

14



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños derechohabientes del Hospital General del ISSSTE de Acapulco, Guerrero durante los meses de Mayo y Junio del 2001

TESIS GRUPAL PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio Social

Enf. María Cristina Barrera Rodríguez
Enf. María Perla Méndez Reyes
Enf. Victoria Popoca Soto
Director académico: Lic. Federico Sacristán Ruiz



2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
JUSTIFICACION	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
METODOLOGÍA	17
MARCO CONCEPTUAL	19
RESULTADOS	94
ANÁLISIS DE RESULTADOS	164
CONCLUSIONES	168
SUGERENCIAS	170
BIBLIOGRAFÍA	173
ANEXOS	178

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS:

Lic. Federico Sacristán Ruiz por su asesoría académica.

Dr. Claudio Arturo del Ángel Carretero por sus aportaciones para la elaboración del trabajo.

DEDICATORIA

DEDICATORIA:

A nuestras familias por su paciencia , amor y apoyo nos permitieron concluir nuestra meta.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION.

La leche natural tanto humana como la producida por animales, desde la prehistoria ha sido un alimento indispensable en la nutrición del hombre. Sin embargo la modernidad ha traído consigo que se introduzcan al mercado leches artificiales para la alimentación del niño y el destete temprano. Pero estudios en los últimos años revelan la necesidad de alimentar a los niños con leche materna ya que es el único alimento que cubre todos los requerimientos nutricionales.¹

Los primeros meses de vida del niño, son un periodo de crecimiento rápido. La leche humana es el único alimento que se adapta naturalmente a los requerimientos nutricionales cambiantes del niño ya que favorece el crecimiento y desarrollo. La leche materna es el alimento completo y perfectamente balanceado que satisface por sí solo las necesidades de líquidos, energía y nutrientes del lactante hasta los 6 meses de edad.

La lactancia materna proporciona múltiples ventajas, como fisiológicas, inmunológicas, antibacterianas, antiparasitarias y psicológicas, etc. También la madre obtiene beneficios al proporcionar lactancia materna como: menor riesgo de osteoporosis, de padecer cáncer de mama, involución uterina y disminución del sangrado en el postparto.²

¹ Martínez de Daran L. Cocinar para el bebé. Sexta reimpresión. Mayo 1998 páginas 3-5

² Schalaepfer L. V., Infante C. La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. Salud Pública México 1992; 34:593-606.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) mas de un millón de vidas infantiles podrían salvarse en el mundo, si se alimentan al seno materno hasta los 6 meses de vida, pero hay datos que demuestran un alto índice de abandono de la lactancia materna por lo que el riesgo de morir es el doble en comparación con niños que son amamantados en forma exclusiva. Los países pobres tienen tasas de mortalidad infantil mucho mas altas que los países desarrollados. La mayoría de muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas, solo en Latinoamérica hay mas de 500, 000 muertes anuales en menores de 5 años, resultante de infecciones intestinales.

En Bangladesh, los niños de áreas rurales de 18 a 36 meses de edad una tercera parte muere por fallas en la alimentación al seno materno. Para Malasia la tasa de mortalidad infantil es de 28 a 153 por mil niños menores de un año que no se alimentaban al seno materno. En el Cairo la mortalidad infantil está relacionada con el abandono precoz de la lactancia materna.³

En un estudio realizado en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México durante septiembre y octubre de 1995 se encontró que en México

³ Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de atención , SSA, México, Salud-2000, UNICEF, Dirección General de Salud Reproductiva. Página 7

la prevalencia en el amamantamiento en áreas rurales era del 84% y en áreas urbanas de un escaso 30%.⁴

Susan Vandale y Colaboradores⁵ mostraron en su estudio que el no amamantamiento y el destete temprano dependen de cada región geográfica, menor paridad, mejor vivienda, mayor educación materna y del contacto con el médico (ya sea particular o de seguridad social).

El Hospital General ISSSTE de Acapulco, Guerrero atiende una población derechohabiente de 409,339. Proporciona atención de segundo nivel con las especialidades de Pediatría, Ginecología, Traumatología, Cardiología, Alergología, Dermatología, Neurología, Cirugía General, Cirugía Vascul, Cirugía reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Psiquiatría, Urología, Oftalmología, Oncología, Cirugía Maxilofacial, etc. En el año 2000 se atendieron 2827 niños menores de 5 años de edad en la consulta externa y hospitalización, de los cuales 169 casos fueron por Enfermedad diarreica aguda (EDAS) y 415 casos por Enfermedades respiratorias agudas (IRAS). En este mismo año se realizaron 402 cesáreas y se atendieron 388 partos.

⁴ E. Ignacia, Cisneros-Silva M.C., Flores-Huerta S, M.C., Rosas Gallegos MC. "Alojamiento conjunto madre – hijo e inicio del amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención". Salud Pública de México, Septiembre-Octubre 1995, Volumen 37, número 5, páginas 424-429.

⁵ Vandale S, et al. "Lactancia Materna, destete y ablactación una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pública de México 1997;39:412-419.

El Hospital cuenta con 49 camas censables, 20 cunas, 6 incubadoras censales y 35 camas no censables distribuidas en los servicios de urgencias adultos y pediátricas, terapia intensiva, diálisis peritoneal ambulatoria, tococirugía, 2 salas de quirófano, Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, Cuneros patológicos, laboratorio clínico, 2 salas de RX, una sala para ultrasonidos, un servicio de CEYE, alojamiento Conjunto y Clínica de Lactancia Materna; la cual se encarga de brindar apoyo a las madres que lactan a sus niños y a fomentar la lactancia materna con actividades educativas a través de pláticas, folletos, carteles, trípticos, videos, etc., con el fin de incrementar la prevalencia y duración de la lactancia materna exclusiva.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores sociales, económicos e institucionales que se relacionen con el abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de niños derechohabientes del Hospital General del ISSSTE en Acapulco Guerrero. durante el periodo de Mayo y Junio del 2001

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna.
- Determinar el conocimiento que tienen las madres sobre lactancia materna.
- Conocer la cobertura y la percepción que tienen las usuarias sobre las actividades educativas que fomentan la lactancia materna.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que en Latinoamérica y el Caribe los niños menores de un año alimentados en forma artificial tienen riesgo de morir de 3 a 5 veces mayor que los niños alimentados al seno materno. Por lo general todas las muertes están relacionadas a la alimentación artificial y las consecuencias que ella genera se manifiestan como enfermedades gastrointestinales, respiratorias, alérgicas, etc.⁶

Desde la década de los setentas la OMS y UNICEF pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, promoción y apoyo a la lactancia natural, de las cuales destacan el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), Implementación de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño, al mismo tiempo se inicia el Programa Nacional de Lactancia Materna y uno de sus objetivos específico es el de promover y fomentar la lactancia materna para contrarrestar su disminución y abandono (1989).

⁶ Manual de Lactancia Materna. *Ibidem*.

La Cumbre Mundial a favor de la Infancia, la Declaración de Innocenti (1990)⁷, que conjuntamente con 40 gobiernos firman el compromiso de protección, fomento y apoyo a la lactancia materna y que cita textualmente: "Los gobiernos deberían establecer el sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicaciones tales como la proporción de niños amamantados exclusivamente al egresar de los servicios de maternidad y la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los cuatro meses de edad".

En 1972 se realizan acciones para la aceptación de un código sobre prácticas de comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna, en el mismo año se realiza 27ª. Asamblea mundial en la que se advierte el descenso de la lactancia materna por la fácil adquisición de alimentos infantiles. En la 31ª. Asamblea de la OMS se insiste en regular la promoción de alimentos infantiles (1978). En 1979 la OMS y UNICEF revisan la alimentación de los niños. En 1980 en la 33ª Asamblea Mundial se acepta establecer un código internacional de comercialización. En 1989 la OMS y la UNICEF firman la declaración conjunta para promover y apoyar la lactancia materna a nivel mundial. En la cumbre a favor de la infancia, en la Organización de la Naciones Unidas (ONU) se reunieron dirigentes mundiales para adoptar una declaración sobre la supervisión, la

⁷ Hernández – Garduño AG. De la Rosa – Ruiz L. "Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México". Salud Pública de México 2000;42:112-117.

protección y el desarrollo del niño y un plan de acción para aplicar dicha declaración en el decenio de los noventas y entre sus metas tienen que "lograr que las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta el segundo año".

En la convención sobre los derechos del niño en el artículo 23 señala que los padres conozcan los principios básicos de la salud, nutrición y ventajas de la lactancia materna y la higiene.⁸ Los acuerdos tomados por la OMS y el UNICEF en 1989 se pusieron en marcha para la protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna, se impulsó el Alojamiento conjunto y la Lactancia Materna a través del Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

En México la promoción del alojamiento conjunto y la lactancia natural, fue propuesta en los foros de consulta popular celebrados en todo el país, durante el año 1989, en el panel sobre lactancia materna que se llevó a cabo en mayo. Considerado como "mes de la salud materna", y finalmente en la mesa de trabajo sobre lactancia materna, que se efectuó en octubre del mismo año, con la participación de los expertos en la materia. El alojamiento conjunto y la promoción de la lactancia natural, han constituido un instrumento más para el logro de los compromisos de nuestro país, señalados en la declaración de Cocoyoc en 1988, que se refiere a mejorar

⁸ Manual de Lactancia Materna. Idem

el nivel de salud y reducir la mortalidad en la población infantil en los próximos años cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de calidad de la atención al grupo materno infantil mediante la promoción de la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en las unidades médicas del sistema nacional de salud con servicios obstétricos. Una de las estrategias se implementó bajo la siguiente premisa: para que la lactancia materna se dé con éxito, será necesario que la madre reciba durante el embarazo y puerperio inmediato el conocimiento de sus ventajas y sus aspectos prácticos del amamantamiento, de tal manera que esté preparada desde el embarazo tanto físico como psicológicamente.

La sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas es en la actualidad un serio problema, tanto en el medio rural como en el urbano y se manifiesta como un abandono total o temprano a través del destete prematuro.⁹ De los factores asociados con la terminación de la lactancia materna son carencia maternal, inseguridad, duración anticipada del período de lactancia menor de 6 meses, llanto excesivo de los niños, personalidad demandante de los niños problemas con la alimentación y la suplementación con fórmulas sin la autorización médica.¹⁰

⁹ E. Ignacia, et al. Op. Cit.

¹⁰ Loughlin HH, Clapp-Channing NE, Gelibach SH, Polasir JC, McCutchen TM. "Early termination of breast-feeding Identifying those at risk". Pediatrics 1958 Mar; 75 (3):508-13.

De los diversos estudios que se han publicado varios están relacionados con las prácticas de la lactancia al seno materno y la ablactación; los resultados demuestran que al paso del tiempo la lactancia exclusiva ha perdido importancia y que la lactancia mixta se ha vuelto más frecuente. Un estudio mostró que el abandono de la lactancia materna es también influenciada por indicaciones del médico ya que este en ocasiones aconseja introducir el consumo de otras leches; aún los Gineco-obstetras no están convencidos ni capacitados para recomendar la lactancia materna;¹¹ también los pediatras deben promover y recomendar esta práctica, falta que se incluya este tema en el programa educativo durante su formación como especialistas, la inadecuada educación y conocimientos puede ser un factor contribuyente para que las madres no estén convencidas de los beneficios y las ventajas de la lactancia materna por lo que con facilidad abandonan esta práctica.¹²

Freed GL y Colaboradores en los Estados Unidos aplicaron una encuesta a médicos residentes de Pediatría, Ginecología, Médicos Familiares en la que se observó un déficit en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna, por lo que se recomienda e insiste en la inclusión de programas específicos de lactancia materna en su preparación como especialistas.¹³

¹¹ GL Freed, Clark SJ; Sorenson JR. "Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners". *Am-J-Obstetrics-Gynecology*. November 1995; 173(5):1607-13.

¹² Gary L. Freed, et al. "Pediatrician Involvement in breast-feeding Promotion. A National Study of Residents and Practitioners". *Pediatrics*. Vol.úmen 96 (3); September 1995; pp. 490-494.

¹³ Gary L. Freed, et al. "National assessment of physicians breast-feeding Knowledge, attitudes, training and experience". *JAMA* 1995 February 8;273(6):472-6

Más sin embargo a pesar de sus ventajas, el abandono de la lactancia materna, es una característica del siglo XX y continua existiendo una marcada variación en la incidencia de la alimentación al seno materno, así como la edad del destete a nivel mundial.

En la Habana Durán Menéndez y colaboradores encontraron que el 59.1% de los neonatos estudiados lactó solo 4 meses y el 40.9% abandonó la lactancia.¹⁴

En Europa Vega y colaboradores refieren que un médico de Manchester hacía notar que un 60% de los niños alimentados al seno materno tenía un crecimiento adecuado y buen estado nutricional hasta los 9 meses y el 10% de los niños alimentados con leche artificial se encontraba en las mismas circunstancias.¹⁵

A nivel nacional también existen investigaciones publicadas relacionadas con la prevalencia de la lactancia al seno materno, en la Encuesta Nacional de Salud de 1986, indica que el 19.9% de niños nunca fue alimentado con leche materna, el 42.2% recibió leche materna por tres

¹⁴ Durán-Menéndez R. Et al. "Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna". Revista Cubana de Pediatría 1998; 71(2):72-9.

¹⁵ Vega-Franco L. "Lactancia natural y sucedáneos de la leche materna. Una visión reciente". Gaceta Médica de México 1995; 131:293-301.

meses o menos.¹⁶ En otro estudio realizado en Cd. Valle San Luis Potosí en 1995, se encontró que la continuación de la lactancia materna fue en un 43% a los 20 días y 44% a los 40 días.¹⁷ En dos zonas rurales de México, en 1993 se estudiaron 35 personas de Malinalco estado de México y 35 de la Sierra de Juárez Oaxaca sobre la lactancia y cuidado de los hijos, el resultado en ambas gira en que existe un descenso en la práctica de amamantar después de los tres meses de edad.¹⁸

En áreas periféricas de Guadalajara Jalisco se realizó una investigación sobre factores asociados a la duración de la lactancia por madres derechohabientes del IMSS de Tlaquepaque y Tonalá, el resultado fue 34.8% de los niños son amamantados menos de un mes.¹⁹ y en Cd. Guzmán Jalisco, en 1999 demostraron que la lactancia materna exclusiva fue otorgada en un 71% durante el primer mes y 4% hasta el sexto mes.²⁰

¹⁶ Salud Pública de México 1990; 32(2):725-34. "Lactación y destete en México 1986". Encuesta Nacional de Salud.

¹⁷ Posadas-Robledo FJ, et al. "Lactancia materna: seguimiento durante el puerperio". Gineco-obstetricia México 1996;64:392-98.

¹⁸ Pérez-Gil Romo SE, Rueda Arróniz F, Diez-Urdanivia-Coria S. "Lactancia y cuidado de los hijos: estudio de casos en dos zonas rurales de México". Salud Pública de México 1993;35:692-9.

¹⁹ Vega-López MG, González-Pérez GJ. "Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México". Boletín de la Oficina Panamericana 1993; 115(2):118-127.

²⁰ Bustos solana R. et al. "Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en niños de seis meses y menores". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1999;37(5):385-89.

Otro estudio realizado en el Hospital Infantil de Sonora en 1994 revela que solo el 13.7% de las madres ofrecían exclusivamente seno materno, el destete ocurrió en el primer mes de vida en 36.3% de los niños.²¹

En el IMSS de Durango, Dgo., en 1996 se encontró que hubo mayor ganancia de peso y talla en los niños que se alimentaban al seno materno pero hubo un abandono del 31.25% y la incidencia de enfermedades fue de 28% para los que se alimentaban con lactancia exclusiva y 76% para los que no daban lactancia materna.²²

En Tijuana Leyva y colaboradores encontraron que a los 3 meses de edad el 43% de los niños no era amamantado y a los 6 meses de edad el 90% tampoco era amamantado y consideraron que la baja prevalencia de la práctica de la lactancia materna es el resultado de diversos factores, entre ellos se encuentra el ambiente socioeconómico, prácticas hospitalarias de los servicios de salud, problemas perinatales maternos, etc.²³

²¹ Sotelo Cruz N, Barragán Ortega LF. "Patrones de Lactancia y ablactación en el primer semestre de la vida". Revista Médica de Pediatría Volumen 61 Número 2, Marzo-Abril 1994; pp. 83-87.

²² Lara Capetillo MC, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. "Lactancia exclusiva al seno materno: abandono e incidencia de enfermedades". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1996;34(1):49-53.

²³ Schalaepfer L.V., Infante C. "La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna". Salud Pública de México 1992;34:593-606.

También se realizó un estudio sobre características al seno materno en el lactante en un sector de la población urbana de Acapulco, Gro., de 1987 a 1990, se encontró que hubo abandono de lactancia materna exclusiva en un 59% de los niños menores de 6 meses.²⁴ En 1995 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) aplicó una encuesta de salud reproductiva que desprendió los siguientes resultados: aumentó el porcentaje de niños no amamantados de 16.8% en 1976 a 17.4% en 1995, disminuyó el porcentaje de niños que nunca fueron amamantados en el área rural 23.7 % en 1976, 19.3 % en 1995 y aumentó en el medio urbano de 8.6% a 17.7% en 1995. De las madres sin instrucción, que nunca dieron seno materno aumentó el porcentaje de 10.2% a 17.1% y disminuyó en madres con primaria ó más, de 25.3% a 17.4%. El porcentaje de madres que no amamantaron y se atendieron el parto en su domicilio no varió del 9%, pero las madres que no dieron seno materno y su parto se atendió en hospital ha variado del 22.6% en 1976 a 14.8% en el IMSS y 20.6% en otras instituciones. El 66 % de las madres iniciaron la ablactación antes de los seis meses de edad.²⁵

²⁴ Lagunas-Flores A. " Características de la alimentación al seno materno en el lactante en un sector de la población urbana de Acapulco, Guerrero". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1991;29:361-63.

²⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el periodo de 1992 a 1996 en el municipio de Acapulco, los hospitales del Sector Salud en cumplimiento a los programas de fortalecimiento a la cultura del amamantamiento han implementado y desarrollado programas que fomentan el alojamiento conjunto y la lactancia materna acciones que los han llevado a la certificación como Hospital Amigo del Niño y de la madre. El Hospital del ISSSTE se incorpora al programa en 1994 y fue certificado en 1995; logrando su recertificación en el año 1996. En el año 2000 la Dirección General del ISSSTE del área Materno Infantil realizó una evaluación en dicho hospital encontrando deficiencias en el programa de lactancia materna como: falta de investigaciones sobre lactancia materna, insuficiente educación continua por parte del personal de enfermería y de trabajo social dirigidas al personal de la institución, familiares y pacientes hospitalizados; por lo que consideró que el hospital no estaba preparado para que la UNICEF recertificara a dicho hospital. Ante las situaciones antes mencionadas y la tendencia creciente al abandono temprano de la lactancia materna que se ha estado presentando en el mundo y México no ha escapado a ello, existe una alta probabilidad de que la lactancia materna en las madres derechohabientes del ISSSTE tenga una baja prevalencia y una duración corta, lo cual sin duda alguna tendrá un impacto negativo para la salud Materno-infantil de esa población.

Por tal motivo surge el interés de realizar un trabajo de investigación que nos permita conocer los usos de la lactancia materna en las madres derechohabientes del ISSSTE y los factores que están interviniendo en los patrones encontrados, con la finalidad de establecer medidas que permitan fortalecer el programa institucional de lactancia materna y tener estándares adecuados en los patrones de lactancia materna de las derechohabientes del ISSSTE.

METODOLOGÍA

METODOLOGIA

El diseño del estudio fue descriptivo de tipo Transversal y se llevó a cabo a través de una encuesta a madres derechohabientes que acudieron a los servicios del hospital del ISSSTE de Acapulco durante los meses de Mayo y Junio del 2001, la información que se obtuvo fue sobre la práctica de lactancia materna que tuvo con su último hijo. La recopilación de la información se realizó a través de una entrevista estructurada, para lo cual se elaboró y aplicó un cuestionario el cual fué previamente, probado y validado, en el cual se incluyó información sobre variables socioeconómicas como: edad, escolaridad, domicilio, estado civil, número de hijos, ocupación, características del control prenatal, de la información recibida sobre lactancia materna y práctica de la misma.

Los criterios de inclusión para la aplicación de la entrevista fueron: Se incluyeron todas las madres que tuvieran un hijo de entre 6 y 24 meses de edad y que haya nacido de parto o cesárea no complicada, que el producto haya tenido más de 37 semanas de gestación y más de 2000 grs., de peso al nacer y que no haya tenido alguna malformación u otra patología que obstaculice o contraindique la lactancia materna.

Se excluyeron a aquellas madres que no cooperaron con la entrevista para obtener todos los datos, así como a aquellas que hayan tenido

contraindicación para alimentar a su hijo con leche materna por problemas de embarazo y otras patologías o tratamientos.

La encuesta fue aplicada por tres pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM, autoras del presente trabajo. Para la aplicación y recolección de los datos de la encuesta se realizó en una libreta de Bophal, para la elaboración de la información obtenida se utilizó el software Epi-Info versión 6, el análisis se realizó con cuadros, gráficas, y se utilizaran frecuencias simples, promedios, porcentajes.

MARCO CONCEPTUAL

MARCO CONCEPTUAL.

Actualmente se llevan a cabo diversos estudios sobre la alimentación infantil. Durante décadas se trató de sustituir la alimentación natural por los nuevos productos comerciales que cada día salen al mercado; conteniendo la mayoría de ellos sustancias indeseables para la salud del niño. La leche es uno de los alimentos más nutritivos que han estado al alcance del hombre a lo largo de su existencia desde la prehistoria.²⁶

Si recordáramos que a lo largo de la historia en ciertas partes del mundo, en donde existían los animales que daban leche, el hombre tomaba leche de ellos mientras que en otras partes, donde no había la clase adecuada de animales, los individuos estaban destinados a vivir eternamente sin ella, pero contaban con la leche de su madre. Un ejemplo de ello son los esquimales que no pueden tener ganado lechero, ya que en sus regiones no crece pasto por lo que no tienen con que alimentarlo. Pero por el contrario en ciertos países de África, la gente vive exclusivamente de la leche. Una expedición llevada a cabo en 1801 a lo que ahora se llama Botswana, dejó un relato sobre una tribu de unas 10,000 personas que vivían casi por completo de la leche cuajada, la cual era almacenada en ollas de cerámica y bolsas de cuero, también sembraban algunos granos y vegetales que comían después de hervirlos en leche. Hoy los Masai y

²⁶ Martínez de Darán L. 1998. páginas 3-5. Op. cit.

otras tribus, reúnen su ganado en los llanos herbosos de África y dependen de su sangre y su leche para alimentarse. En cambio los tártaros encontraron la manera de deshidratar o secar la leche. Marco Polo describió como era efectuado este procedimiento: "secaban la leche hasta hacer una pasta y cuando necesitaban alimento, disolvían esa pasta con agua, la molían a palos y la tomaban".²⁷ La leche ha tomado un papel importante en la nutrición del hombre a través de los siglos. Los niños nacen con una disposición natural para ingerir leche, como todos los mamíferos y la obtienen de su madre.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA

La mama es un órgano par, de estructura glandular y de forma redondeada, situado en la pared torácica anterior, superficialmente sobre los músculos pectoral mayor y serrato; y que en la mujer tiene por función segregar la leche necesaria para la nutrición del recién nacido.²⁸

Partes externas del seno

Piel: Es la capa externa que recubre a casi todo nuestro organismo y se encuentra constituido por diversas capas de células que protegen, lubrican, hidratan y nutren nuestro exterior.

²⁷ Martínez de Darán L. 1998. páginas 3-5. Op. cit.

²⁸ J. Ball-H. Seidel, G. Benedict Dainss. Manual "Mosby", Exploración Física, Editorial Mosby Year Book 1993. 2a. Edición. Página 377.

Areola: Es la parte más oscura alrededor del pezón. Durante el embarazo se oscurece más, para que esté menos sensible y más visible cuando el bebé inicie la lactación. Contiene glándulas sebáceas encargadas de proteger con sustancias antimicrobianas y lubricantes. Estas glándulas son unas pequeñas salientes llamadas tubérculos de Morgagni que durante el embarazo aumentan de tamaño denominándose glándulas de Montgomery.

Pezón: Es la punta del pecho por donde sale la leche, contiene varios orificios. En el pezón se encuentran muchas terminaciones nerviosas que transmiten los estímulos al cerebro aumentando la producción de leche. Contiene entre 15 y 20 conductos con pequeñas fibras musculares encargadas de cerrar los conductos secretores.²⁹

Glándulas de Montgomery: son bultillos que se encuentran en la areola, éstas glándulas tienen la función de producir un líquido aceitoso que sirve para mantener los pezones suaves y limpios.

Partes internas del seno

Tejido glandular: Este tejido tiene la apariencia de una coliflor, hay distintas partes en el tejido glandular.

Alvéolos: Son grupos de células donde se produce la leche.

Lobulillos: Se encuentran en grupos de 10 a 100 en torno a un conducto. Están revestidos de una capa de células mioepiteliales encargadas de expulsar la leche.

Lóbulos: Es la agrupación de 20 a 25 lobulillos que desembocan en el sistema colector y termina en el pezón.

Conductos lactíferos: Son los que transportan la leche de los alvéolos a los senos lactíferos.

Tejido graso: Este tejido envuelve al tejido glandular sirviendo de colchón protector, algunas mamas tienen más que otras, esto hace la glándula de diferente tamaño.³⁰

Embriología

Las glándulas mamarias se forman de la siguiente manera:

²⁹ C. Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, Editorial el Manual Moderno SA de CV. México DF. 1986; 5ª. Edición: Página 851

³⁰ C. Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, Editorial el Manual Moderno SA de CV. México DF. 1986; 5ª. Edición: Página 851

- A la quinta semana se forma la areola y el pezón, estos grupos de células se forman a partir de unas líneas del tejido glandular que se encuentra en el feto. Conocidas como líneas de la leche. Éstas están localizadas a ambos lados del tórax y abdomen desde las axilas hasta la región inguinal.
- Éstas líneas desaparecen, desarrollándose únicamente los brotes localizados en el tórax.
- Cuando los otros grupos de células no desaparecen sobre estas líneas aparecen las mamas supernumerarias como la anomalía congénita más frecuente.
- Cuando se encuentra esta malformación, durante la lactancia materna se puede producir leche o tener complicaciones posteriores incluso desarrollar cáncer.
- En la sexta semana del embarazo se forma un pequeño grupo de células. Ésta a su vez desarrolla otro grupo secundario a partir de los cuales se forman los conductos colectores y galactóforos.³¹

Fisiología

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

Nacimiento: Es posible observar cierta actividad secretora desde la glándula condicionada por el estímulo hormonal del embarazo.

Pubertad. Por la influencia de varias hormonas (prolactina, estrógenos, hormona del crecimiento, etc.) existe un alargamiento y ramificación de los conductos, a partir de los cuales brotan los Lobulillos. Estos cambios ocasionan un aumento en el tamaño y densidad de las mamas.

Ciclo menstrual: Los cambios son más pronunciados en las nulíparas y en las que no han amamantado. Se presenta aumento en el tamaño, densidad, nodularidad y sensibilidad, disminuye al final de la menstruación y desaparece al completarse.

Embarazo: A las pocas semanas de embarazo se agrandan y se hacen más firmes. Las glándulas de la areola aumentan de tamaño y la piel se obscurece, los pezones crecen. Prolifera importantemente el epitelio alveolar y al final de la gestación los alvéolos tiene en su interior una sustancia llamada calostro. El crecimiento en esa etapa es producido por el calostro y el aumento en la vascularización. Los cambios se deben a los estrógenos, progesterona y prolactina.³²

Menopausia: Disminuye en su tamaño y densidad, inclusive si existía nodularidad. Los cambios se deben a la disminución de estrógenos.

³¹ Manual de Lactancia Materna. Página 29. Ibidem.

³² Manual de Lactancia Materna. Página 30. Op. Cit.

Lactogénesis: Este periodo comprende desde el momento inmediato después del parto hasta que se desteta al niño.

Con este término se denomina a la producción de leche. Es el inicio de la secreción copiosa de leche en el momento del parto o cerca de él, se acompaña de cambios en la estructura y función de las células secretorias mamarias. La lactogénesis está controlada por hormonas, en estudios se ha demostrado la necesidad de cortisol, insulina y prolactina para la lactogénesis, éstas hormonas pueden considerarse estimulantes de la lactancia. La lactogénesis también se debe a la desaparición de los efectos inhibidores de las hormonas esteroides, principalmente la progesterona que inhibe la lactogénesis. La progesterona actúa específicamente suprimiendo la síntesis de lactosa en la glándula mamaria.³³

Galactopoyesis: Es el mantenimiento de la producción de leche por la interacción de la prolactina y oxitocina.

Para que se sostenga la secreción láctea y mantengan los niveles elevados de la prolactina, es indispensable el vaciamiento adecuado y frecuente de la mama. Para ello, la madre debe amamantar a su hijo por lo menos ocho veces en los primeros meses. La introducción de alimentos complementarios disminuye las frecuencias de las tetadas, su duración y

³³ Obatetrícia I. Antología ENEO. Página 669.

por consiguiente el nivel de prolactina plasmática y la producción de leche.³⁴

Reflejos.

Maternos:

- **Productor de leche:** El estímulo del pezón y de la areola se trasmite hasta el hipotálamo donde se inhibe la secreción del factor inhibitorio de prolactina y por lo tanto ésta se libera, la cual por vía sanguínea estimula las células del alvéolo mamario para la producción de leche.
- **De vaciamiento (eyecto-lácteo):** El niño no solo puede extraer la leche de la glándula mamaria cuando ésta ha pasado a los conductos mayores y senos lactíferos como respuesta al reflejo de vaciamiento, el cual se inicia con el estímulo psicológico o del pezón y areola. El estímulo nervioso llega a las células productoras de la oxitocina en el hipotálamo, alcanza la hipófisis donde se libera la oxitocina a la sangre y de esta forma llega a los alvéolos mamarios produciendo su contracción y por lo tanto su vaciamiento.

Del niño:

³⁴ Obstetricia I. Página 671. Op. Cit.

- De búsqueda. Este reflejo de búsqueda se desencadena al estimular alrededor de los labios lo que permite al niño abrir la boca, localizar el pezón e introducirlo en su boca.
- De succión-deglución. Una vez introducido el pezón en la boca del niño, se desprende el reflejo de succión-deglución que le permite ejercer presión negativa y comprimir la areola contra su paladar duro con movimientos ondulares de la lengua que exprimen y evacuan la leche hacia la parte posterior de la boca para ser deglutida.³⁵

Composición de la leche humana

Características:

Los ingredientes de la leche humana influyen en el crecimiento del niño. La leche humana se adapta a las necesidades de desarrollo del niño, en comparación con otros mamíferos. Motivo por el cual contiene altos niveles de carbohidratos. La leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas), calcio, fósforo, vitaminas, elementos traza, factores de crecimiento y otras sustancias que hacen la leche humana el alimento completo para el niño. Las variaciones normales de la composición de la leche humana dependen de diversos factores como son la etapa de la lactancia, la hora del día, el momento de la tetada (inicio y fin), el estado

³⁵ Manual de Lactancia Materna. Página 33. Ibidem

nutricional de la madre y las variaciones individuales. Al analizar la composición de la leche humana se deben distinguir las características del precalostro, calostro, la leche de transición, leche madura y la leche de pretérmino.

Precalostro: Desde el tercer mes de gestación, la glándula mamaria produce una sustancia denominada precalostro, formada por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.³⁶

Calostro: Es un líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad específica alta (1040-1060) que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml. Al día, en el transcurso de los primeros tres días y esta en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades de recién nacido.

El calostro tiene el 87% de agua (similar a la madura); 58 Kcal/100ml; de grasa; 5.3 g/100ml. de lactosa, y 2.3 g/100ml. de proteínas (casi tres veces más que la leche madura). Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le contienen la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio cae rápidamente de 60 nM en el día del parto, a

³⁶ Manual de Lactancia Materna. Página 33. Op. Cit.

20 nM al cuarto día. Así como un aumento progresivo de las concentraciones de lactosa. El pH del calostro es aproximadamente 7.45 lo que favorece el vaciamiento gástrico.

Leche de transición. Se produce entre el cuarto y décimo día de postparto. En relación al calostro esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles y con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente, y se estabilizan alrededor de los 14 días, con un volumen de 600 a 750 ml/día.

Leche madura. Se produce alrededor del décimo día con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. y de 100 a 1100 según otros autores.³⁷

Sus principales componentes son:

- **AGUA.** Representa aproximadamente el 90% y depende de la ingesta de líquidos . Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.³⁸

- **CARBOHIDRATOS.** Representa el 7.3% del total de componentes de la leche .

³⁷ Obstetricia I. Antología ENEO. Página 677-78. Ibidem

- El principal azúcar es la lactosa un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, con un valor osmótico fundamental en la secreción de agua.
- Además existen más de 50 carbohidratos que constituyen el 1.2% de la leche, en diferentes formas sacáridos, oligosacáridos. Todos estos carbohidratos y lucoproteínas poseen un factor que favorecen el desarrollo de lactobasilos bifidus además de la fucosa.
- LÍPIDOS: Varía de 2.1 a 3.3% de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche según la dieta de la madre.
- El mayor componente son los triglicérido también contienen fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de 2 ácidos grasos polinsaturados, el ácido linoleico y el decaexanoico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.
- PROTEINAS: Constituye el 0.9% de la leche. El mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y proteínas del suero (60%); lactoalbúmina, lactoferrina y lisozima.³⁹

³⁸ Manual de Lactancia Materna. Página 33. Idem

³⁹ Manual de Lactancia Materna. Página 34. Op. Cit.

También se encuentran presentes inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA; su función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo entero-mamario.

Una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que se originan en el tejido linfático adyacente en el tubo digestivo migra a la glándula mamaria, aportando a las células inmunológicamente activas que secretan IgA, e IgA secretoria. La lactoalbúmina que tiene alto valor biológico para el niño. La lactoferrina contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño, además de tener una acción bacteriostática. Existen así mismo, otras proteínas en concentraciones bajas, tales como enzimas modulares del crecimiento y hormonas.

Lizosimas: Son factores antimicrobianos no específicos, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias gram positivas.

Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Existen variaciones en los hidrosolubles, dependiendo de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante.⁴⁰

⁴⁰ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Leche de prematuros: Las madres de prematuros producen durante los primeros meses, leche con un contenido mayor de sodio y proteínas, menor de lactosa e igual de calorías que la leche madura, respondiendo de esta forma, a las necesidades especiales del prematuro. Existe controversia sobre la concentración de grasa.

La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo de un recién nacido menor de 1.5 kg. y ocasionalmente de proteínas, por lo que estas sustancias deben ser suplementadas.

Factores inmunológicos

Las propiedades protectoras de la leche humana pueden deberse a la presencia de factores humorales o celulares.

Factores humorales:

Inmunoglobulinas: Todas las inmunoglobulina (Ig's), se encuentran presentes en la leche humana, su concentración es mayor en el calostro.

La Ig más importante es la IgA secretora de la cual se ha demostrado que proporciona protección local intestinal en contra de virus como poliovirus y bacterias de tipo E. Coli y V Cholerae.⁴¹

⁴¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

La IgE y la IgM, se encuentran en concentraciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus, por ejemplo citomegalovirus, sincisial respiratorio y rubéola.

La leche materna también estimula la producción de IgA secretora del niño. Se ha determinado que parte de la inmunidad específica contra ciertas bacterias dependerá de la exposición materna a los microorganismos de la región. Por ejemplo, las mujeres que viven en zonas endémicas del cólera, pasan a sus hijos anticuerpos contra ésta, a través de su leche.

Factor bifido: Es un carbohidrato presente en el calostro y la leche madura que promueve la colonización intestinal de lactobasilos en presencia de lactosa. Esto produce un ph intestinal bajo que inhibe la colonización de gran negativo y de hongos. En el niño prematuro disminuye la incidencia de septicemia y enterocolitis necrosante entre otras infecciones.

Lisozimas: Es una enzima que actúa como bacteriostático en bacterias gran positivas y enterobactereáceas.⁴²

Lactoferrina: Es una proteína unida al hierro que tiene un efecto bacteriostático importante en contra de estafilococos, E. Coli y Cándida

⁴² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit

Albicans, mediante la deprivación del hierro que requieren para su crecimiento.⁴³

Complemento: Es una proteína cuyos componentes C3 y C4 están presentes en el calostro. Tiene un papel importante en la lisis bacteriana uniéndose a anticuerpos específicos.

Proteína unida a vitamina B12: Esta proteína tiene predilección para unirse a la vitamina B12. De esta forma impide su disponibilidad para el crecimiento de E. Coli y bacteroides.

Gangliosidos: Son glucolípidos que inhiben las toxinas de E. Coli y V. Cholerae. Los gangliosidos de la leche humana pueden ser una protección importante en contra de agentes productores de endotoxinas.

Factores celulares

Además de los factores humorales, se encuentran una variedad de células con acción protectora. Entre éstas las más importantes son: macrófagos, polimorfonucleares y linfocitos T.

Macrofagos: Actúan principalmente fagocitando hongos y bacterias, son productores de C3 y C4, lisozima y lactoferrina. Participan en la síntesis y

⁴³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

excreción de lactoperidasa y de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio del intestino delgado y la acción de sus enzimas.

Polimorfonucleares: Se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las seis semanas. En la leche madura, se encuentran en menor cantidad.

Se ha identificado que su acción protectora, se ejerce principalmente sobre la piel de la mama, especialmente las primeras semanas, cuando ésta es más susceptible.

Linfocitos T: La información actual apoya el concepto de que los linfocitos presentes en el calostro y en la leche madura, proporcionan beneficios inmunológicos.

Propiedades antialérgicas de la leche humana

Diversas investigaciones han demostrado que la alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros seis meses de vida, ofrece protección contra algunas atopias, en especial el eczema. En los últimos años se ha observado un incremento en la frecuencia de esta patología, principalmente por la aparición de fórmulas lácteas comerciales y la eliminación de la alimentación al seno materno en algunos países industrializados.⁴⁴

⁴⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Por otro lado la IgA previene la absorción de macromoléculas extrañas. La proteína de la leche materna al ser específica de especie, no es alergénica. El 20% de los niños con alergias, ésta es ocasionada por la leche de vaca.

Recomendaciones:

Si existe antecedentes alérgicos en la familia, es importante que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Si es muy fuerte el antecedente de alergénicas en la familia se administrarán dietas hipoalérgicas a las madres durante el embarazo y la lactancia.

Beneficios de la lactancia materna

Nutricionales:

Digestibilidad: La leche materna tiene un alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa, así como una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de la leche de vaca en la que predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digeribles. Contiene una notable cantidad de enzimas, como la lipasa, que permiten iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente gracias a su activación por las sales biliares del niño.⁴⁵

⁴⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Absorción: Debido a que la absorción de los nutrientes es superior a los de la leche de vaca, los niños amamantados durante los primeros 6 meses de vida no presentan deficiencias nutricionales. La leche materna contiene un laxante natural que impide que las heces se solidifiquen demasiado.⁴⁶

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

La taurina, virtualmente de la leche de vaca y adicionada en algunas fórmulas, es un amonoácido importante para la conjugación de ácidos biliares y en el desarrollo del sistema nervioso central, aparentemente neurotransmisor o neoromodulador en el cerebro y la retina y que en el caso del recién nacido, especialmente en el prematuro, es considerado como esencial.⁴⁷

Líquidos y electrolitos: El recién nacido tiene una carga renal de solutos menor y por lo tanto, una densidad específica de la orina baja gracias a la

⁴⁶ Ferraciz de Lee M.A. Lactancia Materna. Impreso en México, Editorial Interamericana, Editores SA de CV; Página 39-41.

⁴⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

concentración de electrolitos. La leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades hidroelectrolíticas, aún en climas calurosos y húmedos. Por lo regular el bebé amamantado presenta evacuaciones blandas, en cambio los niños alimentados con fórmulas presentan estreñimiento.⁴⁸

Protección contra enfermedades infecciosas.

Una de las ventajas más importantes es la protección inmunológica contra algunas infecciones lo que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil. La prevención de la diarrea, conferida por los componentes de la leche, se refuerza por la disminución a la exposición de los gérmenes presentes en utensilios, líquidos o alimentos contaminados. Cuando los niños amamantados llegan a enfermar, tienen cuadros más leves y no impiden continuar con la lactancia materna. En los casos en los que durante el tratamiento continúan amamantándose con soluciones de hidratación oral, tienen menos evacuaciones y su recuperación es más pronta.⁴⁹

La leche materna estimula el desarrollo de la flora bacteriana en el intestino, la cual causa evacuaciones ligeramente ácidas, lo que inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y protozoarios. Ejerce efecto protector en

⁴⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

⁴⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

las siguientes infecciones: Enterales, Respiratorias, Otitis media, Meningitis, Enterocolitis necrosante, Caries. También protege de enfermedades no infecciosas. Las proteínas de la leche humana evitan los problemas alérgicos y eczema. Además impide la exposición y absorción de proteínas extrañas presentes en leches de otros tipos, además También disminuye la frecuencia de diabetes juvenil, linfoma y mala oclusión.⁵⁰

Beneficios para la madre:

En el puerperio inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia, estimulando la contracción e involución uterina.

También disminuye el cáncer ovárico y mamario.

Tiene efecto anticonceptivo.

Inhibe la hemorragia postparto.

Disminuye la incidencia de Ca de mama.

Disminuye efectos secundarios del D.I.U.

⁵⁰ C. Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, Editorial el Manual Moderno SA

Ventajas psicoafectivas madre e hijo:

El vínculo que se establece como resultado del comportamiento primario se facilita favoreciendo una mejor relación entre madre e hijo, cuando se inicia la lactancia materna en el postparto inmediato.

Estas madres tocan y hablan más con sus hijos lo que hace unos mamíferos felices y satisfechos por lo que lloran menos.

Las madres responden con rapidez al llamado de sus hijos e identifican mejor sus necesidades.

El contacto precoz aguarda relación con una mayor cantidad de leche, menos infecciones, mayor crecimiento y mejor regulación de la temperatura corporal del lactante.

El estado emocional de las madres que amamantan puede influir fisiológicamente en la lactancia de varias maneras:

- Disminuye el flujo sanguíneo a las mamas y por consiguiente de la secreción láctea.
- Reduce la calidad de la succión lo que disminuye la estimulación de la secreción de la leche.
- Adopta rituales de lactancia, como por ejemplo: un exceso de limpieza en los pezones, ocasionando grietas o dolor.⁵¹

de CV. México DF. 1986; 5ª. Edición: Página 851.

⁵¹ C. Benson Ralph. Página 851. Op. Cit.

- También puede influir en la expulsión de la leche bloqueando el reflejo de bajada de la leche, aún estando llenas las mamas.

Por lo que es más importante la calidad del amamantamiento que el tiempo de duración. El niño que es alimentado con biberón, definitivamente no tiene las mismas experiencias emocionales que el amamantado ya que los estímulos son diferentes para la madre y el niño, así como es distinta la influencia de las hormonas entre la que amamanta y la que alimenta en forma distante, y a través de una botella de vidrio o plástico y un chupón de hule. En un estudio se encontraron más problemas de atención y adaptación social entre los niños alimentados con fórmulas.

Factores económicos:

La lactancia materna hace importante el ahorro económico por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche. En el plano doméstico, suprime la necesidad de comprar leche en fórmula, biberones, aparatos esterilizadores, etc. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa el 15 al 40% de los ingresos per cápita de una familia.⁵²

⁵² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

En el plano nacional la lactancia elimina el uso de divisas para la importación de leches, el abastecimiento y almacenamiento en hospitales de fórmulas y otros utensilios. Además, si se adopta como norma el alojamiento conjunto durante la hospitalización postnatal, se reduce el número de enfermeras en las salas de recién nacidos que en vez de dar biberones, podrían enseñar a las madres a atender adecuadamente a su hijo.

Ventajas a nivel internacional:

Representan un ahorro importante en la compra, almacenamiento y transporte de leches, además el ahorro por combustible, personal, etc., que se requiere para su distribución y preparación. Por otro lado contribuye a la conservación del medio ambiente por el proceso de obtención e industrialización.

A nivel institucional los costos al dejar de adquirir los sucedáneos de la leche han disminuido considerablemente, así también los internamientos y tratamientos para enfermedades diarreicas, del tracto respiratorio, alergias y otros derivándose este recurso económico en la atención a la población cautiva dentro de las mismas.⁵³

⁵³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Además de capacitar a la población sobre las ventajas de la lactancia materna ha permitido hacer conciencia del espaciamiento entre cada hijo de familia, haciéndose evidente los costos y la atención que cada miembro de la familia merece dentro de cada núcleo, esto disminuye la explosión demográfica que hoy representa conflicto social.

Ventajas para la familia:

Unión familiar: la lactancia materna no es responsabilidad sólo de la madre, el padre debe darle apoyo, compañía y estímulo, además de participar en actividades para que la madre descanse. Es un momento propicio para compartir con los otros hermanos, brindando compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y protección.

Ventajas económicas. La alimentación del recién nacido es básicamente con proteínas que es un nutriente costoso. Es por esto que al comparar la lactancia natural con la artificial se debe tomar en cuenta: el costo de la leche, combustible, utensilios y sustitutos adicionales para enriquecerla.⁵⁴

⁵⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Patrones de succión

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

- Tallo encefálico,
- Nervios craneales,
- Bulbo raquídeo,
- Ganglios basales,
- Centros corticales,
- Músculos (lengua, boca, faringe)

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

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

Reflejo de deglución: Desde las 12 semanas de gestación se encuentra presente, y a partir de la semana 32 y 34 el bebé sano puede deglutir bien.

Reflejo de búsqueda: Este reflejo se encuentra presente desde las 32 semanas de gestación, mejorando progresivamente hasta el término de la misma.⁵⁵

⁵⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Lactancia exitosa

Expectativas de la embarazada:

Con frecuencia las embarazadas desconocen la forma de prepararse para la lactancia. Ha sido comprobado que las mujeres amamantan por más tiempo y con menos problemas, cuando son preparadas. La etapa prenatal es el mejor periodo para motivar y alentar a las madres a que amamenten a sus hijos. Es importante enseñarle como prepararse para alimentar a su hijo y que hacer en caso de que se presenten algunos problemas , así como resolverle dudas y creencias. Identificar las expectativas de la embarazada acerca de la lactancia, para resolver sus dudas y adaptar la enseñanza a lo que ella solicita.

Es necesario que en esta etapa se le pregunte a la futura madre:

- Sus deseos de amamantar
- El tiempo que desea hacerlo
- Experiencias previas de amamantamiento
- Expectativas en relación al trabajo y la lactancia.⁵⁶

⁵⁶ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Exploración de mamas: Es importante que los médicos examinen las mamas de todas las embarazadas, respetando su intimidad, para solucionar problemas por la forma del pezón.

Inspección de pie

- Observar los senos, estando de pie frente a un espejo.
- Con los brazos pegados a los costados,
- Con los brazos sobre la cabeza,
- Comparar ambas mamas y buscar cambios en la simetría, forma, aumentos de volumen, hoyuelos en la piel o cambios en la dirección o forma de los pezones.

La entrevista y el examen de las mamas debe realizarse en las primeras visitas de la embarazada, para detectar a las mujeres con alto riesgo de abandonar la lactancia materna como son:

- Anormalidades del pezón.
- Cirugía de mama
- Malformaciones congénitas
- Fracaso en la lactancia en embarazos anteriores
- Embarazo no deseado
- Falta de apoyo familiar
- Madre adolescente.⁵⁷

⁵⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Preparación de pezones

La preparación de las mamas y de los pezones, se deben realizar sobre todo en mujeres que en embarazos previos cursaron con problemas de grietas o pezones dolorosos:

- Evitar una excesiva limpieza con jabones o cremas.
- Es suficiente el baño diario
- No utilizar alcohol u otras sustancias sobre los senos, para permitir que actúen los lubricantes naturales de las glándulas de Montgomery
- Se recomienda asolear y mantener al aire frecuentemente los senos
- No se recomienda el uso de lanolina en forma profiláctica
- No manipular en forma excesiva las mamas y pezones.

Tipos de pezón:

Pezón normal

- Sobresale poco en reposo
- Sobresale más con la estimulación
- Algunos pezones se encuentran invertidos en reposo, pero sobresalen con la estimulación.⁵⁸

⁵⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Pezones que pueden dificultar el amamantamiento:

Pezón plano

- **Pezón corto que no sobresale**
- **Permanece igual con estimulación**
- **Mejora con técnicas de preparación**

Pezón invertido

- **Retraído o sobresale ligeramente en reposo**
- **Retraído con estimulación**
- **Deben prepararse adecuadamente**

Correcciones de pezones

La manipulación de los pezones, puede ocasionar problemas, tales como: trabajo de parto prematuro, mastitis, e incluso desprendimiento de placenta debido a que puede liberar oxitocina. Se debe ser muy cauteloso en su indicación, ya que incluso se duda de su eficacia. A veces es mejor indicar protectores de plástico, o bien, la perforación de un brasier, en ambas puntas.⁵⁹

⁵⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Maniobras para corregir pezones:

- Poner un dedo de cada lado del pezón y estirar la piel de la areola en sentido horizontal y oblicuo. Repetir varias veces.
- Lubricar índice y pulgar con un poco de lanolina o cualquier tipo de aceite.
- Sujetar la base del pezón y rotar los dedos como dando cuerda a un reloj.
- Completar el masaje estirando el pezón y traccionando hacia fuera.
- Repetir durante un minuto tres veces al día.
- Suspender momentáneamente el ejercicio si durante el mismo se produce una contracción uterina.

Técnicas de amamantamiento

Reflejo que estimula la buena lactancia

a) Reflejo de erección del pezón

Se provoca con un masaje ligero con los dos dedos en los pezones, éste reflejo lo hace más saliente y fácil de tomar por el bebé.⁶⁰

b) Reflejo de búsqueda del bebe

⁶⁰ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Se provoca tocando el borde inferior del labio del bebé. Este reflejo hace abrir la boca y buscar el pezón, siendo el momento para introducir el pezón y porción de la areola.

Posiciones para amamantar.

Si la madre aprende la técnica correcta para amamantar podrá adoptar otras posiciones en las que se encuentre más cómoda pero siempre deberá cuidar:

- Que su hijo esté frente a ella
- Que la mayor parte de la areola que de dentro de la boca del niño.

A) Posición sentada

- Con la espalda recta colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón.
- Acercar el niño al pecho y no el pecho al niño, ya que de hacerlo se provocarán molestias en la espalda.
- Colocar el niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo, la pierna o las nalguitas del niño.
- Procurar que la cara quede exactamente quede frente al seno lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de "C", es decir con el pulgar hacia arriba de la areola y los otros cuatro dedos por debajo del pecho.⁶¹

⁶¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- La mano en esta posición permite dirigir fácilmente el pezón.
- Tocar con el pezón el labio inferior del niño, para desencadenar el reflejo de búsqueda.
- Para abrir la boca se debe atraer al niño rápidamente hacia el seno para que logre tomar no solo el pezón, sino también la mayor parte de la areola.

Sentada clásica y posición de la mano

B) Acostada decúbito lateral

- El cuerpo del bebé sigue el cuerpo de la madre y están juntos abdomen con abdomen.
- La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada.
- Esta posición y la de "balón de fútbol" son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una operación cesárea.

C) Balón de fútbol o de sandía"

- El cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mamá, con el estómago pegado a las costillas de la madre.
- La mamá sostiene el cuerpo del bebé con el brazo del mismo lado y con la mano le sostiene la cabeza.⁶²

⁶² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Se aconseja que se varíen estas posiciones para que el bebé comprima con las encías y la lengua, distintos sitios de la areola y el pezón. Para cambiar de seno o al terminar de lactar: Introducir suavemente el dedo índice en la comisura labial del niño, con lo cual se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno.

Recomendaciones prácticas:

- La madre debe comprobar que le niño esté con el pañal seco y limpio.
- La temperatura ambiental mayor de 36 grados disminuyen el mecanismo de succión del niño. Lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar.
- No es necesario lavar los senos, es suficiente el baño diario.
- Al terminar de dar de comer al niño, aplicar una gota de leche sobre el pezón, lo cual lubrica y evita infecciones por su efecto protector.
- La mamá debe estar tranquila y cómoda mientras amamanta, independiente de la posición.⁶³

⁶³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Patrones de consumo

- El tiempo promedio de lactancia para cada seno es de 10 a 15 minutos. Sin embargo, se debe respetar la necesidad individual de cada niño, ya que unos comen despacio y otros más rápido.
- Se deben alternar los senos cada vez que se amamante, iniciando con el que se terminó de dar en la ocasión anterior.
- Se debe ayudar al bebé a eliminar el aire ingerido.
- La alimentación al seno materno debe ser a libre demanda, día y noche; es decir, alimentar cada vez que el niño quiera sin un horario estricto.
- En las primeras semanas el niño come con intervalos cortos, en ocasiones hasta menos de dos horas; esto es normal debido a que el tiempo de vaciamiento gástrico es muy rápido. Esto ayuda a mantener el suministro de leche.
- El mejor estímulo para la producción de leche es la succión, por lo tanto mientras más amamanta, más leche tendrá.

Rutinas hospitalarias

Primera tetada

- La primera hora después del nacimiento, la madre está muy sensible y perceptiva sobre lo que ocurre en su hijo y él está completamente alerta.⁶⁴

⁶⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Este momento es muy importante para la interacción y debe promover el contacto piel a piel, visual y auditivo para fortalecer el vínculo afectivo.
- La primera tetada favorece la instalación de la lactancia materna.
- Favorece además la involución del útero evitando, en lo general, el uso de oxitócicos

Otras ventajas son:

- El bebé aprende a mamar más pronto
- Ingiere cantidades importantes de IgA secretora
- Evacua tempranamente el intestino.
- Aún las madres a las que se les hizo cesárea, pueden dar esta primera tetada, con la ayuda del personal de salud.⁶⁵

⁶⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Alojamiento conjunto: Es la convivencia permanente, las 24 horas del día entre la madre y el niño. Esta práctica facilita y estimula la alimentación frecuente, a libre demanda y sin demora.

Otras ventajas son:

- Ahorra trabajo al personal de salud.
- La madre cuida mejor a su propio hijo y satisface de inmediato sus demandas.
- Ambos aprenden a reconocerse tempranamente.
- Facilita el adiestramiento de la madre en el amamantamiento y cuidado del bebé.

Lo que se requiere para que esta practica sea exitosa:

- Cambio de actitudes de directivos y del personal de salud.
- Información adecuada sobre los procedimientos que se realizan en un alojamiento conjunto.
- Voluntad y convencimiento de sus ventajas.
- Coordinación de actividades de Obstetricia y Pediatría.

Criterios de manejo en alojamiento conjunto:⁶⁶

Madre:

- Puerperio fisiológico
- Postcesárea, sin complicaciones

⁶⁶ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Integridad física y mental para amamantar y cuidar a su hijo.
- Ausencia de situaciones clínicas que impidan la lactancia materna (p.e. cáncer).

Niño:

- Ausencia de dificultad respiratoria, problemas neurológicos o metabólicos severos.
- Recién nacido con buena succión y buen control de temperatura.

Prácticas médicas:

Existen una serie de prácticas que deben erradicarse, ya que han demostrado no tener utilidad, favorecen las infecciones e impiden la adecuada alimentación al seno materno.⁶⁷

Procedimientos que deben eliminarse:

- Lavado gástrico y aspiración de secreciones con sonda al nacimiento.
- Ayuno del recién nacido.
- Inicio temprano de alimentos o líquidos diferentes a la leche materna.
- Uso de biberones

⁶⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Administración de soluciones glucosadas, té, agua o fórmula. Separación del recién nacido de la madre.
- Recomendación del uso de formulas al egreso, excepto en casos médicamente indicados.

Manejo de puerperio tardío

Alto riesgo de abandono de lactancia materna

El adiestramiento en la forma de amamantar, previene los principales problemas que surgen por una práctica inadecuada. Son causa de abandono de la lactancia, por lo que es indispensable saber diagnosticarlos y manejarlos. Es indispensable detectar en la primera consulta, después del egreso del hospital, las condiciones clínicas ó psicosociales que puedan influir en la madre para abandonar la lactancia materna y reforzar, fomentar y promover la relactancia en aquellas que ya la hubieran abandonado⁶⁸.

Mujeres con alto riesgo de abandonar la lactancia materna:

- Madres que trabajan fuera del hogar.
- Madres adolescentes.
- Madre ansiosa o tensa.
- Madre sin apoyo o con familiares que desalientan la lactancia.

⁶⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Madre con problemas de salud generales o locales.
- Madres de prematuros, gemelos, recién nacidos con labio y paladar hendido.
- Madres que viven en zonas urbanas.

Identificación de madre con riesgo de abandonar el amamantamiento:

- Sentimientos hacia la lactancia
- Apoyo familiar
- Observación de la forma de amamantar
- Frecuencia y duración de la tetadas
- La existencia de problemas en la mamas o pezones y enfermedades generales
- Ansiedad por iniciar la ablactación

Seguimiento

El seguimiento es muy importante en estos casos, no solo para la realización de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, sino también para reforzar la información y alentar el amamantamiento.

- Confianza en su capacidad de lactar
- Las ventajas de la leche materna para su hijo y para ella
- El amamantamiento a libre demanda, día y noche
- Evitar la introducción temprana de alimentos o bebidas⁶⁹

⁶⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- La técnica de amamantar para evitar los problemas mas comunes
- Que la madre lleve una nutrición e ingesta de líquidos adecuada

Mitos y creencias

El conocimiento de los principales mitos y creencias, le proporcionarán herramientas para orientar a la madre y estimularla a amamantar, otorgándosele bases científicas sobre sus creencias.

Las creencias más comunes:

Alimentación de la madre: Las madres que lactan pueden comer de todo. Sin embargo es conveniente evitar el exceso de té, café, chocolate, refrescos con cafeína, alcohol y alimentos muy condimentados, o los que previamente se conozcan que le causan problemas digestivos.

Enojo o susto: Estas emociones no afectan la calidad o la cantidad de la leche. Es importante la tranquilidad de la madre, para que el reflejo de bajada no se bloquee.

Baño con agua fria: Si se tiene este hábito, no hay razón para cambiarlo. No altera la calidad ni la cantidad de la leche producida.⁷⁰

⁷⁰ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Leche resfriada: Si la madre está resfriada deberá tener cuidados para no contagiar a su hijo. Sin embargo no se justifica suspender la lactancia, ya que la leche no sufre modificaciones y en cambio si puede protegerlo contra infecciones.

Lactancia y embarazo: La madre que se embaraza estando lactando, puede continuar lactando, pero mejorando su alimentación. Debiendo suspender únicamente cuando se presente trabajo de parto.

Leche rala: El color de la leche humana es diferente al de la leche de vaca, por lo que no debe compararse.

Leche acumulada: Algunas personas piensan que si la madre no da de comer a su hijo por varias horas, su leche se descompone.

Madre acalorada: El calor del sol o del fuego que reciben algunas madres, por mucho tiempo, no altera la leche. Pueden continuar dando de mamar, procurando ingerir líquidos para satisfacer la sed.⁷¹

Observaciones de la alimentación al seno materno

⁷¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Aspectos prácticos para amamantar:

- Si la madre aprende la técnica correcta para amamantar, podrá adoptar otras posiciones en las que se encuentre más cómoda.
- Siempre deberá cuidar el que su hijo esté frente a ella y que al mamar, la mayor parte de la areola quede dentro de la boca del niño.

Respuesta Madre e hijo:

- Es muy importante que observemos la respuesta que tienen la madre y el niño en el momento de amamantar.
- La madre debe de estar relajada, ofrecerle con gusto el pecho al bebé, hacer contacto de ojo a ojo, de piel a piel, hablarle, que la posición de la madre sea cómoda.
- En respuesta el bebé debe de disfrutar el momento del amamantamiento, escuchando los latidos de corazón de la madre, escuchándola, oyéndola, saboreando su leche y tocándola.
- El sólo hecho de pensar en el bebé hará que el cuerpo de la madre produzca leche.⁷²

⁷² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Succión: El niño tiene una gran necesidad de succión y al hacerlo está ayudando a la madre a que se establezca una buena producción de leche.

Tiempos y horarios: El tiempo de succión puede ser de 10 a 15 minutos en el primer pecho, y en el segundo se sugiere obedecer a la demanda del bebé, o bien hasta que el pequeño duerma.

- La alimentación de un bebé amamantado es a libre demanda, es decir, cada que el niño lo requiera. No se deben seguir horarios.
- En cuanto a la alimentación nocturna, muchos niños necesitarán de por lo menos una tetada durante los primeros 5 a 6 meses esto ayuda a mantener el suministro de leche. Mientras más amamante la madre, más leche tendrá.⁷³

Valoración del amamantamiento:

Establecer seis elementos para una buena valoración de la lactancia.

- a) La posición del cuerpo
- b) La respuesta de la madre y del bebé
- c) El lazo emocional
- d) La anatomía y condición del pecho

⁷³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

e) La succión del bebé

f) El tiempo

Forma de observación del amamantamiento:

La finalidad de ésta forma es ayudar a observar una tetada. No diagnostica todas las dificultades de la lactancia, pero ayuda a las madres que necesitan una atención más cuidadosa. Provee el seguimiento, incluyendo la toma de historia y la forma de succión de cualquier bebé y mamá que califiquen bajo esta observación o aquellos casos en los que el bebé no registre un incremento de peso.

El tiempo de amamantamiento es una observación importante especialmente si la madre tiende a terminar la tetada en menos de 3 a 4 minutos. Los bebés que reciben leche más ligera pueden digerir con mayor facilidad. Algunas madres terminan la tetada antes de que empiece el reflejo de bajada de la leche, y esto puede hacer que tengan bebés con un incremento de peso poco adecuado.⁷⁴

⁷⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Alimentación materna durante el periodo de lactancia

Durante el embarazo se debe aumentar el consumo de muchos nutrimentos, pero en el periodo de lactancia la madre debe recibir mayores aumentos para:

- a) Evitar la pérdida de nutrimentos en la leche y almacenar cierta cantidad de ellos, indispensables en la composición química de la misma.

- b) Proveer calorías adicionales para la actividad complementaria que aumenta el cuidado del lactante.

CALORÍAS: Las calorías adicionales necesarias para la lactancia dependerán del volumen de leche producido y se sugiere aumentar 1000 calorías en relación con la cantidad para la mujer que no está embarazada.⁷⁵

PROTEINAS: Es necesario en este periodo el consumo de proteínas alto de valor biológico, en forma suficiente, para cubrir las necesidades maternas y los aminoácidos que serán aportados por la leche para el

⁷⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

crecimiento del niño. Si la cantidad de proteínas en la alimentación de la madre no es suficiente para sus necesidades y para cubrir las cantidades secretadas por la leche, el organismo las obtendrá de los tejidos.

GRASAS: El tipo de grasa de la leche materna refleja la composición de la grasa en la dieta de la madre.

CALCIO: La madre necesita 500 mg. Más por arriba de la cantidad normal lo que equivale a un total de 1000 miligramos, que pueden ser proporcionados por la leche y las tortillas (cuando se preparan con cal).

HIERRO: En ocasiones la madre que amamanta tiende a sufrir anemia por no consumir los alimentos fuentes de este mineral.

VITAMINAS: El aumento de la vitamina A, riboflavina, tiamina y niacina se obtienen cuando se administran cantidades adicionales de frutas y verduras; el complejo B debe aumentarse proporcionalmente al aumento del ingreso calórico. Las necesidades de vitamina C se cubren con el aumento de una ración de fruta fresca.⁷⁶

⁷⁶ Nutrición I. ENEO

Requerimientos calóricos y proteicos de la mujer que lacta:

Mujer adulta normal. Con actividad física moderada, sin embarazo ni en periodo de lactancia, requiere para mantenerse en equilibrio energético para que no aumente ni disminuye de peso entre 2000 y 2200 Kcal. y de 40 a 45 gr. de proteínas por día.

Periodo de lactancia: La madre necesita una cantidad adicional de alimentos para cubrir las necesidades impuestas por estas situación fisiológica. El gasto energético de lactancia es aproximadamente de 640 Kcal. Diarias. Las necesidades proteicas diarias de lactancia que son aproximadamente 16 grs.⁷⁷

Dieta idónea:

Para obtener una dieta equilibrada y variada se deben combinar los grupos de alimentos en cada tiempo de comida, siguiendo tres principios básicos:

- Consumir frutas y verduras. Es conveniente consumir preferentemente frutas de la estación para hacer más económico y variado el menú.

⁷⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Combinar cereales y tubérculos con leguminosas. Es importante que en cada tiempo de comida se incluyan cereales o tubérculos con leguminosas ya que al combinárselas complementan sus proteínas mejorando su calidad.
- Consumir una pequeña cantidad de productos de origen animal. A pesar de que estos alimentos contienen proteínas de origen animal, son caros y tiene un alto contenido de colesterol y grasas saturada, las cuales consumidas en exceso son dañinas para la salud.

C. Desnutrición materna y lactancia

Volumen de leche:

En mujeres bien nutridas la producción de leche durante el primer mes es de alrededor de 700 ml. Aumentando progresivamente hasta alcanzar la máxima producción al sexto mes de 800 ml., para después declinar paulatinamente hasta los 12 meses a 550 ml.

En mujeres desnutridas el volumen de producción de leche se encuentran moderadamente disminuido, pero la duración de la lactancia no se acorta.

- La leche es producida a expensas del tejido materno.⁷⁸

⁷⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- El contenido de proteínas de otros nutrientes se encuentra ligeramente disminuido.
- Parece ser que al disminuir la cantidad de leche, los nutrientes se encuentran más concentrados y es por ello que casi no varían en relación a los concentrados en madres bien nutridas.
- El mejor momento para evaluar el estado nutricional materno es el postparto, donde la madre debe tener un sobrepeso de 2 a 3 kg. En relación a su peso previo en el embarazo.
- De no existir este sobrepeso, se puede considerar que la madre no tiene reservas suficientes para la producción de leche y hay que suplementar la dieta, a fin de que no utilice sus propios tejidos para el mantenimiento de la lactancia.⁷⁹

⁷⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Recomendaciones previas a la administración de medicamentos durante la lactancia

- No utilizar medicamentos de larga acción.
- Establecer el horario de administración del medicamento de acuerdo a su vida media.
- Valorar estrechamente las condiciones generales del lactante haciendo énfasis en las reacciones secundarias del medicamento específico.
- Cuando sea posible, elegir el medicamento que alcance las menores concentraciones en la leche materna.⁸⁰

⁸⁰ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Madre trabajadora y lactancia

Marco legal

Constitución 1917 Artículo 123. Fracción V: Las mujeres durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñaran trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al parto, disfrutaran forzosamente de descanso, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por su contrato. En el periodo de la lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para amamantar a sus hijos.

Ventajas de la lactancia para las madres y las empresas donde trabajan

- Menos enfermedades del niño y mejor crecimiento.
- Menos ausencias al trabajo por enfermedades del niño.
- Más acercamiento con el niño durante los períodos que están juntos, lo cual puede compensar los períodos de separación (mejor ánimo por tener menos preocupaciones).
- Más posibilidad de espaciamiento de embarazos porque la anovulación está asociada con la amenorrea por la lactancia.⁸¹

⁸¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Alternativas para que las madres trabajadoras puedan permanecer con sus hijos, especialmente durante los primeros 6 meses de vida cuando la lactancia exclusiva es necesaria:

- Cambios en las rutinas de trabajo
- Acceso de los niños al trabajo
- Acceso de las madres a las guarderías)

Recomendaciones para mantener la producción de leche

Responsabilidades claves y básicas de los trabajadores de la salud:

- Dar confianza a las madres (ya sea que trabajen fuera del hogar o no)
- Promover la habilidad en la madre para producir suficiente leche materna;
- Orientar sobre técnicas de extracción y almacenamiento; y
- Discutir con las madres, la ayuda y apoyo físico y logístico que necesitan para lograr seguir dando de mamar, buscando alternativas positivas y posibles con ellas.⁸²

⁸² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Recomendaciones prácticas:

- Practicar dos semanas antes de regresar al trabajo la técnica de extracción manual de leche materna, para dar tiempo suficiente a la adquisición de práctica.
- Amamantar poco antes de salir al trabajo.
- Óptimamente, durante el periodo de separación, es importante extraer la leche con la misma frecuencia que si hubiese amamantado, pero por lo menos (y cuando es posible), utilizar los dos descansos de treinta minutos otorgados por la ley.
- Guardar la leche extraída en un recipiente limpio con tapadera dentro de un refrigerador o en una caja aislada guardándola en un lugar fresco.
- Amamantar inmediatamente al regresar a casa.
- Dormir con el bebé para amamantar durante la noche. (es común que cuando la mamá trabaja el bebé mame por la noche).
- En los días libre, amamantar cada vez que el bebé lo pida.
- Descansar lo posible.
- Mantener la mejor dieta posible.
- Tomar suficientes líquidos para satisfacer la sed.⁸³

⁸³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Los métodos para alimentar y cuidar al bebé durante la ausencia de la madre son importantes para mantener la producción de leche materna, por lo que se recomienda:

- Dar la leche materna extraída envaso o taza limpia, o con cuchara.
- Evitar completamente el uso de biberones y chupones.
- No dar ningún alimento o bebida al niño cuando se acerca el tiempo del regreso de la madre para no disminuir su interés en tomar pecho inmediatamente o la calidad de la succión.
- Si el niño es mayor de seis meses dar alimentación complementaria.⁸⁴

Extracción manual, almacenamiento, conservación y administración de la leche materna

Indicaciones para la extracción manual:

La extracción manual de leche es una práctica muy útil para mantener la producción de leche en situaciones especiales.

- Niños prematuros que por cualquier razón no pueden succionar directamente el seno.
- Madre o hijo que por razones médicas no pueden estar juntos.
- Madre que trabaja o tiene que permanecer fuera del hogar.

⁸⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Casos extremos de dolor de pezón o prevenir o aliviar la congestión.
- Alteraciones anatómicas o funcionales que impidan al recién nacido la succión normal al seno.
- Para aumentar la producción de leche.

Técnicas de extracción manual

La técnica de extracción consta de 3 pasos:

Preparación, estimulación y extracción.

Preparación.

Realizar lavado de manos con agua limpia y jabón.

Secar las manos con una toalla o trapo limpio.

Estimulación.

A través del masaje, se estimulan las células productoras de leche y los conductos.⁸⁵

Técnica.

- Comenzar la fase 1 en la parte superior del seno. Oprimir firmemente hacia la caja torácica. Hacer masaje con un movimiento circular con los dedos en un mismo punto.

⁸⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Después de unos segundos, proceder a dar masaje en otra área del seno.
- Continuar en espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola.
- El movimiento es similar al que se usa en el auto examen del seno.
- Frotar cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca un cosquilleo.
- Continuar con este movimiento desde la base del seno al pezón. Esto ayuda a relajar a la madre y estimula el “aflojamiento” de la leche.
- Sacudir suavemente ambos senos, inclinándose hacia adelante. La fuerza de la gravedad ayuda a la bajada de la leche.⁸⁶

Extracción.

Realizar los siguientes pasos para extraer la leche manualmente:

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio, aproximadamente 3 ó 4 centímetros detrás del pezón.
(Usar la anterior medida como guía, ya que no necesariamente es el borde de la areola, pues ésta varía en tamaño de una mujer a otra).

⁸⁶ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Colocar el pulgar encima y los dedos debajo del pezón, formando una letra "C" con la mano.
- Empujar los dedos hacia la caja torácica, sin que los dedos se muevan del sitio donde los colocó.
- Girar o dar vuelta los dedos y el pulgar como imprimiendo las huellas digitales en una hoja de papel. El movimiento giratorio oprime y vacía los senos lactíferos sin maltratar los tejidos del pecho que son muy sensibles. Desde los primeros chorros de cada lado. (Observe la posición de las uñas tanto del pulgar como del índice y del medio en la ilustración).
- Repetir en forma rítmica para desocupar los depósitos. Colocar los dedos, empujar hacia adentro, exprimir, empujar, girar.
- Hacer rotar la posición de los dedos para desocupar todo los depósitos. Usar primero una mano y luego la otra en cada pecho⁸⁷.

Se deben evitar los siguientes movimientos.

- Apretar el pecho. Esto puede condicionar la aparición de pequeñas micro-hemorragias subdérmicas ("moretones").
- Jalar hacia fuera el pezón y el pecho ya que puede dañar tejidos.

⁸⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- Resbalar o tallar las manos fuertemente sobre el pecho puede ocasionar irritaciones en la piel.

Recomendaciones generales.

a) Los masajes descritos deben realizarse en ambos pechos, por un tiempo de 20 a 30 minutos alternando con la extracción de la siguiente forma:

- Extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
- Dar el masaje, frotando y sacudiendo suavemente los senos.
- Extraer nuevamente la leche de cada pecho durante 3 a 5 minutos.
- Extraer la leche una vez más durante 2 a 3 minutos.⁸⁸

Al terminar moje sus pezones con una gota de leche y deje secar al aire.

b) Una vez terminada la extracción de la leche, tape el recipiente y colóquelo en el refrigerador o en otro recipiente con agua fría y manténgalo lejos del calor.

c) Informar a la madre que inicie la extracción, dos semanas antes de regresar al trabajo, para empezar a entrenar con su hijo y ganar práctica.

d) Es importante que la madre sepa, que al comienzo va a sacar poca cantidad de leche. Con la práctica la cantidad de leche aumentará.

⁸⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- e) Recordar que la madre trabajadora requiere mucho apoyo para lograr mantener activo el período de lactancia.

Almacenamiento y conservación de la leche materna

Existe una relación directa entre la técnica utilizada para el almacenamiento y el tiempo de conservación de la leche materna. Después de extraer la leche se coloca en un recipiente limpio (de preferencia de plásticos) se tapa y se coloca en un lugar fresco.

Tiempo de conservación:

- a) En un lugar fresco y limpio, la leche puede ser consumida dentro de los siguientes 40 minutos para un niño de término y para un recién nacido pretérmino no se recomienda.
- b) En un refrigerador, tanto en la casa como en el trabajo, se puede guardar hasta por 48 horas para un niño de término y 24 horas para uno de pretérmino.⁸⁹

Técnica para dar al lactante la leche extraída

Se debe utilizar un vasito o cucharita. Está contraindicado el uso de biberón ya que el niño disminuye la succión al seno.

⁸⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Teniendo en cuenta el sitio de almacenamiento de la leche se recomienda los siguientes procedimientos:

- a) Si se guardó en un sitio fresco, se entibia en "baño maría", y se da al bebé cerciorándose de que no esté caliente.
- b) Si está refrigerada, se saca una hora antes y se entibia en "baño maría".

En el caso de la madre que trabaja fuera, a su regreso a casa debe darle pecho a su hijo.

- La extracción manual es un procedimiento alternativo que refuerza la lactancia materna, cuando por circunstancias especiales la madre no puede estar en forma continua con su hijo.
- La técnica de extracción será enseñada a la madre durante el embarazo (alrededor del 6-7 mes). De esta manera, el personal de salud destaca desde el embarazo la importancia de la lactancia, ayudando a la mujer a familiarizarse con sus mamas y a confiar en su capacidad de lactar.⁹⁰

⁹⁰ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Nutrición infantil, ablactación y destete.

Suplementos en los niños que son amamantados; En condiciones normales, lo único que necesita el niño hasta los 6 meses de edad para alimentarse, crecer y desarrollarse en forma óptima, es la leche materna. Tradicionalmente, las recomendaciones de suplementos para niños amamantados, son las siguientes:

- Vitamina B-12. 0.3 a 0.5 mcg al día para niños cuyas madres no ingieren productos de origen animal (vegetarianos estrictos) y no reciben suplementos de vitamina B-12.
- Vitamina D. 200 a 300 unidades internacionales (UI) al día desde el nacimiento (si la exposición a la luz solar es inferior a dos horas a la semana).
- Vitamina K. 0.5 a 1.0 mg por inyección ó 1.0 a 2.0 mg por vía oral, inmediatamente después del nacimiento.
- Fluoruro 0.25 mg al día si el agua contiene menos de 0.3 partes por millón (ppm) de fluoruro.
- Hierro.- La leche materna contiene la cantidad adecuada de hierro durante los primeros 6 meses de vida del lactante.⁹¹

⁹¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Ablactación y destete

Ablactación: es la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna.

Destete: es el retiro absoluto de la alimentación al seno materno.

La capacidad de recibir alimentos se desarrolla en tres estadios en parte superpuestos:

- a) Un período que comprende al menos 4 meses durante los cuales el niño succiona.
- b) Un período de transición, entre los 4 a 8 meses, en el que el progreso del desarrollo neuromuscular permite deglutir sólidos pastosos.
- c) Período adulto modificado, entre los 6 y 12 meses, en el que se pueden administrar alimentos sólidos picados, con escasas probabilidades de ahogamiento y broncoaspiración.⁹²

ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN

- **Período de la lactancia exclusiva: 6 meses**
- **Período de transición: entre 5 y 8 meses**
- **Período adulto modificado: entre 6 a 12 meses.**

⁹² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

Riesgos de una ablactación temprana.

- El ofrecer alimentos diferentes a la leche humana, no solamente es innecesario (incluidos agua y té), sino que puede ser peligroso para la salud del niño.⁹³

RIESGOS DE UNA ABLACTACION TEMPRANA

- Disminución en la producción láctea.
- Disminución en el tiempo de lactancia
- Incremento en el riesgo de infecciones
- Aumento de enfermedades alérgicas
- Aumenta el riesgo de desnutrición
- Aumenta el riesgo de un nuevo embarazo
- Impacto en la economía de la familia

Pautas generales para llevar a cabo la Ablactación y el Destete.

Aunque existe mucha controversia para el tipo y la forma de llevar a cabo la ablactación, se recomienda las siguientes pautas:

- a) Se deberá iniciar con juego y papilla preparada usando los alimentos básicos de la familia (varían de acuerdo a costumbres, disponibilidad, costo, ubicación geográfica y costumbres), a base de tubérculos, verduras, vegetales y / o frutas.

⁹³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

- b)** Algunos nutricionistas recomiendan ofrecer las frutas al final, por la posibilidad de una mejor aceptación del niño.
- c)** Los jugos proporcionan sobre todo azúcares y son buena fuente de vitamina C, potasio y líquido. Deben ofrecerse en taza o cuchara.
- d)** Los vegetales deberán cocinarse con poco agua, a fin de que conserven las vitaminas.
- e)** Es importante que la papilla tenga una consistencia adecuada. Generalmente cuando se enfría se hace más densa, pero si se añade una pequeña cantidad de aceite, mantequilla o margarina se mantiene la consistencia suave y aumenta el contenido energético sin incrementar el volumen.
- f)** Se deberá administrar al inicio un solo alimento. El tiempo para la introducción de un nuevo alimento será a razón de uno nuevo por semana: de esta forma se puede detectar intolerancia.
- g)** La combinación de alimentos sólo debe realizarse cuando se ha determinado que se toleran por separado.
- h)** Los alimentos picados, deberán iniciarse al final del primer año de vida para promover la masticación. Algunos autores recomiendan su inicio cuando el niño presenta 4 o más dientes⁹⁴

⁹⁴ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

PAUTAS GENERALES PARA REALIZAR LA ABLACTACION

- *Iniciar no antes de los 4 a 6 meses**
- *Iniciar con papillas**
- *Usar alimentos básicos familiares**
- *Iniciar con papillas de: tubérculos, verduras, vegetales y posteriormente frutas**
- *Iniciar con un solo alimento**
- *Combinación de alimentos posteriores a tolerancia**
- *Administrar líquidos, incluidos jugos, en vaso**
- *Alimentos picados al final del primer año.**

Factores que determinan el destete.

- No hay necesidad de suspender la alimentación al seno materno, si el bebé desea continuar, aún después de los 2 años.
- La mayoría de los niños, suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno entre el año y los tres años. Esto es el destete natural. Si la madre decide suspender el amamantamiento deberá explicar que si ella desteta al niño súbitamente puede ocasionar problemas emocionales en el niño que originen que se niegue a comer otros alimentos, llegando inclusive a enfermar.
- La Academia Americana de Pediatría recomienda no usar leche de vaca o fórmulas con poco hierro antes del año de edad. (El Destete súbito es una causa frecuente de Desnutrición)⁹⁵

⁹⁵ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

DESTETE

***De preferencia que el niño lo realice voluntariamente (en general se presenta entre 1 a 3 años.**

***Si la madre decide suspenderlo, realizarlo progresivamente.**

***Recomendaciones para el destete:**

***Aumente el número de comidas que el niño recibe.**

***Disminuya progresivamente la alimentación al seno materno.**

***Suspender al final el amamantamiento nocturno.**

***Dedíquele más tiempo, más amor.**

Como realizar el destete.

- **Aumentar el número de comidas (diferentes al seno) que el niño recibe entre 4 y 6 veces al día.**
- **Disminuir una de las mamadas diarias cada 1 a 2 semanas, durante 3 meses.**
- **Suspender por último el amamantamiento nocturno⁹⁶.**

⁹⁶ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA.

A raíz de los acuerdos tomados por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección a la Infancia (OMS/UNICEF) EN 1989 en la que se propuso dar un impulso al alojamiento conjunto y la lactancia materna, a través de los hospitales "Amigo del Niño y de la madre" y donde la estrategia es la promoción de los "diez pasos para una lactancia exitosa" y que tiene como objetivo retomar la cultura del amamantamiento y aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

En México la promoción del alojamiento conjunto y de la lactancia natural, fue propuesta enfáticamente en los foros de consulta popular celebrados en todo el país, durante el año 1989, en el panel sobre lactancia materna que se llevó a cabo en mayo. Considerado como "mes de la salud materna", y finalmente en la mesa de trabajo sobre lactancia materna, que se efectuó en Octubre del mismo año con la participación de expertos en la materia. El alojamiento conjunto y la promoción de la lactancia natural, ha constituido un instrumento mas para el logro de los compromisos de nuestro país, señalados en la declaración de Cocoyoc en 1988⁹⁷, que se

⁹⁷ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

refieren a mejorar el nivel de salud y reducir la mortalidad en la población infantil en los próximos años y cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención al grupo materno-infantil, mediante la promoción de la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en las unidades médicas del sistema nacional de salud con servicios obstétricos.

La estrategia retomada a nivel mundial sobre el programa "Hospital amigo del niño y de la madre", constituye un gran avance para el rescate de la cultura de la lactancia materna, tomando en cuenta que desde tiempos muy remotos ésta se ha observado deteriorada con el paso de los años; sin embargo actualmente es reconocido por sus grandes beneficios tanto para la madre, el bebé y la familia.

En los lineamientos se establece actualmente que en todas las instituciones de salud donde se brinda atención materno infantil se promueva, proteja y apoye al 100% el programa de lactancia materna.⁹⁸

La atención hospitalaria del parto trajo múltiples beneficios, demostrado por el rápido descenso de la mortalidad materna e infantil, los avances logrados con la incorporación de la tecnología permitieron también elevar la calidad de los servicios en al etapa perinatal. Sin embargo la atención

⁹⁸ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

hospitalaria trajo consigo, la inclusión de normas y procedimientos institucionales, como la atención por separado de la madre y el hijo durante el internamiento postparto, utilizando sucedáneos de la leche materna y privando al niño de calor y seguridad que le brinda su madre.

Este tipo de atención, junto con otros factores ha repercutido de manera sustancial en la mayor frecuencia del abandono de la lactancia natural.

Para que la lactancia materna se de con éxito es necesario que la madre reciba durante el embarazo y el puerperio inmediato, el conocimiento de sus ventajas y los aspectos prácticos del amamantamiento. La mujer debe prepararse durante el embarazo, tanto física como psicológicamente, y esto se logra orientándola sobre su alimentación, técnica de lactancia, cuidados de las mamas, la formación de los pezones y el convencimiento que no hay otra leche mejor que la substituya.

El primer reporte de alojamiento conjunto data de 1979 en el "Hospital General de México" de la SSA., en 1982⁹⁹ el IMSS inicia un programa denominado "Binomio madre-hijo". La carencia de programas específicos para favorecer el amamantamiento y el otorgamiento por la ley de sucedáneos de la leche, da como resultados que la frecuencia de amamantamiento en la población atendida por el IMSS sea menor que la

población nacional. Es hasta 1991, que el gobierno mexicano emite un decreto por el que se comprueba el Plan Nacional de Salud 1990-1994, y en el capítulo de nutrición y salud tiene como objetivo apoyar la lactancia materna dando facilidades a las madres que trabajan fomentando la nutrición en el embarazo y lactancia, así como el amamantamiento y la ablactación oportuna y la higiene.

En 1991 de acuerdo con el Plan Nacional de Salud en el artículo 162 de la ley general de salud, se integra la comisión nacional de lactancia materna, que incluye todas las instituciones del sector salud. Las funciones del comité fueron: Elaborar un diagnóstico situacional de la lactancia materna. Implementar el alojamiento conjunto en las unidades de obstetricia en la SSA y en el 40% en las unidades del sector salud. Acordar con las compañías de los sucedáneos de la leche materna, se respetara el código internacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Fue formado el Centro Nacional de Lactancia Materna (CENAM), para la educación del personal de salud en todo el país sobre este tema. Una acción que vale la pena mencionar por su importancia y su trascendencia es la inclusión como tema importante en las escuelas de todos los niveles del sistema operativo.

⁹⁹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

29 ACCIONES DEL PROGRAMA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE:

I.- PROMOCION, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

- 1.- Normas y procedimientos por escrito.
- 2.- Capacitación al 100% del personal.
- 3.- Difusión de la lactancia materna a embarazadas y puérperas.
- 4.- Iniciación de la lactancia materna dentro de la media hora después del parto.
- 5.- Enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia.
- 6.- Lactancia materna exclusiva.
- 7.- Alojamiento conjunto.
- 8.- Apoyo a la lactancia cada vez que se solicita.
- 9.- Erradicación de la lactancia artificial.
- 10.- Formación de grupos de apoyo a la lactancia materna después de su egreso.

II.- ATENCION MEDICA:

- 11.- Control prenatal con enfoque de riesgo.
- 12.- Atención Institucional del parto.
- 13.- Atención del puerperio durante el alojamiento.
- 14.- Reanimación del recién nacido.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Manual de Lactancia Materna, Op. Cit.

III.- PREVENCIÓN:

- 15.- Hipotiroidismo congénito.
- 16.- Esquema de vacunación.
- 17.- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
- 18.- Detección de cáncer cérvico uterino y mamario.
- 19.- Atención a la salud integral del adolescente.

IV.- EDUCACIÓN Y PROMOCION:

- 20.- Orientación nutricional.
- 21.- Prevención y manejo de enfermedad diarreica aguda.
- 22.- Prevención y manejo de enfermedad respiratoria aguda.
- 23.- Promoción de la planificación familiar.
- 24.- Capacitación (más del 50% del personal).

V.- INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACION:

- 25.- Estudios de la mortalidad materna y perinatal.
- 26.- Sistematización de la experiencia.
- 27.- Identificación y aprovechamiento de oportunidades perdidas.
- 28.- Investigación operativa.
- 29.- Padres participantes.¹⁰¹

¹⁰¹ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

10 PASOS PARA LA LACTANCIA EXITOSA

- 1.- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
- 2.- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto.
- 5.- Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia materna incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6.- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante la 24 horas del día.¹⁰²

¹⁰² Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

7.- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin algún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

8.- Fomentar la lactancia materna cada vez que se solicite.

9.- No dar a los niños alimentados al seno materno, chupadores o chupetes artificiales.

10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.¹⁰³

¹⁰³ Manual de Lactancia Materna. Op. Cit.

RESULTADOS

RESULTADOS

La encuesta se realizó en el periodo programado, se encuestaron 305 mujeres derechohabientes del ISSSTE que tenían un hijo mayor de 6 meses y menor de 2 años que acudieron a la prestación de algún servicio al hospital general de dicha institución ubicada en Acapulco. Los datos encontrados fueron los siguientes:

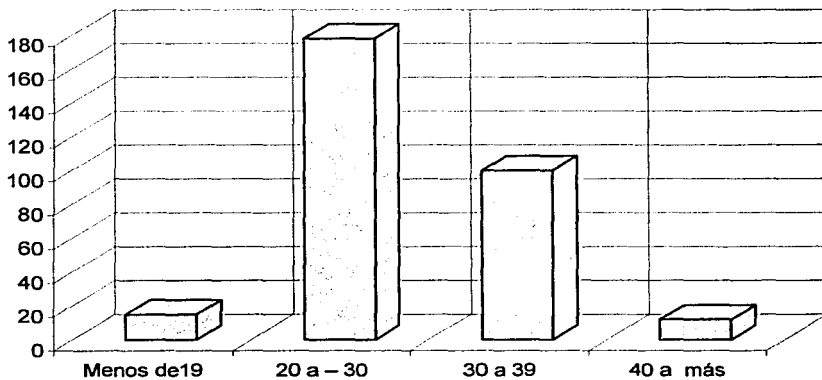
CUADRO 1
MUJERES SEGÚN GRUPO DE EDAD
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Edad en años	Cantidad	%
- 19	15	4.9
20 a – 30	178	58.4
30 a 39	100	32.8
40 a más	12	3.9
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Se observa que en cuanto a la edad de las encuestadas el grupo de 20 a 29 años es el mayor, encontrándose 178 madres correspondiéndole el 58.4%, le siguió el grupo de 30 a 39 alcanzando el 32.8% y las menores de 20 y mayores de 40 años solo alcanzaron el 4.9 y 3.9% respectivamente.

GRAFICA 1
MUJERES SEGÚN GRUPO DE EDAD
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



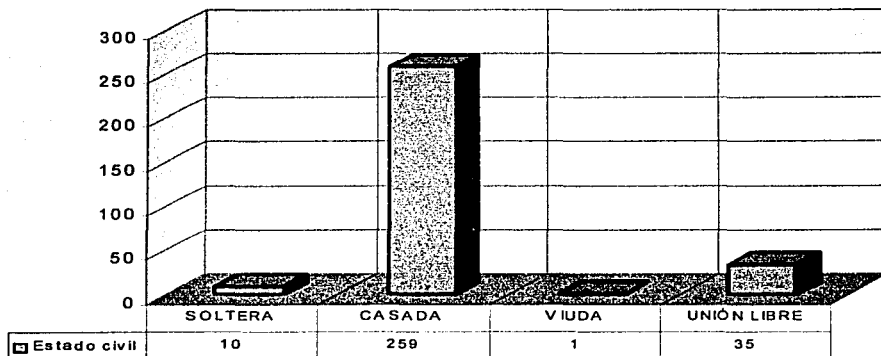
CUADRO 2
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Estado civil	Cantidad	%
SOLTERA	10	3.3
CASADA	259	84.9
VIUDA	1	0.3
UNIÓN LIBRE	35	11.5
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En cuanto al estado civil se encontró que el 84.9% refirió que estaba casada el 11.5% que vivía en unión libre, el 3.3% era madre solteras y 0.3% respondió ser viuda.

GRAFICA 2
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



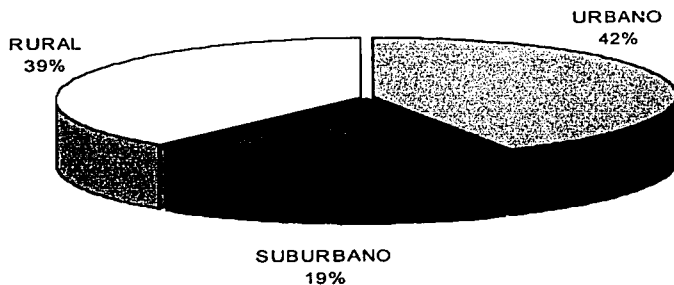
CUADRO 3
LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

DOMICILIO	Cantidad	%
URBANO	130	42.6
SUBURBANO	57	18.7
RURAL	118	38.7
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Por lo que respecta al área de residencia el mayor porcentaje respondió que habitaba en el área urbana donde se encontró que era originarias el 42.6%.

GRAFICA 3
LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



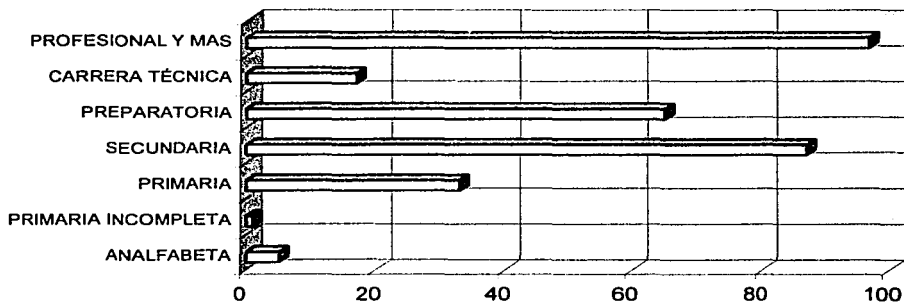
CUADRO 4
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN
EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Grado de escolaridad	Cantidad	%
ANALFABETA	5	1.6
PRIMARIA INCOMPLETA	1	0.3
PRIMARIA	33	10.8
SECUNDARIA	87	28.5
PREPARATORIA	65	21.3
CARRERA TÉCNICA	17	5.6
PROFESIONAL Y MAS	97	31.8
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En cuanto al grado de escolaridad se encontró que el 31.8% de las madres contaba con nivel profesional, el 28.5% tenían secundaria, el 21.3% cursaron hasta bachillerato, el 5.6% cuentan con carrera técnica el 11.1% tienen solo primaria o primaria incompleta y solo 1.6% es analfabeta.

GRAFICA 4
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN
EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



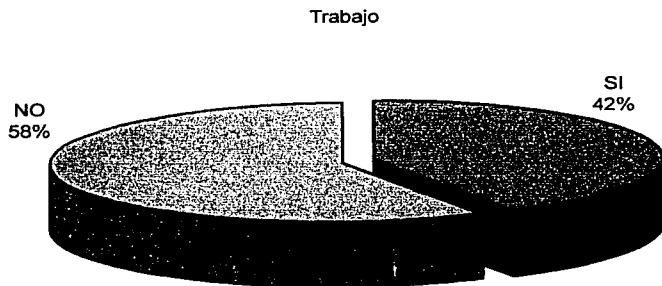
CUADRO 5
MUJERES CON TRABAJO Y DESOCUPADAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Trabajo	Cantidad	%
SI	128	42.0
NO	177	58.0
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En cuanto al trabajo el 42% de las madres refirió contar con empleo, el restante 58% mencionó no tenerlo y dedicarse a las labores domesticas.

GRAFICA 5
MUJERES CON TRABAJO Y DESOCUPADAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



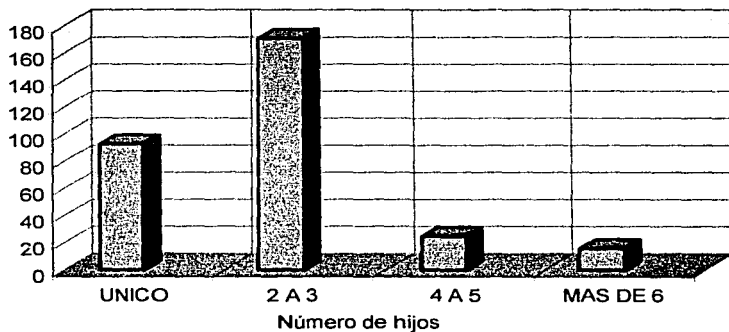
CUADRO 6
NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Número de hijos	Cantidad	%
UNICO	93	30.5
2 A 3	171	56.1
4 A 5	25	8.2
MAS DE 6	16	5.2
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Con respecto al número de hijos que tenían las encuestadas el 56.1% de ellas respondió tener de 2 a 3 hijos, el 30.5% cuentan con un solo hijo, y el 13.4% restante tiene más de 4 hijos.

GRAFICA 6
NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



CUADRO 7
TIPO DE PARTO TENIDO DE SU ULTIMO HIJO DE LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Tipo de parto	Cantidad	%
VAGINAL	186	61.0
CESÁREA	119	39.0
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Por lo que respecta al tipo de parto tenido de su ultimo hijo el 61% respondió que fue por vía vaginal, y el restante 39% fue por operación cesárea.

GRAFICA 7
TIPO DE PARTO TENIDO DE SU ULTIMO HIJO DE LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



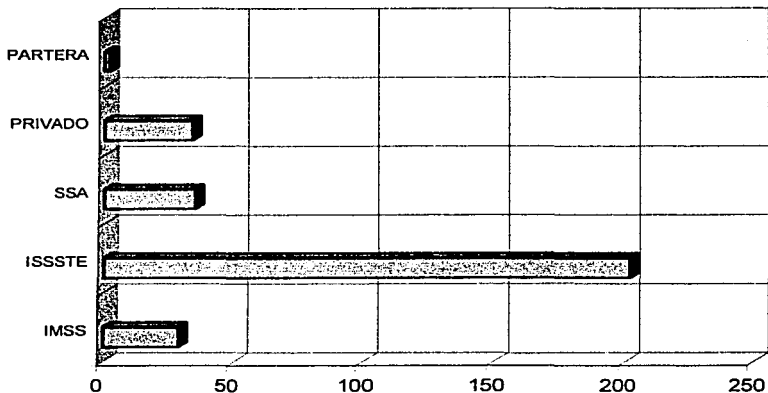
CUADRO 8
INSTITUCIONES DE SALUD DONDE ATENDIERON SU PARTO
LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Institución prestadora del servicio	Cantidad	%
IMSS	29	9.5
ISSSTE	202	66.2
SSA	35	11.5
PRIVADO	34	11.1
PARTERA	2	0.7
OTRO	3	1.0
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 98.3% de las encuestadas su parto fue atendido en forma institucional (300) correspondiéndole al ISSSTE el 66.2% de las atenciones, el 11.5% a la SSA, el 9.5% al IMSS, el 11.1% se atendió en instituciones privadas y solo el 1.7% se atendió con parteras u otro tipo de personal no profesional.

GRAFICA 8
INSTITUCIONES DE SALUD DONDE ATENDIERON SU PARTO
LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



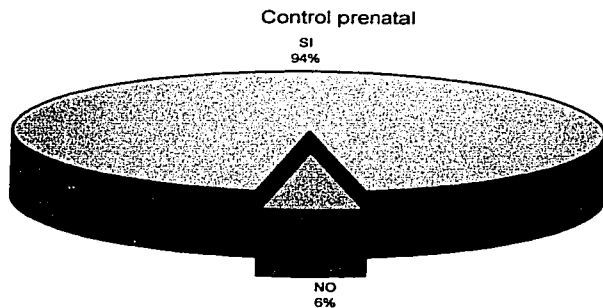
CUADRO 9
ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA DE LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Tuvo control prenatal	Cantidad	%
SI	287	94.1
NO	18	5.9
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 94.1% de las encuestadas respondió que durante su embarazo, si recibió control prenatal el restante 5.9% no asistió a esta atención.

GRAFICA 9
ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA DE LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



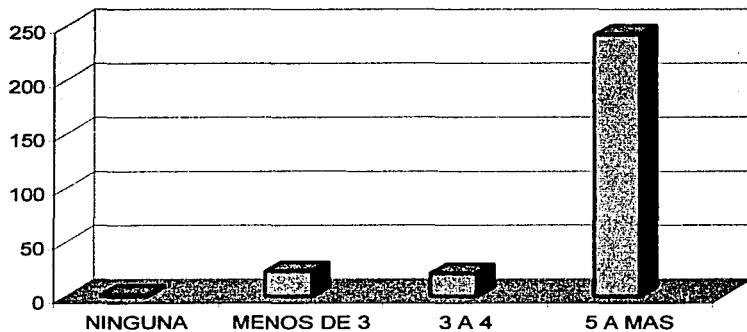
CUADRO 10
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL QUE
RECIBIERON LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Consultas de control prenatal	Cantidad	%
NINGUNA	1	0.3
MENOS DE 3	23	8.0
3 A 4	21	7.3
5 A MAS	242	84.3
TOTAL	287	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En cuanto al numero de consultas recibidas en el control prenatal el 84.3% respondió que recibió entre 5 ó más consultas, el 8.0% recibió menos de 3 consultas y solo el 7.3 % recibió de 3 a 4 consultas.

GRAFICA 10
NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL QUE
RECIBIERON LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



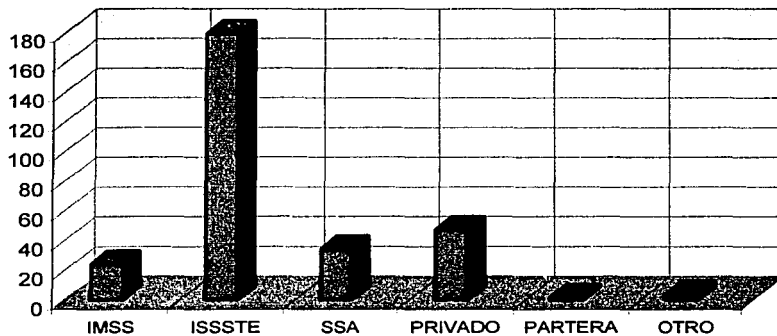
CUADRO 11
INSTITUCIÓN DONDE RECIBIERON CONTROL PRENATAL LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Institución prestadora del servicio	Cantidad	%
IMSS	24	8.3
ISSSTE	179	62.2
SSA	34	11.8
PRIVADO	47	16.3
PARTERA	1	0.3
OTRO	3	1.0
TOTAL	287	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 62.2% refirió que llevó su control prenatal en el Hospital del ISSSTE, el restante 37.8% se le proporciono el servicio en otras instituciones como: en el medio privado el 16.3%, en la SSA el 11.8%, el 9.6% restantes en otras instituciones.

GRAFICA 11
INSTITUCIÓN DONDE RECIBIERON CONTROL PRENATAL LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



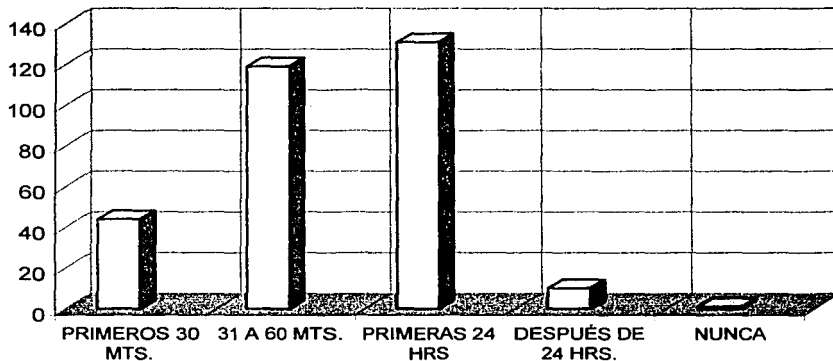
CUADRO 12
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA POSTPARTO EN LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Momento de inicio de la lactancia materna	Cantidad	%
PRIMEROS 30 MTS.	44	14.4
31 A 60 MTS.	119	39.0
PRIMERAS 24 HRS	131	43.0
DESPUÉS DE 24 HRS.	10	3.3
NUNCA	1	0.3
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Se observó que el 96.3% de las madres encuestadas iniciaron su lactancia dentro de las primeras 24 horas, y de estas solo el 14.4% la iniciaron en la primera media hora después del parto, 0.3% nunca inició la lactancia.

GRAFICA 12
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA POSTPARTO EN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



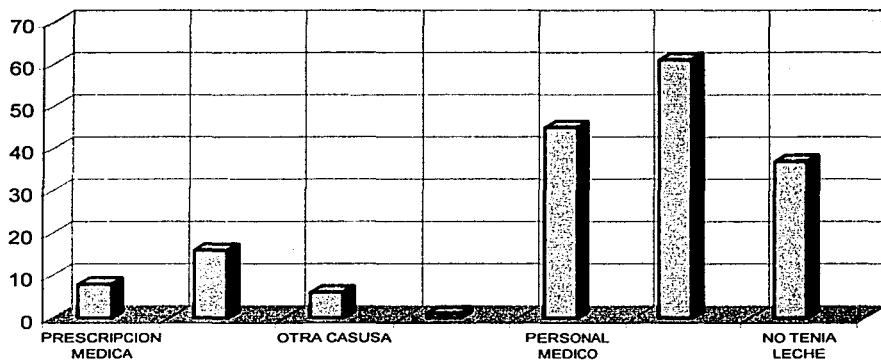
CUADRO 13
CAUSAS POR LAS QUE NO INICIAN LA LACTANCIA MATERNA
IMEDIATA LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO
GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Causas de no inicio	Cantidad	%
PRESCRIPCION MEDICA	8	4.6
DESCONOCE	16	9.2
OTRA CAUSA	6	3.4
DECISIÓN PROPIA	1	0.6
PERSONAL MEDICO	45	25.9
POR CESÁREA	61	35.1
NO TENIA LECHE	37	21.3
TOTAL	174	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Se encontraron variadas causas de no haber iniciado la lactancia materna en la primera media hora después del parto, las más frecuentes fueron: el 35.1% manifestaron que por habersele practicado operación cesárea, el 25.9% porque el personal médico y de enfermería durante su estancia no lo promovieron, el 21.3% por que no tenían leche, observando que sólo el 4.6% refirieron que fue por prescripción médica.

GRAFICA 13
CAUSAS POR LAS QUE NO INICIAN LA LACTANCIA MATERNA
IMEDIATA LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO
GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



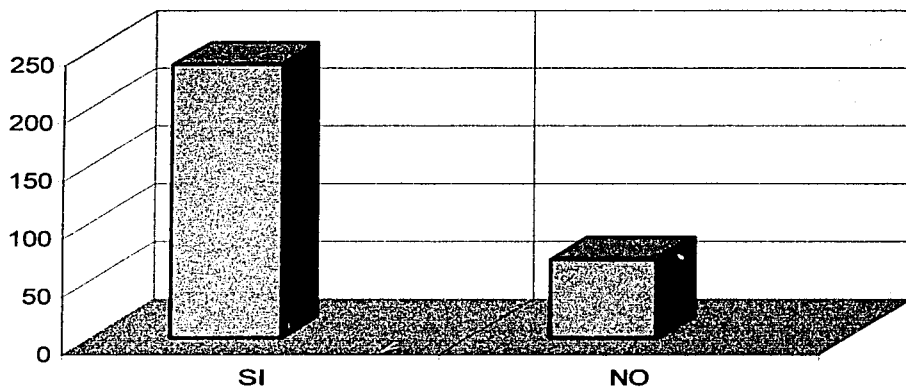
CUADRO 14
ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE
PLATICAS EN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Recibió platicas	Cantidad	%
SI	237	77.7
NO	68	22.3
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 77.7% de las madres contestaron que habían recibido pláticas e información sobre la lactancia materna, el restante 22.3% no tuvieron esta información.

GRAFICA 14
ORIENTACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE
PLATICAS EN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



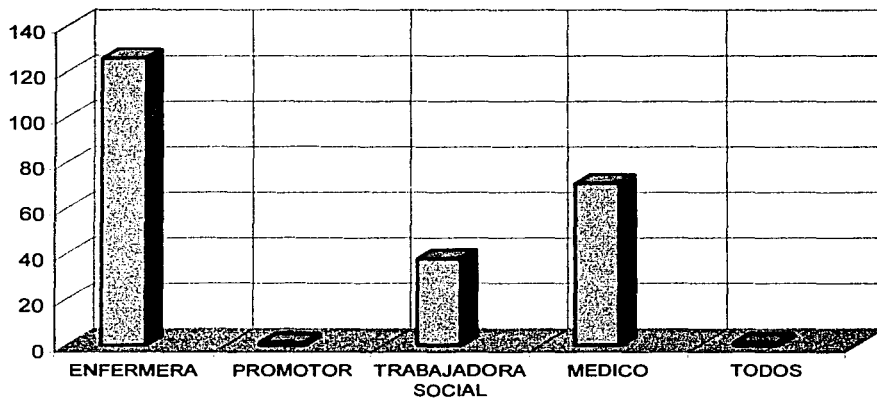
CUADRO 15
PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONO LAS PLATICAS A LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Personal que proporciono las platicas	Cantidad	%
ENFERMERA	126	53.2
PROMOTOR	1	0.4
TRABAJADORA SOCIAL	38	16.0
MEDICO	71	30.0
TODOS	1	0.4
TOTAL	237	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 53.2% de las madres contestaron que recibieron la información por el personal de enfermería, el 30% por el personal médico, el 16.8 restante por otro tipo de personal.

GRAFICA 15
PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONO LAS PLATICAS A LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



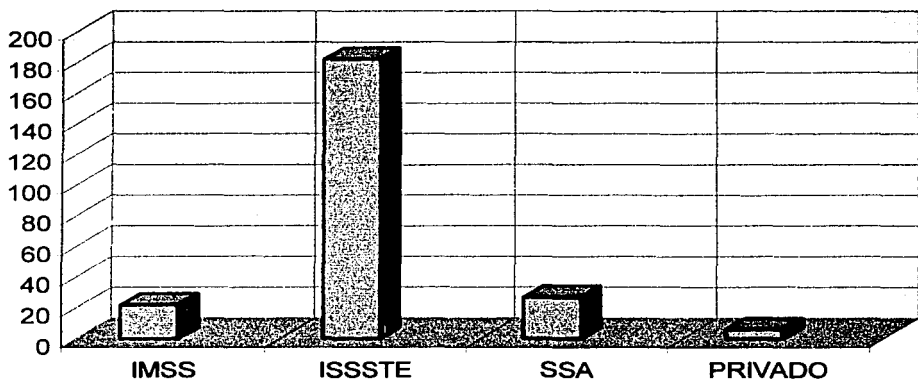
CUADRO 16
INSTITUCIÓN DONDE RECIBIERON LAS PLATICAS LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Instituciones que proporciono platicas	Cantidad	%
IMSS	22	9.3
ISSSTE	182	76.8
SSA	27	11.4
PRIVADO	6	2.5
TOTAL	237	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 76.8% recibieron la información en el ISSSTE, el 11.4% en la SSA, el 11.8% en otras instituciones.

GRAFICA 16
INSTITUCIÓN DONDE RECIBIERON LAS PLATICAS LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



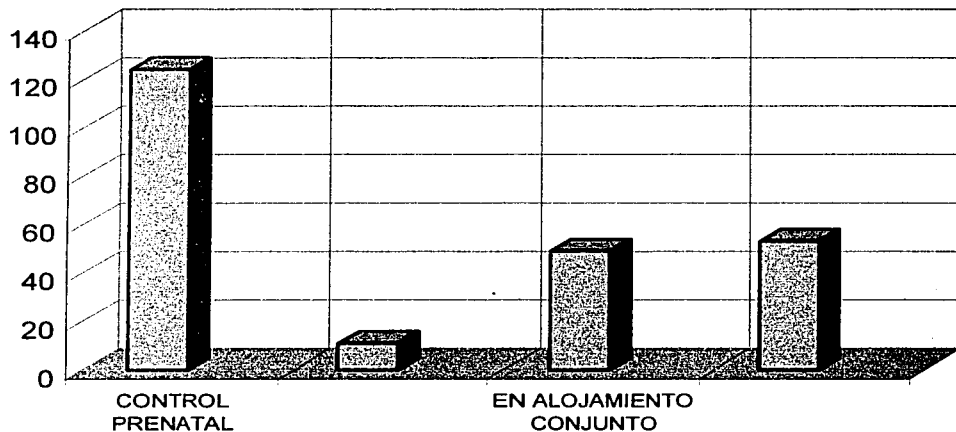
CUADRO 17
MOMENTO DEL EMBARAZO EN QUE RECIBIERON LAS PLATICAS LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPUCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Momento cuando recibió platicas	Cantidad	%
CONTROL PRENATAL	124	52.3
DURANTE SU PARTO	11	4.6
EN ALOJAMIENTO CONJUNTO	49	20.7
HOSPITALIZACION	53	22.4
TOTAL	237	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

De las madres que recibieron pláticas se encontró que el 52.3% la recibieron durante el control prenatal, el resto 47.7% la recibieron durante su estancia hospitalaria de su atención del parto.

GRAFICA 17
MOMENTO DEL EMBARAZO EN QUE RECIBIERON LAS PLATICAS LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



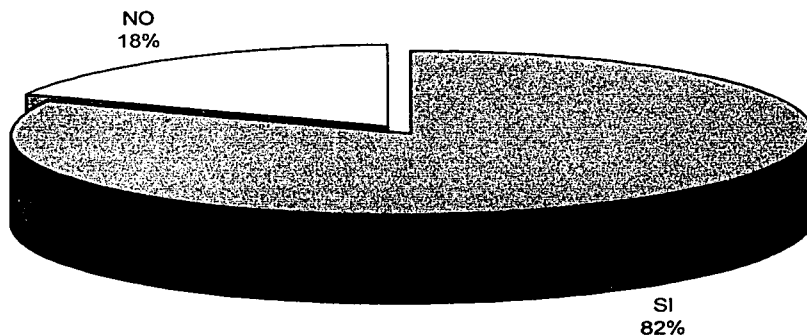
CUADRO 18
INFLUENCIA DE LAS PLATICAS EN LA DECISIÓN DE AMAMANTAR
A SUS HIJOS EN LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE
DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Influencia de las platicas.	Cantidad	%
SI	194	81.9
NO	43	18.1
TOTAL	237	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 81.9% de las madres que recibieron platicas refirieron que sí influyó para amamantar a su hijo y el 18.1% restante manifestaron que no influyó en su decisión.

GRAFICA 18
INFLUENCIA DE LAS PLATICAS EN LA DECISI3N DE AMAMANTAR
A SUS HIJOS EN LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE
DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



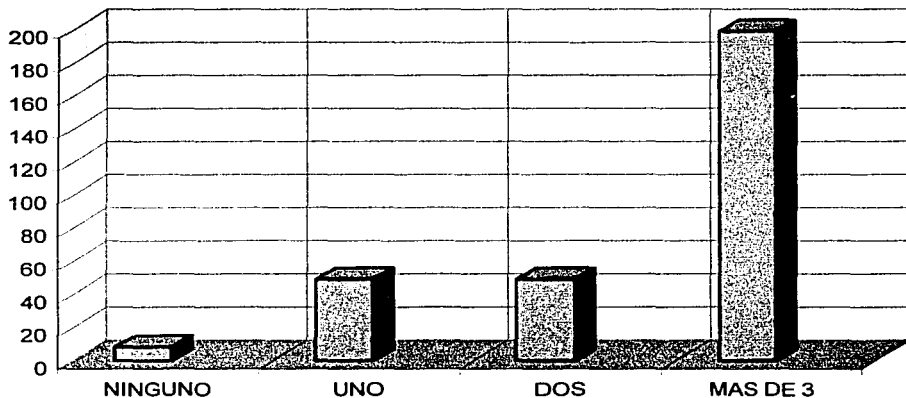
CUADRO 19
NUMERO DE BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA QUE
CONOCIÁN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE
DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Número de beneficios conocidos	Cantidad	%
NINGUNO	8	2.6
UNO	49	16.1
DOS	49	16.1
MAS DE 3	199	65.2
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En relación al conocimiento de los beneficios de la lactancia materna el 65.2% manifestaron conocer más de tres beneficios, el 16.1% conocían menos de dos y el 2.6% no conocían ningún beneficio.

GRAFICA 19
NUMERO DE BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA QUE
CONOCIAN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE
DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



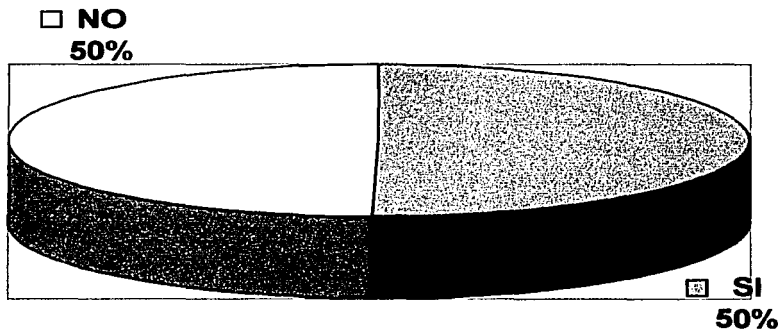
CUADRO 20
CONOCIMIENTO QUE TIENEN DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS PARTICIPANTES EN LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL
DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Conoce el tiempo de duración	Cantidad	%
SI	153	50.2
NO	152	49.8
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

No hubo diferencia estadísticamente significativa en las respuestas obtenidas, ya que el 50.2% refirieron que sí la conocían, el 49.8% contestaron desconocerla.

GRAFICA 20
CONOCIMIENTO QUE TIENEN DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS PARTICIPANTES EN LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL
DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



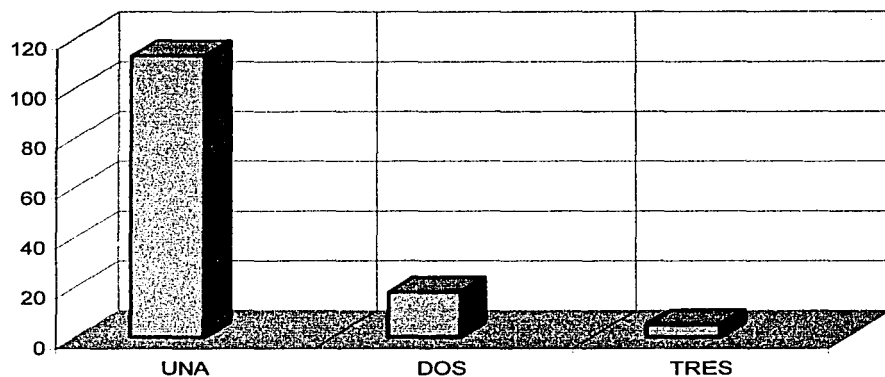
CUADRO 21
CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO
QUE TIENEN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Número de técnicas que conoce	Cantidad	%
UNA	113	37.0
DOS	18	61.3
TRES	5	1.6
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 61.3 % refirió conocer dos de las tres posiciones, el 37% conocía una, el resto conoció las tres posiciones.

GRAFICA 21
CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO
QUE TIENEN LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



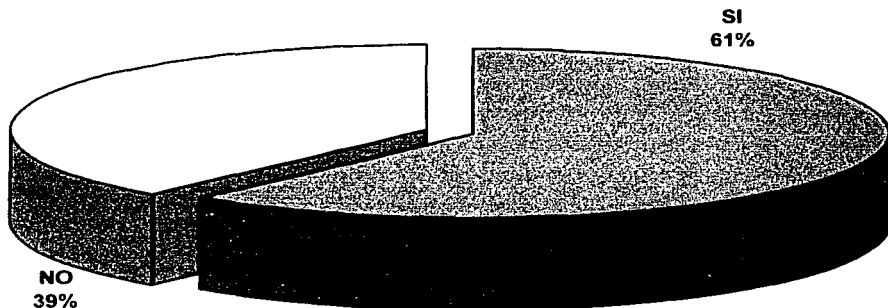
CUADRO 22
CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE
LECHE MATERNA QUE TIENEN LAS PARTICIPANTES DE LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Conoce la Técnica	Cantidad	%
SI	187	61.3
NO	118	38.7
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 61.3% de las encuestadas conocía la técnica y el 38.7% restante la desconocían.

GRAFICA 22
CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE
LECHE MATERNA QUE TIENEN LAS PARTICIPANTES DE LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



CUADRO 23
CONOCIMIENTO DE LA CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA A
TEMPERATURA AMBIENTE Y EN REFRIGERACION QUE TIENEN LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

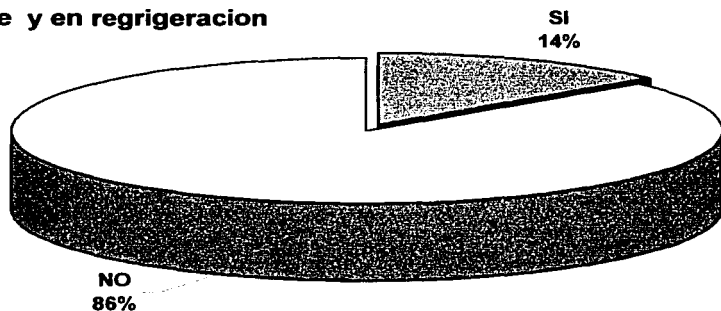
Conocimiento del Tiempo de conservación al medio ambiente.	Cantidad	%
SI	43	14.1
NO	262	85.9
TOTAL	305	100
Conocimiento del Tiempo de conservación en refrigeración	Cantidad	%
SI	42	13.8
NO	263	86.2
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Conocen los tiempos de conservación de la leche materna a temperatura ambiente y en refrigeración el 14.1% y el 13.8% de las madres respectivamente, el resto lo desconocen.

GRAFICA 23
CONOCIMIENTO DE LA CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA A
TEMPERATURA AMBIENTE Y EN REFRIGERACION QUE TIENEN LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPUCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Conocimiento de la Conservación en medio ambiente y en refrigeración



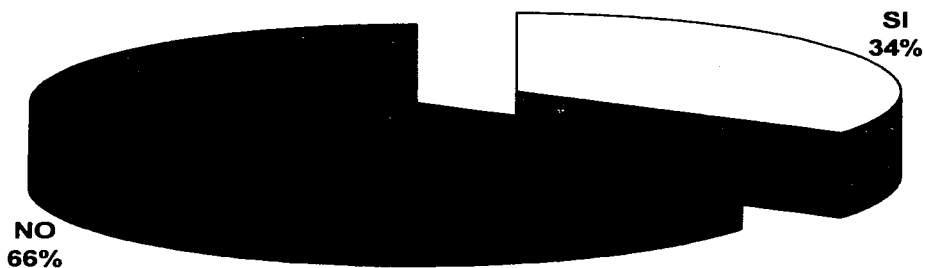
CUADRO 24
CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE EL ALOJAMIENTO CONJUNTO LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Conocimiento sobre alojamiento conjunto	Cantidad	%
SI	103	33.8
NO	202	66.2
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Sólo el 33.8% tenía conocimiento sobre lo que era el alojamiento conjunto, el restante 66.2% refirió desconocer el término.

GRAFICA 24
CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE EL ALOJAMIENTO CONJUNTO LAS
PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



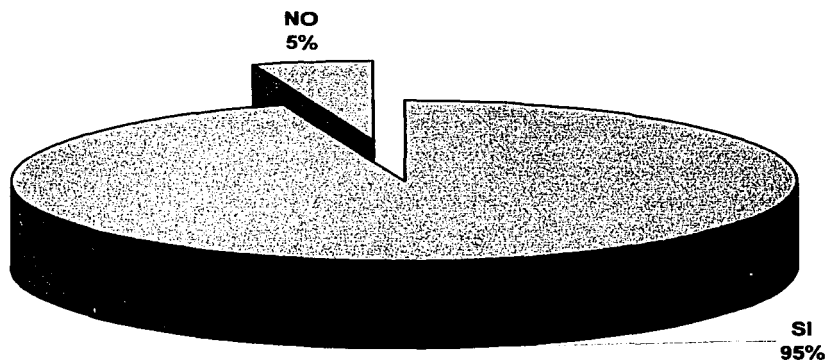
CUADRO 25
MUJERES QUE ESTUVIERON EN ALOJAMIENTO CONJUNTO
DESPUÉS DE SU PARTO EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO
GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Tuvo alojamiento conjunto	Cantidad	%
SI	290	95.1
NO	15	4.9
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 95.1% refirieron haber estado en alojamiento conjunto después de la atención de su parto, el restante 4.9% no lo tuvo.

GRAFICA 25
MUJERES QUE ESTUVIERON EN ALOJAMIENTO CONJUNTO
DESPUÉS DE SU PARTO EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA
MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO
GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



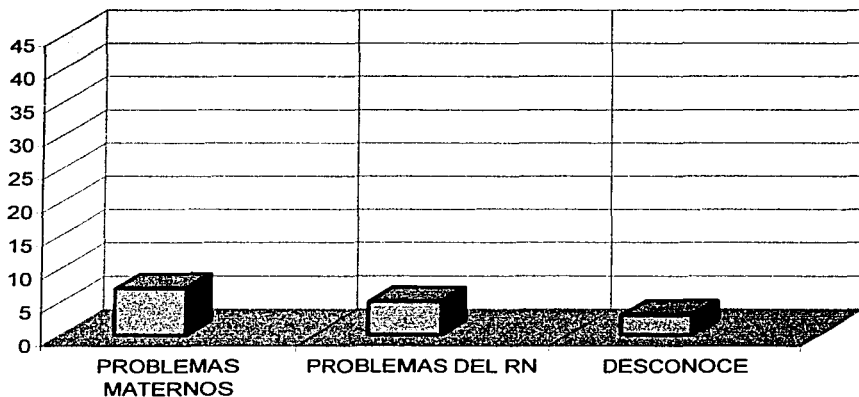
CUADRO 26
CAUSAS POR LAS QUE NO TUVIERON EN ALOJAMIENTO CONJUNTO
DESPUÉS DE SU PARTO LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA
SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Causas de no alojamiento conjunto	Cantidad	%
PROBLEMAS MATERNOS	7	43.8
PROBLEMAS DEL RN	5	31.3
DESCONOCE	3	25.0
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

La principal causa referida fue por problemas maternos con un 43.8%, el 31.3% contestó que fue por presentar problemas del recién nacido el resto desconoce la causa

GRAFICA 26
CAUSAS POR LAS QUE NO TUVIERON EN ALOJAMIENTO CONJUNTO
DESPUÉS DE SU PARTO LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA
SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL
ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



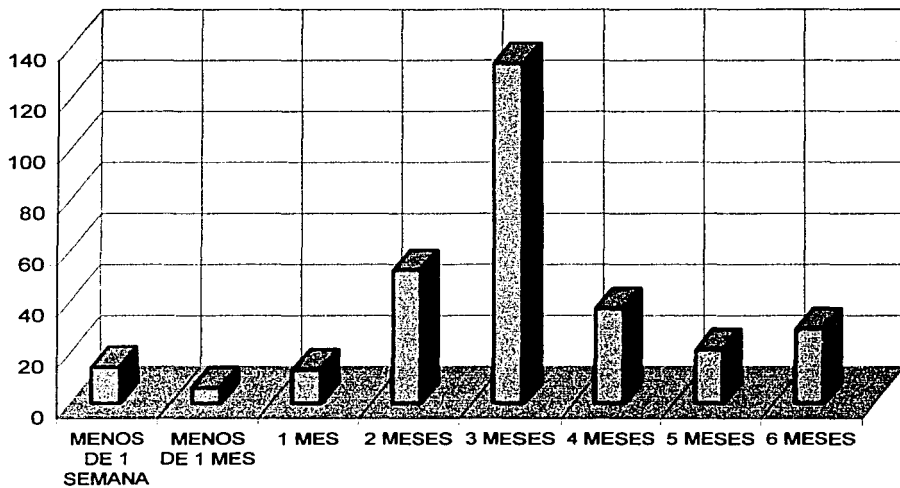
CUADRO 27
DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Tiempo que se proporcione lactancia materna exclusiva	Cantidad	%
MENOS DE 1 SEMANA	14	4.6
MENOS DE 1 MES	6	2.0
1 MES	13	4.3
2 MESES	52	17.0
3 MESES	133	43.6
4 MESES	37	12.1
5 MESES	21	6.9
6 MESES	29	9.5
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Solo el 9.5 % de las madres lactaron durante 6 meses, el 19.0% lo hicieron durante un periodo de 4 a 5 meses, el porcentaje restante 64.1% lactaron con seno en forma exclusiva entre 1 a 3 meses el resto lacto menos de un mes.

GRAFICA 27
DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



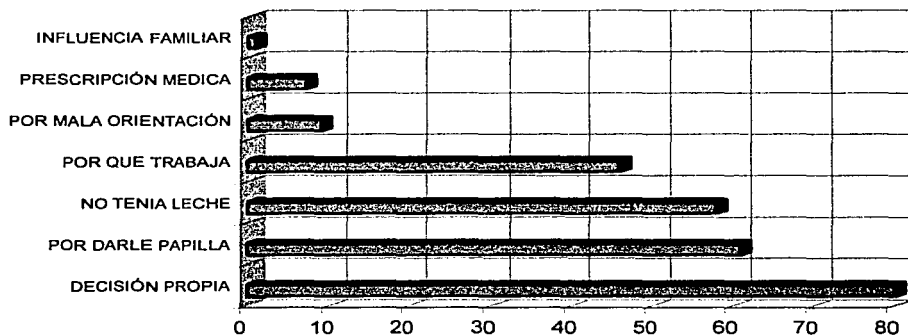
CUADRO 28
CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
A SU BEBE EN LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Causas de suspensión	Cantidad	%
DECISIÓN PROPIA	80	34.1
POR DARLE PAPILLA	61	22.1
NO TENIA LECHE	58	21.0
POR QUE TRABAJA	46	16.7
POR MALA ORIENTACIÓN	9	3.3
PRESCRIPCIÓN MEDICA	7	2.5
INFLUENCIA FAMILIAR	1	0.4
TOTAL	276	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Se mencionaron diferentes causas como determinantes de la suspensión de la lactancia materna exclusiva, las principales fueron: el 34.1% mencionaron que por decisión propia, el 22.1 por introducir otro alimento, el 21% por insuficiente leche materna, el 16.7 % por que trabaja.

GRAFICA 28
CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
A SU BEBE EN LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



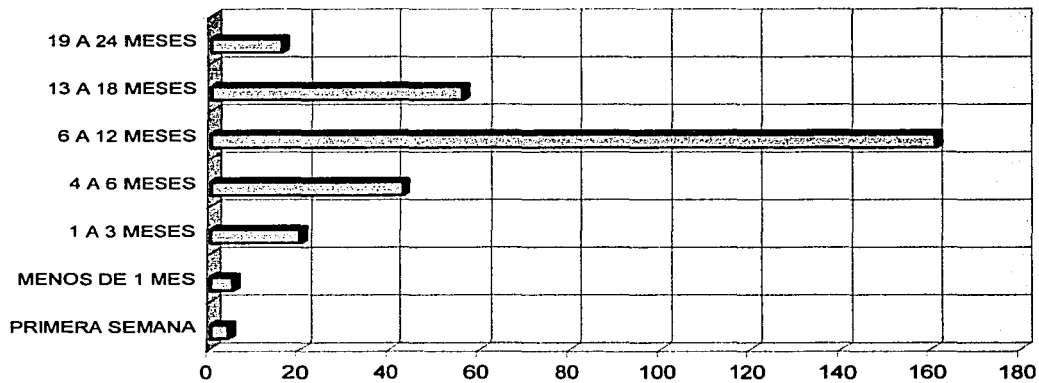
CUADRO 29
DURACIÓN DEL DESTETE EN LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001

Momento del destete	Cantidad	%
PRIMERA SEMANA	4	1.3
MENOS DE 1 MES	5	1.6
1 A 3 MESES	20	6.6
4 A 6 MESES	43	14.1
6 A 12 MESES	161	52.8
13 A 18 MESES	56	18.4
19 A 24 MESES	16	5.2
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En lo referente a la edad en que se destetó al bebé, los resultados fueron 52.8% destetaron entre los seis y doce meses, 18.4 % destetaron entre los trece y dieciocho meses, 14.1% destetaron entre cuatro y seis meses de edad, 6.6% destetaron entre uno y tres meses, 5.2% entre los 19 y 24 meses de edad, el resto desteto menos de un mes.

GRAFICA 29
DURACIÓN DEL DESTETE EN LAS
PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO.
MAYO A JUNIO DEL 2001



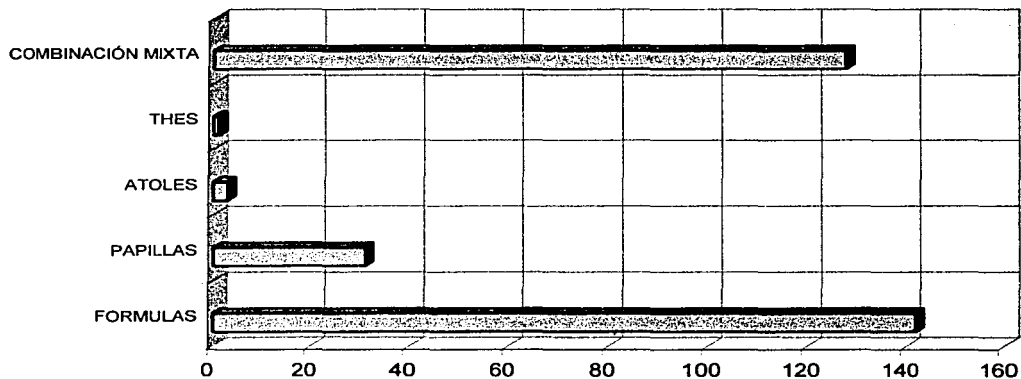
CUADRO 30
ALIMENTO QUE SUSTITUYO O COMPLEMENTO LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN LOS HIJOS DE LAS PARTICIPANTES EN LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL

Alimento introducido	Cantidad	%
FORMULAS	142	46.6
PAPILLAS	31	10.2
ATOLES	3	1.0
THES	1	0.3
COMBINACIÓN MIXTA	128	42.0
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 46.6%% le substituyó con fórmulas lácteas, y 42.0% proporcionó alimentación combinada, EL 10.2% con papillas, y el resto con atoles y thes.

GRAFICA 30
ALIMENTO QUE SUSTITUYO O COMPLEMENTO LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN LOS HIJOS DE LAS PARTICIPANTES EN LA
ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL
DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



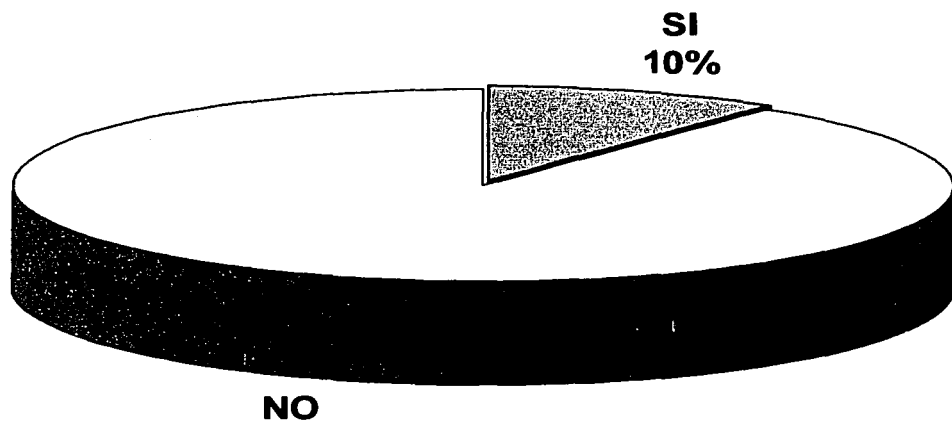
CUADRO 31
PROBLEMAS DEL SENO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO QUE
PRESENTARON LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Tuvo problemas de seno	Cantidad	%
SI	31	10.2
NO	274	89.8
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

El 89.9% de las madres refirieron no haber tenido durante el tiempo en que amamantaron ningún problema, y solo el restante 10.2% respondieron haber cursado con alguno.

GRAFICA 31
PROBLEMAS DEL SENO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO QUE
PRESENTARON LAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



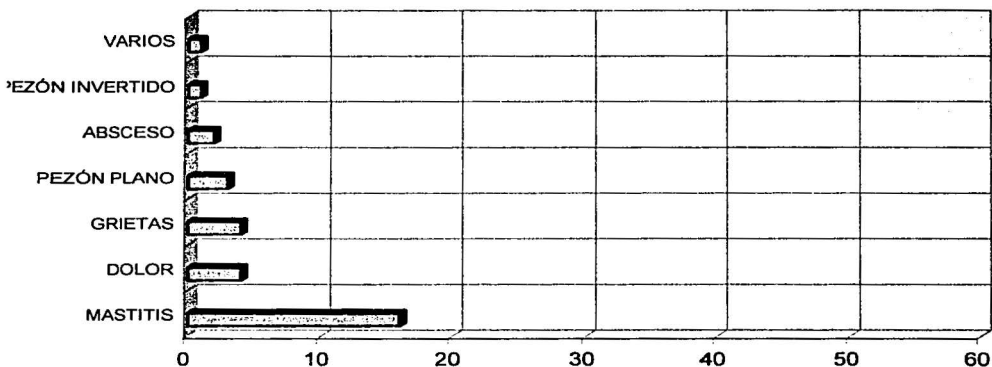
CUADRO 32
TIPO DE PROBLEMAS DEL SENO QUE PRESENTARON DURANTE EL
AMAMANTAMIENTO LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Problema presentado	Cantidad	%
MASTITIS	16	51.6
DOLOR	4	12.9
GRIETAS	4	12.9
PEZÓN PLANO	3	9.7
ABSCESO	2	6.5
PEZÓN INVERTIDO	1	3.2
VARIOS	1	3.2
TOTAL	31	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Destacan dentro de los principales la mastitis con el 51.6%, dolor y grietas, con un 25.8%, siguiéndole el pezón plano con el 9.7% y el restante 12.9% correspondió a otras causas

GRAFICA 32
TIPO DE PROBLEMAS DEL SENO QUE PRESENTARON DURANTE EL
AMAMANTAMIENTO LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



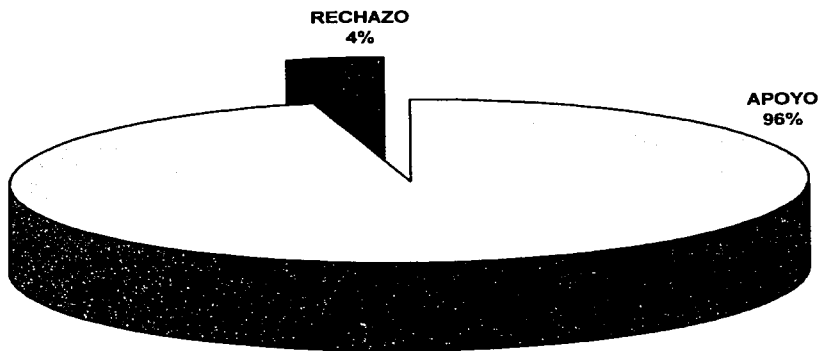
CUADRO 33
ESPOSOS QUE APOYARON LA LACTANCA MATERNA
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL
2001

Decisión del esposo	Cantidad	%
APOYO	293	96.1
RECHAZO	12	3.9
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

En el 96.1% de las madres contestaron que su esposo o pareja había apoyado la alimentación con seno materno de su hijo y solo el 3.9% se encontró que la respuesta fue negativa.

GRAFICA 33
ESPOSOS QUE APOYARON LA LACTANCA MATERNA
EN LA ENCUESTA SOBRE LACTANCA MATERNA REALIZADA EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL
2001



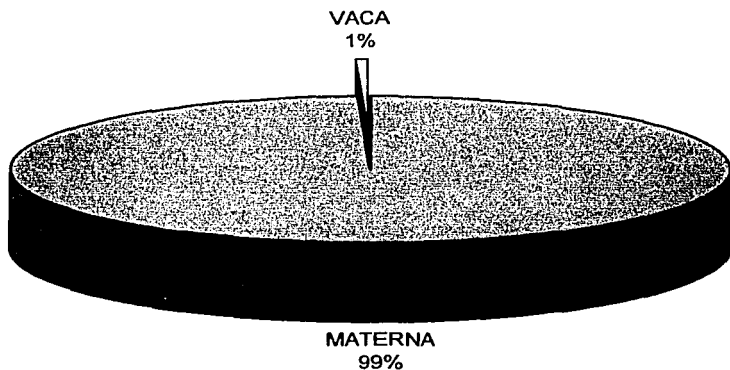
CUADRO 34
OPINIÓN SOBRE CUAL LECHE ES LA MEJOR PARA ALIMENTAR A
SUS HIJOS DE LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

Cual es la mejor leche	Cantidad	%
MATERNA	303	99.3
VACA	2	0.7
FORMULA	0	0
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Respecto a cual leche creían que era la mejor para alimentar a sus hijos las encuestadas respondieron en el 99.3% de los casos, que la materna.

GRAFICA 34
OPINIÓN SOBRE CUAL LECHE ES EL MEJOR PARA ALIMENTAR A
SUS HIJOS DE LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA SOBRE
LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



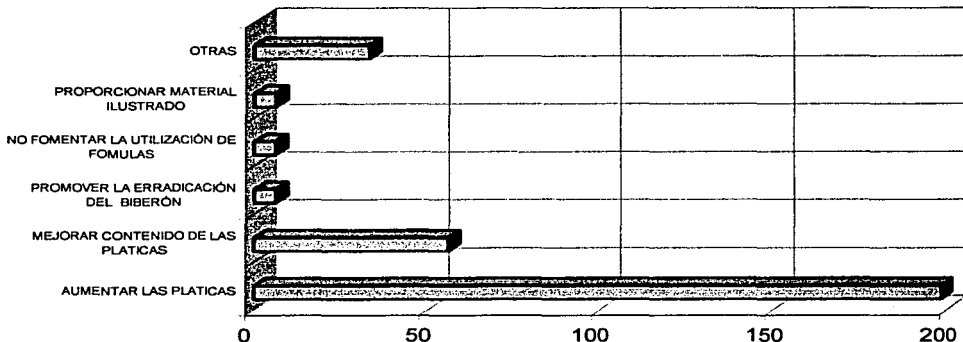
CUADRO 35
SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA
EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA
SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001

SUGERENCIAS	Cantidad	%
AUMENTAR LAS PLATICAS	198	64.9
MEJORAR CONTENIDO DE LAS PLATICAS	56	18.4
PROMOVER LA ERRADICACIÓN DEL BIBERÓN	6	2.0
NO FOMENTAR LA UTILIZACIÓN DE FOMULAS	6	2.0
PROPORCIONAR MATERIAL ILUSTRADO	6	2.0
OTRAS	33	10.8
TOTAL	305	100

Fuente: Encuesta sobre lactancia materna hospital del ISSSTE Acapulco, Mayo-Junio 2001

Se les pidió a las encuestadas que nos dieran sus sugerencias para aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los bebés de las madres usuarias del Hospital del ISSSTE en Acapulco y el resultado fue el siguiente: 64.9% piden que se incrementen el número de pláticas sobre lactancia materna a las usuarias, el 18.4% mejorar el contenido de las pláticas, el resto manifiestan erradicar el biberón, que la institución no otorgue ni fomente la alimentación con fórmulas lácteas artificiales, proporcionar folletos sobre la lactancia materna etc.

GRAFICA 35
SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA
EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE LAS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA
SOBRE LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE
ACAPULCO GRO. MAYO A JUNIO DEL 2001



ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La encuesta fue aplicada a 305 madres usuaria de los servicios de la Clínica Hospital del ISSSTE en Acapulco, a las cuales se les encontró las siguientes características de importancia; se trata de un grupo de madres jóvenes encontrando la mayor frecuencia se observo en el grupo atareo de 20 a 29 años, lo cual corresponde al aumento de los embarazos en edades tempranas que se ha observado en los últimos año y que también ha sido encontrado en otros estudios (9,15), por lo que respecta al estado civil el mayor porcentaje correspondió a casadas o que viven en unión libre (84.9%) situación también encontrada en otros estudios realizados en población con seguridad social (9,17). Por lo que respecta al lugar de residencia la mayor parte de las madres pertenecían a el área urbana y suburbana de Acapulco, lo cual es comprensible ya que la población derechohabiente del ISSSTE son trabajadores al servicio del estado que en su mayoría radica en esas zonas, de la misma manera coincide con este tipo de población que se haya encontrado un nivel de escolaridad mas alto al de la población general en donde el 31.6% tenia estudios profesionales, que solo el 0.3% de esa población sea analfabeta, que más de la mitad de las madres trabajen y que el 86.6% tengan una familia pequeña con no más de tres hijos.

Por lo que se refiere a la atención médica recibida, por ser derechohabiente los servicios médicos del ISSSTE y tener accesibilidad a los mismos, el 94.1% acudió a control prenatal, sin embargo de este alto porcentaje de madres que recibieron este servicio, solo el 84.3% tuvo de 5 a más consultas como marca la norma y solo el 62.2% lo recibió en el ISSSTE, el restante 37.8% acudió a otra institución. La atención del parto en el 98.3% de los casos fue de manera institucional, sin embargo al igual que el control prenatal solo el 66.2% se atendió en el ISSSTE, el resto prefirió a la SSA (11.5%) o la medicina Privada (11.1%) entre otras opciones. El alojamiento conjunto se dio en el 95.1% de los casos, situación esperada ya que todos los hospitales públicos y de seguridad social están llevando el programa Hospital Amigo del Niño y la Madre.

Sobre la información recibida sobre la lactancia materna; se observó que a pesar de que la mayor parte de las encuestadas acudieron en repetidas ocasiones a instituciones de salud para el control prenatal o atención de su parto, casi una cuarta parte de ellas (22.3%) no recibieron nunca pláticas informativas, dentro del grupo que recibió pláticas solo un poco más de la mitad los recibió durante su control prenatal el resto fue hasta la atención de su parto, lo cual habla que el aspecto de fomento a la lactancia no está teniendo la cobertura ni la oportunidad más adecuada.

Por otro lado agregado a lo mencionado anteriormente preocupa el hecho que las madres que recibieron pláticas tenían un conocimiento deficiente de aspectos importantes para aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna como los beneficios de la misma, las técnicas de amamantamiento y la extracción manual situación que se relaciona con el hecho de que el 62.3% de las madres suspendieron la lactancia en forma exclusiva por decisión propia, mala orientación o influencia familia.

Dentro de las características encontradas sobre lactancia materna fue: que solo el 14.4% de las madres la iniciaron en la primera media hora después del parto como lo marca la norma, a pesar del alto porcentaje que atendió su parto de manera institucional en donde esta normado el apego inmediato al seno materno, de las causas que expusieron solo el 4.6% refirieron por prescripción medica, las demás causas estuvieron relacionadas con deficiencia de información por parte del personal medico o de enfermería..

Por lo que respecta a la duración de la lactancia materna en forma exclusiva (LME) fue corta, ya que solo el 9.5 % de las encuestadas lo realizo por 6 meses como lo marca la norma. Al analizar a las 89 (29.5%) mujeres que lactaron en forma exclusiva por mas de 4 meses, se observo que el mayor porcentaje fueron alcanzados por las mujeres jóvenes, por

aquellas que tenían pareja por estar casadas o vivir en unión libre y las que habían recibido control prenatal y pláticas educativas.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Por las características encontradas en la población encuestada dentro de las que destacan: Ser una población cautiva, con un nivel de escolaridad más alto al de la población general, con acceso a servicios médicos, y que la mayoría acudió a consulta de control prenatal, aspectos que en otras circunstancias son factores que favorecen un lactancia exitosa, pero en el caso de este estudio no fue así, ya que de las características socioeconómicas estudiadas en las encuestadas, realmente no hubo ninguna que estadísticamente fuera significativa a favor o contra la lactancia materna, a no ser del caso del grupo de mujeres que tenían su pareja (casadas y en unión libre) donde la prevalencia y la duración de lactancia al seno era mayor que en las madres solteras. Por el lado institucional si se identificaron factores que creemos están directamente relacionados con los resultados obtenidos, dentro de éstas características, está el hecho de que la institución no esté llevando el programa de lactancia materna tal y como se especifica en los manuales del programa "Hospital amigo del niño y de la madre" lo que ha ocasionado que las actividades de fomento y apoyo a la lactancia materna se realicen en forma irregular y deficiente, algunos ejemplos son los siguientes: hay un control prenatal deficiente donde además no se informa y orienta a todas las madres sobre lactancia materna, no existe una buena cobertura de las pláticas de información que se proporcionan a las embarazadas y a las

madres en periodo de lactancia, además el contenido y/o técnica como se proporcionan las mismas no es el adecuado ya que el conocimiento de las participantes es deficiente. Por otro lado durante su estancia hospitalaria que las encuestadas tuvieron para la atención de su parto no se realizaron actividades que fomenten y apoyen el amamantamiento ni procuran el apego inmediato del recién nacido después del parto, tal como lo marca la norma. Es decir hay muchas oportunidades perdidas que se dejan pasar por el personal del hospital del ISSSTE que de realizarlas sin duda alguna tendríamos mejores resultados en la prevalencia y duración de la lactancia en forma exclusiva.

De ésta manera podemos concluir que nuevamente queda demostrado que aunque la población tenga características socioeconómicas que favorecen su participación en los programas de salud, éstas en la mayor parte de las veces si no se complementan con una participación eficaz y eficiente de las instituciones de salud difícilmente se tienen actitudes y conductas favorables a su bienestar.

Lo anterior nos lleva a descubrir un área de oportunidades para el personal de enfermería, en donde se puede desarrollar un papel importante tanto en las actividades clínicas como en las educativas del programa de lactancia materna ya que por los resultados obtenidos no se ha aprovechado adecuadamente éste recursos tan valioso y experimentado en la operación de estos programas.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS.

Como todos sabemos el tener un embarazo teniendo las siguiente consideraciones: tener la edad en que la mujer esta mejor preparada tanto física como psicológicamente, recibir control prenatal y dar lactancia materna en forma exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebe, favorece un mejor nivel de salud para la madre y el niño disminuyendo la morbimortalidad materna infantil. Ante lo encontrado en este trabajo de investigación nos permitimos hacer las siguientes consideraciones que permitirán cumplir con la estrategia del Programa hospital amigo del niño y la madre y de esta manera mejorar la atención, favorecer actitudes y conductas que eleven los niveles de salud de las madres y de los niños derechohabientes del ISSSTE.

- 1.- Elaborar el programa del Hospital Amigo del Niño y la Madre donde se contemplen las estrategias, actividades y procedimiento para la realización de las 28 acciones que se contemplan en él.
- 2.- Capacitar a una enfermera y un médico sobre el programa y hacerlos responsables del mismo a fin de que supervisen, apoyen y coordinen la realización de las actividades.

3.- Formar un Comité del programa integrado por el director y jefes de los servicios involucrados a fin de que en forma mensual analicen los avances del programa.

4.- Dar a conocer a todo el personal medico, paramédico y administrativo el programa y las actividades que les corresponde realizar.

5.- Elaborar un programa en donde se capacite todo el personal sobre las diferentes técnicas, procedimientos y normas que establece el programa.

6.- Proporcionar a la Población derechohabiente y en forma especial a las embarazadas y madres en periodo de lactancia amplia difusión sobre el programa y los servicios que presta.

7.- Fomentar la atención prenatal en forma intensiva a fin de que las embarazadas derechohabientes cuando menos reciban 5 consultas de control prenatal como mínimo y establecer dentro de la rutina en la atención prenatal de primera vez: a) Llenado de la historia clínica perinatal y tarjeta de control, b) Orientación sobre lactancia materna, c) Consejería de planificación familiar, d) Revisión de mamas.

8.- Establecer como requisito para el egreso de puérperas, reciban una platica sobre lactancia materna antes del mismo

9.- Capacitar al personal de las áreas de toco-cirugía y recuperación sobre lactancia materna a fin de que se proporcione al recién nacido lactancia materna dentro de la primera media hora después del parto

10.- Llevar a cabo un programa de fomento a la lactancia materna a los usuarios en salas de espera a través de platicas o audiovisuales.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Bustos-Solana R. et al. "Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en niños de seis meses y menores". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1999; 37 (5): 385-89

- 2.- C. Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineoobstétricos. Editorial el Manual Moderno SA de CV. México DF. 1986; 5ª. Edición: Página 851

- 3.- Durán-Menéndez R. et al. "Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna". Revista Cubana Pediatría 1998;71(2):72-9

- 4.- E. Ignacia, Cisneros-Silva M.C., Flores-Huerta S, M.C., Rosas Gallegos MC. "Alojamiento conjunto madre – hijo e inicio del amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención". Salud Pública México, Septiembre-Octubre 1995, Vol. 37, No. 5 pág. 424-429.

- 5.- Ferraez de Lee M.A. Lactancia Materna. Impreso en México, Editorial Interamericana, Editores SA de CV; Página 39-41.

- 6.- GL Freed; Clark SJ; Cefalo RC; Sorenson JR. "Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners". Am-J-Obstet-Gynecol. November 1995; 173(5): 1607-13

7.- Gary L. Freed, et al. "Pediatrician Involvement in breast-feeding Promotion: A National Study of Residents and Practitioners". Pediatrics, Volúmen 96 (3). Septiembre 1995. pp. 490-494.

8.- Gary L. Freed; et al. "National assessment of physicians breast-feeding Knowledge, attitudes, training and experience". JAMA 1995 Feb. 8;273(6):472-6.

9.- Hernández – Garduño AG, De la Rosa – Ruiz L. "Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México". Salud Pública México 2000, 42:112-117.

10.- J. Ball-H. Seidel, G. Benedict Dainss. Manual "Mosby". Exploración Física. Editorial Mosby Year Book 1993. 2a. Edición. Página 377.

11.- Lagunas-Flores A. "Características de la alimentación al seno materno en el lactante en un sector de la población urbana de Acapulco, Guerrero". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1991;29:361-63.

12.- Lara-Capetillo MC, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. "Lactancia exclusiva al seno materno: abandono e incidencia de enfermedades". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1996;34 (1):49-53

- 13.- Leyva- Pacheco R, Bacardi Gascón M, Jiménez – Cruz A. "Variables asociadas a patrones de lactancia en Tijuana". Salud Publica de México 1994 Marzo-Abril; 36 (2):161-167.
- 14.- Loughlin HH, Clapp-Channing NE, Gehlbach SH, Polasir JC, McCutchen TM. "Early termination of breast-feeding: Identifying those at risk". Pediatrics 1985 Mar; 75 (3): 508-13.
- 15.- Manual de Lactancia Materna para el primer nivel de atención, SSA, México, Salud-2000, UNICEF, Dirección General de Salud Reproductiva.
- 16.- Martínez de Daran L. Cocinar para el bebé. Sexta reimpresión, Mayo 1998. página. 3-5.
- 17.- Nutrición I. ENEO. Página 177
- 18.- Obatetricia I. Antología ENEO. Página 669.
- 19.- Pérez-Gil Romo SE, Rueda Arróniz F, Díez-Urdanivia-Coria S. "Lactancia y cuidados de los hijos: estudio de casos en dos zonas rurales de México". Salud Pública México 1993;35:692-9.

- 20.- Posadas-Robledo FJ, et al. "Lactancia materna: seguimiento durante el puerperio". Gineco Obstetricia México 1996; 64:392-98.
- 21.- Salud Pública de México 1990; 32(2): 725-34 Lactación y destete en México 1986 Encuesta Nacional de Salud .
- 22.- Sotelo Cruz N, Barragán Ortega LF. "Patrones de Lactancia y ablactación en el primer semestre de la vida". Revista Medica de Pediatría Volúmen. 61 No.2, Marzo – Abril 1994: pp. 83-87
- 23- Schalaepfer L. V., Infante C. "La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna". Salud Pública México 1992; 34:593-606.
- 24.- Vandale S. et al. "Lactancia Materna, destete y ablactación una encuesta en comunidades rurales de México". Salud Pública de México 1997;39:412-419.
- 25.- Vega-Franco L. "Lactancia natural y sucedáneos de la leche materna. Una visión reciente". Gaceta Medica de México 1995; 131:293-301

26.- Vega-López MG, González-Pérez GJ. "Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México". Boletín de la Oficina Panamericana 1993;115(2):118-127.

ANEXOS

ANEXOS.

CUESTIONARIO

- 1.- ¿Cuántos años tiene?
- 2.- ¿Cuál es su estado civil?
- 3.- ¿Cuál es su domicilio?
- 4.- ¿Hasta que año estudió?
- 5.- ¿Trabaja usted?
- 6.- ¿Cuántos hijos tiene?
- 7.- ¿Qué edad tiene su último hijo?
- 8.- ¿El nacimiento de su último hijo fue por medio de parto o cesárea?
- 9.- ¿Dónde atendió su parto o cesárea?
- 10.- ¿Durante su embarazo llevó usted control prenatal?
- 11.- ¿A cuántas consultas de control prenatal acudió?
- 12.- ¿Dónde llevó su control prenatal?
- 13.- ¿Cuánto tiempo después del parto inició la lactancia materna?
- 14.- ¿Cuál fue la causa de iniciar la lactancia materna después de una hora?
- 15.- ¿Recibió pláticas sobre lactancia materna?
- 16.- ¿Quién le dio información sobre lactancia materna?
- 17.- ¿Que Institución de salud le proporcionó la información sobre lactancia materna?
- 18.- ¿Las pláticas las recibió durante el control prenatal o después?
- 19.- ¿Considera que lo que le enseñaron durante las pláticas sobre lactancia materna influyó para que usted amamantara a su hijo?
- 20.- Mencione 3 beneficios que obtiene su hijo al alimentarlo únicamente al seno materno
- 21.- ¿Sabe usted lo que significa alojamiento conjunto?
- 22.- ¿Usted estuvo en alojamiento conjunto con bebé?
- 23.- NO ¿Por qué?
- 24.- ¿Cuánto tiempo le dio únicamente seno materno a su hijo?
- 25.- ¿Cuál fue el motivo por el que ya no continuó alimentando a su bebé con leche materna en forma exclusiva?
- 26.- ¿Hasta que edad le dejó de dar pecho (destete) su hijo?
- 27.- ¿Con qué substituyó o complementó el seno materno a su hijo?
- 28.- ¿Sabe usted cuál es el tiempo ideal para dar únicamente seno materno a su hijo?
- 29.- Mencione ¿cuáles son las posiciones para amamantar a su hijo?
- 30.- ¿Conoce la técnica de extracción manual de la leche materna?
- 31.- Después de ser extraída la leche materna ¿cuánto tiempo se conserva a temperatura ambiente?
- 32.- ¿Cuánto tiempo se mantiene la leche materna en refrigeración?
- 33.- ¿Tuvo algún problema en sus senos durante el amamantamiento?
- 34.- SI ¿Cuál?
- 35.- ¿Su esposo estuvo de acuerdo en que amamantara usted a su hijo?
- 36.- ¿Cuál leche cree usted que es la mejor para alimentar a su hijo?
- 37.- Sugiera usted ¿qué tendría que hacer la institución para que todas las madres proporcionen únicamente leche materna a sus hijos durante los primeros seis meses de vida?

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Amamantamiento: Proceso fisiológico en el que la madre entrega a su hijo su leche la que el niño succiona directamente del pezón.

Alojamiento Conjunto: Es la convivencia permanente, las 24 horas del día entre la madre y el niño.

Ablactación: Es la incorporación de otros alimentos no lácteos la alimentación del bebe (papillas)

Alimentación a libre demanda: Es la alimentación que se brinda cada vez que el bebé lo solicita, sin límites de horario y sin excluir la alimentación nocturna.

Areola: Es la parte más oscura alrededor del pezón.

Calostro: Es un líquido amarillento que aparece desde el embarazo y en los primeros cinco días después del parto. Tiene un mayor contenido de proteínas, vitaminas liposolubles y minerales, es rico en anticuerpos, favorece la proliferación de lactobacilos bífidus y la progresión del meconio.

Destete: Es el retiro absoluto de la alimentación al seno materno.

Glándulas de Montgomery: Son bultillos que se encuentran en la areola, éstas glándulas tienen la función de producir un líquido aceitoso que sirve para mantener los pezones suaves y limpios.

Galactopoyesis: Es el mantenimiento de la producción de leche por la interacción de la prolactina y oxitocina.

Lactancia materna: Es la alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno.

Lactancia materna exclusiva: Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido, con fines nutricionales, la cual se debe proporcionar durante los primeros seis meses de vida del niño.

Lactancia sustancial o casi exclusiva: Es la alimentación al seno materno, pero se brinda agua o té entre tetadas.

Lactancia mixta: Es la alimentación al seno materno intercalándola con fórmulas lácteas.

Lactogénesis: Periodo que comprende desde el momento inmediato después del parto hasta que se desteta al niño.

Leche de transición: Es la que se produce entre el cuarto y décimo día de posparto.

Leche madura: Es la que se produce alrededor del décimo día con un volúmen promedio diario de 700 a 800 ml.

Lactancia Inducida: Es el establecimiento del suministro de leche en una mujer que nunca ha estado embarazada.

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

Piel: Es la capa externa que recubre a casi todo nuestro organismo y se encuentra constituido por diversas capas de células que protegen, lubrican, hidratan y nutren nuestro exterior.

Precalostro: Es el que se produce desde el tercer mes de la gestación, que contiene células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

Pezón: Es la punta del pecho por donde sale la leche, contiene varios orificios.

Relactancia: Es el restablecimiento de la secreción láctea después de que una mujer ha dejado de amamantar, de unos cuantos días a algunos meses. Se refiere también a la promoción o aumento insuficiente de leche.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
 AUTONOMA DE MEXICO**
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA
 LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
**CRONOGRAMA DEL TRABAJO DE
 INVESTIGACION**

ACTIVIDADES	MESES DEL 2001												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Elaboración del protocolo	X	X	X	X									
Revisión y modificaciones					X								
Inicio de la investigación					X	X	X						
Elaboración de información							X	X					
Análisis de datos													
Elaboración del trabajo final										X	X	X	X