de vida el niño dobla el peso alcanzado durante los 9 meses de gestación.

La leche producida en los 4 primeros meses de lactancia representa un cúmulo de energía aproximadamente equivalente al gasto energético total de la gestación.

La edad materna puede modificar las necesidades y afectar en mayor o menor medida a su estado nutricional y la composición de la leche, especialmente en madres adolescentes y madres malnutridas.

Las recomendaciones nutricionales de la mujer lactante son un tanto empíricas y se basan fundamentalmente en la cantidad y composición de la leche producida. En los primeros 6 meses después del parto se producen unos 750ml de leche al día y 100ml de leche materna aportan una media de 70kcal de energía al hijo. La energía requerida para producir un litro de leche se estima que es de aproximadamente 700kcal. Pero el cálculo de los requerimientos de una madre lactante no se debe realizar simplemente sumando las necesidades de una mujer adulta que no lacta más las suministradas al hijo a través de su leche, ya que muchos nutrientes almacenados durante la gestación están disponibles para apoyar la producción de leche. Un tercio del gasto extra ( $\pm 150\text{kcal/día}$ ) proviene de la movilización de las reservas.

Se desaconsejan las dietas para adelgazar que aporten menos de 1.800kcal diarias, ya que cuando la ingesta es inadecuada pueden afectarse las reservas maternas. Ingestas inferiores a 1.500kcal/día pueden producir fatiga y disminuir el volumen de leche. Si se quiere perder peso más rápidamente es recomendable combinar la restricción dietética con el ejercicio físico.

El consumo calórico materno recomendado durante la lactancia es de 2.300-2.500cal al día para alimentar un hijo y de 2.600-3.000cal para la lactancia de gemelos.

El aumento de las necesidades de proteínas durante la lactancia es mínimo en comparación con el de las calorías. Sin embargo, si el consumo de energía es bajo, la proteína se utiliza para la producción de energía. Los requisitos adicionales

durante la lactancia pueden ser satisfechos por los alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, un huevo o 25g de queso o 175g de leche).

Si no se ingiere una cantidad suficiente de proteínas la concentración de caseína en la leche puede ser insuficiente. La caseína es un componente nutricional importante de la leche, y es necesaria para la absorción de calcio y fosfato en el intestino del lactante y funciones inmunomoduladoras.

La resistencia a la insulina depende de la calidad de la proteína aportada por la dieta más que de su cantidad, y así, la ingesta de proteínas derivadas del pescado durante la lactancia parece tener efectos favorecedores sobre la regulación y la sensibilidad a la insulina a largo plazo. La lactosa es el hidrato de carbono predominante en la leche materna y es esencial para la nutrición del cerebro del niño. Aunque la concentración de lactosa es menos variable que la de otros nutrientes, la producción total se reduce en las madres con desnutrición grave.

Los lípidos de la leche proporcionan la fracción más importante de calorías en la leche materna; sin embargo, son los componentes más variables en su contenido y calidad. La desnutrición materna se relaciona con niveles más bajos de lípidos en la leche. La distribución del espectro de los ácidos grasos en la leche materna también es sensible a la dieta de la madre<sup>19-21</sup>.

El ácido docosahexaenoico (22:6 n3) es un nutriente con una biosíntesis endógena limitada, por lo que su aporte a través de la dieta es necesario, ya que es el  $\omega$ -3 más importante para el desarrollo óptimo del cerebro, la retina y el oído. El contenido de colesterol en la leche materna es muy variable y guarda relación con el tiempo de lactancia, la edad de la madre, la alimentación, la estación del año y el lugar de residencia.

La ingesta de grasa durante la lactancia, en proporción a la ingesta total de energía, debe ser la misma que la recomendada para la población general. Los alimentos que la aportan deben ingerirse en cantidades adecuadas. Algunos estudios han demostrado que el consumo materno de pescado y aceites de pescado mejora el

peso al nacer y presenta un menor riesgo de parto prematuro, e incluso mejora el neurodesarrollo.

Se recomienda a las mujeres en edad fértil el consumo de una a 2 raciones de pescado de mar por semana, incluyendo los pescados grasos o azules de pequeño tamaño, como las sardinas, para no superar la ingesta tolerable de los contaminantes ambientales. El consumo de algunas especies de gran tamaño, como el pez espada y el atún, debe ser reducido, ya que pueden tener mayor contenido en mercurio.

El agua representa entre el 85 y el 95% del volumen total de la leche. Existe la creencia popular de que al aumentar el consumo de agua aumenta la producción de leche, pero diversos estudios han demostrado que forzar la ingesta de líquidos por encima de la requerida por la sed no tiene ningún efecto beneficioso para la lactancia<sup>18</sup>.

La concentración de sodio en el calostro es mayor que en la leche madura. No se ha demostrado relación entre el consumo de sal durante la lactancia y la concentración de sodio de la leche materna. En cualquier caso, es recomendable tomar poca sal y siempre enriquecida con yodo (sal yodada).

### **3.6.2.-Vitaminas en la leche materna**

La concentración de algunas vitaminas en la leche depende de su nivel en la madre, por lo que una deficiencia materna puede condicionar una deficiencia en el lactante. Esto es especialmente importante para la tiamina (B<sub>1</sub>), la riboflavina (B<sub>2</sub>), la vitamina B<sub>6</sub>, la B<sub>12</sub>, la E y la A, y como consecuencia se recomienda un aumento de la ingesta durante la lactancia.

## **Vitaminas liposolubles Vitamina A**

Está implicada en las reacciones fotoquímicas en la retina, es antioxidante y tiene propiedades antiinfecciosas. El contenido de vitamina A en la leche disminuye a medida que progresa la lactancia. La cantidad obtenida con una dieta equilibrada es adecuada y la suplementación no es necesaria. Sin embargo, en países en vías de desarrollo se recomienda que todas las madres tomen una única dosis de suplemento de 200.000UI de vitamina A tan pronto como sea posible después del parto.

## **Vitamina D**

La deficiencia de vitamina D en la mujer embarazada y lactante es frecuente. Las madres que han restringido la ingesta de alimentos, como los vegetarianos estrictos, y las que tienen una exposición limitada a la luz solar (madres con escasa exposición solar, de piel oscura, que visten con velo) pueden tener niveles plasmáticos muy bajos. El paso de la vitamina D materna a la leche es pobre, por lo que se recomienda suplementar a todos los lactantes menores de un año alimentados al pecho con 400UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el niño ingiera un litro diario de fórmula enriquecida en vitamina D.

## **Vitamina E**

La concentración de vitamina E en la leche materna es sensible a la ingesta materna, por lo que se debe revisar la alimentación materna y dar suplementos si no es adecuada.

## **Vitamina K**

La vitamina K también es elaborada por las bacterias que recubren el tracto gastrointestinal. Si la dieta es adecuada, la madre lactante no precisa suplemento de vitamina K. Los recién nacidos normalmente tienen niveles bajos de vitamina K;

no se moviliza fácilmente a través de la placenta, y la flora bacteriana del recién nacido no es suficiente para su síntesis en los primeros días de vida.

Después del nacimiento se recomienda la administración de 1mg de vitamina K IM para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Si los padres no desean que se le administre la vitamina K IM se les ofrecerá la pauta oral (2mg de vitamina K oral al nacimiento seguidos, en los lactados al pecho total o parcialmente, de 1mg oral semanalmente hasta la semana 12).

### **Vitaminas hidrosolubles**

La concentración de las vitaminas hidrosolubles en la leche depende mucho de su nivel en la madre, por lo que una deficiencia materna puede condicionar una deficiencia en el lactante<sup>3</sup>.

#### **Vitamina B<sub>6</sub> (piridoxina)**

En las primeras semanas de vida, las reservas de vitamina B<sub>6</sub> acumuladas durante la gestación son de gran importancia para mantener niveles adecuados en los niños alimentados al pecho. Los síntomas en los lactantes dependen también de la gravedad de la deficiencia, aunque, por lo general, se presentan síntomas neurológicos y diferentes variedades de dermatitis.

#### **Vitamina B<sub>12</sub> (cianocobalamina)**

En madres bien nutridas, las concentraciones de vitamina B<sub>12</sub> en la leche son adecuadas. Sin embargo, las concentraciones son bajas en mujeres vegetarianas estrictas (veganas), madres desnutridas o con anemia perniciosa, incluso si la madre no muestra signos de deficiencia. En estos casos es importante que la madre reciba un suplemento de vitamina B<sub>12</sub> durante toda la lactancia, ya que la deficiencia de esta vitamina en el lactante puede tener efectos neurológicos a corto y largo plazo.

## **Vitamina C**

En fumadores, las concentraciones plasmáticas y tisulares de vitamina C son más bajas que en personas que no fuman, por lo que se recomienda aumentar los aportes en madres lactantes fumadoras.

## **Ácido fólico**

El nivel recomendado de ácido fólico en la leche materna puede ser alcanzado fácilmente con la dieta o con la suplementación, si es necesaria

## **Oligoelementos y minerales**

A diferencia de las vitaminas, la mayoría de los minerales no parecen estar correlacionados con la ingesta materna, excepto el hierro y el yodo<sup>3,4</sup>. Las concentraciones de cobre y cinc parecen estar estrechamente relacionadas con las reservas hepáticas de la madre durante el tercer trimestre del embarazo y la ingesta materna tiene muy poco efecto sobre ellas, aunque su biodisponibilidad en la leche es muy elevada. El yodo, el hierro, el cobre, el magnesio y el cinc tienen una alta biodisponibilidad en la leche materna. El contenido en selenio está fuertemente influido por la alimentación de la madre.

## **Hierro**

Habitualmente se recomienda la suplementación con hierro para recuperar las pérdidas durante el parto, aunque hay que tener en cuenta que las mujeres con lactancia materna exclusiva presentan habitualmente amenorrea durante al menos 6 meses y, por lo tanto, durante ese período no tienen pérdidas de hierro con la menstruación. Se podría decir, por lo tanto, que la lactancia tiene un efecto protector de la deficiencia materna de hierro<sup>9,32</sup>.

## **Calcio**

El calcio es esencial durante la lactancia y existe una regulación específica que incluye una mayor absorción, una disminución de la excreción renal y una mayor movilización del calcio óseo. Para satisfacer las necesidades maternas de calcio, la Academia Americana de Pediatría recomienda que la madre lactante consuma 5 porciones diarias de cualquier alimento rico en calcio, como yogur bajo en grasa y queso, y otros alimentos no lácteos que aportan calcio, como el pescado que se consume con espinas (por ejemplo, sardinas en lata), el salmón, el brócoli, las semillas de sésamo y las coles, que pueden proporcionar los 1.000-1500mg que constituye el aporte diario recomendado durante la lactancia.

## **Zinc**

Es esencial para el crecimiento, la inmunidad celular y para la formación de enzimas. Si bien las concentraciones de zinc en la leche materna no son altas, son suficientes para satisfacer las necesidades del niño debido a su alta biodisponibilidad. Se recomienda aumentar la ingesta de zinc en un 50% durante la lactancia.

## **Selenio**

El selenio es un mineral que interviene en el sistema inmune, el metabolismo del colesterol y la función de la tiroides. El selenio en la leche materna es 3 veces mayor que en fórmulas artificiales.

## **Yodo**

Las necesidades de yodo en la mujer lactante son casi el doble de las de un adulto sano, ya que además de cubrir sus propias necesidades tiene que garantizar que el bebé reciba a través de la leche el yodo que necesita para la síntesis de hormonas

tiroideas. La leche materna contiene una cantidad variable de yodo, dependiendo de la ingesta materna.

Puesto que las necesidades del lactante son del orden de  $90\mu\text{g}/\text{día}$ , y el volumen de leche ingerido de 600 a 1.000ml/día, la concentración mínima de yodo en la leche materna debería ser de  $100\mu\text{g}/\text{l}$ . Para conseguirlo, la madre debe ingerir en total al menos  $250\mu\text{g}$  de yodo al día.

La sal de mesa yodada (es la fuente de yodo recomendada para todo el mundo) aporta tan solo la mitad de las necesidades durante el período de lactancia; por otro lado, el consumo de sal puede estar reducido en ese período. Por ello, y siguiendo las recomendaciones de la American Thyroid Association, se aconseja que las mujeres que amamantan reciban un suplemento de  $200\mu\text{g}$  de yodo al día en forma de yoduro potásico. Una vez establecida en nuestro país la yodación universal de la sal con una duración no inferior a 2 años, y cuando su consumo sea generalizado en la población, ya no será necesario suplementar con yodo a la mujer embarazada o lactante.

Los beneficios biológicos únicos de la leche materna justifican la promoción de la lactancia como método óptimo de la alimentación infantil. La recomendación de aumentar el consumo de determinados nutrientes o la utilización de suplementos para las mujeres lactantes se indica para satisfacer las necesidades de la producción de leche y proteger al lactante contra deficiencias en nutrientes.

### **3.6.3.- Puntos sobre alimentación y hábitos maternos durante la lactancia**

- Durante la lactancia la madre necesita beber agua, leche y zumos en respuesta a su sed.
- Se aconseja hacer al menos 5 tomas de alimentos al día.
- Se aconseja una dieta variada en la que se incluyan todos los alimentos.
- Evitar o reducir en lo posible el consumo de bebidas con cafeína.
- Evitar el alcohol y el tabaco.
- Evitar durante la lactancia una dieta que aporte menos de 1.800 calorías al día.
- Evitar productos de herbolario, plantas medicinales o suplementos nutricionales no farmacológicos. En la mayoría de los casos se desconoce su composición y en ocasiones tienen sustancias que actúan como hormonas y pueden ser perjudiciales.
- Se recomiendan suplementos de vitamina B12 y ácido fólico a todas las madres vegetarianas.
- Las madres fumadoras tienen necesidades aumentadas de vitamina C.
- La Academia Americana de Pediatría aconseja 400 unidades diarias de vitamina D para todos los niños amamantados.

## **4.-OBSTETRICIA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO Y LACTANCIA MATERNA**

La obstetricia es una **especialidad de la medicina que se ocupa de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.**

El origen etimológico de la palabra procede del latín *obstetricia*, que significa "estar a la espera".

Al especialista en obstetricia se le denomina obstetra, que es la persona que, además de cuidar del estado de salud de la mujer embarazada y del bebé, también se encarga de atender los aspectos sociales y psicológicos vinculados con la maternidad.

En algunos países la especialidad de la obstetricia también se nombra como matronería y, al especialista se le llama matróon o matrona.

### **4.1.- Objetivo de la obstetricia en el alojamiento conjunto y lactancia materna**

El obstetra tiene como objetivo principal evaluar y controlar constantemente el embarazo hasta que llegue el momento del parto, el cual se espera se desarrolle con la mayor normalidad posible, a fin de evitar cualquier situación que ponga en riesgo la vida tanto de la madre como del hijo.

Los controles médicos son de suma importancia durante el periodo de gestación ya que el obstetra puede examinar continuamente la salud de la mujer embarazada a fin de evitar cualquier trastorno de salud o, en el peor de los casos, controlar alguna situación especial y que sea preexistente en la madre o en el bebé.

El obstetra también tiene la responsabilidad de estar atento y evitar la aparición de los trastornos de salud durante el embarazo, a fin de que este se desarrolle de manera sana y controlada. Algunos de los problemas de salud que pueden surgir

son: la placeta previa, la diabetes gestacional, la preeclampsia, la toxoplasmosis, la posición anormal del feto, entre otros.

Ahora bien, si se presenta una situación de riesgo que ponga en peligro la vida de la madre o del hijo, el obstetra tiene la capacidad de inducir el parto en función del bienestar de ambos. De lo contrario, en una situación regular el obstetra se encarga de continuar el control y la evaluación del embarazo hasta que llegue el momento del parto natural o cesárea.

Otro de los objetivos de la obstetricia es apoyar a los futuros padres en cuanto a planificación familiar se refiere, en especial si se trata de padres primerizos. Es por ello por lo que los obstetras se ocupan un poco más allá de los aspectos de la salud y atienden también los aspectos sociales y psicológicos relacionados con la maternidad, paternidad y familia.

#### **4.1.2.- Enfermera obstetra con la madre lactante y el recién nacido**

La enfermería obstétrica se remonta a 1925 en los Estados Unidos. En el primer programa trabajaron enfermeras diplomadas en salud pública que habían sido educadas en Inglaterra. Estas enfermeras brindaban servicios de medicina familiar, además de cuidados durante el embarazo y el parto en centros de enfermería en los Montes Apalaches. El primer programa de educación en enfermería obstétrica en los Estados Unidos comenzó en 1932.

El licenciado en Enfermería y Obstetricia es el profesional que se caracteriza por brindar cuidados de enfermería con enfoque holístico, intercultural y de género a la población mexicana en general, dirigidos a preservar su salud y contribuir a la solución de los procesos de enfermedad, y específicamente atiende al grupo materno-infantil en lo referente a partería en diversos entornos socio-culturales.

El campo de acción de esta disciplina son aquellos espacios donde las personas atienden su salud â centros de salud, unidades de medicina familiar, hospitales materno-infantiles, clínicas de atención a la mujer, posadas al nacimiento, centros comunitarios, en la comunidad con las familias

El cuidado a la salud es la esencia de su práctica, por lo que es imprescindible en esta profesión tener una formación integral a partir de conocimientos, habilidades, actitudes y valores disciplinares.

En la actualidad, todos los programas de enfermería obstétrica se imparten en escuelas universitarias y universidades. La mayoría de las enfermeras obstetras se gradúan con título de maestría.

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

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

## **4.2.- Lactancia y cuidados neonatales**

Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas).

### **4.2.1.- Orientación sexual**

Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en Metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

### **4.2.2.-Planificación familiar**

Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

### **4.2.3.- Preparación para el parto**

La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

### **4.3.- Anatomía y fisiología de las glándulas mamarias**

**Alvéolos** Es donde se produce la leche. Con cada mamada éstos se contraen para sacar la leche.

**Conductos lactíferos** Son los que conducen la leche de los alvéolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.

**Senos lactíferos** Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño o niña abarque parte de la areola para exprimir la leche.

**Nervios** Son los que mandan la orden al cerebro de hacer más leche en los alvéolos. También transmiten la orden al cerebro para hacerla salir del pecho.

**Tejido graso** Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los pechos que otras. Por eso, las mujeres tienen diferentes tamaños de pechos. Tener senos grandes o pequeños no afecta la producción de leche.

**Anatomía externa** Pecho, areola y pezón Todos los pechos son válidos para amamantar, independientemente del tamaño y la forma. Durante el embarazo la mama alcanza su máximo desarrollo, se forman nuevos alvéolos y los conductos se dividen. La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé, aunque el reconocimiento también es olfativo, el recién nacido reconoce a su madre por el olor. Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos de Montgomery el pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En el pezón desembocan los tubos lactíferos por medio de unos 15-20 agujeros, es como una criba. Todos los pezones son buenos para amamantar, se dice dar el pecho, no el pezón Todas las estructuras de la mama (conductos, venas, arterias, linfáticos, nervios) son de disposición radial en la mama. **Anatomía interna** El tamaño de la mama no tiene relación con la secreción, la mayor parte es grasa La mama contiene de 15 a 20

lóbulos mamarios, cada uno de los cuales desemboca en un conducto galactóforo independiente. Cada lóbulo se divide en lobulillos. Bajo la areola, los conductos se ensanchan formando los senos lactíferos donde se deposita la leche durante la mamada. Anatomía microscópica Las ramificaciones de los conductos terminan en conductillos cada vez más pequeños, de forma arbórea y terminan en los alvéolos, donde se encuentran las células alveolares, formadoras de la leche. Dichos alvéolos están rodeados de una malla mioepitelial, la cual, al comprimirse por efecto de la oxitocina, hace salir la leche por los conductos galactóforos. El uso de pomadas, cremas, estilbestrol, concentrado de vitaminas A y D, se ha demostrado que aumentan la incidencia de lesiones en el pezón; la lanolina, las pomadas de vit. A y la crema protectora hidrófuga de silicona, se ha demostrado que son ineficaces en la prevención de lesiones en el pezón. El uso de sujetador para la noche es perjudicial.

Reflejo de producción de leche El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.

Prolactina Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo, no se produce leche debido al efecto inhibitorio de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica.

Reflejo de eyección de la leche La oxitocina Secretada por el cerebro primitivo (el que tenemos en común con los mamíferos) y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche. En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles

más altos de oxitocina, si están juntos el bebé y la madre “piel con piel” En los primeros días, el reflejo de eyección es incondicionado y no puede ser inhibido por la ansiedad. Pero después, la oxitocina se produce por un reflejo condicionado a ver y escuchar al bebé o como resultado de la preparación para darle el pecho. Al ser un reflejo condicionado, queda bajo control de centros cerebrales superiores y también se inhibe por el miedo, este es un mecanismo de protección que permite en los mamíferos, huir a la hembra sin dejar rastro. La leche sale porque la madre la expulsa

#### **4.4.- Reflejo de inhibición local**

Hay que vaciar el pecho para una buena producción posterior, cuanto más mama el bebé más leche se produce, así la madre de gemelos produce el doble de leche, debido al doble estímulo. Existe un mecanismo regulado por la hormona autocrina, la cual inhibe la producción de más leche si la mama no se vacía. La velocidad de producción de leche es proporcional al grado de vaciamiento. Igual que el pulmón que retiene aire residual, en la mama siempre hay leche, aunque se vacíe mucho. Si no se produce un buen vaciamiento, el tejido mamario se congestiona porque se acumula leche en el sistema ductal y hay un estancamiento venoso y linfático, lo que provoca un aumento de la presión intramamaria. Los vasos sanguíneos comprimen el alveolo y llega la oxitocina en menor cantidad a las células mioepiteliales. Las células alveolares disminuyen su Retículo endoplasmático rugoso, su Aparato de Golgi y aumentan los lisosomas que se abren y destruyen la célula, saliendo a la luz alveolar células secretoras muertas con los núcleos retraídos y fragmentados.

Si el drenaje excede a la producción, se incrementa la circulación sanguínea y la producción de leche.

## **4.5.- Síntesis de la leche**

Antiguas culturas llamaban “sangre blanca” a la leche humana. Es un fluido vivo que contiene 4000 células por ml, que son los leucocitos que entran por vía paracelular. En el calostro hay una concentración de millones de leucocitos por ml La leche es de composición variable, la leche de madre de prematuro es diferente del término. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada. Cambia el sabor, según los alimentos que haya comido la madre

## **4.6.- Lactancia materna**

### **4.6.1.-Leche inicial - leche final**

La leche inicial que sale al principio de la tetada es rica en lactosa, sales y proteínas de bajo peso molecular, y tiene un aspecto grisáceo (como de leche desnatada). Ésta leche se acumula en los senos galactóforos y supone una tercera parte del volumen que percibe él bebe

La leche final es extraída activamente por el bebé con su mandíbula y su lengua y contiene una alta concentración de grasas y de proteínas de alto peso molecular, tiene un color más blanco por la presencia de grasas, y es la que extrae activamente el bebé y le deja saciado

El mensaje de dar el pecho cada tres horas diez minutos es un gravísimo error que ha impedido durante muchos años que muchas madres pudieran amantar a sus hijos, dejándoles la frustración de que “su leche no valía”, cuando lo que ocurría era que al contar los minutos y no dejar que el bebé tomase la leche final, no recibían la grasa necesaria para el aumento de peso Se puede comparar una tetada

completa con un menú de los adultos. Así la leche inicial sería como el primer plato, y la leche final (la más cremosa leche entera), como el segundo plato y el postre.

**La leche de pretérmino** se produce en las mujeres que han tenido un parto prematuro. Las madres que han dado a luz antes de tiempo producen este tipo de leche durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

Es fundamental que los bebés prematuros sean alimentados con leche materna, ya que ésta puede prevenir muchas complicaciones y protege al bebé de infecciones, ayudando al desarrollo de su sistema inmaduro.

Sin embargo, según señala Unicef, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (menos de 1500 gramos) la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debería ser suplementada con estos elementos. A la lactancia materna se añadirían los denominados “fortificadores de leche materna”, que mejoran los índices de crecimiento conservando los beneficios inmunológicos, metabólicos y vinculares.

#### **4.7.- El calostro**

Es un fluido de color amarillento, más viscoso y denso que la leche materna. Constituye el ideal alimento ideal para el recién nacido durante los primeros días de vida por los siguientes motivos:

1. El calostro es rico en células inmunológicamente activas: anticuerpos y otras proteínas protectoras. Como alimento constituye la primera inmunización de los bebés recién nacidos, les ayuda a regular su sistema inmune protegiéndoles contra diversas infecciones.
2. Contiene factores de crecimiento, que ayudan a madurar el intestino de los pequeños, para funcionar con eficacia. Esto hace más difícil que los microorganismos y las sustancias alergénicas se desarrollen en el cuerpo de los bebés recién nacidos.
3. Estimula el movimiento intestinal del bebé, de tal modo que el meconio es eliminado rápidamente. Así, el calostro ayuda a liberar las sustancias que producen ictericia, ayudando por lo tanto a reducirla.
4. Tiene factores estimulantes y hormonas, que favorecen mejores niveles de glucemia en los primeros días de vida.
5. Viene en volúmenes pequeños, justo lo que el bebé recién nacido necesita.
6. Es rico en vitamina A, que les ayuda a proteger la visión y los ojos, y a reducir infecciones.

El calostro es el mejor alimento para el bebé recién nacido. Este tipo de leche materna empieza a producirse en las últimas semanas de embarazo, y será el primer alimento que tome el bebé durante sus dos a cinco primeros días de vida, ya que a partir de ese momento es cuando la mama empieza a producir “leche madura”

#### **4.8.- La leche de transición**

La leche de transición: es la leche que se producen entre el quinto y décimo día después del parto aproximadamente, tiene un mayor contenido de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles que el calostro y, por lo tanto, suministra más calorías al recién nacido, adecuándose a las necesidades de este conforme transcurren los días.

Alrededor del cuarto y el sexto día, tiene lugar un aumento brusco de la secreción de leche, la subida de la leche. Esta leche de composición intermedia va variando hasta alcanzar la composición de la leche madura.

### **La leche materna madura**

La leche madura es secretada por las glándulas mamarias del décimo día tras el parto en adelante. Es la leche materna propiamente dicha. Ella sola le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que éste requiere para su normal desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses de vida, y se recomienda hasta los dos años de edad o más junto a la alimentación complementaria.

Los principales componentes de la leche son: agua (un 88%), proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza u oligoelementos, hormonas y enzimas.

Las proteínas de la leche materna son un 30% de caseína y 70% de proteínas del suero (alfa-lactoalbúmina, de alto valor biológico para el niño, seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas).

La caseína es una proteína que forma grandes coágulos, por esto su digestión es más difícil; de allí que el niño digiera más fácilmente la leche materna, cuyo contenido en caseína es menor que el de la leche de vaca. La leche materna es baja en proteínas, pero alta en grasas y carbohidratos.

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM), que se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino.

Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso, para la absorción de minerales o prevención de infecciones.

La grasa es el componente más variable de la leche materna. Al principio de la toma, la leche es ligera y al final se vuelve cremosa, pues es de 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Es este cambio de textura lo que permite que el recién nacido sacie primero su sed y luego el apetito.

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, aunque puede variar según la ingesta de la madre. En cuanto a los minerales, la concentración de la mayoría de éstos en la leche humana (calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor) no es afectada significativamente por la dieta materna.

La leche materna, además de proteger activamente el organismo del bebé (transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas), es inmunomoduladora, estimulando el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios e antiinfecciosos.

Como vemos, la leche materna, sea del tipo que sea, se produzca en la etapa que se produzca, es de gran complejidad biológica y constituye el mejor alimento para el bebé, aunque sabemos que puede ser mucho más que un alimento, ya que el contacto entre la madre y el bebé cumple funciones emocionales y de vínculo importantes.

En definitiva, todas las clases de leche materna tienen las características bioquímicas adecuadas para un período concreto de la vida del lactante.

#### **4.8.1.- ¿Cuánta leche se produce al día?**

Los valores medios de producción son: -En la 1ª semana, 550 ml/día -En las siguientes, 850 ml/día -La media está entre 500 y 1000 ml/día.

En Australia occidental, Peter E. Hartman demostró que las madres que alimentaban exclusivamente a demanda, por períodos de hasta 15 meses, segregaban hasta 1500 ml/día.

#### **4.9.- Lactogénesis**

Lactogénesis se conoce como al proceso mediante el cual comienza la secreción láctea tras el parto. Se puede producir entre las 24 horas y el 6º día del posparto y es consecuencia de la aparición de la hormona prolactina.

##### **4.9.1.- Influencias hormonales en la lactogénesis**

Desde el cuarto mes de embarazo se comenzarán a producir hormonas que estimulan el crecimiento del sistema de conductos de la leche en las mamas:

Las principales hormonas influyentes son la progesterona, los estrógenos y el lactógeno placentario humano (LPH).

Estas hormonas son las responsables del crecimiento del tamaño de los alveolos, lóbulos, aréola y pezón.

Los niveles de estas hormonas disminuyen después del parto, lo cual desencadena el inicio de la producción de leche abundante.

El nivel de estrógenos sigue siendo bajo durante los meses de lactancia.

Se recomienda a las madres evitar métodos anticonceptivos a base de estrógenos

Otras hormonas que también son responsables del desarrollo de las mamas son: hormona folículo estimulante (HFE), hormona luteinizante (HL), prolactina (incrementa el tamaño de los alveolos durante el embarazo).

Después del parto los niveles de HFE y HL bajan, pero los niveles de prolactina se incrementan.

La Oxitocina (que se produce durante el parto y cuando el bebé mama), es la responsable de la eyección de la leche.

Otras hormonas, especialmente la insulina, la tiroxina y cortisol están involucradas también, pero sus funciones aún no están bien comprendidas.

En el quinto o sexto mes de embarazo, los pechos están listos para la producción de leche.

Es el proceso por el cual comienza la secreción láctea. Esta se establece entre las 24 horas y el 6º día del postparto y como consecuencia de la intervención de la PRL (Prolactina), indispensable para la producción de la leche. También es necesario y contribuye el bajo nivel de estrógeno. Antes del parto los niveles de PRL aumentan progresivamente, pero los estrógenos de origen placentario bloquean la actividad secretora del epitelio glandular por lo cual, pese a que las mamas generan leche materna desde la pubertad, de ella no se extrae leche hasta la maternidad, si bien el mantenimiento de la lactancia requiere principalmente un mantenimiento de la succión periódica del pezón, por lo que es posible que una madre adoptiva, sin haber concebido nunca, amamante a su hijo adoptado. La caída del nivel de estrógenos ocurre tras el parto y tiene como consecuencia el desbloqueo del tejido mamario.

#### **4.9.2.- Galactopoyesis**

También llamada *lactopoyesis*, es el transporte de la leche desde su lugar de producción (alvéolos), a través de los conductos galactóforos, hasta los pezones,

desde donde podrá ser succionada por el neonato, por un simple efecto de presión negativa. La hormona fundamental de este proceso es la oxitocina, que se produce en la hipófisis posterior.

#### **4.9.3.- El tabaquismo en la lactancia materna**

Fumar durante el embarazo causa mayor daño que fumar durante la lactancia y aumenta el riesgo de muerte súbita. Así mismo, fumar durante la lactancia también está contraindicado.<sup>1</sup> La exposición pasiva de los niños al humo del tabaco se asocia con un mayor riesgo de enfermedades de las vías respiratorias inferiores, otitis media, asma y síndrome de muerte súbita del lactante. Según algunos estudios, el tabaquismo de la madre se asocia a una menor duración de la lactancia materna dado que el tabaco reduce el volumen de leche aunque otros estudios sostienen que las mujeres fumadoras son menos propensas a amamantar a sus hijos que las no fumadoras debido una menor motivación y no a un efecto fisiológico del consumo de tabaco en su suministro de leche. Otros estudios muestran que las mujeres que fuman producen leche materna de menor calidad y cantidad.

El tabaquismo materno aumenta el riesgo de las enfermedades de las vías respiratorias en niños amamantados durante 0 a 6 meses, pero no necesariamente cuando el niño fue amamantado durante más de 6 meses. Un estudio indicó un efecto protector de la lactancia a largo plazo sobre el riesgo de infección del tracto respiratorio durante el primer año de vida. Los resultados sugieren que el efecto protector es más fuerte en los niños expuestos al humo de tabaco en el ambiente por lo que se supone que la lactancia artificial potencia los efectos nocivos del tabaquismo, aumentando las infecciones respiratorias los ingresos hospitalarios y el riesgo de desarrollar asma.

#### **4.9.4.- Fármacos durante la lactancia**

La gran mayoría de medicamentos pueden ser usados durante la lactancia. Aunque en la mayoría de los prospectos se identifica como si fuera un mismo periodo el embarazo y la lactancia, lo cierto es que se trata de dos momentos completamente diferentes no comparables entre sí a estos efectos.

El uso de medicamentos durante la lactancia debe ser conocido por un médico. No todos los fármacos pasan a la leche y en general, prácticamente en todas las circunstancias pueden ofrecerse alternativas si el fármaco elegido conlleva algún tipo de riesgo. Algunos medicamentos son compatibles con la lactancia y otros no. La lactancia debe interrumpirse temporalmente durante el consumo de medicamentos que puedan afectar al bebé y puede retomarse después. Aún en los casos en los que la madre supone que se quedó sin leche es posible inducir su nueva aparición.

Con algunos pocos medicamentos la lactancia no puede retomarse de ninguna manera, como en el caso de los tratamientos prolongados o tratamientos anticancerígenos con sustancias radioactivas como la quimioterapia, rayos, etc. También depende de la edad del lactante. En la mayoría de los casos no se corre peligro al retomar la lactancia

#### **4.10.- Ventajas de la alimentación al seno materno**

##### **4.10.1.- Prevención de infección**

Una infección que se previene o reduce su frecuencia gracias a la alimentación con leche materna es la gastroenteritis, la más importante por lo menos en países en vías de desarrollo.

Esta enfermedad es muy rara en los lactantes que se alimentan sólo de leche humana. La enterocolitis necrosante, por otra parte ocurre con menor frecuencia

en los alimentados al seno que en los que reciben leche de vaca. Además, la leche materna proporciona protección contra el cólera.

Muchos estudios señalan que hay una menor incidencia de infección respiratoria en niños alimentados al seno. Otra razón obvia para mayor incidencia de gastroenteritis debido a la alimentación con fórmulas es la contaminación de botellas y tetillas, así como por mal almacenamiento. Por su parte, el botulismo infantil se limita virtualmente a los lactantes alimentados con leche industrializada. El menor riesgo de muerte infantil súbita infantil en niños alimentados al seno no se explica por completo.

Según investigaciones españolas la leche materna contiene más de 700 tipos de bacterias. Han utilizado una técnica basada en la secuenciación masiva de ADN para identificar el conjunto de bacterias denominado microbioma.

#### **4.10.2.- Prevención de sensibilizaciones alimentarias**

Está ampliamente demostrada la presencia de alérgenos alimentarios en la leche materna, tales como proteínas de huevo, de gluten (contenidas en el trigo, la cebada, el centeno, la avena, y todos sus híbridos), de leche de vaca y de cacahuete.

En general, las concentraciones se relacionan con la cantidad del alimento ingerido por la madre. Los alérgenos pasan con rapidez a la leche materna, en los minutos posteriores a la ingesta, y pueden permanecer durante varias horas.

Se ha sugerido que esta exposición a alérgenos alimentarios a través de la lactancia induce la tolerancia en el bebé, si bien actualmente no se ha establecido cómo y cuándo exponer a los bebés a los alérgenos alimentarios potenciales con el objetivo de inducir la tolerancia o prevenir el desarrollo de sensibilizaciones posteriores.

En el caso del gluten, actualmente se ha demostrado que ni la exposición temprana al gluten ni la duración de la lactancia materna previenen el riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca, si bien el retraso en la introducción del gluten se asocia con un retraso en la aparición de la enfermedad.

Esto contradice las recomendaciones dictadas en 2008 por la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica para las familias de niños con riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca, que consistían en introducir gradualmente pequeñas cantidades de gluten en la dieta durante el período comprendido entre los 4 a 7 primeros meses de vida, mientras se mantenía la lactancia materna.

#### **4.10.3.- Contraindicaciones**

En la literatura científica se suele distinguir entre las contraindicaciones verdaderas y las falsas contraindicaciones o mitos.

**Sida**: en los países desarrollados se la considera una contraindicación verdadera. En otras partes del mundo se considera que la mortalidad infantil por malnutrición y enfermedades infecciosas, asociada a la lactancia artificial, es superior al riesgo de transmisión del sida por lactancia materna.

**Herpes simple**: en recién nacidos de menos de 15 días puede producir una infección potencialmente mortal. Durante el primer mes la presencia de lesiones de herpes simple en un pezón contraindica la lactancia de ese lado hasta su curación. Las personas con herpes labial tampoco deben besar a los bebés.

Después del mes de vida del bebé la lactancia del pezón afectado puede continuar.

**Galactosemia** en el bebé: grave enfermedad congénita por déficit de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa en el hígado. Los niños que tienen galactosemia deben tomar una leche completamente exenta de lactosa.

**Fenilcetonuria** en el bebé: obedece a un déficit de fenilamina hidroxilasa; si no se trata precozmente, el niño desarrolla un cuadro de afectación neurológica progresiva que conduce a un retraso mental. Lo indicado en estos casos, en cuanto a alimentación, es combinar la leche materna con una leche especial sin fenilalanina, controlando los niveles de este aminoácido en sangre.

## 5.-ALOJAMIENTO CONJUNTO

El alojamiento conjunto, definido como la colocación del recién nacido y de su madre en la misma habitación de hospital. Este tiene como objetivo favorecer el contacto de manera precoz y permanente.

El alojamiento conjunto no es una tendencia o una moda, sino un derecho de la mamá y del bebé. Práctica que, además, tiene beneficios médicos tangibles y medibles. De acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas y a la Organización Mundial de la Salud, no hay razón para separar a la madre de su bebé después del nacimiento si ambos están sanos. Desde un punto de vista médico, mencionaré algunos de los beneficios del alojamiento conjunto en comparación con el alojamiento en un cunero:

### 5.1.- Aumenta la probabilidad de éxito con la lactancia materna:

- Los bebés que permanecen en alojamiento conjunto tendrán mayor probabilidad de éxito con la lactancia materna y menor riesgo de infecciones nosocomiales (enfermedades adquiridas en el hospital).
- **Reduce la incidencia de complicaciones maternas en el posparto:** Además de promover el vínculo de los padres con su bebé, las mamás de los bebés que permanecen en alojamiento conjunto tendrán menor riesgo de depresión posparto y menos complicaciones relacionadas con sangrados después del parto.
- **Permite que la mamá y el bebé descansen mejor:** En algunos hospitales, el personal de salud te dirá que dejar a tu bebé en el cunero te permitirá descansar mejor. En realidad, se ha observado que tanto las mamás, cuyos bebés permanecen en alojamiento conjunto, como los bebés duermen más tranquilos al estar cerca el uno del otro.

De acuerdo con las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surge tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia. El rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la consolidación de roles de los progenitores, dado que son quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje.

El alojamiento conjunto favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, los padres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar. Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud.

El vínculo entre la madre y su hijo se comienza a generar desde su concepción, desarrollándose a través de toda la gestación y el apego es un tipo de vinculación estrecha que caracteriza a una relación muy sensible entre la madre y el recién nacido. Las interferencias tales como separación temprana, circunstancias especiales no esperadas o las proyecciones de la madre, pueden alterar esa relación y afectar el desarrollo del neonato a nivel físico, emocional o social y verse reflejadas en su conducta y sus hábitos alimentarios.

Durante la internación en la maternidad, es importante fomentar la pronta respuesta de los padres a las manifestaciones del recién nacido en demanda de apego; esto genera sensación de seguridad en relación con la satisfacción de sus necesidades.

Fomentar en los padres la observación y el contacto visual en los momentos de vigilia durante el contacto físico en brazos, incluyendo progresivamente estímulos auditivos con el arrullo y el habla, es una de las acciones prioritarias de enfermería para el cuidado del vínculo.

## **5.2.- Alimentación**

La alimentación del lactante es tal vez uno de los aspectos que genera más dudas e inquietudes en los padres y especialmente en los más inexpertos, dado que es difícil percibir con certeza que esta necesidad está satisfactoriamente cubierta en un recién nacido, Si el neonato es activo, irritable o demandante la primera sensación de los padres es que su hijo no está siendo alimentado correctamente. Es importante guiarlos acerca de algunos aspectos a observar y cómo actuar para poder resolver adecuadamente las cuestiones alimentarias y fortalecer su autoestima en relación con la posibilidad de cubrir las necesidades básicas de su hijo. Cuando los padres tienen la decisión de amamantar es conveniente ofrecerles pautas claras y sencillas para favorecer la instauración de la lactancia y el amamantamiento eficaz. Los padres necesitan pautas orientadoras en los primeros días para poder organizar el cuidado de sus hijos y la nueva vida familiar. ¿Cómo saber que su hijo está alimentándose correctamente? El peso es una variable que no se mide en el hogar, de manera que observar la conducta y el aspecto general de su hijo es la mejor manera de que los padres puedan saber que está alimentándose correctamente. Es fundamental entonces enseñarles qué aspectos observar:

- Actitud: es un signo que informa del estado general del bebé: activo, somnoliento, desinteresado, demandante.
- Succión: la succión vigorosa es un signo saludable en un recién nacido y manifiesta su predisposición para alimentarse; la succión es más superficial y rápida al principio de la mamada y luego más profunda y lenta. Presencia

de movimiento acompasado de carrillos y sonido al deglutir son signos de estar alimentándose adecuadamente.

- Humedad de las mucosas: la humedad de la mucosa de la boca es un signo de buena hidratación. - Sueño: períodos de sueño muy cortos pueden indicar que el recién nacido no se alimenta satisfactoriamente.
- Llanto: el llanto débil, así como el llanto muy frecuente es un signo de un bebé en malestar y esto en algunas oportunidades puede estar causado por problemas alimentarios. En el cuadro se presenta una guía para que los padres de recién nacidos amamantados, puedan complementar la observación general y estar alertas ante modificaciones que puedan ser motivo de consulta.

## **Temperatura**

Los recién nacidos sanos y de término suelen regular la temperatura rápidamente en el período de transición, a pesar de que en los neonatos los mecanismos de ganancia y pérdida de calor tengan limitaciones para contribuir a la termorregulación, la mayoría de ellos logra desempeñar satisfactoriamente esta función vital. Los padres deben recibir información acerca de los cuidados a implementar en la cotidianeidad para favorecer la termorregulación de su hijo, así como las acciones a realizar en el caso que se presenten dificultades con este aspecto.

## **Higiene**

La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort. El cambio de pañal es recomendable realizarlo frecuentemente de manera de proteger y preservar la integridad de la piel. Es habitual que los padres tengan dudas acerca del momento oportuno para hacerlo en relación con el momento de la alimentación y es preciso explicarles las ventajas y desventajas en cualquiera de las instancias.

## **Corte de uñas**

Las uñas son anexos de la piel y como tales se han constituido embriológicamente en forma conjunta. Al nacer se observan frágiles y al cabo de los primeros días de vida comienzan a quebrarse o cortarse en hebras, dejando asperezas que pueden autolesionar al recién nacido. No es recomendable el corte de uñas en esta instancia, porque se corta parte de la piel a la que están adheridas y puede producirse infección. Es factible tomar alguna medida para evitar los rasguños, protegiendo las manos con los puños de la ropa o corrigiendo las asperezas con una lima suave.

## **Eliminación**

El recién nacido normal una vez que comienza a eliminar orina tiene una diuresis variable que los padres pueden evaluar de manera sencilla de acuerdo con sus características y frecuencia.

## **Sueño**

El sueño del recién nacido ocupa entre dieciocho y veinte horas de las veinticuatro del día, durante el mismo es necesario establecer algunas medidas de protección para preservar la salud y el descanso del bebé. Los cuidados para el sueño del recién nacido están orientados a prevenir eventos de riesgo de vida asociados al sueño como el síndrome de muerte súbita del lactante y se basan en las características anatómo-fisiológicas del sistema respiratorio y la capacidad de respuesta del sistema nervioso. El tono muscular del cuello del recién nacido es mínimo lo que lo hace incompetente para el sostén de la cabeza, lo cual es una pauta madurativa completamente normal en esta etapa de la vida. Las estructuras de los órganos ubicados en el cuello están conformadas por cartílago escasamente consolidado por lo tanto tienen poca estabilidad y son fácilmente colapsables ante cambios mínimos de posición del cuello. La forma de preservar dichas estructuras en un plano seguro es el decúbito dorsal sobre una base firme.

## **Signos de alarma**

Los padres como cuidadores primarios necesitan orientación respecto de cuando consultar en forma inmediata para resolver oportunamente situaciones emergentes o hacerlo en forma telefónica o programada evitando así los riesgos de salidas precipitadas y de potenciales intervenciones diagnósticas innecesarias. Al egreso al hogar, los padres deben conocer los aspectos a observar y vigilar en su hijo recién nacido que amerite concurrir rápidamente al centro de atención más cercano.

## **Signos del recién nacido ante los cuales los padres deben consultar inmediatamente:**

- Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez).
- Dificultad para respirar.
- Temperatura axilar fuera del límite de normalidad pautado.
- Rechazo del alimento.
- Ausencia de deposiciones por más de 72 h.
- Ausencia de orina por más de 18 h.
- Rodete enrojecido en la zona del cordón umbilical.
- Olor fétido en el cordón umbilical.
- Coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares.
- Letargo.
- Llanto incoercible.

## 6.- Puerperio

En la fisiología humana, el **puerperio** es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 24 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.

Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.

### 6.1.- Tipos de puerperio

Existen diversos tipos de puerperio en función de las diversas etapas tras el parto, que son los siguientes:

- **Puerperio inmediato.** Es el que se produce entre el primer y el décimo día después del parto.
- **Puerperio tardío.** Se extiende entre el día 11 y el 42 tras el parto.

- **Puerperio remoto.** El que va más allá del día 43 después del parto y hasta que vuelve la menstruación.
- **Puerperio alejado.** Es el que dura más de 45 días hasta un límite impreciso.
- Por otra parte, también se puede hablar de **puerperio patológico** cuando aparecen complicaciones como hemorragias, infecciones o problemas psicológicos.

### 6.1.1.-Cambios físicos

#### Complicaciones por diferentes patologías del puerperio

Infecciones dolorosas, mamarios y hasta por trastorno psíquico.

**1. Infección puerperal.** La paciente que presenta fiebre por arriba de 38°C. Durante dos días seguidos en los primeros diez días del puerperio, excluyendo se las primeras 24hrs.

Después del parto nos encontramos con un periodo de tiempo llamado puerperio. El puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparece la primera menstruación. Para conseguir esta normalidad, el cuerpo sufre una serie de cambios. La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado. Es un período en el que son comunes el estreñimiento y las hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. La vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan.

#### Modificaciones en el aparato circulatorio

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza (bradicardia)

puerperal) y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio.

### **Modificaciones a nivel hormonal**

La cantidad de hormonas estrógenas vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la gonadotropina coriónica humana desaparece de la sangre y la orina después de 6 días.

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

### **Modificaciones en el abdomen**

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva.

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales.

### **Modificaciones en el aparato urinario**

En los primeros días de puerperio, los riñones son sometidos a un notable esfuerzo. La vejiga, que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque

su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan inflamación en la vejiga (3% de los casos).

### **Modificaciones en la piel**

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales).

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y desaparecer enseguida.

La temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38 °C). Si la temperatura supera los 38 °C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas.

### **Modificación en las defensas inmunitarias**

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto.

### **Modificaciones anatómicas**

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto. La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes.

## **Etapas del puerperio**

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- Puerperio mediato o propiamente dicho: abarca del 2.º al 10.º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- Puerperio alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- Puerperio tardío: puede llegar hasta los 2 años posparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

## **Fenómenos locales.**

Los genitales vuelven a un nivel primitivo, el que tenían antes del principio del embarazo.

## **Modificaciones en el útero**

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño unas 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombliigo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días.

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles:

- el peritoneo se dispone en pliegues que, sucesivamente, desaparecen;
- la musculatura se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales;
- también el tejido conectivo vuelve a la normalidad.

Los productos de la destrucción de las fibras musculares se eliminan con la orina, que aumenta su contenido en nitrógeno. La separación de la placenta y las

membranas ovulares crea en la cavidad uterina una gran llaga. La cavidad también contiene coágulos de sangre y fragmentos de decidua, que serán eliminados en 2-3 días.

Los productos eliminados durante el puerperio se llaman loquios. En los primeros tres días, los loquios están constituidos por sangre y vernix caseosa (loquios sanguíneos o rojos). En el cuarto y en el quinto día la cavidad del útero es invadida por gérmenes, que determinan un aflujo de leucocitos. En este período los loquios están constituidos por glóbulos blancos y gérmenes (loquios suero-sanguíneos). A finales de la primera semana, la cavidad uterina aparece limpiada por el material necrótico, se inicia así la regeneración del endometrio y los loquios adquieren un aspecto opalescente (loquios serosos). La regeneración se extiende gradualmente. Los loquios disminuyen de intensidad, adquiriendo una textura más densa y un color blanquecino-amarillento (loquios blancos) y desaparecen a la tercera semana de puerperio.

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales.

### **Modificaciones en los ovarios**

El cuerpo lúteo gravídico en los ovarios desaparece. El sistema hormonal vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación.

El período de reanudación de la ovulación y, consecuentemente, de la menstruación, varía notablemente:

- en la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos)
- en la mujer que amamanta, experimenta un retraso (amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la lactancia; raras veces también puede durar más allá del destete, a causa de un hiperinvolución del útero.

## **Modificaciones en la vagina**

La vagina retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la mucosa disminuyen: las paredes vaginales son más lisas. Esta también pierde su lubricación.

### **6.1.2.-Patología**

Puede considerarse fenómenos patológicos del puerperio infecciones que se pueden manifestar localmente o en las mamas. Otro carácter patológico posible son las hemorragias posparto, que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Para no tener una excesiva pérdida de sangre, en esta fase es fundamental que el útero esté bien contraído; de este modo los vasos presentes en la zona de inserción placentaria se "comprimen" y se evita, de esta manera, el derrame de sangre. Después de las primeras dos horas del parto vuelven los mecanismos normales de coagulación que determinan la formación de fibrina en la zona de inserción placentaria, y por este motivo las hemorragias son más raras.

Ciertas patologías afectan al útero, que van ligadas a una atonía muscular o a la inversión completa y topográfica del útero, y pueden ir acompañadas de derrames totales o parciales de líquido; también son posibles las laceraciones del órgano.

Otros problemas ligados al puerperio son la flebitis, la septicemia, la infección vulvo-vaginal, etcétera, todas parte de la infección puerperal. El estreptococo  $\beta$ -hemolítico es el agente más importante, junto con los anaerobios y sobre todo las bacterias gram negativas. La isquemia, la herida placentaria y del canal blando incluyendo la episiotomía y posibles desgarros perineales, la corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos se han descrito como posibles factores predisponentes de la infección puerperal.

Consecuentes al parto, se pueden dar embolias gaseosas o embolias de trombos, que causan asistolia aguda o edema pulmonar.

Además, la disminución de hormonas sexuales y el aumento de la prolactina produce un efecto negativo en el estado emocional de la mujer (depresión postparto) y disminuye su deseo sexual.

**El puerperio o postparto, conocido como cuarentena, es el período de tiempo que se inicia tras el parto y finaliza a las 6-8 semanas del nacimiento.** En este tiempo el cuerpo de la mujer vuelve a la normalidad. Todos los órganos implicados en el embarazo y en el parto tienen que volver a su situación anterior.

El puerperio **se divide en tres etapas**. Cada una de ellas abarca un tiempo y unos cambios específicos en la mujer. Las etapas del puerperio son:

### **1. Puerperio inmediato**

El puerperio inmediato hace referencia a **las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé**. En esta, la mujer puede mostrarse **cansada después del esfuerzo** realizado en el parto.

En estas horas comienza a ser consciente de su maternidad y a fortalecer el vínculo con su bebé.

### **2. Puerperio mediato o precoz**

El puerperio mediato o precoz va de **los 2 a los 7-10 días después del parto**. En este período **comienza**:

- la involución genital de la mujer
- la aparición de los loquios

- la subida de la leche materna

### **3. Puerperio alejado**

El **puerperio alejado** abarca **desde el día 11 aproximadamente, hasta el día 45 después del nacimiento del bebé.**

#### **6.1.3.- Primeros días de la maternidad**

No cabe duda de que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de muchas mujeres. Sin embargo, durante los primeros días, las madres, especialmente si son primerizas, suelen experimentar cierta ansiedad y sentimientos encontrados. Es algo absolutamente natural, no sólo por la carencia de experiencia, sino por el cambio y la necesidad de adaptación entre la madre y el bebé.

¿Cuánto tiempo hay que mantener el bebé al pecho?

Siendo muchas las ventajas a favor de la lactancia materna, no podemos ignorar que hay madres que no pueden o han decidido no amamantar a sus hijos, y es importante en estos casos no crear un estado de culpabilidad o ansiedad en estas madres. Se puede dar una información completa para que cada madre decida libremente sin criterios rígidos ni dogmáticos.

Diapositiva 6 COMPLEMENTOS DE LA LECHE MATERNA: IMPORTANCIA DE LA VITAMINA D C V

Las fórmulas adaptadas han de tener una concentración mínima de vitamina D de 40 UI/100 ml.

## **7.-EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO Y LACTANCIA**

El recién nacido está especialmente alerta y despierto en las primeras 2 horas después de un parto normal, y si las condiciones de la madre y del recién nacido lo permiten, se debe colocar a este sobre el pecho de su madre, promoviendo su contacto y mutuo reconocimiento. Cuanto más frecuente y precoz sea la estimulación del pezón, mayor será la producción y duración de la lactancia materna. La madre debe adquirir una postura cómoda, tratando de mantener al niño despierto y seco

Cuanto más frecuente y precoz sea la estimulación del pezón, mayor será la producción y duración de la lactancia materna.

Bebé vomitador

Ofrecer sólo 4 a 5 minutos un pecho y otros 4 a 5 minutos del contralateral para que ingiera menos grasa y conseguir una mejor continencia del mal llamado esfínter esofágico inferior, al mismo tiempo que la menor cantidad de grasa condicionará un vaciado gástrico más rápido.

Alimentación del lactante. Leche materna y artificial. Recomendaciones dietéticas.  
Trastornos en el lactante

A nivel nervioso a esta edad ante las hipoglucemias que, incluso de una forma subclínica, pueden dejar secuelas en el intelecto más o menos evidentes el resto de la vida. Más aún en el caso del lactado al pecho de la madre por la mayor rapidez del vaciado gástrico en relación con la alimentación artificial.

La mejor manera de valorar la calidad de la leche materna es controlando el peso del lactante. Generalmente, la ganancia de peso es inferior a la del alimentado con biberón porque éste recibe más cantidad de proteínas, tiene más sed y por lo tanto, toma más leche. Este acelerado crecimiento de los alimentados con lactancia

artificial puede predisponer a la obesidad en un futuro. Generalmente, sobre los 13 meses de edad, el peso de los lactados al pecho y los de leche artificial se iguala.

¿Hasta cuándo se debe dar el pecho?

En lo que se refiere a la lactancia materna exclusiva, la respuesta clásica es: hasta que la ganancia de peso y otros datos indiquen que el aporte lácteo exclusivo no es el adecuado para cubrir las necesidades que impone un crecimiento rápido. Esto suele suceder a partir de los 4 a los 6 meses de edad.

Podemos afirmar que, hasta los 5 meses de edad, la lactancia materna puede cubrir todas las necesidades del lactante; vigilando el aporte de vitamina D, sobre todo en algunos grupos raciales. A partir de los 5 meses, habría que administrar hierro de una forma profiláctica (1 mg hierro elemento/kg/día) y después de los 6 meses habría que iniciar la alimentación complementaria o beikost.

Después de los 6 meses habría que iniciar la alimentación complementaria.

## **7.1.- Beneficios de la lactancia materna para el infante**

### **A CORTO PLAZO**

Cubre las necesidades de energía, nutrientes y agua del lactante.

- Disminuye la incidencia de:
  - Enfermedades infecciosas
  - Diarrea
  - Infecciones de vías respiratorias
  - Otitis media
  - Meningitis
  - Infección por Haemophilus influenzae
  - Enterocolitis
  - Infecciones de vías urinarias
  - Disminuye la mortalidad neonatal
  - Disminuye la mortalidad infantil
- Disminuye la mortalidad por:
  - Diarrea
  - Neumonía

### **A LARGO PLAZO**

- Mejora el desarrollo y la función cognitiva
- Mejora el desarrollo psicomotor
- Favorece el vínculo madre hijo
- Disminuye la incidencia de: Síndrome de muerte súbita del lactante
- Diabetes 1 y 2
- Linfoma
- Leucemia
- Enfermedad de Hodgkin
- Sobrepeso y obesidad

- Hipercolesterolemia
- Alergias alimentarias
- Asma • Alergias (en general)

## **7.2.- Beneficios para la madre**

Favorece la pérdida de peso materno

Favorece la recuperación del peso materno previo al embarazo

Favorece el vínculo madre-hijo

Acelera la involución uterina

Retrasa el reinicio de la fertilidad

Aumenta el intervalo de tiempo entre los hijos

Disminuye la incidencia de:

Hemorragia postparto

Cáncer de mama

Cáncer de ovario

Osteoporosis postmenopáusica

Fracturas por osteoporosis

## **VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA PARA LA FAMILIA**

Mejorar salud, nutrición y bienestar.

Beneficios económicos.

La lactancia cuesta menos que la alimentación artificial.

La lactancia da como resultado un menor gasto, en la atención de la salud del niño o la niña.

### **7.3.- Al utilizar formulas infantiles se puede evitar**

- Interferir con el apego madre lactante.
- Aumentar la diarrea e infecciones respiratorias.
- Aumentar la diarrea persistente.
- Aumentar la malnutrición.
- Aumentar la deficiencia de Vitamina A.
- Mayor posibilidad de muerte.
- Mas alergias e intolerancia a la leche.
- Incrementa el riesgo de enfermedades crónicas.
- Sobrepeso.
- Menor puntaje en los test de inteligencia.
- Un nuevo embarazo.
- Incrementa el riesgo de anemia, cáncer de mama y ovario.

### **7.4.- Etapas para una lactancia materna efectiva**

Para lograr una LM efectiva y que proporcione todos los beneficios anteriormente descritos tanto para la madre como para el lactante, se debe trabajar con la madre en tres etapas:

#### **ETAPAS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFECTIVA**

1. Preparación prenatal.
2. Inicio temprano.
3. Mantenimiento de la LM.

## **7.5.- Preparación de la madre para la lactancia**

La preparación de la madre para la lactancia debe iniciar desde el embarazo, mucho antes del momento del parto. Esa preparación consiste en informar adecuadamente a la madre sobre: Etapa Preparación prenatal

1. Los beneficios de la LM, para el niño y la niña.
2. Los beneficios de la LM, para la madre.
3. Las técnicas y prácticas óptimas para lograr una LM adecuada
1. 4.El alojamiento conjunto después del parto.
4. Las técnicas de succión
5. El inicio temprano de la lactancia después del nacimiento.
6. La importancia del calostro.
2. 9. La resolución de problemas durante la LM

### **INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA**

Reflejo de la oxitocina o eyección de la leche La oxitocina trabaja mientras el bebé succiona y hace que la leche fluya

### **RECOMENDACIONES QUE SE DEBEN DAR ALA MADRE**

La LM debe iniciarse durante la primera hora después del parto. Esto favorece el inicio de la alimentación del recién nacido y ayuda a establecer el vínculo afectivo madre-hijo.

Si no existen contraindicaciones obstétricas, el recién nacido, luego de recibir los cuidados neonatales iniciales, debe de ser colocado directamente sobre el abdomen y pecho de su madre, en posición vertical y en contacto piel a piel.

El contacto piel a piel significa que el torso de la madre y el cuerpo del lactante deben estar desnudos, con la parte superior del cuerpo del niño entre los pechos de la madre. Ambos deben cubrirse para mantenerlos caliente.

Explicar a la madre que el contacto piel a piel en la primera hora produce en la madre una sensación de placer intensa y en el recién nacido estimula el deseo de succión.

Que es importante que ese contacto piel a piel debe ser iniciado inmediatamente después del nacimiento o durante la primera media hora y debe mantenerse el mayor tiempo posible, al menos durante una hora ininterrumpida.

## **7.6.- Estimulación de la succión**

Una vez que el recién nacido esté más despierto y alerta, la madre puede acercarlo a la areola y el pezón si el recién nacido agarra bien el pecho y succiona con fuerza, se puede iniciar la lactancia si esto no se logra, se puede esperar unos minutos y reintentar la misma maniobra varias veces hasta lograr la succión.

Este contacto temprano madre-hijo estimula la liberación de la hormona “oxitocina” la cual facilita el alumbramiento de la placenta y reduce la hemorragia postparto; además, dicho contacto promueve el vínculo madre hijo. la madre debe extraer el calostro y darlo al recién nacido en cucharadas y debe colocarse al bebé piel a piel con la madre tan pronto como sea posible.

## **7.8.- Técnica correcta de succión**

Colocar a la madre en una posición cómoda y relajada, puede ser sentada o acostada de medio lado.

Sostener al lactante con la cabeza y el cuerpo alineados frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón.

Mientras se acerca el cuerpo del lactante al pecho, debe estar pegado al cuerpo de la madre sosteniendo todo el cuerpo del lactante.

La madre debe sostener el pecho con los dedos extendidos contra la pared del tórax, por debajo del pecho, con el dedo pulgar por encima del pecho.

Los dedos de la madre no deben estar sobre la areola o muy cerca del pezón ya que esto interfiere con el agarre.

La madre debe ayudar al niño a agarrar el pecho tocando los labios del lactante con el pezón, esperando hasta que abra ampliamente la boca, moviéndolo rápidamente hacia el pecho, apuntando el pezón hacia arriba (hacia la parte superior de la boca del lactante) y colocando el labio inferior del bebé detrás del pezón, de manera que su mentón toque el pecho.

Observar cómo reacciona el lactante y preguntar a la madre cómo siente la succión.

Mostrarle cómo retirar al lactante del pecho. La madre debe deslizar su dedo meñique hacia la boca del lactante para liberar la succión.

## **SIGNOS DEL BUEN AGARRE**

Los cuatro signos son:

1. Se observa más areola encima del labio superior del lactante que debajo del labio inferior.
2. La boca del lactante está muy abierta.
3. El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera).
4. El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

Si el agarre no es bueno o si la madre está incómoda, solicitarle que lo intente de nuevo.

## 7.9.-Técnica correcta de la extracción manual de la leche materna

- Tener un recipiente limpio, seco y de boca ancha para recibir la leche extraída.
- Lavarse minuciosamente las manos antes de la extracción.
- Sentarse o pararse de manera cómoda y sostener el recipiente bajo el pezón y la areola.
- Colocar el dedo pulgar en la parte superior del pecho, colocando el índice en la parte inferior, de manera que estos dedos queden en oposición y que se sitúen, más o menos, a 4 cm de la punta del pezón.
- Comprimir y descomprimir el pecho entre los dedos varias veces. Si la leche no emerge, reposicionar los dedos un poco más atrás del pezón y volver a realizar la compresión y descompresión, tal como lo hizo antes.
- Este procedimiento no debería ser doloroso; si duele quiere decir que la técnica está mal empleada. Al inicio, la leche puede no salir, pero, después de realizar algunas compresiones, la leche comienza a gotear si el reflejo de la oxitocina está activo, la leche puede salir en finos chorros.
- Comprimir y descomprimir alrededor de todo el pecho, empleando los dedos pulgar e índice a la misma distancia del pezón.
  - Exprimir cada pecho hasta que la leche gotee lentamente
  - Repetir la extracción de cada pecho 5 o 6 veces
  - Detener la extracción cuando la leche gotee lentamente desde el inicio de la compresión y ya no fluya. Evitar realizar masajes o deslizar los dedos a lo largo de la piel. Evitar comprimir o pellizcar el pezón.

## **7.10.- Las primeras 24 horas alojamiento conjunto**

El objetivo del alojamiento conjunto es favorecer la LM y el vínculo madre-hijo.

Esta medida es clave para que la madre ofrezca la LM a demanda y que aprenda a reconocer las señales del recién nacido como vigilia, rotación y movimientos de la boca las cuales indican que está listo para ser amamantado. Lo ideal es que la madre aprenda a reconocer estas señales y no que el niño empiece a llorar como señal de hambre.

## **7.11.- Etapa mantenimiento de la lactancia**

Cuando la madre y el lactante regresan al hogar, es muy importante el mantenimiento de una LM efectiva. Para lograrlo, se debe instruir a la madre antes del egreso del centro médico de la siguiente manera:

- Etapa Mantenimiento de la lactancia.
- Mantener la LM exclusiva durante los primeros 6 meses después del nacimiento.
- Fomentar la lactancia materna a demanda, alimentación conducida por el lactante o lactancia materna irrestricta; esto significa que las madres deben amamantar a sus bebés cada vez que ellos lo deseen en el día y en la noche, siempre y cuando ellos indiquen que se encuentran listos para ser alimentados.
- No se debe dar a los recién nacidos ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado. Esto puede aumentar el riesgo de infecciones, diarrea y alergias.
- Supervisar la efectividad de LM controlando la ganancia de peso del lactante.
- Evitar el uso de chupetas o chupones los cuales aumentan el riesgo de infecciones e interfieren con la LM.

## 7.12.- Dificultades de la leche materna

**PROBLEMA:** Mal agarre del pezón Produce una succión inefectiva y puede producir lesiones en el pezón como fisuras, grietas y úlceras

**SOLUCION:** Se debe revisar la posición de la boca del lactante durante la succión. Los cuatro signos de un buen agarreson: 1. Se observa más areola encima del labio superior del lactante que debajo del labio inferior 2. La boca del lactante está muy abierta 3. El labio inferior del lactante está invertido (hacia afuera) 4. El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.

### **Succión inefectiva Puede producir en la madre:**

- Pechos agrietados.
- Obstrucción de los conductos lactíferos.
- Puede producir en el lactante:
  - Ingesta de leche insuficiente.
  - Insuficiente aumento de peso.
  - Retirarse del pecho como señal de frustración y rechaza ser alimentado.
- Verificar que el agarre de la mama sea adecuado.
- Verificar la posición.
- La madre no debe suspender la lactancia materna.
- Es seguro dar lactancia, incluso con abscesos mamarios.
- Monitorear que la ganancia de peso del lactante sea adecuada.
- Reiniciar la succión, puede succionar rápidamente unas cuantas veces, estimulando el flujo de leche y, luego, las succiones lentas y profundas se vuelven a iniciar.
- Brindar apoyo a la madre por medio de la familia e instituciones.
- Pechos muy llenos.
- Pechos hinchados o edematosos, mastitis.

- El lactante debe tener un buen agarre y lactar frecuentemente para extraer la leche.
- Promover la lactancia exclusiva a libre demanda.
- Si el recién nacido tiene un buen agarre y succión, entonces debe lactar tan frecuentemente como lo necesite.
- Si el lactante no tiene un buen agarre y la succión es inefectiva, la madre debe extraer su leche manualmente o empleando una bomba varias veces hasta que los pechos se suavicen, de manera que el lactante pueda agarrar mejor el pecho y, entonces, amamantarlo frecuentemente.
- Aplicar compresas calientes en el pecho o tomar una ducha caliente antes de la extracción, esto ayuda a que la leche fluya.
- Emplear compresas frías después de la lactancia o de la extracción para reducir el edema.
- Valoración médica antes de utilizar analgésicos y antibiótico.
- Fisuras o úlceras en el pezón.
- Baja producción de leche.
- Apoyar a la madre para que mejore la posición del lactante y el agarre.
- Si el lactante tiene buen agarre, el dolor disminuye.
- El lactante puede continuar mamando normalmente.
- No se debe suspender la lactancia:

**El pezón sana rápidamente cuando deja de ser lastimado. Las causas más frecuentes, aunque sencillas de corregir son:**

- Retraso en el inicio de la lactancia materna.
- Mal agarre.
- Empleo de chupones que reemplazan la succión del pecho.
- Proporcionar otros alimentos o bebidas al lactante.
- Ingesta de líquidos de la madre.

## 8.- CONCLUSIONES:

La parte más importante del método de investigación se realiza después de haber realizado la investigación y analizar la interpretación de resultados concluyendo que la lactancia materna es de vital importancia para el desarrollo saludable del recién nacido. Recordemos que la OMS recomienda que los niños deben alimentarse exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de vida, y de continuar con esta alimentación hasta los 12 meses. No olvidando que la OMS (la Organización Mundial de la Salud) considera una prioridad de salud pública aumentar las tasas de Lactancia Materna en todos los países. La lactancia materna ha pasado a ser una prioridad en todo lactante y pasa a formar parte de nuestra vida cotidiana.

Al hablar de lactancia materna sabes que es la forma en que las madres alimentan naturalmente a sus bebés. La leche materna contiene anticuerpos que protegen al bebé de enfermedades infantiles. Por esta razón es una prioridad para para ambos ya que les aportan beneficios a los dos.

El alojamiento conjunto representa un avance en la atención del recién nacido porque permite una relación más estrecha entre la madre, el recién nacido y el equipo de salud. Su interrelación diaria, sin duda, arroja enormes beneficios, en especial para el recién nacido. El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este; establece una estrecha relación madre- hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud ( personal de enfermería ) que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre;

El contacto temprano del recién nacido con su madre inmediatamente después del nacimiento es fundamental. Durante este contacto temprano la madre, a través del contacto piel a piel, transmite las bacterias saprofitas de su epidermis a la piel estéril

de su bebé existe también intercambio de miradas mientras con su voz aguda lo tranquiliza; permite que vaya reconociendo su olor y le brinda calor, además de que en aquellos casos en que el bebé succiona, le transmite a través del calostro todo un aporte inmunológico fundamental en esta primera etapa.

Recordemos que El alojamiento conjunto, también llamado habitación compartida, consiste en brindar la atención médica, enfermería y del personal de salud a la madre y al recién nacido de manera tal que se favorezca su contacto temprano piel a piel, desde el momento del nacimiento y durante todo el tiempo que permanecen en el hospital, con motivo del parto. Para ello, madre e hijo son alojados conjuntamente, con objeto de fortalecer la relación afectiva entre ellos y de lograr que el niño inicie con la alimentación al seno materno y se continúa a libre demanda.

Las ventajas del alojamiento conjunto son que reduce costos. Requiere mínimo equipo. Disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales. Ayuda a establecer y mantener la lactancia materna Facilita el vínculo madre-hijo-padre.

El personal de enfermería está capacitado para Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre-hijo desde el momento del nacimiento. Así como Fomentar la alimentación al seno materno desde el momento del parto, evitando malas prácticas de alimentación que lleven a malnutrición y evitar el uso de sucedáneos de la leche, además ayuda a evitar infecciones intrahospitalarias. Aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales en la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; favorecer la atención humanitaria a la madre y al niño con motivo del parto.

Una nutrición deficiente en esta etapa de la vida aumenta el riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas y es responsable, directa o indirectamente, de hasta un 30% de las muertes en niños y niñas menores de 5 años de edad. Esta nutrición temprana inicia con la lactancia materna (LM).

La leche materna: Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todas las sustancias nutritivas (grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua) que necesita el lactante en los primeros 6 meses de vida.

Calostro: Es la leche que se produce durante los primeros 2 o 3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad (40–50 ml el primer día), sin embargo, suficiente para los requerimientos del niño recién nacido en ese momento. Su color es amarillento, es rico en minerales y vitaminas liposolubles A, E y K.

La importancia del calostro · es proteger contra infecciones y alergias · expulsa el meconio, ayuda a prevenir la ictericia · acelera la maduración intestinal, previene alergia e intolerancia, reduce la gravedad de algunas infecciones (como sarampión y diarrea). Previene enfermedades oculares causadas por deficiencia de vit A como es de nuestro conocimiento le aporta muchos beneficios al lactante para su sano desarrollo.

Recalcando que leche de transición es la leche que se produce del día 7 al 14 después del parto, leche madura es la leche que se produce después de las primeras 2 semanas después del parto y la lactancia es el Período de la vida de la mujer en el que se da la producción de leche.

Los resultados que se obtuvieron fueron favorables al comprobar que en 80 % de las madres de familia conoce la importancia de la lactancia materna y de los beneficios que esta trae consigo y afirman que es una práctica muy importante para sus lactantes tanto para prevenir enfermedades y mantener una buena condición de salud en el recién nacido lo cual explica que la mayoría de las madres mantienen conciencia ante la situación de la lactancia materna.

Y respecto al alojamiento conjunto el porcentaje de las madres que conocen a que se refiere es muy mínimo, pero de igual manera se les brindo la información necesaria para su conocimiento.

La investigación afirma que la implementación del alojamiento conjunto y la promoción para una buena lactancia materna ayuda a crear un vínculo madre e hijo más fuerte y disminuye las enfermedades.

Así mismo Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre hijo desde el momento del nacimiento y evitar la separación en el puerperio inmediato. Y Fomenta la alimentación al seno materno desde el momento del parto, evitando malas prácticas de alimentación que lleven a malnutrición y evitar el uso de sucedáneos de la leche.

Y es necesario mantener informadas a las madres de familia para que no se pierda esta práctica sobre todo en madres más jóvenes y así se puedan prevenir enfermedades en el lactante. Así mismo se pueda reforzar el vínculo madre e hijo desde las primeras horas de vida extrauterina.

## 9.- BIBLIOGRAFIA

- BOOKMILLER, Boowen., Enfermería Obstétrica. Quinta Edición, Interamericana. México, D.F., 1974.
- BOTERO, U. Jaime, et all. Obstetricia y Ginecología. Tercera Edición, Carvajal, S.A. Cali-Colombia., 1985.
- González de Cosío-Martínez, T; Hernández-Cordero, S. Lactancia materna en México. México: Academia Nacional de Medicina, 2017.
- RIVERA, Leonor, CALIMLIM., Importancia de los medicamentos en la Leche. Clínica de Perinatología. Amamantamiento. Volumen 1, Editorial Interamericana, México, D.F., 1987.
- Liga Internacional de la leche., El Arte Femenino de Amamantar. Primera Edición, Editorial Diana., 1988.
- Liga de la Leche. Nuevo Comienzo. Volumen 6, No. 3., Julio 1994.
- Madres y Niños. La Lactancia Natural como método de Planificación Familiar. Volumen 8 No. 1., 1989.
- ASQUIT, María Teresa et all., Usos Clínicos, Obtención y Almacenamiento de Leche Humana. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Volumen 1, Editorial Interamericana, México, D.F. 1987.
- Liga Internacional de la leche., Publicaciones Nos. 27, 81 y 125 Traducidas en Colombia., 1989.
- Liga Internacional de la leche., Publicaciones Nos. 14, 28, 29, 80, 85, 106, 107, 130 y 159 Traducidas en Colombia., 1990.
- Liga Internacional de la leche. Publicaciones Nos. 21, 25, 54 y 83. Traducidas en Colombia., 1992.
- OLDS. S.B. et all., Enfermería Materno – Infantil. Segunda Edición, Interamericana. México, D.F., 1993.
- REEDER, Sharon R, et all., Enfermería Materno – Infantil. Segunda Edición en español, Carvajal, Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS)., 1981.

- SALAZAER AGUDELO, Edy., Pontificia Universitaria Javeriana, Facultad de Enfermería. Manual de Lactancia Materna., Bogotá. 1990.
- OSORIO, Alvaro, et all., Reinducción de la Lactancia Materna. CLAP, agosto de 1981.
- OSORNO, Jairo. Hacia una Feliz Lactancia Materna. Editorial Gente Nueva. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1992.
- WELLSTART., La Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil. Bogotá., 1991.

## 10.- GLOSARIO

### A

Arraigando – reflejo manifestado por bebés recién nacidos, junto con los reflejos de respirar y tragar. El arraigar implica el voltear la cabeza por instinto para buscar el pezón y la leche

**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** Alimentos que complementan la Lactancia Materna Exclusiva.

**ALOJAMIENTO CONJUNTO:** Acción y efecto de mantener al recién nacido junto a la madre después del nacimiento.

**ALUMBRAMIENTO:** Expulsión o extracción de la placenta y de las membranas fetales después de la salida del neonato.

**ANTIMETABOLITOS:** Compuestos inactivos que tienden a reemplazar o interferir la acción de un metabolito esencial

### B

**BEBIDA PRELACTEA:** Toda sustancia líquida diferente a la leche materna, que se suministra al recién nacido antes de iniciarse la lactación materna.

**BIBERÓN:** Botella provista de un dispositivo de goma para la lactancia artificial.

## C

**CALOSTRO:** Líquido blanco-amarillento producido por las mamas en los primeros días después del nacimiento.

**CONDUCTO:** Canal de paredes cerradas o tubular para vasos y nervios o secreciones principalmente.

**CONGESTIÓN DEL SENO:** Sobrecarga de la glándula mamaria, que se presenta con la bajada de la leche, debido a la gran cantidad de sangre circulante, a la acumulación de líquido en el tejido de soporte y de leche en el tejido glandular.

**CONTACTO TEMPRANO:** Inicio del vínculo afectivo madre-hijo durante la primera media hora de su nacimiento.

**CHUPO DE ENTRETENCIÓN:** Dispositivo de goma elástica que se coloca al niño como medio de distracción.

## D

**DEPRESIÓN:** Disminución de la actividad vital en una parte o en la totalidad del cuerpo.

**DESTETE:** Paso de la Lactancia Materna Exclusiva a la complementación con otros alimentos. Suele iniciarse gradualmente a partir del sexto mes cuando el niño no puede continuar su crecimiento con una alimentación exclusivamente láctea.

**DOLOR DE PEZONES:** Sensación desagradable de intensidad variable que se percibe en el pezón por agresión leve o intensa sobre él.

## E

**ESTADO NUTRICIONAL:** Grado de adecuación de las características anatómica y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.

**EXTRACCIÓN MANUAL:** Maniobras por medio de las cuales se activa el reflejo expulsor de la leche materna.

## F

**FACTOR DE CRECIMIENTO:** Sustancias presentes en la leche materna, que ayuda al desarrollo de las células de revestimiento de las mucosas del cuerpo.

**FISURAS:** Defecto o solución de continuidad de la piel de la areola o del pezón causada por técnica inadecuada de succión.

**FOTOTERAPIA:** Tratamiento que utiliza las propiedades terapéuticas de la luz para la ictericia.

## G

**GRUPO DE APOYO:** Grupos de funcionarios de salud y comunidad (madres comunitarias, gestores y vigías de salud), que desarrollan actividades de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.

## H

**HEMORRAGIA POST-PARTO:** Toda pérdida de sangre mayor de 500 ml., después del tercer período del parto (alumbramiento).

## I

**INFECCIÓN:** Penetración de microorganismos patógenos al interior del tejido mamario.

**INICIO PRECOZ:** Amamantamiento o lactancia, que se realiza en la primera media hora después del nacimiento.

**INVOLUCIÓN:** Retorno progresivo del tamaño uterino al estado pregrávido de reposo después del parto.

## L

**LACTAGOGOS:** Sustancia que estimulan la secreción láctea.

**LACTOMAMILAS:** Es un recolector de leche plástico que se coloca sobre el seno, por dentro del sostén.

**LACTOSA:** Azúcar de la leche, disacárido cristalino que existe en la leche (4-7%). Por hidrólisis se desdobra en sus componentes galactosa y glucosa.

- **Lactancia materna exclusiva:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

- **Lactancia materna completa:** Incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante.
- **Alimentación complementaria:** Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- **Lactancia materna:** Alimentación por leche de madre.
- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.
- **Lactancia de múltiples:** Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.
- **Lactancia diferida:** Lactancia por leche materna extraída.
- **Lactancia directa:** Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho.
- **Lactancia en tándem:** Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad
- **Lactancia inducida:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.
- **Lactancia mercenaria:** Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.
- **Lactancia mixta:** Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana+leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.
- **Lactancia solidaria:** Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.

•  
**LECHE DEL FINAL DE LA LACTANCIA:** Leche que contiene más grasa, por tanto es rica en calorías y hace que el niño aumente de peso.

**LEY DE OFERTA Y DEMANDA:** A mayor estímulo de la succión (demanda), mayor producción láctea (oferta).

**LECHE DEMANDA:** Petición de amamantar que hace el recién nacido de acuerdo a sus necesidades, sin tener en cuenta horarios tanto de día como de noche.

## **M**

**MACROSOMICO:** Desarrollo o tamaño exagerado del cuerpo.

**MALA TÉCNICA:** Colocación incorrecta del niño al seno.

**MALFORMACIÓN:** Anomalía congénita de un órgano o región corporal por un trastorno de su desarrollo embrionario.

**MENARQUIA:** Primer sangrado menstrual.

**MONILIASIS ORAL:** Afección micótica provocada por la *Cándida Albicans* sobre la mucosa oral.

**MOTIVACIÓN:** Conjunto de razones positivas, que mueven a la acción para realizar un acto.

## **O**

**OBSTRUCCIÓN NASAL:** Impedimento que se presenta en las fosas nasales, secundarios a edema de las paredes o por mucosidades que no logran expulsarse.

**PASTEURIZACIÓN:** Calentamiento de la leche durante 15- 20 minutos, a 70 grados centígrados y enfriamiento rápido. Con ello se destruyen gérmenes patógenos sin que modifiquen las sustancias protéicas, como ocurre en la ebullición.

## **P**

**PERSONALIDAD:** Repertorio habitual de conductas psicosociales que expresan en cada individuo la integración singular de sus características, congoscitivas, afectivas y connitivas, que son reconocidas por él mismo y por los demás como una individualidad autónoma y constantes.

**PEZÓN INVERTIDO:** Protución hacia adentro, por debajo del nivel de la piel del pezón, que por más que se trate de exteriorizar retorna nuevamente a su posición anormal.

**PRENATAL:** Período comprendido entre la concepción y el momento del parto.

**PROBLEMAS TEMPRANOS:** Son situaciones anormales que se presentan en las primeras semanas después del nacimiento, relacionados con producción y obtención de leche.

**PRODUCCIÓN DE LECHE:** Proceso mediante el cual el organismo humano respondiendo a estímulos físicos (succión) y hormonales (oxitocina y prolactina) elabora final que es la leche materna.

**PROGRAMA CANGURO:** Manejo Integral del recién nacido prematuro y de bajo peso con participación de la madre.

**PUERPERIO:** Período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

## Q

**QUIMIOPROFILAXIS:** Profilaxis pro sustancias químicas.

**QUIMIOTERAPIA:** Tratamiento por sustancias químicas, fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados, sin dañar los tejidos orgánicos.

## R

**RELACTANCIA:** Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia

**REFLEJO DE EYECCIÓN:** Acción mediante la cual la leche es expulsada de la glándula mamaria, por acción de la hormona oxitocina, producida en la neurohipófisis y que se es sensible al estado anímico de la madre.

## S

**SUSTANCIAS RADIATIVAS:** Sustancias dotadas de radiactividad: Actinio, Polonio y Radio, por ejemplo.

