

CONSEJERIA INTEGRAL PARA EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA

PASANTÍA INSTITUCIONAL

AUTORES:

**BRAYAN DAVID CHAVES
INGRITH PAOLA GAMBOA
JOHAN DAVID GIL
ESTEFANIA MUÑOZ**

DOCENTE ASESOR:

VICTOR HUGO QUINTERO BAUTISTA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI**

2017

CONSEJERIA INTEGRAL PARA EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA

PASANTÍA INSTITUCIONAL

AUTORES:

**BRAYAN DAVID CHAVES
INGRITH PAOLA GAMBOA
JOHAN DAVID GIL
ESTEFANIA MUÑOZ**

DOCENTE ASESOR:

VICTOR HUGO QUINTERO BAUTISTA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI**

2017

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	4
PROPÓSITO DE PASANTÍA	5
MARCO DE REFERENCIA.....	6
METODOLOGÍA.....	91
Consideraciones Éticas.....	91
FASES DE LA PASANTÍA.....	91
RECURSOS.....	99
RESULTADOS	100
CONSEJERIAS EN LACTANCIA MATERNA.....	102
MADRES LACTANTES CON SEGUIMIENTO TELEFONICO.....	115
MADRES LACTANTES QUE COMPLETARON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	127
MADRES LACTANTES QUE INTERRUMPIERON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	150
MADRES LACTANTES QUE INTERRUMPIERON LA LACTANCIA MATERNASEGÚN EL MES.....	175
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	198
CONCLUSIONES	217
RECOMENDACIONES	219
BIBLIOGRAFIA	221
ANEXOS.....	224

INTRODUCCIÓN

La pasantía en Consejería Integral en Lactancia Materna busca la implementación de la estrategia IAMI, especialmente el paso No. 6 Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna “Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más”, en busca de contribuir al desarrollo del lactante, fortalecer el vínculo con su madre y disminuir los indicadores de morbi-mortalidad del lactante (1).

El marco teórico del proyecto de consejería integral en lactancia materna se guía bajo los postulados de la Teoría del cuidado de Kristen Swanson: estar con, hacer por, posibilitar, mantener las creencias y conocer. Los cuáles son desarrollados en las consejerías individuales en lactancia materna dirigidos a fortalecer los conocimientos y habilidades de las madres y sus acompañantes que se encuentren en salas de puerperio y sala de parto.

Además se busca incrementar los indicadores de lactancia en el recién nacido durante las 6 primeros meses de forma exclusiva. La ejecución de las actividades de consejerías se llevará a cabo en el hospital Universitario del Valle Evaristo García en los servicios de puerperio y sala de partos.

JUSTIFICACIÓN

En Colombia, como en la mayor parte del mundo, se ha llegado a consenso, sobre la importancia del cuidado, la lactancia materna en el desarrollo y crecimiento del lactante, así como potenciar una alimentación adecuada y estimulación temprana en la niñez, como determinante de una vida adulta saludable en los aspectos biológico y psicosocial.

El Ministerio de Salud y protección social de Colombia, en su apartado ¿Por qué amamantar? (2010) afirma: “El amamantamiento es la forma natural, normal y específica de la especie humana para alimentar a sus hijos e hijas. La leche materna es el mejor y único alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tan pronto nace, no solo por su contenido nutricional, sino también por su contribución emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa, que vincula además al padre y a la familia”. (2)

En contraste con los adelantos tecnológicos aplicados al área de salud para aumentar la expectativa y la calidad de vida, la duración de la lactancia materna exclusiva tan solo llegó a 1.8 meses para el año 2010, situación problemática asociada a la globalización y el libre mercado de la sociedad de consumo; la comercialización de los sucedáneos de leche materna, los cambios de roles en la familia y las demandas de sostenimiento que impulsan a la mujer a retomar más tempranamente sus labores económicas y hogareñas, que ponen en riesgo la práctica tradicional en lactancia natural y sostenida durante el primer año de vida del lactante (2).

Por los argumentos anteriormente expuestos, se hace necesario que la promoción

sea, efectiva y adecuada, en relación a la lactancia materna, por parte de las autoridades en salud pública y en especial, por los profesionales y auxiliares de enfermería del HUV. Desde enfermería se debe proporcionar una atención humana e integral que brinde soluciones a las necesidades de cada mujer embarazada, en torno al proceso de lactancia; desde el apoyo emocional en el contexto social y familiar, para la generación de estrategias en los casos de riesgo de destete precoz, hasta la aplicación de sus competencias clínicas, en los que la limitante de la lactancia materna está vinculada a problemas de salud, tanto de la madre como del lactante.

Por tanto la presente propuesta de pasantía institucional en el marco del Proyecto de consejería integral en lactancia materna; debe contribuir a una capacitación conceptual suficiente de las madres, así como promover la adquisición y desarrollo de habilidades para lograr la lactancia materna exclusiva en el servicio de partos y puerperio del HUV, para contribuir con un amamantamiento satisfactorio.

Sumado a los beneficios contemplados para las madres y sus lactantes, se generarán aportes al HUV en torno a las condiciones de Acreditación institucional. Por otra parte los estudiantes vinculados a la pasantía tendrán la oportunidad de realizar una práctica afín a sus intereses, a la vez que serán gestores del mejoramiento de procesos de atención en salud de la institución en mención. Finalmente desde el proyecto de pasantía se cimentaran las bases para construir un programa con beneficios tanto para el programa de Enfermería de la Universidad del Valle y para el HUV, como también para la población bajo su área de cobertura.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir con la implementación del sexto paso de la estrategia IAMI, fortaleciendo las actividades de consejería en lactancia materna dirigidas a las madres lactantes en los servicios de parto y puerperio del Hospital Universitario Del Valle, durante el periodo comprendido entre febrero de 2016 – abril del 2017. Mediante la aplicación de sesiones presenciales de consejería individual y seguimiento telefónico a madres lactantes, para contribuir al inicio temprano y al mantenimiento de lactancia materna exclusiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Asesorar a las madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, para el desarrollo físico y cognitivo del recién nacido, a través de sesiones individuales de consejería en lactancia materna y seguimiento telefónico.
- Fortalecer las habilidades de consejería en lactancia materna en los estudiantes en pasantía institucional para el éxito de la lactancia materna.
- Adquirir conocimientos de investigación a partir de la aplicación de instrumentos de medición y análisis de los datos recopilados.

PROPÓSITO DE PASANTÍA

- Consolidar conocimientos teórico y prácticos en lactancia materna, en los estudiantes que implementaran la pasantía institucional, sumando a esto se potenciará en los mismos, habilidades de comunicación y manejo de grupos.
- Proporcionar el inicio temprano y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en las madres lactantes y de esta forma consolidar la certificación del HUV como una institución amiga de la mujer y de la infancia.

MARCO DE REFERENCIA

La lactancia materna es el regalo más preciado que una madre puede dar a su hijo.

En la enfermedad o la desnutrición, este regalo puede salvar la vida.

En la pobreza puede ser el único regalo.

Ruth A. Lawrence. 1991

PUERPERIO

El puerperio normal es el período que transcurre desde que termina el alumbramiento hasta el regreso al estado pre gravídico de la mujer. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad, algo que se considera importante en el inicio precoz de la lactancia materna.

El puerperio se divide en:

1. Puerperio inmediato, que está dado en las primeras 24 horas.
2. Puerperio mediato, que transcurre desde 1 hasta los 10 días.
3. Puerperio tardío, desde el onceno hasta los 42 días posteriores al parto.

Este periodo contiene diversas modificaciones tanto anatómicas como funcionales en el organismo de las puérperas, el cual necesita de una estricta atención por parte del personal de salud, ya que es un periodo importante para el binomio madre-hijo, y para la familia. Es en dicho periodo donde se inicia el apego entre madre e hijo, vínculo que contribuirá a que la lactancia materna continúe satisfactoriamente tras el regreso de la madre y el recién nacido.

En el puerperio se afianza la educación que se le brinda a la madre en los distintos controles prenatales sobre los cuidados del recién nacido, entre los cuales se

encuentra en primera instancia la lactancia materna. De allí que el puerperio sea el momento idóneo para realizar consejería en lactancia materna, partiendo del hecho de que aunque la capacidad de lactar es una característica de todos los mamíferos, para la mujer no constituye una conducta instintiva, sino que por el contrario es un hecho que se ha de aprender y practicar, y para su éxito y continuidad debe representar una experiencia agradable y placentera (3).

Muchos de los problemas asociados a la práctica de la lactancia materna aparecen en los primeros días del puerperio, aunque algunos de ellos pueden aparecer de forma más tardía, entre los problemas más frecuentes tenemos: grietas y dolor en los pezones, ingurgitación mamaria, obstrucción de los conductos lactíferos entre otros (2). De su rápida y efectiva resolución dependerá la posibilidad de continuar amamantando sin dificultad por el tiempo que la madre decida (4).

La mayoría de estos problemas y dudas son casi siempre temporales y de fácil prevención y solución, con un correcto asesoramiento e intervención por parte de los profesionales de la salud, por tal motivo el personal auxiliar y profesional de enfermería debe ofrecer a la madre apoyo y orientación constante durante la estancia hospitalaria, lo que incluye promover el inicio temprano de la práctica de lactancia materna (2).

Se recomienda que todos los niños sean amamantados y empiecen a recibir calostro (primera leche) en la primera hora posparto, por su alto contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos y para estimular la pronta producción láctea definitiva por parte de la madre (5). Con el propósito de cumplir estas recomendaciones, es indispensable contemplar la estrategia de atención, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, que será descrita a continuación.

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)

La Estrategia (IAMI) es una iniciativa propuesta al país por El Fondo Internacional

de Emergencia para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el fin de motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas (6).

Surgió en Colombia a principios de 1990 a raíz del cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de Jefes de Países para la Infancia celebrada en la O.N.U., Nueva York, en septiembre de 1990, tuvo como propósito inicial recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil que contribuiría a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, a través del cumplimiento de los «Diez Pasos para una Lactancia Exitosa» (7).

Luego, la iniciativa evolucionó y amplió su visión, hasta dar lugar a un modelo de atención integral de elevada calidad para la mujer y la niñez, incorporando otros elementos de vital importancia para la salud materna-infantil, tales como la atención a la gestante, su proceso de parto, puerperio, recién nacido, bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo infantil, consejería y test para el VIH, entre otros, siempre combinados con el compromiso para una atención cálida y respetuosa.

El convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia es un proceso que se inicia con la voluntad política de las entidades de salud y a través de una auto-apreciación se establece una línea de base de sus prácticas vigentes con respecto a los siguientes diez pasos:

1. Disponer por escrito de una política en favor de la salud materna e infantil con enfoque de derechos y criterios de calidad que incluya el fomento a la lactancia materna.
2. Capacitar a todo el personal de salud que atiende a la mujer y la infancia, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política IAMI.
3. Brindar a las mujeres gestantes, educación, atención oportuna y pertinente

para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, fomentando la participación

4. Garantizar la atención del parto con calidad y calidez, dentro de un ambiente de respeto libre de intervenciones médicas innecesarias, favorecer el inicio temprano de la lactancia materna en la primera media hora del nacimiento y el contacto inmediato piel a piel.
5. Brindar ayuda efectiva a las mujeres y sus familias para que puedan poner en práctica la lactancia materna incluso si tienen que separarse de sus hijos e hijas, y orientarlas sobre los cuidados del recién nacido y pautas de crianza.
6. Promover en las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, el control del crecimiento y desarrollo infantil y la adecuada nutrición de la madre.
7. Favorecer el alojamiento conjunto madre-hijo ó madre-hija durante las 24 horas del día en caso de hospitalización, aún en caso de niñas y niños mayorcitos (en las unidades neonatales, en urgencias y en pediatría).
8. Fomentar en las madres y familias la práctica de la lactancia materna a libre demanda sin restricción ni horarios fijos, y promover el apoyo a la madre lactante por parte del esposo o compañero y de la familia.
9. No dar a los niños y niñas alimentados al pecho, chupos, ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y la norma nacional que lo adopte.
10. Desarrollar estrategias de apoyo a la madre a través de la conformación de Grupos de Apoyo a la madre y al desarrollo infantil, y establecer mecanismos de apoyo institucional que permitan resolver los problemas tempranos durante el amamantamiento y la crianza

Las entidades de salud para ser reconocidas como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia deben cumplir con los 10 pasos enunciados en la estrategia, Estos son definidos como indicadores de estructura, proceso y resultado que

demuestran cómo se cumple cada uno de ellos.

Las actividades del presente proyecto, se encuentran encaminadas a fortalecer aspectos contemplados en los pasos de la estrategia IAMI, los cuales son:

Paso 4: Favorecer el inicio temprano de la lactancia materna en la primera media hora del nacimiento y el contacto inmediato piel a piel.

Paso 5: Brindar ayuda efectiva a las mujeres y sus familias para que puedan poner en práctica la lactancia materna incluso si tienen que separarse de sus hijos e hijas.

Paso 6: Promover en las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más.

Paso 8: Fomentar en las madres y familias la práctica de la lactancia materna a libre demanda sin restricción ni horarios fijos, y promover el apoyo a la madre lactante por parte del esposo o compañero y de la familia.

Paso 10: Desarrollar estrategias de apoyo a la madre y al desarrollo infantil a través de la conformación de Grupos de Apoyo.

Los pasos anteriormente seleccionados, serán abordados bajo el modelo de consejería en lactancia materna propuesto por la OMS y la UNICEF.

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Partiendo del hecho de que todos los agentes de salud, encargados de cuidar a las madres y a sus hijos en el período postnatal, juegan un papel clave en mantener la lactancia, la OMS establece una estrategia llamada “Consejería en Lactancia Materna”, la cual busca capacitar a los agentes de salud de todos los

países, encargados del cuidado de madres y niños, dotándolos de las habilidades requeridas para apoyar y proteger la lactancia materna y así disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad infantil, sobre todo por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. El 55% de las muertes de lactantes latinoamericanos por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas serían evitables con la lactancia materna exclusiva de los menores de 4 meses y con la lactancia materna parcial o mixta de los lactantes de 4 a 12 meses (8). Por otro lado La lactancia materna exclusiva puede evitar un 13% de todas las muertes de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo cual significa aproximadamente 52 000 muertes evitables en toda América Latina y el Caribe (9).

Cerca de 50%-60% de la mortalidad en menores de cinco años se debe a la malnutrición causada por alimentos complementarios inapropiados, a la alimentación posterior a una práctica de la lactancia materna inadecuada y al bajo peso al nacer; la leche materna, en especial la lactancia materna exclusiva proporciona la mayoría de los micronutrientes en cantidades adecuadas, al igual que los niveles necesarios de proteínas y carbohidratos. Lo que indica que la práctica de lactancia materna es la forma preventiva y eficaz para salvar vidas en los niños (10).

Un consejero en lactancia materna debe contar indispensablemente de habilidades clínicas e interpersonales necesarias para apoyar prácticas óptimas de lactancia materna y cuando sea requerido para ayudar a las madres a superar dificultades. Dichas habilidades necesarias las enmarca la OMS en su manual para Consejería en lactancia materna, las cuales son: escucha, aprendizaje, confianza y capacidad de dar apoyo; estas habilidades cuentan con una serie de técnicas necesarias para la aplicación y el abordaje de las mismas.

La aplicación del modelo de consejería en lactancia materna está constituido por dos aspectos de gran importancia: el conocimiento sobre lactancia materna y las

habilidades para la práctica y el contacto a la mujer lactante y su recién nacido que son indispensables para el quehacer de enfermería.

HABILIDADES DE CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

Según Bárbara Knapp, las habilidades son definidas como la capacidad adquirida por aprendizaje, de producir resultados previstos, con el máximo de certeza y frecuentemente, con el mínimo dispendio de tiempo, energía, de ambas. Dentro del manual de consejería en lactancia materna, existen cuatro habilidades necesarias para el fomento y el éxito de la lactancia materna, dichas habilidades se encuentran agrupadas en parejas, las cuales poseen técnicas, diseñadas para el desarrollo y aplicación de las mismas.

Habilidad de escucha y aprendizaje

Una madre lactante no siempre habla fácilmente sobre sus sentimientos; especialmente si es tímida o está con alguien a quien ella no conoce bien. Se necesita la habilidad de escuchar y de hacerle sentir que está realmente interesado en ella. Esto animará a la madre a decirle algo más y habrá menos posibilidades de que se encierre en sí misma y no exprese lo que le está pasando.

Para establecer una relación de escucha y aprendizaje entre el personal auxiliar y profesional de enfermería, es necesario aplicar las siguientes seis técnicas:

Técnica 1: Use toda la comunicación no-verbal que le resulte útil. Comunicación no-verbal significa que usted muestra su actitud con su postura, su expresión, etc. Es decir, a través del todo excepto del habla. La comunicación no-verbal útil le hace sentir a la madre que usted se interesa en ella, lo cual la animará a expresarse. Para ello mantenga la cabeza al mismo nivel que la de la madre, ponga atención a lo que ella habla, haga contacto físico apropiado.

Técnica 2: Haga preguntas abiertas. Las preguntas abiertas son útiles para estimular el diálogo. Para responderlas, la madre tendrá que aportar información general y descriptiva.

Las preguntas abiertas son útiles para comenzar una conversación, para continuar la conversación.

Técnica 3: Use respuestas y gestos que muestren interés. Otra forma de animar a la madre a hablar es usar gestos como asentir con la cabeza o sonreírse, y dar respuestas simples como “Mmm...”, “Ajá...”, “Ya veo...”. Estos signos muestran que usted tiene interés en ella.

Técnica 4: Devuélvale el comentario a la madre. Devolverle el comentario quiere decir que usted repite lo que la madre ha dicho para mostrar que la estuvo escuchando, animándola de ese modo a que diga más. Trate de decirlo de una manera ligeramente diferente.

Técnica 5: Dé muestras de empatía: muestre que entiende cómo se siente. Mostrar empatía es poder identificarse mentalmente con alguien: ponerse en su lugar, mirar las cosas desde su punto de vista.

Técnica 6: Evite el uso de palabras enjuiciadoras, como: correcto, incorrecto, mal, bien, bueno, suficiente, adecuadamente. Si usted usa estas palabras al preguntar, puede hacer sentir a la madre que está equivocada o que algo anda mal con su bebé.

Habilidad para reforzar la confianza y dar apoyo.

La madre lactante fácilmente pierde confianza en sí misma. Esto puede llevarla a ofrecer a su bebé alimentos innecesarios y ceder ante presiones de la familia o de los amigos para darle comidas artificiales. Es necesaria esta habilidad para ayudar a la mujer lactante a sentirse confiada y bien consigo misma. La confianza en sí misma puede ayudar a la madre a tener éxito con la lactancia. También le ayuda a

resistir las presiones de las otras personas.

Es importante no hacer sentir a la madre que ella ha hecho algo mal. La madre cree, fácilmente que algo está mal con su leche o que no está haciendo las cosas bien. Es importante evitar decirle a la madre lactante qué tiene que hacer.

Ayudar a cada madre a que ella misma decida qué es lo mejor para ella y para su bebé. Esto le aumenta la confianza en sí misma. Existen seis técnicas para reforzar la confianza y dar apoyo, estas son:

Técnica 1: Acepte lo que la madre piensa y siente. En ocasiones una mamá tiene una idea errónea con la cual no se está de acuerdo. Si usted está en desacuerdo con ella, o la crítica, le hará sentir que está equivocada. Esto reduce su confianza en sí misma. Si se está de acuerdo con ella, más tarde será más difícil que le sugiera algo diferente. Es más útil aceptar lo que ella piensa. Aceptar quiere decir responder de manera neutral, sin ponerse de acuerdo pero sin estar en desacuerdo. .

Dar muestra de empatía es una forma útil de mostrar que uno acepta cómo se siente la madre.

Técnica 2: Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien. Nosotros, como agentes de salud, hemos sido entrenados para buscar los problemas.

Como consejeros debemos aprender a detectar y reconocer lo que las madres y los bebés lo hacen bien. El elogio de las buenas prácticas trae los siguientes beneficios:

- Le retuerza la confianza a la madre.
- La estimula a que continúe con esas buenas prácticas.
- Hace más fácil que ella acepte sugerencias más tarde.

Técnica 3: Ofrezca ayuda práctica. Algunas veces es mejor dar ayuda práctica que decir algo. Por ejemplo:

- Cuando la madre se siente cansada, sucia, o incómoda.
- Cuando tiene hambre y sed.
- Cuando ya ha recibido una gran cantidad de consejos.
- Cuando usted desea demostrarle apoyo y aceptación.
- Cuando la madre tiene un problema que es netamente práctico.

Técnica 4: Dé una información pertinente y corta en el momento oportuno. La información pertinente es aquella información que es útil para la madre ahora.

Cuando usted le dé información a la madre, recuerde los siguientes puntos:

- Dígale las cosas que puede hacer hoy, no dentro de unas cuantas semanas.
- Trate de darle solamente una o de informaciones cada vez, especialmente si está cansada o ya ha recibido muchos consejos.
- Espérese hasta cuando haya reforzado su confianza, aceptando lo que dice y elogiando lo que ella y su bebé hacen bien.
- Dele información de una manera positiva, que no parezca que la está criticando.

Técnica 5: Use lenguaje sencillo. Use términos familiares sencillos para explicarles las cosas a las madres.

Técnica 6: Haga una o dos sugerencias, no dé órdenes. Tenga cuidado de no decir u ordenar a la madre que haga algo. Esto no le ayuda a tenerse confianza. En vez de eso, cuando le dé consejería a una madre, sugiérale otras opciones. Esto la deja a ella con la sensación de estar en control y la ayuda a sentirse más confiada en sus propias habilidades.

CUALIDADES PARA REALIZAR CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

Existen cualidades indispensables a la hora de realizar consejería en lactancia materna.

Empatía: Significa tener la capacidad de entender y que las otras madres se sientan comprendidas, ponerse en su lugar sin sustituirlas y estar en consonancia con ellas. Esta habilidad ayuda a la consejera a seleccionar, percibir y responder con exactitud a los sentimientos de cada mamá.

Autenticidad: Una consejera auténtica es genuina respecto de su sistema de creencias; escucha y responde manteniendo sus propios valores e ideales. Para lograrlo, es necesario ser consciente de los mismos. De esta manera satisface las necesidades de las madres y no sus deseos

Respeto: Una buena consejera respeta a la madre cuando ésta expresa sus puntos de vista, sus creencias y sus valores, sin juzgarla ni imponerse, aceptándola tal cual es y valorándola como ser humano. La idea es respetar la elección de la madre y su sistema de creencias, con la convicción de que ella tiene la libertad de escoger su propio camino y aceptando sus sentimientos, sean estos positivos o negativos. Aceptarlos no es lo mismo que estar de acuerdo con ellos.

Atención: La coordinadora debe escuchar cuidadosamente y aprender de las madres, evitando interrumpirlas o indagarlas. Sólo retenemos 1/6 de lo que escuchamos, por lo tanto, debemos hacer un esfuerzo de concentración hacia lo que la madre dice. Tenemos la capacidad de entender 600 palabras por minuto y pronunciar 125. La mente puede divagar mientras el otro habla, por lo que es necesario hacer un esfuerzo para mantener la atención.

Lenguaje corporal: para lograr una buena comunicación, la consejera debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Mirar a los ojos a quien le habla.
2. Responder con mirada de aprobación.

3. Alinear el cuerpo con el otro.
4. Establecer contacto físico.
5. Permanecer callada.
6. No distraerse leyendo o escribiendo.
7. No interrumpir

Paciencia: esta cualidad permite no darle a la madre más de lo que ella pueda incorporar y dejarla actuar a su propio ritmo. La paciencia de la consejera da tiempo a la mamá para definir y expresar sus problemas.

Pragmatismo: la consejera debe ser práctica y concreta, para poder resumir lo que la madre contó y expresar el contenido en términos claros.

ROL DE LA CONSEJERA(O)

Es fundamental que la consejera logre que la madre se sienta cómoda. La consejera debe tener cuidado para no monopolizar el intercambio de ideas y permanecer en silencio la mayor parte del tiempo, pero atenta para poder guiar y resumir la conversación.

La consejera además es responsable de:

- Alentar a las madres a hablar y ayudarse entre sí; enseñarles a escucharse mutuamente, recordándoles que hablen de a una por vez, sin conversaciones laterales y en voz baja, para que todas puedan beneficiarse de lo que se habla.
- Mantener activa la participación de las madres haciendo preguntas generadoras cuando la discusión se detiene.

- Actuar como facilitadora de los procesos educativos que viven las integrantes del grupo. Por ejemplo, si una madre hace una consulta, puede invitar a las otras madres a responder, estando atenta para reforzar la información correcta. Esta información debe ofrecerse únicamente cuando no surge espontáneamente de los miembros del grupo
- Las madres deben sentir que son bienvenidas con sus bebés.
- Lograr la identidad grupal: crear un nombre, un logo o un lema. Registrar los nombres de cada mamá y su bebé, su teléfono y su dirección.
- Es importante llevar un sistema de registro de datos que permitan realizar un seguimiento posterior.

CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA

LACTANCIA MATERNA- FUENTE DE AMOR Y VIDA

La lactancia materna proporciona un óptimo crecimiento y desarrollo del recién nacido; además sirve como base para la formación del vínculo afectivo y apego del binomio madre –hijo, Según Freud el bebé nace totalmente dependiente de los cuidados maternos con los que forma una unidad indisoluble.

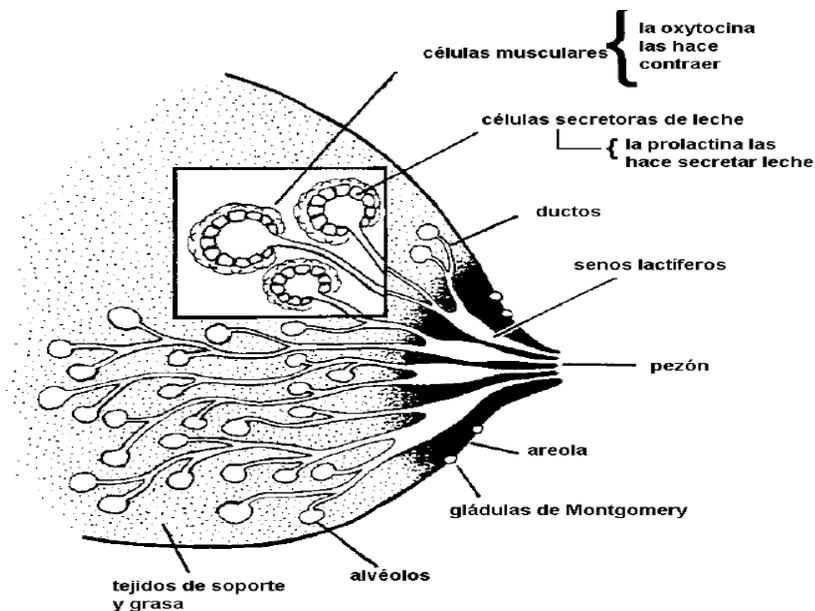
El vínculo afectivo, se conoce en el mundo del psicoanálisis como “Apego”, John Bowlby en 1960 propuso la llamada teoría del apego, según la cual la naturaleza de los vínculos entre el bebé y la madre es la expresión del apego generalizado que protege al niño. La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez (11).

El bebé es un ser, que tiene capacidades y reactividad desde la época fetal. El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para

el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo. Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo (12).

CÓMO FUNCIONA LA LACTANCIA MATERNA

ANATOMÍA DE LA MAMA



Se observa el pezón, la areola (área de piel oscura que rodea el pezón), en la cual se encuentran pequeñas glándulas de Montgomery, que secretan un líquido aceitoso para mantenerla piel integra. Dentro de la mama están los alvéolos, los cuales son sacos muy pequeños hechos de células secretoras de leche, los cuales están mediados por una hormona llamada prolactina, que hace que dichas células produzcan leche. Alrededor de los alvéolos están las células musculares, las cuales se contraen y extraen la leche, por medio de una hormona llamada Oxitocina. También existen pequeños tubos o conductos que transportan la leche desde los alvéolos hacia el exterior de la mama.

Debajo de la areola los conductos se agrandan y forman los senos lactíferos, en donde se acumula la leche preparándose para cuando el niño inicie su lactancia. Estos conductos se adelgazan de nuevo al pasar por el pezón.

Los alvéolos secretores y los ductos están rodeados por tejido de apoyo y por grasa. La grasa y el otro tejido son los que le dan al pecho su forma y los que más contribuyen a hacer la diferencia entre mamas grandes y pequeñas.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA



La producción y estimulación de la leche materna inicia cuando (13):

El bebé succiona del seno de la madre, en el pezón se originan impulsos nerviosos que van al cerebro en donde se encuentra la glándula pituitaria, encargada de estimular la secreción de una hormona llamada Prolactina, que como su nombre lo indica, es la encargada de la producción de la leche materna.

Media hora después de la mamada, suben los niveles de prolactina en la sangre, esto permite que se continúe produciendo la leche materna, se almacene en el seno y pueda estar disponible para la próxima toma del bebé. La succión del bebé, además de garantizar la producción.

La succión del bebé, además de garantizar la producción de leche materna, también estimula en el cerebro la glándula pituitaria, para que produzca otra hormona llamada Oxitocina que es la encargada de la eyección o salida de la leche materna, lo que también se conoce como el reflejo de “Bajada de la leche”.

Este reflejo es muy sensible y puede empezar a funcionar con solo recordar, tocar o sentir al bebé, aún antes que succione, provocando que la leche fluya abundantemente.

Por otra parte, la leche materna contiene una sustancia que puede disminuir o “secar” la producción de la leche. Esta sustancia funciona así, si el seno se llena de leche, el inhibidor frena la producción, pero si el seno se desocupa porque el bebé succiona o la leche materna es extraída, el inhibidor desaparece, de manera que el seno produce nuevamente más leche. Esta es la razón por la cual se puede disminuir la producción de la leche materna

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA.

Factores positivos:

- Madre acepta a su bebe.
- Sentimientos de amor de la madre para con su hijo.
- Confianza en el momento de lactar.
- Recordar, tocar o sentir al bebé, antes de succionar.

- Sensaciones tales como las que se obtiene al ver o escuchar el llanto del bebé.

Factores negativos:

- El dolor.
- Miedo.
- Preocupación.
- Dudas de la madre.
- El estrés.
- Rechazo hacia su hijo.

Factores que no afectan el aporte de leche materna

- Edad de la madre
- Coito
- Menstruación
- Falta de aprobación de familiares y amigos
- Regreso al trabajo (si el bebé sigue mamando frecuentemente)
- Edad del bebé
- Operación cesárea
- Parto prematuro
- Muchos niños
- Dieta común y corriente.

TIPOS DE LACTANCIA MATERNA

- Lactancia materna exclusiva (LME): alimentación exclusiva por leche materna.

- Lactancia materna parcial o mixta (LM): alimentación por leche materna y preparados artificiales, independientemente de su proporción.
- Lactancia artificial (LA): alimentación del niño exclusivamente con preparados artificiales.
- Lactancia materna total (LMT): inclusión de lactancia materna exclusiva y mixta.

CLASES DE LECHE MATERNA

Los principales componentes de la leche son: agua (un 88%), proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza u oligoelementos, hormonas y enzimas. La proporción de estos componentes puede variar de acuerdo al tipo de leche (14):

- La leche del prematuro

Se produce en las mujeres que han tenido un parto pre término, contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, para el niño prematuro; ya que el niño tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna"

- El calostro

Es un líquido amarillento rico en proteína, vitaminas liposolubles y minerales, precursor de la leche materna. Es secretado por la glándula mamaria durante los últimos meses del embarazo y los tres a cuatro días que siguen al parto.

En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

El calostro le “proporciona al bebé todo lo que necesita”, actuando como un laxante suave, preparando el aparato digestivo del bebé para recibir la leche materna o proporcionándole al bebé anticuerpos.

En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.

- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

- La leche de transición

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

Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.

- La leche materna madura

Es secretada por las glándulas mamarias del décimo después del parto. Es la leche materna propiamente dicha. Le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que requiere para su normal desarrollo y crecimiento durante los

primeros seis meses de vida, se recomienda hasta los dos años de edad, junto con la alimentación complementaria.

Nutrientes	CALOSTRO	LECHE DE TRANSICIÓN	LECHE MADURA
Energía (Kcal.)	58	74	70
Proteínas (g)	2.3	1.6	1.05
Carbohidratos (G)	5.3	6.6	7.0
Grasas (g)	2,9	3,5	4,2
Calcio (mg)	28	29 a 34	28
Hierro (mg)	0.04	0.04	0.04
Vitamina A (ug)	161	88	48
Vitamina C (mg)	7,2	7,1	5

COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA (15)

AGUA: en un 98%

CARBOHIDRATOS: Lactosa, Oligosacáridos, Glicopéptidos, Factores bífidos.

LIPIDOS

- Vitaminas liposolubles: (D,E,K,A), Carotenoides, Ácidos grasos, Fosfolípidos, Esteroles e Hidrocarburos, Triglicéridos.
- Vitaminas hidrosolubles: Biotina, Colina, Niacina, Folato, Inositol, Riboflavina, Tiamina, Vitamina B12, B6, C.

PROTEINAS: Lacto albúmina. Lacto globulina, Caseína, enzimas, Factores de crecimiento, Hormonas, Lacto Ferrina. Lisozima, IgAs.

NITROGENO NO PROTEICO: Amino-nitrógeno, Creatina, Glucosamina, Ácidos nucleídos, Nucleótidos, Poliaminas, Urea, Ácido úrico.

MINERALES E IONES: Cromo, Cobalto, Cobre, Flúor, Yodo, Hierro, Manganeseo, Molibdeno, Níquel, Selenio, Zinc, Bicarbonato, Calcio, Cloro, Citrato, Magnesio, Fosfato, Potasio, Sodio, Sulfato.

CÉLULAS: Epiteliales, Leucocitos, Linfocitos, Macrófagos, Neutrófilos.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

BENEFICIOS PARA EL BEBE

Es toda la nutrición que necesitará un infante durante los primeros 6 meses de su vida, y representa los siguientes beneficios (16):

Establecimiento del apego

- El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo y se establece entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". Este apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Prevención del maltrato

La primera forma de maltrato infantil es no satisfacer las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene mucho menos riesgo de acudir a alguna forma de maltrato.

Desarrollo y crecimiento

- Provee nutrientes esenciales para el crecimiento acelerado del Sistema Nervioso Central en los dos primeros años de vida.
- Presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión y audición).
- Favorece el crecimiento y desarrollo físico e intelectual de los niños.

Organización sensorial

- El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos.

Desarrollo intelectual

- Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

Desarrollo Dento-maxilar y facial

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y

fonoarticulación del lenguaje.

Inmunológicos

- Presencia de oligosacáridos que participan en el sistema defensivo.
- Previene la enterocolitis necrotizante.
- Bifidobacterias que inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos
- Inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios: la lactoferrina y las proteínas que enlazan los folatos y la vitamina B12.
- Factores estimuladores de la proliferación de colonias de leucocitos, como granulocitos y macrófagos y la fibronectina que estimula la función de los fagocitos.
- Inmunoglobulinas: fundamentalmente la Ig A secretora con mayor concentración en el calostro que la leche definitiva, la cual protege frente a gérmenes del tracto gastrointestinal de la madre: IgM, IgG, IgE, IgD, complemento (C3 y C4).
- Agentes inmunomoduladores: prolactina, Ig A secretora, Prostaglandina E2 y algunas citoquinas.
- Péptidos: derivados de la caseína que regula la motilidad gastrointestinal y otros como el Péptido inhibidor de la gastrina y la bombesina, que actúan sobre el crecimiento, maduración y regulación gastrointestinal.
- Lípidos: ciertos ácidos grasos de cadena media, mono y poliinsaturados ejercen una actividad antivírica, antibacteriana y antifúngica.

Gastrointestinal y renal

- Satisface su sed y sus necesidades alimentarias.
- Disminuye el riesgo de diarrea

- Baja carga de solutos
- presencia de lipasa estimulada por sales biliares que ayuda a la digestión intestinal de las grasas.
- Vaciamiento gástrico más rápido.
- Presencia de factores tróficos y de maduración sobre el sistema gastrointestinal.
- La porción de galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.
- Mejor absorción de grasas por su actividad lipolítica.
- Enzimas: lisozimas, peroxidasas con actividad bacteriostática y otras enzimas que actúan en el transporte y en la síntesis de los componentes de la leche materna o en los procesos de digestión y metabolismo de recién nacidos.
- factor de crecimiento epidérmico y factor de crecimiento semejante las insulinas favorecen la proliferación celular del epitelio intestinal y tienen actividad antiinflamatoria.
- Somatostatina tiene propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias en el tracto gastrointestinal.
- Promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que, al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Beneficios adicionales

- Reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea, problemas respiratorios, la neumonía, problemas digestivos, diabetes, alergias, desnutrición y deshidratación
- Tienen menos dermatitis del pañal
- Tienen menos riesgo de sufrir una muerte repentina en la cuna (Síndrome

de la Muerte Súbita Infantil).

- Disminuye el riesgo de padecer obesidad, hipercolesterolemia y arteriosclerosis en edades avanzadas; por ello se dice que es un regalo para toda la vida.
- La leche materna está prácticamente libre de gérmenes, siempre disponible, a la temperatura adecuada y libre de contaminantes peligrosos
- Disponibilidad inmediata para satisfacer el hambre o sed de su bebé.

BENEFICIOS PARA LA MAMÁ.

- El amamantamiento también protege la salud de la madre y promueve el comportamiento positivo del vínculo materno-infantil, estableciendo un fuerte lazo afectivo de apego (17).
- La mamá pasa más tiempo acariciando al bebé.

Beneficios a corto plazo

- Al producirse la succión del pezón se produce una serie de vías adherentes que activan el eje hipotálamo/hipófisis y a nivel de la neuro-hipófisis se libera Oxitocina. Esta actúa sobre los receptores de la Oxitocina que hay a nivel del útero provocando una serie de contracciones, comúnmente conocidas como “entuestos”, que ayudan a una rápida recuperación del tono y del tamaño uterino; también ayudan a la involución uterina, reduciendo así las hemorragias posparto y la mortalidad de las madres y la prevención de anemia.
- La madre pasa menos tiempo en la cocina (no hay que preparar leche artificial o la fórmula y no hay biberones para lavar).
- La madre pierde menos días de trabajo, debido a que el bebé se enferma menos.
- La lactancia materna es más cómoda para viajar

Beneficios a mediano plazo

- Recuperación más rápida de peso y silueta corporal. Durante el embarazo se acumulan grasas a nivel periférico y en el momento de la lactancia ocurre una movilización de esas grasas. Disminuye la síntesis de grasa a nivel periférico y aumenta la formación de lípidos para la leche.
- Periodo más largo de amenorrea. Al aumentar la producción de prolactina se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis lo que disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento, constituyéndose éste como un método anticonceptivo denominado MELA (método de amenorrea de la lactancia).
- El amamantar exclusivamente atrasa el regreso de la fertilidad y ayuda en el espaciamiento de los embarazos por el aumento en la producción de prolactina y se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis lo que disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento Se produce un 98% (si se cumple el MELA, el método de lactancia amenorrea).

Beneficios a largo plazo

- La lactancia materna disminuye el riesgo de contraer cáncer de mama. Por inhibición del eje hipotálamo-hipófisis que produce retardo en la aparición de la ovulación, y por ello un menor nivel de estrógenos que actúan a nivel mamario.
- Menor riesgo de cáncer de ovarios. Inhibe la ovulación: hay disminución de las gonadotropinas, del pico LH y por lo tanto son mayores los periodos de amenorrea.
- Menor riesgo de osteoporosis, fracturas de caderas y columna vertebral. Por aumento de la absorción de calcio.
- Favorece el ahorro de dinero y de tiempo al no tener que comprar ni

preparar leches de fórmula o biberones

- Beneficios emocionales. Fortalece el vínculo de amor con él bebe al sentir confianza y afecto por su hijo.

BENEFICIOS PARA EL MEDIO AMBIENTE

- Disminuye el uso de combustibles contaminantes.
- Evita la producción de desechos tóxicos (latas, cauchos, plásticos).
- No hay que empaquetar, no utiliza plásticos y no hay desperdicios.
- Ahorra agua potable.
- No requiere almacenamiento o preservación
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación.
- No requiere envases, promoción, transporte ni preparación, no necesita de una fuente de energía.
- No requiere de utensilios especiales para suministrarla

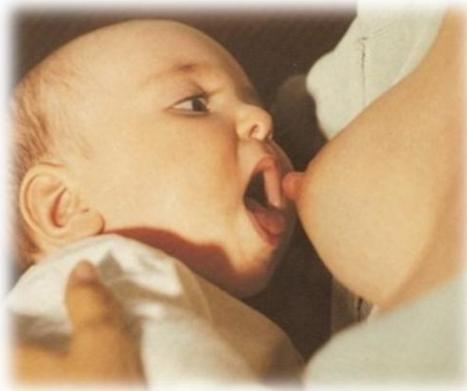
BENEFICIOS PARA LA FAMILIA

- La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero. Las economías son por concepto de costo de las leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes, por la reducción de enfermedades y sus costos de tratamiento, disminución de gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos y por reducción de costos de producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.
- Refuerza los lazos familiares: el amamantamiento del niño es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo y se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar

TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

A continuación se describen las técnicas de un buen agarre a la hora de lactar (18):

- Que el niño abra bien la boca.
- Que la areola se vea más por encima de la boca que por debajo de ella.
- Que el labio inferior este e vertido.
- Que el mentón este en contacto con la mama.
- El niño debe estar bien sostenido abdomen – abdomen.



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

- 1- La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”
- 2- La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca

del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.

- 3- El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.
- 4- Amamantar no debe doler, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.
- 5- Comprime el pezón, no masajea la areola, sale poca leche y se duerme o llora. Madre siente dolor lo que dificulta la eyección de la leche y el pezón sale aplastado después de la mamada. Se corrige retirando el niño del pecho, y poniéndolo luego de que abra bien la boca, e introduciendo pezón y areola dentro de la boca. Para retirar al niño del pecho se introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir.

POSICIÓN DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO (19):

El éxito de la lactancia materna depende en gran manera de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un adecuado acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. Una postura incorrecta está relacionada con la

hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica

- a)** Posición del niño con la madre acostada o lateral. (Muy útil por la noche o en las cesáreas). Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre.
- b)** Posición tradicional o de cuna: La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.
- c)** Posición de cuna cruzada. (Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos). Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.
- d)** Posición de canasto, invertida o de rugby. (Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés). Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.



e) Posición sentada. (Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamás muy grandes). En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta. Posición sentada. La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El bebé mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé).



POSICIONES PARA GEMELARES



Como un balón de Rugby, con un bebe a cada lado.



En forma de cruz sería la posición, habitual de un solo bebe, pero un bebe a cada lado.

Posturas estirados-
Posición estirados



En paralelo, con los dos bebes paralelos ambos, mamando en la misma dirección para cada uno de un pecho.

SIGNOS DE INADECUADA POSICIÓN.

- Hundimiento de las mejillas, en este caso el niño no está mamando, está succionando.
- Dolor y grietas en el pezón debido a la fricción y aumento de la presión por la succión.
- El niño mama durante mucho tiempo, hace tomas muy frecuentes y casi sin interrupción.
- Traga aire y hace ruido al tragar.

- Se produce regurgitación, vómito y cólico con frecuencia.
- Presencia excesiva de gases: en forma de eructo por el aire tragado y los que se forman en el colon por fermentación de la lactosa y son expulsados por el ano.
- Ingurgitación frecuente. Con esto la producción de leche aumenta y la ingesta del bebé es mayor en proteínas y lactosa, puesto que la capacidad del estómago está limitada impide que el niño tome la leche del final rico en grasas y que sacie al bebé, por lo que se queda con hambre a pesar de haber comido. Se atraganta con el chorro de leche que sale desesperado por la “bajada” de leche.
- Irritación de las nalgas por la acidez de las heces.
- El bebé pasa el día lloroso e intranquilo. A veces se pelea con el pecho, lo muerde, lo estira y lo suelta llorando.
- La madre está agotada.
- Aparece dolor en el pezón, el bebé no suelta espontáneamente el pecho y la frecuencia de las tomas al día es de 15 veces y más de 15 minutos.

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN

Los motivos para sacarse la leche son numerosos, y entre ellos cabe destacar:

- Iniciar el flujo de leche para ayudar al bebé a tomar adecuadamente el pecho.
- Al principio de la lactancia, si el bebé es prematuro o está enfermo.
- Para aliviar la ingurgitación.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar de mamar en una toma determinada.
- Para mantener la secreción cuando no es posible dar el pecho.

- Para guardar la leche y dársela al niño en otro momento.
- Para donarla a un banco de leche.
- Para extraer y desechar la leche temporalmente mientras se toma un determinado fármaco.
- Para ayudar a drenar el pecho en caso de obstrucción, mastitis, ...
- Para iniciar y establecer la producción de leche en caso de re lactación o lactancia inducida.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA.

El Ministerio de la Protección Social, emplea el manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna, el cual busca apoyar la labor de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, con el fin de garantizar una lactancia optima al recién nacido. La extracción manual es la forma más fácil, segura, eficiente y económica de obtener la leche materna. El personal de salud, a través de la consejería, debe oriente y permitir que la madre se extraiga la leche de sí misma.

La madre puede extraer la leche materna en el hogar, en el trabajo, en el Jardín Infantil, en un grupo de apoyo o en cualquier otro sitio, lo más importante es que el lugar sea higiénico, tranquilo, cómodo y preferiblemente con privacidad. Los baños no son lugares seguros para la extracción de la leche materna.

Este tipo de extracción es ideal para los primeros días de post parto, las cantidades de calostro son muy pequeñas. Se pueden recolectar en una cucharita y ofrecérselas al niño.

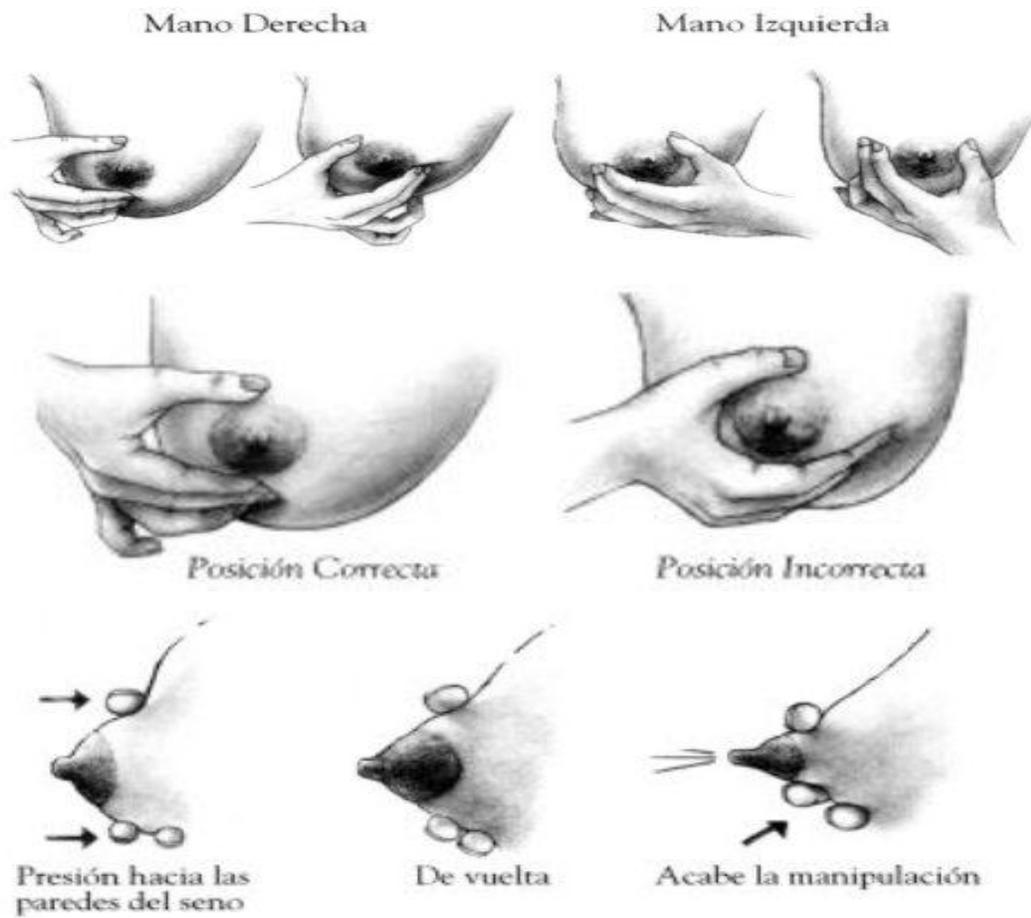
Es una técnica utilizada en todo el mundo que permite a la mujer familiarizares con su pecho y perder el miedo.

No muchas mujeres consiguen grandes volúmenes sin ayuda mecánica, pero aún así son bastantes las que prefieren éste método, en vez de usar sacaleches, con

óptimos resultados.

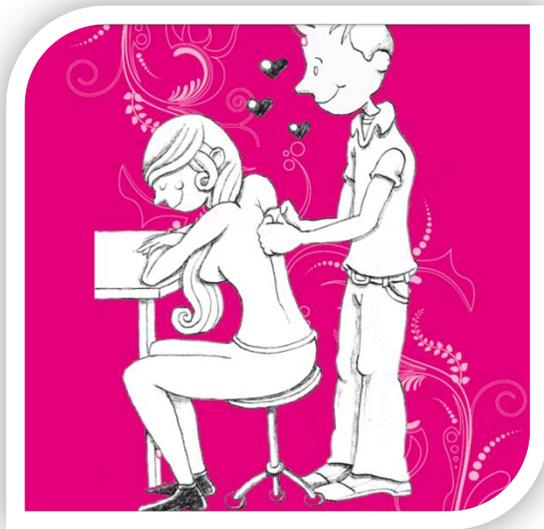
PASOS PARA LA EXTRACCIÓN MANUAL DE LA LECHE MATERNA

- Iniciar con un masaje suave en forma circular con las yemas de los dedos, alrededor de cada seno para estimular los conductos lactíferos.
- Luego acariciar los senos con la yema de los dedos como si se peinaran. Colocar la mano en forma de C, de tal manera que el pulgar esté por encima de la areola (parte oscura que incluye el pezón), y el dedo índice por debajo de la areola, de tal manera que se pueda levantar el seno.
- Luego empujar los dedos pulgares e índice contra el tórax, presionando los conductos lactíferos que se encuentran por debajo de la areola y se pueden palpar como nódulos.
- Evitar deslizar los dedos sobre la piel de los senos, porque puede causar enrojecimiento y dolor.
- Los primeros chorros de leche materna que salen, se deben desechar, esto contribuye a la reducción del 90% de las bacterias que están presentes regularmente.
- Luego se deposita en un frasco de vidrio con tapa rosca de plástico, los cuales se han lavado previamente con agua limpia y jabón, y hervido por 10 minutos.
- Una vez finalizada la extracción es necesario colocar algunas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón, porque la leche del final de la extracción contiene sustancias que contribuyen a mantener la elasticidad de la piel y grasas que actúan como bactericidas, que evitan las infecciones, previenen grietas y ayudan a la cicatrización.
- La extracción manual debe realizarse con la misma frecuencia con la que se alimenta al bebé, por lo tanto la madre debe disponer de tiempo para hacerlo, como mínimo de 30 minutos. El volumen de leche materna en cada extracción puede variar y no representa un problema o signo de alarma.



ESTIMULACIÓN DE LECHE MATERNA.

Es importante que la madre esté tranquila y relajada, se debe contar con el apoyo del padre del bebé, de un familiar o de otra persona, para practicar un masaje suave en la espalda, iniciando en el cuello y descendiendo lentamente por la espalda, haciendo presión en forma circular con las yemas de los dedos pulgar, a lado y lado de la columna, esto ayuda a relajar a la madre y por consiguiente garantiza la producción y la salida de la leche materna. También es conveniente colocar sobre los senos una toalla mojada con agua caliente, teniendo especial precaución de no producir quemaduras.



La leche materna extraída se puede ofrecer al bebé en un plazo no mayor a 4 horas, o conservar en nevera o congelador, lo que evita que la leche materna se descomponga debido a las bacterias que están presentes en el medio. Cualquiera que sea el método empleado para la conservación de la leche materna, sea segura que esta leche contiene todos los nutrientes y defensas que el bebé necesita, por lo tanto, es superior a cualquier otro alimento y no puede ser comparada o igualada con una leche artificial infantil.

Los métodos de conservación más utilizados son

A temperatura ambiente: Si se deja a temperatura ambiente la leche materna se conserva hasta por 4 horas; este tiempo garantiza el contenido de defensas o anticuerpos, que empiezan a disminuir luego de las 4 horas al tener que eliminar las bacterias presentes en la leche materna y en el medio.

En nevera o refrigerador: La leche materna extraída se conserva en nevera o refrigerador por 12 horas, es recomendable no colocarla en la puerta de la nevera para evitar los cambios de temperatura que se producen cada vez que se abre y cierra la puerta.

En el congelador: La leche materna se puede conservar congelada por 15 días, para ello se recomienda no abrir y cerrar frecuentemente el congelador, de esta manera se evitan los cambios de temperatura que pueden hacer que la leche materna se descongele y se reproduzcan las bacterias que producen la contaminación y descomposición.

¿Cómo se acondiciona la temperatura en la leche materna refrigerada?

- Cuando se vaya a utilizar la leche materna, que está congelada o refrigerada, no es necesario hervirla, es suficiente pasar directamente el frasco por el agua caliente hasta dejarla a temperatura ambiente.

Para ello puede calentar agua en una olla, retirarla del fuego y luego sumergir el frasco con la leche materna, teniendo cuidado que el agua no cubra la boca del frasco, de esta manera se evita que el agua penetre al envase que contiene la leche materna y se altere o contamine.

¿Cómo se transporta la leche materna extraída?

- Las madres que han extraído la leche materna en el trabajo o en un lugar diferente, pueden transportarla de manera segura, en una nevera de icopor con pilas refrigerantes congeladas o una botella de agua congelada.

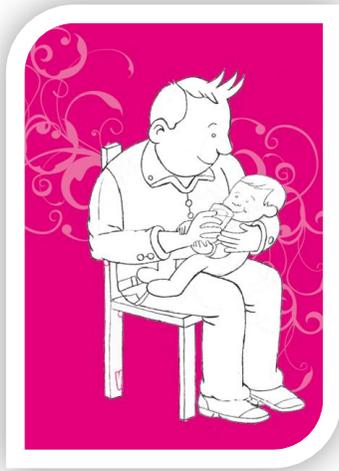
- Si no se cuenta con este tipo de nevera, otra alternativa puede ser una bolsa limpia con hielo, en la cual se introducen los frascos bien tapados con la leche materna extraída. Una vez la madre llega al hogar puede ofrecer la leche materna al bebé o si prefiere la puede conservar refrigerada o congelada.



SUMINISTRO AL BEBE DE LA LECHE MATERNA EXTRAÍDA

Cuando por diferentes razones el bebé no puede succionar directamente del seno de la madre, la mejor alternativa es ofrecer la leche materna extraída en una taza o pocillo de bordes redondeados que faciliten al bebé tomar la leche materna directamente.

La experiencia demuestra que este procedimiento se puede llevar a cabo en bebés nacidos a término o en prematuros, es rápido y no altera el patrón de succión, como si ocurre al succionar del biberón.



- Lavado adecuado de manos.
- La persona que alimenta al bebé con vaso tiene que sostenerlo, mirarlo y proporcionarle el contacto que él necesita.
- Sentar al niño o niña sobre las piernas en posición sentado o semisentado.
- Coloque la cantidad de leche para una toma en el vaso.
- Mantenga el vaso contra los labios del bebé:
- Incline el vaso ligeramente para que la leche toque los labios del bebé.
- El vaso debe apoyarse suavemente en el labio inferior del bebé y los bordes deben tocar la parte externa del labio superior.
- El bebé está alerta, abre la boca y los ojos.
- El bebé prematuro toma la leche con la ayuda de la lengua.
- El bebé nacido a término bebe la leche sin derramarla
- No vacíe la leche en la boca del bebé. Solo sostenga el vaso en sus labios y deje que el bebé la tome por sí mismo.
- Cuando el bebé ha tomado suficiente leche, cierra la boca y no toma más.
- No se deben utilizar los sobrantes de la leche materna.

SITUACIONES ESPECIALES PARA LA LACTANCIA MATERNA

SITUACIONES EN LA MADRE

Cirugía mamaria previa

Para aumentar el tamaño de las mamas, los implantes se colocan por detrás de la glándula mamaria, por ello en general no interfieren con la lactancia.

En caso de cirugía reductora se corre el riesgo de comprometer algunos conductos lactíferos e interferir con la innervación de la areola y el pezón. En algunas oportunidades las mujeres que han tenido este tipo de cirugía podrán presentar dificultades para mantener una adecuada producción de leche. A estas madres se les recomienda amamantar frecuentemente dependiendo de sus posibilidades y extraerse manualmente o por bomba después de la mamada para incrementar el estímulo de producción láctea.

Dolor

Principal síntoma de los problemas de lactancia, (no debe doler). La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplamiento de la boca-pecho al mamar. El niño introduce solo el pezón en su boca y no la areola como corresponde, con lo cual el ejercicio de succión, se ejerce solo en el pezón produciendo dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) produce dolor aún con una buena posición de amamantamiento ya que depende del acople.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la Oxitocina, lo que provoca que el Recién Nacido, no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que se manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento.

Anemia

Una madre anémica que recibe tratamiento puede dar pecho sin ningún inconveniente. Ni la anemia ni el tratamiento la contraindican, más bien al contrario, el inicio inmediato de la lactancia aumenta la Oxitocina que produce la contracción uterina disminuyendo la hemorragia y el retraso de menstruaciones, ahorra hierro y aumentan los niveles de ferritina.

Diabetes

La lactancia materna es muy recomendable para la madre diabética, mejora su tolerancia a la glucosa y además se evitan las hipoglucemias del bebé ya que la leche contiene más glucosa. Las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre realice un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, alimentación y ejercicio y dar el pecho a demanda, respetando el horario de comidas materno.

Epilepsia

La mayoría de los fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia. En el caso de tomar fenobarbital hacer un destete progresivo. Valorar la situación de cada madre, con respecto a la frecuencia y el tipo de crisis¹.

Pezones planos o invertidos

Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puerpera requerirá de especial atención por parte del equipo de salud en la maternidad. Es de vital importancia e ideal, en estos casos que el recién nacido haga su primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la Oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que la mama está blanda y el pezón-areola tienen forma cónica, de esta forma el niño aprenda a introducir el pezón correctamente dentro de su boca.

Si no ha sido posible colocar al niño al pecho en las primeras 24 horas y las mamas están muy llenas, previo al ofrecimiento del pecho al niño, debe extraerse

un poco de leche de la mama para ablandar la zona areolar lo que ayudará a que el niño pueda tomar el pezón y con ello lograr un buen acople. No se recomienda usar el “Tensador de pezones” para hacerlo protruir antes de poner el niño a mamar pues su acción podría ser nocivo para la mama.

Cuando el pezón invertido es unilateral debe procurarse con mucha dedicación y paciencia a que resulte, mediante el estímulo del mismo niño, mientras no pueda acoplarse bien a este pecho. Debe procurarse la extracción de la leche de ese lado y dársela cuando tome del pecho que no tiene el problema.

TRANSMISIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS A TRAVÉS DE LA LECHE MATERNA.

Hepatitis B

El antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) se ha detectado en la leche de mujeres positivas para HB. Sin embargo, estudios realizados han indicado que la lactancia natural por parte de mujeres positivas para el HBsAg no aumenta de forma significativa el riesgo de infección en sus hijos.

Los niños nacidos de madres positivas para el HBsAg deben recibir inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y la vacuna contra la hepatitis B, combinación que elimina de forma eficaz cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia. La inmunoprofilaxis de recién nacidos únicamente con la vacuna contra la hepatitis B también confiere protección.

Sífilis

La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema. El niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa. Una vez

que la madre complete el tratamiento y las lesiones cutáneas hayan curado, se puede reanudar la alimentación al pecho.

Virus del Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1)

Se han comunicado varios casos de transmisión del VHS-1 después de la lactancia en presencia de lesiones mamarias.

Las mujeres con lesiones herpéticas activas en las mamas han de evitar la lactancia natural mientras se mantenga ésta condición; las lesiones activas en otras partes del cuerpo deben cubrirse convenientemente.

Rubéola

En la leche materna se han aislado cepas tanto naturales como vacúnales del virus de la rubéola. Sin embargo, la presencia de rubéola en la leche materna no se ha asociado a una enfermedad significativa en los recién nacidos, y es más probable que la transmisión se produzca por otras vías. Así pues, las mujeres con rubéola o que han sido inmunizadas recientemente con la vacuna de virus vivos atenuados contra la rubéola no tienen por qué abstenerse de amamantar a sus hijos.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Se ha aislado de la leche materna y puede transmitirse a través de la lactancia natural. El riesgo de transmisión puede ser mayor en las mujeres que se infectan por VIH durante el período de lactancia (es decir, después del parto) que en aquellas con infección preexistente. En poblaciones donde el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas y malnutrición es bajo, y existen fuentes alternativas de alimentación segura y eficaz, hay que aconsejar a las mujeres infectadas por VIH que se abstengan de amamantar a sus hijos y de donar leche. En las regiones en las que las enfermedades infecciosas y la malnutrición son causas importantes de mortalidad en las primeras etapas de la vida, la Organización Mundial de la

Salud recomienda que las madres amamenten a sus hijos con independencia del estado de la madre respecto al VIH. Si eventualmente se iniciara la lactancia materna, dos intervenciones deben siempre realizarse:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.
- Profilaxis antirretroviral ampliada para el niño (nevirapina sola o nevirapina con zidovudina) son eficaces en la disminuir la transmisión.

LACTANCIA Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Alcohol

El consumo de alcohol inhibe la liberación de Oxitocina y estimula la liberación de prolactina en la mamada siguiente. Esto produce que la ingesta real del niño es un 20% menor que lo habitual, y la madre siente sus pechos más llenos. En el caso de una adicción alcohólica, el lactante puede requerir medidas de protección por el riesgo que determina la conducta materna, además del potencial riesgo de intoxicación; otros efectos del consumo de alcohol, son la disminución de la duración del sueño total en el niño y un menor grado de desarrollo.

Tabaco

El efecto del consumo de tabaco sobre la fisiología de la lactancia y sobre riesgos potenciales en el niño son de gran significación. Los tiocianatos del cigarrillo inhiben la bomba de sodio-yodo en la glándula mamaria, con lo que se observa una reducción a la mitad en la cantidad de yodo en la leche materna. Produciendo disminución de la disponibilidad de yodo para el lactante. El efecto es proporcional al grado de tabaquismo. Estudios sobre el sueño del bebé con consumo

de tabaco antes de amamantar, muestran una reducción del sueño activo, lo que podría estar relacionado con los trastornos de aprendizaje descritos en hijos de madres con consumo de tabaco. La nicotina inhibe directamente la actividad ponto-geniculo occipital e indirectamente las neuronas promotoras del sueño del área pre óptica ventrolateral.

Marihuana

Excretada en la leche humana, los niveles alcanzan 8 veces los niveles plasmáticos; algunos de los componentes tienen vida media muy larga. Frente al consumo ocasional se recomienda suspender la lactancia por 24 horas. En consumo crónico la lactancia se suspende por 14 a 30 días. Uno de los aspectos preocupantes es la conducta materna y la percepción de cuidado con el bebé. Se ha reportado disminución del volumen de leche y alteraciones del desarrollo motor al año de edad.

Cocaína

Es excretada en la leche materna, por lo que en caso de consumo aislado la lactancia debe suspenderse por 24 horas. Se ha descrito intoxicación a través de la lactancia con irritabilidad, vómitos, diarrea, hipertensión, midriasis, taquicardia, agitación psicomotora y convulsiones.

Opiáceos

Medicamentos como la Heroína, morfina, meperidina y oxicodona, pueden pasar en cantidad significativa a través de la leche materna. En el caso de la heroína, se absorbe escasamente por vía enteral. Se inhibe la eyección de leche. En consumo aislado suspender lactancia por 24 horas. El lactante puede presentar síntomas de intoxicación: somnolencia, apnea, depresión respiratoria, bradicardia; o de privación: temblores, inquietud, vómitos y mala tolerancia alimentaria.

PATOLOGÍA	LACTANCIA
------------------	------------------

Hipertensión	s/medicación
HIV	No
Hepatitis B	Si, el RN debe recibir Ig y vacuna
Hepatitis C	No
Ca de mama	No
Citomegalovirus	Si
Varicela	No, durante el período de contagio
Herpes simple	No, con lesiones en la mama
Alcoholismo, TBQ, drogadicción	No
Enfermedad mental severa	Suspensión definitiva o transitoria

SITUACIONES EN EL NIÑO (20)

Paladar Hendido

Posición sentada:



Esta técnica permite una adecuada extracción de leche, favorece la deglución, y evita que ocurran episodios de atragantamiento y reflujo nasal. Se recomienda no realizar la posición de lado o acostado debido a que puede producir reflujo nasal.

Síndrome de Down

El niño con Síndrome de Down suele estar más adormilado, especialmente las primeras semanas. Podría pasar que no se despertara para comer con la frecuencia necesaria para establecer una buena producción de leche. Por eso es importante animarlo a prenderse al pecho y a comer cada dos horas o al menos de 8 a 12 veces en el día. Será más fácil despertarlo cuando esté en una fase de sueño más liviano, lo que se puede percibir cuando mueve rápidamente los ojos debajo de los párpados, mueve brazos y piernas y parece estar succionando.

- Posición de canasto, invertida o de rugby.
- Posición tradicional o de cuna.

Estas posiciones permiten sostener la cabeza del niño en la mano y verle mejor su rostro, para detectar problemas de succión, esto debido a que la madre puede tener a su bebé de frente, al poder tomar su cabeza con la mano y brazo, es más fácil guiarlo hacia el pecho y mantener la posición correcta durante toda la mamada.

Posición sentada:



En el caso de los niños con Síndrome de Down se aconseja que la mamá tome su pecho con la mano en lo que se denomina “mano de bailarina” que es sosteniendo el pecho con el dedo pulgar por encima, los cuatro dedos restantes por debajo y el dedo índice queda por debajo de la mandíbula del bebé y así lo puede estimular a succionar cuando hace muchas pausas y no mama de corrido. Esto hace que las mamadas sean más eficientes, teniendo en cuenta que el bebé con Síndrome de Down tenderá a dormirse con mayor facilidad. También la posición enfrentada y sosteniendo la nuca y el maxilar inferior mejora francamente la lactancia en casos de hipotonía, poco a poco, su tono muscular irá mejorando y el bebé será capaz de mantenerse prendido y succionado adecuadamente.

Lo mejor es dejar al niño que succione el tiempo suficiente hasta que se sienta satisfecho y se separe del seno espontáneamente. El proceso de amamantamiento de estos niños pueden tardar más debido a que por su hipotonía lloran y patalean menos y por lo tanto pueden reclamar el pecho de una forma poco intensa que otros niños, de igual manera se debe dejar que succione todo el tiempo que necesite, además de esto se debe estimular con frecuencia, intentando ponerle al pecho los primeros días al menos unas 8 veces al día.

Niño con Disfunción Motora Oral. (21)

En estos niños la técnica que mejor favorece la práctica de lactancia materna es posición sentada:

-Hipertonía: Se observa un tono motor aumentado en todo el cuerpo, la cabeza tiende a extenderse y si se sostiene al niño de la cintura escapular los brazos están firmes hacia abajo. En este caso se recomienda sentarlo de frente a la madre en la posición lo más parecida a la fetal, de manera de relajar la musculatura facial del recién nacido. Además se recomienda, previo a la mamada, masajear sobre la encía inferior del niño. Si el niño produce grietas o mucho dolor a la madre, ella se puede extraer la leche y alimentar con un vasito mientras disminuye la hipertonía, lo que ocurre en pocos días con la madurez y los masajes.

-Hipotonía: El tono del cuerpo está disminuido, no afirma la cabeza y si se toma de la cintura escapular, los brazos tienden a levantarse. En esta condición es útil que la madre sostenga el mentón del niño con éste en posición sentada asegurando la cabeza y la espalda. A veces se hace necesario que la propia madre estimule la bajada de leche al inicio y durante la mamada, para favorecer la lactancia materna en el niño

NO TENGO SUFICIENTE LECHE

A continuación se exponen las situaciones que influyen en la disminución de la producción de leche materna (22):

SIGNOS DE QUE EL BEBÉ PODRÍA NO ESTAR OBTENIENDO SUFICIENTE LECHE MATERNA

Signos Confiables

Ganancia inadecuada de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 500 g/mes ▪ El bebé no recupera su peso al nacer después de 2 semanas
Pequeñas cantidades de orina concentrada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 6 veces por día, amarillo,
<p>Signos Posibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El bebé no queda satisfecho después de mamar ✓ El bebé llora con frecuencia ✓ Mamadas muy frecuentes ✓ Mamadas muy largas ✓ El bebé se niega a mamar ✓ El bebé tiene deposiciones duras, secas o verdes ✓ El bebé tiene deposiciones escasas, poco frecuentes ✓ La leche no sale cuando la madre trata de extraérsela ✓ Los pechos no aumentan de volumen (durante el embarazo) 	

RAZONES POR LAS CUALES LA MADRE NO PODRÍA ESTAR PRODUCIENDO SUFICIENTE LECHE			
Factores de lactancia	Factores psicológicos de la	Condición física de la madre	Condición del bebe

	madre		
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio tardío de la lactancia materna. • Horario restringido de lactancia. • El no amamantar en la noche • Agarre deficiente • Biberones, chupetes de entretención • Otros alimentos • Otros líquidos (agua, infusiones) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de confianza en sí misma. • Preocupación • Estrés • Le disgusta amamantar • Rechazo del bebé • Cansancio 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de método anticonceptivo hormonal. • Diuréticos • Embarazo • Desnutrición severa • Alcoholismo • Tabaquismo • Retención de placenta (raro) • Desarrollo inadecuado del pecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad • Anomalías
COMUNES		POCO COMUNES	

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE CUYO BEBÉ NO ESTÁ OBTENIENDO SUFICIENTE LECHE MATERNA

a. Abordaje de las causas más frecuentes

--	--

Pasos a seguir	Aborde aspectos como:
Acepte	Sus ideas sobre la cantidad de leche. Sus sentimientos sobre la lactancia y sobre su bebé.
Elogie (cuando sea apropiado)	Que esté amamantando todavía. Que sus pechos son muy buenos para producir leche.
De ayuda practica	Mejore el agarre del bebé.
De información pertinente	Explique cómo la succión del bebé controla la cantidad de leche producida.
Use lenguaje sencillo	“Los pechos producen más leche cuando el bebé mama más.”.
Sugiera (Cuando sea apropiado)	Amamante más frecuentemente, por más tiempo, por la noche. Suspenda el uso de biberones y chupetes de entretención (use la taza si es necesario). Reduzca o suspenda otros alimentos y bebidas (si el bebé tiene menos de 6 meses). Dé ideas para reducir la ansiedad y el estrés. Ofrezca hablar con la familia.

b. Reforzar la confianza de la madre en sí misma y dar apoyo

Acepte	<ul style="list-style-type: none"> Las ideas de la madre sobre la causa del llanto. Sus sentimientos sobre el bebé y su comportamiento.
	<ul style="list-style-type: none"> Explique que su bebe está creciendo bien, que no está enfermo.

Elogie (Cuando sea apropiado)	<ul style="list-style-type: none"> • Su leche le da al Su leche le está dando al bebe todo lo que necesita. • Su bebe está bien y no es “Malo” ni caprichoso.
Brinde información pertinente	<ul style="list-style-type: none"> • El bebé tiene necesidad real de que lo consuelen. • El llanto disminuirá cuando el bebé tenga 3-4 meses. • No se recomienda medicinas para el cólico. • No es necesario ni es útil darle otros alimentos; los bebés alimentados artificialmente también sufren cólicos. • No hay ningún peligro porque el niño mame para calmarse; sí lo hay al usar biberones y tetinas.
Sugiera (Cuando sea apropiado)	<ul style="list-style-type: none"> • Dele de un solo pecho en cada toma. • Ofrezcale el otro pecho en la siguiente toma. • Reduzca el café y el té que toma. • Fume después y no antes o durante las mamadas. • Suspenda leche, huevos, maní. (1 semana de ensayo si la dieta de la madre es adecuada).
Ayuda práctica	<ul style="list-style-type: none"> • Muéstrole a la madre y a otros cómo alzar y cómo cargar al bebé, manteniéndolo cerca del cuerpo, con movimientos delicados, presión ligera sobre el abdomen. • Ofrezcale discutir la situación con la familia.

c. Proporcione ayuda si se trata de causas menos frecuentes.

Pasos a seguir	Lo que usted podría averiguar
Condición del bebe	Si está enfermo o tiene alguna anomalía trátelo o remítalo
Condición de la madre	Si la madre está tomando diuréticos o píldora con estrógeno, ayúdela a cambiar de tratamiento. Ayúdele si es apropiado con otras condiciones.

EL BEBÉ SE NIEGA A MAMAR

Una razón comúnmente usada para suspender la lactancia materna es el rechazo del bebe al pecho, lo cual puede causar angustia y estrés a la madre; quien frecuentemente puede sentirse rechazada y frustrada a causa de esta experiencia. Por lo anterior se ve la necesidad de indagar porque un bebe se niega a mamar y ante esto buscar soluciones que ayuden a la madre a la adherencia en la práctica de lactancia y al bebe a disfrutar de dicho alimento.

CAUSAS DE RECHAZO DEL PECHO

A continuación se enuncian las situaciones más comunes de rechazo en el RN.

ENFERMEDAD, DOLOR O SEDACIÓN	Infección Daño cerebral Dolor por contusión (fórceps) Nariz obstruida Boca inflamada (dentición, cándida) Otitis y otras infecciones.
DIFICULTAD CON LA	Biberones, “chupetes artificiales” No obtiene mucha leche,(agarre pobre, ingurgitación)

TÉCNICA DE LACTANCIA	Presión en la parte posterior de la cabeza al colocarlo La madre agita el pecho Restricción de mamadas Producción excesiva de leche Dificultad para coordinar la succión.
CAMBIO QUE INCOMODA AL BEBE (Especialmente entre los 3 y los 12 meses)	Separación de la madre Nueva persona, o demasiadas, al cuidado del bebé Cambio en la rutina familiar Madre enferma, o mastitis Menstruación de la madre Cambio de olor de la madre
RECHAZO APARENTE	Recién nacido: búsqueda Dificultad para coordinar movimientos de succión-deglución Entre 4 y 8 meses: distracción Después de 1 año: destete espontáneo

MANEJO DEL BEBÉ QUE SE NIEGA A MAMAR

Si el bebé se niega a mamar:

- De ser posible, trate la causa
- Ayude a la madre y al bebé a disfrutar la lactancia nuevamente

Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trate las infecciones con los antimicrobianos apropiados, remitir si es necesario. ✓ Si el bebé es incapaz de succionar, puede que necesite cuidado especial en un hospital. Ayude a la madre a extraerse la leche para que lo alimenten con taza o con sonda, hasta que pueda mamar de nuevo.
---------------------	---

<p>Dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para una contusión: ayude a la madre a buscar una forma de alzar el bebé sin que tenga que presionar sobre el lugar que duele. ✓ En caso de candidiasis: trátelo con nistatina ✓ Si es causado por la dentición: anímela a tener paciencia y a continuar ofreciéndole el pecho. ✓ Nariz congestionada: explíquele cómo limpiarla. Sugíerale que lo amamante en sesiones cortas, más frecuentes que lo usual, durante unos pocos días.
<p>Producción excesiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puede ser el resultado de un agarre deficiente. Si el bebé succiona ineficazmente, las mamadas son frecuentes o prolongadas, y estimulan excesivamente el pecho, de manera que éste produce más leche de la que necesita. ✓ El exceso de producción también se presenta si la madre trata de hacer que su bebé mame de ambos lados durante cada mamada, aunque no lo necesite.
<p>Para reducir la producción excesiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayude a la madre a mejorar el agarre de su bebé. ✓ Sugíerale que lo deje mamar solamente de un pecho a cada mamada y que lo deje “vaciar” ese pecho, para que obtenga suficiente leche del final rica en grasa. ✓ En la siguiente mamada, ofrézcale el otro pecho.

Cambios que incomodan al bebe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducir periodos de separación y las modificaciones en la rutina familiar. ✓ Trate de no usar jabones nuevos, perfumes diferentes, ni consumir alimentos no habituales.
--------------------------------------	--

CÓMO AYUDAR A UNA MADRE Y A SU BEBÉ A REINICIAR LA LACTANCIA

Ayude a la madre a que haga las siguientes cosas	
Mantener al bebé cerca de ella.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dormir con su bebé
Ofrecer el pecho al bebé cada vez que se muestre deseoso de mamar, cuando esté soñoliento, o después de darle de tomar con una taza.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En diferentes posiciones, ✓ Cuando sienta el reflejo de eyección
Ayudar al bebé a tomar el pecho.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Extraer leche directamente a su boca ✓ Colocarlo bien para que pueda agarrar el pecho adecuadamente ✓ Evitar presionar la parte posterior de su cabeza o sacudir el pecho

Alimentar a su bebé con taza	<ul style="list-style-type: none">✓ Darle su propia leche extraída cuando sea posible o, si es necesario, leche artificial.✓ Evitar el uso de biberones, tetinas, chupetes de entretención.
-------------------------------------	--

MARCO LEGAL

PROTECCIÓN LEGAL DE LA LACTANCIA MATERNA Y MATERNIDAD

DERECHOS QUE PROTEGEN LA MATERNIDAD

Ley 1822 de 2017, "por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones"

Artículo 1°. El artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así:

"Artículo 236. Licencia en la época del parto e incentivos para la adecuada atención y cuidado del recién nacido.

1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia.
2. Si se tratare de un salario que no sea fijo como en el caso del trabajo a destajo o por tarea, se tomará en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicio, o en todo el tiempo si fuere menor.
3. Para los efectos de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar:
 - a) El estado de embarazo de la trabajadora.
 - b) La indicación del día probable del parto.
 - c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.

Los beneficios incluidos en este artículo, y el artículo 239 de la presente ley, no excluyen a los trabajadores del sector público.

4. Todas las provisiones y garantías establecidas en la presente ley para la madre biológica, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente a la madre adoptante, o al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad o muerte, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se ha adoptado, o del que adquiere custodia justo después del nacimiento. En ese sentido, la licencia materna se extiende al padre en caso de fallecimiento o enfermedad de la madre, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al

tiempo que falta para expirar el periodo de la licencia posterior al parto concedida a la madre.

5. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros, tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuáles serán sumadas a las dieciocho (18) semanas que se establecen en la presente ley. Cuando se trate de madres con parto múltiple, la licencia se ampliará en dos (2) semanas más.

6. La trabajadora que haga uso de la licencia en la época del parto y tomará las dieciocho (18) semanas de licencia a las que tiene derecho, de la siguiente manera:

- a) Licencia de maternidad preparto, Esta será de una (1) semana con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre requiere una semana adicional previa al parto podrá gozar de las dos (2) semanas, con dieciséis (16) posparto. Si en caso diferente, por razón médica no puede tomarla semana previa al parto, podrá disfrutarlas dieciocho (18) semanas en el posparto inmediato.
- b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo a lo previsto en el literal anterior.

Parágrafo 1.

De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de la que habla este artículo, es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse

solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.

Parágrafo 2.

El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera.

El único soporte válido para el otorgamiento de la licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes la fecha del nacimiento del menor.

La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

Se autoriza al Gobierno nacional para que en el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplique lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 3°.

Para efectos de la aplicación del numeral quinto (5) del presente artículo, se deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad, o determinarla multiplicidad en el embarazo.

El Ministerio de Salud reglamentará en un término no superior a seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, lo concerniente al contenido de la certificación de que trata este parágrafo y fijará los criterios médicos a ser

tenidos en cuenta por el médico tratante a efectos de expedirla".

Artículo 2°. El artículo 239 del Código Sustantivo del Trabajo, quedará así:

"Artículo 239. Prohibición de despido.

1. Ninguna trabajadora podrá ser despedida por motivo de embarazo o lactancia sin la autorización previa del Ministerio de Trabajo que avale una justa causa.

2. Se presume el despido efectuado por motivo de embarazo o lactancia, cuando este haya tenido lugar dentro del período de embarazo y/o dentro de los tres meses posteriores al parto.

3. Las trabajadoras que trata el numeral uno (1) de este artículo, que sean despedidas sin autorización de las autoridades competentes, tendrán derecho al pago adicional de una indemnización igual a sesenta días (60) días de trabajo, fuera de las indemnizaciones y prestaciones a que hubiere lugar de acuerdo con su contrato de trabajo.

4. En el caso de la mujer trabajadora que por alguna razón excepcional no disfrute de la semana preparto obligatoria, y/o de algunas de las diecisiete (17) semanas de descanso, tendrá derecho al pago de las semanas que no gozó de licencia. En caso de parto múltiple tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas. Adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término".

Artículo 3°. Adiciónese al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, el siguiente numeral:

Artículo 57. Obligaciones especiales del empleador. Son obligaciones especiales del empleador:

11. Conceder en forma oportuna a la trabajadora en estado de embarazo, la licencia remunerada consagrada en el numeral 1 del artículo 236, de

forma tal que empiece a disfrutarla de manera obligatoria una (1) semana antes o dos (2) semanas antes de la fecha probable del parto.

Artículo 4°. Adiciónese al artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, el siguiente numeral:

Artículo 58. *Obligaciones especiales del trabajador.* Son obligaciones especiales del trabajador:

Ba. La trabajadora en estado de embarazo debe empezar a disfrutar la licencia remunerada consagrada en el numeral 1 del artículo 236, al menos una semana antes de la fecha probable del parto.

DERECHOS QUE PROTEGEN LA PATERNIDAD

Ley 1822 de 2017, "por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones"

Artículo 1°. El artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así:

"Artículo 236. Licencia en la época del parto e incentivos para la adecuada atención y cuidado del recién nacido.

Parágrafo 1.

De las dieciocho (18) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce en caso de que el médico tratante prescriba algo diferente. La licencia remunerada de la que habla este artículo, es

incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento de un hijo, estos días serán descontados de la misma.

Parágrafo 2.

El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera.

El único soporte válido para el otorgamiento de la licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes la fecha del nacimiento del menor.

La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

Se autoriza al Gobierno nacional para que en el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplique lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 3°.

Para efectos de la aplicación del numeral quinto (5) del presente artículo, se deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad, o determinarla multiplicidad en el embarazo.

**PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (PNSAN)
2012 -2019.**

El PNSAN es una herramienta de planificación y operación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que brinda los elementos necesarios para avanzar hacia la articulación y convergencia de todas las acciones que permitan mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana, teniendo en cuenta las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014 “Prosperidad para Todos” (23).

El PNSAN fomenta estrategias de educación nutricional con el fin de prevenir y reducir la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, entre dichas estrategias se encuentran la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoviendo acciones encaminadas a brindar información y educación oportuna a las madres y sus familias sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo desde la primera hora de nacimiento para su práctica exitosa, con el fin de aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva y total como importante factor protector en la supervivencia, salud y nutrición de los niños menores de dos años.

Buscando las siguientes acciones:

- * Fortalecimiento de habilidades y competencias para la implementación de la consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil dirigida a agentes comunitarios, personal de salud y otros actores.

- * Educación al personal de salud (médicos, ginecobstetras, pediatras, enfermeras, nutricionistas, etc.) y estudiantes universitarios del área de salud, sobre el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con complementación alimentaria adecuada hasta los dos años de edad y más, así como las mejores prácticas para el amamantamiento; e incluir a los padres, abuelos y cuidadores en el proceso y sensibilizarlos sobre su importancia.

- * Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y el Método Madre Canguro.

- * Fortalecimiento de las estrategias de apoyo comunitario a la práctica de la lactancia materna

- * Estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna diseñadas para diversos públicos y utilizando todas las herramientas disponibles en la tecnología de la información y la comunicación.

- * El MSPS y el ICBF de manera conjunta fortalecerán las acciones para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a través de asistencia técnica para la implementación efectiva de las estrategias complementarias en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 en las entidades territoriales que lo soliciten.

SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA: LEY 1098 DEL 2006 CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Este Código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Esta ley establece en su Artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

ARTICULO 29. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia.

La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

AGENTES DE SALUD Y LACTANCIA MATERNA: DEBERES DE LA INSTITUCIONES DE SALUD

LEGISLACION COLOMBIANA Y LACTANCIA MATERNA

Las acciones orientadas hacia la Lactancia Materna en Colombia datan de la década de los sesenta cuando se “capacita a grupos de madres y personal de salud en Lactancia Materna y alimentación complementaria”. Es en 1970 cuando el Gobierno Nacional logró integrar el trabajo de los sectores público y privado en la primera campaña nacional a favor de la lactancia materna, conocida como el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN).

Ley 07 de 1979, artículo 21, numeral 18: “El ICBF debe ejecutar los programas de nutrición que le corresponden dentro del plan de nutrición que señale el gobierno nacional” (24).

Resolución 5532 de 1980, en la cual se “establece como norma nacional para el fomento de la lactancia materna en las instituciones donde se prestan los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y del recién nacido”.

Decreto 1220 de 1980: “ratifica el compromiso internacional al cumplimiento con el

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil de 1985, también llamado Supervivir y se enfocó en hacer cumplir el derecho a la salud de los niños, así como en promover el desarrollo integral del niño, lo que incluía actividades a favor de la nutrición y la lactancia materna y realizar acciones de atención a la mujer gestante y en edad fértil.

Ley 10 de 1990, que reglamenta el proceso de descentralización y financiación del sector. Esta ley permite a las instituciones desarrollar proyectos que favorezcan la lactancia materna como estrategia de eliminación del hambre y de la desnutrición infantil.

Ley 12 de 1991, creación del Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994. Esta es la primera política fijada por el Gobierno Nacional a favor de la lactancia materna, la cual “permitió el desarrollo de iniciativas regionales que permitieron disminuir los índices de morbilidad y mortalidad infantil”.

Ley 50 de 1990, la cual reforma el Código Sustantivo del Trabajo, Capítulo V, que establece una licencia remunerada de maternidad de 12 semanas, una de las cuales puede ser cedida al padre del niño(a) y estipula 1 hora diaria dentro del horario de trabajo de la madre para amamantar a su hijo(a) hasta los 6 meses de edad.

Decreto 1396 de 1992: reglamenta la creación del Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna.

Decreto 1397 de 1992: reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula y complementarios para lactantes.

Resolución 7353 de 1992, que establece la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), para la promoción de la lactancia materna a partir de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

Ley 100 de 1993, la cual crea el Plan Obligatorio de Salud (POS), por medio del artículo 166 “se da prioridad a la atención materno infantil y a la Lactancia Materna”.

Resolución 4288 1996, que define el PAB, el cual habla de las “acciones colectivas y de gran impacto en la comunidad, teniendo en cuenta que la lactancia materna es un factor protector de la salud, es una acción de obligatorio cumplimiento en salud pública, su práctica reduce el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, representa años de vida saludable, es altamente costo-efectiva, ética y socialmente aceptable”.

Resolución 3997 de 1996, Esta norma refiere en sus artículos que “las acciones de promoción y prevención para los menores de un (1) año, la educación a la madre y al cuidador sobre hábitos posturales, higiénicos y alimentarios, y de las funciones vitales (succión, deglución, respiración) todas ellas básicas en lactancia materna”. En su artículo 3º, se encuentra la propuesta para la “conformación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en cada Hogar Comunitario de Bienestar FAMI.

En noviembre de 1998, el ICBF, el entonces Ministerio de Salud y UNICEF presentaron el Plan Decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008, en él se establecieron cinco estrategias del Plan Decenal: coordinación, promoción, protección, apoyo, legal, que hable de la difusión y actualización de normas referentes al tema, y otra de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMM), a través de la creación de grupos de apoyo.

Entre 1999 y 2001 debía editarse, publicarse y distribuirse la legislación en instituciones, entidades territoriales y organismos involucrados en el tema. También se debía establecer una estrategia permanente de comunicaciones a favor de la lactancia materna a través de los medios de comunicación masivos y alternativos; organizar teleconferencias, programas radiales de sintonía local y nacional sobre el tema y con participación de la comunidad, y publicar información sobre la lactancia materna y las IAMI, las cuales apoyan la lactancia materna; ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños, y mejoran la calidad de la atención que se les presta.

Resolución 0412 del 2000 del Ministerio de Salud, en donde se reglamenta la promoción y apoyo a la lactancia materna en los procesos de atención a la gestante, en el parto y en la atención al recién nacido, incluyendo programas especiales como la suplementación con micronutrientes a las gestantes y a los recién nacidos con bajo peso, y la atención de enfermedades como la obesidad y la desnutrición.

Decreto 60 de 2002 por el cual se promueve la aplicación del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico -HACCP- en las fábricas de alimentos y se reglamenta el proceso de certificación, dando directrices para la aplicación e implementación del sistema en la industria de alimentos en general.

Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Ministerio de Protección Social, 2005-2015 (25): realiza contribuciones para la superación del hambre, la pobreza y la desnutrición que afecta a millones de colombianos, así como aportar al cumplimiento de los compromisos que adquirió el país en la Cumbre Mundial sobre alimentos (CMA).

Ley 1098 de 2006, por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Especialmente el Art. 29, que establece "El Derecho al Desarrollo Integral en la Primera Infancia incluyendo la lactancia materna".

La anterior normativa ratifica la importancia que tiene la lactancia materna a nivel nacional, que ha llevado a que se ejecuten acciones en pro de la práctica de lactancia.

Plan Decenal para la Lactancia materna: 2010-2020: establece las acciones que deben realizarse en el país y sus regiones, a fin de lograr una eficaz protección, promoción y ayuda de la lactancia. Se sustenta en contenidos técnicos y de gestión que deben estructurarse de forma armónica, reconociendo que cada uno de ellos y los dos en su conjunto son indispensables para avanzar significativamente a la protección integral de los y las menores de dos años de edad en Colombia.

LACTANCIA MATERNA EN CALI

Desde hace 20 años, la estrategia IAMI hace parte del plan de desarrollo del Municipio de Cali, que en un principio se denominó Hospitales Amigos de los Niños y que actualmente es reconocida como Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAM). Su objetivo es contribuir en la disminución de la mortalidad materna-infantil y en consecuencia avanzar en el logro de los objetivos del milenio.

La Secretaria de Salud actualmente se ha posicionado con esta estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de la salud materna e infantil, que es aplicable a instituciones tanto ambulatorias como hospitalarias de cualquier nivel de complejidad y conjuga los diferentes indicadores tanto de estructura como de proceso y de resultado que son pertinentes en la atención de esta población. El convertirse en una institución amiga de la mujer y la infancia es un proceso que se inicia con la voluntad política tanto de la dirección Municipal de Salud, como de los

directivos de las entidades públicas y privadas del sector. (26)

Cali también cuenta con un Comité Interinstitucional de Lactancia Materna; el cual está conformado por el grupo de Salud Pública y Epidemiología de la Secretaría de Salud Municipal, quienes realizan una reunión mensual con el objetivo de promocionar, proteger y apoyar las actividades a desarrollar en la atención integral al niño con la práctica de la lactancia materna entre otros.

Para esta administración es importante promover y comprometer a todas las instituciones, la comunidad y los medios de comunicación para hacer de la práctica de la lactancia materna un verdadero compromiso social. (27)

En Cali, se incluye esta estrategia en el Plan de Desarrollo 2008- 2011 y se establece como meta la re-certificación de los cinco hospitales de la red pública, logrando certificar dos y el resto están en proceso. Igualmente algunas instituciones de la red privada, están trabajando en la implementación de esta estrategia. (28)

Se aclara que la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS correspondiente al 2015, no contempla los temas pertinentes a lactancia materna, por tanto se retomará como referencia la ENDS del 2010.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, el porcentaje de niños que alguna vez fue amamantado en Cali es de 97.2%. El inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido en Cali es de 50.4%.ojo actualizar con la ENDS 2015

Los niños que recibieron alimentos antes de empezar a lactar, Cali son el 25.3% y el 23.5% respectivamente, mientras en Bogotá son el 23%.

Es importante resaltar que en Colombia el 45% de las madres ha recibido capacitación en lactancia materna. Para Cali este porcentaje es de 55% y es

probable que esta situación se dé por la contribución de algunos factores, como la conformación y sostenibilidad del Comité municipal intersectorial e interinstitucional de lactancia materna, la importancia que se da a la lactancia materna en la capacitación del curso clínico y comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y a la capacitación permanente a grupos de apoyo conformados por voluntarios, madres FAMI y madres comunitarias.

Actualmente Cali el Ministerio de la Protección Social presentó este lunes el Plan Decenal de Lactancia Materna para los próximos 20 años, que busca disminuir los índices de mortalidad infantil por desnutrición, a través de la práctica del amamantamiento de los niños menores de 2 años.

MARCO TEÓRICO

“La enfermería es un arte y si se pretende que sea un arte requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; casi diría, la más bella de las Bellas Artes”.

Florence Nightingale

ENFERMERÍA Y LA APLICACIÓN DE TEORIAS

La enfermería está ganando espacio con la llegada de la investigación y el uso de las teorías, pasando a ser vista como una disciplina importante en el área de salud, además de desempeñar un papel relevante en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y supuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, la enseñanza y la investigación. Las teorías traen conceptos y proposiciones relacionadas con la práctica de enfermería que se encuentran ligadas a una visión del mundo.

Diversos autores definen a la enfermería como ciencia, donde se toma en cuenta el caso de Roman R. (2006) que refiere: “Enfermería como ciencia cuenta con un cuerpo teórico conceptual que sustente sus principios y objetivos, el cual se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica, pose

además un método científico propio de atención que es proceso de atención de enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas (29)".

El enfermero emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

A raíz de lo anterior, se visualiza la importancia de la aplicación de un modelo o referente teórico en el cuidado que se brinda a las personas, lo cual permite enriquecer y contribuir al crecimiento de dicha profesión como ciencia y arte. De allí, que el presente proyecto requiera traer a colación una teoría de enfermería, en este caso la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson, teoría sencilla, comprensible y aplicable a distintas situaciones que se vivencian a diario en la práctica.

La aplicación de la teoría permitirá contribuir a nuestro crecimiento personal y profesional. Para los estudiantes de enfermería la integración de la teoría mencionada a la práctica de cuidados debe obtener un soporte filosófico que sustente el que hacer además, de explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina.

TEORÍA DEL "CUIDADO HUMANO" DE KRISTEN SWANSON

BIOGRAFÍA.

Nació el 13 de enero de 1953 en Providence. Se licenció con calificación Cum Laude en la University of Rhode Island College of Nursing en 1975.

Lo que más deseaba Swanson como enfermera principiante era convertirse en una profesional técnicamente informada y hábil, con el objetivo final de enseñar

esas destrezas a otros.

Trabajó un año como instructora clínica de enfermería clínica médico-quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado de enfermería en la University of Colorado, en Dever (Colorado), donde estudió enfermería psicosocial.

Después de doctorarse en ciencias de la enfermería, recibió una beca pos doctoral otorgada individualmente por el National Research. Posteriormente se unió al profesorado de la University of Washington School of Nursing, donde actualmente prosigue su trabajo académico como profesora y presidenta del Department of Family Child Nursing. Kristen Swanson plantea en el año 1991 la "Teoría de los Cuidados", basada en un estudio cualitativo realizado a un grupo de madres gestantes, otro de madres de neonatos y un grupo de madres que sufrieron la pérdida prematura de sus hijos, redactó un ensayo que centró la labor de la enfermera en el cuidado del paciente.

La teórica concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. El profesional de enfermería debe concentrarse en establecer una relación que le permita comprender lo que es importante para el paciente, buscar que la persona conozca a qué tiene derecho (30).

METAPARADIGMA

Es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina

- Persona: ser único que está en proceso de creación cuya integridad se completa cuando manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas.

- Enfermería: disciplina conectora del cuidado para el bienestar de otros.
- Salud: vivir la experiencia subjetiva plena del significado de la plenitud.
- Entorno: cualquier contexto que influye o es influido por el cliente.

POSTULADOS

Los postulados son conceptos que permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. Swanson describe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal; propone cinco postulados para la realización de acciones de cuidado:

Conocimiento: Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (Swanson, 1991).

Estar con: significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (Swanson, 1991).

Hacer por: significa hacer por otros lo que ellos harían por sí mismos si fuese posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson, 1991).

Posibilitar: es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento o transición, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación

(Swanson, 1991).

Mantener las creencias: es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (Swanson, 1991).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

- El objetivo de la enfermería es promover el bienestar de otros, los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.
- el componente fundamental y universal de la buena enfermería es cuidar el bienestar biopsicosocial y espiritual.
- Independientemente de la experiencia, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconjuntos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera.

HABILIDADES EN CONSEJERIA PARA LACTANCIA MATERNA ADAPTADAS A LOS POSTULADOS DE SWANSON

HABILIDAD DE CONFIANZA Y DAR APOYO	RELACIÓN CON POSTULADOS DE SWANSON	ACCIONES
Acepte a la madre lo que piensa y siente: permitir que la madre demuestre sus		<ul style="list-style-type: none">• Trate de encontrar un lugar cálido y tranquilo

<p>sentimientos, emociones y percepciones frente a la práctica de lactancia materna sin reducir sus preocupaciones, con ello se trasmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería</p>	<p>Posibilitar</p>	<p>para la conversación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No criticar a la madre. • Responder de manera neutral, sin ponerse de acuerdo, pero sin estar en desacuerdo. • Dar respuestas que muestren interés.
	<p>Posibilitar Estar con</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cree espacios de diálogo con la madre donde ella pueda expresar lo que siente. • Pídale a la madre que cuente acerca de ella y su bebe • Pregunte a la madre cómo se siente lactando a su recién nacido. • Ser empático en la relación enfermera-persona. • Pídale a la madre que cuente acerca de ella y

		su bebe.
Reconozca y elogie a la madre y el bebe si lo está haciendo bien: esto estimula a que continúe con las buenas prácticas, hace más fácil a que ella acepte sugerencias más tarde	Posibilitar	No solo ver lo que la madre está haciendo inadecuadamente si no felicitarla cuando haga algo bien, esto refuerza la
	Mantener las creencias	Confianza en la madre, estimula a que continúe esas buenas prácticas.
Ofrezca ayuda práctica: Ofrecer ayuda, si la madre se siente cansada, sucia o incomodo, si tiene hambre y sed.	Hacer por	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a la madre después del nacimiento del recién nacido, cuando el niño empiece a mamar. • Ayude a la madre a que se limpie y se ponga cómoda. • Ofrecer algo caliente de tomar. • Sostener él bebé mientras la madre se pone cómodo, o se

		<p>baña, o va al baño.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayude a la madre a acostarse a acostarse en una posición cómoda.• Muestre a la madre como sostener el pecho con su mano para ofrecerlo al bebe y las distintas posiciones que existen.• Ayude a acomodar adecuadamente el recién nacido.• Ayude a que intente diversas posiciones para alzar su recién nacido.• Ayude a que el pezón este revertido, antes de que el niño succione.• Ayude al bebe a tomar el pecho.• Ayudar a la madre a
--	--	--

		aumentar su producción de leche: hidratación, relajación, alimentación.
Dar información pertinente y corta en el momento oportuno: usando un lenguaje sencillo, en términos familiares que permitirá a la puérpera ganar autonomía lo más rápido posible	Conocimiento	Diga las cosas que la madre pueda hacer hoy, no dentro de unas cuantas semanas.
	Posibilitar	Trate de darle solamente una información a la vez.
	Mantener las creencias	De información de manera positiva, que no parezca que la está criticando.
	Estar con	Explique que iniciar la lactancia puede ser difícil, pero con paciencia y persistencia puede lograrlo. Explique él bebe succiona del pecho no del pezón.

<p>Haga uno a dos sugerencias, no de órdenes: esto permite a la madre a sensación de estar en control y le ayuda a sentirse más confiada</p>	<p>Posibilitar</p>	<p>No ordene a la madre que haga algo. Sugíerale opciones sobre lactancia materna.</p>
<p>Use lenguaje sencillo</p>	<p>Posibilitar</p>	<p>Use términos familiares para explicarle algo a la madre.</p>
	<p>Estar con</p>	<p>Trate de no repetir preguntas.</p>

METODOLOGÍA

Los estudiantes en mención al inicio del trabajo, pertenecientes a la escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, desarrollaran una Pasantía Institucional en el marco del Proyecto de Consejería Integral en Lactancia Materna, dirigido a las madres lactantes del servicio de Partos y Puerperio del HUV.

Durante el desarrollo de la Pasantía, se contará con la asesoría del docente Víctor Hugo Quintero, Enfermero Especialista en Materno Perinatal y Magíster en Enfermería con Énfasis Madre-Niño.

Consideraciones Éticas

- El proyecto de consejería integral para el éxito en lactancia materna fue aprobado por el comité de ética.
- Requiere de consentimiento informado, por las madres que participen en la consejería.
- Se contará con el permiso de la coordinadora del servicio, de las salas de ginecoobstetricia del HUV, para desarrollar las actividades.

FASES DE LA PASANTÍA

1. APRESTAMIENTO

Diagnóstico situacional: por medio de la observación y aplicación de la encuesta a las madres lactantes en los servicios de parto y puerperio del HUV, en el periodo agosto-diciembre del 2015, los estudiantes Adonai Arroyave, Paola Yela y Maricel Bolaños, identificaron que las madres lactantes tenían falencias en el proceso de lactancia materna asociadas a la falta de

orientación o educación insuficiente o incorrecta, por parte del personal de enfermería.

El proceso de preparación para implementar la pasantía institucional, requirió de una ardua investigación en habilidades de consejería en lactancia materna, lo cual incluye las bases conceptuales de lactancia materna, así como habilidades de comunicación y manejo de grupos. Todo este proceso se dio desde el inicio de la propuesta y se consolidó en la práctica.

2. CONSEJERÍAS

Los estudiantes de enfermería Brayan Chaves, Paola Gamboa, David Gil y Estefanía Muñoz, que cursaban séptimo semestre de enfermería retomaron los aportes dejados por los estudiantes de la anterior promoción, dándole continuidad a la pasantía, implementando el proceso de consejería en lactancia materna, bajo la tutoría del profesor Víctor Hugo Quintero, a continuación se indica los elementos y procesos pertinentes a su desarrollo.

Población:

Las madres lactantes de los servicios de puerperio y sala de partos del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA.

Las siguientes intervenciones se aplicarán a las madres lactantes que estén en alojamiento conjunto con su recién nacido sano, que no tenga contraindicaciones para la lactancia y que estén de acuerdo con el seguimiento que se les realizará.

Se observó la aplicación del proceso lactancia materna hacia el recién nacido durante su estancia hospitalaria y posteriormente se realizará un seguimiento telefónico de la aplicación de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses siguientes.

Previo al desarrollo de las actividades de consejería:

Se llenó una ficha y luego una encuesta a las madres lactantes, para medir el nivel de conocimientos previos, en relación a la práctica de lactancia materna.

Actividades generales a desarrollar en las consejerías:

- Se realizó dos consejerías presenciales en lactancia materna por semana, en los servicios de Partos y Puerperio.
- En cada consejería 2 estudiantes se harán cargo de su desarrollo.
- Se llenan las fichas y después las encuestas.
- Luego se hizo un seguimiento telefónico a las madres que acepten.

Actividades específicas a desarrollar en las consejerías:

- Saludo cordial a las madres lactantes y al familiar o su pareja
- Se les explicó a las madres lactantes y a su acompañante el procedimiento, los beneficios y la justificación de la actividad.
- Una vez se ha explicado lo anterior, y la madre afirme comprender la actividad se procedió a solicitar su aprobación por medio de un consentimiento informado, solicitando sus datos personales para diligenciar la ficha.
- posteriormente se aplicó una serie de preguntas plasmadas en la encuesta de consejería, para conocer el nivel de conocimientos previo en relación a las técnicas de lactancia materna y posicionamiento de su bebé.
- Se realizó una intervención educativa individual con cada madre, explicándole con detalle los beneficios de la lactancia para la madre y el bebé, las técnicas de extracción de la leche materna y cómo almacenarla, entre otros. Cada intervención durará aproximadamente 20 minutos y de ser necesario se extiende el tiempo,
- se le solicitó que le brinde lactancia a su bebé, con el fin de identificar

errores en el posicionamiento, brindar claridad y dar a conocer las medidas y estrategias para implementar correctamente la técnica de lactancia materna, igualmente se darán recomendaciones en función del diagnóstico de lactancia materna (riesgo, eficaz e ineficaz), y con respecto a las características de la madre, del bebé y teniendo presente los factores que puedan intervenir en la continuidad de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del bebé.

- se finalizó con la toma de asistencia a las participantes, y se determinó un diagnóstico en lactancia materna a las madres, en relación a los hallazgos identificados y teniendo en cuenta las necesidades verbalizadas por la madre.

3. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO:

- Se realiza de acuerdo a la necesidades encontradas, más específicamente a los diagnósticos de cada madre. En el caso de madres cuyo diagnóstico haya sido lactancia materna eficaz el seguimiento será aplicado en 2 momentos, al mes de la intervención o consejería presencial y a los 6 meses. En las madres con diagnóstico de riesgo de lactancia materna ineficaz o lactancia materna ineficaz, el seguimiento será aplicado en 2 o más momentos, esto con el fin de intervenir oportunamente ante la posibilidad de destete precoz, o de interrupción de la lactancia materna exclusiva.
- El seguimiento se realiza telefónicamente y la duración de cada llamada estará condicionada a las necesidades de la madre, aproximadamente entre 5 a 10 minutos por llamada. También se tendrá en cuenta los factores que puedan intervenir para realizarlas y aquellos ligados al estudiante.
- El contenido del seguimiento sigue el desarrollo de una encuesta,

donde se encuentran principios y lineamientos manejados en las consejerías, en particular sobre edad y salud del bebe, tipo de alimentación, sea de lactancia materna exclusiva, complementaria o interrupción de la lactancia materna, presencia de alteraciones o dolencias de los senos de la madre, cantidad de leche producida por la madre y otros.

- Se finaliza cada seguimiento con recomendaciones y registro de los datos obtenidos, así como los relacionados al éxito de la llamada, si la madre contestó, si la persona contactada es un familiar o su pareja, si el número telefónico es errado o factores que condicionaron el tiempo de llamada o que imposibilitaron la comunicación con la madre.

4. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizó el análisis a dos grupos de madres, las que continuaron con LME por 6 meses y las que interrumpieron la LME durante los 6 primeros meses. Se utilizó para ello formatos de encuesta y ficha que permitieron determinar si se cumplieron los objetivos inicialmente pactados, los cuales se resumen en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.

CRONOGRAMA				
Convecciones: Brayan Chávez (B), David Gil (D), Paola Gamboa (P), Estefanía Muñoz (E).				
PERIODO		ACTIVIDADES		
Año	Mes	Consejería Partos	Consejería Puerperio	Seguimiento Telefónico

2016	Febrero	B, D, P, E.	B, D, P, E.	
	Marzo	B, D, P, E.	B, D, P, E.	
	Abril	P, E.	B, D,	
	Mayo	P, E.	B, D,	
	Junio	P, E.	B, D	
	Julio	P, E.	B, D	
	Agosto	P, E.	B, D	B, D, P, E.
	Septiembre	P, E.	B, D, P, E.	B, D, P, E.
	Octubre	P, E.	B, D, P, E.	B, D, P, E.
	Noviembre		B, D, P, E.	B, D, P, E.
	Diciembre		P, E.	B, D
2017	Enero	P, E.	P, E.	B, D.
	Febrero	P, E.	P, E.	B, D.

CRONOGRAMA			
Actividades	periodo	Estudiantes a cargo (promoción anterior)	
Diagnostico situacional	Agosto- diciembre de 2015	Adonai Arroyave, Paola Yela y Maricel Bolaños	

CRONOGRAMA												
Año 2016												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
aprestamiento	X											
Inducción de la pasantía	X											
Planeación de la pasantía	X	X	X									
Primer adelanto de la pasantía	X											
Segundo adelanto de la pasantía		X										
Presentación final de la pasantía			X									
Entrega de trabajo final de la pasantía			X									

Consejería presencial madres lactantes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimient o telefónico					X	X	X	X	X	X	X	X

CRONOGRAMA						
Año 2017						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Consejería presencial madres lactantes	X	X				
Seguimiento telefónico	X	X	X	X		
Tabulación de las encuestas	X	X	X	X		
Entrega de resultados					X	X

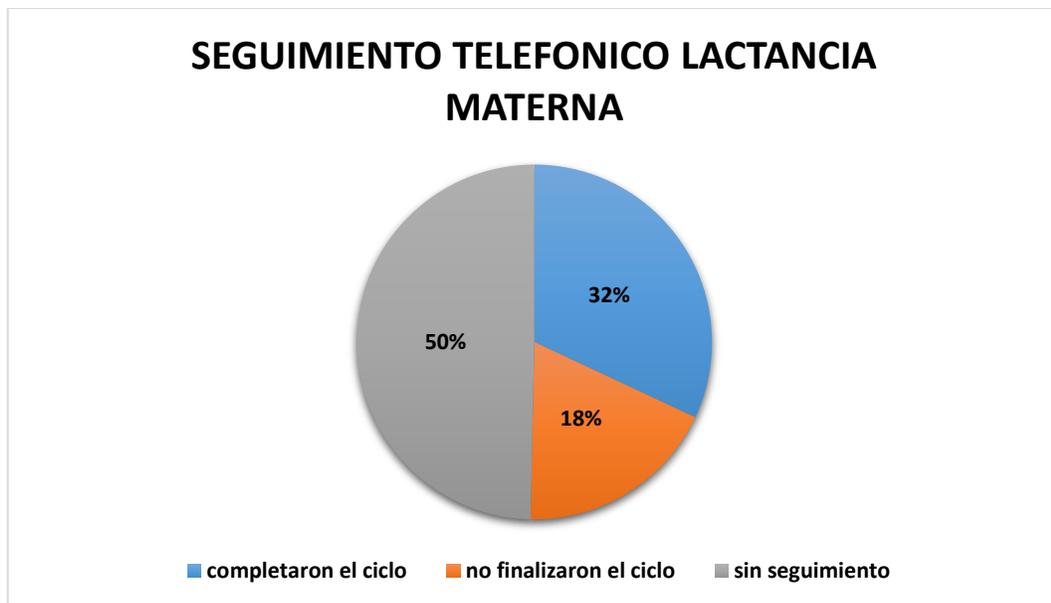
RECURSOS

RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA PASANTÍA			
Minutos	1 madre lactante	Número de llamadas de seguimiento por madre lactante en los 6 meses: entre 2 a 3.	
		10 minutos x 2 seguimientos en los 6 meses = 20 minutos	Valor minuto \$150 x 20 minutos = \$3.000 x 204 seguimientos = \$612.000
		10 minutos por 3 seguimientos en los 6 meses = 30 minutos	Valor minuto \$150 x 30 minutos = \$4.500 = \$918.000
Copias	1 madre lactante	6 copias de encuestas y consentimiento	6 copias x \$ 50 pesos= 300 pesos
	204 madres lactantes	1428 copias de encuestas y consentimiento y registros para los seguimientos (7 hojas)	1428 copias x \$ 100 pesos= \$ \$142.800
Consejerías	1 madre lactante	Consejería individual \$4000	
	204 madres lactantes	Consejería individual \$4000 x 204 madres= \$816.000	
Aclaración	Cada estudiante por semana se encarga de realizar 2 consejerías. Se realizarán 17 consejerías cada mes, por 12 meses, son igual a 204 consejerías, desde febrero de 2016 a febrero de 2017.		

RESULTADOS

Se realizaron en total 204 consejerías en lactancia materna desde febrero del 2016 hasta febrero del 2017, pero de estas se tomaron las madres lactantes (ML) hasta el mes de octubre del 2016 para realizarles el seguimiento telefónico, el cual representa un porcentaje de 72% (147ML).

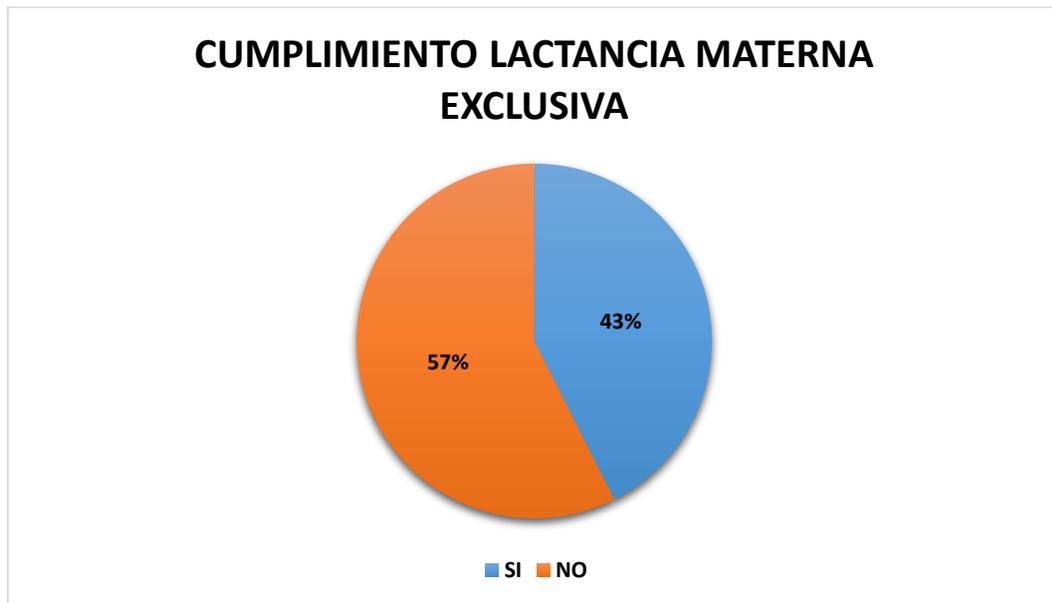
Grafica 1. Seguimiento telefónico en lactancia materna. (147 ML)



Se realizaron 147 consejerías hasta el mes de octubre del 2016 de las cuales se pudo hacer seguimiento telefónico efectivo hasta el 6^o mes a 47 madres lactantes que representan el 32%, al 18% las madres lactantes (26 ML) se les realizó seguimiento telefónico sin embargo al 6^o mes no se registran datos pues no se logró contactar telefónicamente. El 50% (73 ML) restantes son madres que en ningún momento se logró contactar por diversos motivos, tales como: línea suspendida, teléfono apagado o extraviado, zonas de difícil comunicación, números telefónicos que no corresponde a la persona si no a un allegado y números errados.

Grafica 2. Cumplimiento de lactancia materna exclusiva (LME).

No: 47 ML

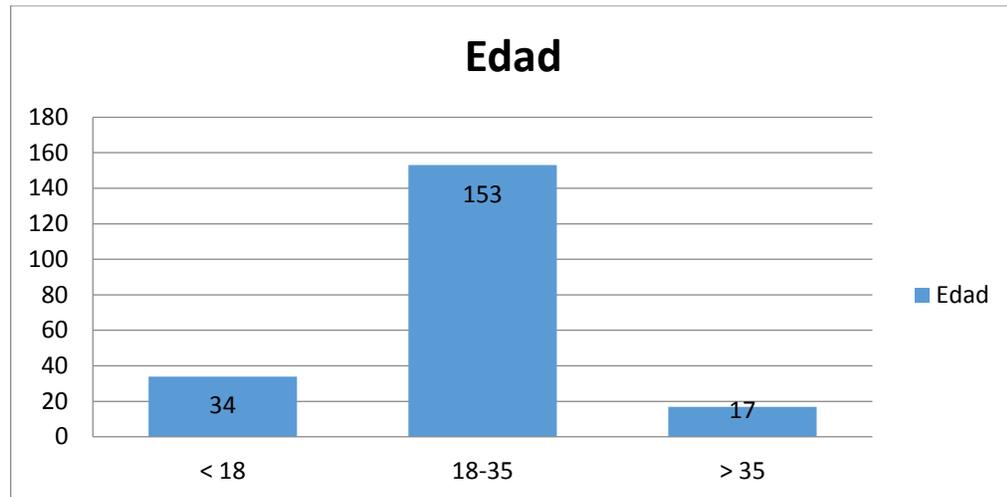


De las 47 madres lactantes a las que se les realizo seguimiento telefónico hasta el 6º mes, se encuentra que 20 ML (43%) brindaron LME y 27 ML (57%) interrumpieron la LME.

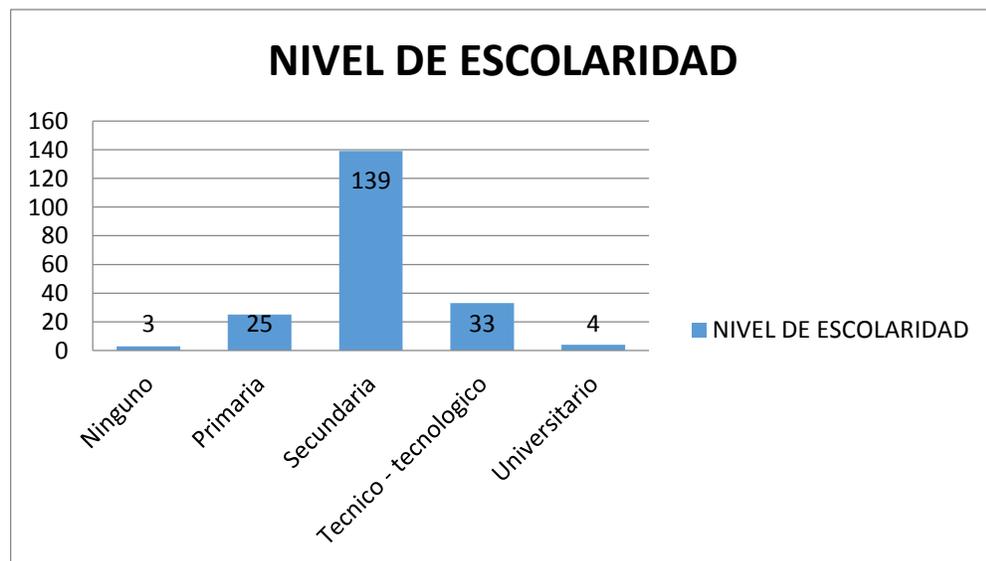
A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras realizar las consejerías en lactancia materna, los seguimientos telefónicos y la caracterización de las madres lactantes que cumplieron con la lactancia materna exclusiva (LME), las que interrumpieron la LME y según el mes en que interrumpieron la lactancia.

CONSEJERIAS EN LACTANCIA MATERNA

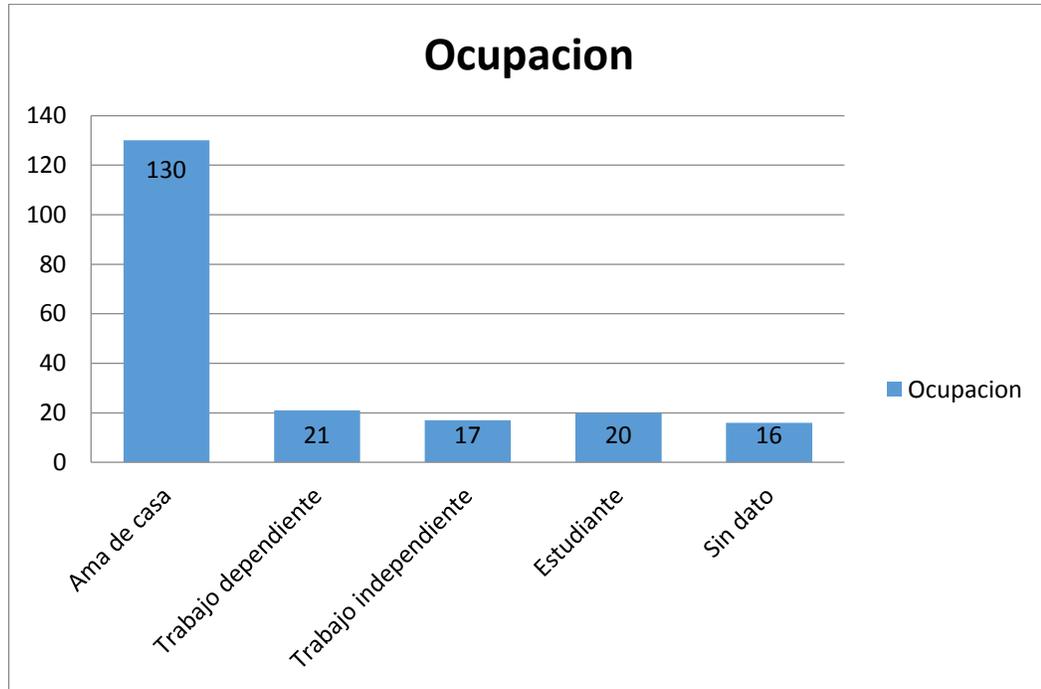
Gráfica 3. Edad de la madre lactante



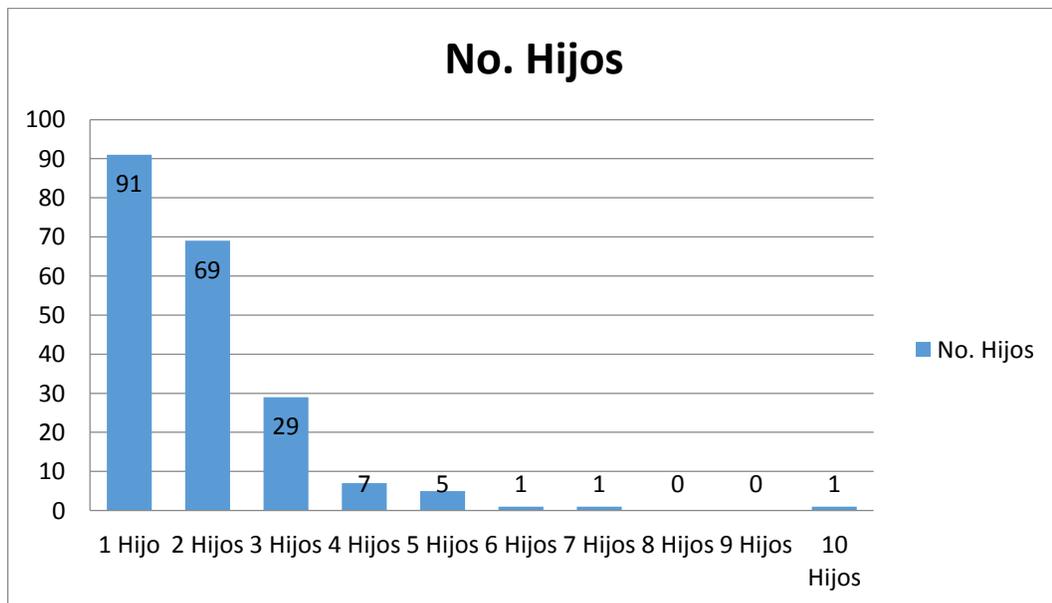
Gráfica 4. Nivel de escolaridad de la madre lactante



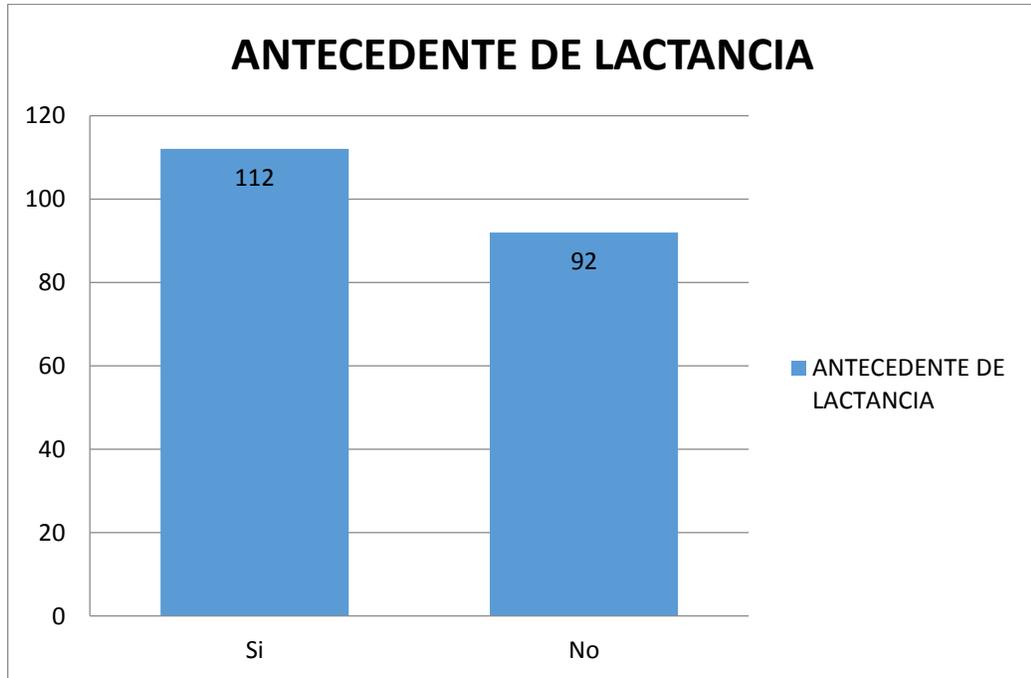
Gráfica 5. Ocupación de las madres lactantes



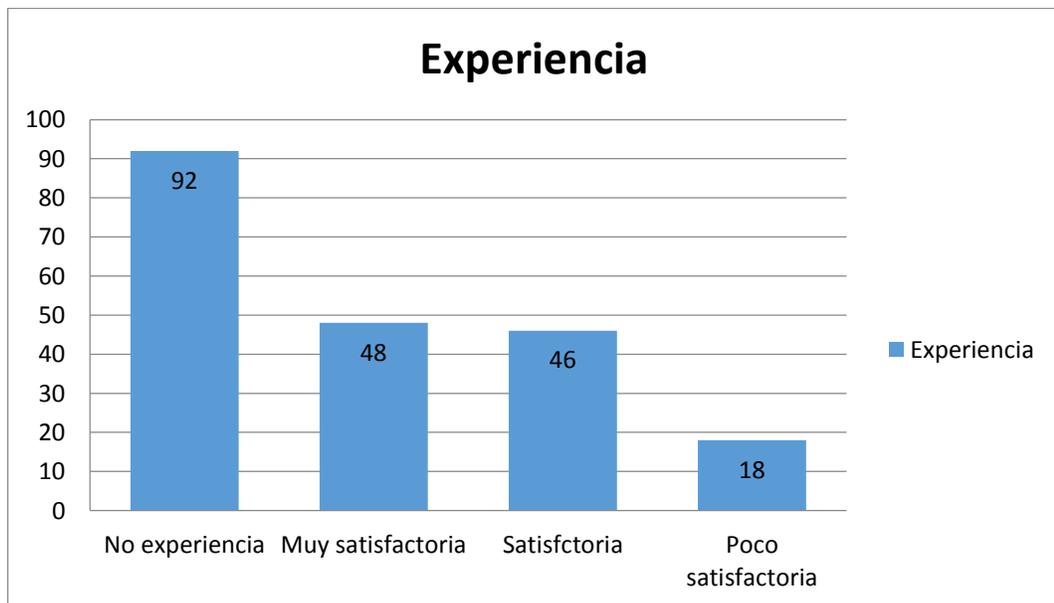
Gráfica 6. Número de hijos de las madres lactantes



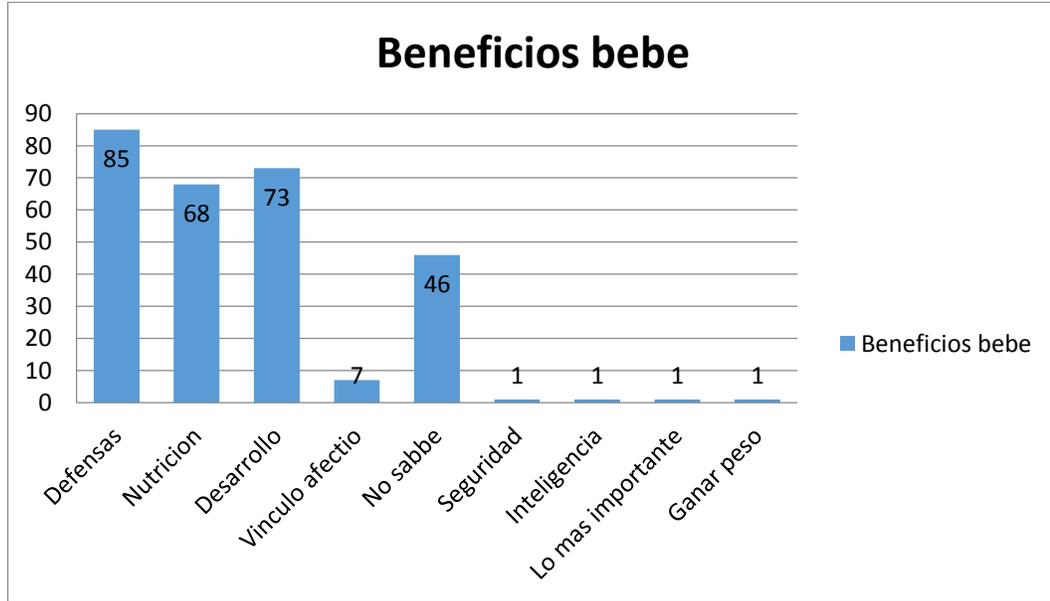
Gráfica 7. Antecedente de lactancia



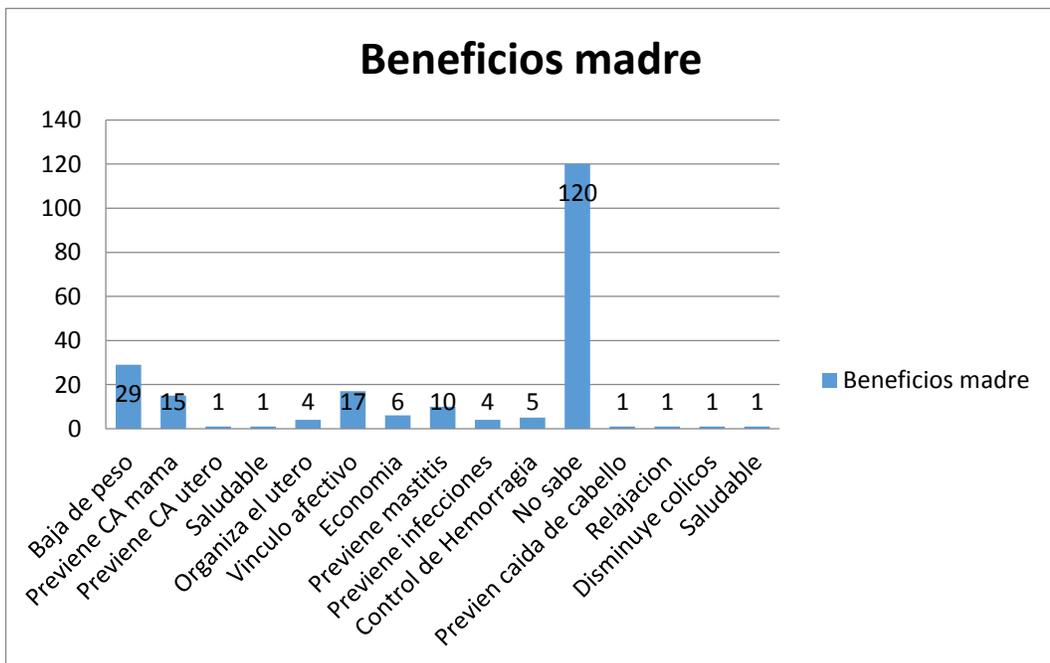
Gráfica 8. Experiencia lactando



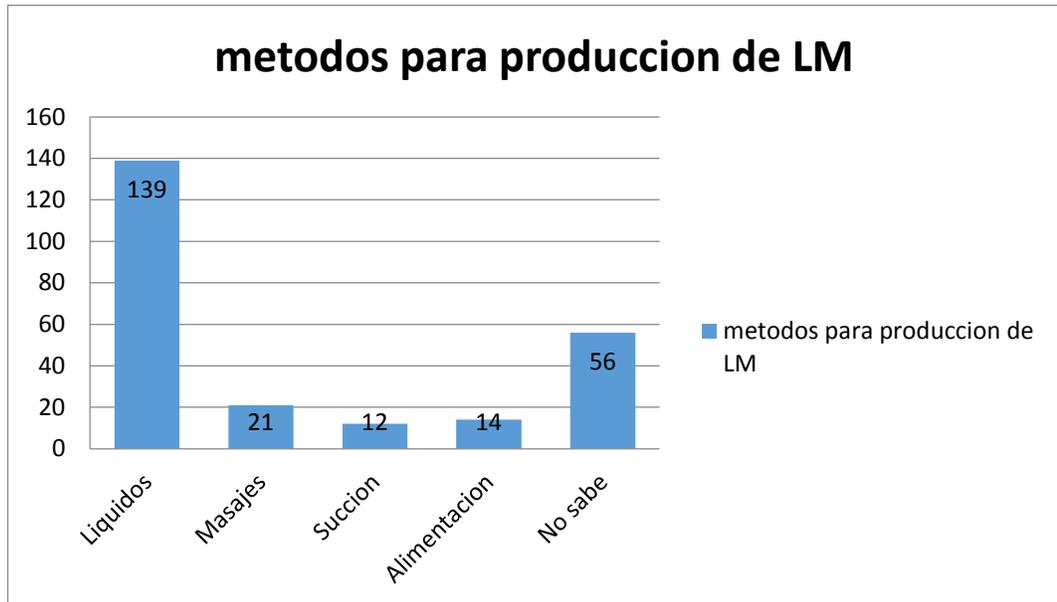
Gráfica 9. Beneficios de la lactancia materna para la mamá



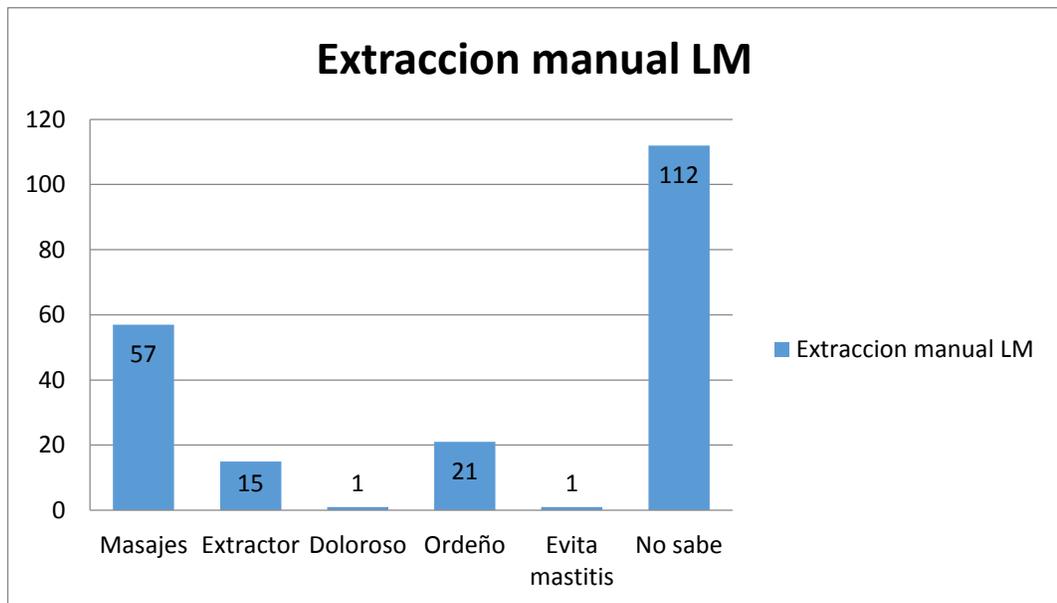
Gráfica 10. Beneficios de la lactancia materna para la madre



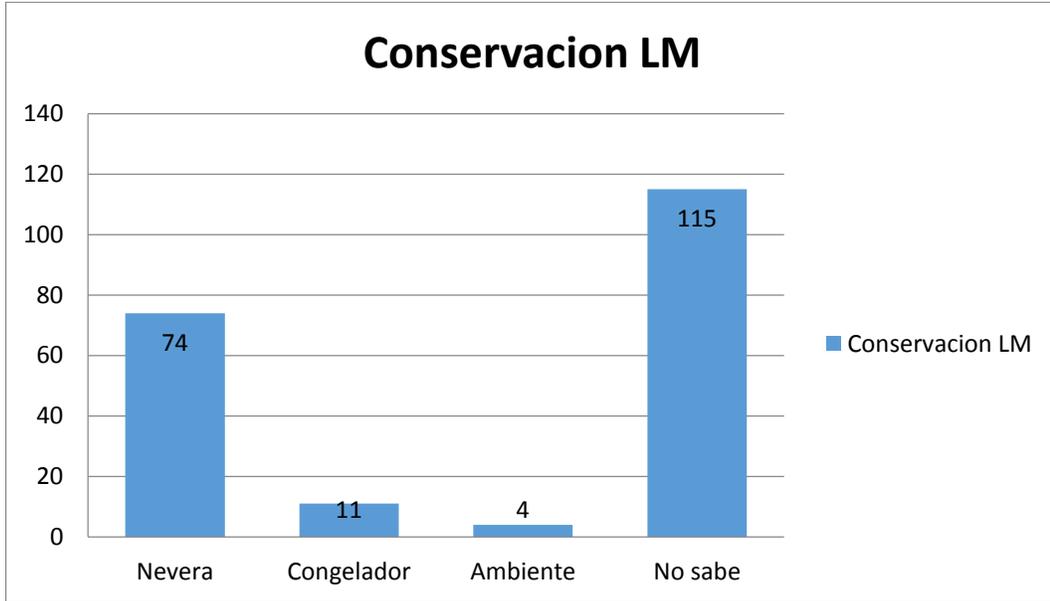
Gráfica 11. Métodos para la producción de leche materna



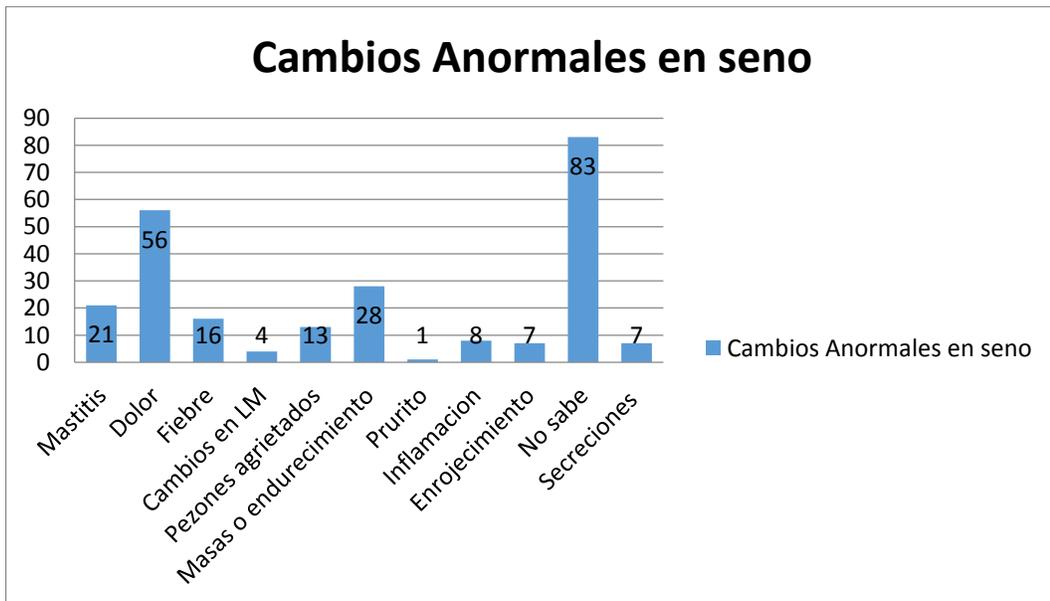
Gráfica 12. Extracción manual de leche materna



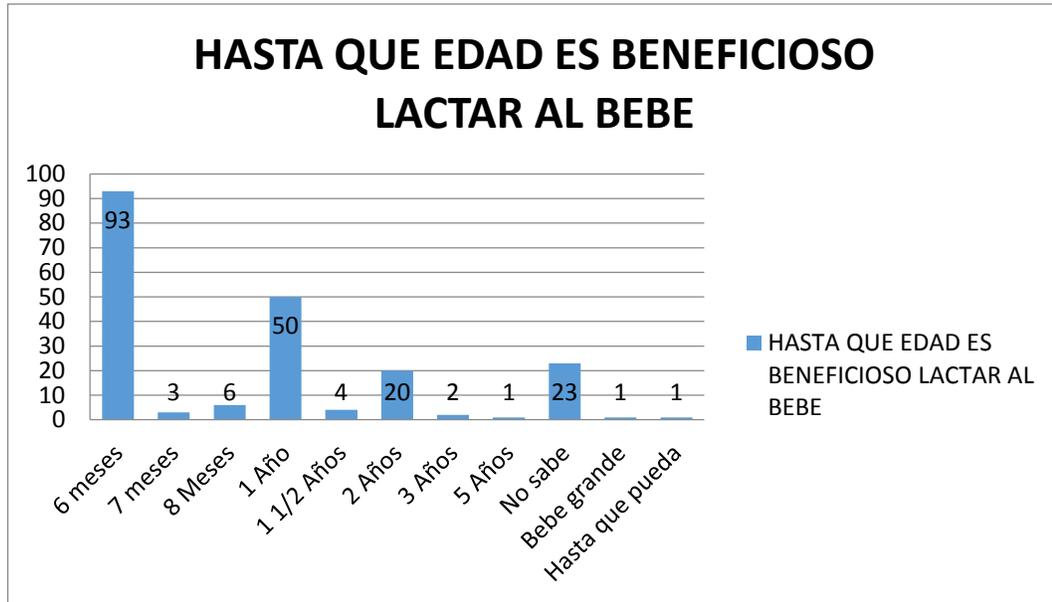
Gráfica 13. Conservación de leche materna



Gráfica 14. Cambios anormales en los senos por los cuales deba consultar



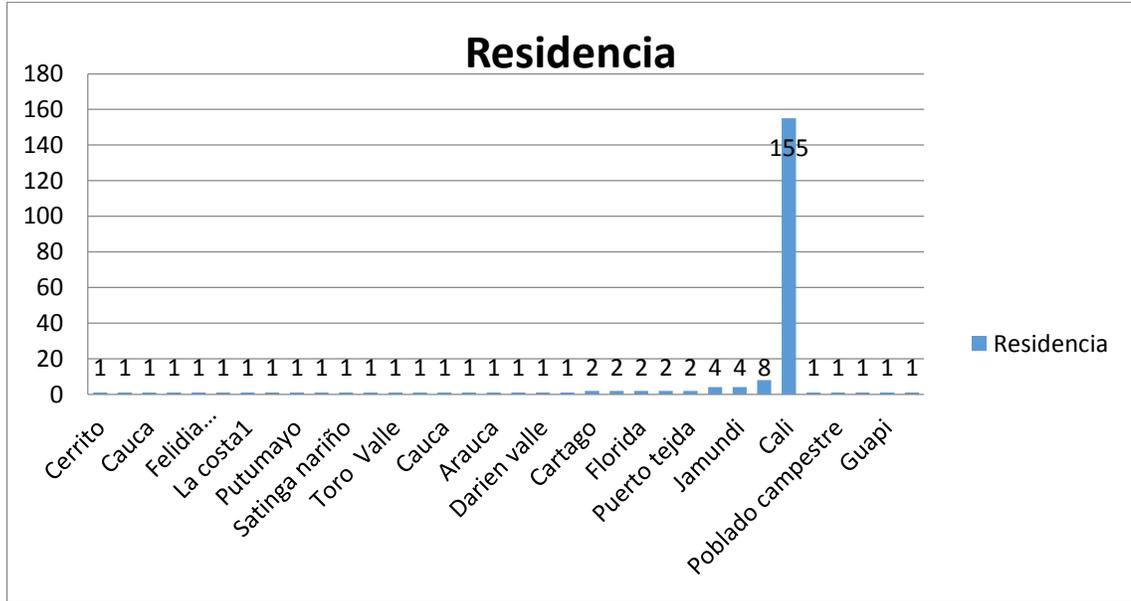
Gráfica 15. Hasta que edad considera la madre beneficioso dar lactancia materna al bebé



Gráfica 16. Razones para suspender la lactancia materna



Gráfica 17. Lugar de residencia de la madre lactante



Gráfica 18. Cómo se ha sentido lactando a su bebé.



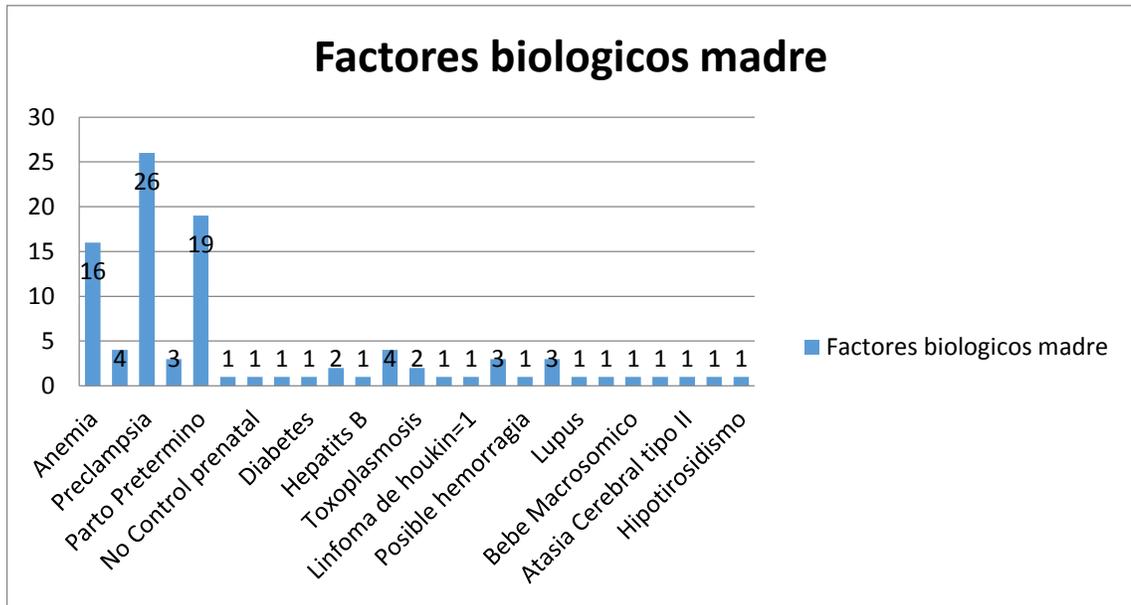
Gráfica 19. Dificultades en la lactancia materna

Si= 48 NO=156



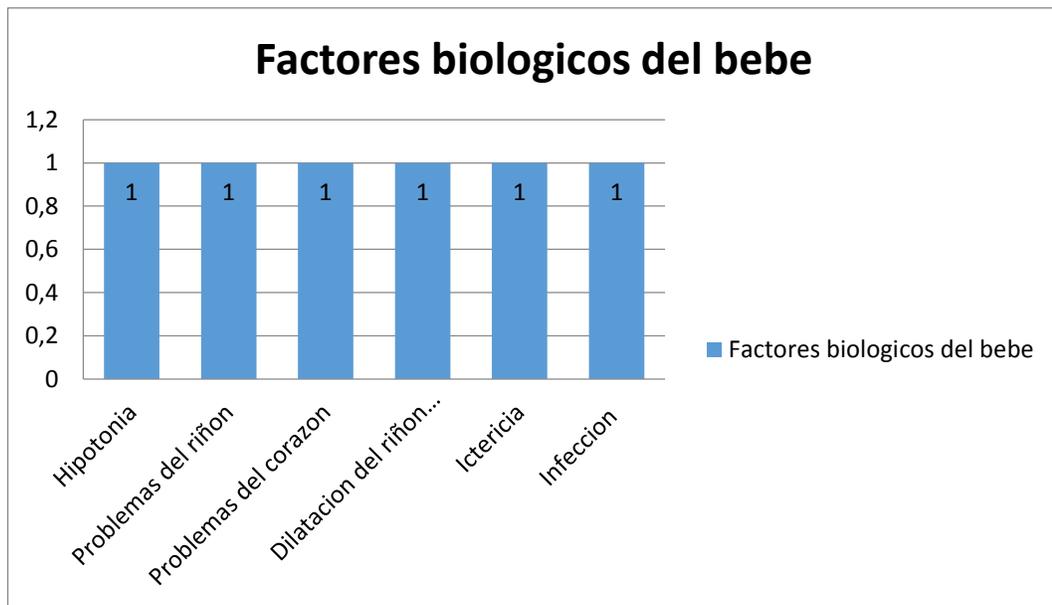
Gráfica 20. Factores biológicos de la madre

Si= 97 NO= 107



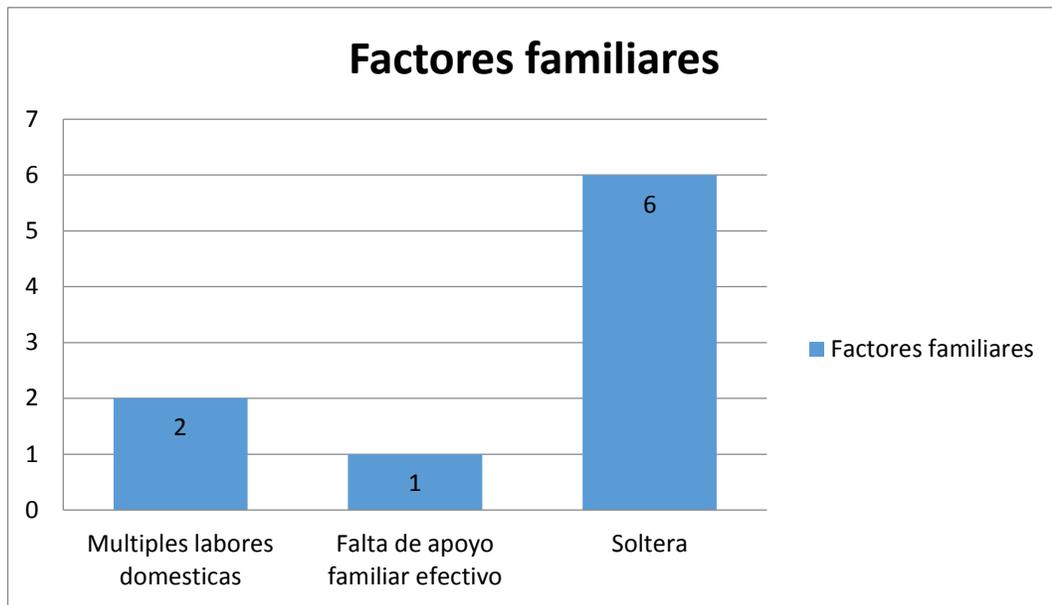
Gráfica 21. factores biológicos del bebé

Si=6 No=198



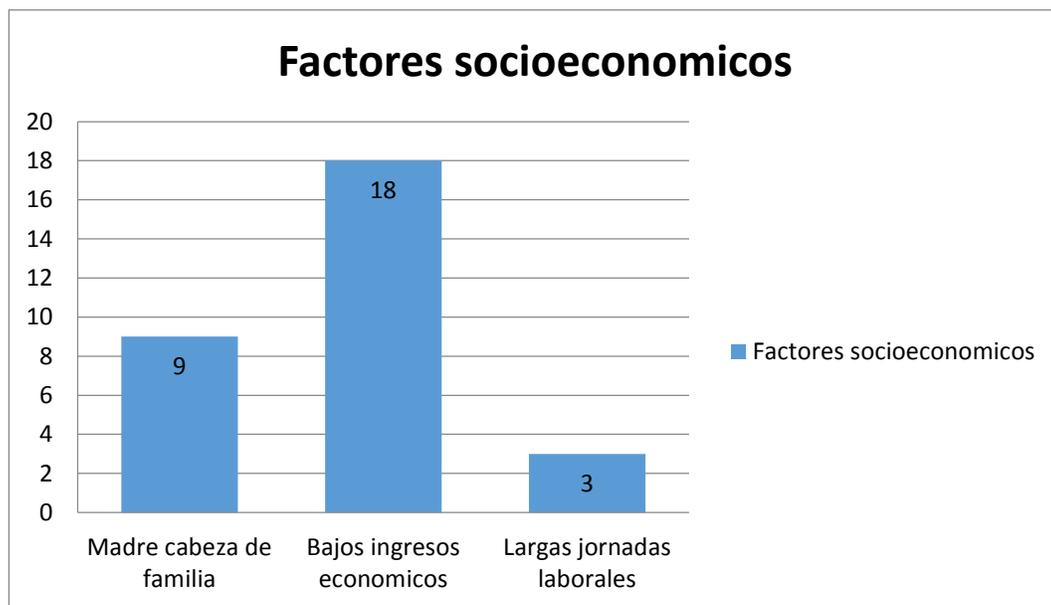
Gráfica 22. Factores familiares

Si= 9 No=195



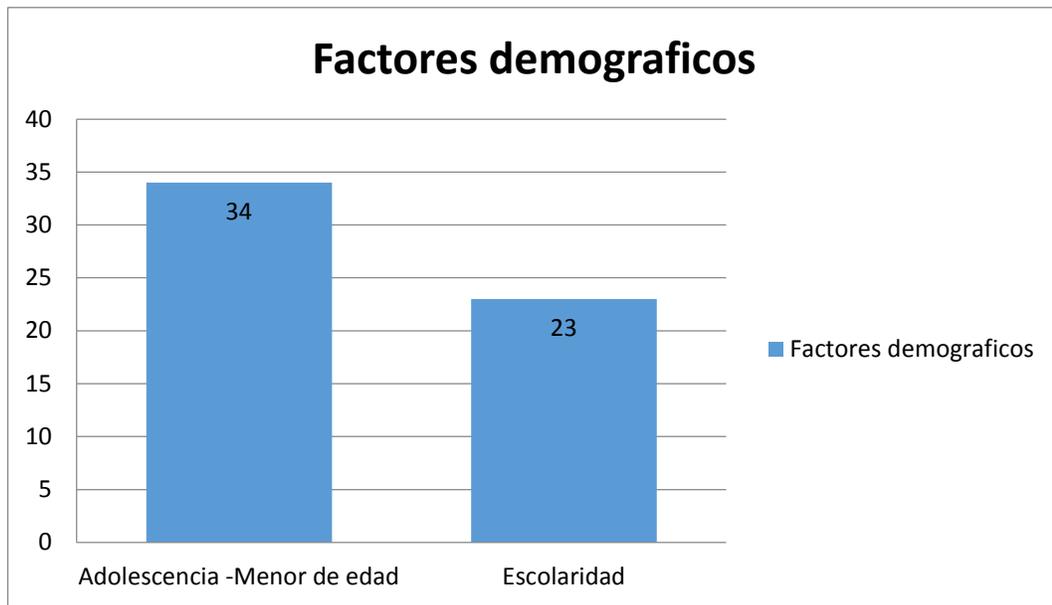
Gráfica 23. Factores socioeconómicos

Si=24 No=180



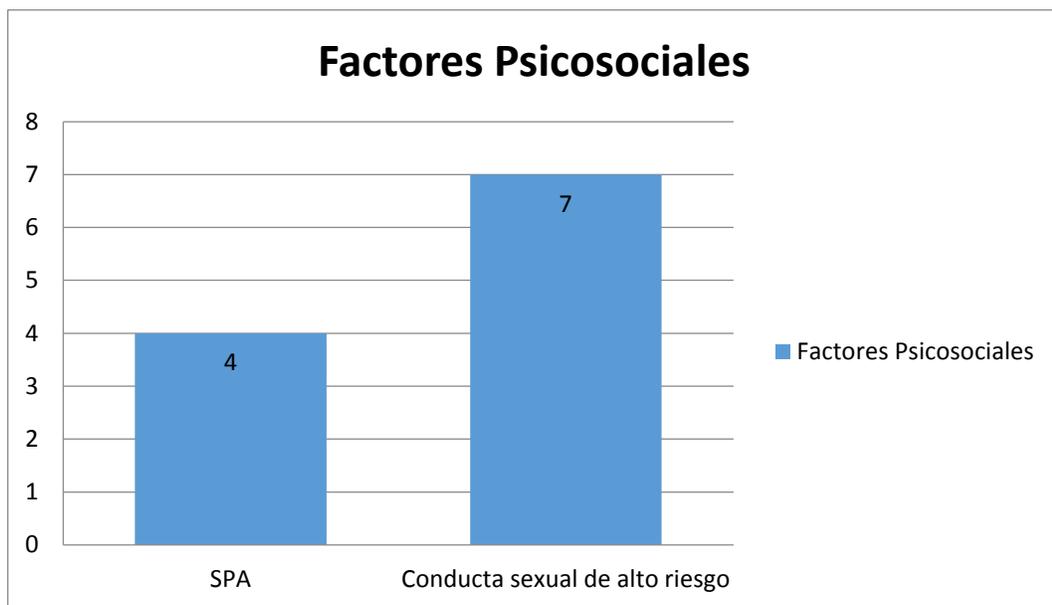
Gráfica 24. Factores demográficos

Si= 35 No=169



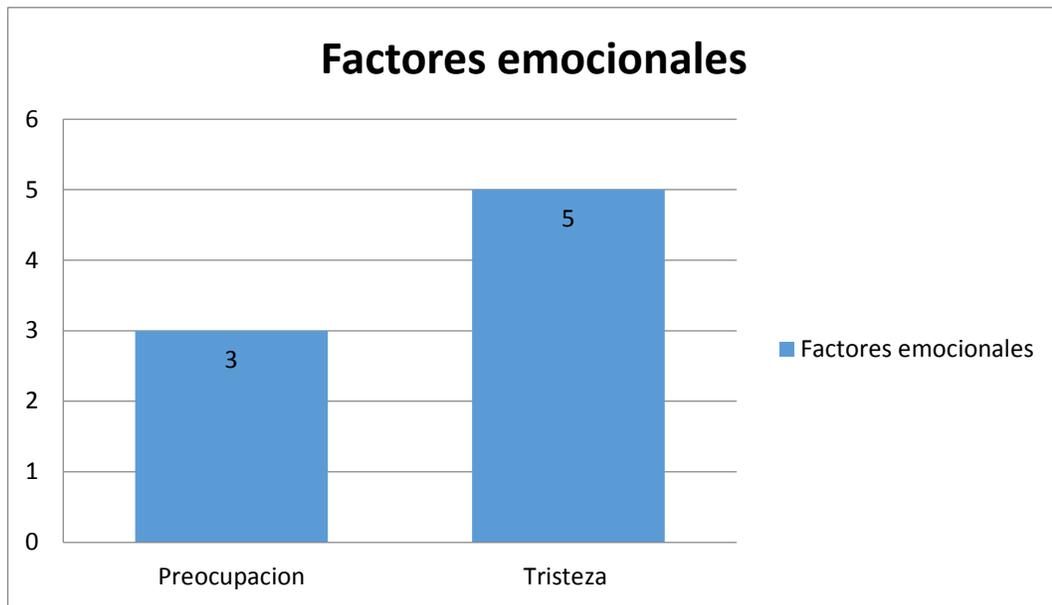
Gráfica 25. Factores psicosociales

Si= 10 No= 194

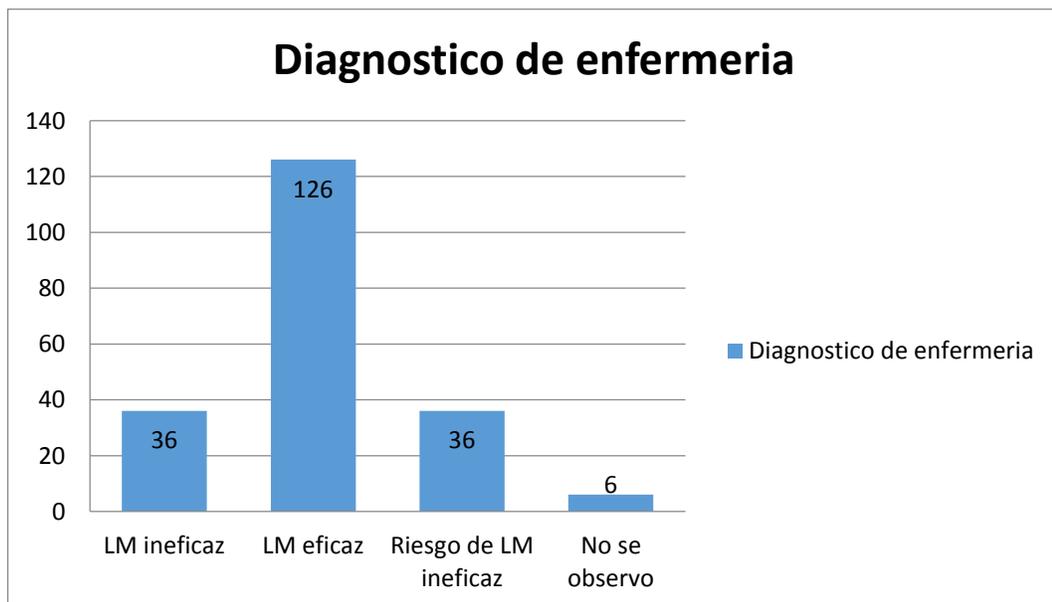


Gráfica 26. Factores emocionales

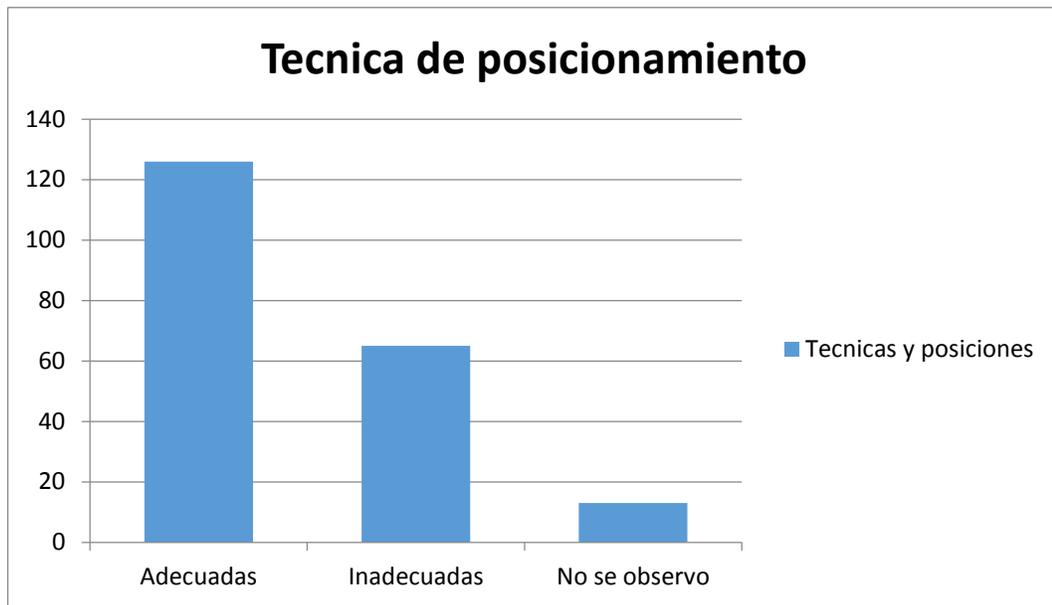
Si= 5 No=199



Gráfica 27. Diagnósticos de enfermería

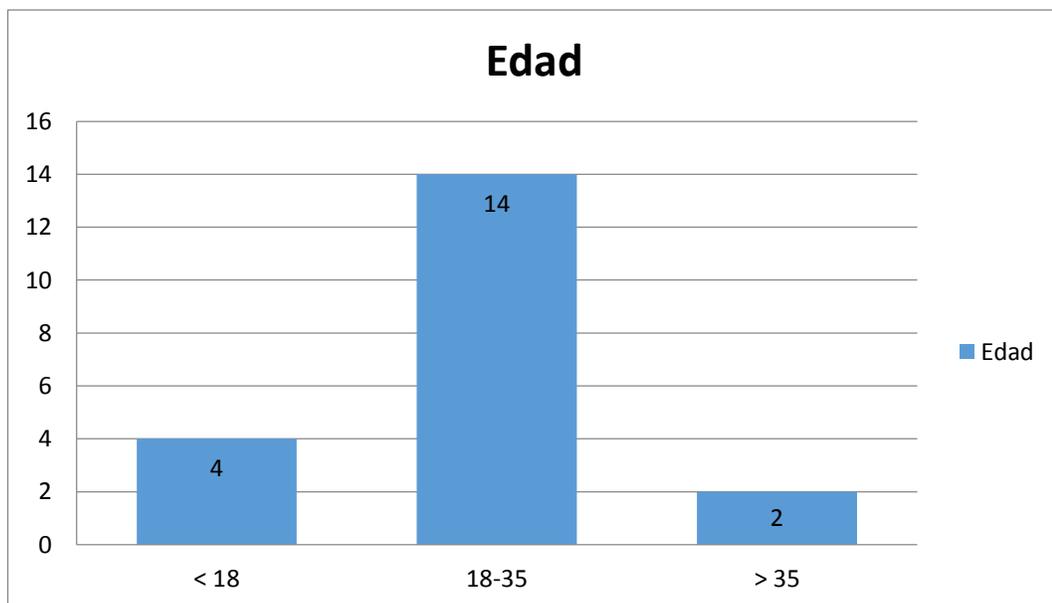


Gráfica 28. Técnicas de posicionamiento

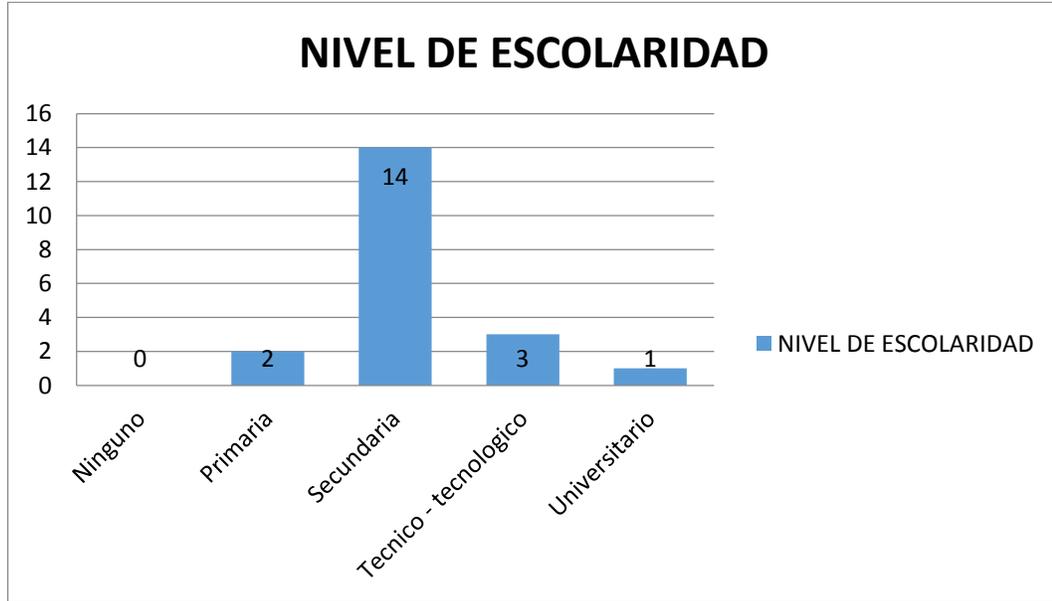


MADRES LACTANTES CON SEGUIMIENTO TELEFONICO

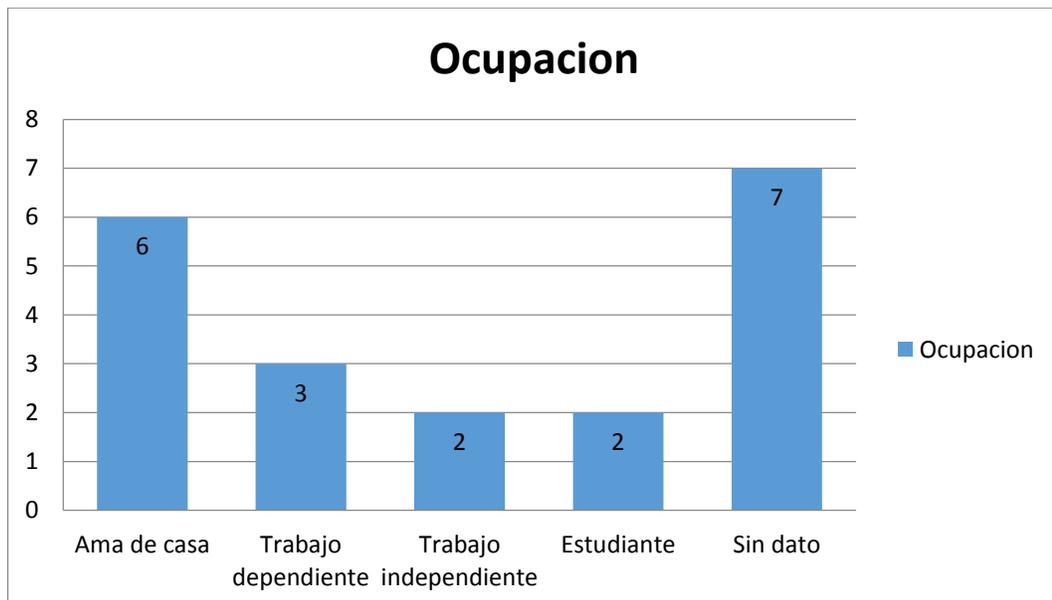
Gráfica 29. Edad de las madres lactantes



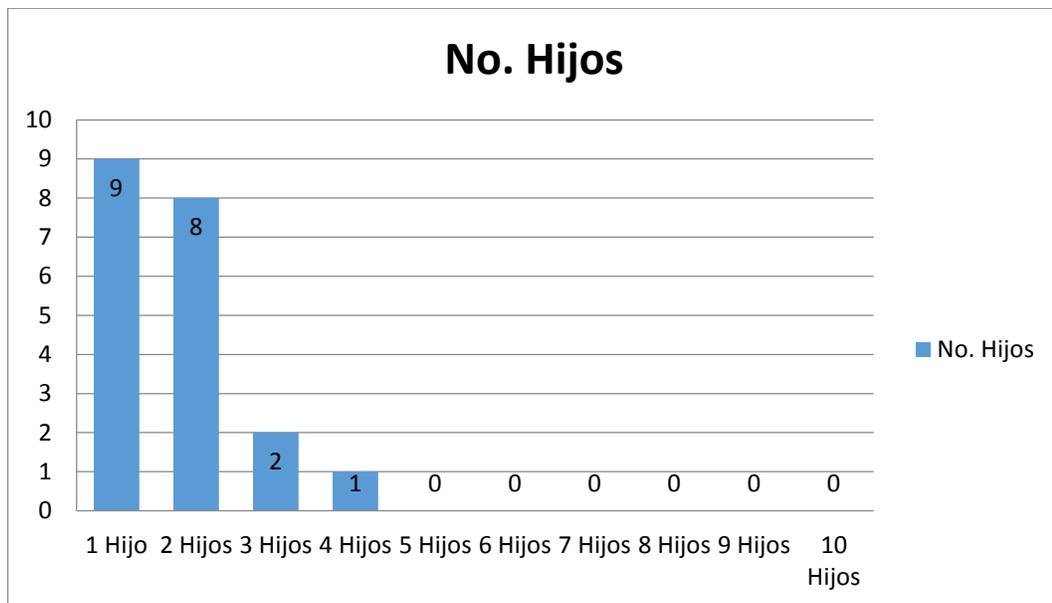
Gráfica 30. Nivel de escolaridad de las madres lactantes



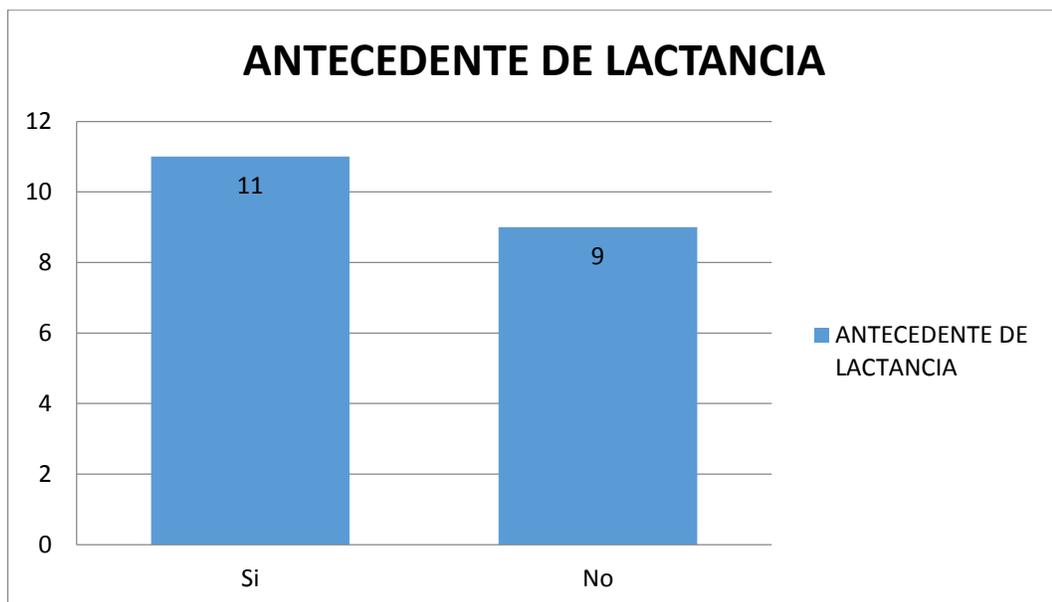
Gráfica 31. Ocupación de las madres lactantes



Gráfica 32. Número de hijos de las madres lactantes



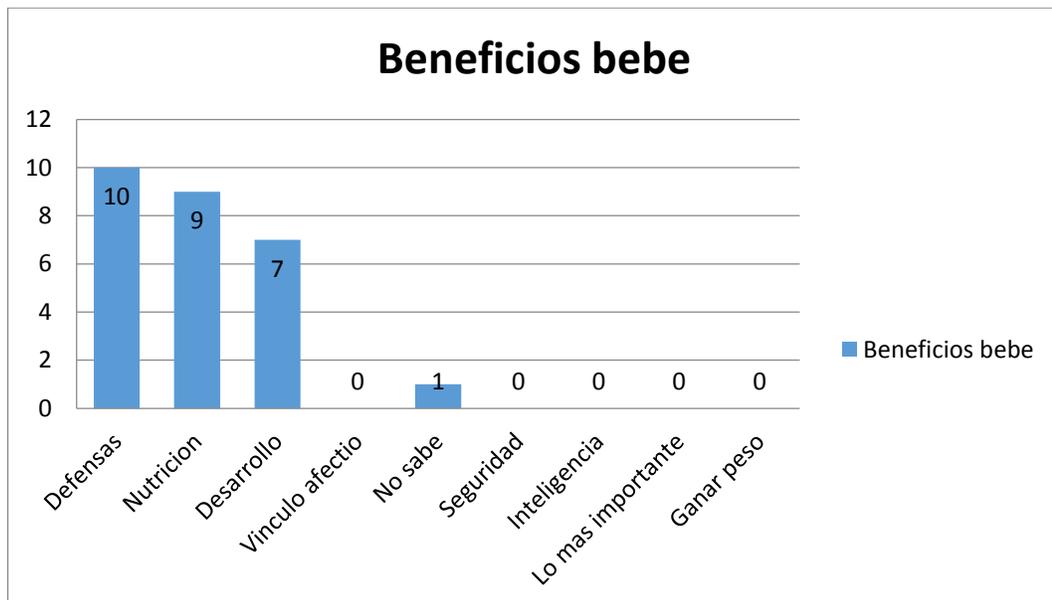
Gráfica 33. Antecedente de lactancia



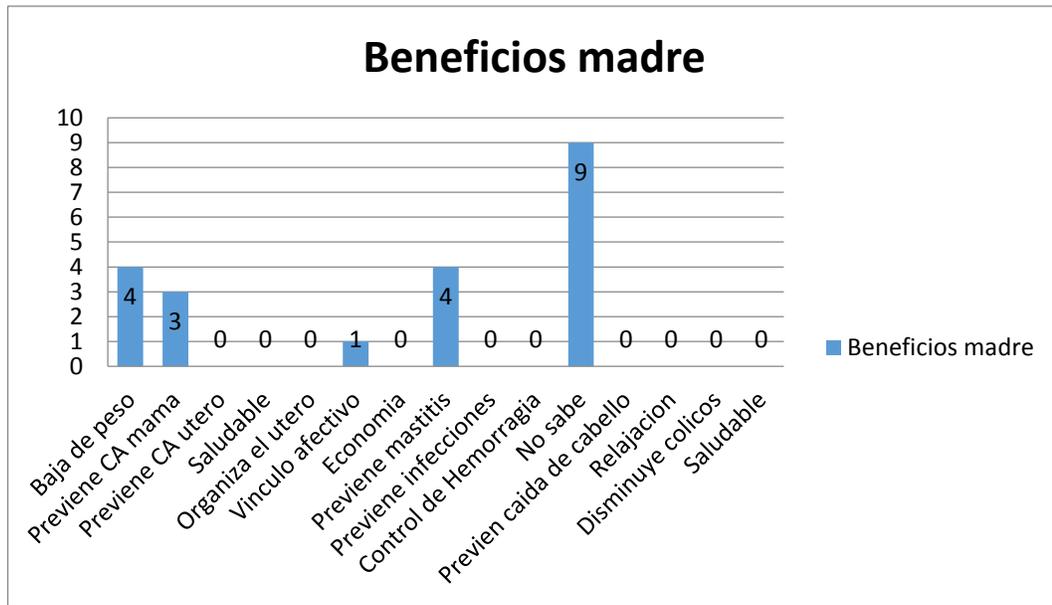
Gráfica 34. Experiencia de lactancia materna



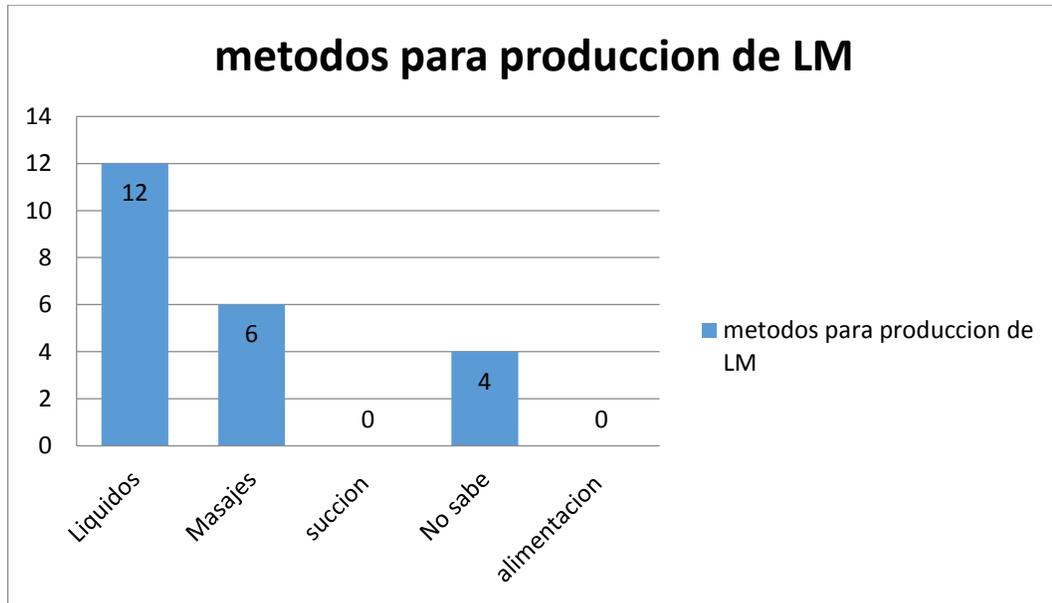
Gráfica 36. Beneficios de la lactancia materna para el bebé



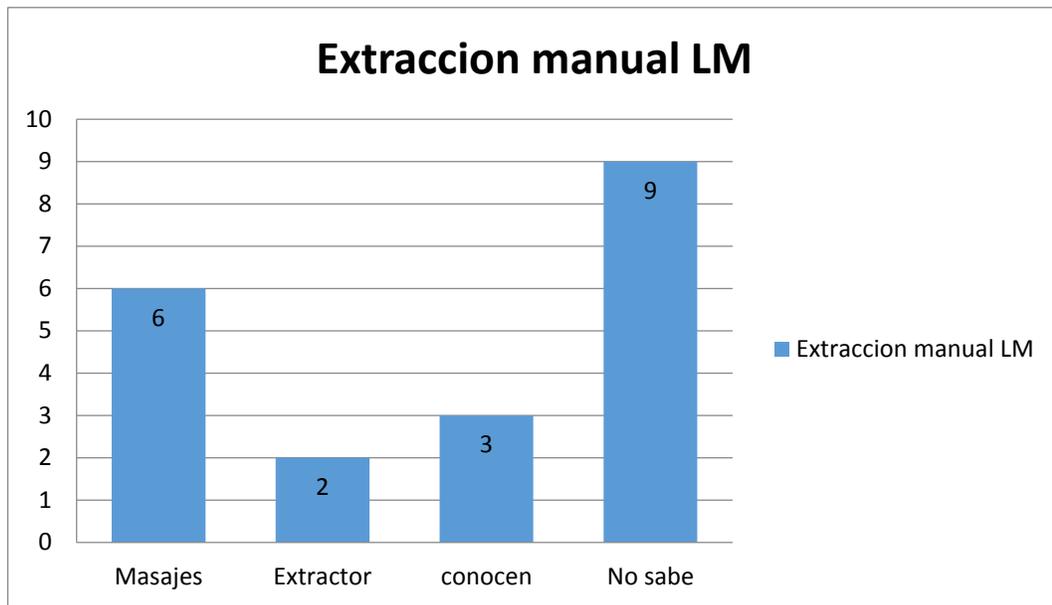
Gráfica 37. Beneficios de la lactancia materna para la madre



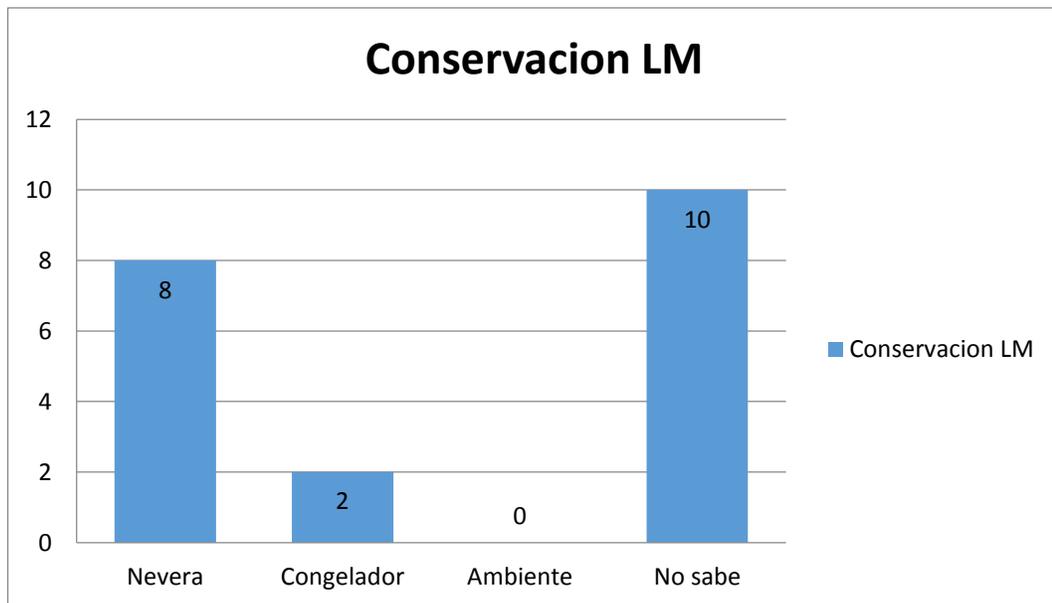
Gráfica 38. Métodos para la producción de leche materna



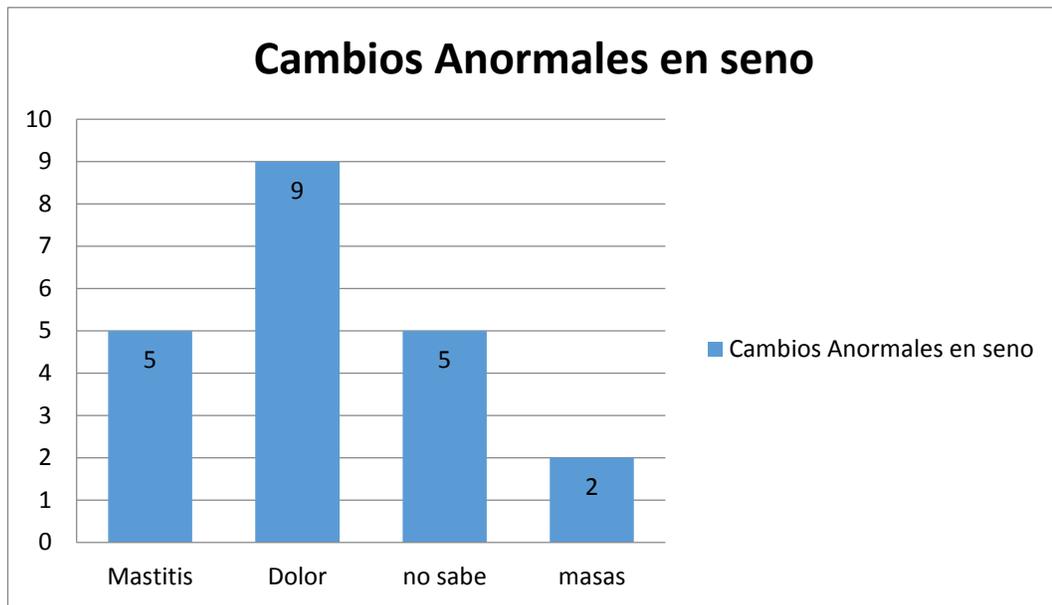
Gráfica 39. Métodos para la extracción manual de leche materna



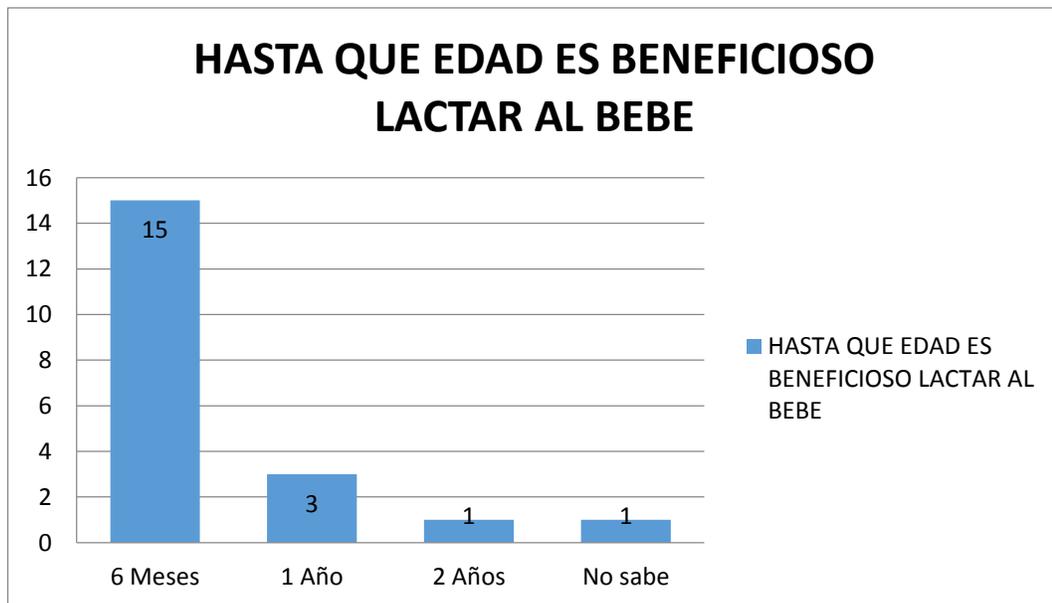
Gráfica 40. conservación de leche materna



Gráfica 41. Cambios anormales en el seno por los cuales consultar



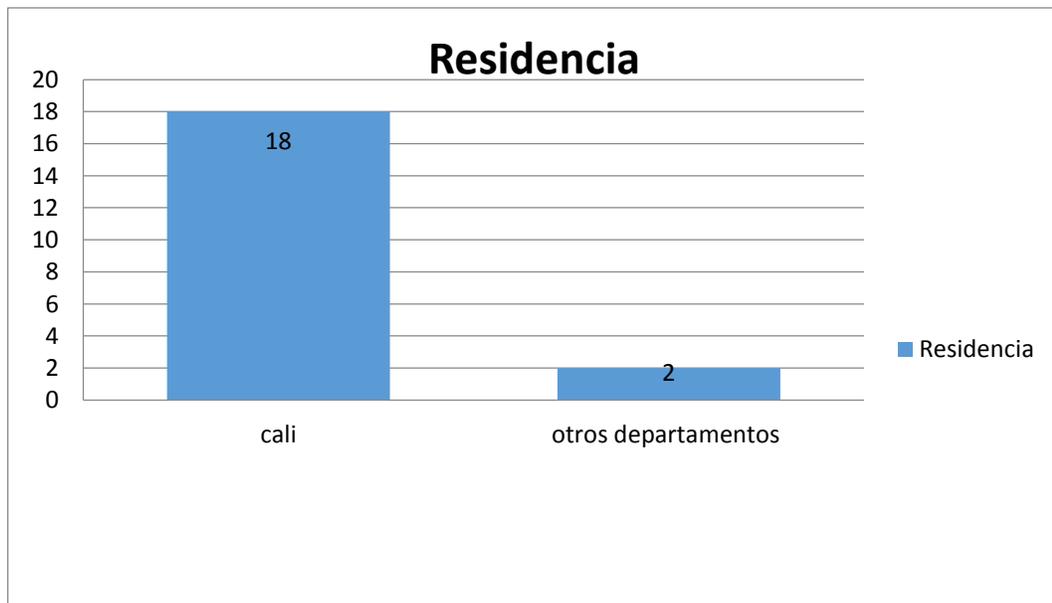
Gráfica 42. Beneficios de la lactancia para el lactante



Gráfica 43. Razones para suspender la lactancia materna



Gráfica 44. Lugar de residencia

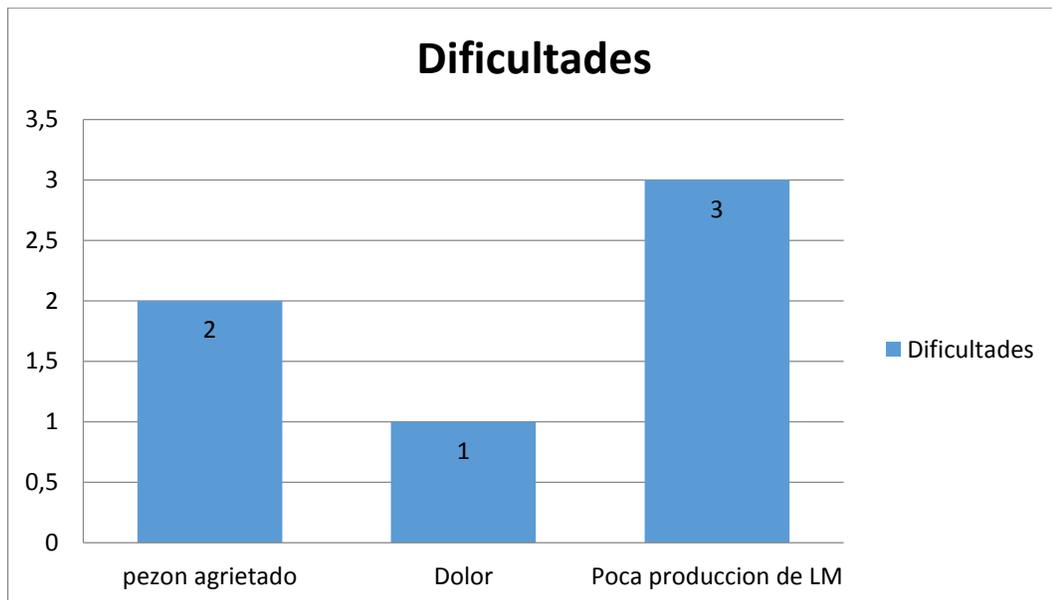


Gráfica 45. Cómo se ha sentido lactando al bebé



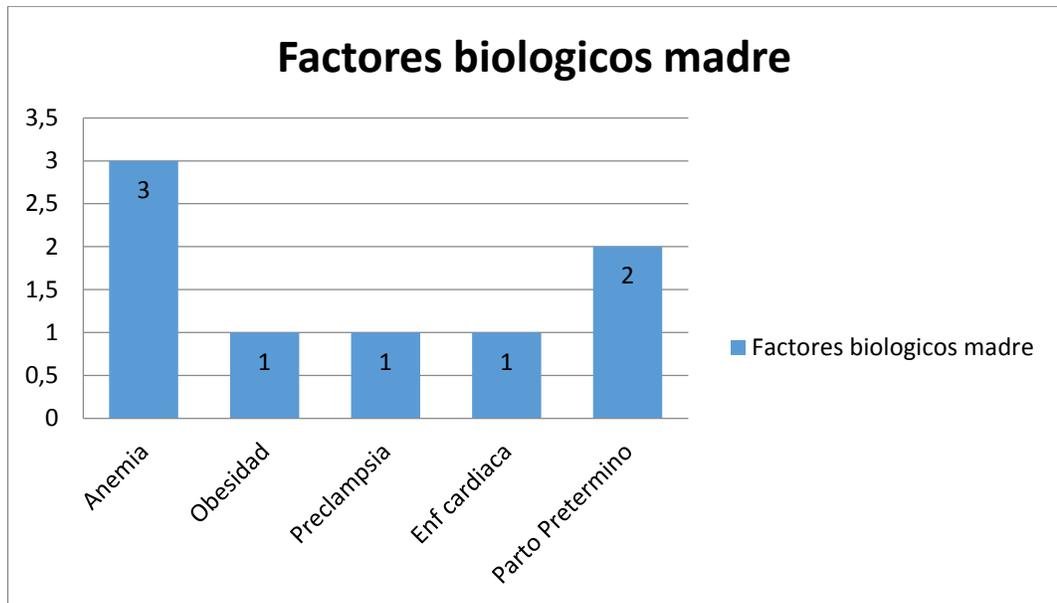
Gráfica 46. Dificultades de las madres lactantes

Si= 6 NO=14



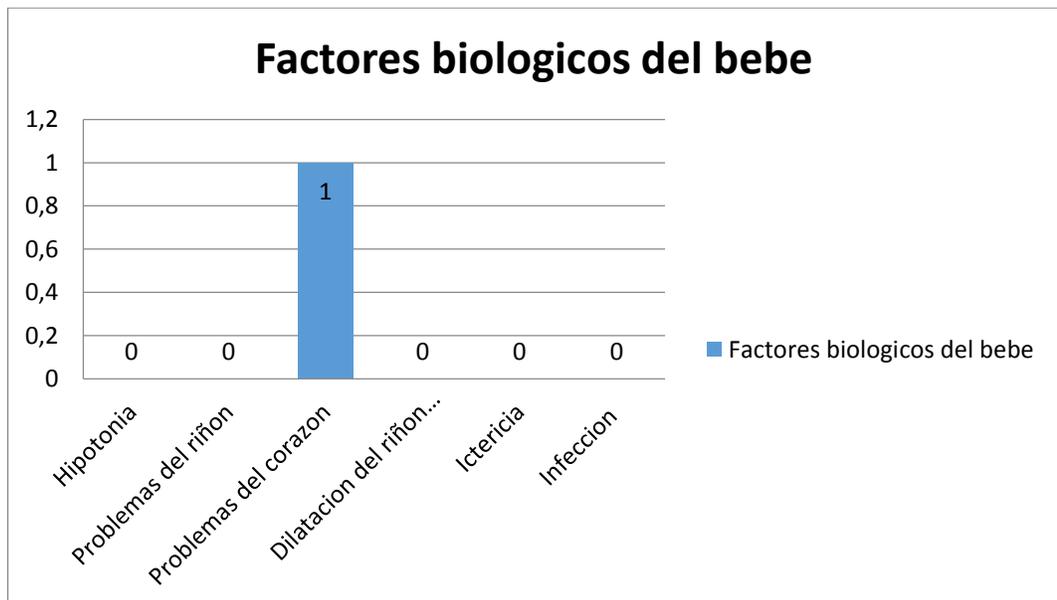
Gráfica 47. Factores biológicos de la madre

Si= 8 NO= 12



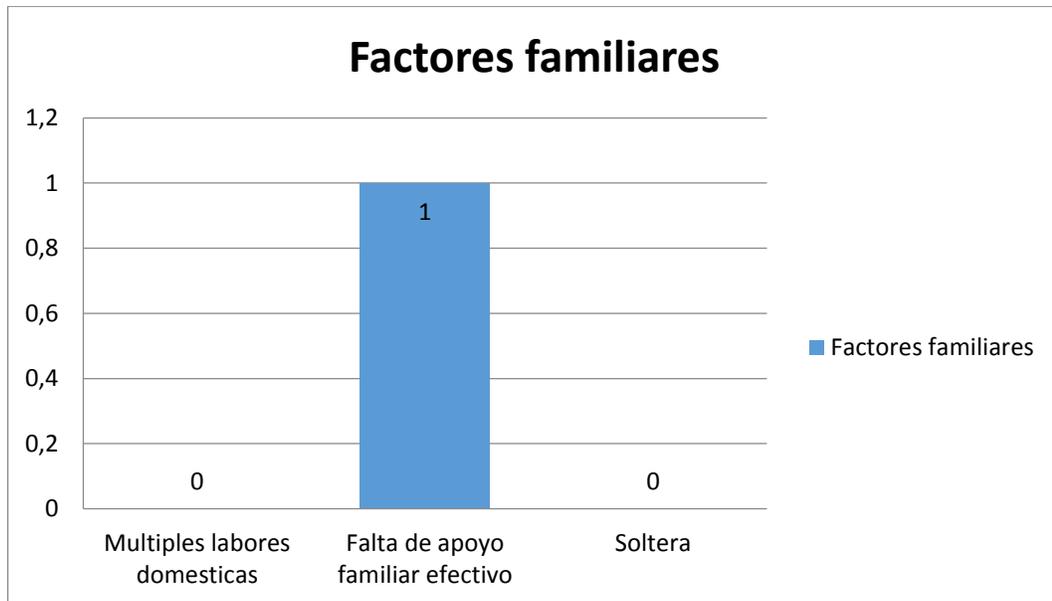
Gráfica 48. Factores biológicos del lactante

Si=1 No=19



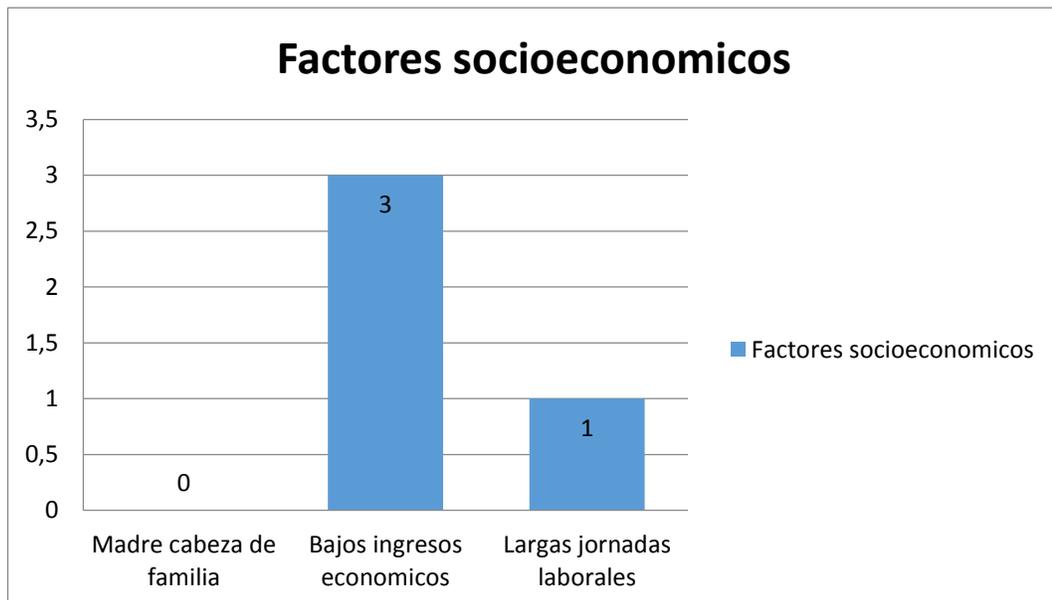
Gráfica 49. Factores familiares

Si= 1 No=19



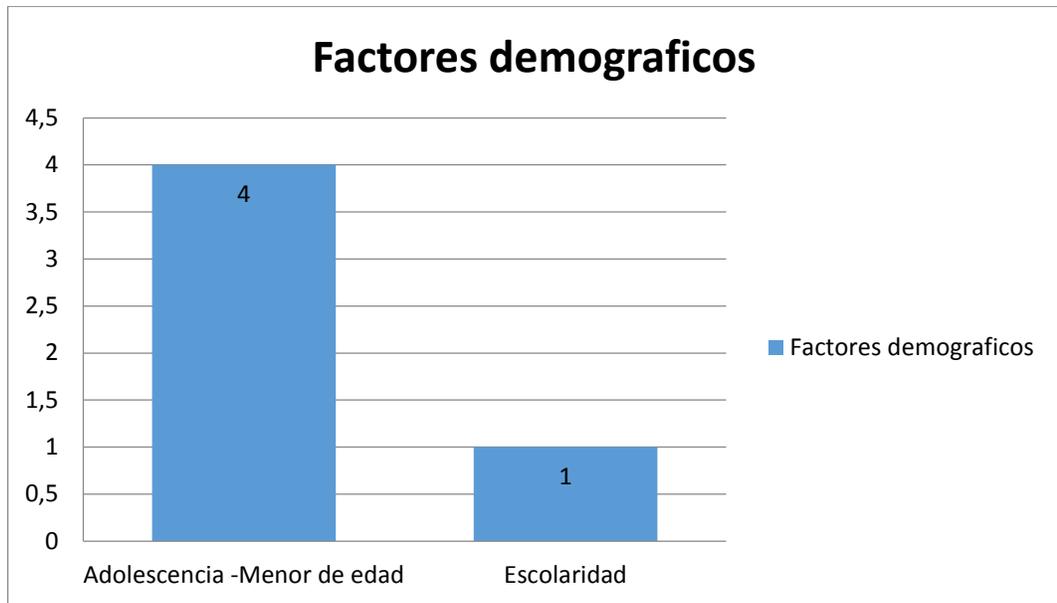
Gráfica 50. Factores socioeconómicos

Si=4 No=16

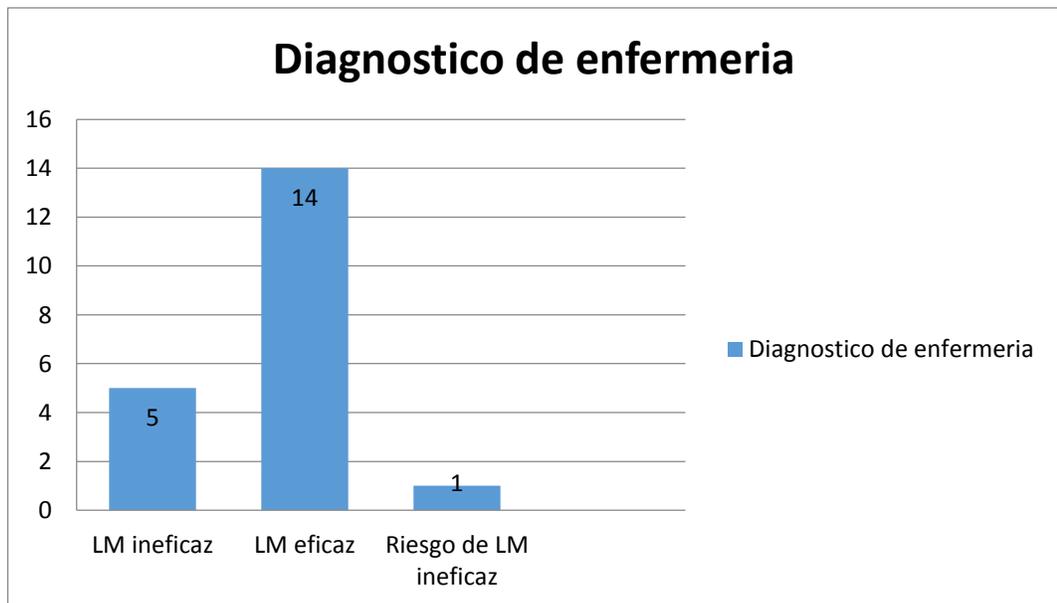


Gráfica 51. Factores demográficos

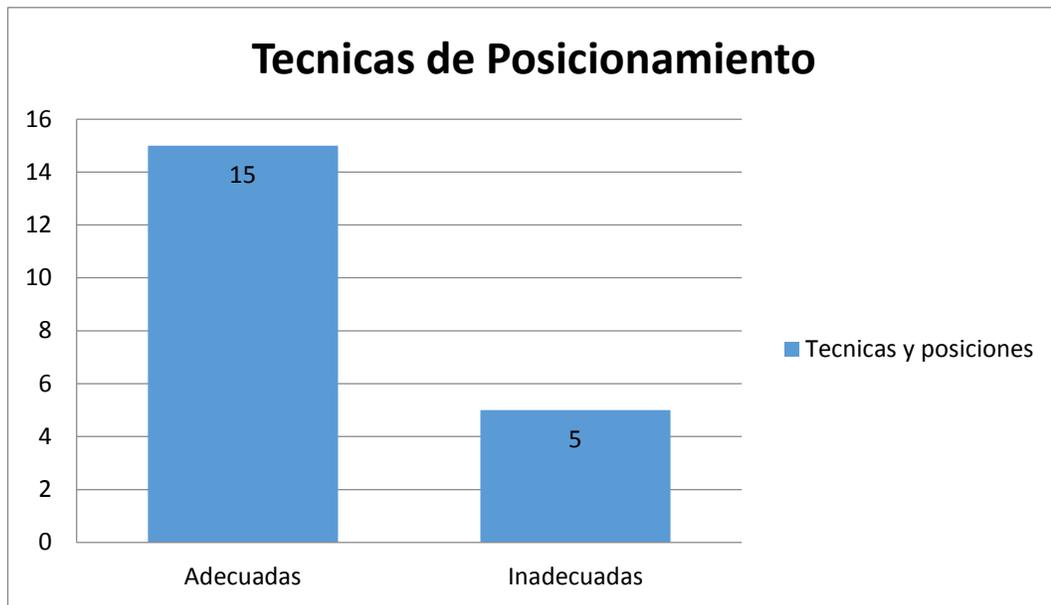
Si= 5 No=15



Gráfica 52. Diagnóstico de enfermería



Gráfica 53. Técnicas de posicionamiento

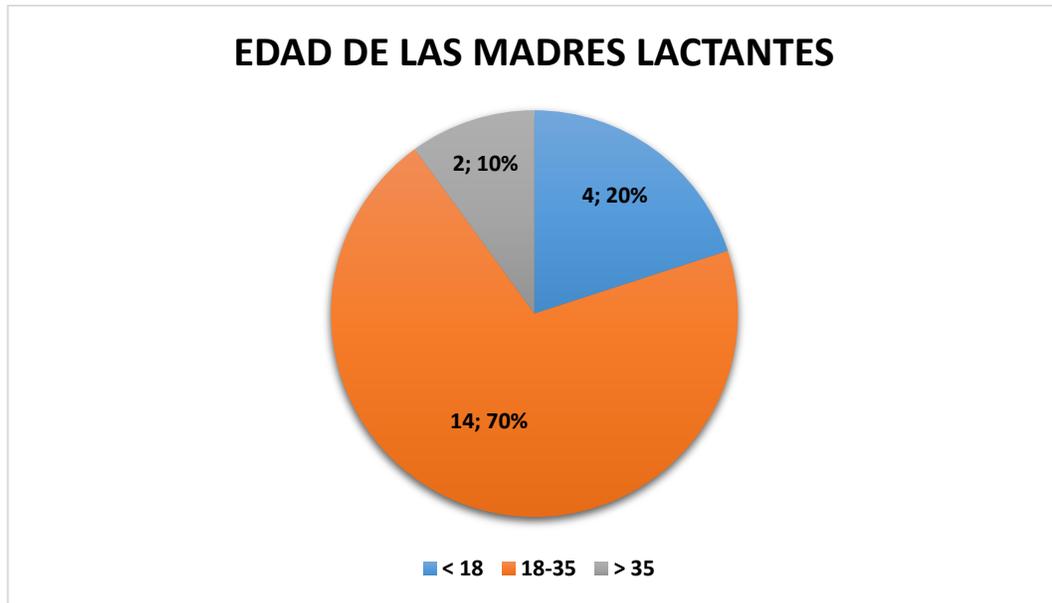


MADRES LACTANTES QUE COMPLETARON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En cuanto a las madres lactantes (ML) que si brindaron lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, se encuentra que son 20 ML.

Gráfica 54. Edad de las madres lactantes

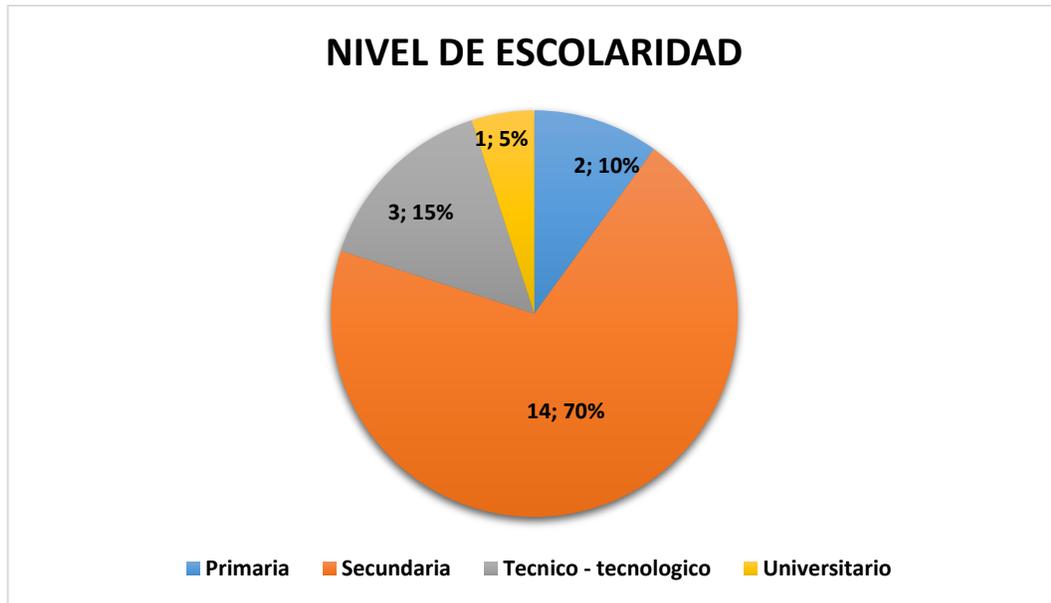
N: 20 ML



Se observa que el 70% de la ML con seguimiento telefónico están en el rango de edad de 18 a 35 años, un 20% son menores de 18 años y un 10% son mayores de 35 años.

Con relación a estos datos podemos darnos cuenta de que el 70% de ML no tienen riesgo obstétrico por extremos de edad y que el 80% son mayores de edad que se considera que tienen una mayor grado de madurez y mayor estabilidad familiar, económica y emocional frente al 20% que son menores de edad.

Gráfica 55. Nivel de escolaridad de las madres lactantes



El 70% de las ML tienen algún grado de formación secundaria, el 15% tiene formación técnica o tecnológica, un 5% tiene formación universitaria, y el 10% solo alcanza formación primaria.

Podemos observar que al 90% de las ML recibieron educación secundaria y superior, que sugiere que tienen un mayor grado de entendimiento hacia posturas más críticas y de opinión. Además, se infiere que estas ML tienen algún nivel de estudio que les ayudo a comprender la importancia de la LME en cuanto a sus beneficios, recomendaciones y manejo de dificultades durante el proceso, para su bebé y para ella; ya que el nivel educativo también es medio de acceso para obtener información por sus propios medios como: electrónicos o físicos, la asistencia a los cursos psicoprofilácticos y a través de las consejerías previas dadas por el grupo de pasantía en LM.

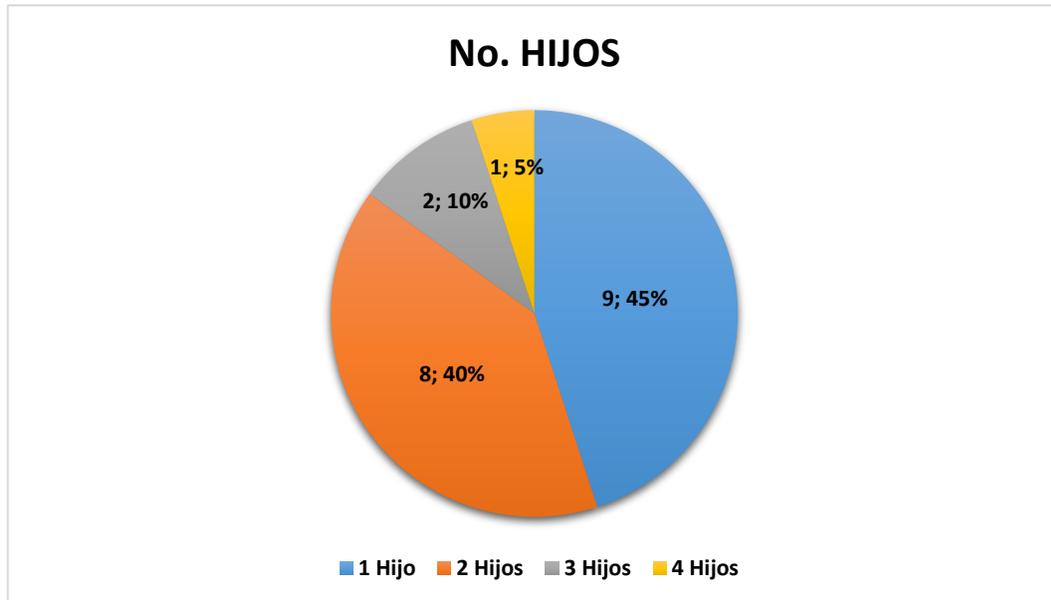
Gráfica 56. Ocupación de las madres lactantes



Se observa que el 65% son amas de casa, el 15% son trabajadoras dependientes, el 10% son trabajadoras independientes y el 10% son estudiantes.

Se puede deducir que la mayor proporción de ML son amas de casa y cuentan con más disponibilidad de tiempo para dedicárselo a la crianza de su bebé, por tal motivo se considera que la labor de ama de casa es importante para la familia y la crianza de los niños. Sin embargo también se observa que el trabajo y el estudio tampoco son impedimentos para brindar LM.

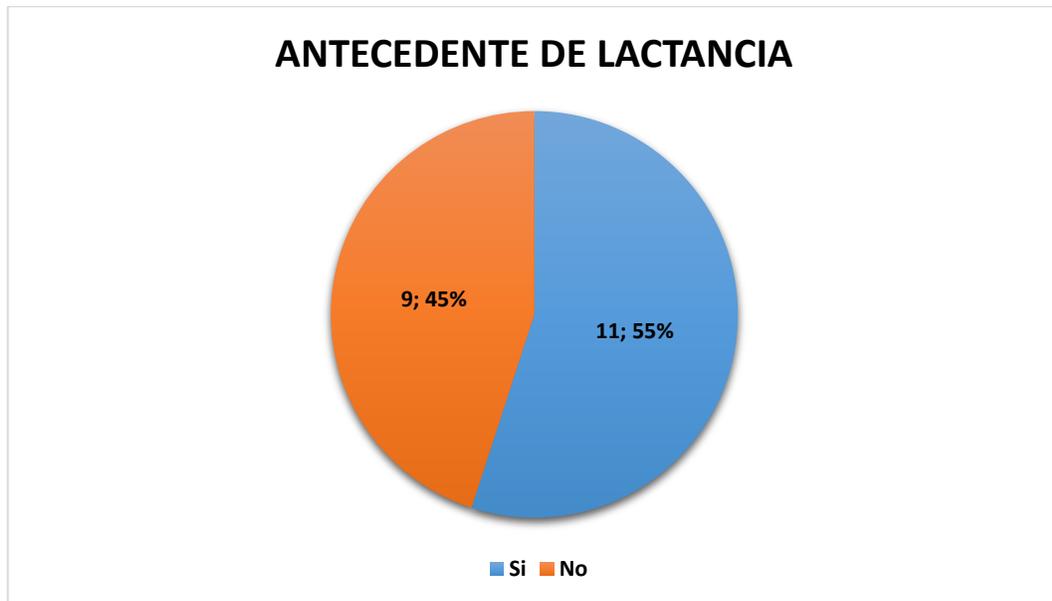
Gráfica 57. Número de hijos de las madres lactantes



El 45% de las ML tienen un solo hijo, el 40% tienen dos hijos, el 10% 3 hijos y el 5% 4 hijos.

La mayoría de las ML tienen entre 1 a 2 hijos, por lo cual se considera que tienen mayor posibilidad de mantener la LM. Además se evidencia que las madres primerizas por no tener experiencias previas son más receptivas a la información que se les brinda en las consejerías de LM, en contraste a las madres que tienen numerosos hijos quienes han establecido un patrón de conducta difícil de modificar.

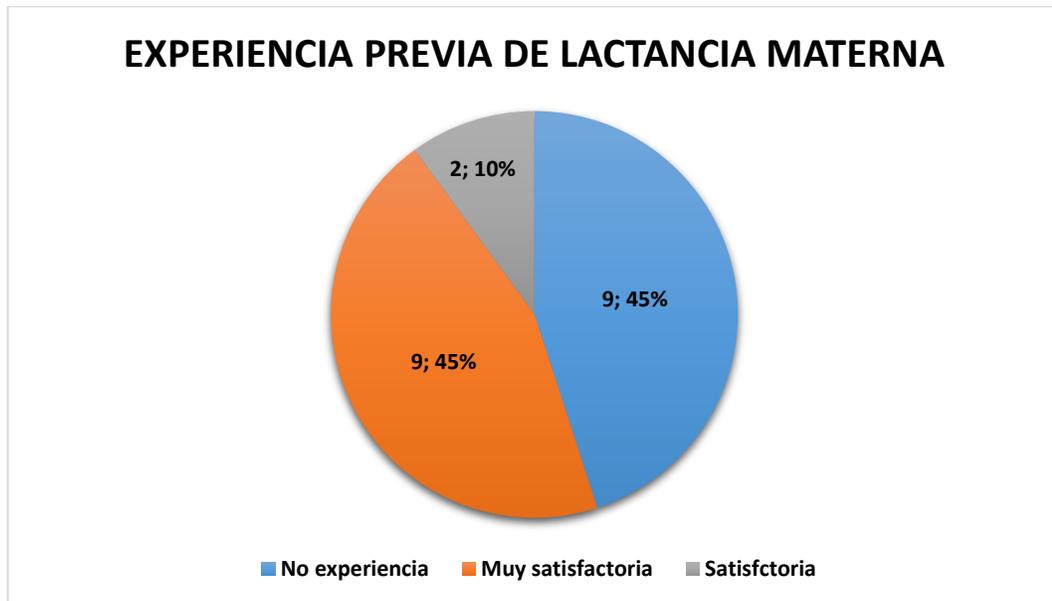
Gráfica 58. Antecedente de lactancia de las madres lactantes



El 55% afirma tener experiencia previa de haber dado LM y el 45% no refiere tener experiencia previa.

Se encuentra que con antecedente de lactancia o no, estas madres brindan lactancia a sus hijos.

Gráfica 59. Experiencia previa de lactancia materna



El 45% de las ML no ha tenido experiencia lactando, el otro 45% afirma que fue muy satisfactoria y el 10% afirma que fue satisfactoria, sumando un 55% de una experiencia previa positiva.

Se observa que contar con la experiencia no fue significativo para mantener la LME. Y que la experiencia en LM previa fue positiva en la mayoría de las ML con antecedente de lactancia materna.

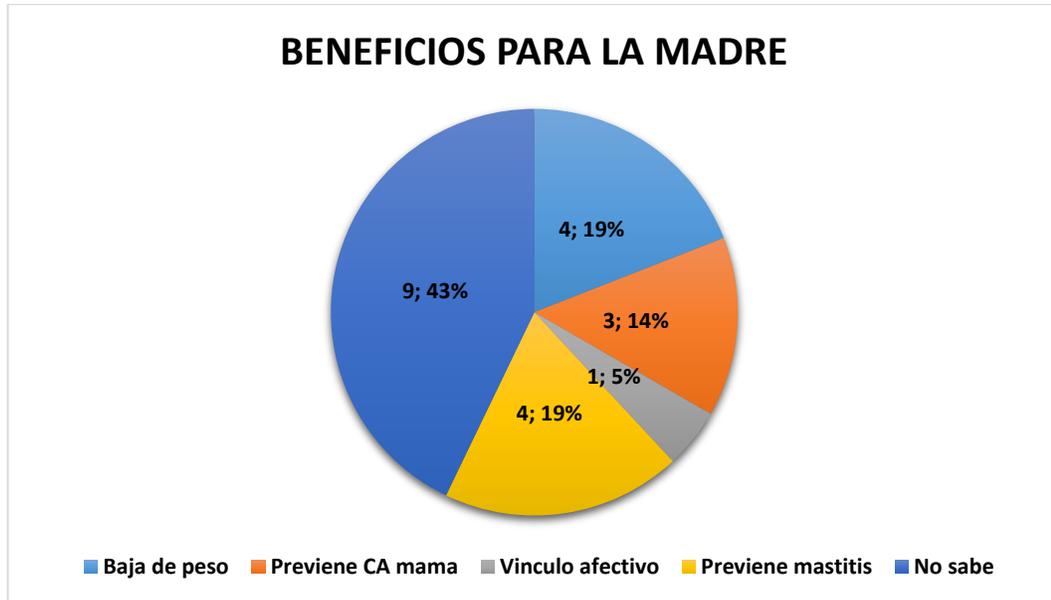
Gráfica 60. Beneficios para el lactante



Con relación a la identificación de los beneficios de la lactancia materna, el 37% de las ML refiere que hay beneficios en mejorar las defensas del bebé, el 33% nutrición, el 26% para el desarrollo y crecimiento, y solo el 4% no conoce los beneficios.

La mayoría de las ML refieren conocer beneficios de la lactancia materna para su bebé, motivo por el cual si realizan esta la LME.

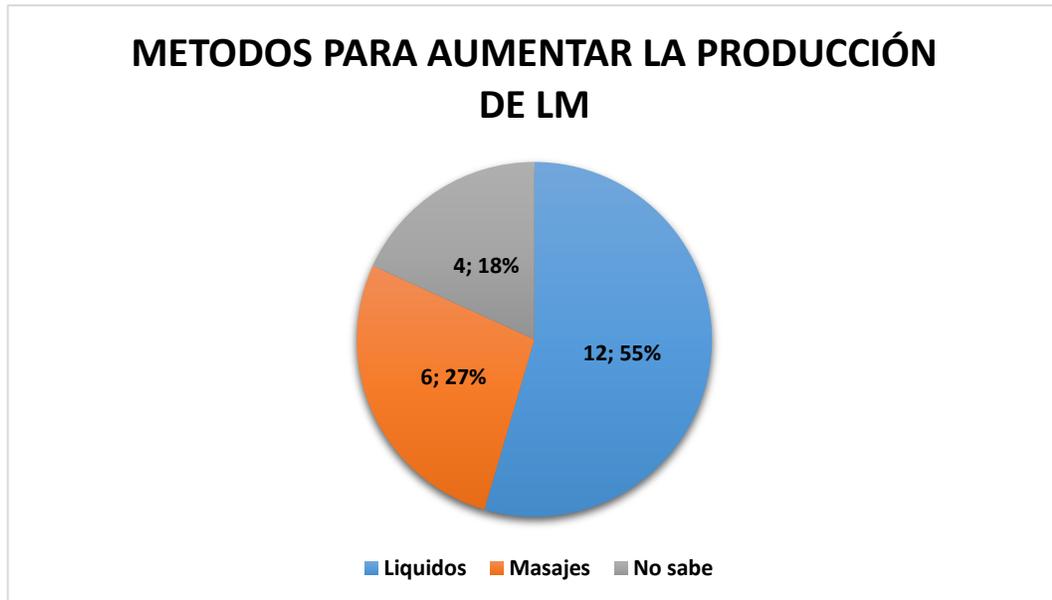
Gráfica 61. Beneficios para la madre



En la identificación de beneficios de la LM para las ML, El 43% desconocen los beneficios, el 19% bajar de peso, el otro 19% prevenir la mastitis, el 14% prevenir cáncer de mama, el 1% mejorar el vínculo afectivo.

Se observa que menos de la mitad de las ML no conocen los beneficios de lactancia materna para ellas, sin embargo si consideran los beneficios para sus bebés.

Gráfica 62. Métodos para aumentar la producción de la leche materna



El 55% de las ML consideran que tomar líquidos y el 27% realizarse masajes son opciones para aumentar la producción de leche. Sin embargo un 18% refieren que no saben.

Se puede analizar que 82% de ML conocen maneras para aumentar la producción de leche y que se pueden aplicar de manera efectiva.

Gráfica 63. Extracción manual de leche materna



Con relación a la extracción manual de leche se identifica que el 45% no sabe el procedimiento, y un 15% lo conoce, y un 40% sabe al menos algunas técnicas para extraer la leche.

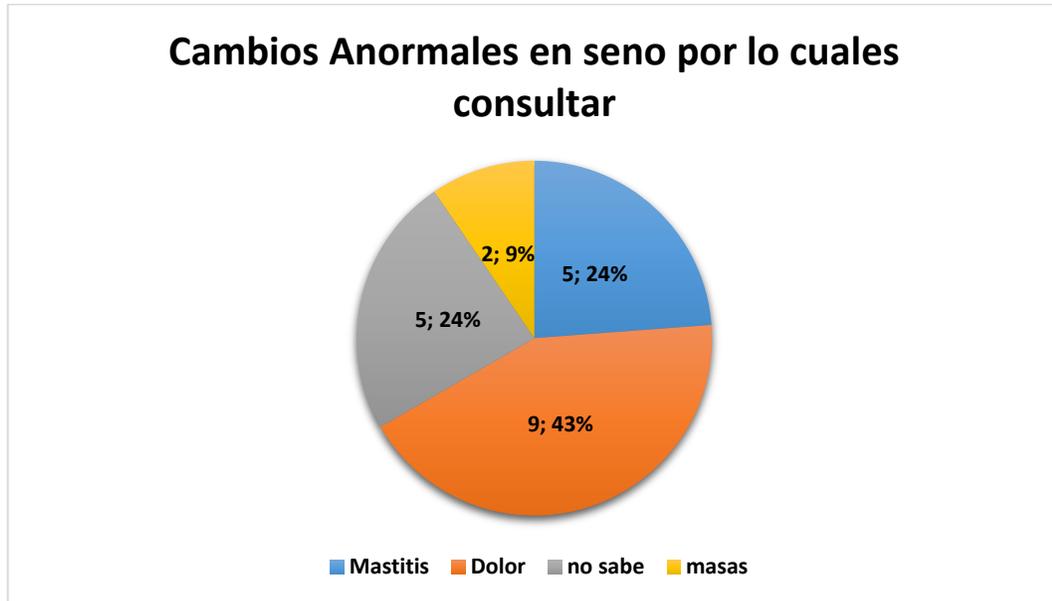
Independiente si conocen el procedimiento de extracción manual de leche, se hace evidente que más de la mitad reconocen por lo menos algunas formas de hacerlo.

Gráfica 64. Conservación de la leche materna



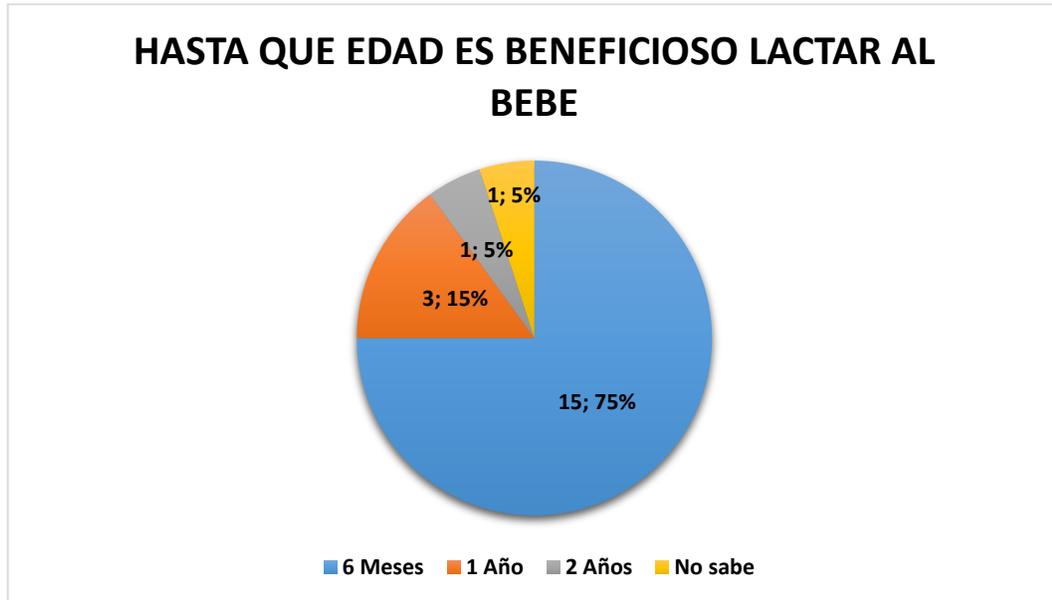
El 50% de las ML no saben cómo conservar la leche materna, y el otro 40% identifica que se puede conservar en nevera y un 10% que se puede congelar. Es importante reconocer que aproximadamente la mitad de las ML no conocen como realizar la extracción de LM y en la misma proporción tampoco conocen como conservarla.

Gráfica 65. Presencia de cambios anormales en seno por los cuales deba consultar



El cambio anormal que se puede presentar en el seno por lo cual la ML considera que debe consultar al personal de salud es el dolor en un 43%, seguido de mastitis con 24% y presencia de masas en el 9%, un 24% no sabe cuáles cambios debe consultar. Es evidente que al menos el 76% reconocen que se pueden presentar cambios en el seno por los cuales consultar.

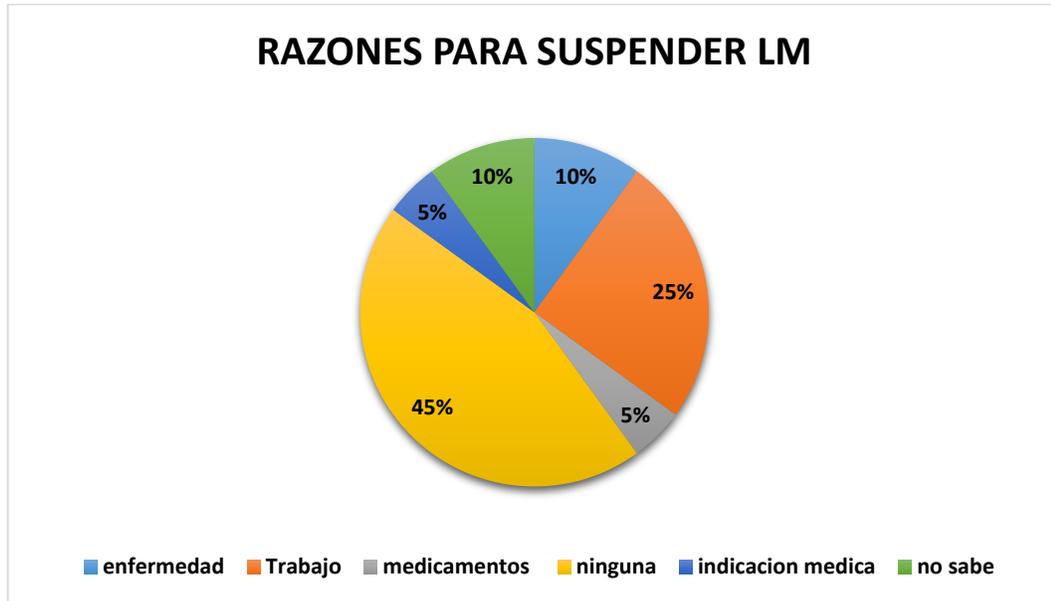
Gráfica 66. Hasta que edad considera la madre lactante es beneficioso lactar al bebé



Se encuentra que el 95% de las ML consideran que deben darle LM a su bebé al menos hasta los 6 meses y solo un 5% no conoce hasta cuando es beneficioso darle lactancia materna.

Es importante este porcentaje pues evidencia la importancia que las madres manifiestan en cuanto a mantener la LM con la coherencia de sus palabras.

Gráfica 67. Razones para suspender la lactancia materna



El 45% manifiesta que no tienen ninguna razón para suspender la lactancia materna, el 25% reconoce el trabajo como una razón, un 10% la enfermedad, un 5% por medicamentos y un 5% por la indicación médica, solo un 10% manifiesta no conocer las razones para suspender la LM.

Se observa que un 45% reconocen motivos por los cuales se puede suspender la lactancia materna y el otro 45% no consideran ninguna razón, motivo por el cual se evidencia como un factor protector.

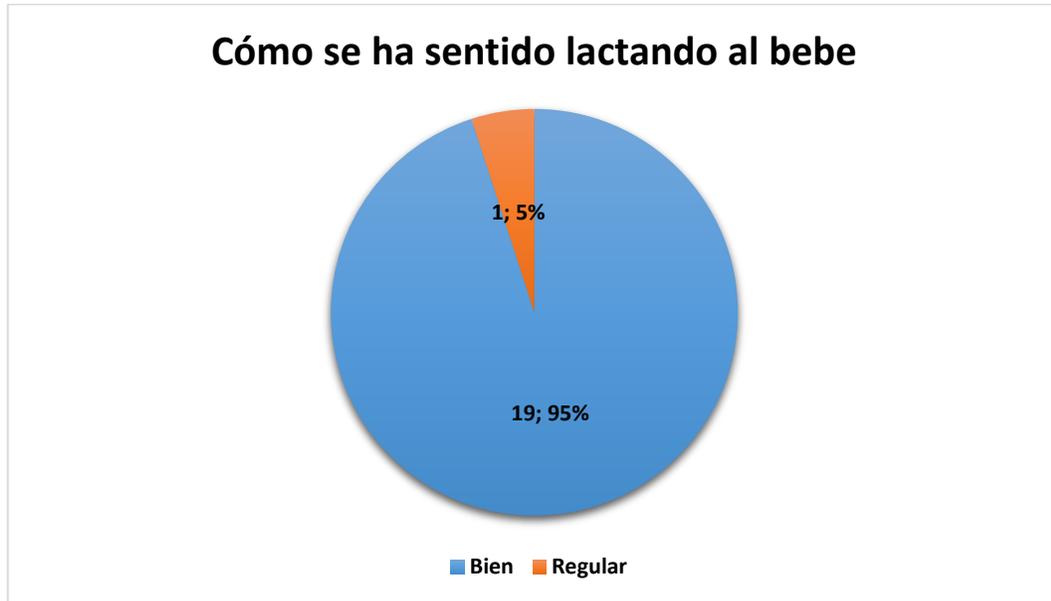
Gráfica 68. Lugar de residencia de las madres lactantes



Se encuentra el 90% viven en Cali y el 10% son de otros departamentos.

Se considera que el 90% que vive en Cali, zona urbana, tiene mayor accesibilidad a consultas de crecimiento y desarrollo, y el acceso a consulta médica para la salud y lactancia materna.

Gráfica 69. Cómo se ha sentido lactando al bebé la madre

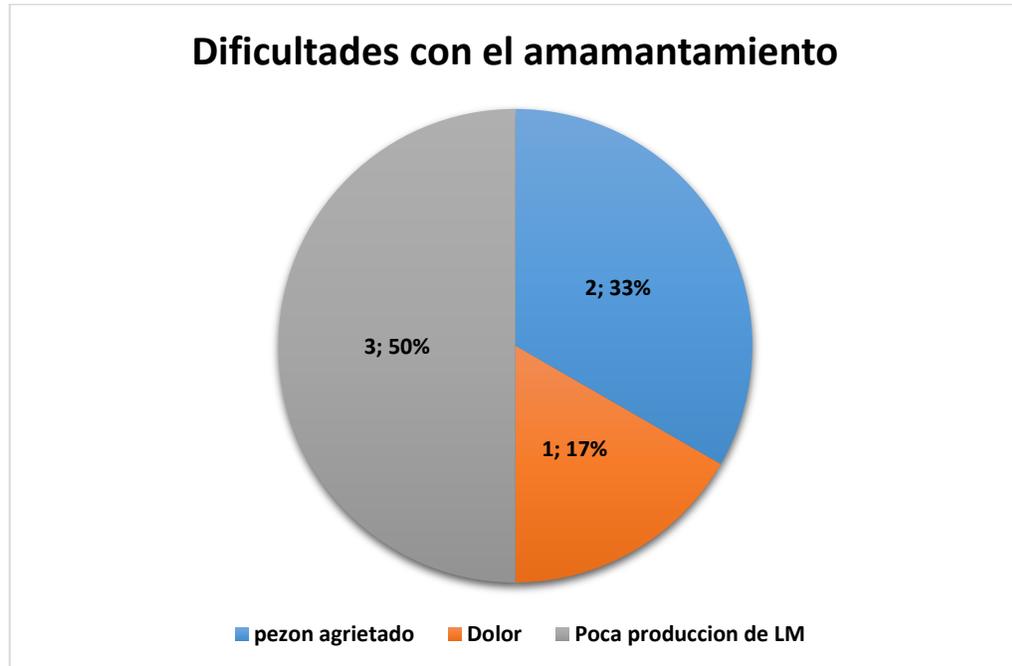


El 95% de las ML manifiestan sentirse bien lactando a su bebé, sin embargo el otro 5% regular.

La buena experiencia en la LM es un factor protector para continuar realizando la LM.

Gráfica 70. Madres lactantes que han presentado dificultades

Si= 6 NO=14

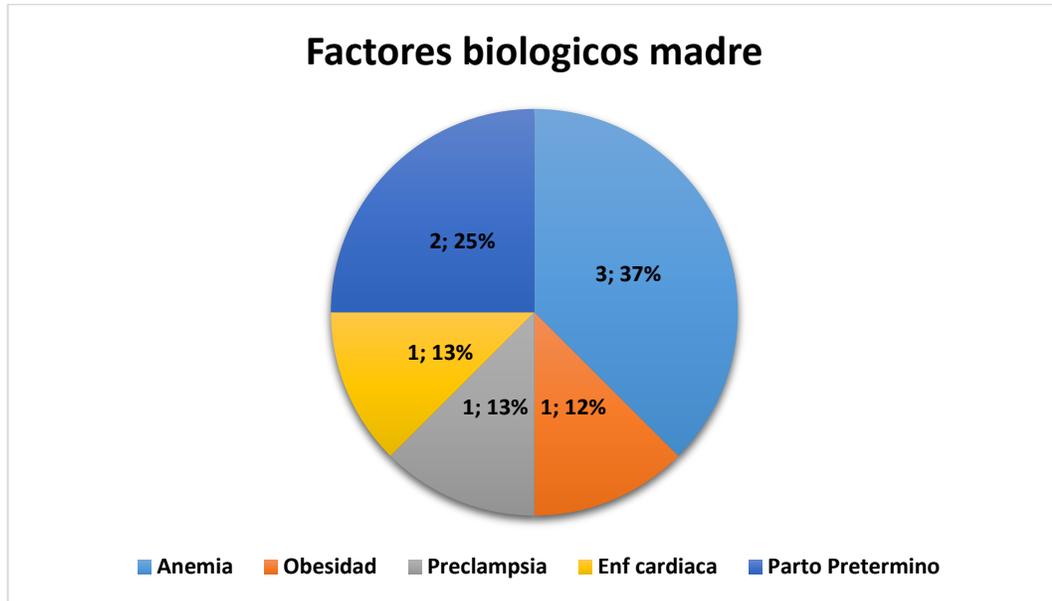


Solo 6 de 20 personas manifiestan haber tenido dificultades en la lactancia materna, de las cuales el 50% presento poca producción de LM, un 33% pezón agrietado y el 17% dolor.

Con relación a esto se analiza que pocas personas tienen dificultades en la LM, y que son problemas que se pueden intervenir rápidamente.

Gráfica 71. Factores biológicos de la madre

Si= 8 NO= 12



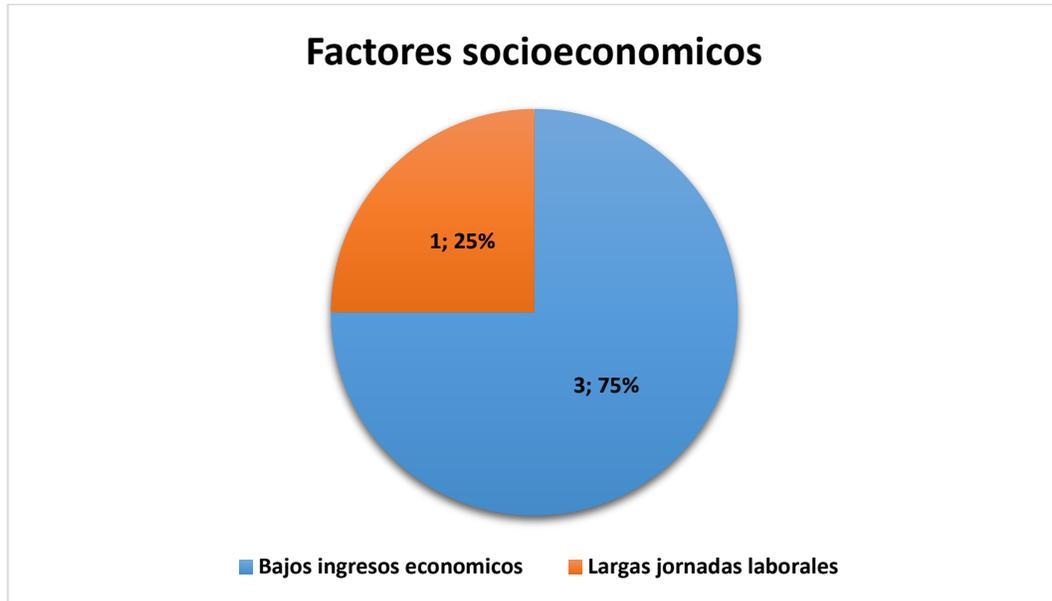
De 20 ML 8 tienen factores biológicos presentes que pueden interferir en el adecuado proceso de lactancia materna.

En factores biológicos para el bebé se encuentra que de 20 solo un bebé presenta un factor biológico que es enfermedad cardiaca.

En factores familiares se encuentra que de 20 ML solo una presenta un factor de riesgo que es falta de apoyo familiar.

Gráfica 72. Factores socioeconómicos

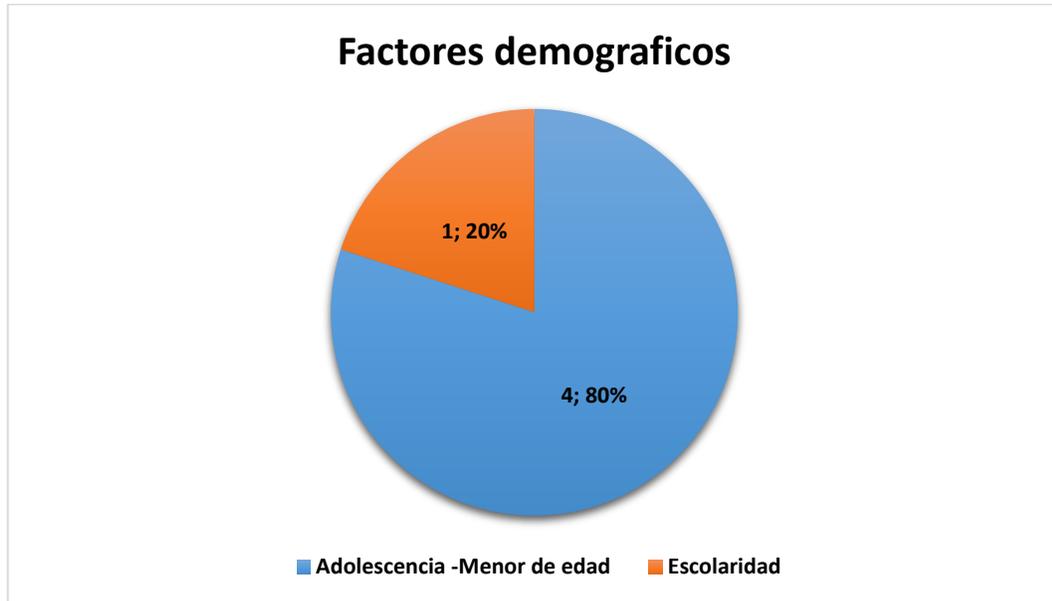
Si=4 No=16



De 20 ML 4 manifiestan tener factores socioeconómicos, donde el 75% comenta que tiene bajos ingresos económicos y el 25% largas jornadas de trabajo.

Gráfica 73. Factores demográficos

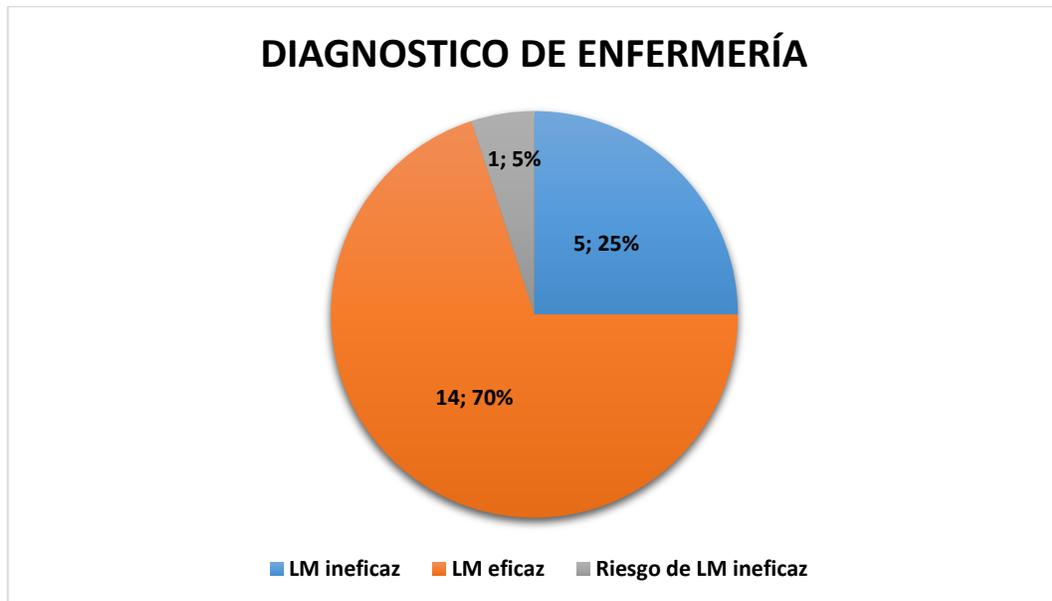
Si= 5 No=15



5 de 20 ML tienen factores demográficos, donde el 80% son madres menores de edad y el 20% con escolaridad baja.

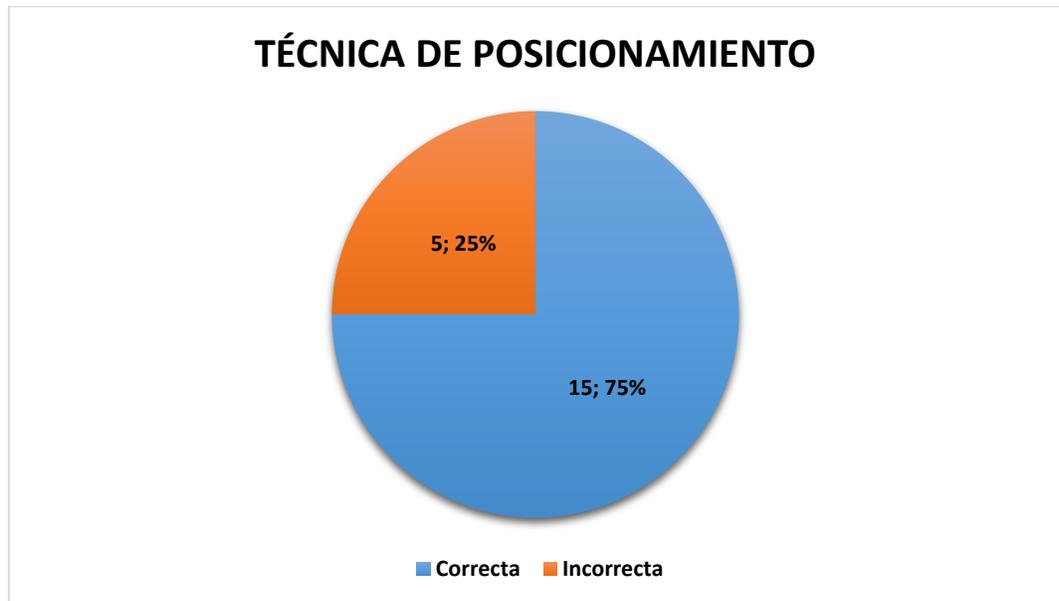
No se encuentran factores psicosociales y emocionales en las ML que puedan ser causa de interrupción de la LM.

Gráfica 74. Diagnóstico de enfermería



Se encuentra que el 70% de las ML tienen diagnóstico de LM eficaz y un 5% tienen riesgo de LM ineficaz, sin embargo un 25% tienen diagnóstico de LM ineficaz. En cuanto a esta proporción vemos que son muchas ML con un buen diagnóstico de enfermería y permite visualizar el cumplimiento de la LME.

Gráfica 75. Técnica de posicionamiento



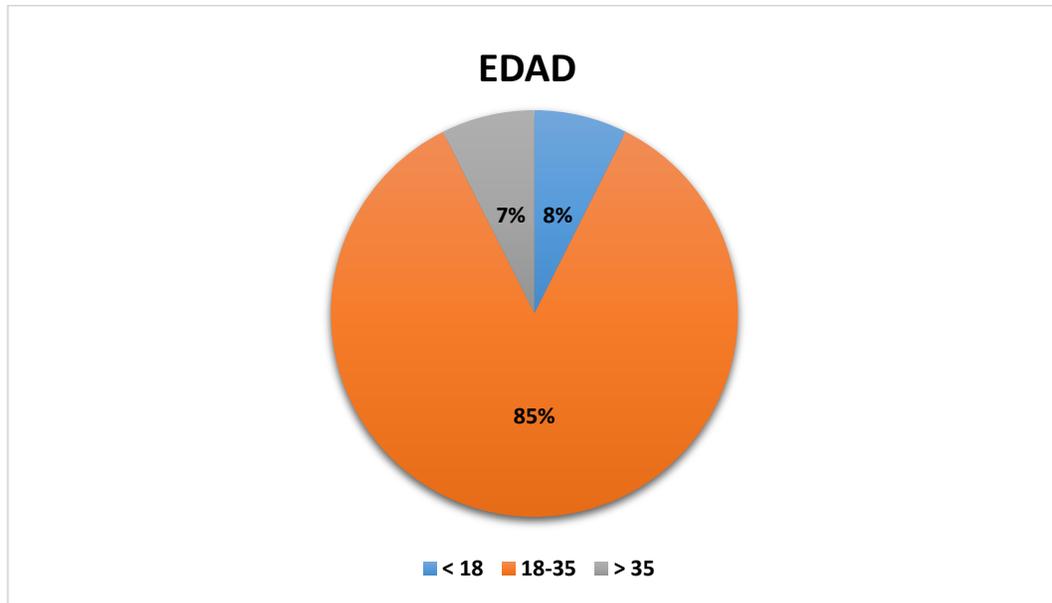
El 75% de las ML tienen una correcta técnica de posicionamiento para la LM y el 25% presentan algún error al posicionar al bebé.

Se encuentra esto como factor protector pues la gran mayoría tienen una adecuada técnica de posicionamiento.

MADRES LACTANTES QUE INTERRUPIERON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

No: 27 ML

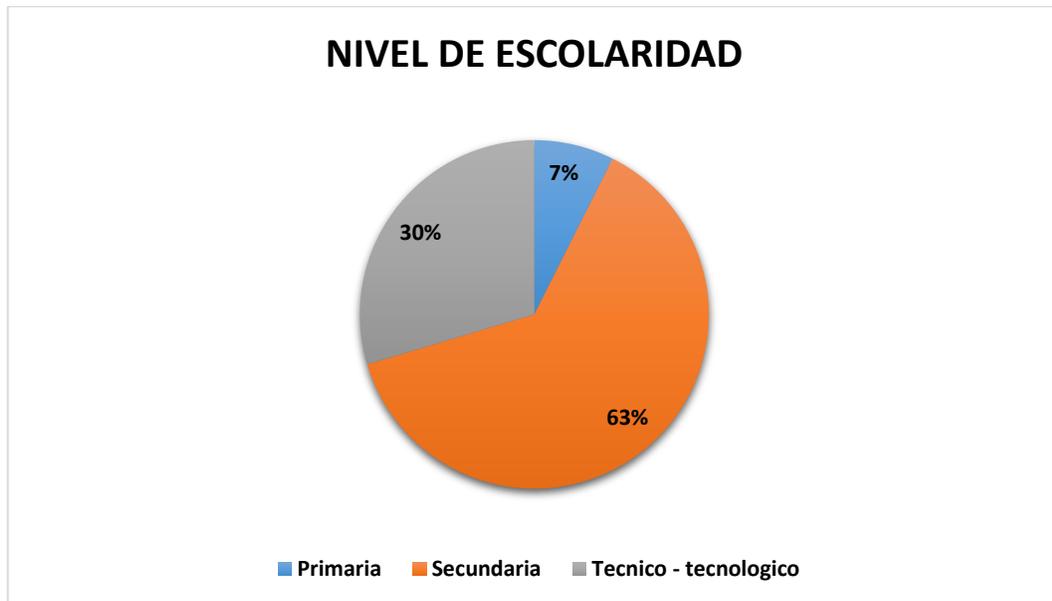
Gráfica 76. Edad de las madres lactantes



Se observa que el 85% de la ML con seguimiento telefónico están en el rango de edad de 18 a 35 años, un 8% son menores de 18 años y un 7% son mayores de 35 años.

En base a estos datos podemos darnos cuenta que el 85% de ML no tienen riesgo obstétrico y que el 92% son mayores de edad.

Gráfica 77. Nivel de escolaridad de las madres lactantes



El 63% de las ML tienen algún grado de formación secundaria, el 30% tiene formación técnica o tecnológica y el 7% solo alcanza formación primaria.

Esto corresponde que a la gran mayoría de ML tienen algún nivel de estudio que le pudo haber ayudado a comprender la importancia de la LME en cuanto a sus beneficios, recomendaciones y manejo de dificultades durante el proceso, para su bebé y para ella, ya que pudieron obtener la información por sus propios medios como: electrónicos o físicos, la asistencia a los cursos psicoprofilácticos y a través de las consejerías previas dadas por el grupo de pasantía en LM.

Pero cabe resaltar que no realizaron lactancia materna exclusiva por que no encontraron una razón suficiente que las convenga que es la mejor alimentación para su bebe durante los primeros 6 meses de forma exclusiva.

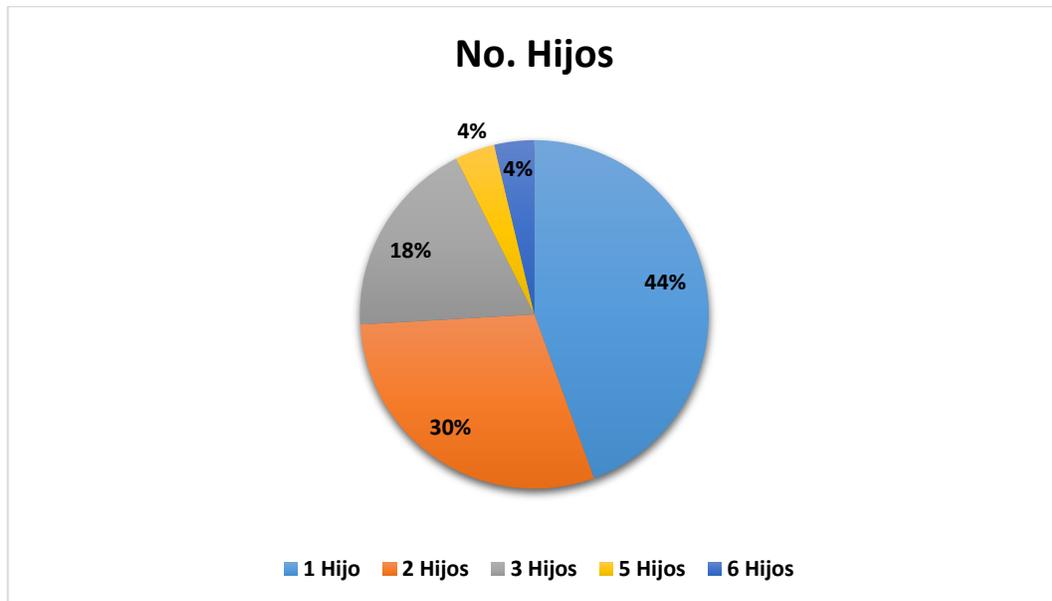
Gráfica 78. Ocupación de las madres lactantes



Se observa que el 67% son amas de casa, el 11% son trabajadoras dependientes, el 18% son trabajadoras independientes y el 4% son estudiantes.

Se puede deducir que a pesar de tener disponibilidad de tiempo por ser amas de casa y poder realizar lactancia materna exclusiva por algún motivo interrumpieron la lactancia materna exclusiva. Decidiendo dar alimentación con fórmula láctea y alimentos caseros, leche de vaca, agua panela, caldo de lentejas y frijol.

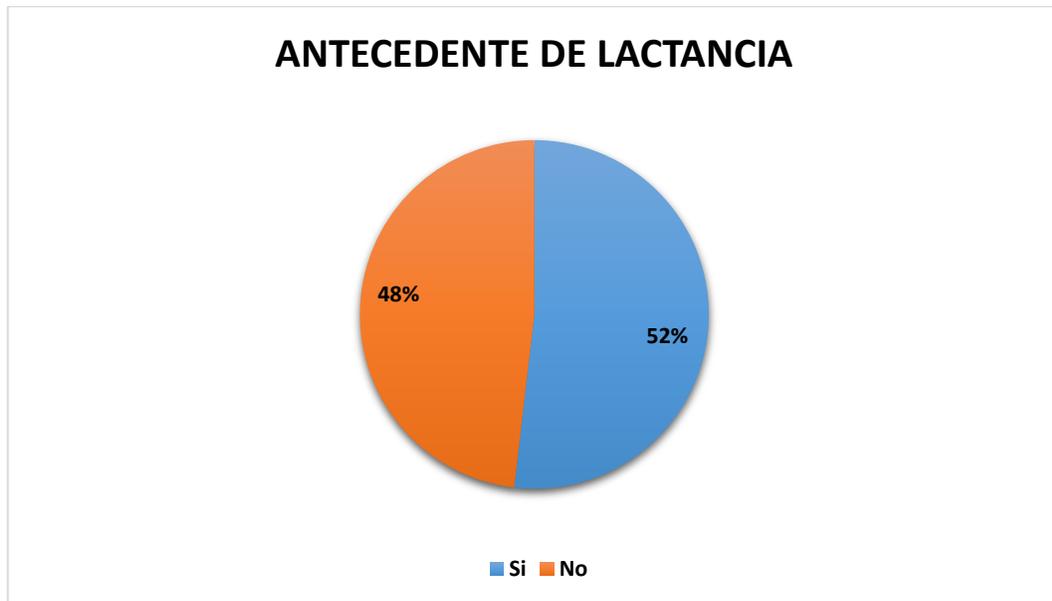
Gráfica 79. Número de hijos de las madres lactantes



El 44% de las ML tienen un solo hijo, el 30% tienen dos hijos, el 18% 3 hijos, el 4% 5 hijos y 4% 6 hijos.

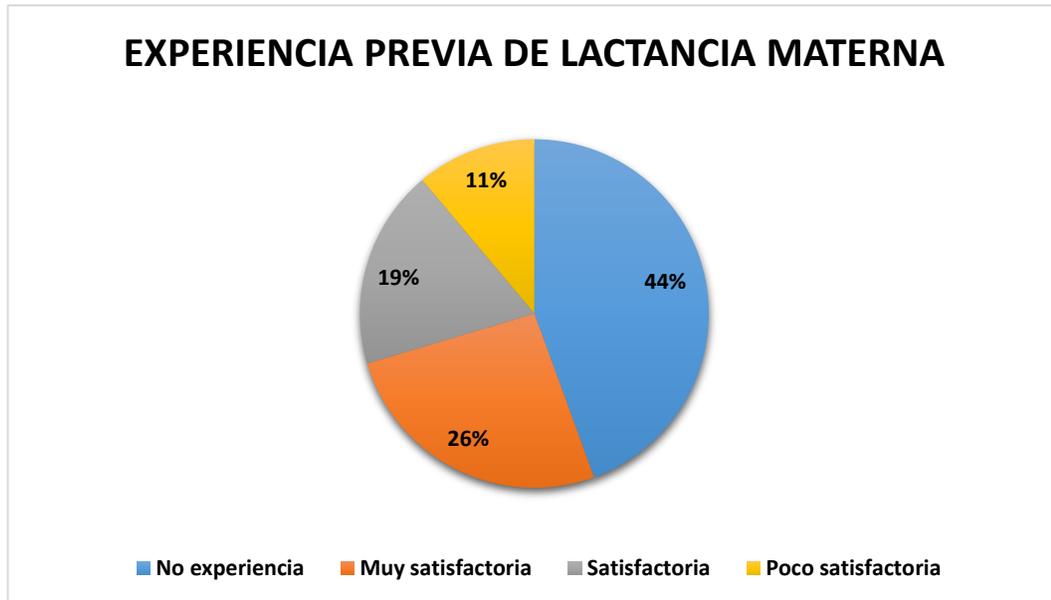
Se observa que la mayoría de las ML tienen más de un hijo y que conocen que se debe dar lactancia materna exclusiva durante 6 meses por haber recibido información previa en sus embarazos anteriores. Pero nos dimos cuenta que se interrumpió este proceso por dar al bebé otro tipo de alimentación.

Gráfica 80. Antecedente de lactancia materna



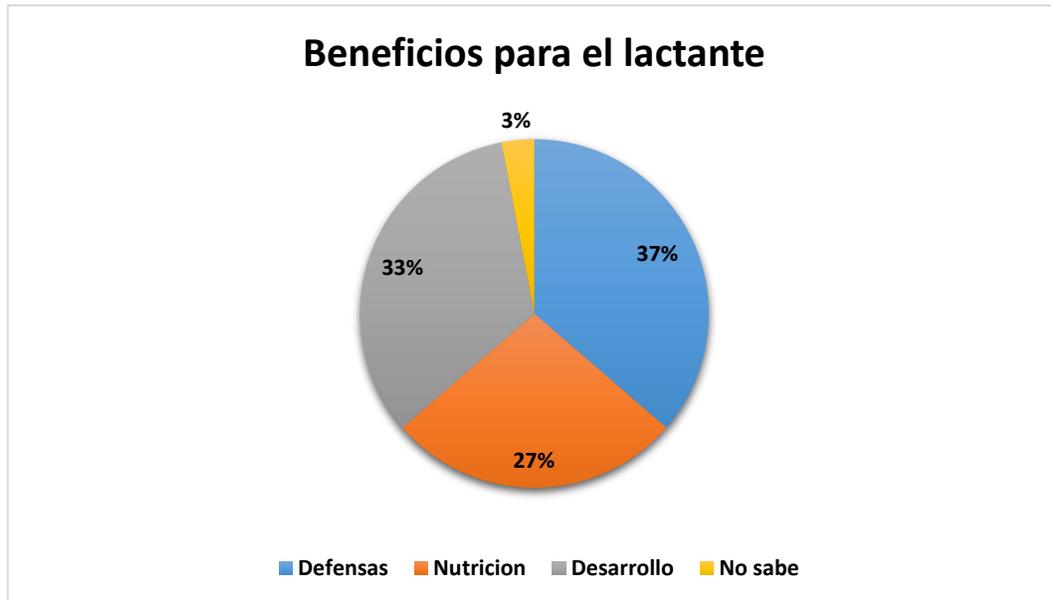
El 52% afirma haber lactado antes y el 48% no refiere tener experiencia previa. Aunque teniendo este dato no es de gran significancia haber o no tenido antecedentes ya que se encuentra en una proporción casi similar.

Gráfica 81. Experiencia previa de lactancia materna



El 44% de las ML no ha tenido experiencia lactando, el otro 26% afirma que fue muy satisfactoria, el 19% afirma que fue satisfactoria y el 11% poco satisfactoria. Se analizó que aun teniendo una experiencia previa sin importar el grado de satisfacción y sumando la inexperiencia las madres no realizaron lactancia materna exclusiva.

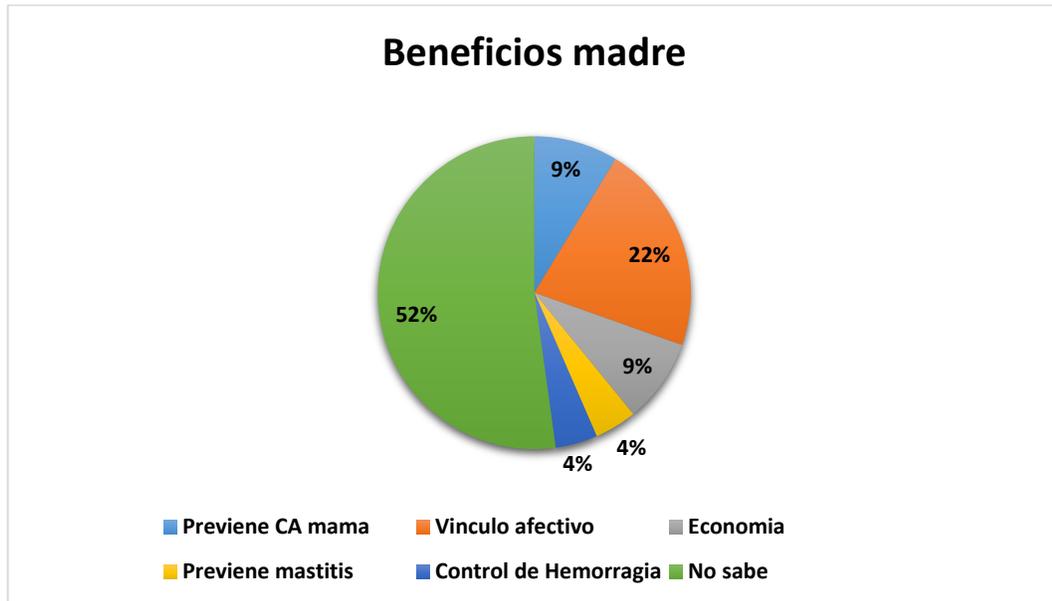
Gráfica 82. Beneficios de la lactancia materna para el lactante



Con relación a la identificación de los beneficios de la lactancia materna, el 37% de las ML refiere que hay beneficios en mejorar las defensas del bebé, el 27% nutrición, el 33% para el desarrollo y crecimiento, y solo el 3% no conoce los beneficios.

La mayoría de las ML refieren conocer beneficios de la lactancia materna para su bebé, motivo por el cual deberían haber realizado lactancia materna exclusiva pero los datos demostraron que no lo realizaron.

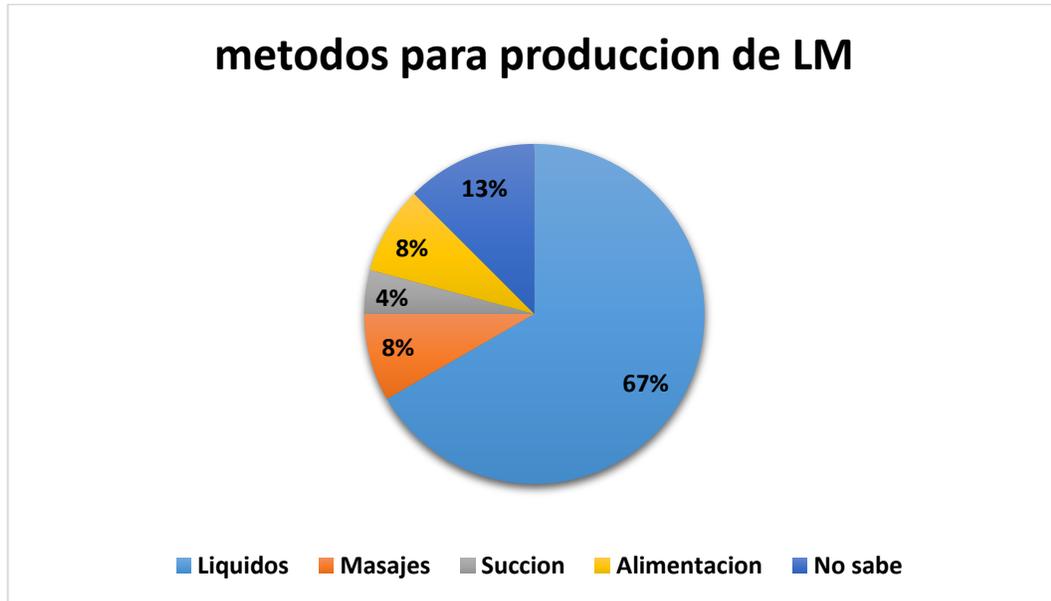
Gráfica 83. Beneficios de la lactancia materna para la madre



De las ML que identifican beneficios para ellas mismas, El 52% desconocen los beneficios, el otro 4% prevenir la mastitis, el 9% prevenir cáncer de mama, el 22% mejorar el vínculo afectivo, economía 9%, control de hemorragias 4%.

Se observa que más de la mitad de las ML no conocen los beneficios de lactancia materna para ellas, podría decir que si ampliaran los conocimientos habría la posibilidad de que ellas dieran la lactancia materna a sus bebés de forma exclusiva.

Gráfica 84. Métodos para la producción de leche materna



Se puede deducir que la mayoría de las madres 67% consumen diferentes tipos de líquidos tales como: agua de nacedero, agua de panela con maduro, pony malta con leche para aumentar la producción de leche, aunque también asocian la producción lactífera a la alimentación saludable, los masajes en el seno y la succión del bebe para producir un leche de calidad y abundante; tan solo el 13% de las madres no asociaban algún método para la producción de leche.

Gráfica 85. Extracción manual de leche materna



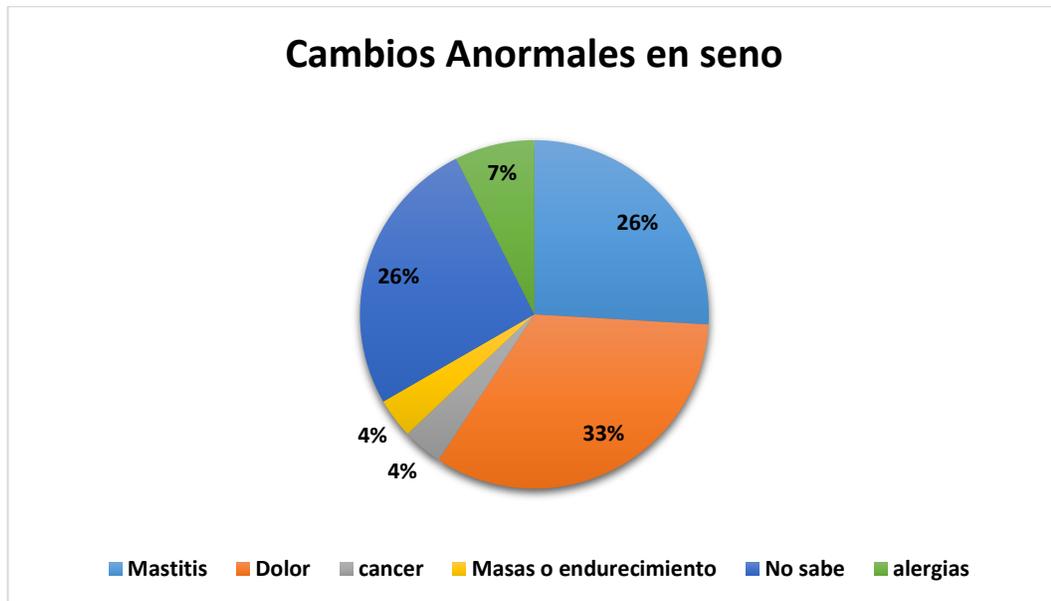
El 55% de mujeres puérperas no conocen sobre la extracción manual de la leche materna debido a que nunca habían tenido experiencia lactando o porque ninguna persona le dio información sobre este método como opción para alimentarlos con leche materna sin que ellas estén presentes, tan solo el 45% tenían conocimiento sobre la extracción pero no conocían la técnica que se debía realizar para obtener la leche para sus bebe justificando que se realizaba con succionador o suponían que se realizaban masajes.

Gráfica 86. Métodos para la conservación de la leche materna



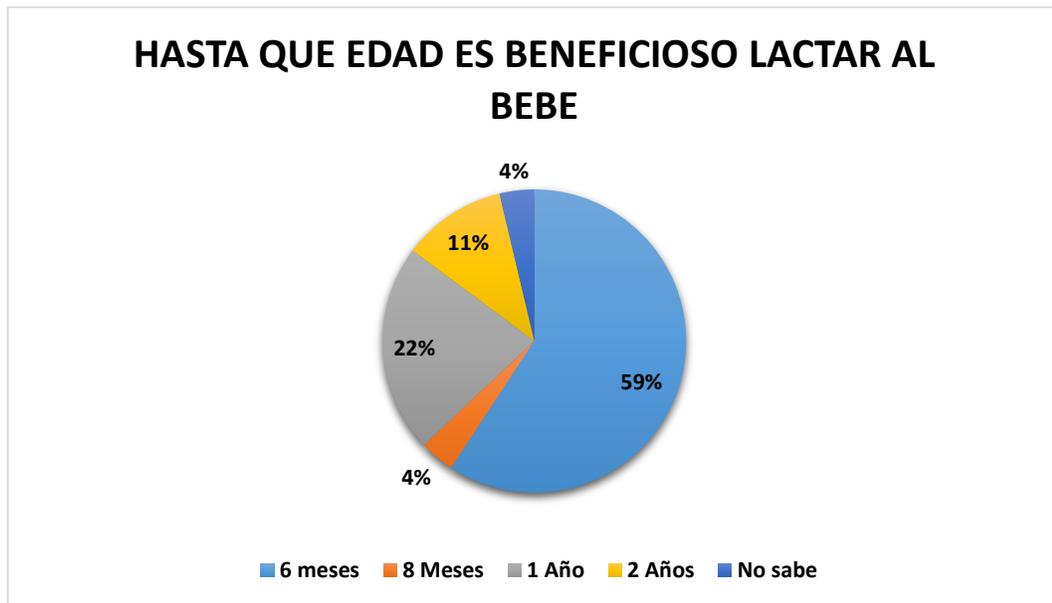
El 56% de las mujeres no saben cómo se debe conservar la leche extraída manualmente pero esto debe estar relacionado a que este porcentaje no sabían que se podía extraer manualmente y después dárselo al bebé cuando tuviera hambre, el otro 44% asociaban que se debía refrigerar o congelar pero no sabían cómo realizarlo adecuadamente y que tipo de recipiente utilizar para conservarla.

Gráfica 87. Cambios anormales en el seno por los cuales consultar



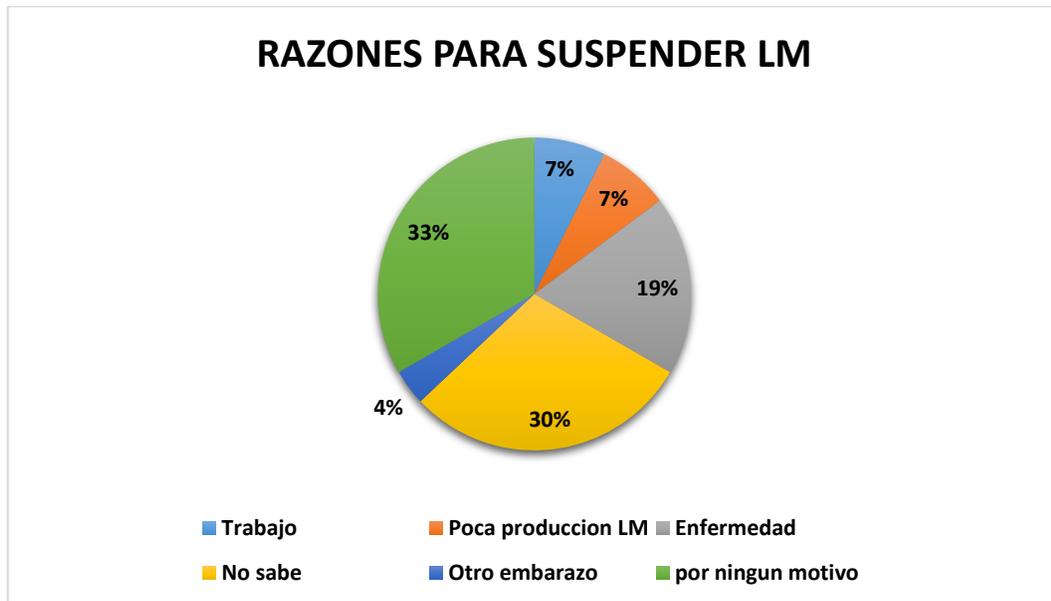
Tan solo el 26% no reconocían los cambios anormales que se podían presentar en el seno para acudir al personal de salud a solucionar sus dudas, en cambio el 74% de las mujeres puerperas reconocían algún cambio en sus senos por los cuales consultarían al personal de salud.

Gráfica 88. Hasta que edad considera la madre que es beneficioso lactar a su bebé



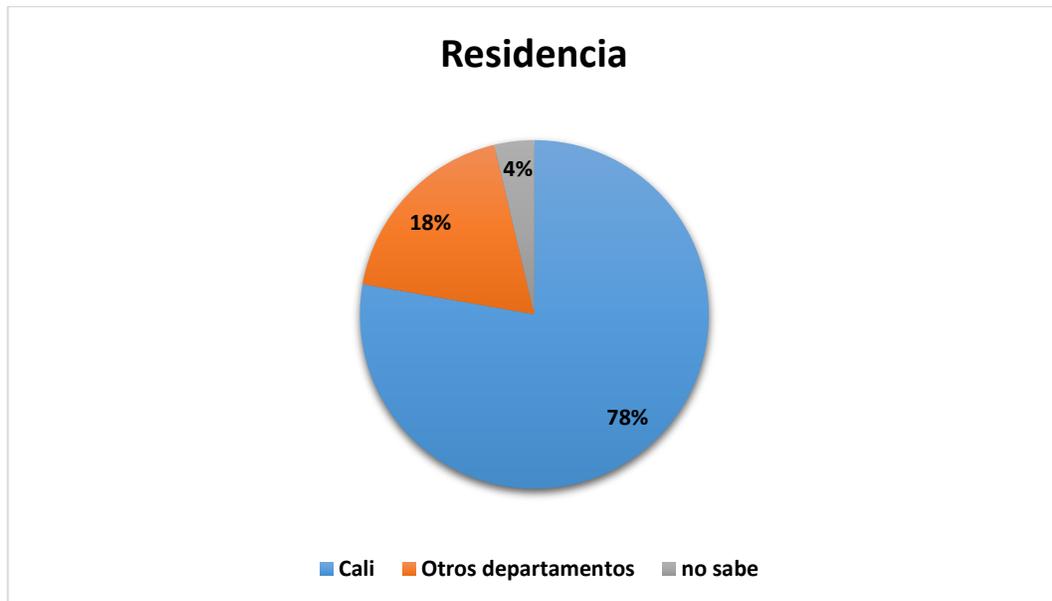
Más de la mitad de las mujeres púerperas reconocen la importancia de la lactancia hasta los 6 meses de vida del recién nacido en forma exclusiva y muchas otras conocían la importancia de llevar por más tiempo hasta la posibilidad de 2 años de forma complementaria, sin embargo este grupo decidió interrumpir la lactancia materna en algún momento y reemplazarla por otro alimento por falta de tiempo ya que continuaron con estudios o necesitaban un trabajo remunerado para satisfacer las necesidades económicas de su hogar, por que algún personal de salud le recomendó un tipo de formula láctea para que él bebe se alimentara mejor o por motivos culturales como alimentaron a sus hijos anteriores con coladas, caldos, leche de vaca y nunca ha tenido ninguna alteración en la salud y por ende el actual hijo no lo iba a tener.

Gráfica 89. Razones para suspender la lactancia materna



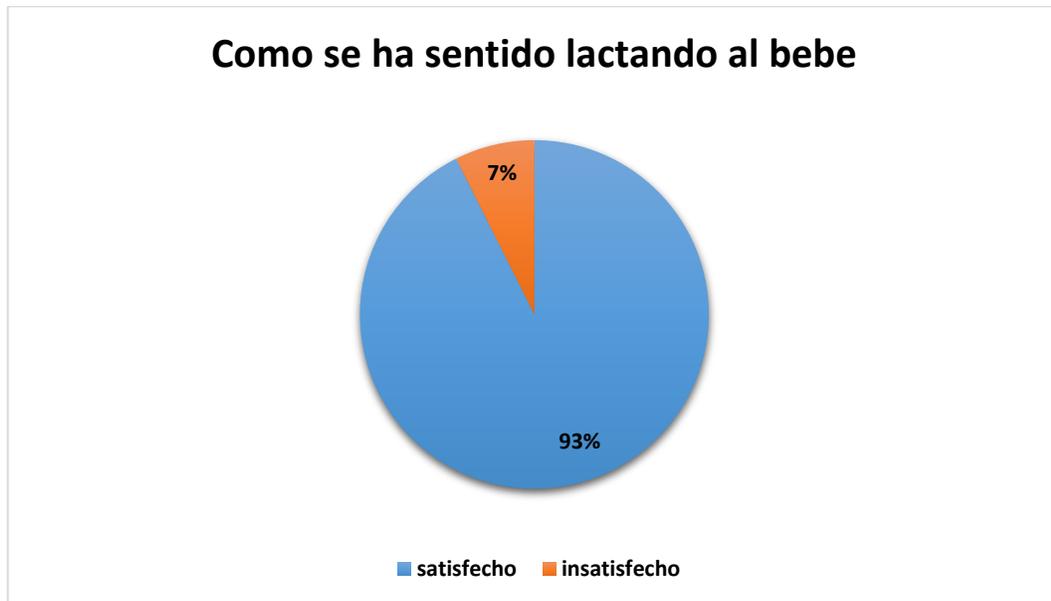
Aunque la gran mayoría no tenían ninguna razón para suspender la lactancia materna, observamos que interrumpieron la lactancia materna exclusiva por motivos culturales, porque no le baja suficiente leche, por recomendación médica o por que tuvo problemas de salud la madre; dándole otro tipo de alimento para suplementar esta.

Gráfica 90. lugar de residencia de las madres lactantes



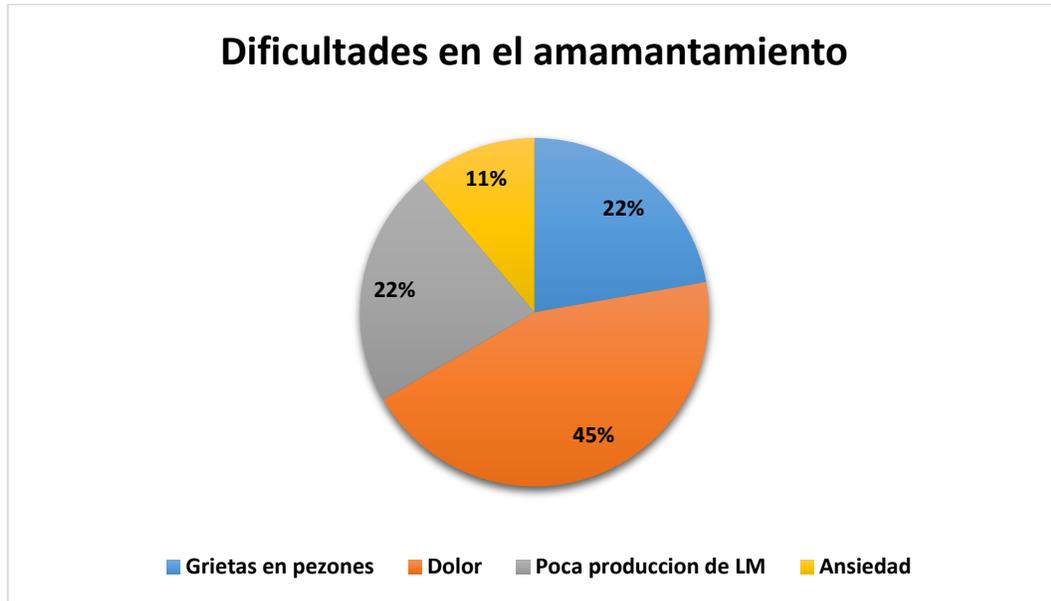
Aunque la gran mayoría de la mujeres puérperas el lugar de residencia es la ciudad de Santiago de Cali y es una ciudad que puede acudir a cualquier centro de salud y obtener información sobre la lactancia materna y solucionar algún tipo de inquietud que se pudo presentar en este periodo, no lo realizaron y prefirieron quedarse con inquietudes y optar por una alimentación diferente.

Gráfica 91. Cómo se ha sentido la madre lactando a su bebé



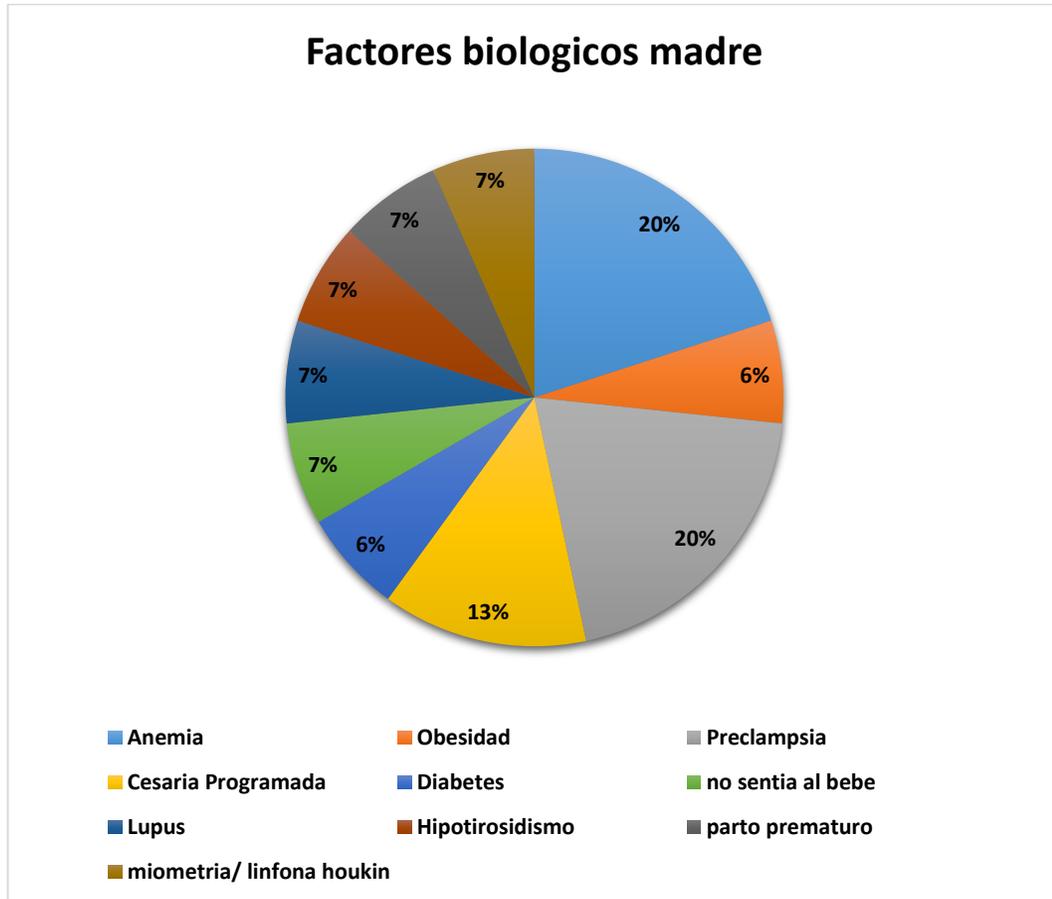
Se observa que el 93 % casi la mayoría se sintieron satisfechas en el proceso de lactar a su bebe durante los primeros días de nacido, algunas manifestaban que aunque era doloroso, era una de las experiencia más bonitas que habían vivido.

Gráfica 92. Dificultades



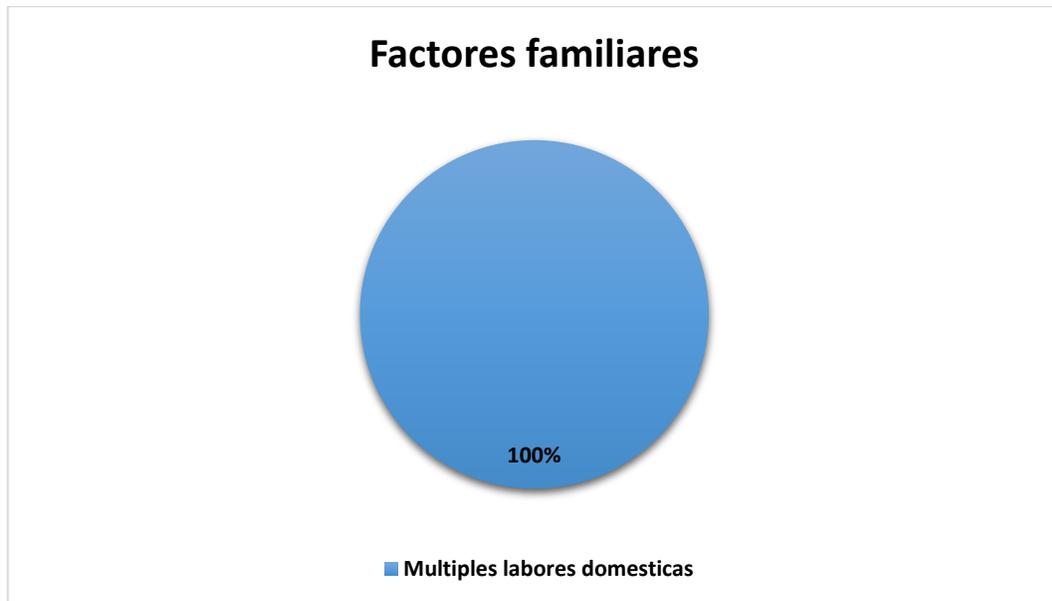
De las mujeres puérperas que no dieron LM exclusiva tan solo 9 presentaron dificultades en amamantar las cuales correspondieron en gran parte a la mala técnica de posicionamiento y agarre del bebe como son grietas, dolor y poca producción de leche además de presentar entuertos y dolor en los senos en el momento de succión por parte del bebe.

Gráfica 93. Factores biológicos de la madre lactante



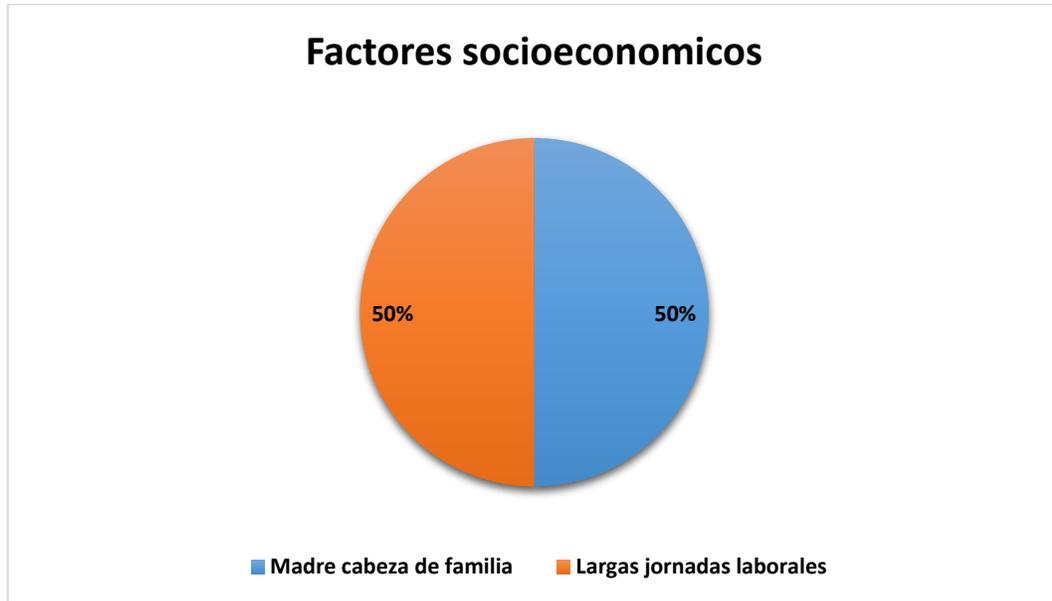
Se observa que solo 15 de las mujeres puérperas presentaron factores biológicos. En donde el 20% presentaron preclampsia, el 20% anemia, el 13% tenían una cesárea programada, vemos que manejando un porcentaje similar tenemos la diabetes, lupus, hipotiroidismo, parto prematuro.

Gráfica 94 Factores familiares



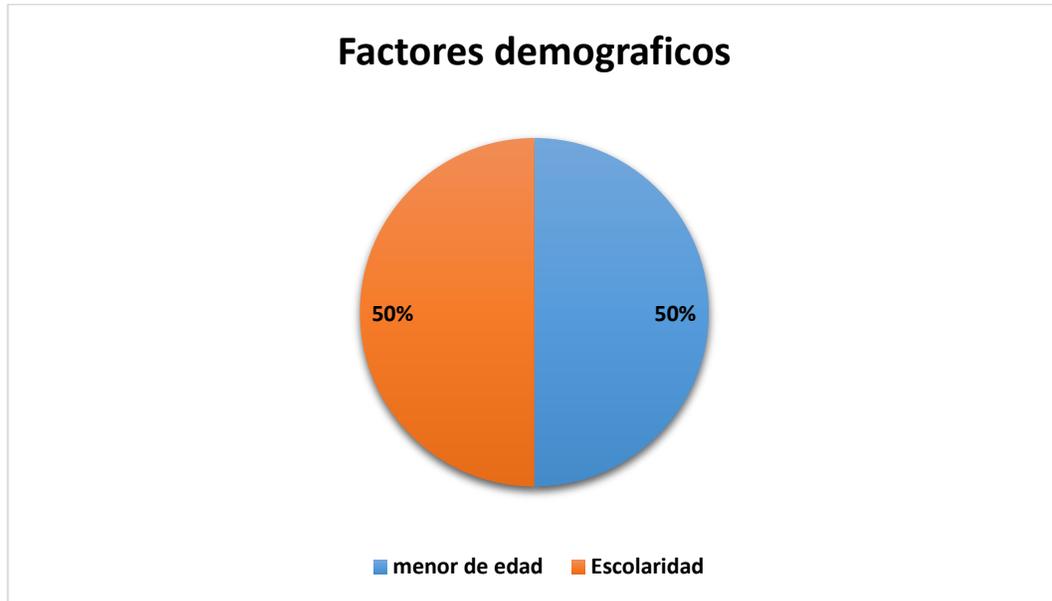
Solo 2 de 27 mujeres presentaron algún factor familiar y los resultados fueron que realizan múltiples labores domésticas lo que pudo incidir en que tenían poco tiempo para dedicarle al bebe en cuanto a su cuidado y especialmente para su alimentación

Gráfica 95. Factores socioeconómicos



Se observa que 2 de 27 mujeres presentaron algún factor socioeconómico, arrojando como resultado madre cabeza de familia el 50% y largas jornadas laborales el 50 %. Podemos concluir que estos factores podrían haber influido en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Gráfica 96. Factores demográficos



Se observa que 3 de 27 de las mujeres púerperas presentaron un factor demográfico que pudo incidir en el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de forma exclusiva, como son ser menor de edad y no tener una escolaridad. Factores que influyen significativamente en adquirir conocimiento sobre la importancia de mantener la lactancia materna durante los primeros meses de vida.

Gráfica 97. Factores psicosociales



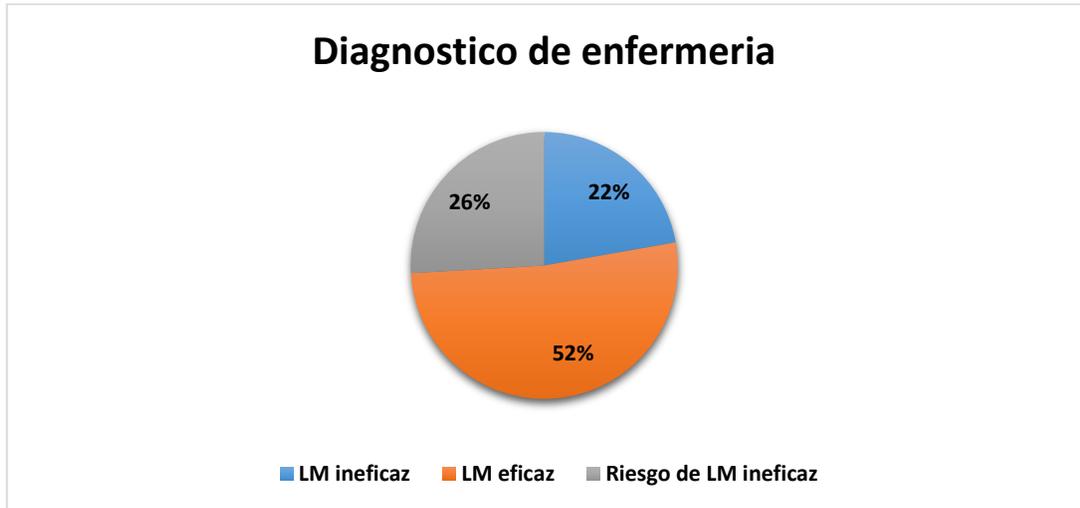
Se observa que 3 de 27 púrpuras presentaron algún factor psicosocial que pudiera llegar a generar desinterés para llevar un lactancia materna de forma exclusiva. Ya que 67% tiene una conducta sexual de alto riesgo indicándonos que tiene múltiples parejas sexuales y que corren el riesgo de quedar nuevamente en embarazo o adquirir una infección de transmisión sexual y un 33% son consumidoras de alguna sustancia psicoactiva, lo que generaría una desconexión de su entorno y su rol como madre, generando que estas abandonen más prontamente la lactancia.

Gráfica 98. Factores emocionales



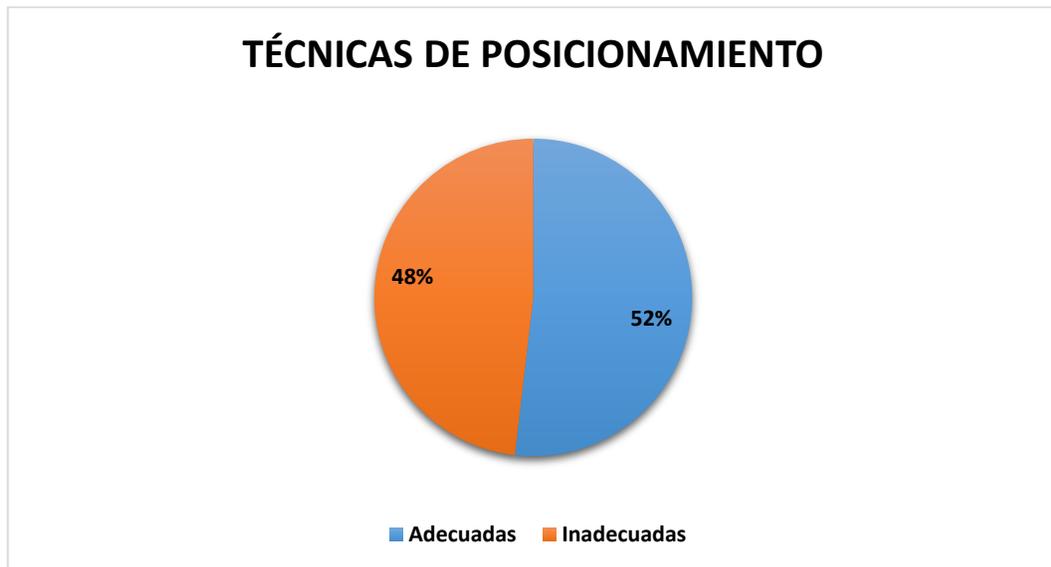
Se observó que 2 de 27 puérperas presentaron algún factor emocional. En donde el 50 % presentaron tristeza y el 50% presentaron preocupación. En la gran mayoría por su situación económica o por ser madres solteras. Generando que ellas deban salir a conseguir su sustento y por ende a abandonar la lactancia.

Gráfica 99. Diagnósticos de Enfermería



Aunque prácticamente la mitad obtuvieron el diagnóstico de lactancia materna eficaz en ese momento por que realizaban una buena técnica, posicionamiento, agarre del seno él bebe durante la observación en el momento de alimentar al bebe. Sin embargo, encontramos que la mitad tienen algún riesgo de lactancia materna o la practican ineficazmente, generando como resultado que las madres hayan abandonado la lactancia materna exclusiva antes de que cumplieran los 6 primeros meses.

Gráfica 100. Técnica de posicionamiento

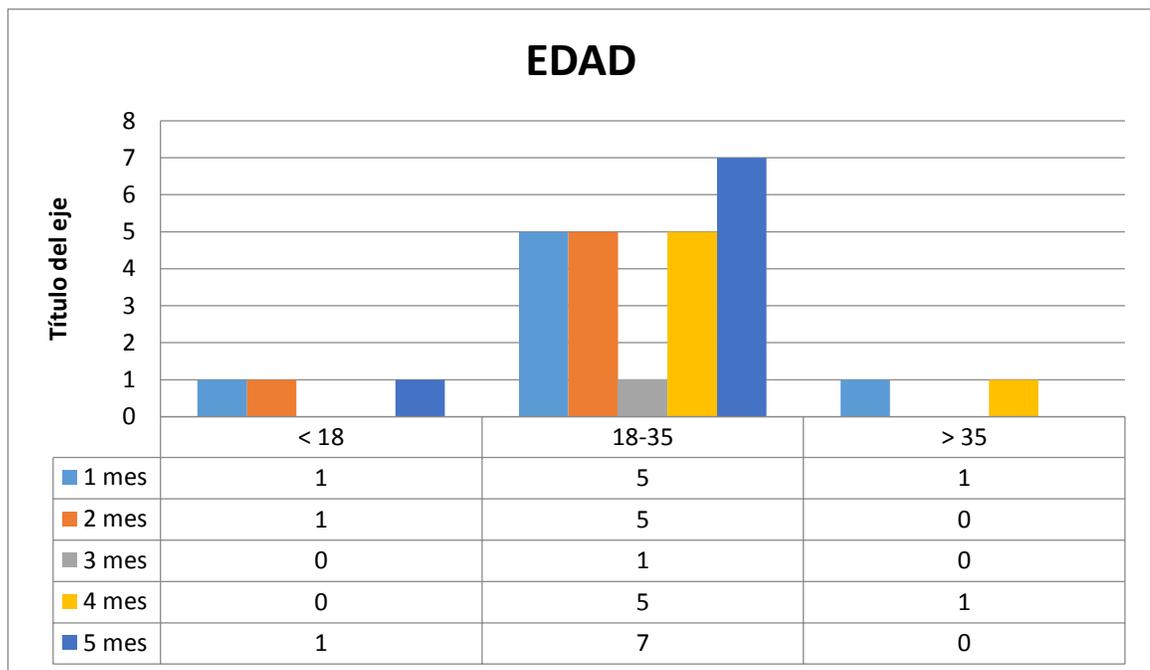


Se observa que no hay una gran diferencia ya que tienen casi los mismos porcentajes en cuanto a las técnicas y posiciones adoptadas por parte de la madre para darle lactancia materna a su bebé.

Por ende no es de gran relevancia para la interrupción de la lactancia materna exclusiva

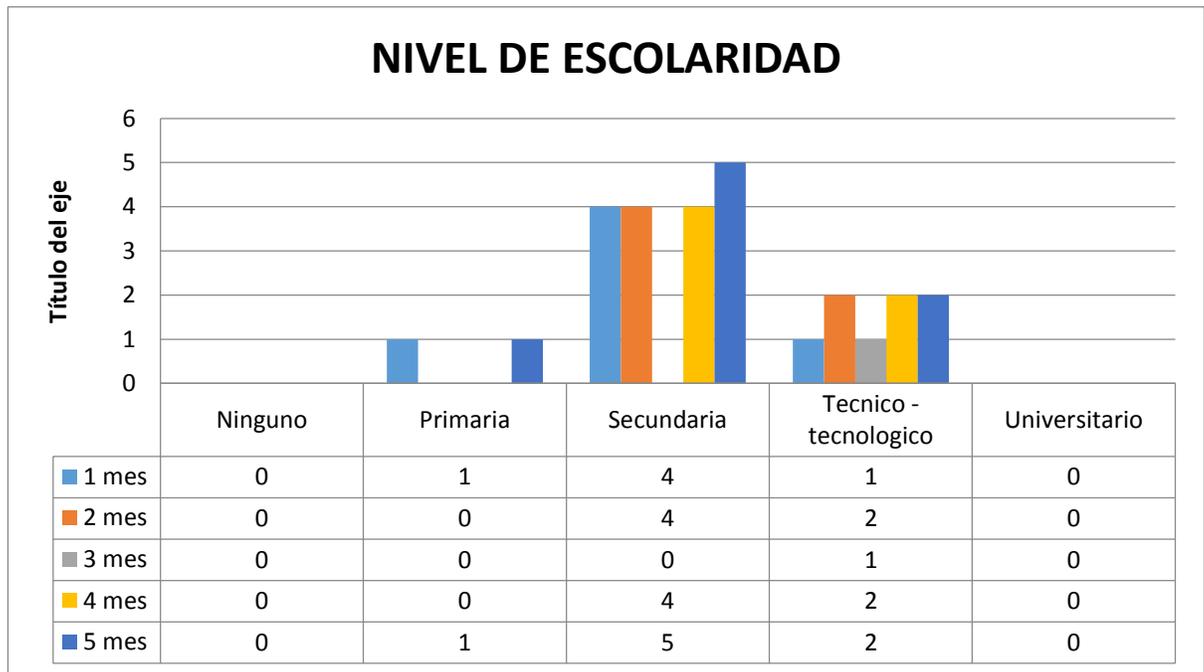
MADRES LACTANTES QUE INTERRUMPIERON LA LACTANCIA MATERNASEGÚN EL MES

Gráfica 101. Edad de las madres lactantes



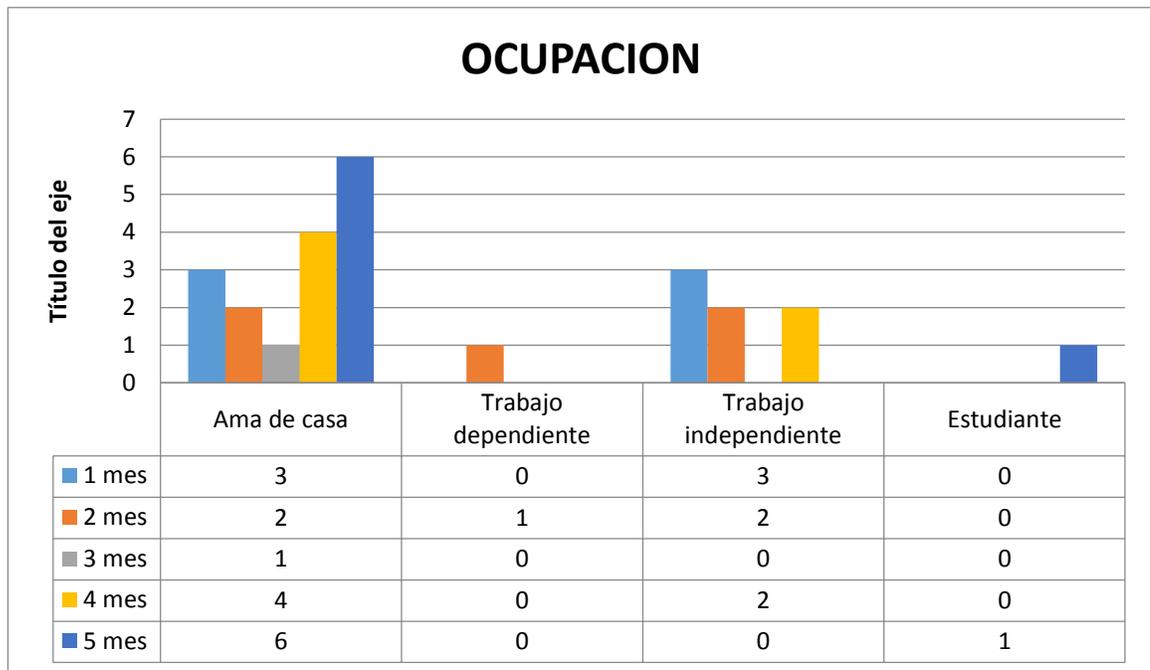
La población se encuentra concentrada en el intervalo de edad de 18 a 35 años.

Gráfica 102. Escolaridad de las madres lactantes



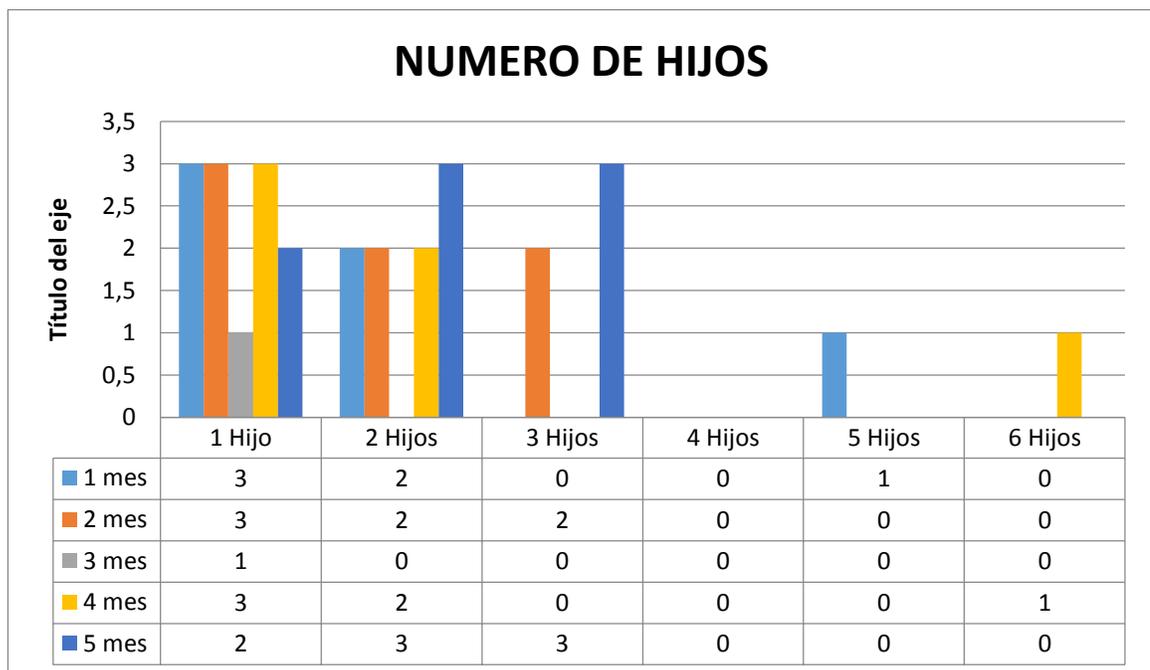
Se encuentra que la mayor parte de ML tienen un nivel de escolaridad de secundaria a técnica y tecnológica.

Gráfica 103. Ocupación de las madres lactantes



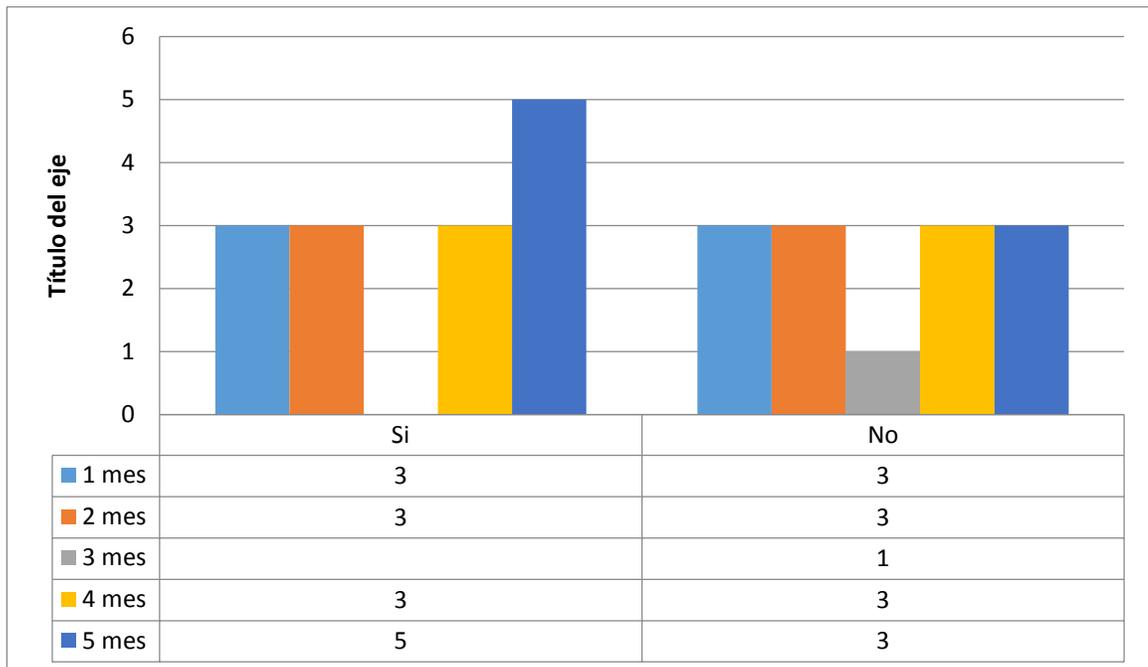
La mayoría de las ML son amas de casa y trabajadoras independientes.

Gráfica 104. Número de hijos de las madres lactantes



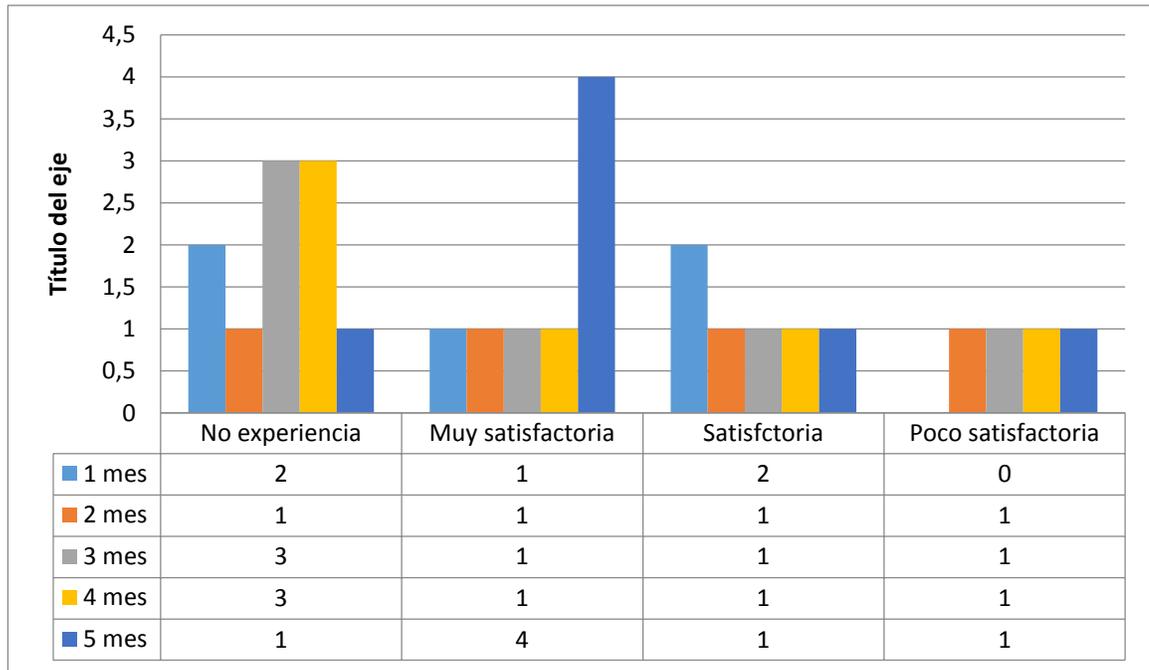
Se observa que las ML que interrumpieron la LME en el primer y al cuarto mes tienen de uno a 2 hijos su mayoría, las que interrumpieron al segundo y el quinto mes tienen de 1, 2 y 3 hijos.

Gráfica 105. Antecedente de lactancia materna



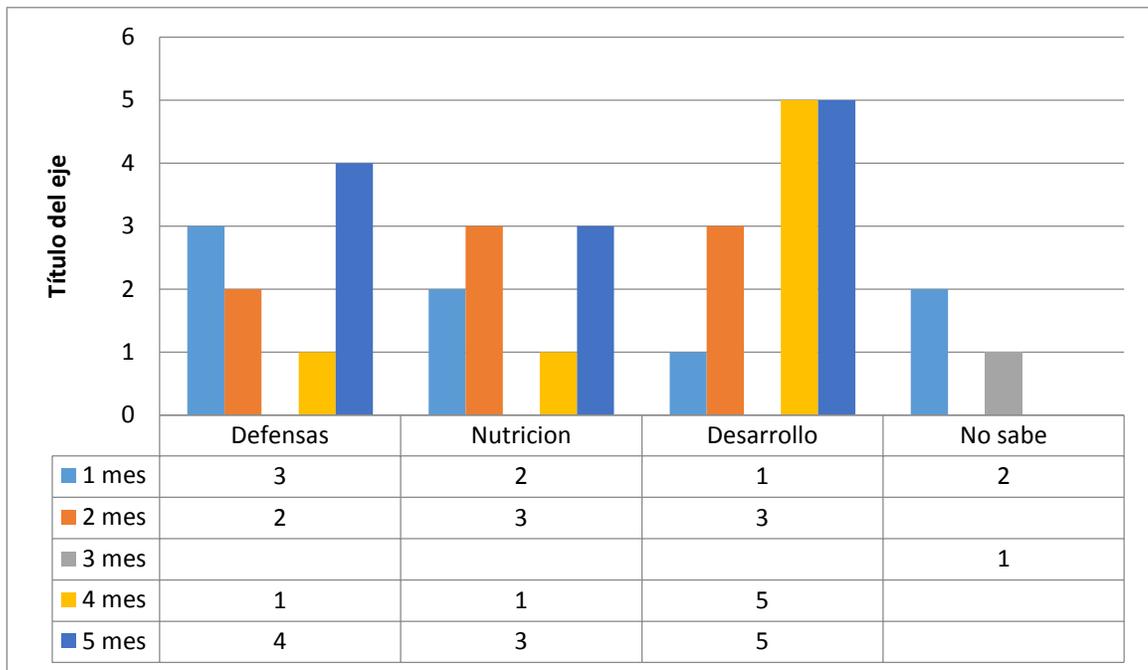
Se observa que no hay mayores diferencias en la población que han tenido o no experiencia en LM, independiente del mes de interrupción de LM.

Gráfica 106. Experiencia de lactancia materna



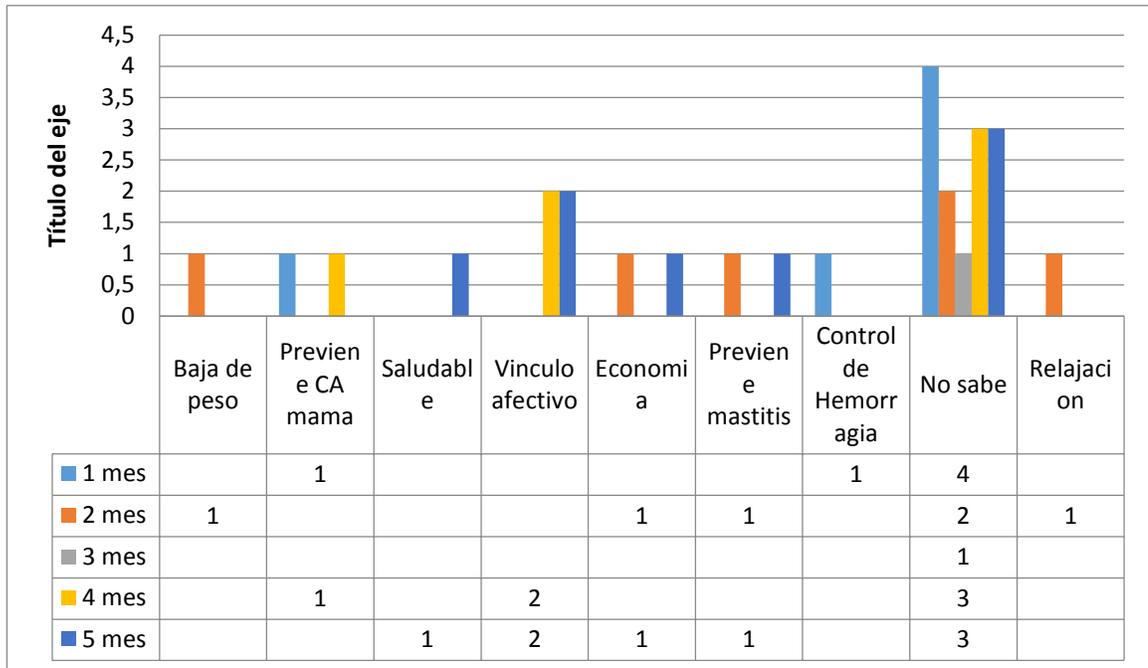
La mayoría refieren no tener experiencia lactando, y le sigue las ML que han tenido una experiencia muy satisfactoria o satisfactoria en lactancia materna.

Gráfica 107. Beneficios de la lactancia para el lactante



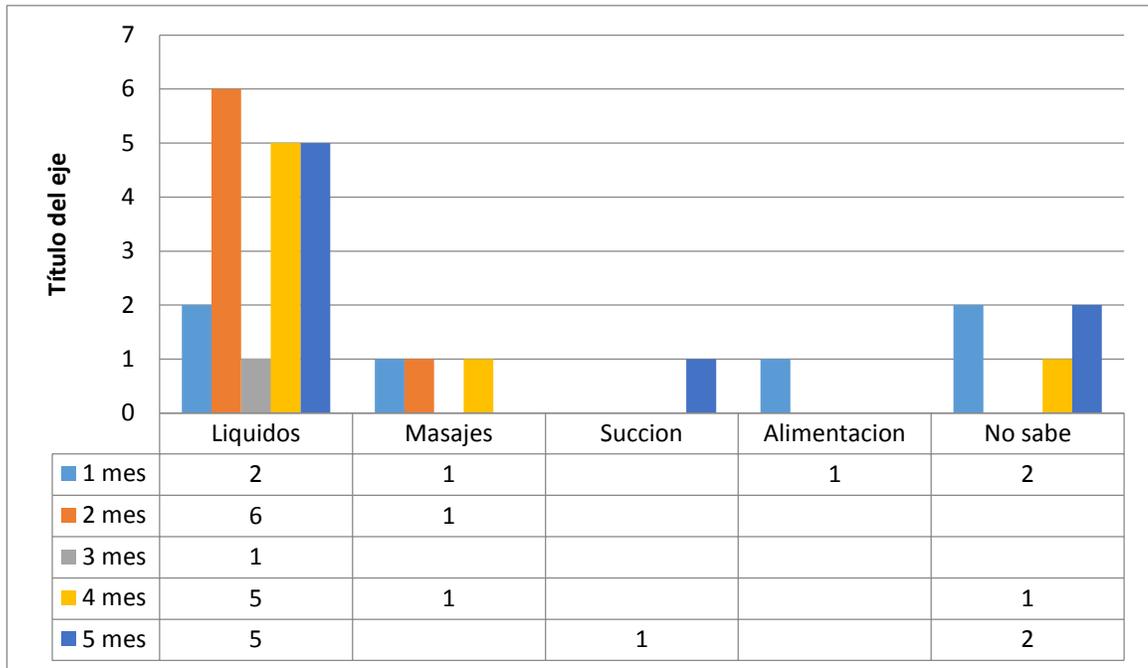
Las madres tienen conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para su bebé.

Gráfica 108. Beneficios que tiene la lactancia para la madre



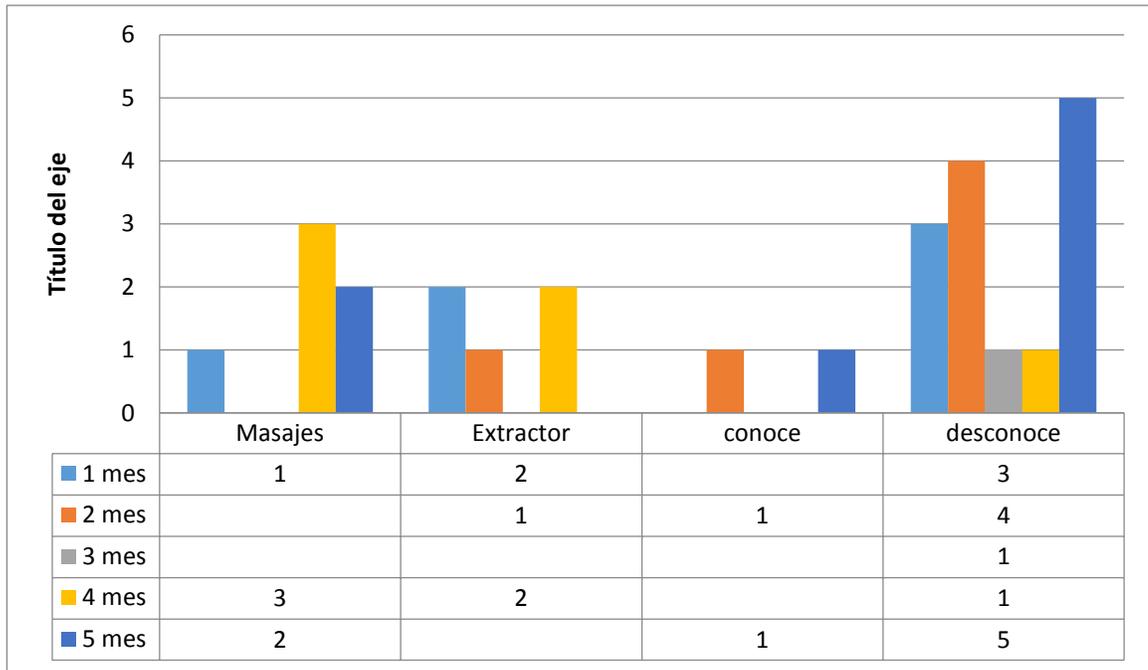
un porcentaje considerable refiere no tener conocimientos de los beneficios que tiene la lactancia materna para la madre.

Gráfica 109. Métodos para que le baje la suficiente leche materna



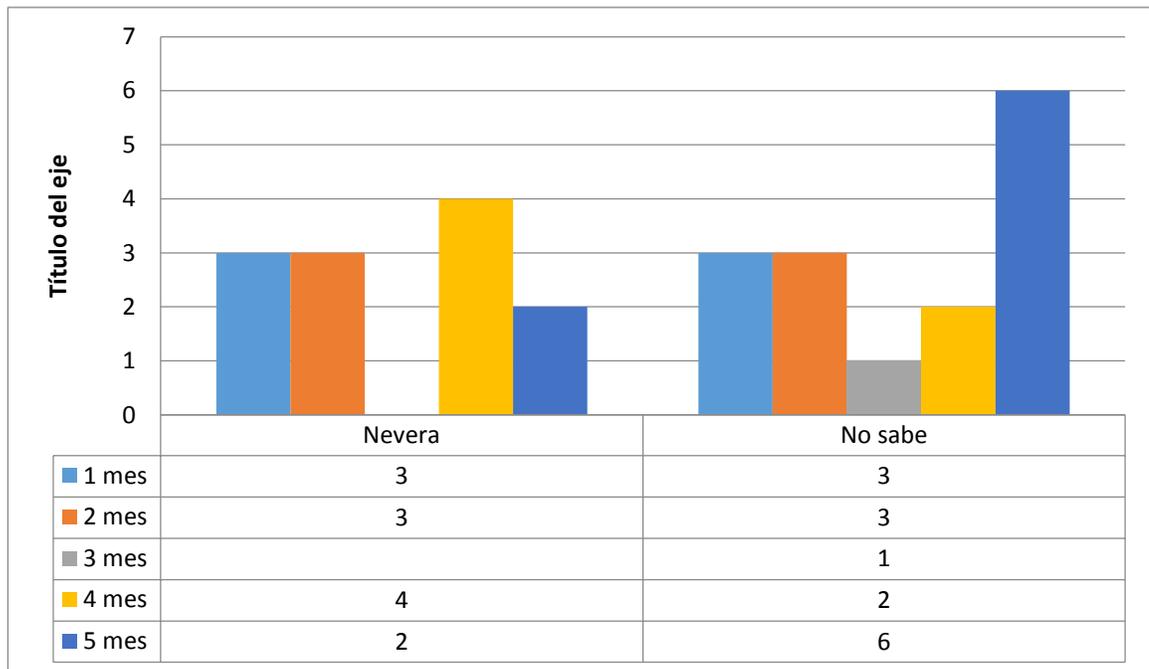
La mayoría de las ML refieren que tomar líquidos es una buena medida para inducir la producción de leche, también se señala que la mayor proporción no conocer los beneficios del masaje, la succión y alimentación para la producción de leche.

Gráfica 110. Métodos para la extracción manual de leche materna



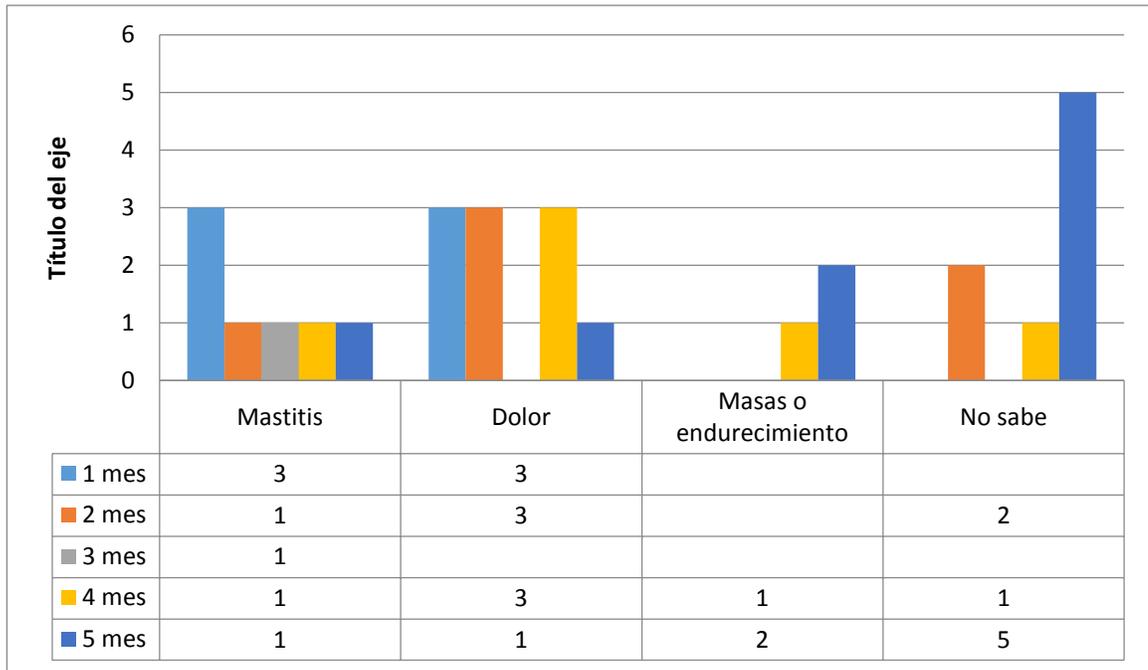
La mayoría de madres lactantes desconoce la extracción manual de leche.

Gráfica 111. conservación de la leche materna



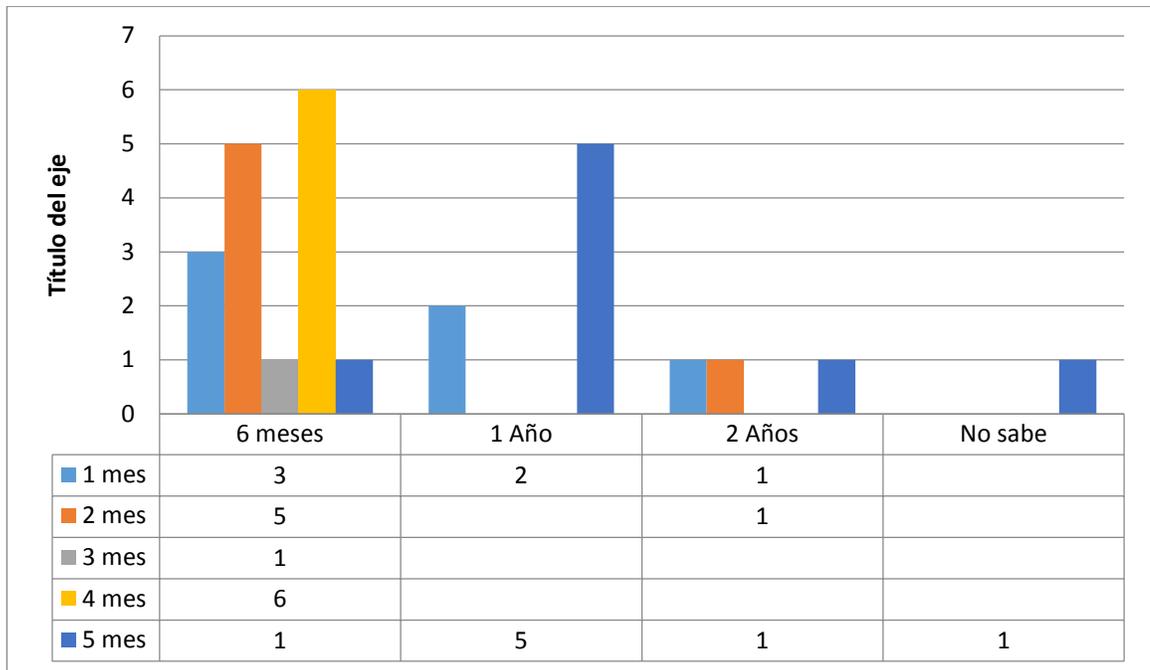
Las madres que refieren tener un conocimiento sobre la conservación de lactancia materna manifiestan que se debe conservar en nevera. En igual medida una población considerable manifiesta no conocer como almacenar la LM.

Gráfica 112. Cambios en el seno por los cuales consultar



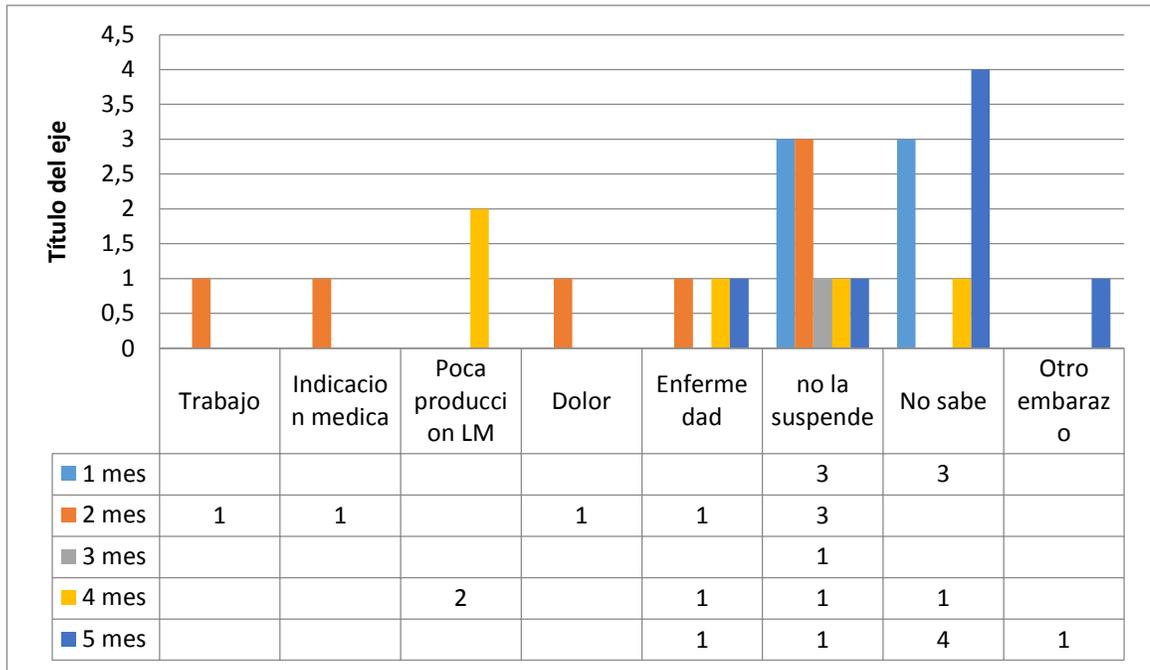
la mayor proporción de las madres lactantes están conscientes de que la mastitis, el dolor y la presencia de masas son motivo de consulta al personal de salud.

Gráfica 113. hasta que edad considera la madre que es beneficioso dar lactancia materna a la madre



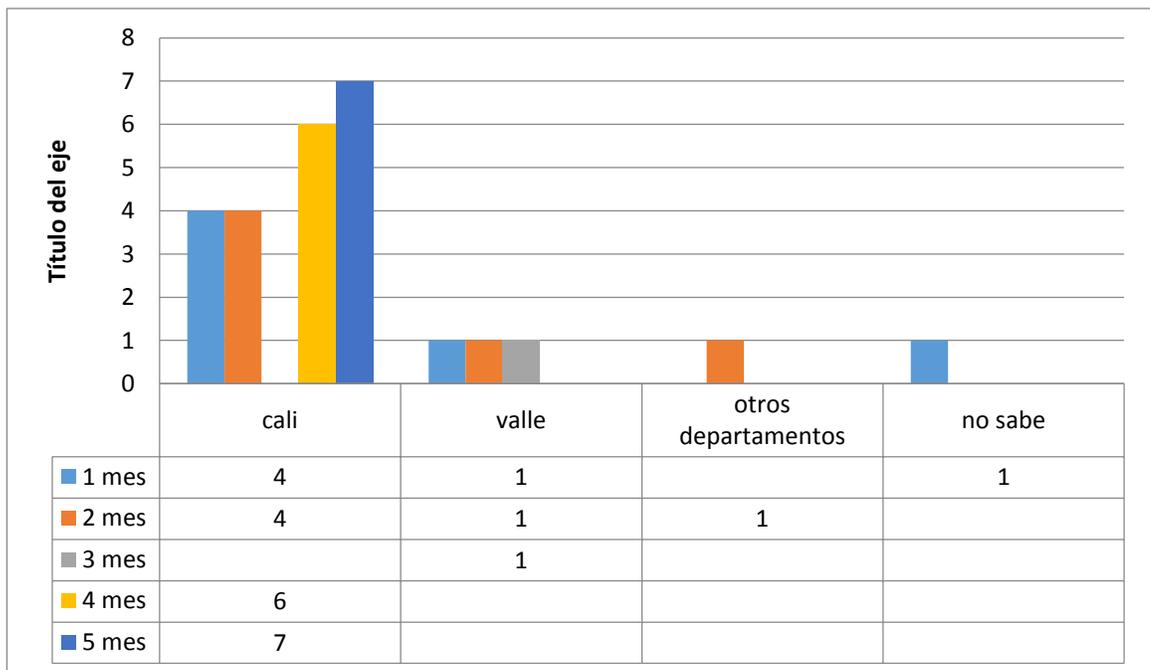
La mayoría refiere que es beneficioso darle lactancia al bebé por lo menos durante los primeros 6 meses, en contraste con la realidad observada.

Gráfica 114. razones para suspender la lactancia materna



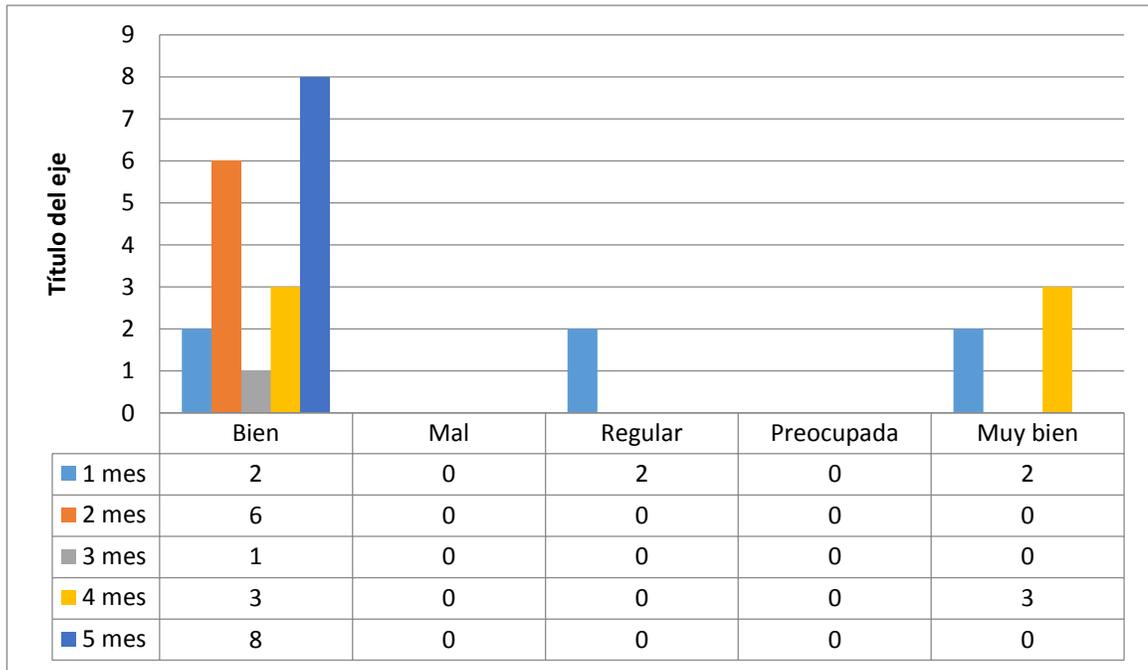
La mayoría de las ML manifestaron no tener razones para suspender la LM en contraste con los resultados obtenidos.

Gráfica 115. lugar de residencia de las madres lactantes



La mayor proporción de madres lactantes viven en zona urbana y local.

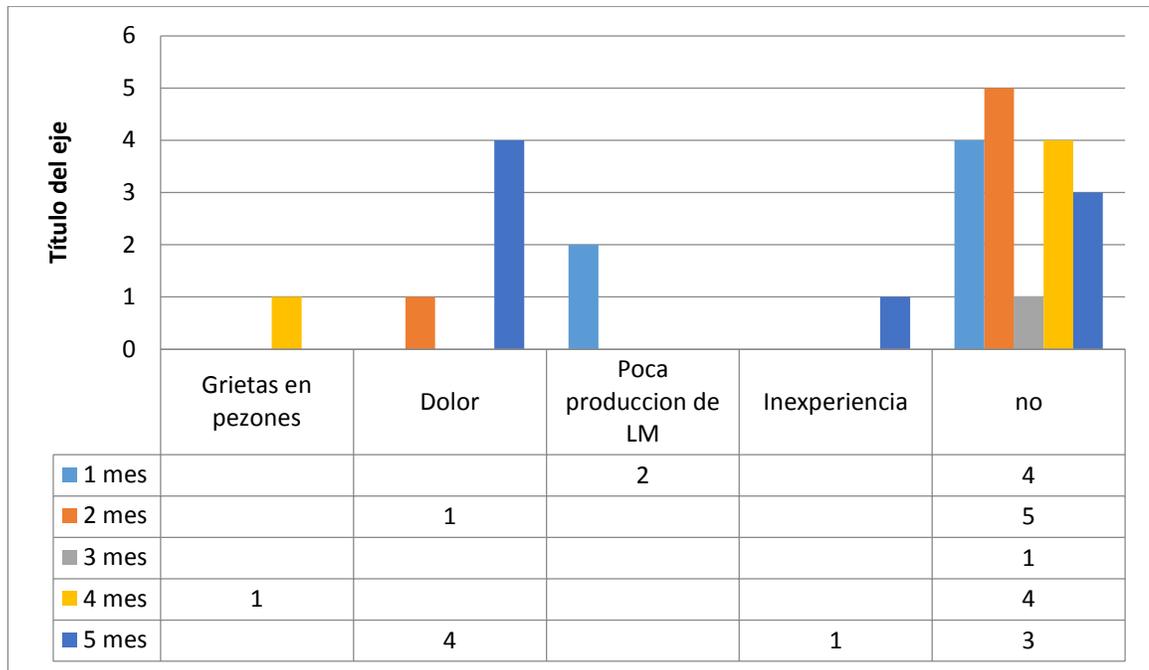
Gráfica 116. cómo se ha sentido lactando



La mayoría de ML refiere haber tenido una experiencia positiva frente a la LM.

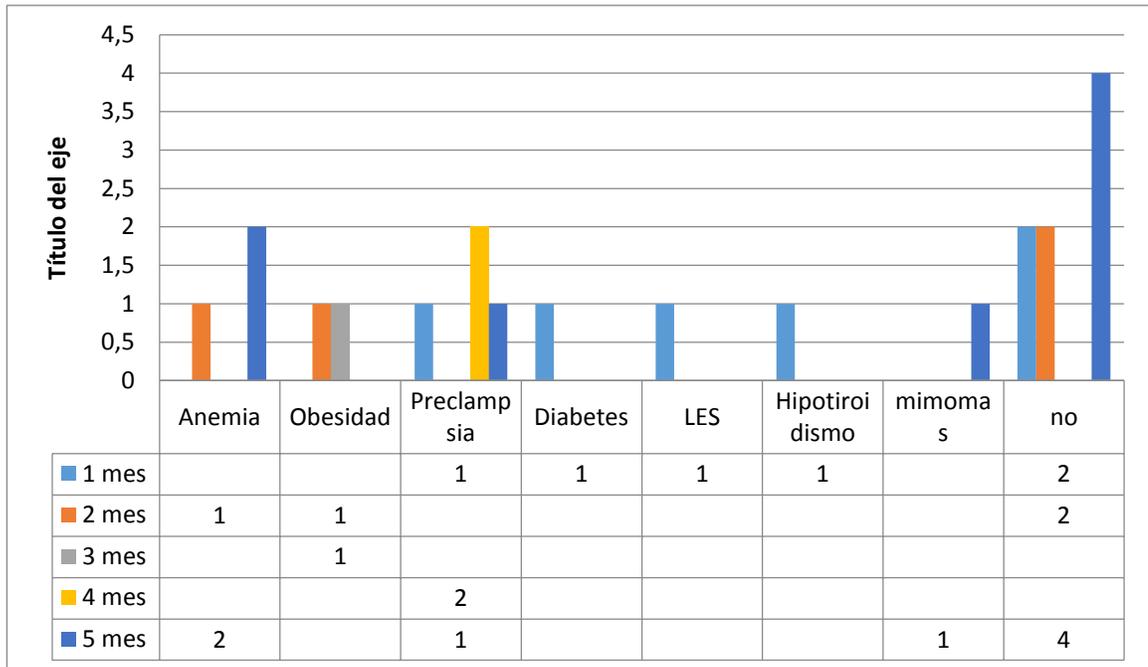
Gráfica 117. Dificultades de la lactancia materna

Si= 48 NO=156



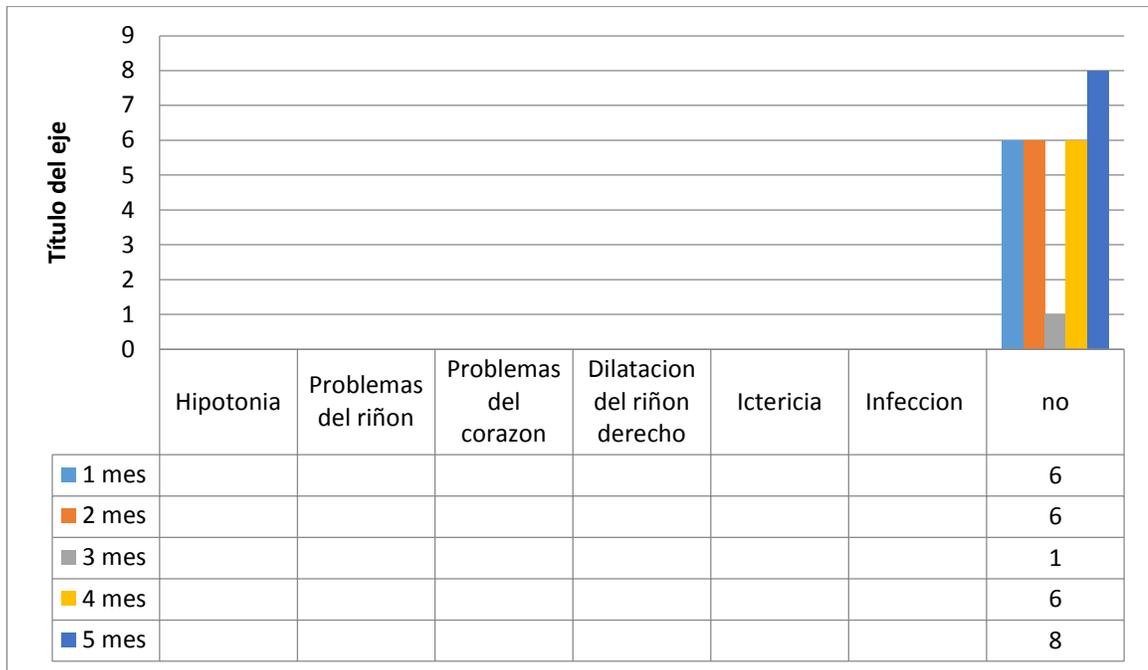
La mayoría de ML refieren no haber tenido problemas en sus senos, y las que interrumpieron al 5to mes manifestaron haber tenido dolor.

Gráfica 118. Factores biológicos de la madre



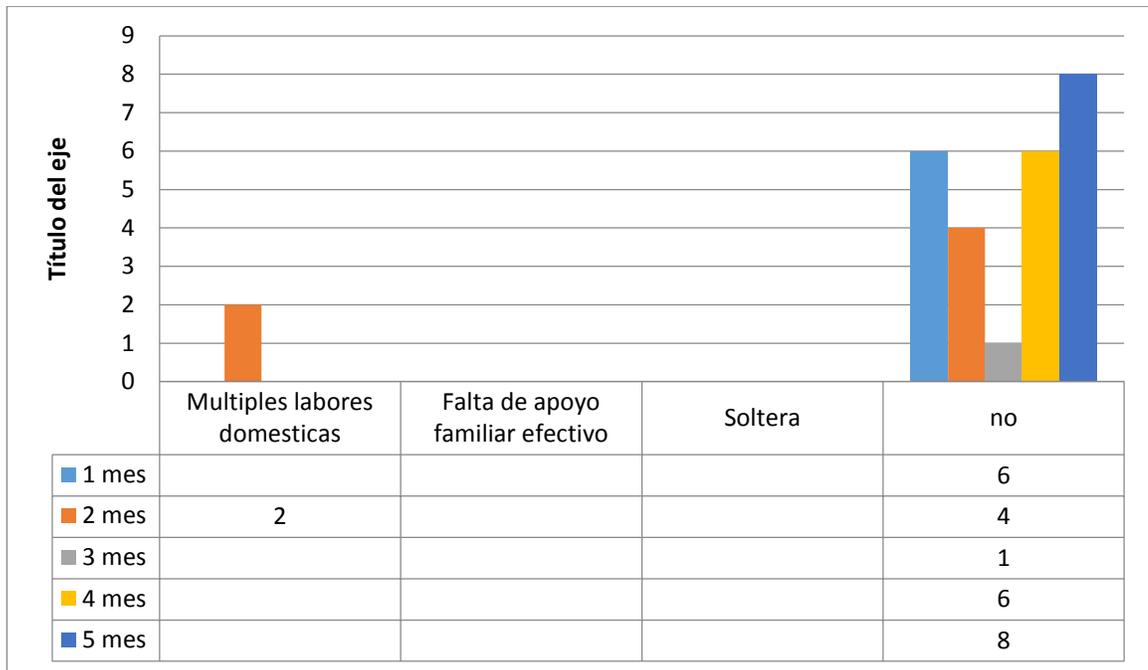
De las que interrumpieron el primer mes la LM tienen algún factor biológico asociado a la interrupción de la LM. La enfermedad más prevalente fue preclampsia.

Gráfica 119. factores biológicos del lactante



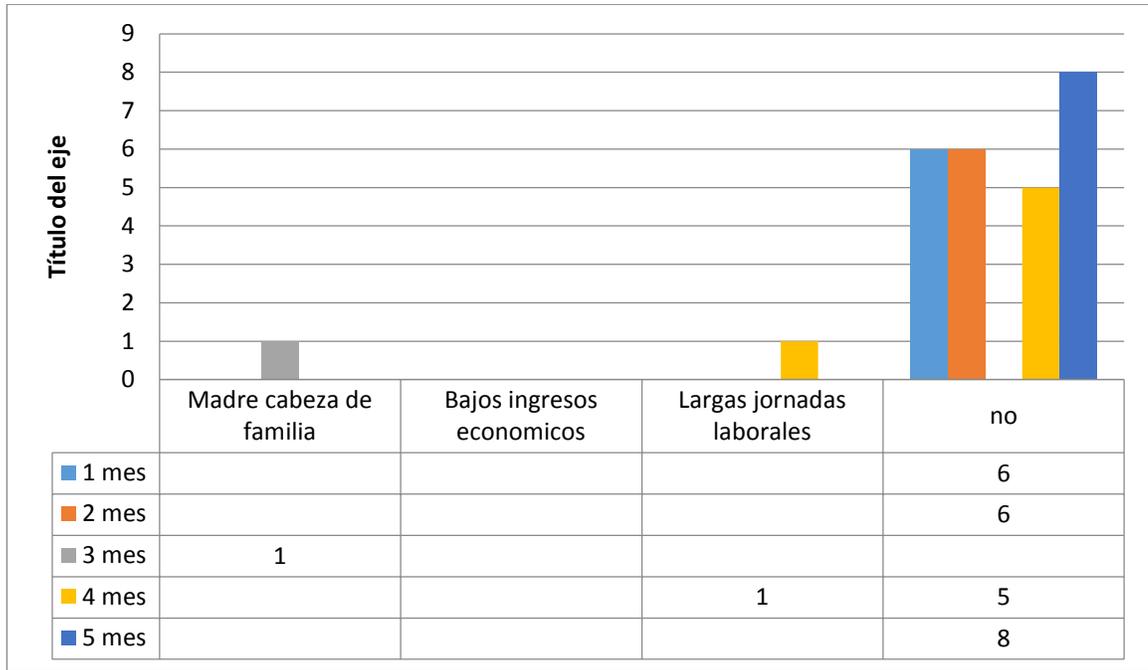
Todos los bebés de las madres lactantes no presentaron algún factor biológico para la interrupción de LM.

Gráfica 120. Factores familiares



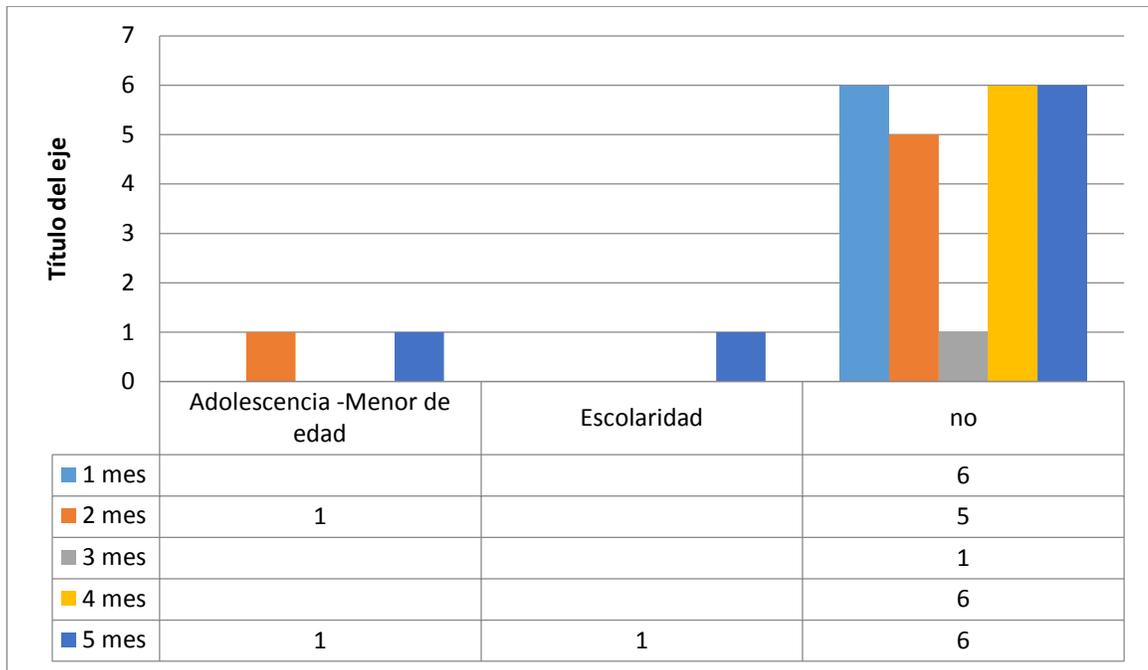
Se encuentra que la mayoría de ML no presentaron algún factor familiar que repercutiera la interrupción de LM. Y algunas que interrumpieron al 2do mes en relación a múltiples labores domésticas.

Gráfica 121. factores socioeconómicos



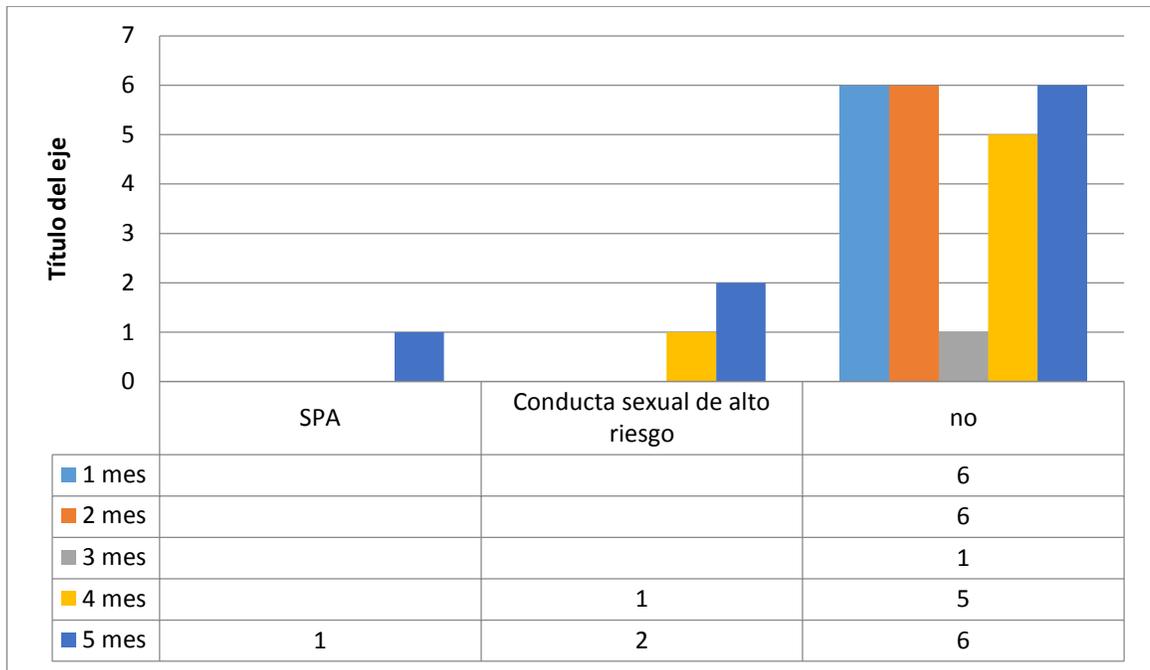
No se encontraron factores socioeconómicos asociados a la interrupción de la LM.

Gráfica 122. Factores demográficos



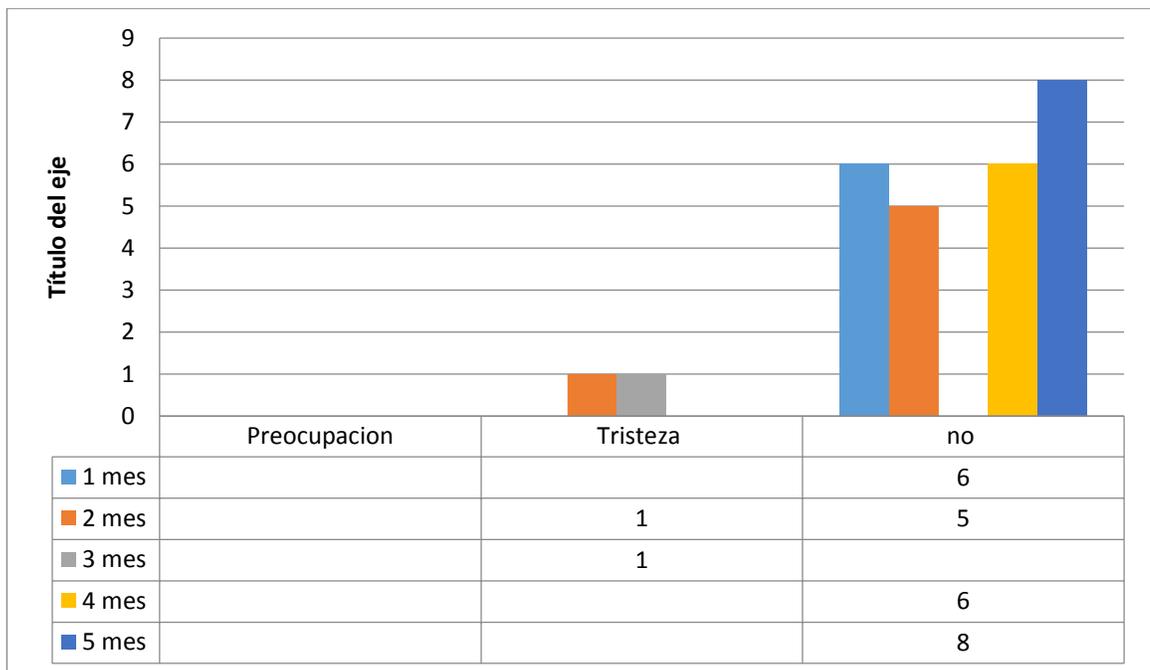
No se encontraron factores demográficos asociados a la interrupción de la LM.

Gráfica 123. Factores socioeconómicos



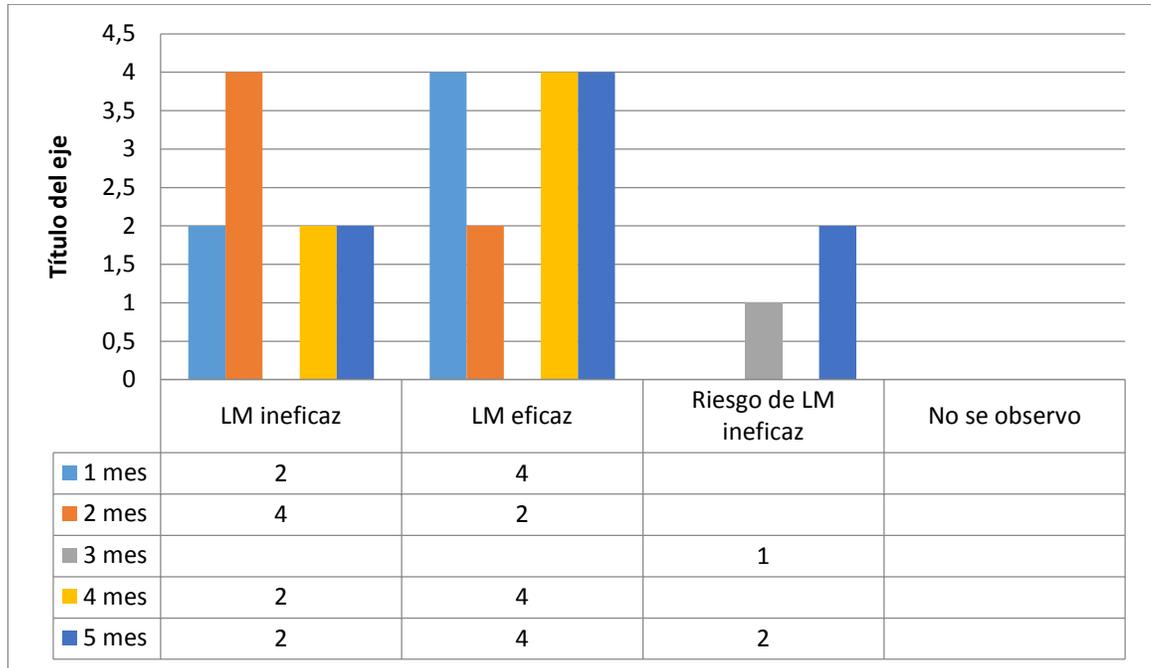
No se encontraron factores psicosociales asociados a la interrupción de la LM.

Gráfica 124. factores emocionales



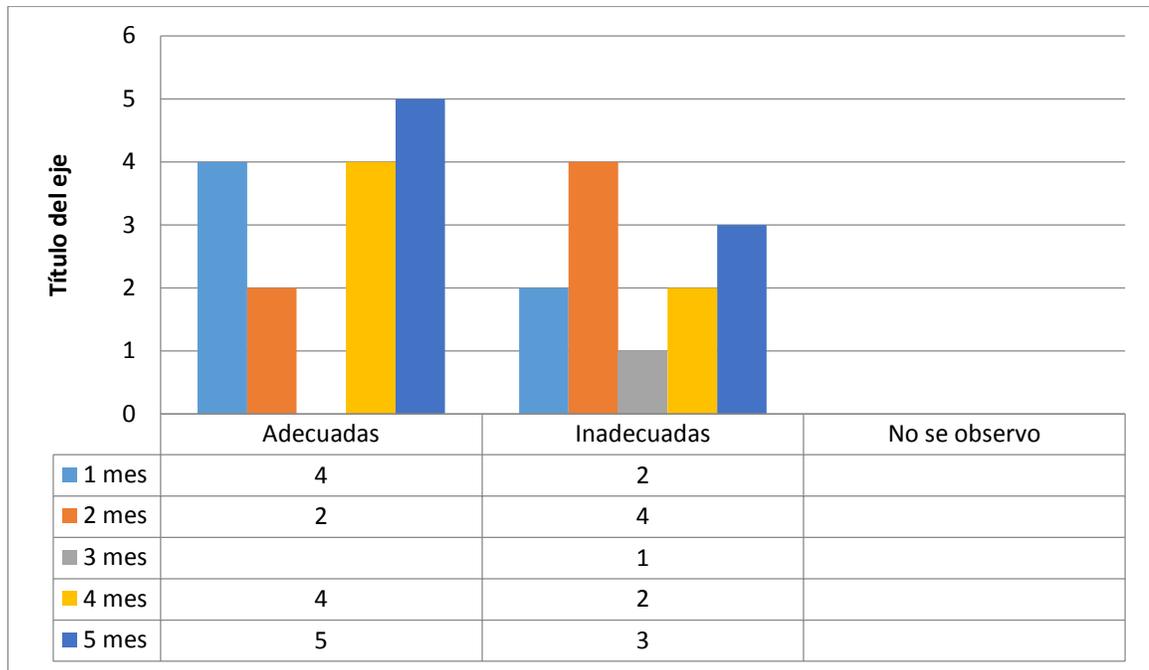
No se encontraron factores emocionales asociados a la interrupción de la LM.

Gráfica 125. Diagnósticos de enfermería



Se encuentra que la población de ML que interrumpieron LM tienen una distribución similar, un grupo tiene diagnóstico de lactancia materna eficaz y el segundo grupo tiene diagnóstico de LM ineficaz o de riesgo de LM ineficaz.

Gráfica 126. Técnicas de posicionamiento



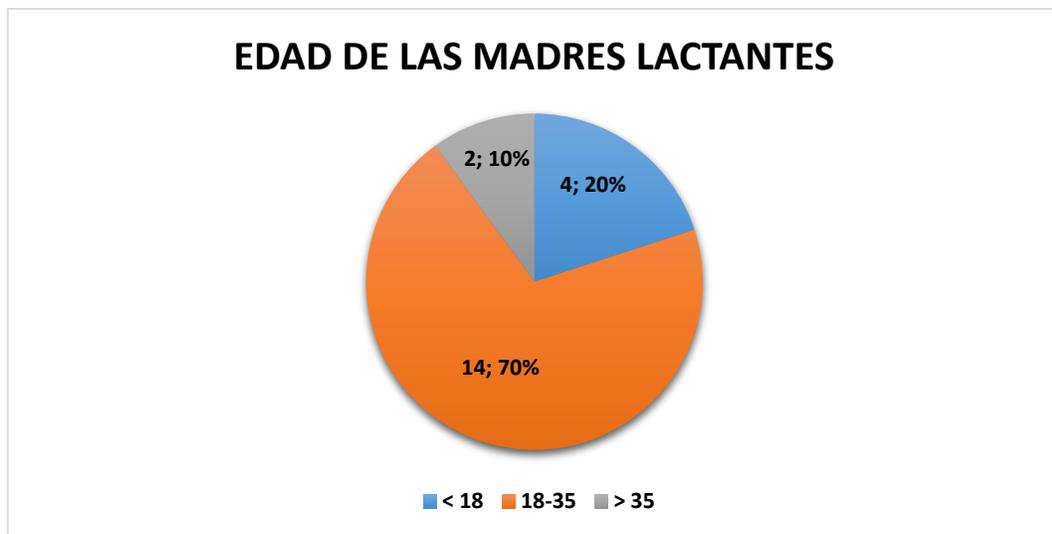
La mitad de las ML que interrumpieron LM tenían técnica de posicionamiento inadecuada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

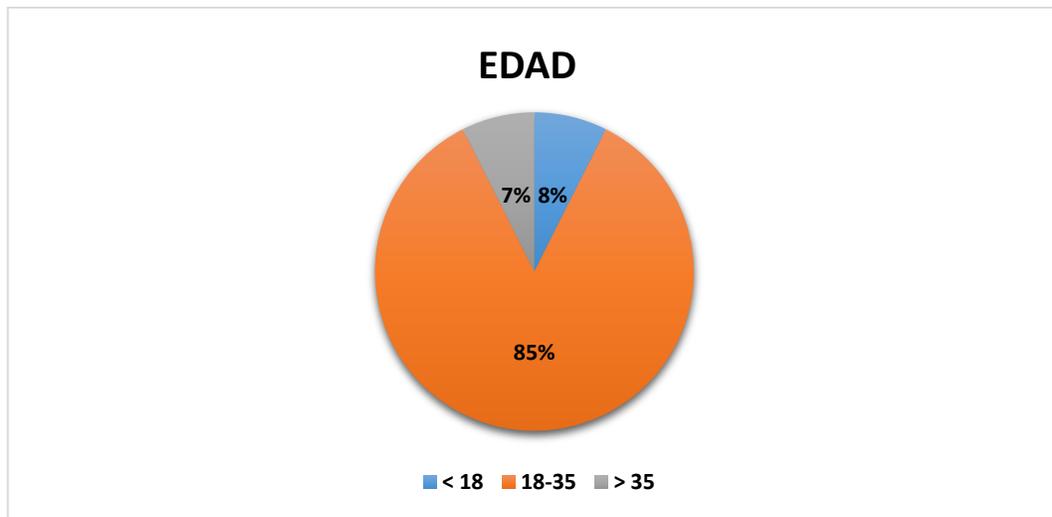
A continuación se presenta el análisis de resultados de los datos más relevantes que aporten en el reconocimiento de factores protectores y de riesgo para los grupos de madres lactantes que brindaron lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y las que interrumpieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.

Edad de las madres lactantes

Gráfica 54. Edad de las madres lactantes LME



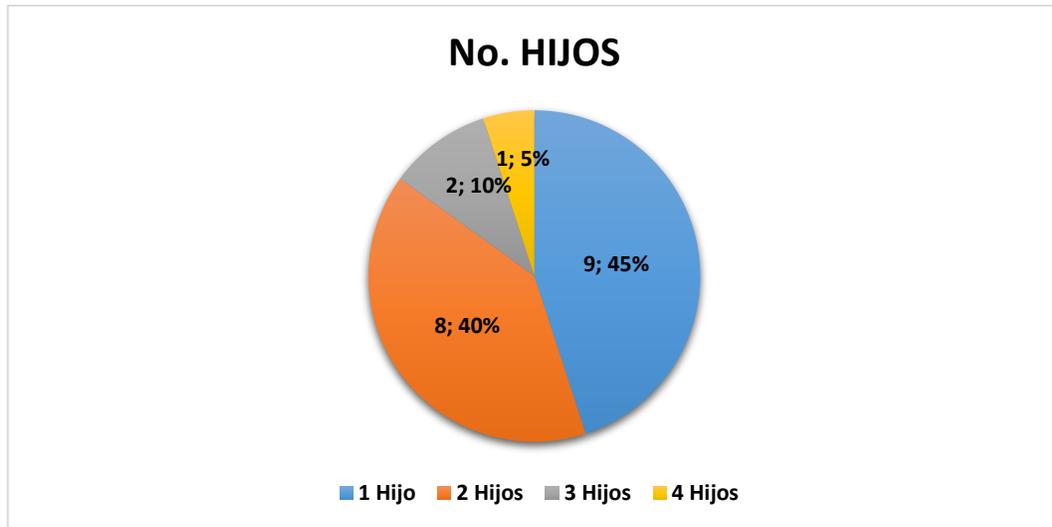
Gráfica 76. Edad de las madres lactantes LM NE



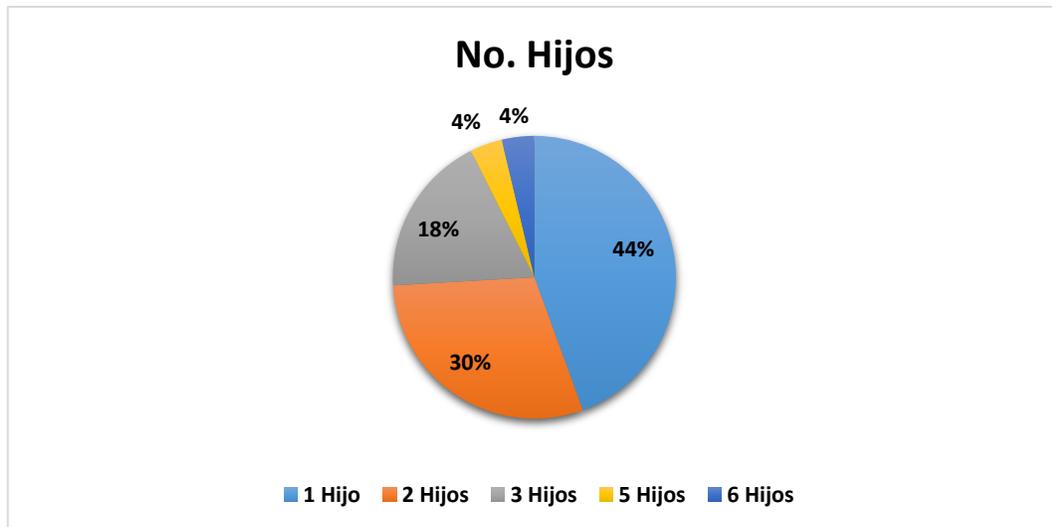
La población a la cual se realizó el seguimiento telefónico es la correspondiente al servicio de puerperio y partos, donde se identifica que la mayoría de las madres lactantes está en el rango de 18 a 35 años de edad y un menor porcentaje de madres lactantes se encuentra en dos rangos de edad: menor de 18 y mayor de 35 años. A partir de los datos recopilados del seguimiento telefónico hasta el sexto mes se evidencia que no hay diferencias importantes que demuestran que la edad sea un factor protector o de riesgo para garantizar la LME hasta el 6^o mes.

Número de hijos

Gráfica 57. Número de hijos de las madres lactantes LME



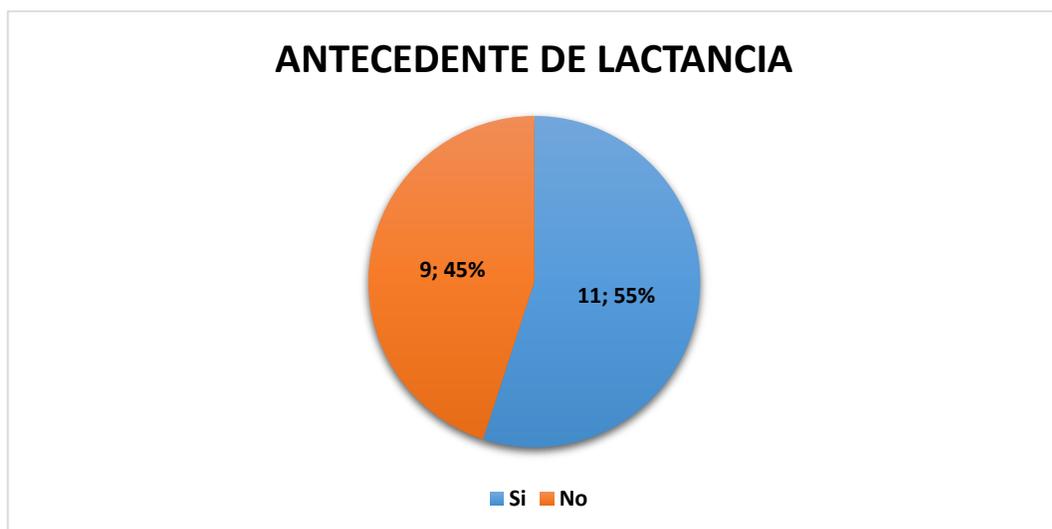
Gráfica 79. Número de hijos de las madres lactantes LM NE



No se evidencio que el número de hijos tenga relación con la continuidad o suspensión de la LME hasta los seis meses. Más del 70% de las madres lactantes con seguimiento telefónico que concluyeron LME y las que no, son mujeres con 1 a 2 hijos. Las madres lactantes de 1 a 2 hijos se mostraron más receptivas al recibir la información en las consejerías y del seguimiento telefónico, ya que manifestaban más ampliamente sus experiencias en lactancia y sus dudas, a diferencia de las madres lactantes con más de 2 hijos, que por su mayor experiencia y con el antecedente de bienestar de su hijo, no mostraban el mismo interés. Se infiere que por el antecedente de bienestar de su hijo, la madre no consideraba adaptarse los cambios que se sugerían en las consejerías y seguimiento telefónico; además es importante considerar las influencias culturales y familiares sobre el proceso de lactancia materna exclusiva.

Experiencia de lactancia previa

Gráfica 58. Antecedente de lactancia de las madres lactantes LME



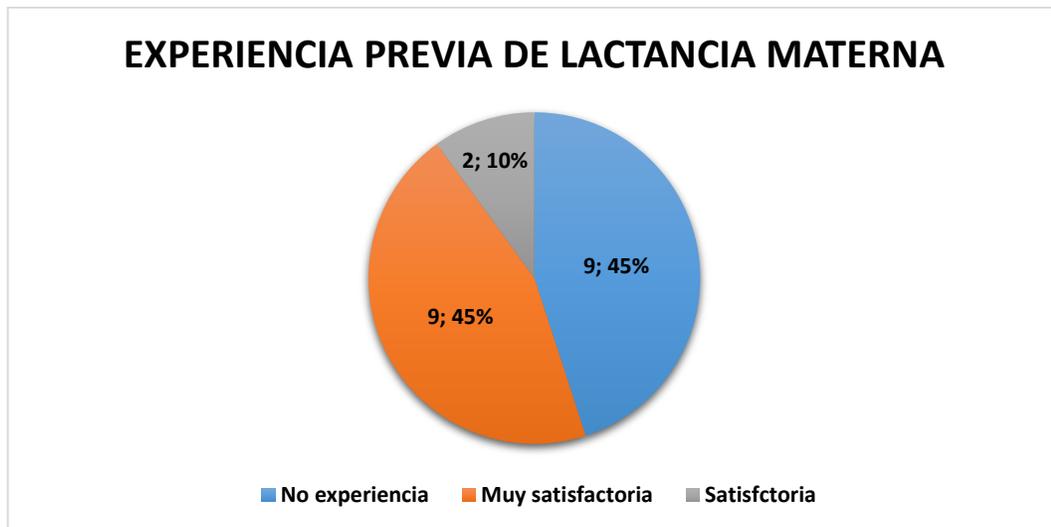
Gráfica 80. Antecedente de lactancia materna LM NE



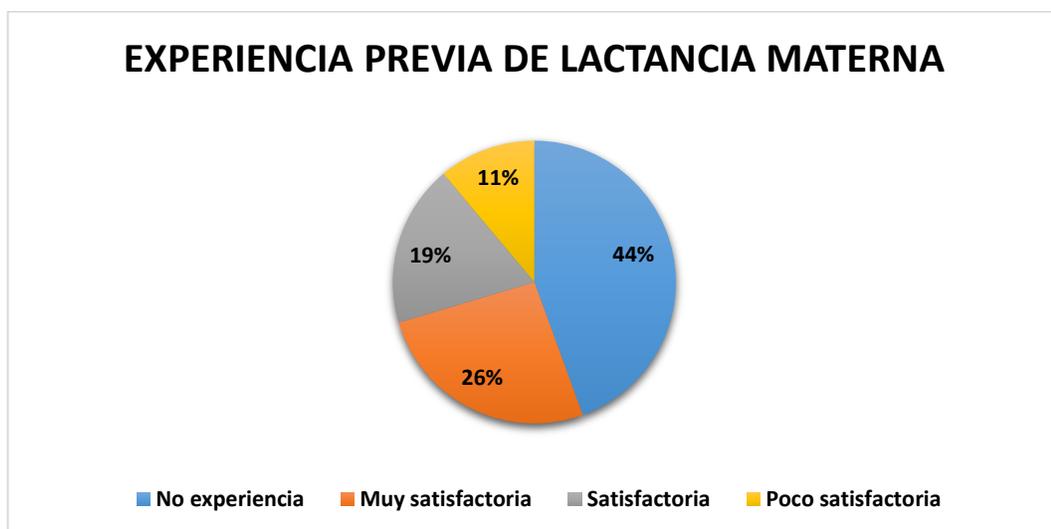
Las madres lactantes que brindaron LME tienen experiencia previa el 55% la cual fue satisfactoria, a diferencia de las que interrumpieron la LME con experiencia previa de 56%, de este porcentaje el 45% fue satisfactoria y el 11% no satisfactoria. De lo anterior se analiza la importancia de tener una experiencia previa positiva es un factor protector para continuar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y por lo tanto las intervenciones deben enfocarse a las madres con experiencia previa negativa.

Experiencia en relación a cómo se ha sentido lactando al bebé

Gráfica 59. Experiencia previa de lactancia materna LME



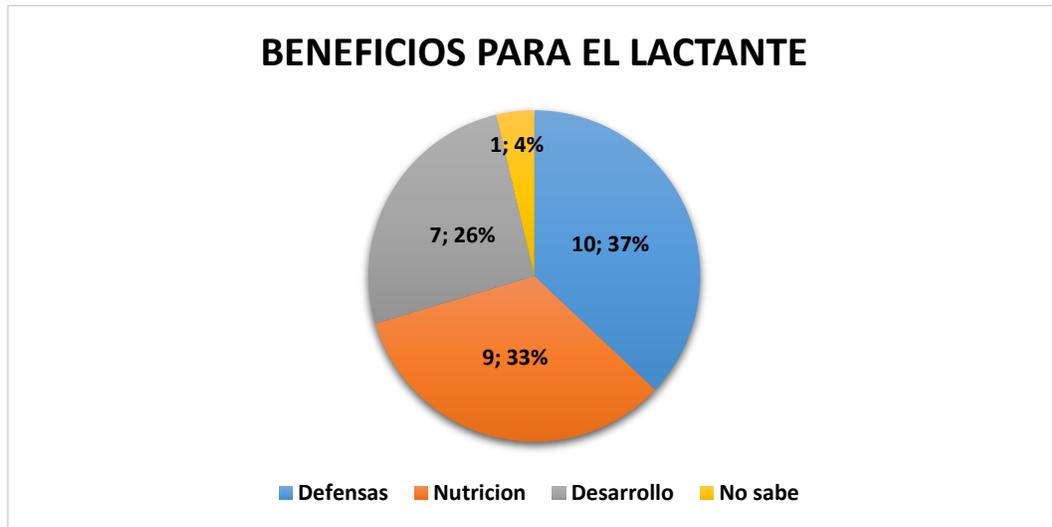
Gráfica 81. Experiencia previa de lactancia materna LM NE



De la totalidad de las madres lactantes entrevistadas durante las consejerías de lactancia materna manifestaron sentirse satisfechas en el momento de lactar a sus bebés; Muchas de ellas manifestaron que era un momento hermoso entre madre e hijo. Se infiere que las madres en su mayoría primerizas continuaron con la lactancia materna exclusiva porque consideran que están contribuyendo con una vida y con el desarrollo de su hijo.

Beneficios de la lactancia materna para el bebé

Gráfica 60. Beneficios para el lactante LME



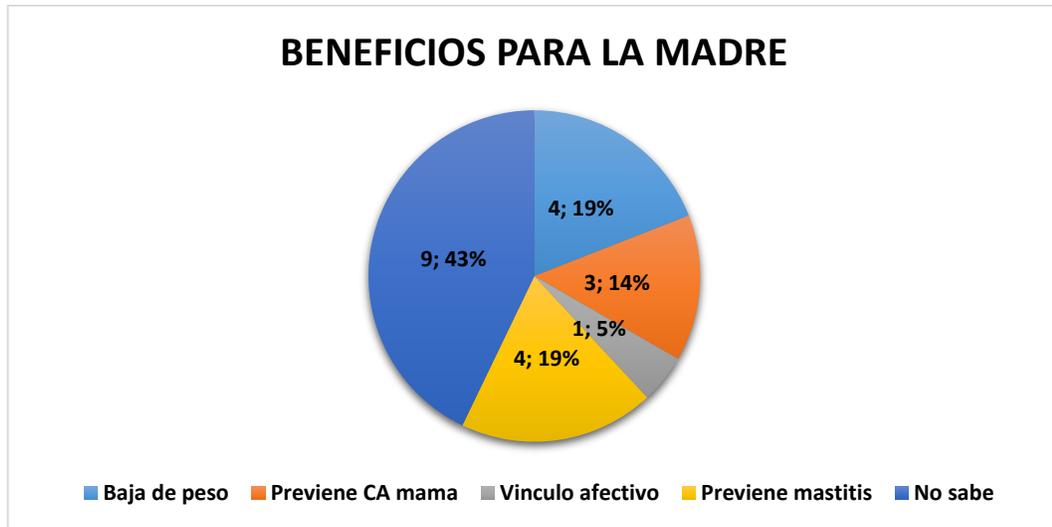
Gráfica 82. Beneficios de la lactancia materna para el lactante LM NE



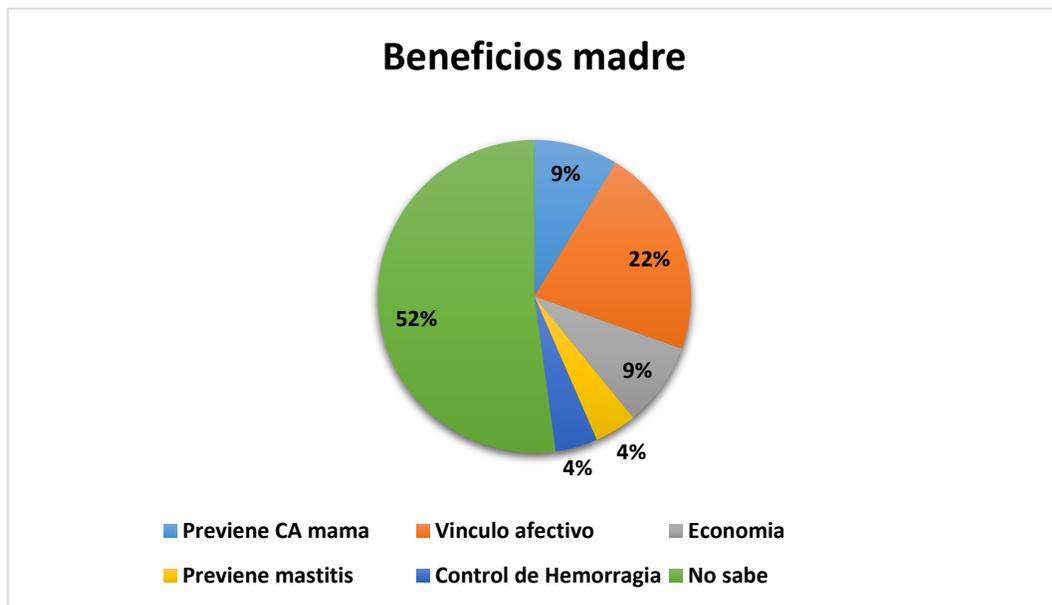
Es evidente que la mayoría de las madres reconoce los beneficios de la lactancia materna para el bebé en ambos grupos, sin embargo el 57% suspendió la lactancia materna antes de los 6 meses.

Beneficios para la madre

Gráfica 61. Beneficios para la madre LME



Gráfica 83. Beneficios de la lactancia materna para la madre LM NE



Se identificó un gran desconocimiento de los beneficios de LME para la madre en ambos grupos, el que continuó la LME de 43% y el que interrumpió la LME de 52% antes de los 6 meses. Por lo tanto conocer los beneficios de la lactancia materna para la madre es un factor protector, en consecuencia las intervenciones de la lactancia materna deben resaltar los beneficios de lactancia materna para las madres.

Extracción de leche materna

Gráfica 63. Extracción manual de leche materna LME



Gráfica 85. Extracción manual de leche materna LM NE



De las madres lactantes que suspendieron la lactancia materna exclusiva el 55% desconoce las técnicas de extracción manual de la leche, en contraste con las madres que cumplieron la lactancia materna exclusiva de las cuales un 45% desconocen las técnicas. Haciendo evidente que el conocimiento de las técnicas de extracción son un factor protector para la LME. Las futuras intervenciones

durante las consejerías deberían puntualizar los conocimientos en extracción para facilitar las actividades que pueda emprender la madre una vez esté preparada para retomar los compromisos previos al embarazo o iniciar un nuevo proyecto; sea de estudio, trabajo o de retomar las actividades del hogar, dedicar tiempo a la pareja u otros hijos y tiempo para su propio autocuidado. Teniendo en cuenta lo anterior se aconseja que la madre delegue el rol de cuidador para la administración de leche materna que ha sido extraída y almacenada.

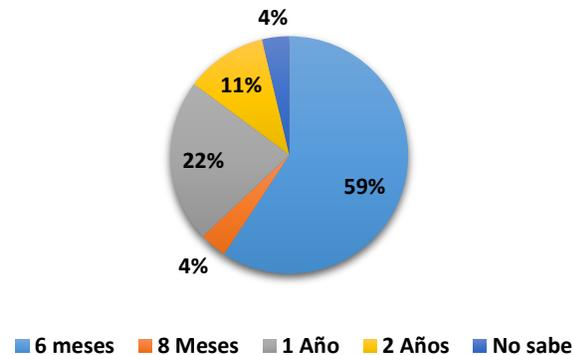
Hasta que edad se debe lactar al Recién nacido

Gráfica 66. Hasta que edad considera la madre lactante es beneficioso lactar al bebé LME



Gráfica 88. Hasta que edad considera la madre que es beneficioso lactar a su bebé LM NE

HASTA QUE EDAD ES BENEFICIOSO LACTAR AL BEBE



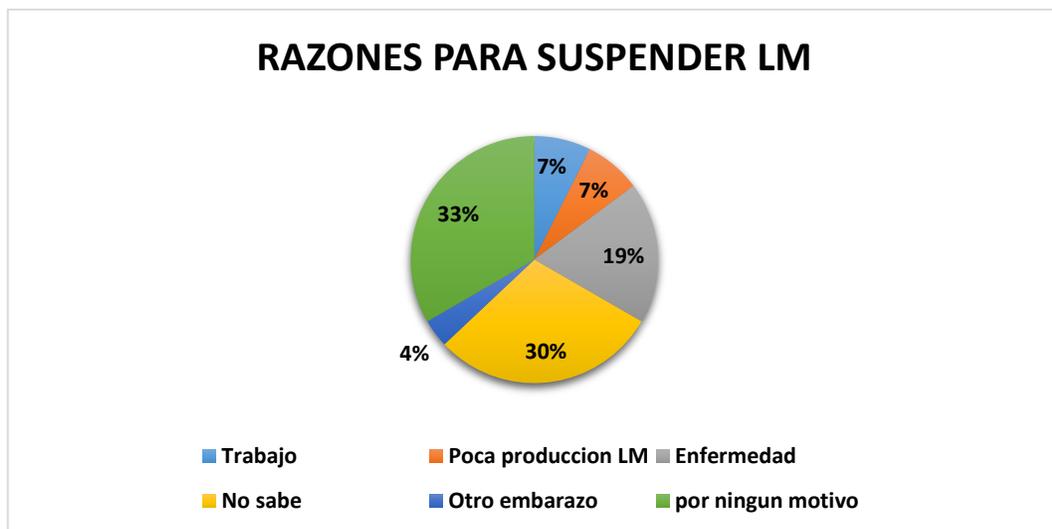
El 67% de las madres considera que la LME debería de ser hasta el 6 mes, debido a que el personal de salud del servicio de puerperio y partos del HUV, les brindan información que no es clara para las madres y no logran reconocer la importancia de la LME durante los 6 meses y complementaria hasta los 2 años. La madre lactante conoce que hasta los 6 meses de lactancia será beneficiosa para su bebé y que no hay mayor diferencia en si el destete se da a los 6 meses o unos meses antes, todo este dilema lleva a reforzar en futuras consejerías con la madres lactantes los beneficios de la lactancia materna hasta más allá del año de vida de sus bebés, que a partir de los 6 meses la madre podrá suministrar otros alimentos sin que esto implique el abandono de la lactancia materna. También se hace visible la necesidad de generar consejerías con el personal de salud de los servicios de partos y puerperio del HUV, para actualizar y reorientar sus conocimientos en relación a este aspecto tan importante. Finalmente, el cambio de cultura en lactancia materna a nivel institucional, trascenderá en la generación de un patrón cultural mejor orientado con respecto a la lactancia materna, no solo en la comunidad que accede a los servicios prestados por el hospital, sino a la comunidad que se relaciona con ellos.

Razones para suspender la Lactancia Materna

Gráfica 67. Razones para suspender la lactancia materna LME



Gráfica 89. Razones para suspender la lactancia materna LM NE



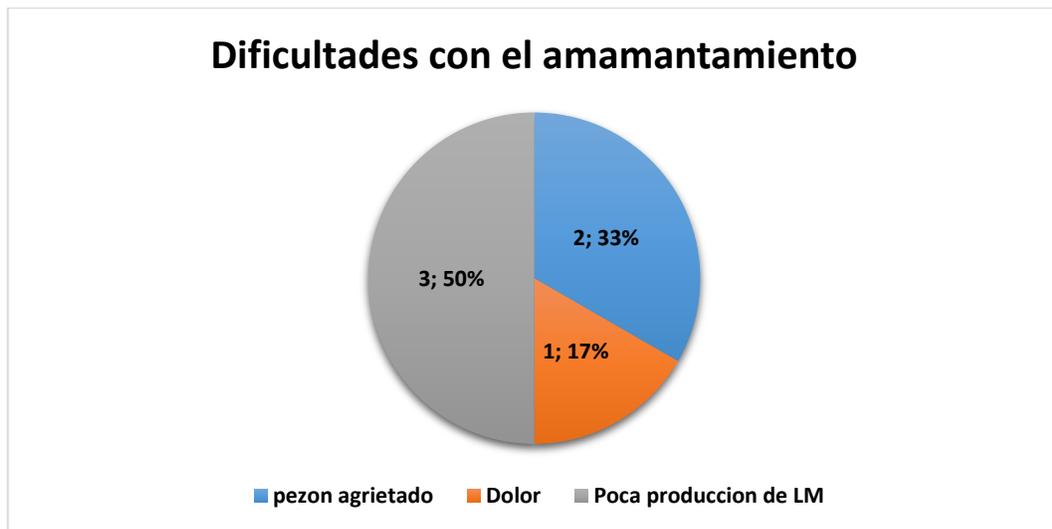
Se evidencia un factor protector cultural en relación a las madres que consideran que no hay razón aceptable que las lleve a suspender la LME, debido a que conocen la importancia de la lactancia materna en el bienestar propio y de sus bebés, así como las implicaciones negativas de suspenderla. De las madres lactantes que desconocen las razones por las cuales se suspendería la LME, son en un 10 % las madres que si la brindaron en contraste con las que interrumpieron en un 30%, haciendo apreciable que el desconocimiento de las razones para

suspenderla, es un factor de riesgo pues tienen 3 veces más probabilidad de no terminar con la LME y que en consecuencia las consejerías deben enfatizar en estas madres que son más vulnerables.

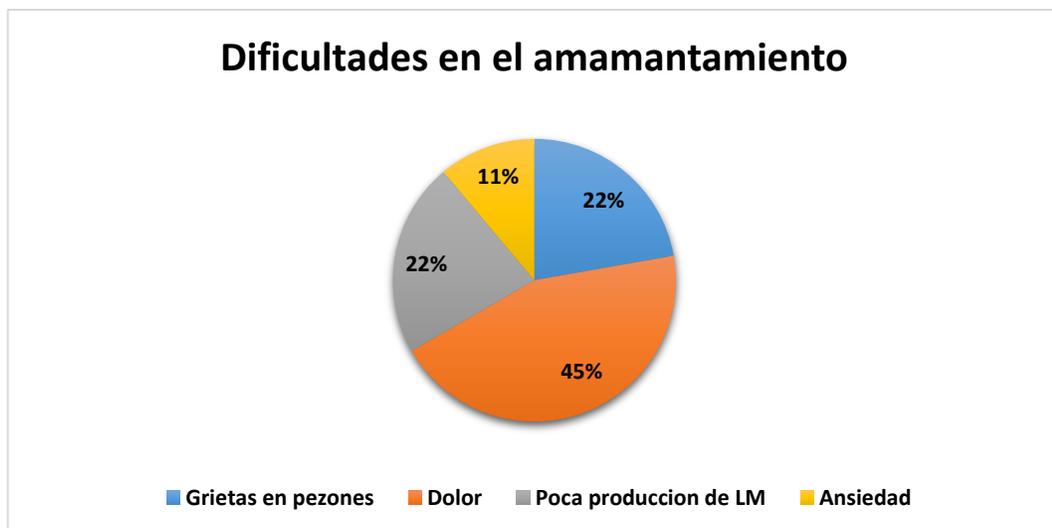
Dificultades en la salud de las madres lactantes

Gráfica 70. Madres lactantes que han presentado dificultades LME

Si= 6 NO=14



Gráfica 92. Dificultades LM NE

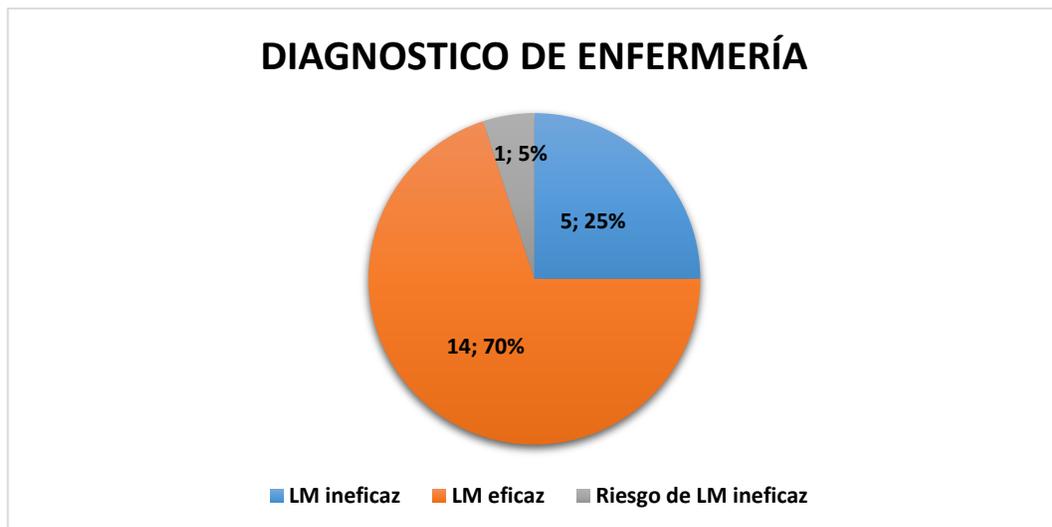


Se identificó que las madres con lactancia materna exclusiva, presentaron en un

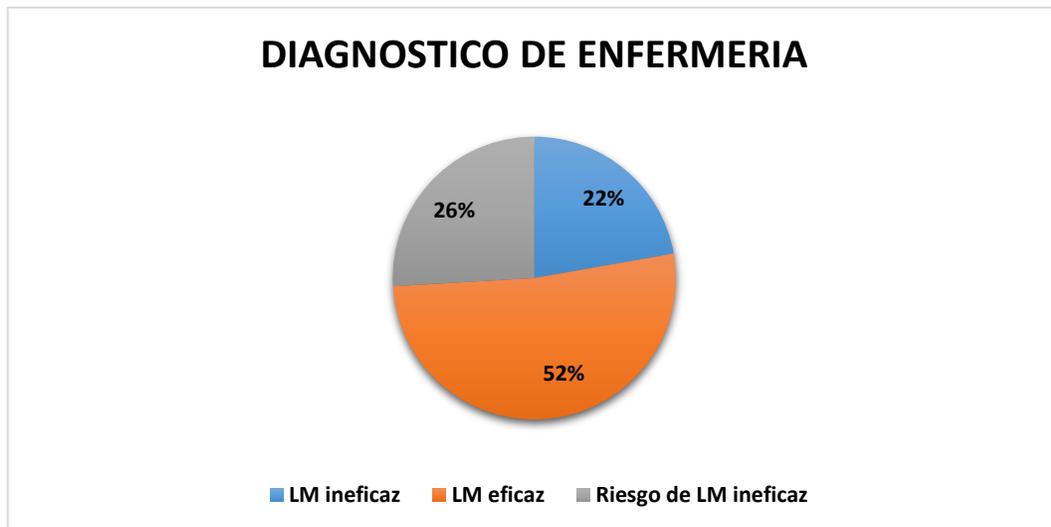
17% dolor, en comparación con las madres que interrumpieron lactancia materna exclusiva las cuales tenían en un 45% dolor. Por lo cual se determina que la presencia de dolor es un factor de riesgo para que las madres suspendan la lactancia materna. Las intervenciones de enfermería deben contemplar la prevención y manejo del dolor referido por las madres lactantes. Es llamativo que las madres que continuaron LME había un alto porcentaje con poca producción de leche en algún momento, pero continuaron el proceso.

Diagnóstico de Enfermería

Gráfica 74. Diagnóstico de enfermería LME



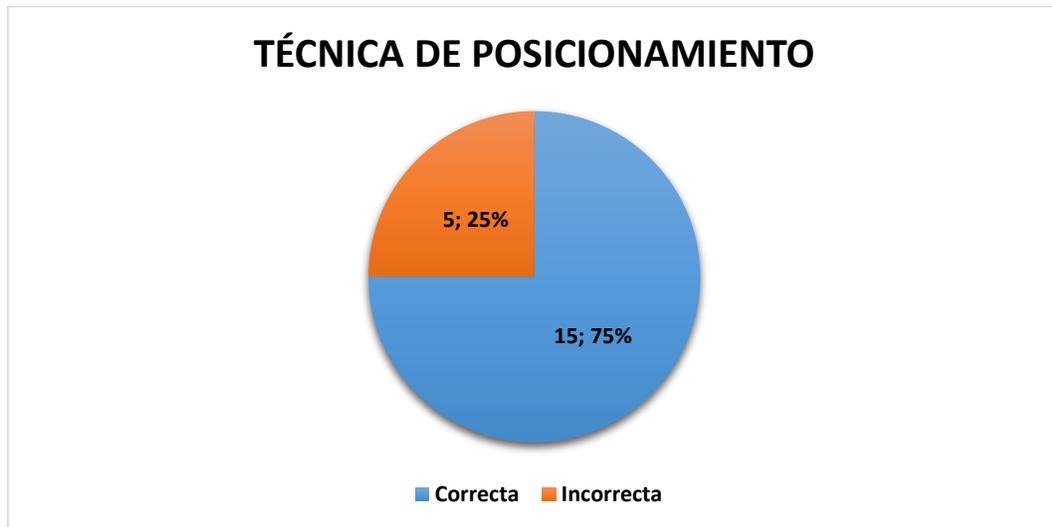
Gráfica 99. Diagnósticos de Enfermería LM NE



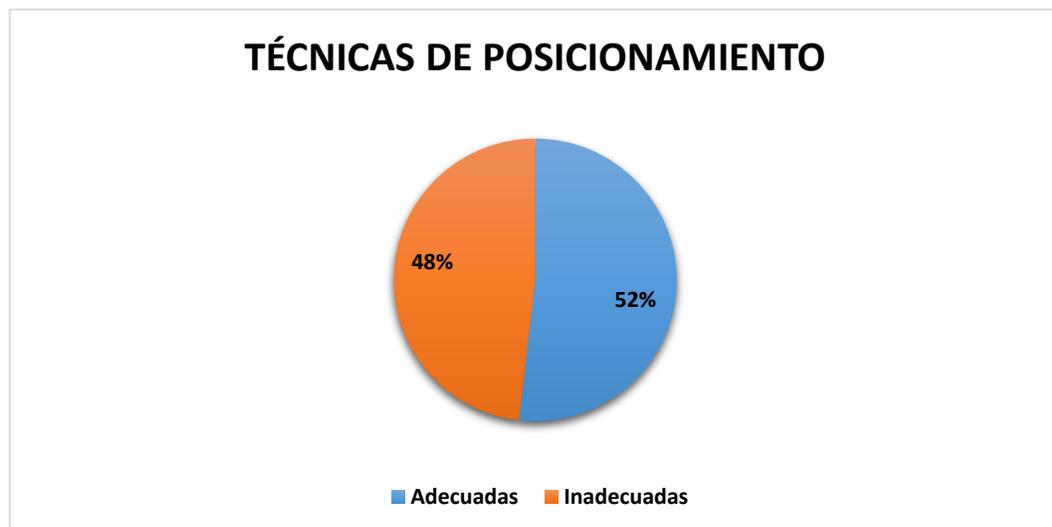
De las madres lactantes que continuaron la LME hasta el 6 mes de edad de su bebe, el 70% tienen diagnóstico de lactancia materna eficaz, en comparación con las madres que interrumpieron la LME, las cuales un 52% tienen diagnóstico de lactancia materna eficaz. La información anterior también permite determinar lo siguiente: la cantidad de madres con diagnóstico de lactancia materna ineficaz y riesgo de lactancia materna ineficaz, fue mayor en las madres que suspendieron la LM en contraste con las que no interrumpieron la LME, en consecuencia los diagnósticos de lactancia materna ineficaz y de riesgo son un factor de riesgo para interrupción de la LME antes de los 6 meses de edad del bebe. Cabe resaltar que estos diagnósticos iniciales fueron claves para determinar si las madres iban o no a continuar con la lactancia materna exclusiva. Es importante mencionar que una vez identificado el riesgo lactancia materna ineficaz, con respecto a mala técnica y posicionamiento, se realizó la intervención educativa correspondiente y en algunos casos las madres no acogían las recomendaciones dadas, aun cuando se les realizaba nuevamente la intervención, lo cual lleva a establecer que hay otros factores implicados en el logro de una lactancia materna eficaz y están ligados a factores psicosociales de la madre.

Técnicas de posicionamiento para la lactancia materna

Gráfica 75. Técnica de posicionamiento LME



Gráfica 100. Técnica de posicionamiento LM NE



De las madres lactantes que continuaron la LME, el 75% de las madres tienen una correcta técnica de posicionamiento para la LM, en contraste con las madres que interrumpieron la LME antes de los 6 meses de edad de su bebé, las cuales solo el 52% tienen una adecuada técnica de posicionamiento para la LM. En consecuencia una técnica adecuada de posicionamiento es un factor protector para la LME; un aspecto que se requiere reforzar en futuras consejerías de LM.

Factores psicosociales

Gráfica 97. Factores psicosociales LM NE

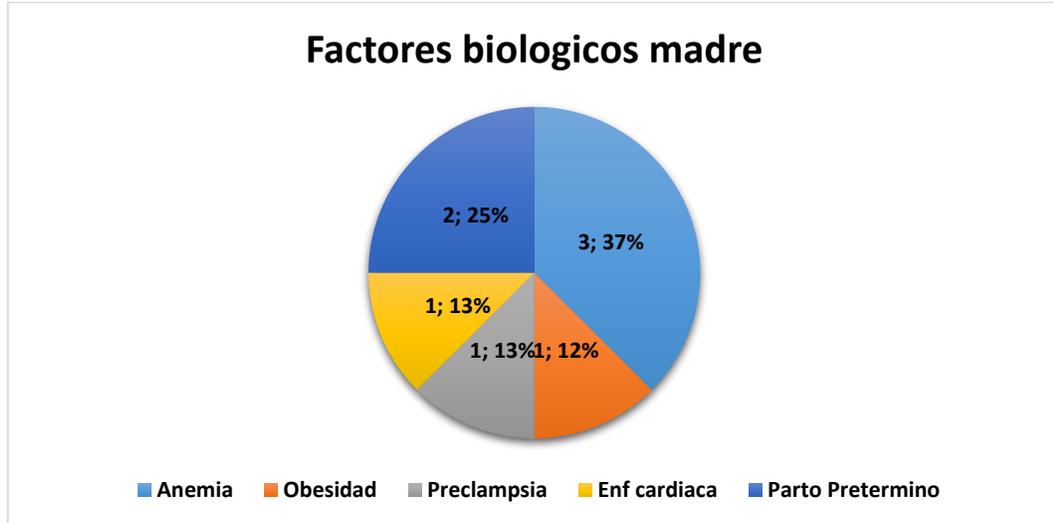


Se infiere que las madres lactantes que habitualmente son consumidoras de sustancias psicoactivas, retomaron el consumo de SPA durante el puerperio, interrumpiendo la LM para evitar consecuencias en la salud de su bebé. Por otro lado en algunas de las madres, se identificó conducta sexual de alto riesgo por lo cual no se descarta que quedarán nuevamente en embarazo o que suspendieran la lactancia por estar recibiendo medicación para una posible ITS. Se concluye que el entorno, pudiera haber favorecido la decisión de la madre de interrumpir la LME, definiéndolo como un factor de riesgo a intervenir, con un mayor seguimiento y apoyo individualizado. Lo anterior nos lleva a la necesidad de trabajar sobre otro aspecto igualmente importante, el de la autoestima en las madres lactantes, sobre todo en las madres solteras, quienes son más susceptibles de tener baja autoestima situacional durante su puerperio, al no contar con el apoyo de su pareja, contribuyendo en la decisión de la interrupción de la LME.

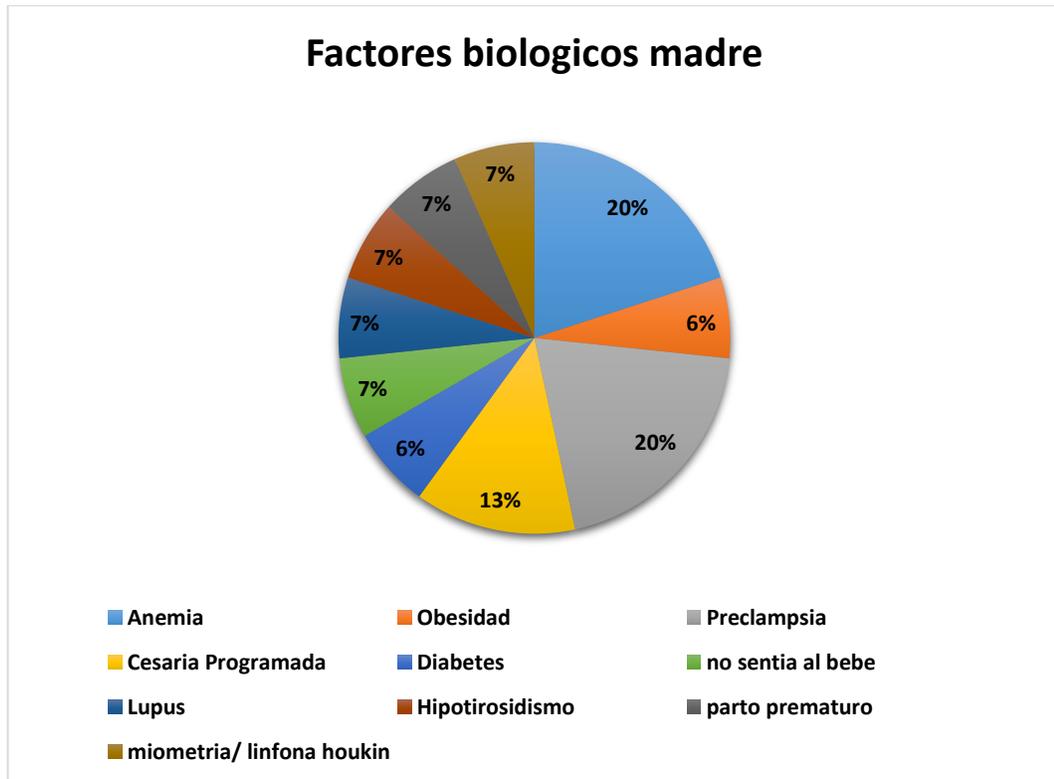
Factores biológicos en la madre

Gráfica 71. Factores biológicos de la madre LME

Si= 8 NO= 12



Gráfica 93. Factores biológicos de la madre lactante LM NE



Respecto a la edad de las madres la mayor parte de la muestra está integrada por ML entre 18 a 35 años; de las madres que continuaron la LME el 70% pertenece a este rango de edad, y de las madres que interrumpieron la LME el 85% está constituido por ML de este mismo rango de edad. Lo cual se correlaciona con la información aportada por el DANE en Colombia en cuanto a la tasa de nacimientos por grupos de edad de la madre, en el año 2016, en el cual la gran mayoría de las mujeres cuando estaban en periodo de gestación, se encontraban en el rango de 15 a 35 años de edad, lo que abarca las enfermedades generadas por el producto de gestación en esta población y como la muestra se tomó en el Hospital Universitario del Valle que es un nivel III de atención enfocado en pacientes con patologías graves, es común que algunas de las madres lactantes que participaron de las consejerías, presenten patologías obstétricas, ahora bien no se encontró relación entre la presencia de alguna patología obstétrica con respecto a la interrupción de la LME. Si las consejerías hubieran sido realizadas en un hospital de nivel I de atención, probablemente la muestra poblacional estaría constituida por un mayor número de madres adolescentes, las cuales en su gran mayoría no presentarían factores biológicos asociadas.

CONCLUSIONES

1. A partir de la observación del proceso de lactancia materna, llevado a cabo en el HUV en los servicios de parto y puerperio, se identifica unos factores en común en las madres lactantes que continuaron la LME, los cuales son factores protectores para la LME, los cuales son: experiencia previa en lactancia materna, conocer los beneficios de LM para la madre, conocer las técnicas de extracción manual de leche, conocer el posicionamiento adecuado, conocer el manejo de la baja producción de leche, el manejo del dolor y otras dificultades relacionadas con el proceso de lactancia materna.
2. Son factores de riesgo para continuar la LME, las siguientes: experiencia previa negativa con la LM, Presencia de dolor ante el proceso de lactancia, desconocer las razones para suspender la LM, desconocimiento del periodo en que la LM es efectiva para el recién nacido. Con los anteriores hallazgos se logra demostrar que la educación en lactancia materna es pertinente para sensibilizar a las madres sobre el correcto proceso de lactancia materna.
3. La educación en el puerperio es importante, ya que al indicarles a las madres lactantes la técnica adecuada de amamantar a sus hijos, las mismas referían que les resultaba más fácil llevar a cabo este proceso, además de experimentar cambios positivos relacionados con disminución del dolor, ardor y ansiedad, contribuyendo a prevenir futuras complicaciones en sus senos.
4. Aunque las llamadas telefónicas son una estrategia que posibilita la comodidad de las personas que realizan el seguimiento; al evitar los costos y el tiempo del desplazamiento, es un método que también tiene

desventajas, tal como: números errados, mala señal telefónica, número telefónico correspondiente a un familiar y no la madre lactante, pérdida o robo del teléfono celular, todo lo anterior dificulta el seguimiento telefónico de la LME durante los seis primeros meses de vida.

5. Se identificó que las madres lactantes tenían conocimiento básico sobre los beneficios obtenidos a través de la LM para el bebé, tales como: crecimiento y desarrollo, protección inmunológica, desarrollo cerebral, fortaleza del vínculo afectivo entre madre e hijo, etc., pero poco o nulo conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre.
6. Es de gran importancia la educación brindada a las madres lactantes sobre la extracción manual de leche y su posterior conservación, ya que debido a esto se le garantiza al bebé una alimentación que le favorece el desarrollo durante los primeros seis meses de vida, además de vincular a los miembros de la familia durante este proceso, ya que ellos serían los encargados de administrársela cuando su madre no se encuentra presente.
7. se identificó que las madres que recibieron un diagnóstico de enfermería de riesgo o lactancia materna ineficaz, interrumpieron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de vida de sus bebés, optando por iniciar la alimentación complementaria reemplazando la leche materna por leche de fórmula u otros alimentos.
8. Se evidencio un factor protector cultural en las madres, fundamentándose en no tener razones para suspender la lactancia materna, lo cual lleva a resaltar su actitud y a motivarla aún más para que mantenga su postura, ahora bien, las madres que manifestaron tener dudas sobre los motivos que pudieran tener para suspender la lactancia materna, requieren de un mayor énfasis en las consejerías en la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

1. La mejor estrategia para garantizar la lactancia materna exclusiva y complementaria, es generar un programa de consejería en lactancia materna a cargo del profesional de enfermería capacitado en atención materno infantil, con el fin de realizar consulta ambulatoria institucional y realizar seguimiento domiciliario de las madres lactantes con diagnóstico de lactancia materna ineficaz y riesgo de lactancia materna ineficaz, que tienen mayor riesgo de abandonar la lactancia materna.
2. Se recomienda en futuras consejerías realizar más énfasis en el componente emocional; la autoestima frente al rol de madre y la accesibilidad de redes de apoyo en cuanto a lactancia materna, ya sea a nivel institucional o familiar, puesto que algunas de las madres que suspendieron la lactancia materna tenían algún problema emocional y no realizaban consulta alguna para mejorar este problema y por consiguiente podría ser un factor de riesgo para suspender lactancia materna.
3. Se enfatiza al personal auxiliar y profesional de enfermería encargado de realizar el control prenatal de fomentar la lactancia materna durante el periodo prenatal, ya que la decisión que tome la madre sobre cómo alimentar a su bebé, dependerá en parte de la motivación que el trabajador de la salud le transmita. En igual medida se espera que se le indague a la gestante sobre sus conocimientos en lactancia materna y se registre la información en su correspondiente historia clínica, permitiendo de esta forma conocer si en verdad las madres están apropiando el rol de madres y la importancia de realizar la lactancia materna exclusiva durante los seis

primeros meses de vida del bebé. Además esta información posibilita conocer la calidad de los controles que se están efectuando con las futuras madres y poder determinar si esta área necesita de refuerzo por parte de los estudiantes de enfermería de la universidad del valle.

4. Se recomienda que el personal de salud encargado de brindar educación a las madres lactantes en la sala de partos y puerperio, en lo referente a consejerías en lactancia materna, se capacite y actualice permanentemente, en función de orientar de forma suficiente y correcta a las madres, teniendo presente su idiosincrasia, capacidad de aprendizaje, cultura, educación y sobre todo lo concerniente a los factores protectores y de riesgo relacionados con la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebé.
5. Se sugiere a los auxiliares y profesionales de enfermería aplicar e intervenir los diagnósticos de enfermería de: riesgo de lactancia materna ineficaz, riesgo de lactancia materna ineficaz y lactancia materna eficaz, con el propósito de implementar cuidados de calidad que contribuyan a que la madres incorporen efectivamente las técnica adecuada de lactancia materna, aunque esto implique una mayor estancia hospitalaria para garantizar la efectividad de las intervenciones, dirigidas a lograr la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida y alimentación complementaria con lactancia materna hasta los 2 años de vida.
6. Se enfatiza al personal sobre la importancia de educar las madres sobre la extracción manual y almacenamiento de la leche materna, con la finalidad de que la madre tenga la opción de implementarla en situaciones de estudio o trabajo, u otras que le demanden tiempo, en lugar de interrumpir la lactancia materna y reemplazarla por leche de fórmula.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud U. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. [Online].; 1993. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1.
2. J. A. Problemas Tempranos de las Mamas. Aspectos prácticos. Inicio de la Lactancia en la Maternidad.. [Online].; 2004. Available from: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf.
3. Martínez J VV. Problemas en la lactancia. Santiago de Chile: UNICEF.. 2005.
4. Salud. Md. Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna.. [Online].; 2015. Available from: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/POLITICA_LACTANCIA_MATERNA_FINAL.pdf.
5. nutricional Lmye. Profamilia. [Online]. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-11.pdf>.
6. Integral IAdIMyII. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA IAMII. [Online].; 2016. Available from: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_149/recursos/general/25112016/semana_9_1.pdf.
7. Infancia IAdIMyI. Manual para su aplicación. [Online].; 2014. Available from: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>.

8. Salud. OPdl. La Lactancia Materna y la Mortalidad Infantil en América Latina..
Salud Publica . 2001;
10(http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000800008).
9. M. LFAML. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo.. Rev Gerenc Polit Salud. 2010; 9(137).
- 1 Salud. Md. Situación de la lactancia materna en Colombia. [Online].; 2015.
0. Available from:
http://www.caprecom.gov.co/sites/default/files/LACTANCIA_MATERNA.pdf.
- 1 M. Z. Relación Madre Hijo.. [Online]. Available from:
1. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000417>.
- 1 Montero MJB. Lactancia Materna y Relación Materno Filial en Madres
2. Adolescentes.. Enferm. glob. n°19 Murcia jun. 2010.. 2010 junio;(19).
- 1 G OP. Manual para la Extracción, Conservación, Transporte y Suministro de la
3. Leche Materna.. [Online].; 2010. Available from:
http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/ManualLactancia_2010_lito.pdf.
- 1 Paris E. Clases de leche materna.. [Online].; 2010. Available from:
4. <http://www.bebesymas.com/lactancia/clases-de-leche-materna>.
- 1 J. SL. Lactancia Materna. [Online].; 2015. Available from:
5. <http://slideplayer.es/slide/2483691/>.
- 1 Comisión de Lactancia MINSAL U. La leche humana, composición, beneficios y
6. comparación con la leche de vaca. [Online].; 2015. Available from:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>.
- 1 lactancia n. Beneficios para la madre. [Online].; 2015. Available from:
7. http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre.
- 1 V. V. Técnicas de Amamantamiento. [Online].; 2015. Available from:
8. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTA>

[MIENTO1.pdf.](#)

- 1 Nieves. HVdl. Técnica de Amamantamiento Correcto. La Posición.. [Online].; 9. 2015. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf.
- 2 Mara. DC. Programa Nacional de Salud de la Niñez - Ministerio de Salud Pública – Uruguay. [Online].; 2015. Available from: <http://www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/29878/siteId/11>.
- 2 Dra. Martínez J DVV. Problemas en la Lactancia. [Online].; 2005. Available from: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%2005.pdf>.
- 2 Organización Mundial de la Salud U. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación.. [Online].; 1993. Available from: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf.
- 2 Nutricional. CIdSAy. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012-2019.. [Online].; 2015. Available from: <http://www.osancolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf>.
- 2 Materna PDdL. Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. [Online].; 2009. Available from: <http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion/PDF%20ALTA%20ARTE%20FINAL%20INTERIORES%20PDLM.pdf>.
- 2 Salud. ENpMISAYNe. Seguridad Alimentaria y Nutricional en Salud. [Online].; 5. 2009. Available from: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/ah478s/Ah478s04.pdf>.
- 2 Cali Sdsd. Cali cuenta con el mejor programa de lactancia materna.. [Online].;

6. 2010. Available from:
[http://www.cali.gov.co/publicaciones/cali cuenta con el mejor programa de lactancia materna pub.](http://www.cali.gov.co/publicaciones/cali_cuenta_con_el_mejor_programa_de_lactancia_materna_pub)
- 2 Secretaria de Salud C. El Comité Municipal de Lactancia Materna.. [Online].;
7. 2012. Available from:
[http://200.29.103.90/corfecali/publicaciones/el comit municipal de lactancia m aterna un inters del alcalde rodrigo guerrero pub.](http://200.29.103.90/corfecali/publicaciones/el_comit_municipal_de_lactancia_materna_un_inters_del_alcalde_rodrigo_guerrero_pub)
- 2 Céspedes. Céspedes Y Experiencia de lactancia Materna en el Municipio de
8. Cali.. [Online].; 2012. Available from:
[http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2012 Lactancia/lactancia bogota mayo 23 2012.pdf.](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2012_Lactancia/lactancia_bogota_mayo_23_2012.pdf)
- 2 Sisurica R. Propuesta de Registro Kardex Computarizado al Personal de
9. Enfermería. [Online].; 2011. Available from:
[http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEW2655A9DV4S5 82011.pdf.](http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEW2655A9DV4S582011.pdf)
- 3 El Centro Virtual de Noticias CdMdEN. Una mirada desde Kristen Swanson a
0. las prácticas del cuidado de la mujer gestante. [Online].; 2013. Available from:
[http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-320239.html.](http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-320239.html)

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de Consejería de Lactancia Materna

CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

SERVICIO DE PUERPERIO DEL HUV-EVARISTO GARCIA

ENCUESTA: MUJERES LACTANTES

Fecha: _____

Yo _____ con documento de identidad
TI__CC__ N°_____, certifico que he sido informada con claridad
y veracidad sobre este ejercicio académico y actuó consecuente, libre y
voluntariamente como colaborador a este procedimiento de forma
activa.

Firma

1. Edad:

Menores de 18 _____

Entre 19 y 35 _____

Mayores de 35 _____

2. Número de hijos

3. ¿Alguna vez ha lactado? Si_____ No_____ ¿Cómo fue su experiencia?

Muy satisfactoria

Satisfactoria

Poco satisfactoria

4. Nivel de escolaridad:

Ninguno _____

Primaria _____

Secundaria _____

Técnica o tecnológica _____

Universitario _____

5. Mencione los beneficios que tiene la lactancia materna para su bebe.

6. Mencione los beneficios que tiene la lactancia materna para usted.

7. ¿con que frecuencia le da lactancia materna a su hijo? _____

8. ¿Qué cosas debe hacer usted para que le baje suficiente leche?

9. ¿Qué conoce sobre la extracción manual de leche materna?

10. ¿Qué conoce sobre la conservación de la leche materna?

11. ¿Cuáles son los cambios que puede tener el seno, por los cuales debe consultar al médico?

12. ¿hasta cuándo considera que es beneficioso darle lactancia materna a su hijo? _____

13. ¿Por qué razón suspendería la lactancia materna?

FICHA DE CONSEJERIA PARA LA LACTANCIA MATERNA

Nombre: _____ N° de Documento: _____ Edad: _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____ G__P__C__V__A__
 Acompañante: _____ Teléfono: _____ Aseguradora: _____
 # _____

OBSERVACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO

POSICIÓN DEL CUERPO

Cuerpo de la madre

Relajada y Cómoda

Hombros tensos, se inclina sobre el bebé

Cerca, de frente al pecho

Cuerpo del bebe

Separado de la madre

Cabeza y cuerpo alineados

Cuello torcido

Nalgas apoyadas

Solo apoyada la cabeza o los hombros

RESPUESTAS

Busca el pecho

No se observa búsqueda

Explora el pecho con la lengua

No se muestra interesado en el pecho

Tranquilo y alerta mientras mama

inquieto o llorando

Permanece agarrado al pecho

Se suelta del pecho

Signos de eyección de leche (Chorros, entuertos.)

No hay signos de eyección de la leche

VÍNCULO AFECTIVO

Lo sostiene segura y confiadamente

Lo sostiene nerviosa y torpemente

Mira al bebe cara a cara

No mira al bebe a los ojos

Mucho contacto de la madre

Lo toca poco, no hay casi contacto físico

Acaricia el bebe

La madre lo sacude

ANATOMIA

Pechos blandos después de la mamada

Pechos ingurgitados (Pletóricos)

Pezones protráctiles

Pezones planos o invertidos

- Piel de apariencia sana
- Pechos redondeados mientras el bebemama

- Piel roja o con fisuras
- Pechos estirados

- Mas areola sobre la boca del bebe
- Boca bien abierta
- Labio inferior y superior evertidos
- El mentón del bebé toca el pecho
- Mejillas redondeadas
- Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas
- Se puede ver u oír al bebe deglutiendo

SUCCIÓN

- Mas areola por debajo de la boca del bebé
- Boca no está bien abierta
- Labio inferior invertido
- El mentón del bebé no toca el pecho
- Mejillas tensas o chupadas hacia dentro
- Solo mamadas rápidas
- Se oye al bebé Chasqueando

- El bebé suelta el pecho espontáneamente

TIEMPO

- La madre retira al bebé del pecho

Preguntas

- ¿Ha tenido experiencia en la práctica de la lactancia materna o es su primera vez?
- ¿Cómo se ha sentido lactando a su bebe?
- ¿Ha presentado dificultades en el proceso de lactancia? Si ____ No ____ ¿Cuáles?
- ¿Cree saber cuál es la causa? _____

<input type="checkbox"/>	Condición en la Madre:	<input type="checkbox"/> Soltera
	BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Enfermedad _____ <input type="checkbox"/> Afecciones de la mama _____	FACTORES FAMILIARES <input type="checkbox"/> Falta de apoyo familiar efectivo <input type="checkbox"/> Presión sexual del compañero <input type="checkbox"/> Múltiples labores domesticas
<input type="checkbox"/>	Condición del Bebé	FACTORES SOCIOECONOMICOS <input type="checkbox"/> Madre cabeza de familia
	<input type="checkbox"/> Disfunción Oral Motora	

<input type="checkbox"/> Hipo e Hipertonía <input type="checkbox"/> Síndrome Down	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Largas jornada laborales <input type="checkbox"/> Bajos ingresos económicos
--	---

<input type="checkbox"/> Demográficos <input type="checkbox"/> Adolescencia - Menor de Edad <input type="checkbox"/> Escolaridad	<input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> Conducta sexual de alto riesgo
<input type="checkbox"/> EMOCIONES <input type="checkbox"/> Preocupación, tristeza, incertidumbre...	<input type="checkbox"/> CULTURALES _____

Técnicas y posiciones Adecuadas	Técnicas y posiciones Inadecuadas
---------------------------------	-----------------------------------

Diagnósticos de Enfermería según la NANDA:

	Lactancia materna eficaz
	Lactancia materna ineficaz
	Riesgo de lactancia ineficaz

Intervenciones

Seguimiento Telefónico

Anexo 3. Encuesta de Seguimiento telefónico

**CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA
ENCUESTA DE SEGUIMIENTO A MUJERES LACTANTES**

Fecha: _____ Nombre: _____

1. ¿está lactando a su bebé? Sí ___ No___
2. ¿Cómo ha sido su experiencia? _____
3. A parte de leche materna ¿le ha dado otro alimento a su bebe?
Sí ___ No ___
¿Qué alimentos?
¿Cuál fue el motivo?
4. ¿ha presentado problemas para que le baje la suficiente leche?
Sí ___ No ___
¿Qué medidas ha tomado? _____
¿Ha presentado algún problema de salud en sus senos?
Sí ___ No ___
¿Cuáles? _____
5. Si ha suspendido la lactancia al bebé
¿Cuál fue la razón? _____
¿Con que lo está alimentando? _____
¿Qué problemas a tenido con esta nueva alimentación? _____
6. ¿Tiene alguna duda en cuanto a la lactancia materna o a la alimentación que está recibiendo su bebe? _____
7. Con que frecuencia alimenta a su bebé al día: _____
8. Con que frecuencia alimenta a su bebé en la noche: _____

Diagnósticos de Enfermería según la NANDA (Previo)

	Lactancia materna eficaz
	Lactancia materna ineficaz
	Riesgo de lactancia ineficaz

Anexo 4. Lista de Asistencia de Consejerías en lactancia materna

FORMATO DE ASISTENCIA INTERVENCION EDUCATIVA CON MADRES LACTANTES DEL SERVICIO DE PUERPERIO

PASANTIA INSTITUCIONAL: Consejería para el Éxito de la lactancia Materna

