

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES QUE INTERFIEREN EN UNA ADECUADA LACTANCIA
MATERNA EN PRIMIGESTAS EN UNIDAD DE SALUD SAN MIGUELITO
NOVIEMBRE 2003 – FEBRERO 2004.**

Informe Final Presentado Por:
Carmen Elena García Castellón.

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Francisco Garay

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2004

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS TODOPODEROSO:

Por iluminar mi camino y haberme permitido alcanzar mi meta tan preciada, pues solo El es conocedor de todo mi esfuerzo, empeño y dedicación y sobre todo la perseverancia para lograr culminar mi carrera.

- A JESUS:

Por confortarme en los momentos más difíciles de mi carrera.

- A MARIA SANTISIMA:

Por ser modelo de humildad y de amor hacia mis semejantes.

- A MONSEÑOR ROMERO:

Por ser ejemplo de lucha y valentía hasta el final.

“EL SEÑOR ES MI PASTOR Y NADA ME FALTARÁ”.

- A MI PAPÁ Y MI MAMÁ: Por sus oraciones, su granito de arena, su comprensión y su paciencia para que yo lograra culminar mi carrera.

- A MIS HERMANOS: Ana María, Vicky, Salvador, Karina: por su apoyo, por creer en mí, y brindarme cariño y comprensión.

- A MIS TIOS Y PRIMOS: Por estar siempre pendientes de mí.

- A MIS SOBRINOS: Miriam Victoria, Miriam Esther, Pamela, Luciana, Miguel Angel: por contribuir a alegrar mi vida, confiar en mí y ser mis sobrinos.

- A MIS HIJOS: Edgar y Laura por su paciencia, su comprensión, sus sacrificios, sus oraciones, su amor y por darme el privilegio de ser madre y el motivo mayor de inspiración al realizar este trabajo.

- AL DOCTOR FRANCISCO GARAY: Por su asesoría y paciencia al realizar este trabajo.

- AL LICENCIADO EDUARDO AVELINO: Por su ayuda incondicional y toda su sabiduría al realizar este trabajo.

- A LA DOCTORA TERESA GUERRERO: Por su apoyo moral y espiritual.
- AL DOCTOR ORLANDO ABDALAH: Por su comprensión, cariño y amistad y ayuda desinteresada, en la realización de mi trabajo.
- A ROSY Y LILLY: Por motivarme a seguir adelante y creer en mí.
- A NIÑA CLARITA: Por su paciencia, ayuda incondicional y sus oraciones.
- AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UNIDAD DE SALUD SAN MIGUELITO: Especialmente a la Licenciada de Guidos por toda su ayuda y conocimientos para lograr realizar mi trabajo.
- A MIS COMPAÑEROS: Por toda su amistad y apoyo moral.

A TODOS, INFINITAS GRACIAS Y QUE DIOS LOS BENDIGA

CARMEN ELENA GARCIA CASTELLON.

“HAY HOMBRES QUE LUCHAN UN DIA Y SON BUENOS.

HAY OTROS QUE LUCHAN UN AÑO Y SON MEJORES.

HAY OTROS QUE LUCHAN MUCHOS AÑOS Y SON MUY BUENOS.

PERO HAY QUIENES LUCHAN TODA LA VIDA, ESOS SON IMPRESCINDIBLES”.

INTRODUCCION

En la actualidad se observa a diario en las unidades de salud un sin número de personas que llegan a consultar, entre éstas se puede apreciar mujeres en estado de embarazo siendo la mayoría primigestas, así como también madres con niños en brazos asistiendo a sus controles. Es aquí donde resulta considerable educar a la madre sobre lactancia materna, tomando en cuenta su nivel educativo, sus creencias, sus actitudes, su estado de salud, económico, pues de todo ésto depende la madre para que se informe a cerca de los beneficios y ventajas de la lactancia natural, cuya base fundamental es aportar factores nutricionales e inmunológicos a lo largo del período de lactancia, y que se le dé la principal importancia en los primeros seis meses de vida por ser el único alimento que debe ingerir un bebé, y que se puede continuar después con otros alimentos hasta los dieciocho meses de edad o hasta los dos años de vida.

Muchas veces el tema resulta ser polémico, pues aún se tienen dudas a cerca del mismo, y es en este momento en que el personal de salud juega un papel muy importante y fundamental en el aporte de conocimientos a fin de esclarecer las dudas que se tienen del tema y así conllevar a la realización de una buena lactancia natural.

Por todo ésto es que se realiza el presente trabajo, cuyo único y verdadero objetivo es la nutrición integral de los niños que lo necesitan.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES

B. BASE TEORICA.

EDUCACION FORMAL

EDUCACION EN SALUD

DECLARACION CONJUNTA OMS/UNICEF

DIEZ PASOS HACIA LA LACTANCIA EXITOSA

ANATOMIA GLANDULA MAMARIA

FISIOLOGIA DE LA PRODUCCION DE LECHE

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL NIÑO

A. ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

B. RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER

C. LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

D. PROBLEMAS NEUROLOGICOS EN EL RECIEN NACIDO

E. INFECCIONES EN EL NIÑO

F. ICTERICIA Y LACTANCIA

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA MADRE

A. INFECCIONES MATERNAS: INFECCIONES BACTERIANAS Y VIRALES

B. PROBLEMAS DE MAMAS Y PEZONES

C. OPERACION CESAREA Y LACTANCIA

D. DROGAS Y LACTANCIA

CAPITULO III

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE INVESTIGACION

B. PERIODO

C. UNIVERSO

D. MUESTRA

E. FUENTE

F. TECNICA

G. HERRAMIENTAS

H. PROCESAMIENTO DE DATOS

CAPITULO V

INTRODUCCION DE RESULTADOS

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que intervienen en la realización de una adecuada lactancia materna de primigestas en período pre y post natal a lactantes de 0 a 6 meses de edad que son atendidos en unidad de salud San Miguelito de San Salvador?

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio tratará de identificar las causas más comunes a las que se exponen las madres primigestas y que estarían interfiriendo en la realización de una adecuada lactancia materna.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

El nivel educativo con el que cuentan hoy en día muchas madres primigestas es lo que permite como factor principal realizar la cobertura de la información a través de charlas que continuamente trata de enfatizar el personal de salud .

Razón por la cual se llevará a cabo este estudio para así conocer aún más sobre las necesidades que poseen las madres de obtener esta información de manera clara y oportuna para lo que se escogerá un número determinado de madres primigestas de pre y post natal con lactantes de 0 a 6 meses de edad.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es importante reconocer que a través de este estudio se investigará además del nivel educativo de la madre primigesta, la edad, condición económica, estado civil, morbilidad materna e infantil, condiciones culturales entre otros . Y es así, de esta manera en que se identificará la situación problemática que se plantea para así conformar nuevas y mejores resoluciones a favor principalmente de los lactantes de 0 a 6 meses de edad.

JUSTIFICACION

Según los múltiples estudios que se han realizado a cerca de la lactancia materna, a lo largo de más de 30 años, se ha considerado que constituye uno de los alimentos fundamentales en los primeros años de vida del ser humano, brindando protección de una manera integral e individual a cada niño, la falta de ésta por poca cantidad o por falta de tiempo se considera uno de los principales problemas de la infancia por sus efectos en el crecimiento que no le permite un desarrollo adecuado de todas sus funciones vitales y funcionales del organismo.

Existen muchos factores que influyen en la adecuada aplicación de la lactancia materna, factores que van desde costumbres de las madres hasta problemas laborales que no permiten que eso se desarrolle como debe de ser, el niño que todavía no tiene edad para recibir otro tipo de alimentos se ve expuesto a contraer múltiples infecciones, pues según los estudios y de acuerdo a la composición de la leche materna, existen factores que contribuyen a la protección de la mucosa gástrica, disminuyen los problemas alérgicos, minimizando de esta manera las infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias agudas, las cuales no le permiten ganar el peso ideal de acuerdo a su edad.

Es por esta razón que la presente investigación ha pretendido identificar los factores que influyen en la adecuada lactancia materna y la concientización de las madres en período de embarazo para que en su puerperio pongan en práctica este método contribuyendo de esta manera a crear una base para la elaboración de programas educativos y de promoción de la lactancia materna.

Siempre ha sido importante ante la sociedad el hecho de proporcionar una vida sana a través de la leche materna. Sin embargo, aún se observa en todos los grupos sociales comentarios inadecuados del acto de lactar, es por ello que este estudio ha tratado de enfatizar y de crear una conciencia social, ya que siempre se ha dicho que no hay mejor alimento para un recién nacido que la lactancia materna, con todas sus ventajas más que

desventajas. De esta manera se fomenta ante la misma sociedad, una mejor alternativa de alimentación sin proporcionar incomodidad a la madre y creando un vínculo más fuerte entre madre e hijo.

Es por ello que se deben plantear y orientar líneas de acción encaminadas a volver de nuevo a las prácticas deseadas, promoviendo sus beneficios en la salud física y mental de la madre y del niño por ser la fórmula natural ideal de la primera alimentación del ser humano.

También se ha pretendido el tratar de constituir un enfoque amplio que esté relacionado con todos los aspectos que se han analizado en este estudio, a fin de que se puedan cumplir los objetivos planteados. y se logre aumentar significativamente el nivel de vida de la población en estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los factores que influyen de manera directa en el conocimiento y práctica de la lactancia materna durante el período de embarazo y en el post parto en madres primigestas atendidas en unidad de salud San Miguelito.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Identificar los factores socioculturales que limitan la lactancia materna para los niños de 0 a 6 meses.
- ❖ Identificar los beneficios que se obtienen con la lactancia materna por medio del control de niño sano.
- ❖ Determinar problemas de salud que afectan a la madre y al niño y que asisten a unidad de salud San Miguelito.
- ❖ Evaluar el grado de aprehensión sobre la lactancia materna, que tienen las madres, que asisten a los controles en unidad de salud San Miguelito.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

EDUCACIÓN FORMAL.

“La educación es esencial para mejorar los niveles de vida de las mujeres y permitir ejercitar una mayor voz en la toma de decisiones en el ámbito familiar, comunitario, laboral y político” (Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer UNIFEM , 2000).

La educación formal es el proceso por medio del cual una persona desarrolla sus capacidades para enfrentarse positivamente a un medio social determinado e integrarse a él.

El derecho a la educación es uno de los derechos centrales reconocidos en el Convenio de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asimismo, una de las metas principales establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio el cual establece que debe alcanzarse la paridad de género en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del año 2015.

La evidencia empírica ha demostrado consistentemente que la educación es un factor vital que le permite a la mujer mejorar las condiciones de vida y romper con el círculo vicioso de la pobreza.

Según los estudios las tasas de alfabetización en el periodo de 1995 al 2002 se han incrementado de manera equitativa entre las edades de 15 a 24 años .

El acceso a la educación formal, además de ser un derecho de toda persona, contribuye a que las personas se inserten favorablemente al mercado de trabajo y puedan acceder a iguales oportunidades.

EDUCACIÓN EN SALUD.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) ha sintetizado en tres puntos las finalidades de la Educación para la Salud: La educación para la salud debe procurar que “la salud” se inserte en los “valores” reconocidos por la comunidad. En este contexto, el empeño de la

educación sanitaria es sobre todo un empeño cultural para la formación de comportamientos y la reestructuración de valores.

La Educación para la Salud debe ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de salud, para lograrlo se debe profundizar en el conocimiento de la causa de los riesgos, los medios para evitarlos y el manejo de los instrumentos para intervenir.

La Educación para la Salud debe favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios, éstos ya no deben ser implantados desde lo alto, sino que deben salir de las exigencias de una población “que conoce” sus problemas y necesidades de salud y sabe actuar para lograr lo que aspira.

Así, la educación debe buscar la concreción y relevancia de los problemas para que la educación asuma “significado” para el colectivo o comunidad, además debe darle continuidad a la acción, porque para lograr la conformación de comportamiento consciente es necesario insertar temáticas en los modos de vida, en las opciones cotidianas y en el contexto cultural.

Uno de los elementos básicos de la acción educativa, es la “Información”, el conocimiento de los datos científicos es fundamental para la aceptación crítica de nuevos comportamientos.

La educación se puede definir como el sentido amplio del término, se identifica con la socialización, en cuanto proceso de transición de valores, normas, creencias y comportamientos. Pero generalmente se sostiene que la educación es sólo una parte del proceso de socialización. En un sentido más restringido, el término educación designa todo acto o acción intencional, sistemática y metódica que el educador realiza sobre el educando, para favorecer el desarrollo de las cualidades morales, intelectuales o físicas que toda persona posee en estado potencial.⁴

⁴ Ander , 1989

La educación y el desarrollo humano siempre van de la mano, pues en el proceso educativo siempre hay posibilidades de aprender algo nuevo, de enriquecerse progresivamente.

El desarrollo y el crecimiento personal, con la educación para la salud, es facilitar que se potencien las facultades o capacidades humanas y se fortalezca la capacidad de valoración, la capacidad de “juicio”, lo cual significa tener perspectiva y poder insertar las nuevas informaciones en un marco integral de conocimientos, es decir:

1. Ser capaz de apreciar, pero también de rechazar y criticar.
2. Poder vincular entre sí las nuevas informaciones.
3. Relacionar e interrelacionar un acontecer con otros.
4. Percibir y comprender los contextos e insertarlos en un marco integrador de la realidad.

Educación y capacitación son dos procesos continuos a lo largo de toda una vida, que facilitan el aprendizaje, por eso, es preciso diferenciar estos conceptos.

Educar es un proceso de transmisión e incorporación de conocimientos, habilidades y valores y capacitar se refiere a un trabajo determinado y puntual. Significa ayudar a las personas a desarrollar sus competencias y habilidades relacionadas con la tarea específica, en otras palabras es hacer a alguien apto, habilitarlo para alguna cosa.

Según el autor, educar es más integral que la capacitación; sin embargo, son dos procesos continuos que van a lo largo de la vida y son el medio por el cual se desarrollan las potencialidades o los talentos que están en cada uno de nosotros, favoreciendo el crecimiento integral y el perfeccionamiento de las personas. Nadie puede desarrollarse solo, todos necesitamos de todos.

Componentes necesarios para una educación integral.

Un elemento teórico tomado de la educación popular dice que: “Cualquier conocimiento, destreza o actitud para que realmente sea comprendida y retenida, debe ponerse en un plano de continuidad con la vida y la realidad del sujeto del aprendizaje. Pero este elemento del

aprendizaje debe también aportar algo nuevo, es decir representar una ruptura en relación con lo existente”.⁵

De la teoría anterior se desprende, que el aprendizaje para que sea verdadero, necesita los dos términos de la contradicción, la continuidad (que sea permanente) y la ruptura (que sea aceptada) si se dan estas condiciones seguramente se tendrá un aprendizaje consciente, que asegure cambios de conducta.

Según la metodología de la educación popular, es ir de la práctica a la reflexión teórica y de nuevo a la práctica, esto quiere decir, seguir el siguiente esquema:

.1. Visualizar la realidad. 2. Analizar la realidad. 3. Concluir el análisis. 4. Conceptualizar sobre la realidad y 5. Verificar la validez de la conceptualización.

Estos principios de la educación popular permiten el éxito en la obtención de aprendizaje consciente.

DECLARACIÓN CONJUNTA OMSUNICEF HACIA LACTANCIA NATURAL

La investigación conducida en los últimos 30 años ha demostrado inequívocamente que la lactancia exclusiva es el método más recomendable de alimentación del bebé para los primeros 6 meses de edad.

En 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) adoptaron de manera conjunta la Declaración de Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural y tuvieron la iniciativa de crear Hospitales Amigos de los Niños, como un esfuerzo global para aumentar la frecuencia y duración de la lactancia.

⁵ Cliche, 1988

Para llegar a ser “amigo del niño”, un hospital o cualquier centro de salud debe acordar la implementación de los “Diez pasos para la lactancia materna exitosa”. Los diez pasos incluyen lineamientos para el manejo de la madre y el bebé en el hospital, como son las provisiones para el entrenamiento del personal hospitalario en educación para la lactancia materna y la prohibición de botellas suplementarias de fórmula para alimentar a los bebés a menos que estén indicadas por el médico.

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA FELIZ

- 1.- Tener por escrito la política de amamantamiento, que se comunique de manera rutinaria a todo el personal de los servicios de salud.
- 2.- Capacitar a todo el personal de servicios de salud en las habilidades necesarias para implantar esta política.
- 3.- Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y manejo del amamantamiento.
- 4.- Ayudar a la madre a iniciar la lactancia en la siguiente media hora del nacimiento
- 5.- Mostrar a las madres de qué manera y cómo mantener la lactancia, incluso si se separan de sus lactantes.
- 6.- No proporcionar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna a menos que esté indicado médicamente.
- 7.- Practicar el alojamiento mixto; permitir a las madres y a los bebés permanecer juntos 24 horas al día.
- 8.- Alentar el amamantamiento según la demanda.
- 9.- No dar biberones o chupones (también llamados pacificadores) a los lactantes con alimentación al seno.
- 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo de lactancia materna y referir a las madres a estos grupos al darles el alta del hospital o la clínica⁶

⁶ Majan, L., Stump, S. 2001. Nutrición y Dietoterapia de Krause, 9ª. Edición, pág. 202 - 211

ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA

La glándula mamaria varía, de acuerdo con los cambios fisiológicos que suceden a lo largo de la vida de toda mujer. No es lo mismo la glándula mamaria de una niña que la de una adolescente, de una madre gestante, de una madre lactante, o de una abuela post menopáusica. Aún en la lactancia, no es lo mismo el aspecto de un pecho lactante, tres días después del parto, que un mes o un año después.

Al mirar una glándula mamaria por fuerza, hay que distinguir:

- Tubérculos de Montgomery; su función es producir unas sustancias antiinfecciosas y lubricantes que protegen el pezón. Al remover estas sustancias mediante el uso repetido del jabón y del lavado innecesario, se está quitando la protección natural del pezón y de la areola, y se están exponiendo éstos a fisuras o agrietamientos e infecciones.

- Pezón y areola, El pezón es una parte del tejido que debe agarrar el niño. Por debajo de éste no encontrará leche, ya que ésta se encuentra en los senos lactíferos, los cuales se encuentran por debajo de la areola. Si el niño solamente agarra el pezón, no obtendrá leche y lo lastimará, haciendo de la lactancia una experiencia dolorosa y frustrante, que terminará en fracaso.

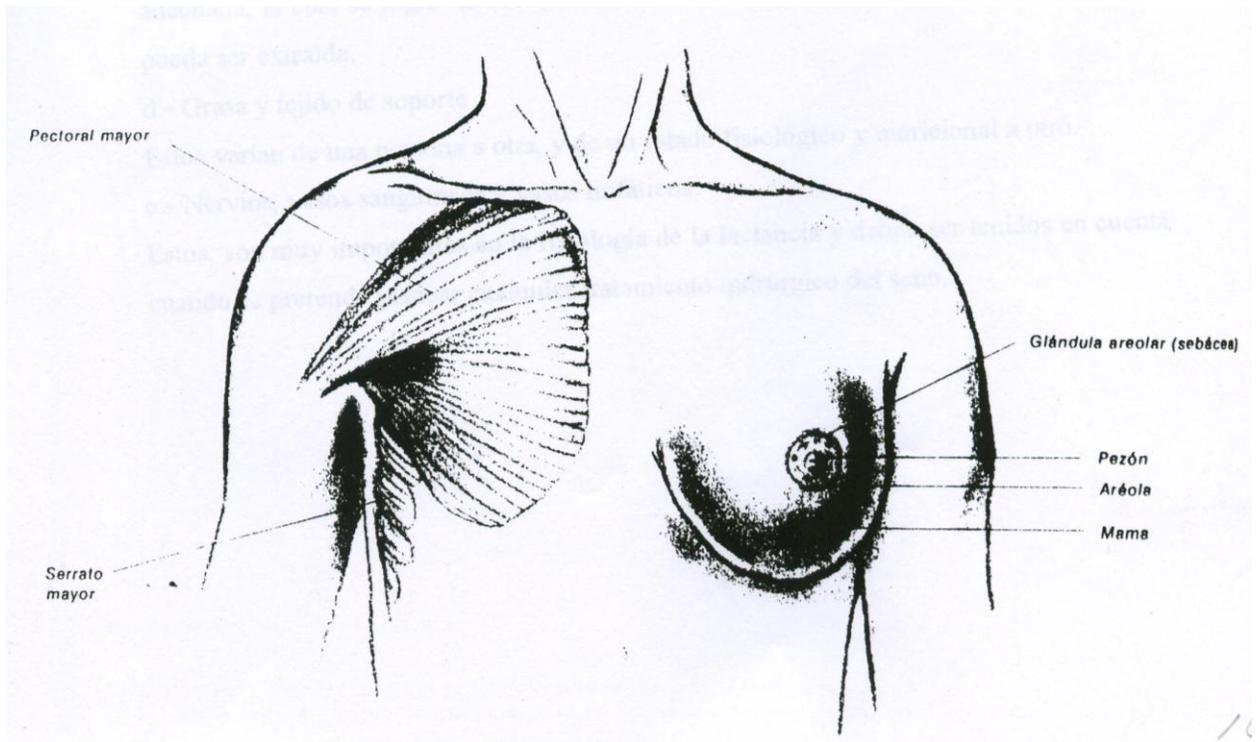
En el área del pezón salen al exterior de 10 a 20 conductos, a través de los que se obtiene la leche. (Ver esquema pagina siguiente).

Es un área ricamente inervada, lo que sirve para que la lactancia sea una experiencia muy placentera cuando las cosas funcionan bien; y más dolorosas, cuando existen fisuras, infecciones o mal agarre.

- Forma y tamaño de los senos

Varían, de acuerdo con la cantidad de tejido de soporte, especialmente de la grasa, con la edad de la mujer y con el estado de la lactancia. El tamaño de los pechos no tiene nada que ver con su capacidad para producir leche, ya que ésta se produce en el tejido glandular.

La forma tampoco cambia por la lactancia, sino por la gestación, lo que facilita al niño a mamar de forma más fácil.



ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA VISTA POR DENTRO

Al hacer un corte de una glándula mamaria, se identifican las siguientes estructuras principales: (Ver esquema, pág. 16.)

a.- Tejido glandular:

Dentro de él se produce la leche, a partir de la sangre, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro de la madre, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión, y facilitados por un ambiente adecuado, es decir una situación en que la madre y el niño compartan a plenitud, libre de factores estresantes.

b.-Conductos:

Transportan la leche desde el sitio de la producción, en el tejido glandular, hasta el sitio de almacenamiento (senos lactíferos)

c.- Senos lactíferos.

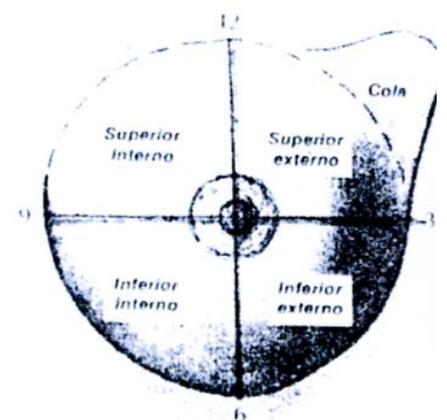
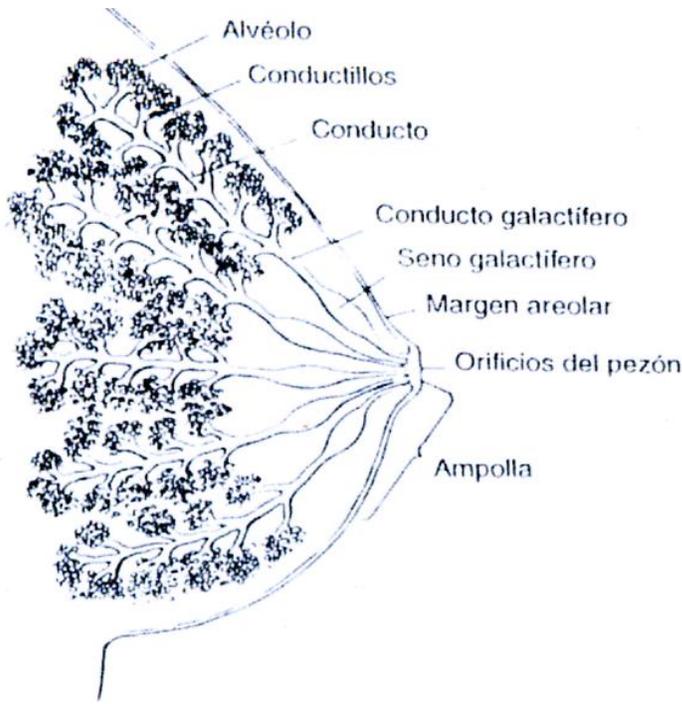
Están situados por debajo de la areola y deben ser ordeñados mediante una succión adecuada, la cual se logra al colocar al bebé en una posición óptima para que la leche pueda ser extraída.

d.- Grasa y tejido de soporte

Estos varían de una persona a otra, y de un estado fisiológico y nutricional a otro.

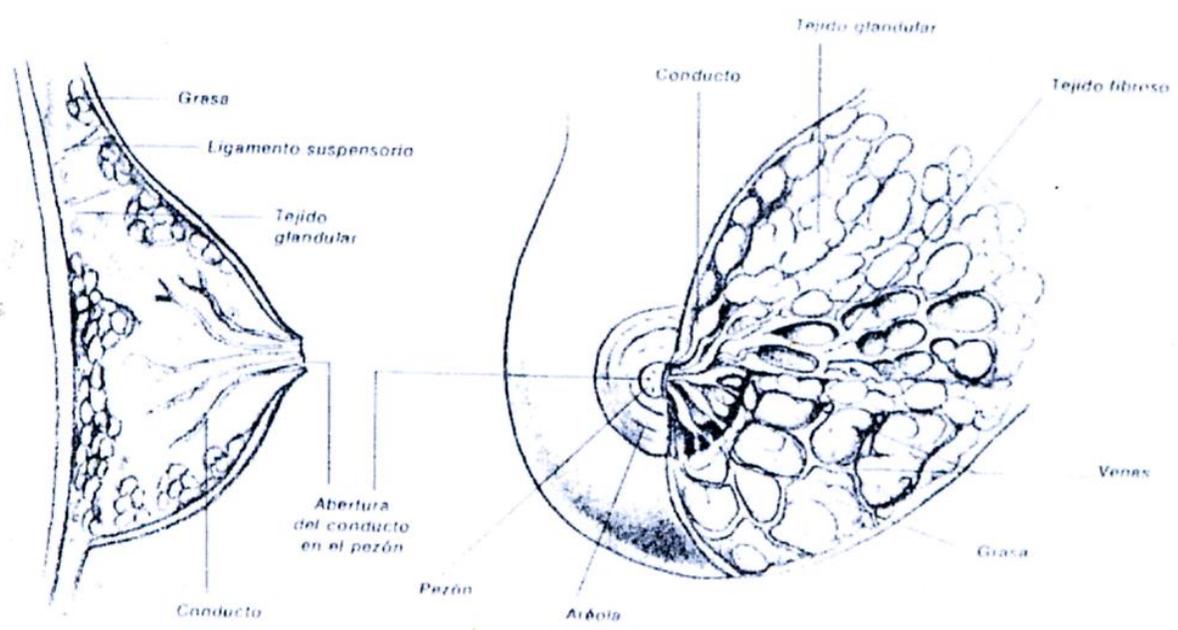
e.- Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos.

Estos, son muy importantes en la fisiología de la lactancia y deben ser tenidos en cuenta cuando se pretenda planear cualquier tratamiento quirúrgico del seno.



MAMA IZQUIERDA

Fig. 9-7. Características estructurales de la glándula mamaria humana que muestra el tejido glandular (alveolar) terminal de cada lóbulo que lleve al sistema de conductos, que se amplían eventualmente hacia los conductos galactíferos y senos galactíferos. Los senos lactíferos reposan bajo la areola y convergen en los orificios del pezón. (Tomado de Worthington-Roberts BS and Williams SR Nutrition in Pregnancy and Lactation, 4a. ed. St. Louis, CV Mosby, 1989.)



FISIOLOGÍA DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE

Así como durante el embarazo se producen hormonas que hacen que el cuerpo se prepare para la lactancia inmediatamente después del parto, con la succión del niño y posteriormente con la salida de la placenta, se producen otros cambios hormonales que hacen posible la lactancia.

Cuando el niño empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos muy importantes: el reflejo de secreción, el cual hace que la leche se produzca y el reflejo de eyección, el cual hace que la leche salga. Dichos reflejos pueden ser modificados, ya sea para favorecerlos o para inhibirlos, a través de acciones condicionadoras.

El reflejo de secreción está mediado por la Prolactina y depende básicamente de la succión del niño o de la extracción de leche. El reflejo de eyección está mediado por la Oxitocina y depende también de la succión del niño, pero puede ser influido, mucho más que el reflejo de secreción, por el estado emocional de la mamá, siempre y cuando ésta tenga toda la disponibilidad para amamantar a su hijo.

Para aconsejar a una mamá, es de mucha utilidad conocer todo lo posible sobre estos reflejos. Entendiendo cómo funcionan, se puede ayudar a la mamá a superar cualquier crisis y a que produzca leche en abundancia.



8. Fisiología de la producción de leche y el reflejo de la bajada de la leche.

REFLEJO DE SECRECIÓN DE LECHE O REFLEJO DE PROLACTINA

Lo más importante de recordar en relación con este reflejo, es que la cantidad de leche disponible u oferta de leche dependerá de la demanda de ésta, a través de la succión que el niño ejerza. Los senos producirán tanta leche como el niño o los niños pidan.

Lo anterior hay que entenderlo, y hacérselo entender a las mamás. Si el bebé succiona más, los pechos producirán más leche. Si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas, los pechos dejarán de producir leche.

Los pechos femeninos producirán la cantidad adicional de leche que requiere un niño hambriento o sediento, o un par de gemelos, hasta que ambos queden satisfechos; pero, para que ello suceda, hay que dejarlos mamar:

- Cada vez que ellos quieran, día y noche.
- Por el tiempo que quieran y, además,
- Facilitar las cosas para que ésto sea posible, dándole la oportunidad a la madre para que permanezca el tiempo necesario y las condiciones de tranquilidad dentro del hogar, para que realice una buena lactancia.

La prolactina se produce en la parte anterior de la hipófisis, llamada adenohipófisis. Cuando le llega la orden a través de los nervios provenientes del pezón y la areola, estimulados por el niño al mamar, o al hacer extracción manual u ordeño con una máquina extractora mecánica o eléctrica, causa contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos de los pequeños conductos de leche. Una vez producida en la adenohipófisis, la prolactina viaja a través de la sangre hasta las células glandulares mamarias, en donde se produce la leche. La eyección o “bajada de la leche” constituye un reflejo que se inicia sobre todo por la succión, la cual estimula la neurohipófisis para que libere oxitocina. Puede ser provocada solamente por el llanto del niño o inhibida por el temor o el estrés que podría causar el medio ambiente.

Con el alumbramiento de la placenta, se produce una brusca e intensa disminución de los niveles de progesterona y estrógenos, que sirve para iniciar la lactancia. Es muy probable que la lactancia no se inicie hasta el final del embarazo porque los elevados niveles de estrógenos y progesterona durante el embarazo se interponen con las acciones lactogénicas de la prolactina y de los esteroides suprarrenales.

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL NIÑO

Mantener una alimentación adecuada se considera un factor crítico, relevante durante la infancia que en otra época de la vida, debido a que los requerimientos nutricionales son mayores en el niño en relación a su crecimiento. Los primeros años de la vida se caracterizan por un crecimiento muy rápido, llegando a duplicarse el peso del nacimiento hacia los cuatro meses de vida. La energía y nutrientes son necesarios para mantener las funciones y actividades del organismo y para incrementar los depósitos en los tejidos.

Está completamente demostrado que la lactancia materna por sí sola, es suficiente para llenar los requerimientos de energía y proteínas durante los primeros 6 meses de la vida y para un crecimiento y desarrollo normal del niño⁷. Sin embargo, existen situaciones de salud, poco frecuentes, en las cuales el niño no puede ser alimentado con leche humana y es necesario recurrir a otras fuentes de alimentación para poder mantener una nutrición adecuada.

De esta manera, se plantearán las situaciones raras, en las cuales el niño no puede ser alimentado con leche humana ni con fórmulas infantiles, ya sea por estar contraindicadas o por razones de salud de la madre o del niño. También se analizarán aquellas situaciones en las que únicamente es posible alimentarlo con leche humana.

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

Algunas alteraciones metabólicas hereditarias, caracterizadas por deficiencia de enzimas específicas, hacen imposible la alimentación exclusiva del niño con leche humana y/o

⁷ UNICEF, 1992

fórmulas infantiles corrientes ya que éstas producen daño neurológico o mental irreversible.

Existen tres alteraciones metabólicas, a saber:

- Galactosemia
- Fenilcetonuria
- “Enfermedad de orina en jarabe de maple”

GALACTOSEMIA

Existen dos formas principales de esta enfermedad:

a- Deficiencia de galactoquinasa: es una enzima indispensable para el metabolismo de la galactosa, un componente de la lactosa. Si un recién nacido tiene esta deficiencia y es alimentado con leche humana o con cualquier preparación que contenga lactosa, sus niveles de galactosa en sangre se elevan, aparece azúcar en la orina y clínicamente desarrolla cataratas.

b- Deficiencia de galactosa 1-fosfato uridil transferasa: esta enzima se necesita al final del metabolismo de la galactosa. El resultado de la acumulación de este metabolito en la sangre produce una forma severa de enfermedad, caracterizada por ictericia severa y/o persistente, diarrea, vómitos, hepatoesplenomegalia, alteraciones electrolíticas y pérdida de peso. Si la lactosa no es eliminada de la dieta se producen cataratas, cirrosis y retraso mental.

Debido a esto, la galactosemia debe ser diagnosticada, por pruebas de laboratorio, durante el embarazo o inmediatamente después del nacimiento, ya que la introducción temprana de lactosa a través de la leche humana u otra, producirá síntomas tempranos severos y fatales de la enfermedad. Los niños tendrán que ser alimentados desde el nacimiento con fórmulas especiales libres de lactosa o a base de Soya.

FENILCETONURIA

Esta se caracteriza por un metabolismo defectuoso del aminoácido fenilalanina, debido a la ausencia de la enzima fenilalanina hidroxilasa en el hígado. Su manifestación clínica más

importante es un retardo mental moderado a severo, cuyo desarrollo puede ser detenido proporcionando una dieta baja de fenilalanina.

El niño necesita pequeñas cantidades del aminoácido para su desarrollo normal. La leche humana contiene cantidades muy pequeñas de fenilalanina (29-64 mg/100 ml), mucho menores que la leche de vaca. Si los niveles de fenilalanina, se elevan a niveles peligrosos, se suspende la leche humana y se sustituye por una fórmula libre de fenilalanina. Una forma adecuada para mantener los niveles sanguíneos bajos de fenilalanina, es combinando la alimentación con leche materna y una fórmula libre de aminoácido.

ENFERMEDAD DE ORINA EN JARABE DE MAPLE

Esta enfermedad es debida a un defecto en el metabolismo de los aminoácidos valina leucina e isoleucina, que son componentes normales de todas las proteínas naturales. La deficiencia enzimática específica no ha sido aún bien identificada. Se caracteriza por un olor característico de la orina a jarabe de maple, rechazo a los alimentos, vómitos, acidosis metabólica, así como deterioro mental y neurológico progresivos.

Fórmulas sintéticas especiales bajas en estos aminoácidos han sido desarrolladas para combinarse parcialmente con leche materna. La enfermedad es fatal dentro de los primeros meses de vida si no es tratada.

EL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER

Los niños que nacen con un peso inferior a los 2500 gramos, independiente de su edad gestacional son clasificados como de Bajo Peso al Nacer (BPN). Si estos niños tienen además menos de 37 semanas de gestación son prematuros y si son de término con bajo peso son pequeños para su edad gestacional (PEG). El niño que nace con un peso de 1500 gramos o menos es clasificado como Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN).

Los niños de BPN tienen requerimientos nutricionales especiales debido a sus índices de crecimiento acelerados y al desarrollo de su inmadurez. Además las necesidades nutricionales y las capacidades funcionales no son iguales para un niño de término pequeño para su edad gestacional, que para un niño de muy bajo peso al nacer.

La decisión entre utilizar lactancia materna o fórmulas especiales en la alimentación de los niños de BPN es compleja y depende de muchos factores asociados tanto nutricionales como inmunológicos, así como razones prácticas.

- ✓ Sin embargo, debido a la alta incidencia de niños de BPN en los países en desarrollo, el uso de leche fresca de su propia madre debería ser única opción lógica.

La identificación de cantidades diferentes de nutrientes en la leche de madres que tienen un niño prematuro o de BPN han traído nuevos intereses en la utilización de leche humana para la alimentación de estos niños. La concentración de nitrógeno de la leche de una madre para un niño prematuro es superior a las de las madres que tienen un niño de término. La cantidad de lactosa en promedio es de 5.96 a 6.95 g/dl a los 28 días, en la leche de pretérmino y de 6.16 a 7.26 g/dl en la leche de término. La leche de pretérmino es mayor en contenido energético, 58 a 70 kcl/dl comparado con 48 a 64 sobre el primer mes postparto.

Los macronutrientes como el calcio y el fósforo, son poco más elevados en la leche de pretérmino (14 a 16 mEq/l contra 13 a 16 de calcio y 4.7 a 5.5 mM/l contra 4.0 a 5.1 mM/l de fósforo).

- ✓ Ni la leche de término ni la de pretérmino tienen concentraciones adecuadas de calcio y fósforo para el recién nacido de MBPN.

Los niveles de magnesio en la leche de pretérmino son de 28 a 31 mg/l, disminuyendo a 25 a los 28 días, los de la leche de término son de 25 a 29 mg/l. Los niveles de zinc son más

elevados en la leche de pretérmino, empezando por 5.3 mg/l y disminuyendo a 3.9, en cambio la leche de término inicia con 5.4 y disminuye a 2.6 mg/l. Los niveles de sodio son más elevados en la leche de pretérmino (26.6 mEq/l a los 28 días).

El contenido de cloro es similar en ambas leches (pretérmino de 31.6 a 16.8 mEq y de término 26.9 a 13.1 mEq/l)

El suero de las proteínas de la leche humana es una ventaja para todos los recién nacidos, pero principalmente para los prematuros, ya que están incluidos todos los aminoácidos considerados como indispensables para el prematuro. El prematuro carece de todas las enzimas necesarias para el metabolismo y se ha visto que acumula niveles fisiológicos de metionina, tirosina, fenilalanina, urea sanguínea y amonio. Los requerimientos de proteínas para recién nacidos de BPN, basados en índices de crecimiento intrauterino, son de 2.5 g/100kcal o 325 mg/kg/día . Los requerimientos de energía metabolizable es de 109 Kcal/día.

La digestión de grasas es muy eficiente en el recién nacido de BPN que recibe la leche fresca y no tratada de su propia madre.

La absorción se disminuye con la suplementación de calcio y por la esterilización .

Alimentación del niño de BPN con leche humana.

Cuando el niño de BPN es alimentado con leche de su propia madre sus índices de crecimiento en peso y talla y circunferencia cefálica son más rápidos, que si a estos niños se les alimenta con leche de madres que han tenido niños de término. La leche humana recolectada de madres de niños de término no proporciona todos los requerimientos necesarios para los recién nacidos de BPN por la baja concentración de proteínas, lo que resulta crecimientos lentos.

Otro problema potencial serio con la utilización de leche recolectada de madres donadoras es la transmisión de citomegalovirus o virus HIV-1 a través de la leche hacia el niño.

La leche de madres de niños prematuros, especialmente durante las dos semanas después del parto, contiene más calorías, elevadas concentraciones de grasas, proteínas y sodio; así

como bajas concentraciones de lactosa, calcio, y fósforo que las leches de madres de niños de término.

Las cualidades anti-infecciosas de la leche humana son de suma importancia para el niño de BPN y especialmente en aquellos sometidos a tratamientos invasivos y hospitalizaciones prolongadas. La inmunoglobulina A secretoria en la leche inhibe la adherencia y proliferación de bacterias en la superficie epitelial, lo que juega un papel importante en el control de bacterias ambientales en el tracto gastrointestinal.

La IgA secretoria está presente en concentraciones más elevadas en la leche de madres de prematuros que en la leche de madres de niños de término.

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

Los recién nacidos que nacen con paladar hendido o labio leporino pueden tener dificultad para crear la presión negativa necesaria para la alimentación al pecho. La seriedad del problema depende de la extensión de la lesión y la protractilidad de la mama. La mayoría de niños con labio leporino pero con el paladar intacto pueden alimentarse adecuadamente y sus madres aprenden rápidamente a ayudar al bebé cerrando con su pecho o con su dedo pulgar la apertura entre la boca y la nariz.

La posibilidad de alimentar al pecho a un niño con paladar hendido depende de cuan extenso es el defecto. Si este es unilateral y pequeño, la madre puede ser capaz de poner su pecho de la manera que más facilite la alimentación.

En algunos casos la alimentación no es muy eficiente y la madre tiene que ayudarse con extracción manual para mantener la producción de leche, además de poner al niño al pecho, la leche extraída debe ser dada al niño con gotero o cuchara.

La importancia nutricional e inmunológica de la leche materna para un rápido crecimiento y una cirugía correctiva lo más rápido posible, la hace superior a las fórmulas artificiales para la alimentación de estos niños.

PROBLEMAS NEUROLOGICOS EN EL RECIEN NACIDO Y LACTANCIA MATERNA.

Para poder sobrevivir, todo recién nacido debe alimentarse, y para ello, ha sido dotado de una serie de mecanismos regulados por el sistema nervioso central(SNC). Existen mecanismos por los cuales un lactante siente hambre y luego, un deseo de succionar. Esos deseos se integran y coordinan con los movimientos bucales, linguales, y faríngeos necesarios para poder mamar, deglutir y respirar eficientemente.

Para poder desarrollar esas actividades se requiere que el tronco cerebral esté intacto, es decir, que no hayan sufrido ninguna alteración durante o después del nacimiento, al igual que los nervios trigémino, facial, glossofaríngeo, vago e hipogloso, los cuales son responsables de la inervación de los músculos de la cara, faringe, laringe, paladar, epiglotis y lengua. Los impulsos que nacen en los núcleos de estos nervios craneanos se integran con distintas redes neuronales del tronco cerebral y con el centro de la deglución, un centro medular a su vez estrechamente integrado con los centros respiratorios, nauseosos y del vómito.

Las áreas integradas de la succión y la deglución reciben a su vez información de los nervios que llevan mensajes de las áreas sensoriales táctiles y gustativas de la lengua y de las mucosas oral y faríngea, así como mensajes propioceptivos (posición, tono muscular, etc.), de los músculos participante.

Estos centros de succión, a su vez están comunicados con otros centros del tronco cerebral con los ganglios basales y con los centros de la corteza cerebral.

- ❖ Cualquier daño al sistema nervioso central del recién nacido puede alterar los mecanismos de lactancia y dificultarla.

A nivel de succión, los traumas al sistema nervioso central del recién nacido se manifiestan de diversas maneras:

- El reflejo de succión disminuye
- La succión es débil
- La succión es incorporada

Para estos niños la mejor alimentación es la leche de su propia madre. Aún cuando tenga dificultades para mamar, siempre es posible alimentarlos con leche materna. La posición de Dancer ayuda al coordinar de mejor manera la succión y muchas veces se logra que mamen por sí mismos. La madre ayuda a controlar los movimientos mandibulares no controlados. Cuando esto no se logra hay que realizar extracción manual constante y bien programada dándoles con taza o cuchara, o bien con un gotero poniéndolos en posición sentada

POSICIÓN DE DANCER



Esta posición ayuda al lactante con movimientos mandibulares "excesivos" porque estabiliza el maxilar inferior

INFECCIONES EN EL NIÑO Y LACTANCIA

Según estudios, se ha identificado que ciertas infecciones tales como diarrea e infecciones respiratorias son particularmente importantes para los niños menores de 2 años, en las que se observa mayor impacto en esta etapa, por los problemas nutricionales y de crecimiento que se observan dadas estas enfermedades. Y es de esta manera en que se cobra la importancia verificando estados nutricionales, disponibilidad de alimentos, aspectos culturales, y acceso a los servicios de salud.

El mantenimiento de la lactancia materna durante esta etapa, es de suma importancia como una medida de atención primaria de salud ya que esto puede proporcionar al niño el apoyo suficiente para evitar la deshidratación y mantener el aporte nutricional indispensable.

Los niños con lactancia materna exclusiva tienen mucho menor riesgo de enfermedades diarreicas, debido al efecto combinado de exposición reducida a agentes infecciosos y las propiedades protectoras de la leche humana. Sin embargo, pueden desarrollar infecciones diarreicas, particularmente de origen viral. En estos casos, la prevención de la deshidratación y alteraciones electrolíticas, así como su corrección inmediata es la principal prioridad.

- ❖ Cuando la diarrea es leve a moderada estos niños deben ser manejados incrementando la frecuencia de la lactancia materna.

Los niños que tienen diarrea y que mantienen la lactancia materna tienen deposiciones de menor cantidad y frecuencia, y la terapia de rehidratación es menor que los niños que no mantienen la lactancia materna, estos niños se recuperan más lentamente que los niños que mantienen la leche humana.

Los beneficios de la lactancia materna parecen estar relacionados a la presencia de productos de digestión de la leche natural en el lumen intestinal, los cuales aumentan la absorción de sodio y agua que hace que se reduzca la frecuencia y volumen de las deposiciones.

El riesgo de hipernatremia es mínimo, principalmente en los recién nacidos pequeños, cuando se continúa con la lactancia materna durante los episodios de diarrea, gracias a la poca cantidad de sodio de la leche humana. Por lo tanto, la lactancia materna no solamente tiene beneficios en el estado nutricional, sino también en el resultado clínico de los episodios de diarrea.

ICTERICIA Y LACTANCIA

Aproximadamente 1 de cada 200 recién nacidos alimentados con leche materna desarrollan ictericia importante, la cual se inicia después del cuarto día de vida para alcanzar un valor máximo entre 10°. Y 15°. día .Este síndrome ha sido atribuido a una sustancia llamada 5β -pregnan - $3\alpha,20\beta$ -diol, en la leche de ciertas madres y que inhibe a la enzima hepática glucoroniltransferasa, durante la conjugación de la bilirrubina.

Para establecer un diagnóstico seguro, es necesario que los niveles de bilirrubina no conjugada estén por arriba de 15 mg/dl por más de 24 horas. Este tipo de ictericia no causa encefalopatía por bilirrubina y si los niveles de bilirrubina llegarán por arriba de 20 mg/dl: No se debe interrumpir la lactancia materna.

La ictericia cede sola y no hace falta agregar líquidos en la dieta del niño.

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA MADRE

Es importante por muchas razones, no sólo nutricionales sino inmunológicas, que la lactancia materna se continúe a pesar de algunos problemas de salud de la madre. La lactancia al pecho está contraindicada únicamente en casos de enfermedad severa de la madre, tal como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, hepática o pulmonar graves. Algunos casos de psicosis o depresión postnatal, en que pueda estar en peligro la vida del

recién nacido y sea necesaria la separación de su madre, iniciar la lactancia materna puede ser difícil, sin embargo, algunos sugieren que la madre y el niño no deben ser separados totalmente ya que las drogas que se utilizan en casos de depresión, no son incompatibles con la lactancia y si la madre desea darle pecho a su bebé, no hay razón para que no lo haga, pero debe ser bajo una adecuada supervisión.

La mayoría de enfermedades comunes en la madre, no son razón para que no pueda dar de mamar, sin embargo, la posible transmisión de infecciones hacia el niño amerita algunas consideraciones importantes.

INFECCIONES MATERNAS

Los padecimientos menores, tales como resfriados y otras infecciones virales ligeras, no deben ser causa de que la madre deje de lactar. El bebé, de todas maneras, está expuesto a todos los microorganismos de su madre y la leche materna ofrece la mejor protección posible. La fiebre no es por sí misma razón para suspender la lactancia y continuarla no daña ni a la madre ni al niño, pero se podría reducir su producción por la deshidratación, por lo que se debe mantener bien hidratada a la madre. Una vez sana la madre, debe alimentar en forma conveniente y frecuente al bebé para poder normalizar su suministro. Las madres que reciben medicamentos también pueden continuar lactando ya que muy pocas drogas penetran a la leche humana en cantidades peligrosas, por ello se trata de enfatizar en el uso racional de los medicamentos, y evitar así medicamentos tales como aciclovir, metformina, diltiazem, glimepirida, piroxicam, lorazepam, inhibidores de la COX-2, esteroides; entre otros.

❖ INFECCIONES BACTERIANAS

Las infecciones bacterianas en la madre por Estreptococos, Estafilococos u otros microorganismos que producen lesiones en la piel, faringitis, neumonía o endometritis, deben ser tratadas rápidamente con antibiótico y permitir al niño que se alimente al pecho tan pronto como los niveles terapéuticos del medicamento se hayan establecido.

Es importante identificar el agente etiológico, sobre todo cuando se trate de Estafilococos para así iniciar antibiótico específico y así evitar la transmisión de la enfermedad de la madre hacia el hijo.

➤ Fiebre láctea o fiebre por congestión

Algunas veces, las madres que tienen los pechos demasiado congestionados presentan fiebre por unas 24 horas, a esto se le llama fiebre láctea y se cree que se debe a sustancias que pasan de la leche materna a la sangre de la madre. Esta fiebre no requiere tratamiento, pero puede producir ansiedad en la madre. Si la fiebre durá más de 48 horas, se debe buscar una causa principalmente infecciosa. Una forma práctica de prevenirla es el alojamiento mixto inmediato y la alimentación a libre demanda.

➤ Conducto obstruido o Quiste lácteo por retención.

El tejido glandular del pecho está distribuido en secciones similares a las de un limón. De cada segmento sale un conducto, que puede obstruirse, principalmente cuando la leche no fluye permanentemente a través de él, porque el niño no succiona con la frecuencia requerida. Al no salir la leche proveniente de ese segmento del pecho, ésta se acumula, formando una masa dolorosa llamada quiste lácteo por retención. El tratamiento es la succión frecuente.

➤ Mastitis

Si el conducto obstruido no se destapa, el tejido del pecho próximo al conducto tapado se puede infectar y más tarde la infección se propaga a otros segmentos. Un pecho demasiado sobrecargado también puede infectarse. El resultado final será que una parte del pecho se inflame y duela, y la madre presenta fiebre. A esto se le llama MASTITIS.

La inflamación de la mama se caracteriza por secreción, dolor, enrojecimiento y fiebre, pero la inflamación no tiene necesariamente un origen infeccioso. La forma no-epidémica de mastitis puerperal es una celulitis del tejido conectivo intralobular de la mama, producido generalmente por Estafilococos aureus. También esta enfermedad puede asociarse a pezones agrietados o fisurados que inducen a invasión de bacterias en la areola.

Se puede presentar la infección por dos mecanismos, uno porque la infección se extiende en forma ascendente a partir de la misma fisura y otro porque la leche acumulada al no salir, se infecte.

Durante el episodio de mastitis, la lactancia materna no debe ser interrumpida, por lo contrario, el drenaje de los pechos es necesario y la inflamación es de menor duración y menos frecuentemente complicada con abscesos cuando la lactancia se continúa. Si el amamantamiento en la mama es muy doloroso o si sale pus en vez de leche, ésta debe ser extraída manualmente o con una bomba. Si los síntomas no desaparecen en 36 a 48 horas, debe iniciarse antibioticoterapia que cubra estafilococos, preferiblemente cefalexina o cefalotina (que no pasan a la leche) por lo menos en 10 días y continuar la lactancia materna.

➤ Absceso de la mama

Esta es una complicación posiblemente de mastitis, muchas veces asociado con una interrupción abrupta de la lactancia materna. Un absceso generalmente requiere una punción o un drenaje quirúrgico y terapia antimicrobiana apropiada, de acuerdo al frote de gram, cultivo y sensibilidad antibiótica. La lactancia se debe continuar del lado no afectado y en el lado del absceso debe practicarse extracción manual suave, hasta que el bebé pueda tomarla directamente.

➤ Infección urinaria

Esta infección es de tipo bacteriana, generalmente producida por *Escherichia coli*, comúnmente observada en el postparto. Su tratamiento se puede realizar con amoxicilina, ampicilina, por 7 a 10 días y otros antibióticos que no representan ningún problema para el niño y la lactancia se debe continuar .

➤ Tuberculosis

Esta enfermedad debe ser tratada durante el embarazo, para eliminar el peligro de infectar al bebé después del nacimiento. Cuando se descubre que una madre es bacteriológicamente positiva al final del embarazo, el bebé corre el riesgo de ser infectado también, no a través de su leche sino por el contacto directo. Por esto, la madre debe ser tratada, preferiblemente

con un curso corto con tres drogas durante los primeros dos meses de tratamiento, para que se vuelva no infectante en un tiempo más corto. Al mismo tiempo, el niño debe recibir tratamiento profiláctico con isoniazida por 6 a 12 meses (10 mg/kg, diariamente). También se recomienda poner al bebé vacuna BCG y continuar con la lactancia teniendo las medidas higiénicas convenientes.

❖ INFECCIONES VIRALES

✓ Citomegalovirus

La infección intrauterina con citomegalovirus (CMV) es una causa común de anomalías congénitas. La infección no es peligrosa para el bebé después del nacimiento, pues si en las secreciones vaginales de la madre se encuentra este virus, el niño se infecta durante el parto pero no desarrolla la enfermedad. Al mismo tiempo, el CMV se excreta por la madre a través de la leche o la saliva con el resultado inevitable de infectar a su hijo, pero sin ninguna consecuencia adversa. Descubrir CMV en una madre lactante no es razón para discontinuar la lactancia, por el contrario, la leche humana es una forma primaria de inmunización pasiva contra esta enfermedad.

✓ Virus del Herpes Simple

La infección del neonato con virus humano del herpes tipos 1 o 2 dan como resultado una infección severa, que se adquiere durante el pasaje a través del canal del parto de una madre con lesiones genitales activas para herpes simple. La operación cesárea está indicada si la lesión es detectada a tiempo. Bajo estas circunstancias, la leche materna no es infectante por lo que no existe razón para no dar alimentación al pecho. Debe tenerse cuidado higiénico estricto al cargar al niño para evitar la diseminación de la enfermedad a través de las manos, boca, o ropa de la madre. Las lesiones herpéticas pueden presentarse e infectar todas las partes del cuerpo, incluyendo los pechos.

Si la lesión está presente en los pechos el contacto directo y la lactancia están contraindicados hasta que la lesión haya desaparecido y los cultivos sean negativos.

✓ Virus de la Varicela

Algunos niños de madres que desarrollan la varicela en los últimos 5 días antes del parto, están desprotegidos de la inmunización pasiva por los anticuerpos maternos transportados a través de la placenta, por lo que: la lactancia materna debe ser retrazada hasta que la madre ya no sea contagiosa.

El niño debe recibir inmunización pasiva con inmunoglobulina específica de varicela zoster después del nacimiento y establecer la lactancia a los ocho días. Mientras tanto, se debe mantener la extracción manual en ambos pechos para mantener la producción.

✓ Virus del Sarampión

Esta es una enfermedad altamente transmisible entre los niños y es más severa durante la vida adulta y en el período neonatal. El sarampión puede ser prevenido por inmunización. La enfermedad es contagiosa desde el apareamiento de las lesiones cutáneas.

El sarampión perinatal puede ser adquirido vía transplacentaria o adquirido después del parto a través del tracto respiratorio. El sarampión adquirido en los primeros 10 días de vida debe ser considerado transplacentario y cuando ocurre después de los 14 días como exposición extrauterina.

Los anticuerpos aparecen en la leche dentro de las 48 horas y es posible que la enfermedad pueda ser mitigada por la presencia de IgA específica a través de la lactancia; es decir que si el niño desarrolla la enfermedad es necesaria la alimentación al pecho inmediatamente después del parto.

✓ Virus de la Paperas

Las paperas son también una enfermedad generalizada transmisible que se caracteriza por afección de la glándula parótida e involucra a otras glándulas. Es también prevenible por inmunización.

Generalmente es benigna, pero cuando la madre la padece, debe ser aislada de otros pacientes pero no del bebé y la alimentación al pecho debe continuar ya que la IgA en la leche puede ayudar a disminuir los síntomas en el niño.

✓ Virus de la Hepatitis B

La posibilidad de transmisión del virus de la hepatitis B por una madre activamente infectada o portadora hacia el bebé a través de la leche materna no puede ser excluida, aunque el riesgo de infección a través de la sangre, líquido amniótico y secreciones vaginales durante el parto es elevado. A una madre con esta enfermedad, debe enseñársele una adecuada posición y agarre del niño al pecho, para prevenir la formación de fisuras y orientarla a practicar lactancia exclusiva para prevenir microhemorragias intestinales, pues el niño también puede ser infectado por pezones agrietados, ingiriendo el virus y absorbido a través de cualquier defecto en la mucosa del tracto gastrointestinal. Por lo que la Academia Americana de Pediatría recomienda la administración de globulina inmune para hepatitis B al niño que va a ser cuidado y lactado por la madre⁸

Por todo lo anterior, las madres activamente infectadas o portadoras deben dar únicamente lactancia materna a los bebés.

✓ Virus de Inmunodeficiencia humana (HIV-1)

El HIV-1 se ha aislado en la leche humana desde 1985, sin embargo, la transmisión materna-infantil atribuible a la lactancia materna no ha sido bien establecida.

La mayoría de recién nacidos que se alimentan de leche de mujeres seropositivas permanecen sin infectarse. La leche humana contiene una cantidad de componentes que reducen la infección por HIV-1, incluyendo inmunoglobulinas, linfocitos, lactoferrina y lisozimas, además contiene actividad lípido-dependiente no específica dirigida primariamente contra el desarrollo viral y enzimas en el estómago del niño que inducen la excreción de lípidos adicionales que contribuyen a la actividad antiviral. La leche humana además contiene factores que inhiben la unión de glicoproteínas con CD4

Aunque la potencial transmisión del HIV-1 a través de la leche humana existe, la transmisión materna-infantil atribuible a la lactancia materna no ha sido bien establecida. Los datos que comparan los índices de transmisión materna-infantil en poblaciones alimentadas al pecho o con biberón son algo contradictorios. Según las investigaciones de

⁸ Academia Americana de Pediatría, 1992.

algunos autores⁹, no encontraron diferencias en índices de infección por HIV-1 entre niños nacidos de mujeres seropositivas que recibieron únicamente lactancia materna, solo leche artificial o una combinación de ambas.

Por otro lado, el efecto protector de la lactancia materna en la supervivencia infantil y estado nutricional varía dependiendo del estado socioeconómico y de la disponibilidad de efectuar medidas preventivas y terapéuticas, por lo tanto en países en desarrollo, donde la facilidad de alternativas efectivas no son disponibles, la Organización Mundial de la Salud recomienda que:

Las mujeres amamanten a sus bebés independientemente de su estado serológico para HIV-1.

La mayoría de recién nacidos de madres HIV-1 seropositivas no vienen infectados y la pérdida de la lactancia materna resulta en un incremento en los índices de morbi-mortalidad. En resumen, cuando los índices de mortalidad infantil son elevados, el beneficio de la lactancia materna excede los riesgos de transmisión de HIV-1 a través de la lactancia.

Actualmente se reconoce la presencia en la leche humana de unas sustancias llamadas GLUCOSAMINOGLICANOS, que dificultan la adhesión de la glicoproteína GP 120 del HIV a la célula receptora CD4, lo cual confiere protección al niño amamantado ya que esta adhesión es el primer paso de la infectividad del HIV.

PROBLEMAS DE MAMAS Y PEZONES

Cáncer de los senos

Alguna evidencia epidemiológica sugiere que el cáncer del seno es menos frecuente en mujeres que han lactado que en aquellas que no lo hicieron. Estudios en Estados Unidos

⁹ Manzila y colaboradores, Transferencia de HIV a través de Leche Materna, 1989.

también sugieren que la lactancia al pecho puede disminuir el riesgo de cáncer del seno relacionándolo con mujeres que alimentan a sus hijos con biberones y entre más tiempo una mujer lacta a su hijo, la protección es mejor.

En todo caso, ni el embarazo ni la lactancia representan un riesgo adicional si la madre desarrolla cáncer del seno al mismo tiempo.

- ✓ La lactancia materna podrá ser permitida dependiendo de la salud general de la madre, el tipo de drogas que reciba y de la capacidad funcional de los senos después de una cirugía.
- ✓ La lactancia estaría contraindicada si en ese momento la madre estuviera en tratamiento con citotóxicos.

Pezones invertidos

Los pezones invertidos son una malformación física relativamente rara, que en la mayoría de los casos pueden ser tratados adecuadamente en la clínica prenatal.

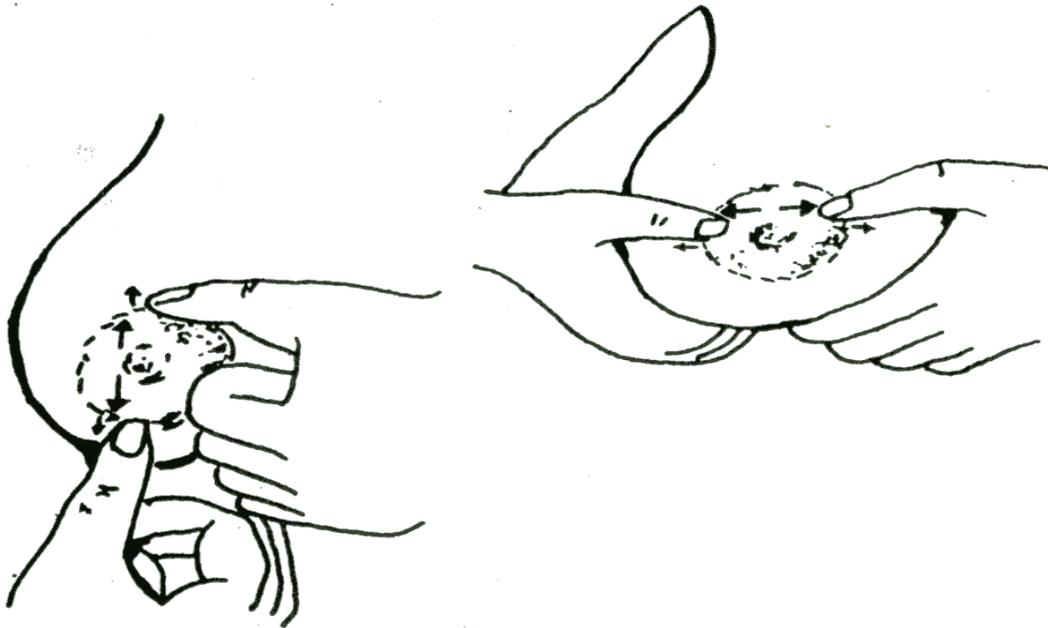
Para la mayoría de mujeres afectadas la lactancia materna es completamente posible, dependiendo de la protractilidad del tejido de la mama que está influenciado hormonalmente durante el embarazo y la alimentación al pecho.(ver esquema en pág . 30 sobre ejercicios para preparar los pezones).

Pezones dolorosos

La causa más común de que a una madre le duelan los pezones es que el bebé succiona en una posición inadecuada. No coloca suficiente superficie de areola dentro de la boca y como resultado succiona solamente de la punta del pezón.

Al amamantar, la mamá siente dolor y por lo tanto lo hace con menos frecuencia, además cuando el bebé succiona solamente de la punta del pezón no obtiene suficiente leche,dando como resultado que no se remueve la leche y la disminución de la producción . Asimismo, el dolor puede causar bloqueo temporal del reflejo de oxitocina o salida de leche. El

tratamiento consiste en ayudar a que todos los niños mamen en una posición correcta. (Ver figura pág. 31).



Ejercicios simples que la madre puede realizar desde el primer trimestre del embarazo, la ayudarán a preparar los pezones para una lactancia materna exitosa.

Estos se realizan conforme indican las flechas, halando de manera sincrónica el pezón y realizando estos ejercicios en forma constante.

Grietas o fisuras del pezón

Si el niño continúa succionando en mala posición puede dañar la piel del pezón y entonces aparecer una fisura o una grieta provocando dolor al dar de lactar, disminución de la succión, retención de leche y aumento del riesgo de infección ya que las bacterias pueden entrar al tejido de los senos a través de estas fisuras y causar mastitis y absesos. Observar el proceso de amamantamiento nos permite identificar una posición anormal. El tratamiento consiste en:

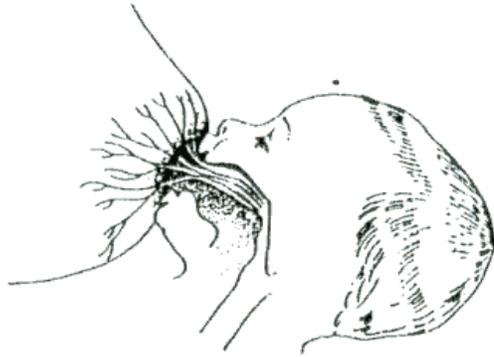
- corregir la posición del bebé y continuar el amamantamiento.
- lavar los pezones, únicamente con agua limpia (hervida).
- las cremas que contienen antibióticos, astringentes, petrolato, etc. están contraindicadas.

(Ver esquema en pág. Siguiete sobre la posición correcta).

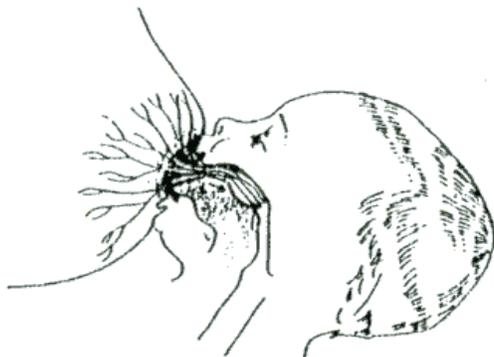
POSICION CORRECTA



Bebé succionando en posición correcta.



La areola y el pezón forman una tetilla dentro de la boca del bebé.

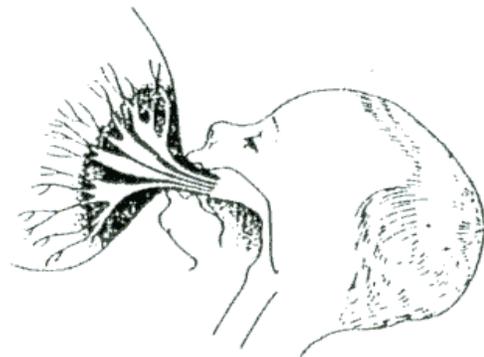


La lengua presiona los senos lactíferos, obteniendo así la leche.

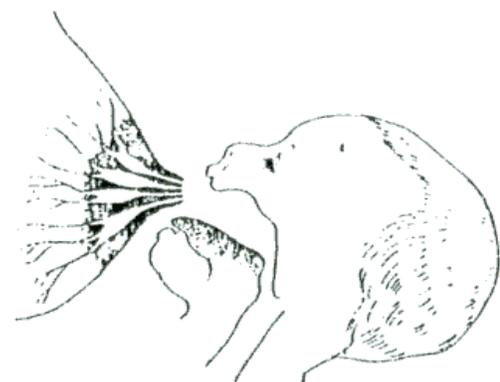
POSICION INCORRECTA



Bebé succionando en posición defectuosa.



Bebé succionando solamente el pezón, y la punta de la lengua permanece dentro de la boca.



Las encías del bebe presionan el pezón, sin obtener leche.

OPERACIÓN CESAREA Y LACTANCIA

Tradicionalmente la madre sometida a una operación cesárea perdía el contacto inmediato con su hijo y por consiguiente la iniciación también temprana de la lactancia materna, ya que muchas veces se percibe el nacimiento por cesárea como una experiencia traumática y difícil. Durante el postparto inmediato, la mujer está afectada por el dolor de la incisión, la movilidad restringida y los efectos secundarios a la anestesia y analgesia. La falta de apoyo institucional en estos momentos, pueden hacer que la madre no tome conciencia y no se recobre rápidamente.

La cesárea también afecta al neonato, puesto que el estrés durante el parto puede requerir su admisión a una unidad de cuidados especiales y como resultado retrasar la lactancia materna. El reflejo de succión disminuido asociado a la anestesia general también puede crear dificultad en la alimentación.

- ✓ Actualmente debe considerarse como norma general que toda madre debe iniciar la lactancia materna dentro de la primera media hora después de que ella es capaz de cuidar a su bebé, lo cual sucede aproximadamente 4 horas después de la cesárea.
- ✓ Preferiblemente deben realizarse las cesáreas con anestesia raquídea o bloqueos epidurales para acortar el período de separación, debido a que la madre está alerta.
- ✓ El equipo multidisciplinario de sala de operaciones debe estar capacitado para favorecer el apego inmediato en sala, cuando las condiciones de la madre y el bebé lo permitan.

DROGAS Y LACTANCIA

Conforme se ha ido incrementando la popularidad de la lactancia materna, los profesionales de la salud han tenido que sopesar los riesgos contra los beneficios de una terapia con drogas a la madre durante la lactancia, debido a los efectos adversos que éstas puedan ocasionar al niño. Desafortunadamente, la información sobre una droga en particular, no siempre está disponible y son pocos los estudios existentes sobre factores fisicoquímicos y farmacocinéticos, relacionados con la transferencia de la droga dentro de la leche.

Paso de la droga hacia la leche.

Una droga tomada por la madre que amamanta sigue un camino complejo en su trayectoria hacia el niño. Esta droga es parcialmente inactivada en el hígado de la madre, excretada en su orina o distribuida y ligada a las proteínas, para que al final, la concentración libre en el suero resulte baja. Si alguna droga es absorbida por el niño, estará sujeta a su metabolismo hepático, excreción renal, unión a las proteínas y distribución en los tejidos. Sin embargo, la droga administrada a una mujer que amamanta, llega al niño en cantidades menores que si es administrada a una madre durante el embarazo, ya que en esta etapa el torrente circulatorio es separado del feto únicamente por la placenta, por lo que se debe tener en mente, todo profesional de la salud al utilizar una droga durante el embarazo.

La droga pasa a través del epitelio mamario por difusión pasiva bajo un gradiente de concentración formado por la droga libre no ionizada en cada lado de la membrana. La membrana actúa como una barrera lipídica semipermeable, parecida a otras membranas del organismo. Contiene poros pequeños, donde las drogas con un peso molecular menor a 200 pueden pasar sin ningún impedimento en una fase acuosa. Las moléculas más grandes deben disolverse y cruzar a través del interior acuoso de la célula, disolverse y cruzar hacia la membrana opuesta, para pasar después a la leche. El proceso de transporte activo ha sido descrito para el paso de ciertas sustancias; las drogas no se conocen que entren por estos mecanismos.

Tanto el plasma como la leche contiene proteínas que pueden unirse con las drogas. La concentración total de proteínas en plasma es aproximadamente 75 g/l, en cambio la leche contiene aproximadamente 8-9 g de proteínas por litro. De las proteínas del plasma 45 g/l es albúmina, que se une mejor a las drogas. La concentración de albúmina en la leche es solamente de 0.4 g/l. Las proteínas más abundantes en la leche son la caseína, α -lactoalbúmina, lactoferrina e inmunoglobulina A; la caseína es aparentemente la que mejor se une a las drogas. El efecto neto de la unión de las proteínas es que la elevada unión de las proteínas a las drogas tiende a permanecer en el plasma y pasar a la leche en bajas concentraciones.

Diferente al plasma, la leche contiene grasa emulsificada, con una concentración entre 3% a 5%. La grasa de la leche puede concentrar drogas solubles en lípidos, provocando que la cantidad total de la droga en la leche se incremente. Para drogas con una alta solubilidad en lípidos tales como el diazepam y la clorpromazina, más de la mitad de la cantidad total de la droga en la leche es encontrada en la grasa. Sin embargo, debido a que la cantidad de grasa en la leche es baja comparada con el volumen total de leche, el efecto neto de la participación de los lípidos en la cantidad total de la droga encontrada en el niño, es generalmente menor.

La concentración constante del plasma varía por diferentes circunstancias, y se deben tener en consideración durante la administración de una droga:

- La vida media de la droga.
- Las grandes fluctuaciones de las concentraciones en plasma durante la administración de la droga.
- Mientras más rápido entra una droga a la leche las concentraciones plasmáticas son similares.
- La velocidad del flujo sanguíneo de las mamas puede afectar la velocidad de paso dentro de la leche de algunas drogas.

Factores relacionados con el niño

Los factores del niño son importantes para determinar la inocuidad del uso de una droga en particular en una madre que amamanta, porque los niños no absorben y eliminan las drogas de la misma forma que los adultos. Los neonatos pueden absorber algunas moléculas grandes y complejas, tales como las proteínas. Aunque esta habilidad permite el pasaje de anticuerpos desde la madre hacia el niño y la absorción de algunas drogas que de otra manera serían inabsorbibles. Otros factores que pueden afectar la absorción de drogas son: un pH gástrico del niño elevado, la flora gastrointestinal, el tiempo de tránsito intestinal y cantidades reducidas de sales biliares y enzimas pancreáticas.

La afinidad de las proteínas del plasma del neonato hacia las drogas es menor que en los niños mayores, principalmente con concentraciones incrementadas de droga libre.

Tanto el metabolismo hepático como su excreción renal de drogas es menor en el recién nacido. Efectos que se ven magnificados en los recién nacidos de pretérminos tienen capacidad metabólica y excretoria menor que la de los niños de término.

Efectos de las Drogas Durante la Lactancia.

Además de los efectos de las drogas en el niño, los efectos potenciales sobre la lactancia deben ser considerados. Las drogas pueden afectar la lactación por mecanismos centrales o periféricos. Muchas drogas afectan la secreción central de prolactina, la cual al disminuir, interfiere con la lactación por disminución en la eyección de leche, que puede resultar en una ganancia inadecuada de peso en el niño, necesidad de suplementación o provocar el cese temprano del amamantamiento. Otras drogas afectan la prolactina por alteración del metabolismo y salida de la dopamina en el sistema nervioso central. Las elevadas concentraciones centrales de dopamina están asociadas con una disminución en la concentración de la prolactina sérica e inhibición de la lactación.

Agentes dopaminérgicos como la bromocriptina, han sido utilizados para suprimir la lactación en madres que no pueden amamantar. Los antagonistas de la dopamina, como los neurolepticos, pueden producir galactorrea. La metoclopramida y el sulpiride, antagonistas de la dopamina, han sido utilizados terapéuticamente para incrementar la producción de la leche en madres de niños prematuros y madres adoptivas. Los simpaticomiméticos pueden disminuir la producción de leche probablemente por disminución de la oxitocina inducida por la succión y liberación de prolactina, así como la reducción mamaria de flujo sanguíneo.

Periféricamente, las hormonas sexuales (excepto la progesterona) afectan directamente la mama y disminuyen la lactación. Los estrógenos y los andrógenos combinados con andrógenos fueron por esta razón utilizados para suprimir la producción de la leche antes de aparecer la bromocriptina.

Factores que Deben ser Considerados Cuando se Elige una Droga para una Madre que Amamanta.

- ❖ **Necesidad de la Droga.** El uso de la droga es realmente necesario o se puede utilizar otra droga alternativa
- ❖ **Dosis y duración de la terapia.** Algunas drogas pueden ser potencialmente dañinas para el niño pero no contraindican la lactancia, requiriendo solamente un corto periodo de abstinencia después de una dosis pequeña o corta duración de la terapia. Contrariamente, una droga que generalmente es segura durante la lactancia puede ser potencialmente problemática cuando es administrada en dosis elevadas o por larga duración.
- ❖ **Edad del niño.** Los recién nacidos y especialmente los prematuros pueden ser más susceptibles que los niños mayores a los efectos farmacológicos de las drogas en leche materna. Además, es posible que el niño recién nacido tenga una lactancia más exclusiva que un niño mayor.
- ❖ **Cantidad de leche consumida.** En los niños mayores, la cantidad de leche materna consumida es menos importante, ya que han sido introducidos líquidos y alimentos como complementos para su nutrición. Un niño de un año de edad solo mama pocas veces al día, por lo que la cantidad de droga que ingiere este niño va a ser mucho menor que la que puede ingerir un niño durante los primeros seis meses de vida.
- ❖ **Absorción oral por el niño.** Muchas drogas se absorben mal por la ruta oral y deben ser administradas a la madre inyectadas para lograr efectos terapéuticos. El niño recibe estas drogas oralmente y no se esperaría que se absorbieran. Lo que por sí, solo determina la seguridad de algunas drogas durante la lactancia. Ejemplos comunes de este tipo de drogas son la insulina, antibióticos aminoglucósidos y el sulfato de magnesio.
- ❖ **Efectos potenciales a largo plazo.** Cuando agentes muy potentes son administrados a la madre por períodos prolongados de tiempo durante la lactancia, se tratará de disminuir las consecuencias a largo plazo que producen los niveles de pequeñas cantidades de la droga en la leche. Agentes hormonales o del sistema nervioso central pueden no provocar efectos inmediatos en el niño que lacta pero pueden afectar posteriormente su crecimiento y desarrollo.-

CAPITULO III

6.6- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

VARIABLE	DEF. CONCEPCION	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
La Educación a las Madres	Educación es el proceso por el cual una persona desarrolla sus capacidades para enfrentarse positivamente a un medio social determinado e integrarse a él.	Educación es el acto de informar en este caso a las madres sobre la lactancia materna, para que estén conocedores de sus beneficios.	* Factor Económico * Factor Sociales * Factor Demográfico	- Ingreso Económico, Situación Laboral - Tiempo, Disponibilidad, Grado Educativo. - Creencias, Estado Civil, Paridad, Morbilidad Materna.-
Adecuada Lactancia Materna	Lactancia Materna: Alimentación con leche humana la cual inicia inmediatamente después del parto y continúa en periodo post natal y que se adecua de manera exclusiva de 0 a 6 meses de edad y puede durar aproximadamente a los 2 años.	Acto de amamantar a un bebé de manera exclusiva de 0 a 6 meses y que puede continuar a un máximo de dos años	* Factor Económico *Factor Social	- Ingresos - Estado Nutricional y de salud niño y madre Control de niño sano Disponibilidad de tiempo Conocimientos de beneficios de lactancia materna Relación Madre – Hijo.

CAPITULO IV

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio se realizó de tipo descriptivo y transversal.

a.- Descriptivo: Es la base y punto inicial de este estudio y se dirigió a determinar “cómo es o cómo está” la situación que se plantea acerca de los factores que interfieren en una adecuada lactancia materna en mujeres primigestas en período de embarazo y post parto y en menores de 0 a 6 meses de edad, que son atendidos en unidad de salud de San Miguelito.

b.- Transversal: Se estudiaron los factores que pueden interferir en realizar una adecuada lactancia materna en primigestas en pre y post parto y en niños de 0 a 6 meses en el período comprendido entre noviembre del 2003 a febrero 2004, sin ningún seguimiento posterior.

6.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación se realizó en unidad de salud de San Miguelito, en el período correspondiente de noviembre 2003 a febrero 2004

6.3 UNIVERSO O POBLACIÓN:

La población la constituyeron 50 madres primigestas que asisten a controles prenatal, niño sano, planificación familiar en unidad de salud San Miguelito.

6.4 MUESTRA:

El tamaño de la muestra fue del 25% del total la cual se dió por cuotas. Púés, se seleccionó un número determinado de pacientes. En este caso, se conformó la población por 50 pacientes en total, seleccionadas en cada consulta, a saber; control prenatal, niño sano, planificación y que éstas eran principalmente primigestas en período pre y post natal, madres de lactantes de 0 a 6 meses de edad por lo que se tomó esta muestra de la siguiente manera: 10 pacientes al día por 5 días de la semana.

6.5 VARIABLES

Son todas aquellas características que varían de sujeto a sujeto, o que se va a medir, controlar y estudiar en la investigación

6.5.1- Variable Independiente:

Es la falta de educación a las madres.

6.5.2- Variable Dependiente:

Se refiere a la inadecuada realización de la lactancia materna.

6.7 FUENTES DE INFORMACION

6.7.1 -Primarias:

Se realizó la investigación a través de cuestionarios.

6.7.2- Secundaria:

Se extrajo información a través de censos, estadísticas.

6.8 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se obtuvo la información a través de encuestas a las usuarias que asisten a la unidad de salud San Miguelito.

6.9 HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se recolectaron los datos a través de guías de encuestas en las que se describieron las condiciones apropiadas para llevar a cabo la lactancia materna.(Ver anexo II)

6.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos que se recolectaron, se presentaron en tablas de frecuencia y porcentajes.

CAPITULO V

INTRODUCCIÓN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El presente estudio se realizó en unidad de salud San Miguelito durante el periodo correspondiente a noviembre 2003 a febrero 2004.

Se tomaron 50 usuarias de los servicios de control de embarazo, planificación, control de niño sano y que son madres primigestas de bebés de 0 a 6 meses.

Se ha podido identificar que la mayoría de las mujeres pertenecen al área urbana(90%), que la mayoría de ellas se dedican a los oficios domésticos (88%) y se observa que la mayoría ha realizado estudios a nivel de bachillerato(52%).

La mayoría de las usuarias mantienen edades entre los 19 a los 23 años, constituyendo el 50% de la población en estudio y además su estado civil viven en carácter de acompañada con sus parejas (50%).

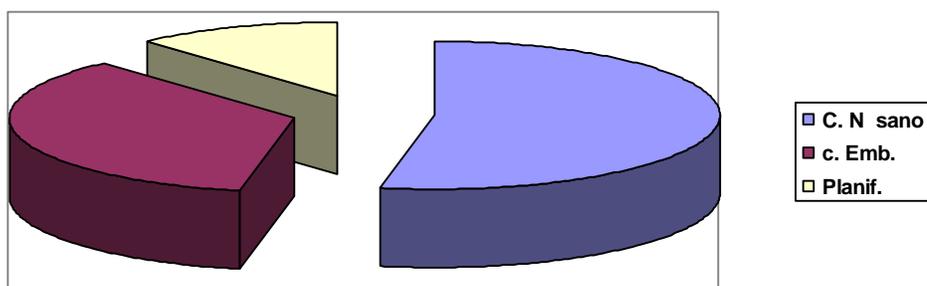
Se considera un 28% del total de usuarias cuyos ingresos familiares oscilan entre \$101 a \$150 dólares mensuales.

CAPITULO VI

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1.- Programa al que asiste

En unidad de salud San Miguelito, se observa a diario una determinada cantidad de usuarias que asisten a controles, y entre éstos se encuentran control de embarazo, niño sano, planificación. Habiendo entrevistado las 50 usuarias, se observa que hay un mayor incremento en la consulta de niño sano(54%), a la que le continúa control de embarazo (36%) y planificación familiar (10%).

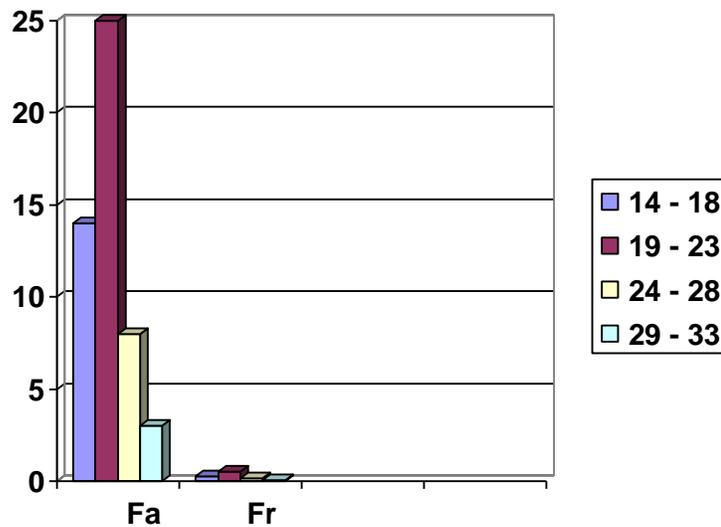


2.- ¿Qué edad tiene?

De las cincuenta madres participantes, se han tomado diferentes categorías de acuerdo a las edades, habiendo encontrado rangos diferentes, siendo la menor de 14 años y la mayor de 32 años, para una media de $20.92 \approx 21$

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{1,046}{50} = 20.92 \cong 21 \text{ años}$$

Se observa un mayor incremento de las usuarias en la categoría de 19 a 23 años, obteniendo un total de 25 madres lo que conforma el 50% de toda la población en estudio.

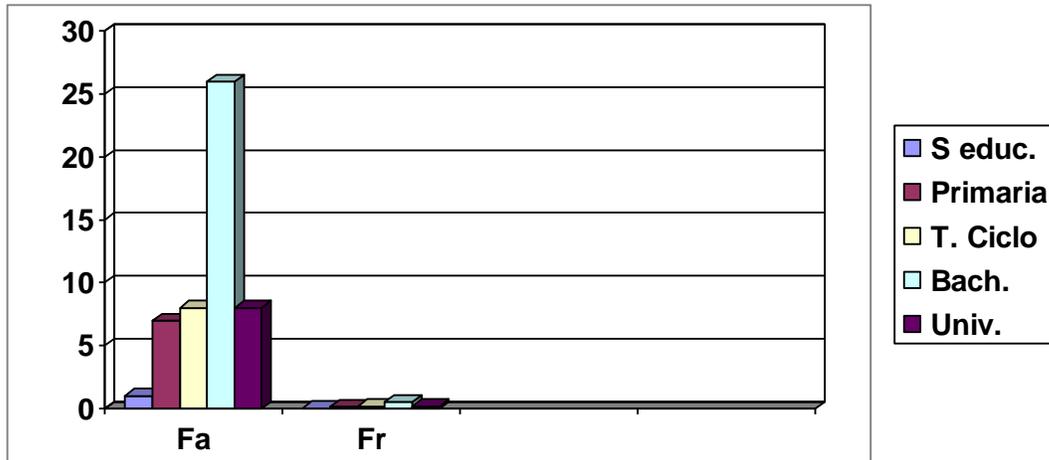


3.- ¿Qué grado ha estudiado?

En esta categoría se analiza la escolaridad con que cuentan las usuarias en estudio, habiendo una mayor perspectiva hacia el grado académico de bachillerato(52%), aunque de este porcentaje, el 36% corresponde a bachilleres graduadas y el 16% sólo estudiaron 1 ó 2 años de Bachillerato.

En este nivel de educación, puede observarse que en la mayoría de instituciones públicas o privadas se ha incluido dentro del tema de educación sexual, la de lactancia materna, pues muchas de estas madres son las que poseen esta práctica y así lo han manifestado.

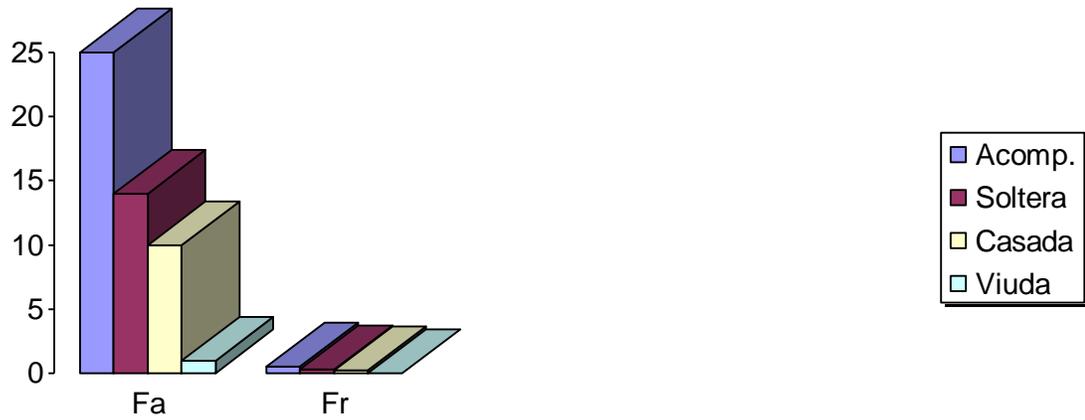
Cabe destacar enormemente el diminuto porcentaje de la no escolaridad que corresponde a un 2%, lo que viene a favorecer mayormente a la población, pues al tener un buen grado de escolaridad, la concientización de la población ante determinado problema resulta favorable.



4.- ¿Cuál es su estado civil?

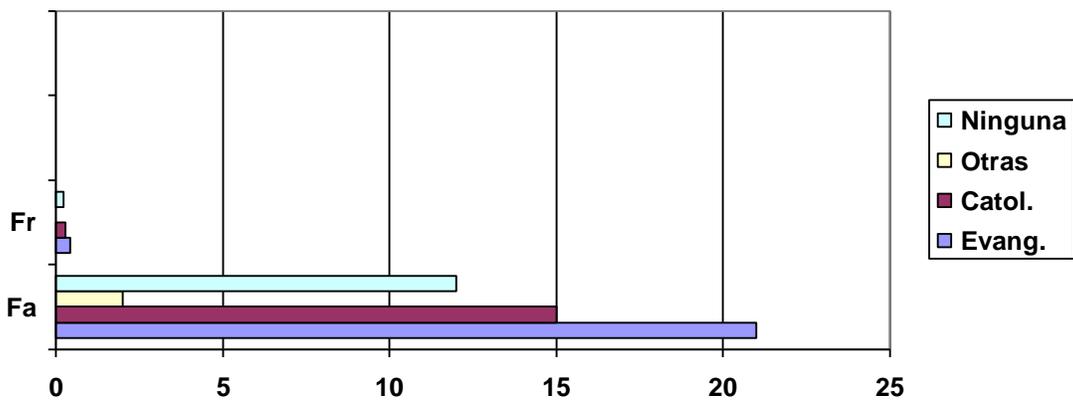
La mayoría de las usuarias mantienen una relación marital inestable, pues se observa mayor incremento en el porcentaje en la categoría de Acompañado el cual corresponde al 50% de la población, lo que conlleva a analizar que en la actualidad no se le da el verdadero valor a las relaciones sexuales y por lo tanto, a las relaciones responsables en la pareja. Pues ésta se somete a dichas relaciones sin estabilidad emocional y que al final podría concluir en una relación fracasada.

Así mismo, se puede observar un 28% de la población corresponde a la categoría de Soltera, lo cual podría llevar a la deserción de la práctica de lactancia materna, por inestabilidad emocional, por frustración o situación laboral dado a la responsabilidad de una sola persona para criar a los hijos.



5- ¿A qué religión pertenece?

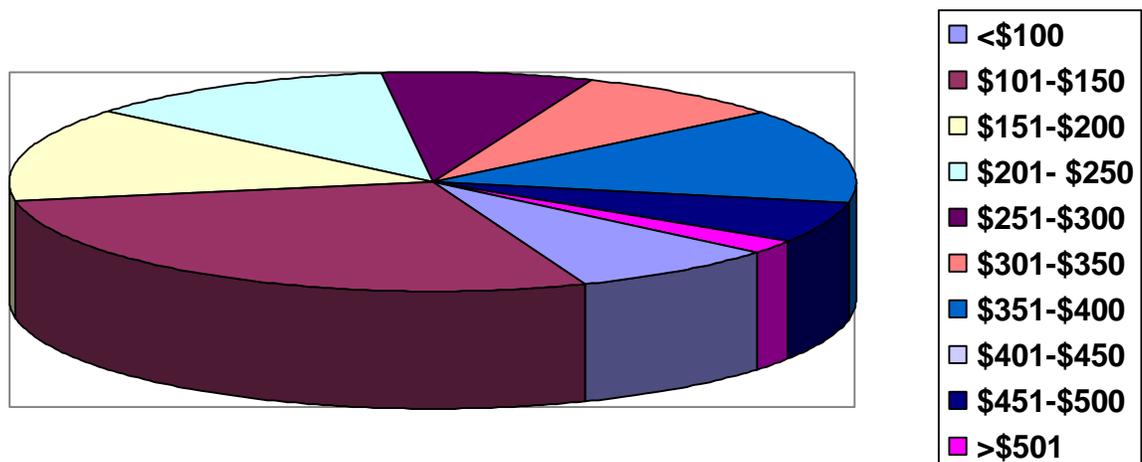
En esta categoría se observa una mayor inclinación hacia la religión evangélica (42%), siguiendo en segundo lugar la religión católica con un 30%, lo que lleva a la conclusión de creencias hacia un Ser Supremo como creador de todo lo natural y por lo tanto a la “práctica de lactancia natural” según lo manifestaron las usuarias.



6.- ¿Cuánto es su ingreso familiar?

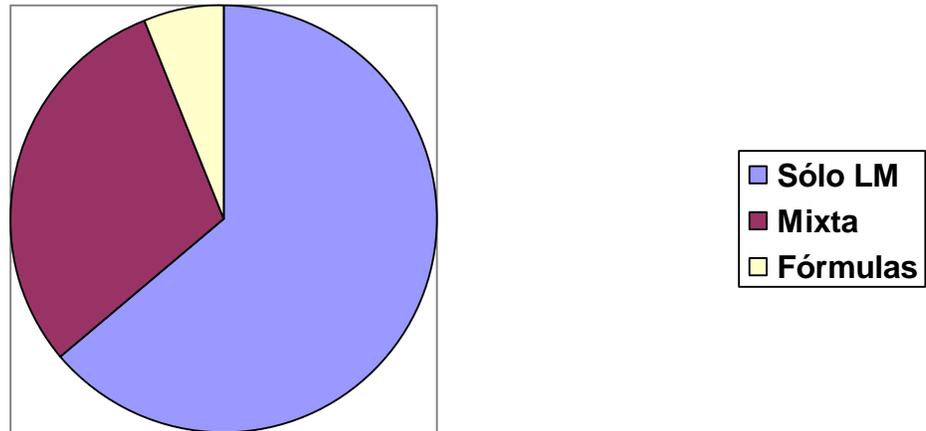
En la actualidad se puede observar un incremento del desempleo, siendo esto motivo mayor para que las usuarias permanezcan más tiempo con sus hijos y que podría favorecer a la

práctica de la lactancia materna, sin embargo para la alza de la canasta básica, éste dato suele ser desfavorable, pues no hay un incremento en los salarios pero sí en los productos de primera necesidad. En este caso, se puede apreciar el mayor porcentaje de los ingresos en este estudio para salarios correspondientes a \$101 a \$150 dólares con el 28% del total. Lo que resulta preocupante para quienes los reciben.



7.- ¿Qué leche dá a los niños?

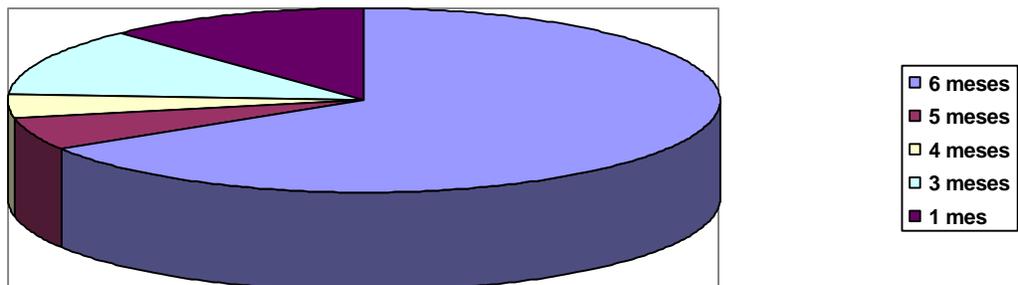
En esta categoría se ha podido observar un incremento de los niveles de conciencia que van adquiriendo las madres con respecto a la lactancia materna, pues se considera alrededor de un 64% de la población en estudio que amamantan a sus hijos o que lo van a realizar las madres que están en período de gestación. Sin embargo, todavía se observan madres que practican la lactancia mixta (30%) aunque su condición económica no sea tan favorable, ya que la mayoría en este ítem respondieron lo mismo: “ me sale poca leche” o “no se llena con mi leche”



8.- Lactancia exclusiva

Se ha observado que la mayoría de usuarias (33) que han recibido charlas sobre lactancia materna están conocedoras de que se debe amamantar de manera exclusiva durante 6 meses, y que posterior a ello se puede introducir otro tipo de alimentos (66%)

Sin embargo, aún se observan madres (17) que consideran iniciar a temprana edad el destete, ya que sólo de esta forma logrará suplir las necesidades alimenticias de su hijo (34%); de éstos, el 12% (6) corresponden a menores con destete de 3 meses, el 4% corresponde a menores de 4 meses, el 6% menores de 5 meses y 12% menores de 1 mes.



9.- El tiempo para amamantar a su hijo.

La mayoría de las madres participantes respondieron que el tiempo para realizar el amamantamiento es “cada vez que el niño llore o lo pida”, pues todas comparten la idea de que esta práctica se debe realizar sin horarios, con todo el tiempo disponible para realizarlo, pues así incrementa y mejora las relaciones madre-hijo y se crea un vínculo más fuerte y saludable tanto física como mentalmente.

10.- Limpieza de los senos.

Es importante destacar este dato, pues también de esto depende una buena salud del bebé y de la madre.

La mayoría de las madres respondieron que realizan la limpieza de sus senos al momento de bañarse, pero que sólo el 15% respondió que no lo realizan antes ni después del amamantamiento; el 35% lo realiza antes del amamantamiento y el 50% restante lo realiza antes y después del amamantamiento.

Esto demuestra que las madres son conocedoras de los riesgos que podría conllevar al no realizar una buena limpieza, la cual siempre se debe hacer antes y después de alimentar al bebé, teniendo siempre en cuenta el considerar alternar los senos para dar mejores resultados y una lactancia exitosa.

11.- ¿Si Ud. Enfermara, continuaría su lactancia, sabiendo que el niño no se van a enfermar?

El 66% de las madres que han realizado o que realizarán lactancia exclusiva respondieron que SI, pues todas están concientes que es un alimento que verdaderamente necesitan los niños. Al mismo tiempo agregaron que “la leche es su alimento”, “tiene muchas vitaminas que los protege de cualquier enfermedad”, “sé que mi leche no le va a caer mal”, “ si el doctor me dice que continúe dando de mamar lo voy a hacer”, “si no se le pasa mi enfermedad lo voy a seguir haciendo”, “ya lo he hecho”.

El resto de madres aunque no practiquen la lactancia exclusiva, refieren que “sí continuarían la lactancia si el niño no se enferma”.

CAPITULO VII

9.- CONCLUSIONES

1. Se identificaron más que todo limitancias dentro de la unidad de salud San Miguelito de los recursos humanos para hacer conciencia de los usos de la leche humana.
2. Se observa además limitancia dentro del personal de salud en unidad de salud y en hospitales llamados de tercer nivel de la red nacional sobre conocimientos de la lactancia humana, lo que hace aún más difícil la tarea de retomar la practica más sencilla de alimentar a un bebé.
3. Pese a limitancias en unidad de salud, las madres participantes están conocedoras de los beneficios de la lactancia y tratan de llevarla a cabo de manera exclusiva por los primeros 6 meses de edad.
4. Los bajos ingresos que actualmente existen y el desempleo resultan ser uno de los factores primordiales para retomar la práctica del amamantamiento.
5. La práctica de la lactancia materna resulta ser muy reconocida dentro del círculo familiar, lo que conlleva a realizar con más apoyo e interés dicha práctica.
6. Los mayores problemas que han propiciado el abandono de la lactancia materna están relacionados con factores que pueden abordarse en la educación, consejería e información adecuada. Los relacionados al trabajo, requieren de apoyo legal que favorezca a la mujer trabajadora y a la familia.

10. RECOMENDACIONES

La lactancia materna adecuada conlleva a la seguridad alimentaria nutricional en todas las etapas del desarrollo y crecimiento del niño, y que se incrementa aún más mediante la educación hacia la madre para desarrollar esta práctica, por lo que hace necesario:

1. Establecer y desarrollar el Programa de Lactancia Materna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en todos los establecimientos de la red nacional.
2. Capacitar al personal de salud de toda la red nacional especialmente de la unidad de salud San Miguelito para promover, apoyar y proteger a la lactancia materna.
3. Incorporar en los programas de salud, estrategias educativas y de estimulación para que además de informar a la madre de los beneficios de lactancia natural se tome en cuenta a los esposos de las usuarias, y el resto de la sociedad familiar.
4. Organizar grupos educativos en unidad de salud San Miguelito para que puedan vincularse con autoridades gubernamentales a fin de que se pueda promover y apoyar la lactancia materna y se incorpore un marco legal regulador.
5. Establecer un consenso de todas las instituciones nacionales e internacionales vinculadas con la lactancia materna (Ministerio de Salud Pública, INCAP, OPS, USAID, UNICEF, ISSS, CALMA), para que se adquiriera el compromiso de promover, proteger y apoyar la lactancia natural.

CAPITULO VIII

11. BIBLIOGRAFIA.

1. Academia Americana de Pediatría. Transferencia de Drogas y Otros Químicos en la Leche Humana. 2000
2. Academia Americana de Pediatría. Reporte del Comité de Enfermedades Infecciosas. 22ª. Edición 1992.
3. Ander Egg, Ezequiel (1989). La practica de la animación sociocultural y el léxico del animado. Ecuador. Editorial. CIESPAL.
4. Carpio Cerna, Julio. (2003). Texto de educación en salud, alimentación y nutrición. Universidad de El Salvador.
5. Cliche, Paúl. (1988) El animador popular y su función educativa. Manuales didácticos CIESPAL. Ecuador.
6. Declaración Conjunta OMS\UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: La función especial de los servicios de maternidad. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989.
7. Manual Práctico de Lactancia Materna. Curso Profesional para Médicos y Enfermeras, UNICEF, OPS, 1992.
8. Majan, L., Stump, S. Nutrición y Dietoterapia de Krause, 9ª. Edición. Editorial McGraw Hill .2001.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Declaración de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. San Salvador, El Salvador, C.A., 1992. .
10. Pritchard, Jack, Obstetricia Williams, 4ª. Edición 1989

12. ANEXOS

ANEXO I

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA LECHE MATERNA.-

<p>LACTANCIA MATERNA, NATURAL U HÓMOLOGA</p> <p>Alimentación con leche humana: materna, de nodriza o procedente de un banco de leche.</p>	<p>LACTANCIA ARTIFICIAL O HETEROLOGA</p> <p>Alimentación con otros tipos de leche, generalmente de vaca.</p>		
<p>V E N T A J A S</p>	<p>La leche humana es un alimento específico. Sus componentes están en la relación cualitativa y cuantitativa adecuada para cubrir las necesidades del niño.</p> <p>COMPOSICIÓN</p> <p>Proteínas. Contenido proteico adecuado.</p> <p style="padding-left: 40px;">Rica en seroalbúmina. Poca Caseína. Abundantes aminoácidos Esenciales Fácil de digerir.</p> <p>Lípidos. Abundantes ácidos grasos Insaturados. Deficiente en ácidos grasos Saturados.</p> <p>Hidratos de Carbono. Contenido adecuado de lactosa</p> <p>Sales. Menor contenido</p> <p>Rica en vitaminas, fermentos, hormonas y anticuerpos.</p>	<p>La leche de vaca no es un alimento específico y sus componentes no están en la relación cualitativa y cuantitativa adecuada. Debe ser humanizada, es decir, adaptada a las necesidades del niño.</p> <p>COMPOSICION</p> <p>Proteínas. Mayor contenido proteico Poca seroalbúmina Rica en caseína Deficiente en aminoácidos esenciales.</p> <p>Más difícil de digerir</p> <p>Lípidos. Deficiente en ácidos grasos insaturados. Abundantes ácidos grasos saturados (son menos digeribles y más irritantes).</p> <p>Hidratos de Carbono. Menor contenido de Lactosa</p> <p>Sales. Mayor contenido</p> <p>Pocas vitaminas y fermentos.</p>	<p>I N C O N V E N I E N T E S</p>

No precisa preparación. Disponible a cualquier momento y a la temperatura adecuada.	Precisa preparación (riesgo de mala dosificación). Requiere grandes medidas de higiene.
Económica.	No económica.
Sin contaminación bacteriana.	Posible contaminación bacteriana.
Raramente provoca alergia o intolerancia.	Alergia e intolerancia más frecuente.
Estimula una flora intestinal correcta.	Flora intestinal anómala (diarreas frecuentes).
Contiene lisozima y anticuerpos (defensa intestinal frente a las infecciones).	Infecciones intestinales más frecuentes
Establece una relación psíquica madre-hijo muy intensa	Relación madre-hijo menor.
Disminuye la frecuencia del cáncer de mama.	
Disminuye el tiempo de involución del útero	
Impide desarrollar una vida social y profesional normal.	Permite desarrollar actividades normales.
Riesgo de grietas en el pezón, galactoforitis, linfangitis y mastitis. Precisa una higiene escrupulosa.	
Si la cantidad de la leche es insuficiente, debe seguirse una lactancia mixta o artificial.	Suple la falta de leche materna.
Pérdida del tono del pecho.	
Pasos de fármacos y otras sustancias a la leche.	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
ANEXO II

Guía de encuesta a pacientes que asisten a consultas en Unidad de Salud San Miguelito de San Salvador.

Tiempo de entrevista : 15 minutos Fecha: _____

Objetivo: Recolectar información a través de pacientes que asisten a controles en Unidad de Salud San Miguelito.

- 1.- Qué edad tiene? _____
- 2.- Cuántos hijos tiene? _____
- 3.- Grado estudiado _____
- 4.- Estado civil _____
- 5.- Usted trabaja? _____
- 6.-Cuál es su religión? _____
- 7.- Cuánto es su ingreso familiar? _____
- 8.- Qué clase de leche dá o dará a su hijo? _____ por qué? _____

- 9.- Tiene conocimientos a cerca de los beneficios de la leche materna _____ a dónde obtuvo los conocimientos _____
- 10.- Cuánto tiempo dá de amamantar a su hijo? _____
- 11.-Cuál es la posición en que realiza el amamantamiento? _____
- 12.- Alterna los pechos en el momento de amamantar? _____
- 13.- Cómo realiza la limpieza de sus senos? _____
- 14.-Cómo es su relación con su bebé? _____
- 15.- Qué siente o sintió al dar de mamar a su hijo? _____

16.- Considera Ud. que la leche materna es el mejor alimento para su bebé
_____ por qué? _____

17.- Tiene o tendrá inscrito a su hijo en el programa de Niño Sano. _____

18.- Hasta qué edad dá o dará de amamantar exclusivamente a su hijo _____

19.- Si Ud. enfermara, daría pecho a su hijo sabiendo que el niño no se va a
enfermar _____ por qué? _____

20.- Qué actitudes toma su familia con respecto a la lactancia
materna _____