



UNIVERSIDAD **NACIONAL** DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA ENMARCADO EN LA TEORÍA DE KRISTEN SWANSON

**MARÍA FERNANDA CANO OBANDO
AIDA JULIA PIÑEROS NIÑO
ÁNGELA MARÍA VARGAS LÓPEZ**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, CUNDINAMARCA
BOGOTÁ
2012

PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA ENMARCADO EN LA TEORÍA DE KRISTEN SWANSON

**MARÍA FERNANDA CANO OBANDO
AIDA JULIA PINEROS NIÑO
ÁNGELA MARÍA VARGAS LÓPEZ**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Especialista en Enfermera materno perinatal con apoyo familiar

Director (a):

ROSA YOLANDA MUNEVAR TORRES

Línea de Investigación:

Cuidado y práctica de Enfermería

Sublínea

CUIDADO MATERNO PERINATAL DESDE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Grupo de Investigación:

CUIDADO MATERNO PERINATAL

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, CUNDINAMARCA
BOGOTÁ
2012**

Agradecimientos

En primera instancia gracias a Dios por brindarnos luz y conocimiento para llevar acabo este proyecto. A la Universidad Nacional de Colombia por permitir la realización de este trabajo, a nuestra Directora Rosa Yolanda Munevar Torres quien orientó y participó de manera directa durante todo el proceso, al Gerente del Hospital Regional de Sogamoso Víctor Augusto Pedraza López quien dio el aval para desarrollo de la investigación en la institución y finalmente a los profesionales de enfermería que participaron del taller de capacitación y continuarán con la aplicación del propuesta en el hospital.

Resumen

La creación de la propuesta para el fomento de la Lactancia Materna, con enfoque en el cuidado de enfermería, se originó en la necesidad de ofrecer cuidado unificado a madres, niños y familiares, por el equipo de salud liderado por los profesionales de enfermería en el Hospital Regional de Sogamoso, en el programa de lactancia materna. Este documento es la base teórico- conceptual que recopila el conocimiento, experiencias y vivencias de los profesionales de enfermería y unifica el cuidado que debe ofrecerse en lactancia a madres, niños y sus familias como grupo de apoyo en el marco del programa de lactancia materna. Su contenido tiene como referencia dos teorías de enfermería: Teoría de los cuidados propuesta por Kristen M. Swanson, con énfasis en los cinco conceptos: conocer, estar con, hacer para, posibilitar, y mantener la confianza. Además se apoya en la Teoría de diversidad y universalidad de los cuidados propuesta por Madeleine Leininger, que orienta al profesional de enfermería en cómo abordar las prácticas culturales en lactancia materna, evitando los choques culturales, imposición del conocimiento profesional sobre el tradicional y ofrecer cuidado sensible con la cultura de las madres y familiares. Al final de la propuesta se anexan aspectos conceptuales claves, que el profesional de enfermería debe tener en cuenta para ofrecer cuidado informado a las madres y sus familias. La propuesta invita a vincularse otros profesionales de la salud, de acuerdo a la necesidad de cuidado sentida por las madres, niños y familiares e identificada por el profesional de enfermería líder del programa y al compromiso del equipo de enfermería de la institución.

A largo plazo se espera que ofreciendo cuidado unificado con enfoque de integralidad en lactancia materna, se motive y fortalezca en las mujeres lactantes con el apoyo de sus familias la preferencia por la lactancia materna en los primeros seis meses de su hijo y la posibilidad de prolongarse hasta los dos años, con el propósito de disminuir las complicaciones en madres y niños relacionados con la lactancia materna en el Hospital Regional de Sogamoso y su área de influencia.

Palabras clave: Lactancia materna- teoría de enfermería- Kristen M. Swanson, cuidado de enfermería

Abstract

The creation of the proposal for the promotion of breastfeeding, with a focus on nursing care, originated in the need to provide unified care mothers, children and family, health team lead by nurses in the Sogamoso Regional hospital, in the breastfeeding program. This paper is a theoretical and conceptual base which gathers knowledge, experiences and experiences of nurses and unifies the care to be provided to nursing mothers, children and their families as a support group in the framework of breastfeeding. Its content is referenced to two theories of nursing care theory proposed by Kristen M. Swanson, with emphasis on five concepts: knowing, being with, doing for, enabling, and maintaining trust. It also supports the theory of diversity and universality of care proposed by Madeleine Leininger, which guides the nurse in how to address cultural practices on breastfeeding, avoiding culture clashes, imposition of the traditional professional knowledge and offer sensitive care with the culture of the mothers and relatives. At the end of the proposal are attached key conceptual issues that the nurse should keep in mind to provide informed care to mothers and their families. The proposal invites linked other health professionals, according to care needs felt by the mothers, children and families and identified by the nurse program leader and the commitment of the nursing staff of the institution.

Long term care is expected to offer unified approach comprehensiveness in breastfeeding, be motivated and strengthened in lactating women with the support of their families' preference for breastfeeding in the first six months of his son and the possibility of prolonged up to two years in order to reduce complications in mothers and children related to breastfeeding in Sogamoso Regional Hospital and its area of influence.

Keywords: Breastfeeding, nursing theory-Kristen M. Swanson, nursing care

Contenido

	<u>Pág.</u>
Agradecimientos	III
Resumen	IV
Abstract.....	V
Introducción	9
1. MARCO DE REFERENCIA	11
1.1 Descripción del área problema	11
1.2 Justificación	13
2. MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.1 Cuidado de enfermería en el apoyo a la lactancia materna	19
2.1.1 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson:.....	20
2.1.2 Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales: Madeline Leininger	24
3. DISEÑO DE LA PROPUESTA	26
3.1 Análisis de involucrados.	26
3.1.1 Los beneficiarios (indirectos):.....	26
3.1.2 Los que implementan el proyecto (directo):.....	26
3.1.3 Los que toman decisiones que afectan el proyecto (externos):	27
3.1.4 Los que financian el proyecto:.....	27
3.1.5 Grupos de interés del entorno:	27
4. OBJETIVOS	28
4.1 General.....	28
4.2 Específicos	28
5. Identificación de acciones	30
5.1 Objetivo uno: Mantener las creencias	30
5.2 Objetivo dos: Conocer	31
5.3 Objetivo tres: Estar con.....	33
5.4 Objetivo cuatro: Hacer para	34
5.5 Objetivo cinco: Permitir o posibilitar	40
5.6 Objetivo seis: Cuidado de enfermería y negociación de prácticas culturales .	41
ANEXO 1: Anatomía y fisiología de la glándula mamaria.....	43

1. La glándula mamaria.....	43
ANEXO 2: Tipos de leche materna.....	46
ANEXO 3: Ventajas de la lactancia materna.....	48
ANEXO 4: Recomendaciones generales para la madre	51
ANEXO 5: Valoración de la madre para la lactancia materna	53
ANEXO 6: Valoración del niño y la niña: reflejos importantes para la lactancia materna	55
ANEXO 7: Técnica de amamantamiento.....	61
ANEXO 8: Extracción manual y conservación de la leche administración con taza y cucharita.....	65
ANEXO 9: Problemas durante la lactancia descripción y manejo	67
ANEXO 10: Niños en situaciones especiales.....	69
ANEXO 11: Medicamentos y lactancia materna.....	78
ANEXO 12: Regreso a la fecundidad	79
ANEXO 13: Lactancia materna y cultura	81
ANEXO 14: Apoyo social en la lactancia materna	84
ANEXO 15: Marco legal	86
GLOSARIO DE TERMINOS	88
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	90

Introducción

El fomento de la lactancia materna a través de programas de educación, capacitación y acompañamiento a las madre y familias, se ha convertido en una de las estrategias efectivas para el aumento en la duración y el mantenimiento de esta práctica, que ha sido considerada como factor protector en la prevención de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, siendo incluida dentro de programas como seguridad materna y atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

El Hospital Regional de Sogamoso desarrolla actualmente el programa de atención en lactancia materna dirigido a madres, hijos e hijas y sus familias de apoyo, actividades desarrolladas por el profesional de Enfermería quien es identificado por la comunidad como líder en la promoción y apoyo a la lactancia materna, sin embargo estos profesionales requieren de una base teórico/ conceptual en el tema, que les permita empoderarse y liderarlo.

La propuesta de cuidado de Enfermería para la lactancia materna enmarcada en la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson y apoyada en la Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado de Madeleine Leininger, busca dar soporte teórico/ conceptual al programa a través del conocimiento propio de la profesión con el fin de lograr la apropiación y empoderamiento del profesional de Enfermería. Para la construcción de la propuesta se utilizó la metodología de marco lógico, que permitió identificar los problemas relevantes y en respuesta a éstos proponer los objetivos y propósito del proyecto. Los productos obtenidos del proceso son: diseño de la propuesta, apoyo por las instancias administrativas de la institución para su desarrollo, capacitación a un grupo de profesionales de enfermería mediante talleres sobre la metodología de la propuesta para su operacionalización y motivación a los profesionales de enfermería para que se apropien del proyecto. Es de resaltar el enfoque de cuidado que se propone ofrecer a madres, niños y familia de apoyo, a través de la humanización del cuidado, interés y respeto por los sentimientos y pensamientos del otro, compartir el conocimiento profesional y tradicional dejando atrás la relación de paternalismo enfermera – paciente, y reconociendo que cada madre y cada familia tienen conocimiento cultural sobre lactancia materna que es valioso. Se pretende responder a las necesidades individuales y no a un imaginario colectivo. En este sentido, el profesional de enfermería negociará con las madres y familiares las prácticas culturales, de acuerdo a su impacto en la salud de ellas y sus hijos, para propender por estilos de vida saludables y mejor calidad de vida.

Es esta una invitación a continuar con el crecimiento científico, la identificación del quehacer propio de la profesión y la humanización del cuidado en el marco de una de las acciones más naturales y humanas como es la lactancia materna.

1.MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del área problema

La lactancia materna es el alimento primordial para el niño en sus primeros años de vida, que ofrece múltiples beneficios para la madre, su hijo y la sociedad y una práctica cultural transmitida de generación en generación. Es por eso que diferentes entes internacionales y nacionales han implementado estrategias que promuevan y garanticen esta práctica. Históricamente las mujeres en Colombia han lactado a sus hijos, en condiciones que están ligadas a la cultura, estrato social, nivel de educación, ocupación, condiciones de salud, entre otros aspectos como lo demuestran estadísticas reportadas por la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS)¹ de los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, para el año 1995 la duración de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) era de 0.5 meses con pico máximo en el año 2005 de 2.2 meses; sin embargo el año 2010 reporta un descenso a 1.8 meses. A pesar de ello se conserva el promedio de lactancia materna con alimentación complementaria hasta los 14.9 meses. Dentro de la misma encuesta los motivos expresados por las mujeres para suspender definitivamente la lactancia a niños menores de dos años, fueron principalmente: se les acabó la leche o por rechazo del niño, razones probablemente asociadas con técnicas inadecuadas de amamantamiento. En los niños mayores de un año la justificación para terminar la lactancia, fue por considerar que el niño tenía la edad para el destete, seguido por trabajo de la mujer.² En otros resultados encontrados en la ENDS se evidencia que el éxito de la LME radica en la información recibida antes y en los primeros días del nacimiento, el 70% de las madres de los niños menores de 5 años recibieron asesoría en los primeros dos días posparto por parte del personal salud sobre cómo iniciar la alimentación con leche materna.³

Teniendo en cuenta que la lactancia materna es factor protector de la salud de los niños, en la medida en que sus componentes como inmunoglobulina A, proteínas, lactobacillus bífidus y el factor de crecimiento epidérmico contribuyen en la maduración del tubo digestivo, así como la presencia de factores contra amebas, giardias, cólera y monilias; la presencia de interferón que protege contra infecciones por virus, fortaleciendo el sistema inmune del niño⁴, por lo que contribuye de manera positiva en la disminución de la mortalidad infantil. A continuación se expondrán algunos datos que evidencian el

comportamiento de la mortalidad infantil, que puede tener relación en alguna forma con las prácticas de alimentación del niño: en el mundo mueren diariamente alrededor de 26,000 niños y niñas menores de cinco años y la gran mayoría de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. Un número considerable de las defunciones infantiles son el efecto de infecciones respiratorias o diarreicas que ya no constituyen una amenaza en los países industrializados⁵; cerca de 2 millones de niños menores de cinco años mueren anualmente de neumonía más o menos uno de cada cinco fallecimientos a escala mundial, y hasta 1 millón más mueren por infecciones graves, incluida la neumonía, durante el período neonatal. No obstante los progresos realizados desde 1980, las enfermedades diarreicas ocasionan el 17% de las muertes de menores de cinco años⁶. Mientras que para América Latina la tasa es de 27 por cada 1000 n.v*, para el año 2006, en Colombia y Bogotá la tasa se encuentra en 18 y 14 muertes por cada 1000 n.v. respectivamente para el año 2010, mientras que en Boyacá fue 12 por cada 1000n.v.⁷ Las muertes infantiles relacionadas por deficiencias y anemias nutricionales en menores de un año en Colombia para el año 2005 fue de 7 por cada 10.000 n.v., 3 para la ciudad de Bogotá y 2.5 para el departamento Boyacá. Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente alrededor del 35% de la población mundial de lactantes de 0 a 6 meses son alimentados exclusivamente con leche materna. Si todos los lactantes y niños pequeños disfrutaran de una lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a continuación recibieran una alimentación complementaria nutritiva sin dejar de tomar el pecho hasta los dos años de edad, se podría salvar cada año la vida de otro millón y medio más de niños menores de cinco.⁸

Con relación a la duración de la lactancia materna exclusiva, para el año 2005 el departamento de Boyacá reportó el nivel más alto de duración en LME, siendo este de 5.3 meses y para el 2010 presentó un descenso 4.5 meses quedando en cuarto lugar después de los departamentos de Amazonas (5.5 meses), Vaupés (5.4 meses) y Casanare (4.6 meses)⁹; en este mismo documento se relaciona de manera positiva la duración de esta práctica con el área rural, lo que explicaría que los departamentos con mayor proporción en el área rural tengan los mayores índices de adherencia¹⁰. El Departamento de Boyacá interesado en asegurar las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud, acerca de la duración de la LME hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los dos años y más, ha promovido la implementación de programas que impacten positivamente dicha práctica; estrategias como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI)¹¹ y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)¹² han difundido en la comunidad e instituciones de salud, el significado y beneficios de la LME como un factor protector que influye de manera positiva y directa en indicadores de salud materna e infantil, brindando las pautas de inicio para desarrollo social, físico y emocional del niño y la familia.

* NACIDO VIVO

En el departamento de Boyacá, y en coherencia con las políticas nacionales y mundiales, una de las entidades líderes en el desarrollo de estos programas ha sido el Hospital Regional de Sogamoso. Esta es una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de segundo nivel adjunta a la red pública de prestadores del departamento de Boyacá, cuya área de influencia comprende 21 municipios de las provincias de Sugamuxi y la Libertad; ofrece servicios de Gineco-obstetricia y Pediatría a la población materna e infantil de régimen subsidiado y contributivo siendo sus principales actividades el seguimiento a embarazo de alto riesgo, registrando más de 600 nacimientos al año¹³, por vía vaginal o cesárea. Ofrece cobertura a usuarias que consultan por el servicio de urgencias o que son remitidas desde los municipios adscritos, donde cuentan con IPS de primer nivel que no tienen habilitados estos servicios. Con relación al número de nacimientos ocurridos en la institución, para el año 2010 reportó 1367 nacidos vivos¹⁴, 588 por cesárea, 779 por parto vaginal de los cuales 16 requirieron instrumentación. El 100% de las usuarias en puerperio inmediato son valoradas por un profesional de enfermería capacitado en temas relacionados en Lactancia Materna (LM) y con dedicación exclusiva de esta actividad, quien brinda asesoría individual en técnica de amamantamiento y luego realiza sesión grupal en temas relacionados con la LM, cuidados de la salud materno e infantil, con el fin de mejorar la adherencia a esta práctica aplicando los lineamientos establecidos en el quinto paso de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMÍ) consiste en 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.¹⁵

Teniendo en cuenta el panorama descrito, y los avances que se han obtenido en la implementación de la lactancia materna, pero sin contar con un plan de cuidado de enfermería, que soporte el desarrollo del programa en esta institución de salud, es necesario contar con una propuesta de cuidado que oriente en forma estandarizada las actividades de los profesionales de Enfermería y la articulación con otros profesionales del equipo de salud en el Hospital de Sogamoso y su área de influencia.

1.2 Justificación

A través del tiempo, la lactancia materna ha sido una práctica promovida por los sistemas de salud, dados sus beneficios, para la madre, el niño y la sociedad, razón por lo cual las diferentes organizaciones mundiales, nacionales y locales en salud, han construido direccionamientos y políticas. Es así que, desde 1979 la Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF) organizaron la reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, de donde surgió el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna¹⁶. Este documento, se construyó para que los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, sistemas de salud, educación y profesionales de la salud crearan redes de apoyo para proteger, facilitar y estimular la lactancia natural y de manera conjunta velar por el uso correcto y adecuado de los sucedáneos de la leche materna, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

En 1981 se convocó la 34° Asamblea Mundial¹⁷ de la Salud que aprobó la implementación de esta iniciativa; paralelamente se funda el (International Baby Food Action Network (IBFAN) o Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil, ente encargado para evaluar el cumplimiento de dicho código.

Posteriormente, en los años 90's fue producida y adoptada por la OMS y la UNICEF la Declaración de Innocent¹⁸, sobre la lactancia materna una iniciativa mundial, copatrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID), la Autoridad Suiza para el Desarrollo Internacional (SIDA), sostenida en el Spedale Degli Innocenti, Florencia, Italia, del 30 de Julio al 1 de Agosto de 1990. La Declaración refleja el contenido del documento original preparado para la reunión y los puntos de vista expresados en grupo y en las sesiones plenarias, entre los cuales se encuentran: Proveer una nutrición ideal a los niños para contribuir en el crecimiento y desarrollo saludable, disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas, morbimortalidad y mortalidad infantil; además contribuir a la salud de la mujer, reduciendo el riesgo de cáncer ovárico y de seno, entre otros beneficios expuestos en dicho documento. Igualmente, Se declaró permitir a todas las mujeres practicar lactancia materna a todos los niños y niñas desde su nacimiento hasta las 4-6 meses de edad.

De ahí en adelante los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad. Esta meta será alcanzada creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan lactar de forma exclusiva. Todo esto requiere de compromisos y abogar por la movilización social, utilizando al máximo el prestigio y autoridad de líderes sociales reconocidos en todas las facetas de vida.

Otro evento histórico es que en 1992, la Conferencia internacional sobre nutrición¹⁹, convocada por Food and Agriculture Organization (FAO Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y OMS en Roma, aceptan las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial a favor de la infancia, destacando la promoción de la lactancia entre los ocho (8) temas más importantes de la nutrición mundial. En 1994, la Cumbre sobre promoción y desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos. En la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo (Pekín, 1995)²⁰ se apoyó la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras. En 1999, la Conferencia Internacional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) revisó el convenio de Protección de la Maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral.

Luego, en 1994, en la en la 54° Asamblea de la OMS, se fijó la duración de la lactancia materna exclusiva en 6 meses. Con el objetivo de integrar activamente a los gobiernos con la lactancia materna se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (EMALNP)²¹. Evento seguido, por el consenso de la 55°

Asamblea de la OMS, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva de la UNICEF²². La estrategia marca líneas de acción que deben seguir los países miembros, basadas en pruebas científicas, las cuales están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna, ofreciendo a las madres lugares donde poder aprender, como los grupos de apoyo a la lactancia materna, protegidas de la publicidad de las casas comerciales. En el año 2006, la Unión Europea publica las “Recomendaciones Standard para la alimentación del lactante y niño pequeño en la Unión Europea”²³ que incluye una guía para la alimentación del lactante y el niño pequeño desde la gestación hasta los 3 años.

Otra de las grandes organizaciones es la Leche League Internacional (L.L.I.), fundada en 1.956 por siete mujeres que querían hacer de la lactancia una experiencia más sencilla y agradable tanto para la madre como para el bebé. Ofrece información y apoyo especialmente en forma de ayuda personal a aquellas mujeres que deseen amamantar a sus bebés, la misión es ayudar a las mamás de todo el mundo para amantar a través del soporte madre a madre; fomentando la información y la educación y promover una mejor comprensión de la lactancia materna como un elemento importante en un desarrollo saludable para el bebé y la madre. A nivel Internacional, funciona en 85 países, llegando con su mensaje a más de 1 millón mujeres mensualmente a través de una red de líderes acreditadas quienes trabajan en forma voluntaria. En las zonas donde no hay líderes, la liga ofrece su ayuda para formar centros de recursos de lactancia. Cuenta con un consejo consultor profesional formado por más de 50 especialistas en Pediatría, Obstetricia, Nutrición, Psicología Administración y Derecho. La Leche League International²⁴ tiene status de Organismo No Gubernamental (ONG) en la Organización de las Naciones Unidas. Las líderes voluntarias, que son madres experimentadas en lactancia, están familiarizadas con las investigaciones recientes y los últimos hallazgos en relación con la lactancia y ofrecen información práctica y apoyo moral a madres lactantes a través de reuniones mensuales y consejería telefónica. La Conferencia Internacional se realiza cada dos años y congrega a delegados de todo el mundo. Los conferencistas son expertos en temas como la lactancia, el parto, la crianza, la nutrición y otros temas relacionados²⁵

En este proceso histórico de favorecer y promover la lactancia materna exclusiva como una política mundial de salud en la primera infancia, Colombia también ha realizado ajustes a su política interna, de manera que el congreso y la cámara de representantes realizaron una modificación al Artículo 236 del código sustantivo del trabajo Ley 1468 del 30 de Junio de 2011, en donde se amplió en dos semanas, el periodo de licencia de maternidad, y se exponen consideraciones especiales con madres con embarazo múltiple, prematuridad y adoptantes, para apoyar la permanencia de la madre con su hijo, fortalecer el vínculo madre-padre- hijo y estimular la lactancia materna.²⁶ Este es uno de los aportes realizados por el país y la industria en pro de mantener prácticas y fomentar estilos de vida saludables como la lactancia materna exclusiva.

Otro aspecto importante que justifica la promoción de la lactancia materna, son las ventajas que ésta ofrece para el niño, la familia y la sociedad. Es así que, lactar al bebé es la mejor forma de fortalecer el vínculo afectivo iniciado entre la madre y su hijo desde

el periodo de la gestación. A pesar de lo natural que puede ser ésta práctica, toda mujer debe adquirir una serie de destrezas, conocimientos y prácticas específicas que le permitan lactar exitosamente a su bebé. La madre debe ser consciente que cuando está lactando estimula los 5 sentidos de su bebé, pues la distancia entre los ojos es precisamente la agudeza visual que alcanza un recién nacido, los sonidos que escucha son familiares y tranquilizantes para él como los latidos del corazón de la mamá y su tono de voz, el olor y el sabor de la leche materna es “dulce” y agradable alertando así sus sentidos del gusto y del olfato; además que el contacto “piel a piel” constituye el mejor estímulo para el desarrollo del tacto y la corporalidad del recién nacido. El bebé no solo se alimenta de leche materna sino de “piel”, de miradas de amor, de caricias amorosas, de palabras cariñosas y de pensamientos positivos, motivo por el cual, se aconseja a la madre lactar al bebé por lo menos una vez al día con su pecho desnudo acercándolo contra su cuerpo con un cobertor para que no pierda su temperatura corporal.²⁷

Como la leche de vaca no contiene lipasa y sí por el contrario demasiadas grasas de difícil digestión, los recién nacidos alimentados con ésta leche terminan por sufrir obstrucciones de la luz intestinal alterando la absorción de nutrientes de ese tubo digestivo bastante inmaduro aún. Es así como las grasas de difícil digestión generan una sensación de llenura que hace que el niño no pida comida tan rápidamente como lo hace un niño alimentado con leche materna.²⁸ Los niños alimentados con leche de vaca pueden tener una mayor tendencia a sufrir de problemas de sobre peso y obesidad; presentando por el contrario déficit en el aporte de nutrientes básicos para su desarrollo cerebral y por consiguiente intelectual. Esto se debe a que la composición de la leche de todos los mamíferos responde a las necesidades de cada una de las especies y es así como la leche de vaca contiene gran cantidad de grasas que responden a las necesidades de aumento de masa corporal que tienen sus crías pero no aportan al desarrollo intelectual.²⁹ Esto se ratifica con recientes investigaciones realizadas por Alan Lucas en Cambridge³⁰, Massachusetts la cuales demostraron que la leche materna mejora el potencial intelectual del bebé. Para esto, comparó los resultados obtenidos en test de desarrollo cognoscitivo aplicados a un grupo de niños alimentados con leche materna Vs niños alimentados con leche de fórmula; encontrando mayores puntajes en el primer grupo de niños. Dentro de la composición de la leche materna puede encontrarse de 60 a 70 % de agua, condición que le permite al bebé recibir toda la cantidad de agua que necesita para mantenerse hidratado aún en climas cálidos. Si la lactancia no es exclusiva generalmente el niño requiere de dosis extras de agua entre las comidas para calmar la sed y para evitar problemas de estreñimiento.

En un estudio realizado en Málaga España por Morales Gil I.M,³¹ se demuestra como con la implementación de la Taxonomía de NANDA, Nursing Interventions Classification (NIC), y Nursing Outcomes Classification (NOC), herramientas basadas en el conocimiento de enfermería, mejora la incidencia y la prevalencia de la LM y en donde identifican a los profesionales de enfermería como principales fuentes de información. En este mismo estudio se encontró que las mujeres con estudios universitarios presentan mejor situación con relación a la lactancia materna que las que no los tienen³², en

comparación con el contexto colombiano según el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020³³, el cual afirma que la duración exclusiva de la Lactancia disminuye a medida que aumenta el nivel de escolaridad de la madre, la educación universitaria de la madre presenta los niveles más bajos.

El Hospital Regional de Sogamoso,(HRS) quien a través del Centro de capacitación y apoyo para salud de la Madre y el Niño, IDUKAY³⁴ ha creado estrategias como el apoyo directo de Profesionales de Enfermería a las madres y sus familias durante el puerperio inmediato y mediano en temas como la producción, beneficios, técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna, como un aporte hacia el fomento de una práctica transmitida culturalmente a través de generaciones y que ha demostrado tener efectividad en la protección materno-infantil así como el fortalecimiento del vínculo afectivo disminuyendo índices de violencia intrafamiliar, abuso infantil, brindando seguridad al adulto que fue amantado en su niñez, transformándose en un aporte a la paz del país. El programa fue iniciado a finales del año 2007 con el liderazgo del profesionales de nutrición, pero a partir del año 2010 ha sido liderado por los Profesionales de Enfermería quienes durante el mismo año, apoyaron a 1387 madres en lactancia materna, de las cuales 1367 fueron captadas en el Hospital de Sogamoso en el servicio de puerperio inmediato y mediano; 12 fueron remitidas de otras IPS privadas del área, 8 por entidades públicas. Para identificar algunos aspectos relacionados con la iniciativa de la institución en promover la lactancia materna exclusiva, fortalezas y debilidades, del programa, se realizaron entrevistas a dos profesionales de Enfermería, una auxiliar de enfermería, un estudiante de medicina y cuatro madres usuarias del programa, encontrándose que todos excepto las Enfermeras reconocían el liderazgo de los profesionales de Enfermería en el desarrollo del programa; sin embargo se evidenció deficiencia en la unificación conceptual y teórica que orientara el cuidado de enfermería, les permitiera apropiarse de éste y empoderarse del programa de lactancia materna en el Hospital Regional de Sogamoso, sus instituciones anexas y áreas de influencia en la región.

En consecuencia, es necesario construir una propuesta de cuidado que recoja experiencias, acciones, estrategias, visibilice el conocimiento teórico y conceptual de los profesionales de enfermería, oriente la práctica y sirva de soporte al programa en la institución; razón por lo cual la propuesta adoptará los delineamientos conceptuales de la Teoría del Cuidado de Kristen M. Swanson³⁵. Además, las madres, niños y sociedad se beneficiarán puesto que se les ofertará cuidado humano, que incluye servicios estandarizados, interdisciplinarios, efectivo y oportuno, orientado a prevenir complicaciones por deficiencias en el conocimiento en lactancia materna, fortalecimiento del mantenimiento de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida, establecimiento de buenas prácticas de crianza y estilos de vida saludable; al tiempo que ofrece a la madre un espacio para buscar solución a sus dudas, compartir experiencias, creencias y prácticas culturales. Este último aspecto será abordado de acuerdo a la teoría de Madeleine Leininger³⁶: Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados

culturales. De otro lado, se espera que el programa sea referente para otros profesionales e instituciones de salud.

También es importante resaltar, la necesidad del fortalecimiento del empoderamiento y posicionamiento del Profesional de Enfermería como profesional líder, en la operacionalización de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en madres, niños y niñas que están relacionadas con el cumplimiento del objetivo cuatro (Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años³⁷) y cinco (Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna³⁸) de las metas del milenio.

2.MARCO CONCEPTUAL

2.1 Cuidado de enfermería en el apoyo a la lactancia materna

El cuidado de enfermería es la interacción que surge entre enfermera (o), madre, perinato y familia, en que se comparten conocimientos fundamentales para el proceso de cuidado, que servirán como herramienta para la atención integral que la enfermera (o) como cuidadora, debe conocer para ayudar a la mujer y su hijo a crecer³⁹; por tanto, la interacción activa y efectiva entre la (el) Enfermera (o), la madre con su recién nacido y la familia durante la lactancia materna, tienen como eje central la percepción del cuidado de enfermería, que tiene concordancia con la manera en que se presenta la relación y se logran las propuestas de cambio para dignificarlos como personas y fortalecer su autonomía. En el cuidado, la percepción es la forma como la madre y su familia interioriza y clasifican las acciones intencionales de ellos y el profesional de enfermería. Estas acciones pueden estar dirigidas al cuidado físico, emocional o espiritual, que si son captadas como benéficas o positivas para el ser humano, promueven un sentido de seguridad y protección en madres, neonatos y familiares. En el cuidado se necesita el compromiso entre el profesional de enfermería, la madre con su hijo y la familia, percibiéndose a través de fenómenos ligados a la relación, asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnología, capacidad para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes de cuidado dirigidas a dignificar a madres, niños y familias en su condición humana, para lograr el conocimiento integral.⁴⁰

En este orden de ideas, Kristen M. Swanson, afirma que un componente fundamental y universal de la buena enfermería es cuidar del bienestar físico, espiritual, psicológico y social de las personas, afirmación que evidencia en su teoría de Los cuidados, en la que explica claramente lo que significa para los profesionales de enfermería, el modo de cuidar en la práctica⁴¹. Por esta razón, será el referente teórico de la propuesta de cuidado de Enfermería en el programa de Lactancia materna del Hospital Regional de Sogamoso.

2.1.1 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson⁴²:

Kristen M. Swanson, es teórica de Enfermería, que nació el 13 de Enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975); luego realizó estudios de pos -graduación como Magister y Doctora en Enfermería. Sus trabajos de investigación en el área Maternoinfantil con abordaje fenomenológico descriptivo dieron origen a la teoría de Los Cuidados.

Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas⁴³. Luego, enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia.

Con respecto a cómo Swanson define las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas⁴⁴. Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad. Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva), que se auto -reflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás.

Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, per se, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Finalmente, el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros.

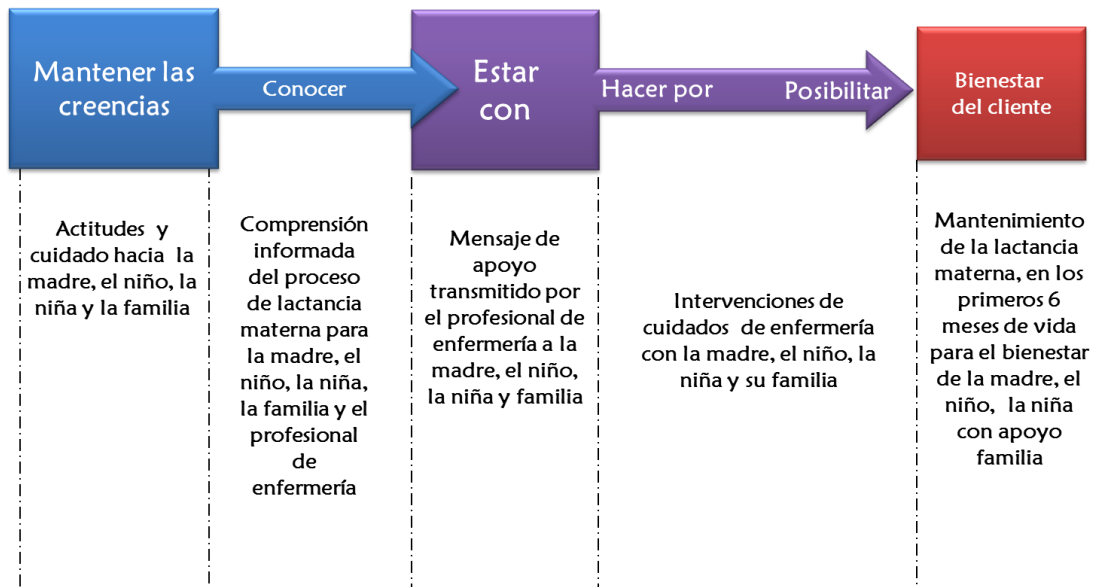
Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal⁴⁵. Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la (el) enfermera (o), estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a todas las relaciones de cuidado; en donde la(el) enfermera(o) diagnostica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales⁴⁶. Estas categorías son:

- **Conocer:** Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la mujer, recién nacido y su familia, cuidar en el programa de lactancia materna, implica evitar suposiciones, centrarse en madres, recién nacidos y su familia, a través de valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos⁴⁷. Esta categoría como un cuidado terapéutico, es forzada por el conocimiento empírico, ético y estético, de las diferentes respuestas que las personas tienen ante los problemas de salud reales o potenciales.
- **Mantener las creencias:** Es mantener la fe en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado del binomio madre e hijo y sus familias en cualquier situación. La (el) enfermera(o) debe definir lo importante y hacia dónde va a dirigir el cuidado durante la lactancia materna⁴⁸.
- **Estar con:** Estar emocionalmente presente, en donde se transmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna. Es el mensaje claro de disponibilidad para ellos y la habilidad de cuidado durante la lactancia materna⁴⁹. Es darle tiempo, presencia auténtica, escuchar atentamente y responder reflexivamente. Es dar todo de sí, y hacer de tal forma que las madres, niños y familiares perciban el compromiso, preocupación y atención personal del profesional de Enfermería. La (lo) enfermera (o) asume responsabilidades con las madres, niños y familias, pero también debe asumir la responsabilidad consigo misma; pues existe una línea fina entre asumir la responsabilidad del otro y asumirlo como propia. Cuando el profesional de enfermería no puede mantener la responsabilidad frente a madres, niños y familiares y lo que le agobia, reduce su propio bienestar, las relaciones interpersonales y profesionales y el desempeño de sus funciones.⁵⁰
- **Hacer por**⁵¹: Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar a la madre a ganar autonomía lo más rápido posible.

- **Posibilitar:** Es permitir a la madre el autocuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos no familiares como lo son la lactancia materna acompañada del nuevo rol de madre que debe asumir; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación. Es asegurar el bienestar de la madre y el hijo e hija a largo plazo⁵².

Estas categorías que constituyen la estructura del cuidado, las representa Swanson en el siguiente gráfico:

Figura No. 1: Estructura del cuidado



Fuente: SWASON. M Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholarship*. Vo 25. Number 4. Winter 199

Swanson propone, que los procesos de los cuidados se superponen, y cada uno es componente integral de la estructura de los cuidados. Por tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de las personas, apoyada por el conocimiento de la realidad de madres, neonatos y la familia que los apoya, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer por y posibilitarles el auto cuidado.⁵³

La propuesta de cuidado de enfermería, en el programa de lactancia materna del Hospital Regional de Sogamoso se construirá teniendo como base las cinco categorías descritas por Kristen M. Swanson en su teoría de Los Cuidados.

Pasando a otro aspecto relevante como son las prácticas y creencias culturales alrededor de la lactancia materna, el proyecto se apoya en algunos conceptos claves de la teoría de Madeleine Leininger sobre la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, donde ella describe claramente, como articular el conocimiento de la madre y la familia que ha sido aprendido por tradición y el conocimiento profesional que la (el) enfermera (o), tiene, para evitar conflictos e imposiciones culturales.

2.1.2 Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales: Madeline Leininger

Madeleine M. Leininger, nació en Sutton Nebraska, fundadora y líder de la enfermería transcultural. Su teoría nace de la inquietud durante los años 50, cuando⁵⁴ percibió por parte del personal en un centro de orientación infantil la falta de comprensión de los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños⁵⁵; hecho que la motivó a trasladarse y estudiar las culturas, escogiendo el Este de Nueva Guinea (Pueblo Gadsup) donde el resultado de sus trabajos le permitieron identificar la importancia para el cuidado de enfermería de la influencia de las diferencias culturales en el cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar. De esta experiencia se origina su teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales que tiene como fin impulsar al profesional de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad⁵⁶.

Con esta mirada de enfermería, la lactancia materna es una práctica natural, transmitida de generación en generación, que refleja la adopción de prácticas de cuidado para la misma por las madres con el apoyo de su familia, las cuales surgen de la experiencia de la persona, grupo familiar y comunidad; luego lo que más desea una madre y su familia cuando acuden a los cuidados de enfermería en el programa de lactancia materna es encontrar calidad, que se consigue cuando se tienen en cuenta los conocimientos sobre las prácticas, creencias y valores de los cuidados culturales, puesto que éstos están arraigados e influenciados por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, formas de pensamiento, religión o espiritualidad, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y entorno de la cultura. En consecuencia los cuidados enfermeros basados en la cultura, son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyendo al bienestar de madres, niños, niñas, familia, grupos y comunidades dentro del entorno y sus contextos. Si el profesional de enfermería, ignora el conocimiento propio de madres y familia (conocimiento genérico o étnico) alrededor de la lactancia materna, tendiendo a reconocer su propio conocimiento (profesional o ético) como único y verdadero, genera conflictos culturales, prácticas de imposición cultural, dolor, estrés e insensibilidad en el cuidado.⁵⁷

Avanzando en los conceptos, se encontró que Leininger define la enfermería como la disciplina humanística y científica que se centran en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud el cual se define y valora desde la práctica cultural⁵⁸; es decir que el cuidado debe tener una base cultural, una conceptualización y una planificación basada en la cultura, como una manera amplia de entender y ser eficaz para las personas⁵⁹; entonces, el profesional de enfermería debe implementar actividades

creativas de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayuden a personas de una cultura determinada a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras culturas con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en la relación enfermera (o), madres, niños, niñas, y familia de apoyo⁶⁰.

Con base en lo anterior, los aspectos culturales juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que la madre y su familia aplican en su diario vivir, las cuales nacen del conocimiento generacional sólido, en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente⁶¹, es por esto que la enfermera (o) le es preciso combinar el conocimiento empírico y estético para promover el autocuidado durante la lactancia materna respetando los modos de vida de cada persona y su contexto. Los cuidados de enfermería, se pueden ofrecer según Leninger con tres enfoques⁶²:

- **Conservando o manteniendo los cuidados culturales:** Acciones de apoyo, asistencia, facilitación y capacitación que ayudan a las madres y sus familias a recuperar y conservar cuidados genéricos para su bienestar, mantenimiento de la lactancia materna y enfrentar requerimientos físicos, mentales o sociales que pueden interferir en la lactancia.

- **Adaptación o negociación de los cuidados culturales:** Acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a madres y familias a adaptarse o llegar a acuerdos con los profesionales de enfermería para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

- **Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales:** Acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a madres y familias a reorganizar, cambiar, y modificar prácticas y modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.

El objetivo final, es que el profesional de enfermería utilice explícitamente el cuidado y su conocimiento profesional teniendo en cuenta la cultura de madres y familias de forma sensible, creativa y significativa, que se adapte a las formas de vida, necesidades generales de ellos para alcanzar el bienestar y la preferencia por la lactancia materna con beneficio para las madres, niños, niñas, familia, comunidad e instituciones de salud.

3. DISEÑO DE LA PROPUESTA

Para la construcción de la propuesta de cuidado de Enfermería se identificaron las personas y grupos que tienen relación directa con el desarrollo del programa de Lactancia materna. Esta se centra en los objetivos, su orientación hacia grupos beneficiarios y facilita la participación y comunicación entre las partes interesadas.⁶³

3.1 Análisis de involucrados.

Hace referencia a personas, grupos e instituciones que están vinculados al proyecto de Lactancia Materna que se desarrolla en el Hospital Regional de Sogamoso.

3.1.1 Los beneficiarios (indirectos):

Son el grupo de personas sobre quienes se brinda apoyo como son las mujeres, sus recién nacidos y familias de apoyo, en periodo de puerperio inmediato, mediano o madres que estén lactando a sus hijos en los primeros seis meses de vida y que requieren los servicios de cuidados de enfermería en lactancia materna en el Hospital Regional de Sogamoso (HRS).

3.1.2 Los que implementan el proyecto (directo):

Son las instituciones o grupo de personas líderes del proyecto como: El Hospital Regional de Sogamoso a través del grupo interdisciplinario: Centro de Capacitación y Apoyo para la Salud de la madre y el niño (IDUKAY), liderado por profesionales de enfermería.

3.1.3 Los que toman decisiones que afectan el proyecto (externos):

Son las instituciones o grupo de personas que toman decisiones que impactan de manera directa el programa: El Hospital Regional de Sogamoso y la Secretaria de Salud de Boyacá.

3.1.4 Los que financian el proyecto:

Son las instituciones o grupo de personas que lo impulsan y lideran como es el Hospital Regional de Sogamoso

3.1.5 Grupos de interés del entorno:

Son las instituciones o grupo de personas que participan, apoyan y se ven beneficiados por el proyecto como son Alcaldía de Municipal, Fundación Canguro, Unidad de Cuidado Intensivo Materno-infantil de Sogamoso.

4.OBJETIVOS

4.1 General

Ofrecer a los profesionales de enfermería una propuesta de cuidado en el marco de la teoría de Los Cuidados de Kristen Swanson y apoyada en la teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, como base teórico-conceptual, que le permita al profesional de enfermería empoderarse y apropiarse del programa de lactancia materna, en el Hospital Regional de Sogamoso y zonas de influencia.

4.2 Específicos

- 4.2.1 Apoyar a los profesionales de enfermería, para que ofrezcan cuidado durante la lactancia a madres, hijos, hijas y su familia como grupo de apoyo, reconociéndoles sus capacidades y generándoles confianza para mantener la lactancia y asumir su rol.
- 4.2.2 Identificar los componentes teóricos, antecedentes de la madre, del recién nacido y prácticas culturales, que los profesionales de enfermería necesitan conocer para promover y mantener la lactancia materna en los primeros seis meses de vida
- 4.2.3 Sensibilizar al profesional de enfermería en la importancia de transmitir a madres, niños, niñas y familia de apoyo, la disponibilidad para compartir creencias, valores, prácticas, sentimientos, dudas, vivencias y experiencias, así como la habilidad para estar emocionalmente con ellos durante el cuidado en la lactancia materna.
- 4.2.4 Proponer una estrategias de cuidado de enfermería que le permitan a la (el) enfermera (o) promover y mantener la lactancia materna desde la gestación puerperio inmediato, mediato y tardío.

- 4.2.5** Motivar al profesional de enfermería para que a través del cuidado de enfermería a madres, niños, niñas y familia de apoyo, conduzca a las madres al fortalecimiento y mantenimiento de la lactancia materna.

- 4.2.6** Orientar a los profesionales de enfermería, en el abordaje apropiado de las prácticas culturales de madres y sus familias de apoyo, relacionadas con la lactancia materna, para conservarlas, reorientarlas o reestructurarlas, obteniendo resultados beneficiosos y satisfactorios en ellas, hijos e hijas con el apoyo de su familia.

5. Identificación de acciones

Los cuidados que el profesional de enfermería brindará a la madre están contruidos de acuerdo a los objetivos general y específicos que son el reflejo de cada una de las categorías descritas en la Teoría de Los Cuidados de Kristen Swanson y los conceptos de Madeleine Leininger sobre la conservación, reorientación y reestructuración de las prácticas culturales relacionadas con la lactancia materna, presentados en su teoría de la Diversidad y Universalidad de los cuidados culturales.

5.1 Objetivo uno: Mantener las creencias

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
El profesional de enfermería debe promover la capacidad de la madre para mantener la lactancia materna a través de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Demuestre empatía. 2. Utilice frases y palabras que alienten el autoestima de la madre 3. Motive la madre y su familia para que asume la lactancia materna con optimismo. 4. Favorezca y promueva terapias de grupo donde las madres narren sus experiencias y puntos de vista. 5. Capacite a las madres y sus familias para que sean agentes de 	Enfermera profesional	Consultorio Sala de lactancia Espacio que ofrezca privacidad

<p>divulgación y promoción de la lactancia materna en la comunidad.</p> <p>6. Elogie lo que la madre, el bebé y la familia hacen bien.</p> <p>5 Ofrezca poca pero relevante información.</p> <p>6 Utilice lenguaje sencillo.</p> <p>7 Ofrezca sugerencias no órdenes sin saturar la madre y/o la familia</p> <p>8 Evite términos o comentarios que juzguen a la madre o su familia de apoyo</p>		
---	--	--

5.2 Objetivo dos: Conocer

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FÍSICOS/LOCATIVOS
<p>El profesional de enfermería líder del programa de lactancia materna debe tener conocimiento de los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomía y fisiología de la mama: mecanismo de producción de leche (Anexo 1) 2. Ventajas de la lactancia materna (Anexo2) 3. Motivando a la madre: recomendaciones generales (Anexo 3) 4. Valorar la madre para la lactancia materna (Anexo 4) 5. Valorar niño/niña: reflejos del niño importantes para la lactancia materna (Anexo 5) 6. Técnicas de lactancia materna (Anexo 6) 7. Procedimiento para amamantar (Anexo 7) 8. Extracción manual y conservación de la leche (Anexo 8) 9. Problemas durante la lactancia materna: (Anexo 9) 	<p>Profesional de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biblioteca ▪ Medios electrónicos de consulta ▪ Sala de conferencia ▪ Computador ▪ Video beam ▪ Modelos de glándula mamaria ▪ Modelos de recién nacido ▪ Frasco modelo para recolección de la leche ▪ Madres e hijos voluntarias para la realizar componente

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p><u>PROBLEMAS MATERNOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Senos que gotean, ingurgitación mamaria, congestión o plétora, ▪ Pezones: hipersensibilidad en los pezones, fisuras en los pezones, pezones largos, pezones cortos, pezones planos, pezones invertidos ▪ Masas dolorosas en los senos: Mastitis, obstrucción de los conductos, abscesos mamarios ▪ Problemas en la producción y eyección de leche: Reflejo de eyección fuerte, insuficiente cantidad de leche, el regreso al trabajo ▪ Depresión postparto. <p><u>PROBLEMAS DEL NIÑO:</u> Obstrucción de las fosas nasales, confusión de pezones, mal agarre, problemas en la boca, llanto del niño, llanto por crisis de lactancia, llanto por cólico infantil o cólico vespertino.</p> <p>10. Niños en situaciones especiales (Anexo 10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacimiento por cesárea, nacimiento múltiple, niño de diferentes edades lactando simultáneamente ▪ Recién nacido hospitalizado ▪ Recién nacido prematuro o de bajo peso ▪ Recién nacido icterico (por leche materna o lactancia materna) ▪ Recién nacido con labio y/ o paladar fisurado ▪ Recién nacido hipotónico o hipertónico <p>11. Medicamentos Drogas y lactancia materna (Anexo 11)</p> <p>12. Regreso de la fecundidad y lactancia materna (Anexo 12)</p> <p>13. Lactancia materna y cultura (Anexo 13)</p>		<p>practico de los talleres.</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
14. Apoyo social en lactancia materna (Anexo 14)		
15. Marco legal (Anexo 15)		

5.3 Objetivo tres: Estar con

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>1. Fortalezca la asesoría en lactancia materna antes, durante y después de la gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control prenatal ▪ Curso de preparación para la maternidad y paternidad ▪ Diferentes escenarios intrahospitalarios hospitalarios ▪ En el puerperio inmediato, mediato y tardío. ▪ Consulta posparto ▪ Seguimiento domiciliario (visitas/ llamadas) <p>2. Trasmite disponibilidad por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcione espacios para la expresión y reflexión de sentimientos de la madre, padre, hijo, hija y familia. ▪ Acepte lo que la madre piensa y siente ▪ Destine una línea de atención las 24 horas del día. <p>3. Atienda de manera oportuna las necesidades de cuidado de la madre, el padre, hijo, hija y familia que surjan durante el proceso.</p>	<p>Profesional de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biblioteca ▪ Medios electrónicos de consulta ▪ Sala de Lactancia Materna dotadas ▪ Consultorio

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
4. Proporciónese información acerca de la lactancia materna. 5. Sea agente de escucha para la madre y familia. Utilice los silencios en la comunicación. 6. Muestre una actitud comprensiva y disponibilidad para la madre, su hijo y familia, evitando evidenciar momentos de afán, exceso de trabajo o compromisos, indisposición y estados de ánimo desagradables. 7. Ofrezca alternativas de cuidado, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y del contexto en que vive la madre. 8. Busqué y apóyese en redes institucionales de acuerdo a la situación identificada en la madre y su recién nacido: Trabajo social, Psicología, Odontología, Medicina, entre otros		

5.4 Objetivo cuatro: Hacer para

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
1. Establezca comunicación asertiva: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establezca contacto visual con la madre, padre, hijo, hija y familia. ▪ Llame a la madre, padre, hijo e hija por su nombre. ▪ Solicite el permiso de la madre para el contacto físico de ella y su hijo. ▪ Use un léxico sencillo a la hora de comunicarse con la madre, 	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	Biblioteca Medios electrónicos de consulta Modelos de simulación: mama, bebés, recipientes, bombas de extracción de leche Equipos audiovisuales

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>padre y familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evite las barreas físicas durante la interacción (muebles) ▪ Dedique tiempo suficiente para interactuar con la madre, niño, niña y familia. <ol style="list-style-type: none"> 2. Garantice un ambiente de privacidad y tranquilidad para la madre, padre, hijo e hija. 3. Asegúrese que la madre está tranquila y dispuesta para la lactancia materna 4. Ofrezca solución a los obstáculos identificados antes de iniciar la lactancia. 5. Evidencie que sus cuidados son delicados, suaves, humanos y cálidos con la madre, el recién nacido y la familia 6. Promueva la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna vinculando otros profesionales, instituciones y grupos de la comunidad. 7. Sea puntual en el cumplimiento de horarios de atención a las madres y familiares 8. Establezca una buena comunicación con los funcionarios de la institución para que faciliten y contribuyan en el ingreso de las madres y familiares a la sala de lactancia materna 9. Ofrezca la información relativa a procedimientos y organización del programa, para mantener un orden en las actividades 10. Realice los registros que el programa de lactancia materna tiene establecidos, para tener acceso a la información: (si es posible con el apoyo de un profesional, diseñe un programa electrónico de comunicación que le facilite esta labor) 		<p>Material visual, impreso, audio, audiovisual Auditorios</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p style="text-align: center;"><u>EN SALA DE LACTANCIA MATERNA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valore a la madre y el recién nacido previamente para identificar posibles problemas para la lactancia materna y obtener datos para diseñar el plan de cuidado y asesoría con ellos 2. Diseñe y realice diariamente talleres de educación dirigido a madres y familias donde se fortalezca la importancia de la lactancia materna; ventajas para la madre, niño, niña, familia y sociedad; técnicas adecuadas según la situación clínica del recién nacido; extracción y conservación de la leche; cuidados de la madre, entre otros aspectos. 3. Ofrezca asesoría y acompañamiento en lactancia a madres con sus hijos para lograr el mantenimiento de la lactancia materna. 4. Dedique mayor tiempo de asesoría y acompañamiento a madres adolescentes o madres y recién nacidos con problemas para la lactancia. 5. Identifique las madres que requieren acompañamiento y asesoría frecuente, para planear el seguimiento y disminuir los riesgos de complicaciones. 6. Diseñe y distribuya material visual y/o audiovisual educativo en términos sencillos dirigido a madres, familias y comunidad en general. 7. Desestime y no promueva el uso de biberones, leches de fórmula, chupos de entretención o alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de vida. 8. Recomiende a la madre el uso de ropa y sostén cómodos 9. Promueva la valoración y trabajo interdisciplinario cuando la madre, padre, hijo e hija lo requieran. 10. Establezca redes de comunicación y apoyo entre el primer y 		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>segundo nivel para facilitar el seguimiento.</p> <p style="text-align: center;"><u>DURANTE EL NACIMIENTO Y PUERPERIO</u></p> <p>Promueva el inicio precoz de la lactancia materna a través de las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si las condiciones de la madre y el recién nacido lo permiten inicie el contacto piel a piel inmediatamente, la lactancia en los siguientes 30 minutos y cubra el bebé con una compresa o campo tibio para prevenir la hipotermia. 2. Explique a la madre la importancia de la succión precoz para iniciar la producción de leche, contribuir en el alumbramiento, favorecer la involución uterina y evitar las hemorragias. 3. Eduque a la madre sobre lactancia materna, técnicas para lactar, extraer y conservar la leche materna. 4. Promueva el alojamiento conjunto para facilitar la lactancia las 24 horas. 5. NO ofrezca al niño bebidas diferentes a la leche materna (aguas, dextrosa, leche de fórmula etc.) 6. Asegúrese que la madre esté descansada, tranquila, relajada, en posición cómoda y adecuada. 7. Observe la técnica de amamantamiento que utiliza la madre, corrija las deficiencias y enseñe la forma correcta. 8. Observe que el niño esté en buena posición: <ul style="list-style-type: none"> • El cuerpo esté alineado: oreja hombro y cadera • El cuerpo del bebé este frente al cuerpo de la madre (barriga/ con barriga) 		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>• Todo el cuerpo del bebé está sostenido y apoyado en el brazo de la madre</p> <p>9. Observe que el agarre del bebé es correcto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene la boca bien abierta • Se vé mas areola por arriba que por abajo • El labio inferior está evertido • La nariz y el pezón están pegados al pecho <p>10. Enseñe a la madre cómo identificar que el niño está comiendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mejillas se hinchan y están redondeadas • Escucha que deglute • El bebé está satisfecha <p>11. Enseñe a la madre la técnica para retirar el pezón de la boca del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducir el dedo meñique en la boca del niño por un lado del pezón, halar suavemente el mentón hacia abajo y retirar <p>12. Integre al padre o persona significativa que haya asistido al parto al proceso de acompañamiento para la lactancia materna.</p> <p style="text-align: center;"><u>CON PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y OTROS PROFESIONALES A FINES</u></p> <p>1. Diseñe y realice talleres frecuentes de entrenamiento a los Profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud del Hospital Regional de Sogamoso, áreas de influencia y otras IPS,</p>		

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>para capacitarlos en la estrategia de cuidado a madres, recién nacidos y familia durante la lactancia materna.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Involucre mediante talleres de capacitación a estudiantes del área de la salud, para que participen en el desarrollo de la estrategia de cuidado a madres, neonatos y familia durante la lactancia materna 3. Diseñe y utilice material de divulgación por medios físicos, electrónicos, visuales, audiovisuales, etc., relacionada con la estrategia de cuidado en Lactancia materna 4. Sea el veedor del cumplimiento de la estrategia de cuidado durante la lactancia materna 5. Programe y cumpla con reuniones regulares y a corto plazo con los profesionales de enfermería líderes del programa de lactancia materna del Hospital Regional de Sogamoso, zonas de influencia y otras IPS, para evaluar la experiencia, resultados, obstáculos y búsqueda de soluciones. 6. Diseñe y ofrezca mecanismos de comunicación con los profesionales líderes del programa en Lactancia materna de los niveles 1 y 2 de atención en salud y otras IPS 7. Demuestre a los colegas su disposición para la enseñanza y el aprendizaje en el cuidado durante la lactancia materna 8. Coordine la participación en eventos científicos y académicos para socializar la estrategia y experiencia del cuidado a madres, neonatos y familia durante la lactancia materna 9. Mantenga la información del programa actualizada y disponible para los profesionales que la soliciten con fines académicos y científicos 10. Envíe la información pertinente a las instancias institucionales y académicas que lo soliciten 11. Actualice regularmente el documento teórico/ conceptual 		

5.5 Objetivo cinco: Permitir o posibilitar

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FÍSICOS/LOCATIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilite a la madre, padre e hijo la experiencia del rol durante la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacítelos en temas de lactancia materna ▪ Promocione a nivel institucional material alusivo a la lactancia materna. 2. Brinde herramientas conceptuales, físicas y emocionales que promueva el empoderamiento del núcleo familiar en la lactancia materna. 3. Conforme grupos de madres para que compartan la experiencia de la lactancia materna 4. Evalúe la calidad del apoyo familiar con que cuenta la madre, para buscar alternativas de solución o fortalecerlo. 5. Evalúe el entorno en que vive la madre, para buscar alternativas de solución o fortalecerlo 6. Garantice la accesibilidad de la sala de lactancia materna del Hospital Regional de Sogamoso a todas las madres, hijos e hijas. 	<p>Enfermera profesional</p>	<p>Biblioteca Medios electrónicos de consulta Uso de folletos, afiches, volantes y material de divulgación</p>

5.6 Objetivo seis: Cuidado de enfermería y negociación de prácticas culturales

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS FISICOS/LOCATIVOS
<p>El profesional de enfermería debe reconocer e identificar las prácticas culturales que tienen las madres y sus familiares con respecto a la lactancia materna, para evaluar el grado de compromiso de la salud del niño, niña y la madre.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conozca las prácticas culturales en su región relacionadas con la lactancia materna 2. Consulte e identifique, cuál es el riesgo/beneficio de la práctica en la salud de la madre y el recién nacido. 3. Evalúe con otros profesionales la práctica y grado de compromiso de la salud de madres, niños y niñas si es necesario. 4. Evalúe junto con la madre y su familia las prácticas y tradiciones que tienen con respecto a la lactancia materna. 5. Identifique si son lesivas, medianamente lesivas o muy lesivas para la salud de ella y/o su hijo. 6. Negocie con la madre y su familia la práctica teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Conservándolas, si no son lesivas, • Modificándolas, si son medianamente lesivas • Suprimiéndolas, si son lesivas. 7. Respete las creencias y valores culturales de la madre y su familia y négocíelas si es necesario. 8. No imponga su conocimiento sobre el de la madre y familia, por el contrario asuma una actitud comprensiva y de negociación. 9. Respete las decisiones informadas, asumidas por la madre y continúe con la asesoría y acompañamiento durante la lactancia materna. 	<p>Profesional de enfermería</p>	<p>Salas de lactancia materna Modelos de simulación Papelógrafo- marcadores Folletos educativos e informativos</p>

ANEXO 1: Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

1. La glándula mamaria⁶⁴

La glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama, está compuesta por un parénquima glandular, que contiene alveolos y ductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche.

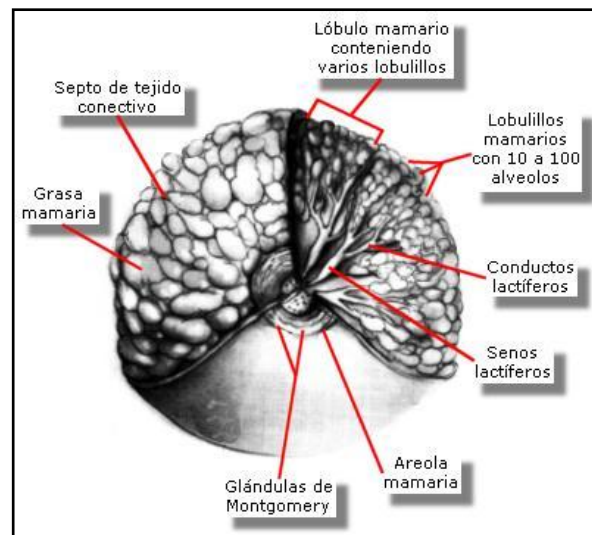
La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área superexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina "prolongación axilar". La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retromamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular.

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, estas

contiene estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar.

Como se presenta en el figura No. 2, las ramificaciones de los conductos terminan en conductillos cada vez más pequeños, de forma arbórea y terminan en los alvéolos, donde se encuentran las células alveolares, formadoras de la leche. Dichos alvéolos están rodeados de una malla mioepitelial, la cual al comprimirse por efecto de la oxitocina, hace salir la leche por los conductos galactóforos.

Figura No 2: Anatomía microscópica de la glándula mamaria



Fuente: Curso de lactancia materna. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria. Disponible en <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%20301%20-%202010.htm>. Consultado el 15 de agosto del 2011

1.2 Fisiología de la lactancia

1.2.1 Reflejo de producción de leche

El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.⁶⁵

1.2.2 Prolactina

Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica. Durante el parto, si la madre no ha sido tratada con analgésicos, y en el momento del nacimiento del hijo, durante la primera hora, están en contacto madre y bebé, se alcanzan los niveles más altos de endorfinas. Las endorfinas permiten a la madre identificar al bebé y crear lazos afectivos e inducen la liberación de la prolactina.⁶⁶

1.3 Reflejo de eyección de la leche

1.3.1 La oxitócina

Secretada por el cerebro primitivo y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche. En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles más altos de oxitocina, si están juntos el bebé y la madre “piel con piel”. Lo importante es que se contraigan las células mioepiteliales y creen una presión positiva en el sistema de conductos, y la leche llegará a los senos galactóforos, y de ahí pasa al bebé que los exprimirá con la acción de la lengua y la mandíbula.⁶⁷

ANEXO 2: Tipos de leche materna⁶⁸

Los tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, leche de transición, leche madura y leche del destete.

1. Calostro

El calostro propiamente se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura y 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. Además, tiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína.; gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y la gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido eficiente protección contra gérmenes y alérgenos del medio ambiente. Produce 57 Kcal./100 ml.

2. Leche de transición

Es la leche que se produce entre el 4^o y el 15^o día postparto. Entre el 4^o y el 6^o día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

3. Leche madura

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa calostrada antes de desaparecer totalmente. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal./ 100 ml.

4. Leche de madres de pretérmino

La leche de madre de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y sodio. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Aparentemente esta diferencia está determinada por la persistencia de la lactogénesis I (tipo calostro) debido a la falta de cierre de las uniones estrechas intercelulares. Esta leche se caracteriza también por una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres. 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, fósforo y de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos.

ANEXO 3: Ventajas de la lactancia materna⁶⁹

1. Para la Mama

- Ayuda a la liberación de oxitocina, favoreciendo el desprendimiento de la placenta y la involución uterina, reduce el riesgo de hemorragia postparto.
- Previene la anemia
- Previene el cáncer de mama y ovario
- Favorece la pérdida de peso
- Acelera el metabolismo del calcio previene la osteoporosis
- Evita la mastitis y la congestión de los senos ya que se vacían completamente, evitando que la inflamación de la glándula mamaria obstaculice la efectiva producción de leche.
- Previene la aparición de la artritis reumatoide
- Se reduce el riesgo de depresión post parto.
- Protege de un nuevo embarazo
- Optimiza en tiempo en el desarrollo de labores en el hogar.

2. Para el Bebe

- Protege al niño contra las enfermedades infantiles más comunes como: enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, otitis media, enfermedades del tracto urinario, diferentes tipos de cáncer, diabetes, sepsis
- Propicia el desarrollo adecuado de los maxilares debido a la fuerza que el niño tiene que ejercer para succionar la leche, favoreciendo el desarrollo de los músculos fonarticuladores, facilitando así la adquisición temprana del lenguaje.
- Promueve la salud mental, promueve el desarrollo de una personalidad segura e independiente
- Protege al prematuro contra enterocolitis necrotizante.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita.
- Mejora el efecto de las vacunas.
- Disminuye el riesgo de obesidad.

- Ayuda a que el bebé desarrolle un sentido de confianza.
- El infante establece una relación estable y afectiva con la madre.
- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.
- Previene la caries
- La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño.
- A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre.
- Cuando el bebé lacta por completo una mama se obtiene la mejor nutrición para el bebé, ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías.
- Protege de la anemia por carencia de hierro
- En el recién nacido ayuda a resolver problemas de ictericia al poseer la enzima glucoronil-transferasa quien es la responsable de que la bilirrubina no se almacene en los tejidos sino que sea metabolizada y excretada hacia el intestino delgado.
- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual
- Protege al niño de posibles alergias.

3. Para la Economía

- Menor gasto de dinero en leches de formula, biberones, chupos, dispositivos especiales para esterilización.
- Ahorro en cuentas por consulta médica ya que el bebe se enferma menos.

4. Para el país

- Menor ausentismo laboral de la madre
- Produce adultos más fuertes, sanos e inteligentes que representan desarrollo para el país
- Menos gastos al sistema de salud.

5. Para el planeta

- Todas las madres del mundo producen 20 millones de toneladas de leche al año. Sólo en India se necesitarían 135 millones de vacas para sustituir la lactancia materna.

- No necesita tratamientos especiales que requieran gasto energético en su elaboración.
- La leche artificial en cada etapa de su ciclo de vida ambiental: producción, distribución, consumo y evacuación, agota recursos naturales escasos y contribuye a la contaminación y los consecuentes daños ecológicos.
- Ahora energía: no hay que transportarla, no hay que gastar electricidad o gas en hervirla...Contribuye de esta forma a evitar el calentamiento global.
- No es necesario envasarla, con lo cual nos ahorramos la fabricación del envase, con todo lo que conlleva, y también nos ahorramos la generación del residuo una vez el envase está vacío.

ANEXO 4: Recomendaciones generales para la madre

1. Baño general diario. Durante el baño realice palpación de sus senos y verifique que estén blandos, sin nódulos o tumoraciones (acumulación de leche).
2. Lavado de manos antes de lactar al niño.
3. El niño debe estar limpio y seco para ser alimentado.
4. Mantenga al niño descubierto (libre de cobertores) mientras lo lacta, para evitar que se duerma. Lo anterior permite contacto libre y estrecho con su madre.
5. Evite mover el niño bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
6. Adopte la posición más cómoda, ya sea sentada o acostada con la espalda bien apoyada.
7. No se debe lavar la mama, antes ni después de dar de comer al niño o el pezón antes y después de amamantar al niño.
8. Haga extracción de una pequeña cantidad de leche y aplique en el pezón antes y después de amamantar al niño.
9. La humedad favorece la proliferación bacteriana (infecciones) y formación de fisuras, por tanto después de amamantar airee los senos durante el mayor tiempo posible.
10. Si durante los primeros días de lactancia presenta fisuras y dolor en los pezones no la suspenda, trátelos con leche materna y utilice la técnica correcta de amamantamiento. Consulte a un grupo de apoyo comunitario o a una institución de salud.
11. Para mantener la producción y secreción de leche, recomiende a la madre dar a libre demanda, estar tranquila, feliz y descansar mientras su hijo duerme.
12. Coloque al niño de tal forma que sus bracitos no interfieran entre la boca y el seno, el contacto con el seno materno debe ser estrecho.
13. Mientras el niño amamanta, su cuerpo debe estar frente al de la madre sin que tenga que extender o girar la cabeza para comer.
14. Coloque al niño en el seno hasta que lo desocupe y páselo al otro seno. En la próxima toma inicie con el último seno que ofreció en la toma anterior.
15. Cuando la lactancia es exclusiva y a libre demanda, el niño no necesita recibir agua ni jugos. La leche materna suple las necesidades nutricionales y de líquido en el niño.
16. Durante los tres primeros meses de lactancia evite cualquier ejercicio fatigante.
17. Es indispensable consumir alimentos de todos los grupos de forma variada. Si se tiene intolerancia a algún alimento en concreto siempre se puede buscar otro que sea equivalente.

18. Hay que evitar los alimentos o condimentos que se asocian a molestias digestivas como la pimienta o el limón, vegetales ricos en ácidos aromáticos como pimiento, pepino, cebolla o coliflor, alimentos que produzcan flatulencia como col, lentejas y garbanzos, y cualquier alimento que no se digiera bien.
19. Conviene disminuir los alimentos ricos en azúcares y harinas (bollería, pastelería industrial), así como los alimentos fritos y excesivamente grasos (patatas chips, patatas fritas, charcutería y rebozados).
20. La natación es uno de los ejercicios más completos y se puede hacer a partir de las seis semanas del parto.
21. Evitar el ejercicio intenso y descansar cuando el cuerpo lo pida.
22. Se tiene que mantener una hidratación adecuada y llevar ropa que favorezca la transpiración.
23. Conviene seguir las normas relacionadas con la correcta higiene postural y buscar la mejor posición para dar el pecho. Si se da el pecho sentada, mantener la columna muy enganchada a la parte posterior del asiento.
24. La madre tiene que recibir ayuda para hacer todas las actividades que no dependen de ella directamente. De hecho, sólo hay una actividad que no puede hacer nadie por ella: dar el pecho. El resto de actividades, en la medida de lo posible, las tendría que delegar.
25. La madre tiene que intentar descansar cuando el bebé también lo hace y por las noches procurar dar el pecho recostada, puesto que esto favorece el descanso de la madre y a la vez, si se hace con luz tenue y en silencio, el bebé puede ir diferenciando la noche del día, la actividad del reposo.
26. Reducir las situaciones que provocan estrés y pedir ayuda.
27. Comer fruta y verdura cada día. De dos a tres frutas medianas, un plato de verdura y un plato de ensalada ya es suficiente.
28. Incluir legumbres y frutos secos en la dieta por la gran aportación de fibra.
29. Introducir alimentos integrales, como el pan, los cereales, la pasta o el arroz.
30. Se pueden añadir semillas de linaza en los yogures, en las ensaladas o en las cremas de verduras para aumentar el contenido en fibra.

ANEXO 5: Valoración de la madre para la lactancia materna

La valoración para iniciar la lactancia materna se debe encaminar en la búsqueda de las condiciones físicas, personales, biológicas, emocionales, psicológicas, sociales y ambientales que rodean a la madre, el niño, la niña y la familia. Se debe tener en cuenta que antes de realizar un contacto físico directo con la madre para la asesoría en lactancia, se debe entablar una comunicación verbal, observar de manera atenta:

1. Datos personales:

Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono.

2. Anamnesis:

2.1 Antecedentes personales:

Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicoalérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo), farmacológicos.

2.2 Antecedentes ginecológicos:

Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados

2.3 Antecedentes obstétricos:

Numero de gestaciones, número de partos, vía del parto (vaginal o abdominal), intervalos intergenésicos, fecha del último parto, embarazo con feto único o múltiples, prematuro, a término o prolongado.

2.4 Antecedentes familiares:

Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas.

2.5 Gestación actual:

Edad gestacional, fecha de última regla (FUR), fecha probable de parto (FPP)

3. Personales:

Conocimientos sobre la lactancia materna, técnica, extracción y almacenamiento de la leche, experiencia del embarazo y el nacimiento, autoestima y autoconcepto, ansiedad, depresión, conflicto o esfuerzo con adaptación del rol, confianza en sí misma y el en rol de madre, unión al niño, relación padre- madre capacidad para captar señales⁷⁰.

4. Ambientales:

Principales escenarios en los que se desarrolla la madre, su hijo, hija y familia, las principales redes apoyo con las que cuenta la madre, (emocionales, informativas y físicas)⁷¹, actitudes de crianza.

5. Examen físico

5.1 Tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

5.2 Luego de indagar con la madre sobre sus conocimientos en lactancia materna, se debe, valorar (indicar a la madre que debe realizar una valoración diaria desde la zona axilar hacia el centro del seno), no olvide que debe solicitar el permiso de la madre para el contacto físico directo con ella:

- a. **Mama:** tamaño, forma, características de la piel, zonas de enrojecimiento e induraciones, masas y de manera conjunta educar a la madre sobre el examen de seno.
- b. **Pezones:** Tipo de pezón: normales, largos, planos, cortos o invertido, evaluar la condición del mismo, tejido integro, lacerado o agrietado
- c. Características de la leche.
- d. Técnica de amamantamiento.

Utilice la información obtenida para planear el cuidado y la asesoría individualizada que la madre necesita.

ANEXO 6: Valoración del niño y la niña: reflejos importantes para la lactancia materna⁷²

La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta "unidad de succión" que trabajan en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño la degluta sin atragantarse. La valoración anatómica y fisiológica de la boca y todas aquellas estructuras que intervienen en el proceso de respiración succión y deglución deben realizarse desde gestación y verificarse inmediatamente después del nacimiento, de esto depende el inicio temprano de la lactancia materna o indicar las intervenciones y correcciones de este proceso cuando sea necesaria.

La exploración del sistema estomatoorgánico debe de realizarse de afuera hacia adentro empezando por la simetría de la cara, la cual debe mantener una relación funcional entre una estructura y otra, esto incluye la posición de los pómulos, el tamaño y la relación que guardan los maxilares entre sí. La articulación temporo mandibular es la única articulación doble que conecta los dos lados de nuestro cuerpo. Esta característica hace que su funcionamiento normal sea de movimientos simétricos y equilibrados con respecto a la línea media corporal. Esta es una de las razones fundamentales por la que el niño no debe voltear la cabeza para mamar, ya que al tener la cabeza rotada, la contracción asimétrica de los músculos entorpece la mecánica funcional de la succión-deglución-respiración. En los labios se observa la simetría tanto en tamaño como en movimiento, se debe determinar la presencia de labio fisurado u otras malformaciones menos frecuentes. La mucosa debe encontrarse rosada, integra sin masas ni pigmentaciones, en el recién nacido presenta pequeñas papilas mucosas o vellosidades (pars vilosa), que sirven para dar a los labios mayor sensibilidad y mejor adherencia al pecho. Las encías deben mantener el color de la mucosa, a lo largo de los rodetes y en el paladar se pueden encontrar formaciones de color blanco-grisáceo (nódulos de Bohn) constituidos por restos embrionario de tejido glandular mucoso que se desprenden espontáneamente a las pocas semanas.

El paladar duro y blando debe ser valorado sin excepción en todos los recién nacidos dada su importancia en el proceso de succión, se debe verificar forma e integridad y buscar la presencia de fisuras o hendiduras en algunas ocasiones puede encontrarse el torus palatino que es una protuberancia del hueso que no tiene significado patológico ni funcional. El paladar blando o velo y la úvula tienen una activa participación en el sincronismo funcional de la succión deglución- respiración y en la formación de estructuras del complejo otorrinolaríngeo.

1. Fisiología de la succión – deglución

1.1 La succión

La formación embriológica temprana de las estructuras bucales, permite que el niño ejercite la succión y la deglución mucho antes de nacer. La necesidad de succión es imperiosa para el niño. Al cortar el cordón umbilical se suspende el suministro de nutrientes y agua, y esta necesidad se intensifica. El recién nacido normal cuenta con un patrón de habilidades neurosensoriales y reflejos incondicionados, propios de la especie, que le permiten reptar e ir en busca del pecho si se lo deja sobre el abdomen de su madre durante los 25 a 30 minutos siguientes al nacimiento. Lo característico de la succión es que constituye una función que está codificada genéticamente para ejercerse por un tiempo determinado, y posteriormente extinguirse en forma progresiva a medida que el niño no necesita de ella porque adquiere nuevas habilidades para alimentarse. La prolongación de la lactancia de pecho más allá de los 6 meses, alternada con alimentación proporcionada con cuchara, no altera estos patrones. Sin embargo, la prolongación de la succión como única forma de ingerir líquidos o como hábito de succión varía, más allá del tiempo que está programada como función básica, se considera una disfunción e interfiere en menor o mayor grado en el desarrollo normal de las estructuras morfo-funcionales del sistema estomatognático.

1.2 La deglución

▪ Deglución del lactante, deglución infantil o visceral

La deglución en el lactante es una función instintiva, refleja e involuntaria. Está condicionada sólo para tragar líquidos. Necesita de un cierre bucal hermético anterior y de una fuerza negativa de vacío interior. El cierre anterior se hace con el adosamiento íntimo de los labios del niño contra la areola del pecho y la fuerza de vacío, con el leve movimiento de descenso del complejo linguo-mandibular. En la deglución del lactante la lengua permanece en posición adelantada y la punta sobrepasa los rodetes maxilares, manteniendo la posición que adopta para succionar. Esto permite despejar la zona faríngea para que el niño pueda respirar y deglutir alternadamente sin cambiar la lengua de posición. Si el niño no ubica la lengua en esa posición para succionar y deglutir, se produce una distorsión funcional que altera el equilibrio neuromuscular orofaríngeo (disfunción motora oral). La deglución se modifica notoriamente con el desarrollo. A medida que aparecen los dientes, la deglución del lactante deja de ser un díptico funcional con la succión y progresivamente se transforma en deglución somática o deglución adulta.

- La deglución somática o deglución adulta

Después que aparecen los primeros dientes, cambia la percepción sensorio-espacial de la lengua y de los labios. La lengua se ubica en posición retrodentaria y los labios se juntan para hacer el cierre anterior y deglutir sin que se escape el alimento. La nueva percepción sensorio-espacial permite a la lengua percibir el alimento colocado en la parte anterior y llevarlo a la parte posterior, participando en la deglución como órgano deglutorio. Desde el punto de vista funcional, es el momento de introducir alimentos de mayor consistencia y de suprimir la succión como única forma de alimentar al niño. La aparición progresiva de nuevos dientes incrementa las percepciones sensoriomotoras y marca diferentes etapas de madurez funcional del sistema estomatognático. Una succión-deglución eficiente permite desarrollar y madurar las praxias bucales básicas sobre las cuales se instalan progresivamente las nuevas funciones orofaríngeas.

2. Reflejos y condiciones del niño que favorecen la lactancia

REFLEJO	DESCRIPCIÓN
✓ Reflejo de búsqueda del pezón y de apertura de la boca	Permite que el niño voltee la cabeza y abra la boca afanosamente buscando el pezón cuando algo roza su mejilla o sus labios. Cuando abre su boca para buscar el pezón, la lengua se ubica aplanada en el piso de la boca para recibirlo. Es un reflejo muy activo en el recién nacido normal y en el niño pequeño. Cuando se inicia la mamada, el ideal es estimularlo tocando el labio.
✓ Reflejo de protrusión lingual	Permite a la lengua adelantarse y ubicarse entre los rodetes maxilares para envolver con su punta al pezón y la parte inferior de la areola, para contribuir al cierre hermético anterior de la boca, hacer la fuerza de vacío y mantener el sincronismo succión deglución.
✓ Reflejo de succión	Permite que el niño efectúe los complejos movimientos linguo-mandibulares para succionar el pecho. La posición de la boca y la forma en que el niño agarra el pezón, originalmente es un reflejo instintivo, pero cuando al recién nacido no se le ha permitido succionar oportunamente el pecho (como función refleja incondicionada), es necesario ayudarlo para que lo haga en forma correcta. Las primeras experiencias adecuadas de amamantamiento son la base de los patrones funcionales de succión-deglución-respiración.
✓ Reflejo de deglución	Permite al niño deglutir en forma refleja el alimento líquido que llega al fondo de su boca (límite del paladar duro-blando).
	Permite al niño expulsar instintivamente de su boca alimentos que no

REFLEJO	DESCRIPCIÓN
✓ Reflejo de extrusión	sean líquidos, o elementos que no tengan la textura del pecho de su madre o el olor y sabor de su leche. Este reflejo también se extingue a medida que aumenta la sensorialidad de la boca y de la lengua para aceptar diferentes texturas y sabores.
✓ Agudeza sensorial	Permite al niño discriminar el olor de su madre, el sabor de su leche, el tono de su voz, la calidad de su contacto corporal y la imagen de su rostro. Los primeros esquemas de estímulorespuesta sensorial crean en el niño patrones de interacción social con su madre, mediante los cuales manifestará sus necesidades.
✓ Reflejo neuro hormonal del hambre	El vaciamiento gástrico produce en el niño la necesidad de recibir más aumento y a la vez más agua. Se manifiesta como una inquietud y una actitud corporal característica y con una intensificación de los reflejos de búsqueda del pezón y de la necesidad de chupar. El llanto por hambre es también muy característico. Este reflejo está interconectado con los reflejos de producción de leche en la madre.
✓ Reflejo neurohormonal de saciedad	Permite al niño suspender la succión activa cuando ya se ha alimentado suficientemente. Puede seguir pegado a pecho haciendo leves movimientos intermitentes de succión o retirarse de él para continuar durmiendo placenteramente. Si se intenta despertarlo para que siga mamando, no abre la boca; si se insiste en ello, voltea la cabeza rechazando ostensiblemente el pecho.

3. Inducción de reflejos para la lactancia materna.

3.1 Técnicas específicas.

REFLEJO	ESTIMULACION
1. Para estimular el reflejo de búsqueda y el de succión	Mediante estimulaciones efectuadas con la ayuda de un dedo, desplazados desde la mejilla hacia el orbicular de la boca. Se puede acercar el dedo a la boca para inducir el reflejo.
	El cierre de los labios y mandíbula son muy importantes para evitar que la saliva y el alimento salgan fuera de la boca. La mandíbula se mantiene cerrada, estimulando la zona peribucal en dirección al cierre de la propia mandíbula y de

REFLEJO	ESTIMULACION
<p>2. Ante las alteraciones en el cierre de los labios y mandíbula.</p>	<p>los labios.</p> <p>Si existe una asimetría facial, y el cierre de los labios es asimétrico, la estimulación debe reforzarse más en el lado afecto.</p> <p>En caso de un hipertono que dificultase el cierre de los labios, se ha de introducir el dedo índice dentro de la boca y realizar un estiramiento. Se puede intercalar pequeñas sacudidas para disminuir el tono.</p>
<p>3. Dificultad de apertura bucal.</p>	<p>Se procura insensibilizar este reflejo de mordedura. Para ello se intenta deslizar poco a poco un dedo en el interior de la boca colocándolo primero entre la encía y la mejilla y, a continuación, entre las encías superior e inferior, preparándose para sacarlo rápidamente.</p> <p>Cuando es capaz de controlar la apertura bucal hay que analizar que la capacidad de succión no desencadene un nuevo cierre reflejo.</p> <p>Para favorecer la apertura bucal la cuchara se presenta lateralmente y se apoya un poco sobre el lado inferior.</p>
<p>4. Dificultad para mover la lengua</p>	<p>La elevación del tercio posterior de la lengua se consigue presionando con el dedo índice hacia abajo y hacia atrás, en el tercio anterior de la lengua. Cuando la lengua se encuentra pegada al paladar se intenta deslizar la tetina, o el dedo, entre el paladar y la lengua. La movilidad lateral de la lengua se estimula realizando vibraciones con el dedo medio en la parte inferior lateral de la lengua. Se debe intercalar la vibración con la estimulación del cierre de los labios para que el niño tenga la posibilidad de deglutir.</p> <p>Existen otros problemas como el ahuecamiento inadecuado de la lengua o una coordinación imperfecta, la solución es introducir los alimentos en la boca a mayor profundidad.</p> <p>Más adelante se va acercando, de forma progresiva, al orificio de la boca. Si la elevación de la lengua es</p>

REFLEJO	ESTIMULACION
	<p>insuficiente, el fisioterapeuta puede pegar en el paladar del niño alimentos como chocolate o mermelada que el niño buscará automáticamente. Todas las técnicas intrabucales generan una gran producción de saliva. No hay que olvidar que, cada poco tiempo, se debe permitir al niño que degluta.</p>
<p>5. Problemas en la coordinación succión-deglución-respiración.</p>	<p>La sincronización se ve favorecida por pausas respiratorias. La respiración y la deglución están íntimamente unidas. Para establecer un buen ritmo respiratorio es imprescindible realizar un buen trabajo de fisioterapia respiratoria (expansiones costales, técnicas de desobstrucción bucal).</p> <p>La capacidad del fisioterapeuta para controlar tanto la función alimentaria como la función respiratoria le confiere un lugar preferente como <<reeducador de la deglución>>.</p>
<p>6. Boca hipersensible.</p>	<p>Con la mandíbula cerrada se golpean los labios del niño en dirección al cierre. Progresivamente se introduce un dedo dentro de la boca y se friccionan las encías. Poco a poco se adentra más abordando la lengua, la parte interna de las mejillas.</p>
<p>7. Estimular la deglución</p>	<p>La mejor preparación para la deglución es la masticación, para ello es importante educar bien la masticación. La estimulación de la pared posterior de la faringe y de la base de la lengua son los puntos de partida para el estímulo del reflejo deglutorio. El reflejo deglutorio se estimulará aplicando frío sobre los pilares anteriores de velo del paladar.</p> <p>Una deglución ruidosa puede ser signo de falta de coordinación. Puede tener dificultad para deglutir por exceso de saliva en la orofaringe. Una técnica eficaz consiste en tirar de la mandíbula hacia delante, colocando el pulgar detrás de los dientes de la mandíbula inferior y el índice por debajo el mentón, ello permite tirar suave y progresivamente de la mandíbula hacia delante.</p>

ANEXO 7: Técnica de amamantamiento

La técnica de amamantamiento tiene su base en la ergonomía buscando mantener una posición cómoda, anatómica y funcional durante la alimentación al pecho materno. Tiene dos conceptos básicos: posición y agarre los cuales se complementan con una succión adecuada.

1. Posición

Hace referencia a la relación que guarda el cuerpo del bebe frente al cuerpo de la madre. La demostración más comúnmente realizada es aquella en la cual la madre se encuentra

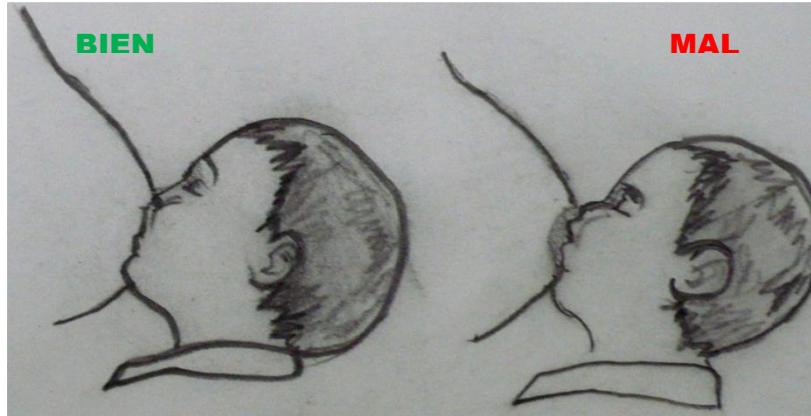
sentada con la espalda recta guardando un ángulo de noventa grados entre la espalda y los muslos al igual que los muslos con las piernas, sus pies deben estar apoyados en el piso o en una escalerilla u otro elemento de apoyo si esto no es posible. El cuerpo del bebe debe estar frente al



de la madre “barriga con barriga” la cabeza puede estar apoyada en el ángulo del antebrazo y el brazo y la mano puede estar sosteniendo la espalda y la colita del bebe, dándole seguridad. La cabeza del bebe debe encontrarse en una posición más alta que el resto del cuerpo previniendo el reflujo.

2. Agarre:

Los labios del niño deben tener la boca bien abierta y debe cubrir gran parte de la areola, el labio inferior estará evertido y la lengua acanalada por debajo del pezón y rodeando. Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo



3. Ciclo respiración succión deglución

Una de las más importantes habilidades que debe desarrollar el recién nacido la capacidad de realizar cíclicamente estas tres acciones durante el amamantamiento, una falla causa obstrucción de la vía aérea en el niño, temor y desconfianza en la madre. Es una dificultad común en la alimentación de prematuros extremos.

4. Succión efectiva

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión.

Lo normal es que si hay silencio ambiental la madre pueda escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observa un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando. Además podrá ver que:

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hunden, sino que se ven redondas y llenas.

5. Posiciones para amamantar

Las madres y sus hijos o hijas pueden adaptar diferentes posiciones durante la alimentación al pecho, la más recomendada debe ser aquella en la que los dos se sientan más cómodos.

5.1 Posición sentada

La espalda debe estar recta y apoyada en el espaldar de la silla. El cuerpo del bebé frente al de la madre, es decir barriga con barriga. La cabeza, la nuca y la espalda del bebé deben estar sobre el brazo. Se debe acercarse al bebé, de manera que la boca y la nariz queden frente al seno. El bebé debe abrir bien la boca de manera que agarre el pezón y la mayor parte de la areola; el mentón del bebé deberá estar tocando el seno. Si la succión es dolorosa, se coloca a un lado de la boca del bebé el dedo meñique y una vez el bebé suelte el seno, se intentará nuevamente.



5.2 Posición acostada

La madre y el bebé se recuestan de lado viéndose el uno al otro, el cuerpo del bebé debe estar de frente al de la madre, es decir barriga con barriga. La madre puede apoyar su cabeza en una almohada y abrazar a su bebé acercándolo a su cuerpo y dando apoyo a la cabeza, facilita visualizar el agarre y la succión efectiva. Esta posición es usada por las madres en puerperio inmediato y durante la noche.



5.3 Posición de balón de futbol americano o de sandia

Esta posición es útil después de una cesárea cuando el sitio de incisión es dolorosa, aunque también es frecuente en el amamantamiento de gemelos ya que facilita la alimentación de los dos bebés al tiempo. La madre debe sentarse y tomar la cabeza del bebé entre su mano sosteniendo el cuerpo con el antebrazo, las piernas y pies del bebé estarán debajo del brazo. El peso del bebé y el tiempo que se emplea para lactar pueden cansar a la madre así que se puede utilizar una almohada sobre la que se recuesta el bebé o los bebés en caso de los gemelos.



5.4 Posición de caballito

Posición adecuada para niños un poco más grandecitos que pueden sostener la cabeza y la espalda, el niño debe sentarse a horcajadas sobre una de las piernas de madre mientras esta sostiene su cuerpo y su espalda con ambas manos. Puede ser útil para bebés con dificultades de agarre al pecho. Es conveniente que al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte "hacia arriba" en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.



ANEXO 8: Extracción manual y conservación de la leche administración con taza y cucharita

La extracción manual de la leche tiene dos fines principales evitar la congestión mamaria y todas las complicaciones que esta puede derivar y alimentar al bebe que no puede ser amamantado (madres con pezón invertido, dificultades para coordinar el ciclo respiración-succión-deglución, bajo peso o prematurez, enfermedad de la madre o el niño o separación durante la jornada laboral, etc). El lugar apropiado para extraer la leche es aquel que ofrezca comodidad y privacidad a la madre, debe contar con el tiempo suficiente y los elementos necesarios. Se debe elegir un frasco limpio con tapa de boca ancha y que haya sido destinado para tal fin, lavarse las manos cuidadosamente, sentarse o quedarse de pie cómodamente, realizar masajes circulares alrededor del pecho para estimular el reflejo de producción y luego el masaje de peinado para estimular el reflejo de eyección. La posición más adecuada para extraer la leche es el dedo pulgar sobre el pecho por ENCIMA del pezón y la areola, y el índice POR DEBAJO, opuesto al pulgar. Con los otros dedos se sostiene el pecho y se empuja la mama hacia atrás acercándola a la pared torácica luego se presiona el pulgar y el índice en movimiento de pinza exprimiendo suavemente luego se suelta, se cambian los dedos de posición y se repite varias veces el procedimiento. Recuerde desechar el primer chorro de leche, este no se debe almacenar

Figura 3. Masaje para extracción de leche



La leche debe conservarse en refrigeración y transportarse en una caja térmica, se puede congelar o continuar su refrigeración o suministrarse al niño con taza, cucharita o sonda orogástrica en niños hospitalizados.

La leche no debe calentarse en horno microondas o directamente al fuego, sino que el recipiente que la contiene debe colocarse dentro de otro con agua caliente. Ninguno de los recipientes debe colocarse al fuego.

El tiempo de conservación de la leche depende del clima y de la forma como se almacene: a medio ambiente puede usarse entre 4 a 6 horas después de extraída, refrigerada tres días y congelada hasta un mes. Antes de realizar consejería, acompañamiento y educación a la madre y su familia consulte los tiempos de conservación de la leche materna ya que es un tema de investigación constante y cuyos parámetros varían de acuerdo a los resultados obtenidos.

ANEXO 9: Problemas durante la lactancia descripción y manejo

1. Agrietamiento de pezones

Una de las dificultades más usuales en la consulta de las madres que manifiestan una lactancia dolorosa y la causa de abandono, la causa más común del agrietamiento es un inadecuado agarre del pezón, también por que el niño no abre la boca para soltarlo al terminar de lactar y madre lo hala. Para disminuir el dolor y permitir que sanen las áreas afectadas es indispensable revisar la posición de amamantamiento (barriga contra barriga), favorecer en el niño un buen agarre de pezón e introducirle lateralmente en la boca el dedo meñique de mamá al terminar de mamar para que el bebé suelte más fácilmente el pezón.

Cuidado de los pezones agrietados

- Los emplastos de ahuyama cruda rayada así como de tomate colocados sobre el pezón lastimado, actúan como anti-inflamatorios naturales.
- Enjuagar los pezones con agua de la flor de la caléndula después de lactar ayuda a que las fisuras no se infecten con los residuos de leche unidos a la saliva del bebé.
- Exponer los pezones al aire y al sol ayudan a cicatrizar las fisuras.
- Evitar el uso de jabón y talcos sobre los pezones pues produce mayor resequeidad.

2. Congestión de senos

Complicación que se presenta después de los primeros dos días pos parto y es causada por la falta de succión temprana y/o la extracción manual de la leche ocurre en madres que tienen dificultades en la técnica de amamantamiento, las que alimentan a sus hijos con leche de fórmula o en las que no han podido amamantar por razones médicas. Los principales signos son: dilatación vascular, edema, dolor, enrojecimiento, sensación de pesadez y endurecimiento del pecho. El tratamiento para la congestión de los senos es la alimentación a libre demanda, ordeño manual en caso de que la extracción de leche por succión sea insuficiente, reposo y alternar terapia con calor y frío.

3. Quistes lácteos

Cuando la leche no fluye permanentemente a través de los conductos por insuficiente succión del bebé, ésta tiende a obstruirse formando una masa dolorosa llamada quiste lácteo por retención. Este se trata con masaje circular sobre la masa, calor local y extracción manual de la leche.

4. Mastitis

Es la complicación que sucede a la plétora y estasis de leche ocurre cuando la leche retenida se infecta localmente y se propaga a los tejidos vecinos. La madre tiene los mismos síntomas de la plétora pero mucho más acentuados; dilatación vascular, dolor, enrojecimiento, sensación de pesadez, además de compromiso sistémico demostrado por fiebre y leucocitosis en algunos casos.

El tratamiento es la evacuación de la leche infectada y administración de antibióticos y analgésicos. La mastitis no es una contraindicación de la lactancia, por el contrario, se estimula a que la madre continúe amamantando a su bebé para desocupar los conductos.

ANEXO 10: Niños en situaciones especiales

a. Niño (a) con labio y / o paladar fisurado

Es importante que el niño(a) de forma inmediata en el periodo de recién nacido para aprovechar la erección del pezón y del cono areolar producido en el momento del parto y la flacidez que presentan las mamas antes de la bajada de la leche, el postergar o distanciar las primeras tomas de leche, hace que se congestionen y endurezcan las mamas con lo cual se aplanan los pezones y se borra el cono areolar, con lo cual el niño(a) no puede realizar un buen acoplamiento lo que dificulta significativamente la función de succión, por ello lo más importante en el manejo de estos niños(as) es comprobar si este es capaz de un correcto sellado, consiguiendo una succión y presión negativa adecuadas. El niño(a) con fisura palatina debe ser amamantado en posición vertical, idealmente “caballito”. Si empleamos una buena técnica con una posición adecuada, el mismo cono areolar cierra la fisura, permitiendo una adecuada extracción de láctea con una deglución sin atragantamiento ni reflujo nasal.

No existe contraindicación de amamantamiento durante el periodo de post operatorio inmediato para un niño fisurado al cual se le ha practicado cirugía correctora de su defecto oral, pues la fisiología de la succión acompañada de la presencia de leche materna, favorecen el cierre y la cicatrización de las suturas, debe considerarse también, que la succión satisfecha previene el llanto lo que constituye un riesgo menor de posibles aberturas de las suturas.

1. Labio leporino unilateral:

La madre debe dirigir el pezón al lado no afectado, utilizando diferentes posiciones, por ejemplo, Posición caballito, y se puede sellar la hendidura del labio con la propia glándula mamaria o con el dedo de la madre.

2. Labio leporino bilateral:

En este caso se aconseja la posición balón de fútbol o caballito. Si no se consigue un amamantamiento eficaz se puede aconsejar a la madre que debe alimentarlo con leche extraída con vasito, cuchara o chupetes especiales.

b. Síndrome de Pierre Robin

Suele presentarse solo, como una falta de desarrollo mandibular o micrognatia, la mayor parte de los casos se acompaña de una fisura palatina posterior. La mayor dificultad para amamantar se presenta cuando hay una microglosia y la fisura velar mantiene a la

lengua en forma permanente en posición retraída. En estos casos, la complicación mayor suele ser la dificultad respiratoria y el riesgo de asfixia provocado por la caída de la lengua en la retrofaringe (glosoptosis, suele ser necesario fijar quirúrgicamente en forma temporal la lengua efectuando una linguo-queiloplastía.

En el caso de un Pierre Robin leve, con una lengua que protruya lo suficiente, se puede intentar amamantar, ayudando para ello con la posición de la mano de bailarina debajo del mentón, empujando suavemente la región retromandibular con la mano que afirma la cabeza y siguiendo el ritmo de la succión. En los casos más severos, se hace necesario administrar la leche materna extraída con una mamadera adecuado a la condición del niño(a), manteniéndolo en posición vertical.

c. Lactancia materna y VIH

El VIH puede transmitirse en cualquier momento durante la lactancia materna, la interrupción temprana reduce el riesgo de transmisión debido a que se reduce el tiempo de exposición del lactante al virus que hay en la leche materna. El momento más adecuado para suspender la lactancia es cuando la alimentación de reemplazo sea aceptada, sostenible, asequible para la madre y el recién nacido. Para las madres que viven con el VIH/SIDA existen diferentes opciones para la alimentación de sus hijos, entre las cuales se incluyen:

- Leche humana proveniente de donantes VIH negativa y/o de Bancos de Leche.
- Fórmula comercial, cuando sea aceptable, factible, costeable, sostenible y segura.
- Preparación casera con suplementos de micronutrientes.

El papel del personal de salud y consejería es fundamental en el entendimiento y comunicación de alternativas de alimentación infantil. La correcta comunicación y aplicación de un protocolo de manejo de alimentación infantil, puede permitir salvar vidas y/o prevenir tanto la mortalidad como la morbilidad en la población con mayores carencias nutricionales y económicas.⁷³

d. Nacimiento por cesárea⁷⁴:

Después de una cesárea, muchas inquietudes surgen con respecto a la alimentación del recién nacido. Una de ellas es si la cesárea afecta de alguna manera la lactancia. Edna Granados, miembro de la Liga colombiana de la leche, dice que no. “Lo que puede afectar la lactancia después de una cesárea es que el bebé no se ponga rápido al pecho, ya que esto ocasiona problemas como que no succione correctamente por ejemplo”, explica. Es importante discutir con el obstetra que hace el seguimiento del embarazo o con quien atenderá el parto sobre cómo proceder después de la cesárea. Si la mamá

desea amamantar a su hijo cuando el procedimiento termine, es conveniente preguntarle al médico qué tipo de anestesia usará (general o epidural) para saber qué tan consciente estará una vez terminada la cirugía. Cuanto más pronto la madre ponga al bebé al pecho, esto favorecerá el buen comienzo de la lactancia. Hoy en día, se amamanta al bebé muy rápido después de la intervención, siempre y cuando no haya complicaciones. La madre puede hacerlo acostada, con el recién nacido al lado debidamente apoyado.

e. Nacimiento Múltiple⁷⁵:

En el caso de embarazos múltiples, es muy importante la ayuda externa para las tareas de la casa, para evitar llegar al agotamiento que conlleva la atención continua de dos bebés recién nacidos. Con el tiempo te darás cuenta que lo harás mucho más rápido amamantándolos simultáneamente.

Las posiciones pueden ser sentada cómodamente en un sillón o en la cama poniendo almohadones que rodeen a los bebés para evitar caídas. Recuerda siempre cambiar la posición de los bebés mientras los estás amantando para el completo vaciamiento de todos los cuadrantes de la glándula mamaria. No creas que la cantidad de leche que produzcas va a ser insuficiente para tus dos hambrientos bebés, ya que la doble estimulación de las mamas hará que la producción de la leche en tus senos aumente.

f. Recién Nacido hospitalizado

1. Permitir la presencia permanente de la madre al lado del niño.
2. Educar a la madre acerca de:
 - Lavado de manos.
 - Colocación del niño al seno teniendo en cuenta las recomendaciones especiales.
 - Cuidados del niño: baño según indicaciones, profilaxis umbilical y oftálmica, cambio de pañal, etc.
 - Estimulación adecuada: hablarle, consentirle y establecer contacto piel a piel, colocando la palma de la mano sobre el tronco del niño.
 - Extracción manual de la leche cada tres horas o según indicación.

J. Recién Nacido prematuro o de bajo peso⁷⁶

Es el recién nacido con peso menor de 1500 grs. Relacionado con la edad gestacional. Dado que la succión del prematuro es poco vigorosa y se presenta inmadurez e incoordinación de los mecanismos de succión - deglución, se deberá hacer lo siguiente:

- Enseñe a la madre técnicas de amamantamiento teniendo en cuenta las características especiales del niño prematuro.
- Lactancia Materna a libre demanda.
- Enfátice a la madre la importancia de ofrecer el seno con mayor frecuencia al prematuro.
- Realice extracción manual frecuente, para aumentar la producción de leche materna.
- Suministre al prematuro leche materna, utilizando taza o cuchara como complemento de cada toma, especialmente la leche del final.
- Estimule los reflejos de búsqueda y succión no nutritiva para favorecer el apego.

K. Recién nacido icterico⁷⁷

Es todo Recién Nacido que presenta colocación amarilla de la piel. La ictericia fisiológica del Recién Nacido es causada por la lisis acelerada de los glóbulos rojos fetales cuya vida media es menor. La inmadurez de los mecanismos de conjugación de la bilirrubina a nivel hepático y el aumento de la reabsorción de ésta a nivel intestinal (Circulación Enterohepática), no se considera patológica, es transitoria y rara vez pone en peligro la vida del niño.

Se debe tener en cuenta:

- **NO SUSPENDER LA LACTANCIA MATERNA**
- Insista a la madre que debe amamantar al recién nacido a libre demanda.
- Enseñe a la madre que la ictericia se puede presentar en los primeros días.

Si es leve, indique a la madre que debe colocar al niño a la luz del sol, al lado de una ventana donde no le den los rayos del sol directamente en la cabeza, dejarlo sin ropa y cambiarlo de posición frecuentemente, en un sitio de la casa donde no esté expuesto a corrientes de aire que le puedan causar hipotermia. Entre más tiempo esté el niño al sol más rápido cederá la ictericia. Si es severa o aumentar en forma importante a pesar de colocar el niño al sol como se indicó anteriormente, debe consultar al médico.

- Realice historia clínica completa, revise los antecedentes, solicite los exámenes paraclínicos necesarios para clasificar adecuadamente la ictericia y brindar tratamiento oportuno.
- Controle el volumen de heces, orina y el peso del niño, que indican si hay succión e ingesta adecuadas.
- Evite alimentos complementarios (agua, dextrosa, etc.).
- Tenga presente que si el recién nacido recibe tratamiento con fototerapia, requiere mayor cantidad de líquido, debido al aumento de pérdidas insensibles.

Estos líquidos se proporcionarán a través del aumento en el número de mamadas.

L. Galactosemia⁷⁸

Es la incapacidad metabólica heredada como un rasgo recesivo para convertir la Galactosa por ausencia de la enzima 1-P-Galactosa en Glucosa –Uridil-Transferasa. Los síntomas que presentan el Recién Nacido se caracteriza por vómito, retraso del crecimiento, hepatomegalia, ascitis y edema.

- NO PUEDEN SER ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA O DE FORMULA.

M. Fenilcetonuria⁷⁹

Es una enfermedad congénita del metabolismo, caracterizada por aumento de fenilalanina sanguínea, asociada con frecuencia a retraso mental. Durante las primeras semanas de vida se puede presentar irritabilidad, convulsiones y vómito. Algunos niños presentar eczema generalizado y otros piel seca.

- Los lactantes requieren de una dieta especial y necesitan de todas maneras una pequeña cantidad de fenilalanina para su desarrollo.
- A los Recién Nacidos con Fenilcetonuria, se les debe medir frecuentemente los niveles de fenilalanina en sangre, para evitar que las cifras aumenten por encima de las toleradas.
- Es posible amamantar "parcialmente" a los niños y calcular en la leche obtenida por extracción manual, la cantidad de fenilalanina que se les está suministrando. Lo anterior puede ser difícil, si no existe tanto la tecnología apropiada como la motivación, por parte de la madre y del personal de salud.

N. Hipotonía⁸⁰

Es la disminución en el tono muscular con débil capacidad de deglución y de succión. Secundaria a encefalopatía hipóxica isquémica, síndrome de Down, prematurez, sepsis, hemorragia intraventricular, meningitis y otros.

Se manifiesta en el momento de la succión al seno por labios abiertos mal adosados, lengua caída hacia atrás con poca movilidad y deglución defectuosa por incoordinación succión - deglución.

- Estimule la musculatura oro-facial mediante movimientos suaves, rápidos y superficiales.
- Aplique leche alrededor de la boca para estimular el reflejo de búsqueda. Introduzca el dedo meñique en la cavidad oral y realice masaje entre el paladar blando y el duro para estimular el reflejo de succión, evitando que se produzca el reflejo nauseoso.
- En cuanto sea posible debe insistirse en la alimentación al seno. En caso necesario se complementa el suministro de leche materna con cuchara.
- La posición de amamantamiento recomendada para el recién nacido hipotónico, es colocarlo firmemente sostenido con un brazo que rodee su cuerpo y le acerque a la mama, manteniéndolo en posición semisentado, mientras que la otra mano sostiene elevado el seno del cual está succionando y al mismo tiempo la mandíbula inferior del niño. Para ello, el índice y el pulgar forman una U amplia.

A los Recién Nacidos hipotónicos se les debe dejar mamar durante un tiempo más largo para que puedan obtener la leche del final y crezcan a la velocidad requerida.

- Brinde apoyo y seguimiento al niño, la madre y su grupo familiar.
- Evalúe técnica de alimentación.
- Recuerde a la madre la importancia de los controles periódicos con el neuropediatra, pediatra y terapéutas.

O. Hipertonía⁸¹

Es el aumento anormal del tono muscular que se manifiesta como la mayor resistencia a extender brazos y piernas e hiperextensión de la espalda y puños muy apretados.

- Valore el tipo de succión del Recién Nacido para hacer diagnósticos diferenciales de las formas defectuosas de succión, así realizará las modificaciones requeridas y el lactante podrá mamar eficientemente sin lesionar el pezón y la areola.
- Observe que los reflejos actúen en beneficio del recién nacido, a través de los condicionamientos que se logran palpando la musculatura oral por dentro y por fuera e introduciendo el dedo (índice o meñique), en la cavidad oral para detectar como mueve su lengua y coordinación succión – deglución.
- Si el niño succiona bien se le suministrará por el ángulo bucal leche materna mediante una jeringa o una cucharita plástica.
- Alimente al niño con leche materna obtenida por extracción manual en forma constante utilizando taza y cuchara.
- Si el tono muscular es elevado, el niño tiende a arquearse hacia atrás y se muestra renuente a agarrar el pezón y la areola. Se recomienda inmovilizarlo firmemente en posición de sandía o patilla, con el brazo que lo mantiene pegado al cuerpo de su madre, sosteniendo con la mano la cabeza por detrás de la nuca para que el buen agarre persista y no se suelte.

- Recuerde a la mamá que amamante en un ambiente tranquilo con pocos estímulos para disminuir la irritabilidad del niño y la ansiedad de ella.
- Estimule la coordinación de la succión mediante masajes circulares en el paladar, de atrás hacia delante y presión de la lengua hacia atrás repitiendo estos movimientos rítmicamente.

P. Obstrucción de las fosas nasales⁸²

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

- Enseñe a la madre a reconocer signos de obstrucción nasal.
- Coloque gotas de suero fisiológico en las fosas nasales antes de cada mamada, si hay obstrucción nasal.
- Advierta a la madre, sobre la **NO SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA**.
- Si el niño presenta dolor al succionar el seno, recomiende a la madre hacer la extracción manual de la leche y administrarla con cuchara o vaso.
- Remita al Hospital del III Nivel.

Q. Confusión de pezones

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

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

- Pregunte a la madre si el niño recibió leche de fórmula o si le están dando biberón o chupos de entretención.
- Explique la importancia y ventajas de la Lactancia Materna.
- Enseñe y evalúe técnicas de amamantamiento.
- Realice y enseñe a la madre ejercicios de masaje peri-bucal para la estimulación de la succión del seno.

- Recomiende la extracción manual y el suministro de leche materna con vaso, cuchara.
- Suspenda el uso de chupos y biberones.

R. Mal agarre

Es la mala posición de la boca del niño con respecto al pezón y la areola.

- Evalúe la técnica de amamantamiento.
- Asegure que la madre aprenda como el niño debe succionar el seno.
- Brinde apoyo a la madre y haga control diario de su evolución.
- Coloque al niño en posición adecuada de tal forma que al estimular la comisura del labio, el bebé abra la boca completamente e introduzca el pezón y la areola.

S. Llanto del niño

El llanto del bebé es a señal vital que permite identificar y atender a tiempo cualquier problema relacionado con su salud y/o su alimentación. Debe ser evaluado conjuntamente con la madre para determinar si es normal o es la manifestación de algún otro problema en el niño.

- Indique a la madre cómo examinar al niño cuidadosamente, con el fin de buscar la verdadera causa de su llanto.
- Remita a la madre al Grupo de Apoyo para que la oriente. No suspenda la lactancia materna sin motivo.
- Ante cualquier duda, remítalo a la consulta pediátrica.

T. Llanto por "crisis de lactancia

Son períodos de crecimiento rápido que llevan al niño a requerir una mayor ingesta calórica y a realizar tomas de leche frecuentemente.

- Aumente la frecuencia de las mamadas en número mayor a doce veces por día (cada dos horas).
- Evalúe las técnicas de Lactancia Materna.
- No recomiende leches de fórmula.
- Explique a la madre que son situaciones transitorias y serán superadas una vez se establezca una adecuada producción de leche.

U. Llanto debido a "cólico infantil o a cólico vespertino"⁸³

Llanto muy intenso que se presenta casi todos los días a la misma hora, generalmente en las horas de la tarde o al comienzo de la noche en niños menores de tres meses.

- Recomiende a la madre no ingerir alimentos irritantes, con exceso de condimentos y de difícil digestibilidad. Así mismo debe evitar ingerir cantidades considerables de leche de vaca, pues se atribuyen a ella algunos casos de cólico infantil.

- Descarte otras causas de llanto.
- No formule medicamentos espasmolíticos.
- Enseñe a la madre a realizar extracción manual inicialmente y alimentar al niño con la leche del final, con el objeto de evitar altas concentraciones de lactosa que le ocasionan cólicos.
- No debe ofrecer tomas cortas.
- Insistir a la madre en la importancia de un ambiente tranquilo para la lactancia materna.

ANEXO 11: Medicamentos y lactancia materna

Durante la gestación y la lactancia todos los medicamentos tienen potencial para pasar al feto y generar algún tipo de efecto secundario, es por ello que existe una tabla que los clasifica según su riesgo. Como se observa en las tablas 1 y 2:

Tabla #1. Clasificación de riesgo en el embarazo

A	Se consideran “seguros” para el feto
B	Su uso se “acepta” durante el embarazo
C	Su uso se restringe en situaciones en que no existe un fármaco más seguro
D	El riesgo de los efectos adversos por el mal control de la enfermedad es superior al riesgo teratogénico del medicamento.
X	El medicamento está contraindicado en mujeres que estén embarazadas o puedan estar.

Fuente: VELAZQUEZ GAVIRIA. Oscar Jaime. Pediatría. Dosis de medicamentos en pediatría. Séptima edición. 2010-2012. Pág. 64

Tabla #2. Reporte de efectos durante la lactancia

A	Se considera segura y es compatible con la lactancia
?	El efecto del medicamento sobre el lactante es desconocido
X	Medicamento contraindicado durante la lactancia

Fuente: VELAZQUEZ GAVIRIA. Oscar Jaime. Pediatría. Dosis de medicamentos en pediatría. Séptima edición. 2010-2012. Pág. 64

ANEXO 12: Regreso a la fecundidad

El puerperio y la lactancia constituyen una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, en el que la maternidad ocupa la mayor parte de su atención y, además, constituye el momento menos indicado para un nuevo embarazo. A pesar de que durante este período ocurre una serie de cambios hormonales que disminuyen la fertilidad, el puerperio y la lactancia no confiere una garantía contra otro embarazo.⁸⁴

Después de terminado el sangrado de las 6 semanas que se consideran loquios, cualquier sangrado vaginal ocurre previo a la primera ovulación efectiva, durante los primeros 6 meses postparto. Aun cuando siga amamantando, en el segundo semestre, cuando comienza a dar alimentación complementaria, la mayoría de las menstruaciones van precedidas de una ovulación. La ovulación en las mujeres que no amamantan puede ocurrir tan temprano como a las tres semanas pos parto.⁸⁵

El método de la amenorrea de la lactancia

Este método incluye tres criterios para definir el período de menor riesgo de embarazo: regreso de la menstruación, lactancia materna exclusiva de día y de noche y menos de seis meses de posparto. Para una mayor protección que asegure un espaciamiento de 3 años, se debe recomendar el uso de un método complementario de planificación familiar y que siga amamantando por la salud del niño para después iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad. La eficacia de este método es variable pero su dependencia estricta a los tres criterios hace que esta sea baja. Se ha usado en ambientes muy diferentes, incluyendo culturas, grupos socioeconómicos y sistemas de salud variados.

TABLA 1: Criterios médicos de elección para iniciar el uso de métodos anticonceptivos según la Organización Mundial de la Salud.

Categoría I:	No tiene restricciones del método.
Categoría II:	Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros.
Categoría III:	Condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero pueden existir excepciones en determinados casos.
Categoría IV:	Uso contraindicado.

SITUACION	ACO	POP**	DIU***
Lactancia	*		
a) < 6 semanas posparto	V	III	No afecta el método
b) De 6 semanas a 6 meses posparto	III	I	No afecta el método
c) >6 meses pos parto	I	I	No afecta el método

*Anticonceptivos orales. ** Píldora de progesterona. *** Dispositivo intrauterino.⁸⁶

ANEXO 13: Lactancia materna y cultura

Entendida la cultura como los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura a otra, que guía los pensamientos, decisiones, acciones en forma de patrón y frecuentemente intergeneracionalmente, que caracterizan a la madre⁸⁷, el Profesional de Enfermería debe conocer los factores culturales que son comunes en su región, relacionados con la lactancia materna, buscar soporte teórico y analizarlos con otros profesionales a fines, de manera que pueda decidir sobre el cuidados requeridos por la madre, familia, niño y niña, dependiendo del grado de lesión que pueda producir en la salud de la madre y recién nacido. Es importante, evitar imponer su conocimiento, por el contrario demostrar respeto por la creencia y entrar en negociación con la madre y familiares, dependiendo del análisis que realicen de común acuerdo, llegando a conclusiones y decisiones concertadas que induzcan la conservación, modificación o cambio de la práctica..

Algunos ejemplos son:

PRÁCTICA	JUSTIFICACIÓN	NEGOCIACIÓN
<p>1. Para aumentar la producción de leche:</p> <p>La madre consume agua de panela con leche,</p>	No se ha demostrado que tenga un efecto negativo en la producción y excreción de la leche materna, en cambio relaja a la madre favoreciendo un ambiente adecuado para la lactancia.	Conservar
La madre consume agua de hinojo	El hinojo (en infusión) ha demostrado su propiedad de aumentar la producción de leche ⁸⁸	Conservar
La madre consume bebidas como maltas	No está demostrado que altere la producción,	Reorientar
La madre consume aguas aromáticas: hierbabuena	No se han descrito problemas ocasionados por el consumo de la hierbabuena en estado natural, por parte de mujeres embarazadas. Tampoco ha ocurrido en las mujeres que se encuentran en la etapa de lactancia.	Conservar
La madre consume bebidas alcohólicas: cerveza	El consumo de alcohol crónico o frecuente representa un problema para el desarrollo motor del bebé. Además, puede interferir en la bajada de la leche	Reestructurar

	(reflejo de eyección de leche), lo que puede ser una sorpresa para las madres que creen que las bebidas alcohólicas estimulan la bajada de la leche porque las hacen sentir más relajadas. Quizás el punto más importante sea que el consumo de alcohol puede afectar la capacidad de la madre para cuidar adecuadamente a su bebé ⁸⁹ . Reemplazar por abundante agua, jugos naturales	
No coloca los senos al sol porque se seca la leche	No se ha comprobado, todo lo contrario ventilar el seno evita laceraciones en el pezón y ayuda cicatrización	Reorientar
La leche clarita no le alimenta al niño	Calostro: En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, 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. La concentración 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 mm ³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.	Reestructurar:
Administra agua de anís al	El té de anís de estrella causa	Reestructurar.

<p>niño para sacar los gases</p>	<p>intoxicación ocasionando crisis convulsivas. Se requiere educación para la salud para evitar que sigan ocurriendo las intoxicaciones en los niños. (Federación Nacional de Neonatología de México. A.C. Salgado ER, Rodríguez R. Federación de Pediatría del Sureste; Academia Mexicana de Pediatría, Coatzacoalcos, Veracruz, México. Resumen del Congreso Nacional de Neonatología. Volumen 63, Suplemento 1. Enero-Febrero 2006, página S55) Es un carminativo y sedante que utilizan culturalmente en Latinoamérica para el tratamiento del cólico infantil. Es un medicamento o sustancia que favorece la expulsión de los gases del tubo digestivo y con ello disminuyen las flatulencias y cólicos. El efecto es antiespasmódico de músculos estomacales lisos y disminución de la fermentación en la flora intestinal. Sin embargo sus componentes producen neurotoxicidad e intoxicación gastrointestinal. Pasa a la leche materna si lo consume la madre. (Diego Ize-Ludlow; Sean Ragone; Isaac S. Bruck; Jeffrey N. Bernstein; Michael Duchown; and Barbara M. Garcia Peña. Neurotoxicities in Infants Seen With the Consumption of Star Anise Tea. En: PEDIATRICS Vol. 114 No. 5 November, 2004 e653)</p>	<p>Fortalecer la leche la lactancia materna, pues ésta contribuye a la disminución de la producción de gas intestinal</p>
----------------------------------	---	---

ANEXO 14: Apoyo social en la lactancia materna

El apoyo social a la lactancia materna se desarrolla en todo el mundo a través de la familia, instituciones gubernamentales, no gubernamentales, instituciones de salud, instituciones educativas y comunidad, se ha convertido en un movimiento social en donde diferentes actores apoyan el aumento en la duración y el mantenimiento de la lactancia materna.

Estas organizaciones desarrollan proyectos de ayuda mutua y realizan gran variedad de actividades que incluyen reuniones periódicas, atención personalizada, líneas telefónicas en donde se brinda asesoramiento, servicio de biblioteca, material de consulta escrito y virtual, vídeos, préstamo de material específico de lactancia materna y organización de iniciativas de sensibilización social, los grupos comunitarios se han diseñado la estrategia de asistencia madre a madre lo crea un ambiente de pares en donde se comparten experiencias y se resuelven dudas y dificultades.

Algunas de las organizaciones más reconocidas

- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** Entre las publicaciones existentes hay una declaración acerca de la alimentación del lactante y del niño pequeño, una guía de lactancia materna para su uso por parte de los profesionales sanitarios extra- hospitalarios, y un estudio sobre los patrones de amamantamiento.
- **LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL:** Incluye una amplia gama de publicaciones en materiales de apoyo y promoción a la lactancia materna para su uso por parte de las mujeres y los profesionales sanitarios. También ofrecen grupos locales de ayuda y asesoramiento
- **WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA)** Red de organizaciones y de personas dedicadas a la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna como un derecho de todos los niños y de todas las mujeres
- **LACT- AID INTERNATIONAL** Está especializada en el ofrecimiento de información y consultoría sobre situaciones concretas de la lactancia materna, incluyendo la prematuridad, la relactancia, la lactancia adoptiva, posee experiencia

en diversos problemas en alimentación a niños con hendidura palatina y síndrome de Down¹

En Colombia las principales organizaciones de apoyo a la lactancia materna son

- **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** Que ha desarrollado las guías colombianas de alimentación para el menor de dos años ampliamente difundidas a nivel nacional en donde recomiendan la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria.
- **MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL** A través del diseño y promulgación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años, en el marco del desarrollo de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Este Plan fue desarrollado por el Ministerio con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- **GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO** Organizados dentro de estrategias de apoyo a la lactancia materna como IAMI, conformados principalmente por líderes comunitarios, madres comunitarias y madres FAMI, mujeres que han experimentado la lactancia materna y se encuentran capacitadas para brindar apoyo y asesoramiento a otras madres.

La familia es el grupo de apoyo más importante porque se ha demostrado que el apoyo social proveniente del ambiente, está relacionado con la lactancia exitosa. Las actitudes de los padres influyen al inicio de la lactancia y en su continuación; como ellos son los principales factores que influyen en la lactancia, deben ser preparados por los profesionales de Enfermería, para que desarrollen su rol de apoyo a la lactancia. Por tanto la participación de los padres y otros miembros de la familia, requiere de orientación de los profesionales de Enfermería desde el periodo de gestación, en forma continua, clara y decidida, para mejorar la calidad de atención a la madre y su hijo y a su vez mejorar las tasas de lactancia materna, aumento de la duración de la lactancia, disminución de las desigualdades en salud. El apoyo de la familia puede contribuir a cambiar el conocimiento y las actitudes de los miembros de la familia y las madres, donde la alimentación del bebé de rutina es con leches de fórmula para pasar a la leche materna de preferencia.⁹⁰

¹ LAWRENCE Ruth, LAWRENCE Robert Lactancia materna Una guía para la profesión médica 6ª edición. ED ELSEVIER.

ANEXO 15: Marco legal

El Cuidado de Enfermería en el Programa de lactancia materna, en el Hospital Regional de Sogamoso tendrá en cuenta las siguientes disposiciones legales:

1. Normas internacionales

1.1 Código internacional de sucedáneos de la leche materna:

Adoptado por la Asamblea nacional de la salud en el año 1981 y donde se protege y promueve la lactancia materna como una práctica única y sin igual pero amenazada. Es también un instrumento para asegurar una apropiada comercialización de los sustitutos de la leche materna, biberones y tetinas. El Código Internacional fue único en su campo, adoptado internacionalmente y aprobado como un requerimiento mínimo básico para proteger las prácticas saludables con relación a la alimentación infantil.⁹¹

1.2 Decreto número 1397 de 1992:

El 24 de agosto del 1992 el Gobierno fomenta la Lactancia Materna como un factor que en gran medida influye en el desarrollo físico, intelectual y psicológico de la población. Por lo cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.⁹²

1.3 Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 30 de mayo de 2000 en su octogésima octava reunión, en donde se establece la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo establecen medidas que garanticen y apoyen la salud y la seguridad de la madre y el niño⁹³.

1.4 54ª Asamblea mundial de la salud:

Realizada el 22 de mayo de 2001, en donde se retoma lo planteado en Código Internacional de Sucédáneos de la leche materna luego de 20 años, además ofrece la oportunidad de ofrecer la oportunidad de reforzar la función fundamental del código internacional en la protección y la promoción de la lactancia materna.⁹⁴

1.5 55ª Asamblea Mundial de la Salud:

En 16 de mayo del 2002 la Organización mundial de salud durante este encuentro define la lactancia como un acto natural y estipula los momentos adecuados para el inicio de la

alimentación complementaria, para que estos suplan las necesidades nutricionales del lactante.⁹⁵

2. Normas nacionales y locales

2.1 Ley María (Ley 755 de 2002)⁹⁶:

Según sentencia la corte constitucional a partir del 18 de marzo de 2009 todas las licencias de paternidad serán de ocho (8) días.

2.2 Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015:

Bogotá 14 de mayo del 2005, En donde se plantea la promoción de la lactancia materna temprana, capacitación a las madres y mantenimiento del plan de alimentación y nutrición como estrategia para erradicar el hambre.⁹⁷

2.3 Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020⁹⁸:

Responde a las limitaciones identificadas en la evaluación del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008, Además se establece las acciones que deben realizarse en el país y sus regiones, a fin de lograr una eficaz promoción y ayuda de la lactancia. Se sustenta en contenidos técnicos y de gestión que son indispensables para avanzar significativamente a la protección integral de los y las menores de dos años de edad en Colombia.

2.4 Ley 1468 30 de junio del 2011:

En donde se amplía el periodo de licencia de maternidad a 2 semanas más y se establecen consideraciones para casos especiales como embarazos múltiples, prematuridad entre otros.⁹⁹

GLOSARIO DE TERMINOS

Para comprender, el cuidado de enfermería propuesto en el programa de lactancia materna, es necesario tener en cuenta algunos conceptos claves a los que se hace referencia:

- 1.2.1 Cuidado de enfermería materna-perinatal¹⁰⁰:** Interacción que se ejerce entre enfermera, madre, perinato y familia, se comparten conocimientos, experiencias y habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida, asegurando la satisfacción recíproca del conjunto de las necesidades de estos en la cotidianidad.
- 1.2.2 Teoría de Enfermería¹⁰¹:** Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado
- 1.2.3 Teoría de cuidados:** Las teorías de mediano rango tienen las siguientes características: su función primaria es explicar y predecir un fenómeno (concepto), el cual debe ser lo suficientemente abstracto para ser aplicado en diferentes lugares y con diferentes problemas, es decir, deben ser fenómenos observables, donde se implique la habilidad de definir y capturar un aspecto de la experiencia con instrumentación válida y confiable, que permita predecir resultados que puedan ocurrir y explicar la relación entre el diagnóstico, la intervención y el resultado.¹⁰²
- 1.2.4 Lactancia materna exclusiva¹⁰³:** Se entiende que el niño recibe solamente leche materna y puede o no incluir rehidratación oral o gotas de vitaminas, minerales o medicinas. La OMS la recomienda hasta los 6 meses.
- 1.2.5 Lactancia materna predominante¹⁰⁴:** Es aquella en que la leche materna es la fuente principal de alimentación, pero una o más de sus tomas son sustituidas por otros líquidos no-lácteos tales como agua, jugo de frutas y otras bebidas.
- 1.2.6 Alimentación complementaria¹⁰⁵:** Se refiere a la práctica alimentaria de dar a los infantes leche materna y otros alimentos semisólidos y sólidos, con el uso optativo adicional de líquidos, incluyendo leche no-materna. Esta se debe iniciar a partir de los 6 meses del niño.

- 1.2.7 **Sucedáneos**¹⁰⁶: cualquier alimento que se comercializa o presenta como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese propósito.
- 1.2.8 **Abandono de la lactancia materna**¹⁰⁷: Interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la limitación o inconveniente de poner al niño al pecho.
- 1.2.9 **Lactancia materna eficaz**¹⁰⁸: la familia o la diada Madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de la lactancia materna.
- 1.2.10 **Lactancia materna ineficaz**¹⁰⁹: la madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

¹ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo XI. Pág. 278. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011.

² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo XI. Pág. 275. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011.

³ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo XI. Pág. 278. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011.

⁴ PARDO MARTINEZ Gloria A, et all. Lactancia Materna: guía de manejo. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 1996. Página 80

⁵ SALUD Y SUPERVIVENCIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/0-saludysupervivencia.htm>. Consultado el 12 de abril del 2011.

⁶ ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2008. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/EMI_2008.pdf. Consultado el 12 de abril del 2011.

⁷ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Mortalidad infantil y en la niñez. Capitulo IX. Pág. 208. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011

⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. MASON Elizabeth. Directora del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/. Consultado el 3 de agosto del 2011.

⁹ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo XI. Pág. 275. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011

¹⁰ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo XI. Pág. 273. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/.../011general.htm. Consultado el 20 de mayo del 2011

¹¹ UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/conocimiento/IAMI-1.htm>. Consultado el 20 de mayo del 2011.

¹² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y UNICEF. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>. Consultado el 21 de mayo del 2011.

¹³ HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO (Boyacá). Colombia Indicadores de nacimiento según certificado de nacido vivo. Año 2010

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ UNICEF. Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia en el marco de los derechos. Capitulo 2. Página 5. Disponible en <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>. Consultado el 21 de septiembre del 2011.

¹⁶ UNICEF. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Disponible: www.unicef.org. Consultado el 21 de mayo del 2011

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ UNICEF. Protección, promoción y a la lactancia en Europa: Plan estratégico. Disponible en: www.durga.org.es/webdelparto/unicef.htm

¹⁹ ONU. Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, 10 al 13 de junio de 2002. Disponible en: www.un.org/es/development/devagenda/food.shtm

²⁰ ONU. Conferencias de las Naciones Unidas sobre la Mujer. Disponible en: www.cinu.org.mx/temas/mujer/confmujer.htm

²¹ OMS. La nutrición de lactante y el niño pequeño. Disponible en: apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/swaha5525.pdf

²² OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf

²³UNIT FOR HEALTH SERVICES RESEARCH AND INTERNATIONAL y Cols. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. Disponible en: www.burlo.trieste.it/old_site/.../Activities/EUpolicy06.pdf

²⁴LA LIGA DE LA LECHE (LLL). Disponible en: www.llli.org/langespanol/quienes_somos1.html. Consultado el 22 de mayo del 2011.

²⁵ Ibíd.

²⁶SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo/codigo_sustantivo_trabajo_p_r008.html. Consultado el 4 de agosto del 2011

²⁷ CURSO PSICOPROFIACTICO. Lactancia materna. Quinta sesión. Pág. 28. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/20253195/Curso-Psicoproficaltico-Www-cuidarenfermeria>. Consultado el 22 de mayo del 2011

²⁸C SHELLHORN, V VALDÉS. MINISTERIO DE SALUD, UNICEF, CHILE 1995. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. www.unicef.cl/lactancia/docs/.../Mod%20beneficios%20manual.pdf

²⁹C SHELLHORN, V VALDÉS. MINISTERIO DE SALUD, UNICEF, CHILE 1995. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. www.unicef.cl/lactancia/docs/.../Mod%20beneficios%20manual.pdf

³⁰ Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673692913297>. Consultado 22 de mayo del 2011

³¹ MORALES GIL I.M. Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la Lactancia Materna. Disponible: Base de datos: Scielo. Año: 2005 Consultado: 3 de mayo del 2011.

³²Ibid. Pág.

³³ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Pág. 53. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/.../PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010>. Consultado 22 de febrero del 2011

³⁴Idukay que en quechua significa “educar”

³⁵ MARRINER TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 6° ed. Editorial Elsevier- Mosby. Barcelona, España. 2007, página 776- 777

³⁶ Ibid. Página 472-498

³⁷ ONU. Los objetivos de desarrollo del milenio para el 2015. Pagina 3 Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/Factsheet1SP.PDF>.

Consultado el 22 de septiembre del 2011.

³⁸ Ibid.

³⁹ GRUPO DE CUIDADO. Cuidado y práctica de enfermería. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. C:2 El cuidado para la salud materno perinatal. Pagina 136.

⁴⁰ GRUPO DE CUIDADO. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Cuidado y práctica de Enfermería. Contextos gráficos. 2000. Página 8- 9

⁴¹ Op cit, MARRINER, pág 771

⁴² Op cit. MARRINER, Pág. 768

⁴³ SWASON. Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of Nursing Scholarship. Volumen 25. N° 4. Winter 1993. Pagina 1

⁴⁴ MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 770

⁴⁵ Ibid, SWASON.. Pagina 5.

⁴⁶ Ibid. Pag. 3

⁴⁷ SWANSON. Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of NursingScholaship. Vo. Number 4. Winter 1993.

⁴⁸SWANSON. Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of Nursing Scholaship.Vo. Number 4.Winter 1993.

⁴⁹Ibid.

⁵⁰ SWASON. Kristen. La Enfermería como el cuidado informado. Pag.6.

⁵¹Ibid.

⁵³ MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 771

⁵⁴ MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 501

⁵⁵ Ibid. pág. 502

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Páginas 482, 2007.

⁵⁸ MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Páginas 508-509

⁵⁹ Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. C:2 el cuidado para la salud materno perinatal. Página 137.

⁶⁰ MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 509

⁶¹ Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. C:2 el cuidado para la salud materno perinatal. Página 138.

⁶² MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Páginas 480

⁶³ Edgar Ortégón, Juan Francisco Pacheco y Adriana Prieto. Metodología del marco lógico, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Manuales: 42. ILPES. Naciones Unidas, Santiago de Chile. Julio de 2005, página 13.

⁶⁴Blázquez María Jesús. "Anatomía de la mama durante la lactancia" En Anatomía y Fisiología. Curso de Medicina Naturista-2003 http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/-Anatomia%20y%20Fisiologia.pdf pág. 2.

⁶⁸ Ibid. pág. 2

⁶⁹ COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. Manual de lactancia materna Chile. Edición 1997. Capítulo 1. Beneficios para la lactancia materna. Páginas 95

⁷⁰ COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. Manual de lactancia materna Chile. Edición 1997. Capítulo 1. Beneficios para la lactancia materna. Páginas 63-66

⁷¹ Marriner Ann. Modelos y teorías de enfermería. Mercer Ramona T. Adopción del rol maternal. Capítulo 26. Pagina 471

⁷² Ibid. Página 470

⁷³ COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. Manual de lactancia materna Chile. Edición 1997. Capítulo 1. Beneficios para la lactancia materna. Páginas 93

⁷⁴ UNICEF. Lactancia Materna y el VIH. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/hiv_aids_5012.htm. consultado el día 25 de noviembre del 2010

⁷⁵Lactancia materna después de una cesárea. Disponible en <http://www.abcdelbebe.com/lactancia-materna-despues-de-una-cesarea>. Consultado el 5 de diciembre de 2012

⁷⁶ EQUIPO MÉDICO DE BABYSITIO. Embarazo múltiple. Disponible en: http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_multiple.php. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁷⁷ LEÓN LARA Álvaro Enrique. Lactancia Materna. Disponible en: <http://hipocrates.tripod.com/lactancia/index.htm>. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁷⁸ LEÓN LARA Álvaro Enrique. Lactancia Materna. Disponible en: <http://hipocrates.tripod.com/lactancia/index.htm>. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁷⁹ LEÓN LARA Álvaro Enrique. Lactancia Materna. Disponible en: <http://hipocrates.tripod.com/lactancia/index.htm>. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁸⁰ LEÓN LARA Álvaro Enrique. Lactancia Materna. Disponible en: <http://hipocrates.tripod.com/lactancia/index.htm>. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁸¹ LEÓN LARA Álvaro Enrique. Lactancia Materna. Disponible en: <http://hipocrates.tripod.com/lactancia/index.htm>. Consultado el 6 de diciembre de 2012

⁸² Ibid.

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ *Ibíd.*

⁸⁵ ANTICONCEPCION EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA Disponible en http://www.fertilab.net/ma/ma_05.pdf Consultado el 26 de Nov de 2011

⁸⁶ El Uso del Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA) disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/Mod%204%20E!%20Uso%20del%20Metodo%20de%20la%20Amenorrea%20de%20la%20Lactancia.pdf> consultado el 24 de Nov de 2011

⁸⁷ Schwarcz R, Castro R, Gilamberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, Etcheverry M, Queiruga M. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Ministerio de salud. Octubre 2002 Dirección nacional de salud materno infantil. Equipo de salud reproductiva materno perinatal. disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/sanitarias/Gu%EDapa> consultado 25 de nov. de 2011

⁸⁸ LEININGER Madeleine y MACFARLAND R. Marilyn. Universalidad y Diversidad del cuidado cultural. Capítulo 1. Jones And Bartlett Publishers. 2006 Traducción Juan David Cárdenas Ruíz. Junio de 2010. Página 10

⁸⁹ UNICEF. Alimentación de la madre en el periodo de lactancia . Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/periodo1.htm>. Consultado el 5 diciembre de 2011.

⁹⁰ Nutrición Materna y la Lactancia. Disponible en: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal8441.htm>. Consultado el 5 de diciembre de 2012.

⁹¹ INGRAM Jenny y JOHNSON Debbie. Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support. En: Blackwell Publishing Ltd *Maternal and Child Nutrition* (2009), **5 (3)**, pp. 276–281)

⁹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Código Internacional y sus Resoluciones. Disponible en www.durga.org.es/webdelparto/ibfan.htm. Consultado el 8 de agosto del 2010.

⁹³ MINISTERIO DE SALUD PUBLICO. Disponible en: www.presidencia.gov.co/prensa.../decretoslinea/1992/.../dec1397241992.d. Consultado el 8 de agosto del 2011

⁹⁴ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 2.2.2 Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000. Disponible en: www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/55/pr/pr31.pdf. Consultado el 8 de agosto del 2011

⁹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 54ª Asamblea mundial de la salud. Disponible en: apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB108/seb1082.pdf. Consultado el 8 de agosto del 2011.

⁹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Disponible en: www.who.int/mediacentre/events/governance/.../index.html. Consultado el 8 de agosto del 2011.

⁹⁷ Ministerio de salud. Disponible en: www.secretariassenado.gov.co/.../ley/2002/ley_0755_2002. Consultado el 08 de agosto del 2010.

⁹⁸ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Conpes Social. Pág. 11. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/.../Conpes%20Sociales/091.pdf. Consultado el 8 de agosto del 2011

⁹⁹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co. Consultado el 08 de agosto del 2010

¹⁰⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Disponible en www.actualicese.com/.../2011/06/30/ley-1468-de-30-06-20... Consultado el 2 de agosto del 2011

¹⁰¹ GRUPO DE CUIDADO. Cuidado y práctica de enfermería. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. C:2 El cuidado para la salud materno perinatal. Página 136.

¹⁰² CISNEROS. Fanny. Teorías y modelos de enfermería. Programa de enfermería. Fundamentos de enfermería. Universidad del Cauca. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>. Consultado el 26 de agosto del 2011.

¹⁰³ REVISTA DE ENFERMERIA. Disponible <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6203-progrmacuidado2.htm>. Consultado el 20 de octubre del 2011.

¹⁰⁴ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía en Salud. Lactancia Materna y Estado Nutricional. Capitulo 11. Pág. 269. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF.Capitulos/Capitulo11.pdf>. Consultado el 8 de agosto del 2011.

¹⁰⁵ Ibíd.

¹⁰⁶ Ibíd.

¹⁰⁷ UNICEF. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf. Consultado el 09 de agosto del 2011

¹⁰⁸ Basado en NANDA. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Dominio 7. Pagina 221.

¹⁰⁹ NANDA. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Dominio 7. Pagina 219

¹¹⁰ NANDA. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Dominio 7. Pagina 220