

## I.- INTRODUCCIÓN

Con la llegada del nuevo milenio también llegó una nueva época para la salud pública pues el papel de la lactancia materna ha comenzado a desempeñar una función clave para la supervivencia infantil, mejorar la salud materna e impulsar las estrategias sanitarias nacionales e internacionales<sup>1</sup>.

En todo el mundo las personas quieren llevar una vida sana, criar niños bien alimentados, ofrecer una mejor calidad de vida y mejores oportunidades para el futuro de éstos. Desconocer las propiedades y ventajas de la lactancia materna como la alimentación óptima con nutrientes para los niños y niñas aleja a los padres de estas oportunidades tan ambicionadas. Hoy en día no existe ningún producto sustitutivo que proporcione las mismas sustancias nutritivas y equilibradas que la lactancia materna ofrece para el sano desarrollo físico y mental del niño.

Desde la década de 1970, el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>2</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, promoción y apoyo a la lactancia natural, por lo que en sus diversas reuniones centraron la atención en este problema, llegando a crear compromisos internacionales para la difusión de la lactancia materna exclusiva vigente<sup>4</sup>.

La lactancia materna es fundamental para los seres humanos tanto en las primeras horas de vida como en los meses subsiguientes. Su oferta temprana y exclusiva, de acuerdo a la demanda del lactante y del prematuro, garantizan a la madre la estimulación requerida para una óptima producción de leche y al bebé la mejor oferta inmunológica nutricional y psicoafectiva<sup>5</sup>.

La Organización mundial de la Salud estima que a nivel mundial hay **1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años** en países en desarrollo y afirma que esta muertes se pueden prevenir amamantado al recién nacido hasta los 2 años<sup>6</sup>.

Los niños que son amamantados tienen **por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia** en los primeros meses que los niños no amamantados, ya que la lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas<sup>6, 7</sup>.

El abandono precoz de la lactancia materna casi siempre está asociado al desconocimiento de sus propiedades y ventajas para la salud de los lactantes que son propensos a enfermar por el déficit inmunológico propio de su edad y la convergencia de un mayor número de factores de riesgo<sup>8</sup>.

La enfermera especialista en Enfermería Pediátrica es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados durante la infancia y la adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al niño recién nacido, lactante, preescolar, escolar o adolescente sano o enfermo, así como en su rehabilitación, dentro de un equipo interdisciplinario y multiprofesional<sup>9</sup>. Por lo tanto, es la enfermera especialista el principal agente que puede promover y enseñar a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna y así asegurar el desarrollo integral del niño.

Con la integración de este trabajo de tesina, se pretende fortalecer la práctica de enfermería en el tenor de la promoción y mantenimiento de la lactancia materna, en el cual se podrá identificar a través de un Plan de Cuidados de Enfermería el diagnóstico Conocimientos Deficientes para la lactancia materna, como una herramienta de consulta, que permita incidir de manera temprana en aquellas pacientes con riesgo de abandono temprano de la lactancia materna y los consabidos efectos sobre la salud de los niños que no son alimentados o parcialmente alimentados al seno materno.

## II.- JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida y, posteriormente -hasta los dos años o más- la lactancia materna sea complementada con otros alimentos nutritivos<sup>10</sup>.

La lactancia materna exclusiva (LME) de los lactantes se debe dar sin ningún suplemento líquido o sólido (agua y té incluidos), durante los seis primeros meses de vida, y los alimentos complementarios, sólidos y semisólidos se deben incluir hasta por lo menos el segundo año<sup>11</sup>.

A nivel mundial, sobre todo en países desarrollados, la tasa de la lactancia materna exclusiva (LME) es moderada. En 1999, Canadá mostró el 75% como tasa de inicio y una prevalencia del 30% en lactancia materna, mientras que en Estados Unidos las tasas de inicio de lactancia materna exclusiva fueron de 69.5% con una prevalencia a los seis meses de 32.5% en el 2001.

La OMS estima que de un total de 94 países pobres, la población de menores de doce meses muestra una tasa de LME de entre 0 a 4 meses aproximadamente en el 35% de los casos<sup>12</sup>.

En México, un estudio realizado en el 2012 presentó que la duración de la lactancia materna es de cerca de 10 meses, cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud (1999, 2006 y 2012) cuantificándose alrededor de los 9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente. El resto de indicadores de LM indican un franco deterioro de esta. El porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y este declive resultó dramático en el medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18. % respectivamente); la lactancia continua al año y a los dos años disminuye significativamente. En estos estudios, se mostró que el 5% más de niños menores de seis meses consumían fórmula y el porcentaje de

niños que además de leche materna consumían innecesariamente agua también aumentó<sup>13</sup>.

La situación de la lactancia materna en San Luis Potosí, de acuerdo con la última encuesta del ENSANUT 2012<sup>14</sup> refiere que en los niños menores de seis meses la lactancia materna exclusiva bajó del 22.3% al 14.5 % en el promedio nacional, mientras que en el medio rural disminuyó a la mitad (de 36.9 a 18.5%). En la capital del estado se evaluó de un 37% a 27.6%

El creciente abandono de la lactancia materna ha sido un factor determinante en la morbilidad de menores de un año en todo el mundo. En la actualidad, el hábito de amamantar a los niños al seno materno ha perdido vigencia a pesar de su reconocido valor para la salud en la infancia y de las facilidades prácticas y ahorro económico que implica. Estos factores demuestran la imperante necesidad de mostrar y concientizar la importancia de las ventajas de la alimentación al seno materno frente a otros sucedáneos durante los primeros meses de vida de la primera infancia<sup>15</sup>, dados los conocimientos deficientes sobre el tema por parte, principalmente, de la madre.

En México, se ha sustentado legalmente la práctica de la lactancia materna inicialmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde el artículo 123 contempla para las madres trabajadoras un tiempo para la lactancia materna dividido en dos periodos de media hora dentro de una jornada laboral de 8 horas<sup>16</sup>. En concordancia, la Ley General de Salud en su capítulo 5, el artículo 64, establece las acciones de orientación y vigilancia que fomentan la lactancia materna<sup>17</sup>.

Es relevante en este contexto destacar que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA"-1993, para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, fomenta el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediata, así como la promoción de la LME<sup>18</sup>.

Además, lo referido en la NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud indica la prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en los servicios especializados de la atención de la salud corresponden al personal de enfermería con estudios de posgrado, en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando un cuidado de alta complejidad, que se derivan de un plan estratégico multidisciplinario<sup>19</sup>.

Por lo tanto, la participación activa del personal de enfermería especialista en cuidado pediátrico en la promoción y acercamiento de la lactancia materna deberá influir de manera positiva en el binomio madre-hijo para el inicio y mantenimiento de la lactancia, respectivamente<sup>20</sup>. Así mismo, las rutinas hospitalarias ejercen una influencia notable en el inicio de la lactancia materna pero, a medida que transcurren los meses, van perdiendo relevancia en la difusión<sup>21</sup>.

Visto así, el trabajo de enfermería no debe reducirse a la promoción de la lactancia en las primeras horas del puerperio sino que deberá fortalecerse la promoción y mantenimiento de la lactancia materna más allá de estas primeras horas para afianzar en la madre los conocimientos adecuados sobre la importancia de la leche materna en el lactante para su desarrollo.

Con la integración de este trabajo se tiene como objetivo fortalecer la práctica de enfermería al llevar a cabo un Plan de Cuidados de Enfermería el diagnóstico Conocimientos Deficientes para la lactancia materna, como una herramienta de consulta, que permita incidir de manera temprana en aquellas pacientes con riesgo de abandono temprano de la lactancia materna y reducir así los consabidos efectos sobre la salud de los niños no amamantados o parcialmente amamantados. Este Plan se fundamentarán teóricamente

mediante las intervenciones y actividades de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) del Proceso Cuidado Enfermero Conocimientos Deficientes: Lactancia materna

Como enfermeros especialistas en el cuidado pediátrico, es nuestro deber actuar a favor del beneficio del niño en sus diferentes etapas del desarrollo; más aún cuando se tiene el pleno conocimiento de lo que favorece el mantenimiento de la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida y continuar esta práctica hasta los 2 años de edad, como bien lo define la OMS en el año 2010<sup>22</sup>, teniendo en consideración que los 2 primeros años de vida del lactante son prioritarios en el desarrollo neurológico y del sistema inmunológico, lo cual además de otorgar grandes beneficios, evita complicaciones innecesarias en el óptimo desarrollo físico, mental y psicosocial del niño.

### **III.- OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar un Proceso Cuidado Enfermero Conocimientos deficientes en Lactancia materna, desarrollando el argumento teórico correspondiente a cada una de las intervenciones planteadas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.1 Identificar los factores relacionados y las características definitorias para diagnóstico de enfermería conocimientos deficientes: lactancia materna.
- 3.2 Describir los aspectos fundamentales de la lactancia materna, tales como las características de la leche materna, técnicas de amamantamiento, ventajas del amamantamiento, argumentado los efectos positivos de la lactancia materna en el desarrollo óptimo del niño.

#### **IV.- METODOLOGÍA**

Para la elaboración del presente trabajo se realizó una revisión sistemática a fin de identificar las intervenciones de enfermería para la atención y promoción de la lactancia materna en el recién nacido y ofrecer una argumentación científica que pueda ser útil para operacionalizar en un Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) ante la contextualización del Diagnóstico Enfermero Déficit de conocimientos.

Se inició con la revisión bibliográfica pertinente a la promoción y conocimientos sobre la lactancia materna, así como los efectos en el paciente pediátrico alimentado a seno materno exclusivo contra los alimentados con sucedáneo de leche materna y otras formas de ablactación, así como las situaciones relacionadas a la participación de enfermería en este contexto. Dicha búsqueda incluyó la revisión documental a través de navegadores especializados como el Centro de Recursos Académicos Informáticos Virtuales (CREATIVA) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). La revisión documental realizada en buscadores de documentos científicos y revistas de enfermería se realizó en SCIELO y EBSCO. También se consideraron otros medios electrónicos como GOOGLE ACADEMICO y se efectuó una revisión exhaustiva de las Normas Oficiales Mexicanas, y Guías de Práctica Clínica Nacionales e Internacionales tanto médicas como de enfermería. La revisión bibliográfica se concentró sin embargo, en la búsqueda de libros, revistas y tesis en el Centro de Información de Ciencias Biomédicas (CICBI) de la UASLP –principalmente-, y las fuentes directas encontradas en manuales y programas para la difusión de la Lactancia materna exclusiva, así como del programa de Certificación del Hospital amigo del niño y de la niña vigente en los servicios en Hospitales de Segundo Nivel y Hospitales con reconocimiento a Nivel Nacional, como El Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México, permitieron la realización de un análisis y comparación de resultados en distintos países contextualizando el problema en México.



Se consideró el diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes en lactancia materna, siendo el principal encaminado a la respuesta del paciente pediátrico alimentado a seno materno exclusivo de acuerdo con la morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años con asociación directa a la interrupción de la lactancia materna o introducción de sucedáneos de leche materna o ablactación temprana.

La construcción de los fundamentos para las intervenciones sobre conocimientos deficientes en lactancia materna se realizó conforme a los factores relacionados y características definitorias del diagnóstico seleccionado y la referencia de la Taxonomía NANDA-NOC-NIC fundamentada por la bibliografía a fin consultada.

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES EN LACTANCIA MATERNA**

El desconocimiento de la lactancia materna y su técnica es un hecho encontrado con gran frecuencia en toda sociedad. Este es uno de los aspectos que más llevan al fracaso en la alimentación al seno materno. A este factor se suma la existencia de creencias erróneas sobre la lactancia materna, el uso en la lactancia materna de la técnica destinada a la alimentación artificial y la falta de transmisión de la cultura sobre la lactancia materna que ocurría antiguamente.

Esta inexperiencia existe también en los hospitales. El personal de salud se encuentra falto de herramientas teóricas insuficientes o instrumentales poco adecuadas para el apoyo a las madres en el logro de una lactancia natural. La manera como se instruye y recuerda a las madres con insistencia la lactancia materna y podemos llegar a provocar sentimientos negativos en las madres a las que no sabemos amamantar.

El conocimiento de la buena técnica es sin duda la mejor herramienta que el personal de enfermería puede tener para ayudar a una madre.

La lactancia es un acto beneficioso tanto para el niño como para la madre, debido a sus múltiples ventajas. De ese modo se nutre al niño como para su madre, debido a sus múltiples ventajas, de aportar defensas gracias a la inmunoglobulina.

El recién nacido debe ser observado durante su primera alimentación para descartar alteraciones en la coordinación, respiración, succión, deglución, cianosis, fatiga, dura la ingesta y comprobar la eficiencia de la succión láctea.

El objetivo de la lactancia materna en el recién nacido es promover el crecimiento y desarrollo normal. El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una buena técnica de amamantamiento, el requisito básico

es la buena disposición y confianza de amamantar, lo que logra con el equipo de salud al satisfacer sus necesidades en cuanto conocimientos deficientes encontrados; puesto así, cuando el personal de enfermería y equipo de salud demuestran interés, se promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como forma natural dispuesta para alimentar al recién nacido.

## **5.2 LACTANCIA MATERNA**

Recientemente se han revisado de manera extensa los beneficios de la lactancia materna en la salud y desarrollo de los neonatos y los lactantes. Varios estudios han demostrado efectivamente la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo<sup>23</sup>.

Huffman y col. encontraron en 2001 que la lactancia materna temprana y exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida<sup>24</sup>. Hay evidencia adicional de que la pérdida de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía<sup>25</sup>.

La lactancia materna debe comenzar tan pronto como sea posible tras el parto, lo que depende de la capacidad del lactante y prematuro de tolerar la lactancia. Esto no sólo mantiene un metabolismo normal durante la transición de la vida fetal a la extrauterina, sino que también contribuye a crear un vínculo afectivo entre la madre y el lactante. La mayoría de los niños comienza a mamar muy pronto tras el parto, casi siempre a las 1-4 horas. De ahí que el personal de enfermería deba colaborar desde la misma sala de parto con las madres que desean comenzar la lactancia materna.

La leche materna constituye el alimento ideal para el recién nacido. Además de los aspectos puramente nutricionales, la alimentación al pecho tiene otras ventajas sobre el uso de las formula artificiales o sucedáneos, incluyendo diversos efectos psicológicos, maternos e inmunológicos. Los científicos

han documentado los beneficios de la lactancia materna por siglos, pero los avances en la investigación y la tecnología han promovido un entendimiento todavía mayor de las propiedades únicas e invaluable de la leche materna y los beneficios multidimensionales, que aporta tanto para la madre como para el niño<sup>26</sup>.

Sin embargo aunque la capacidad de lactar es innata e instintiva en los mamíferos, en la mujer esta capacidad debe ser desarrollada y apoyada mediante una educación adecuada para lograr una lactancia exitosa y placentera.

Por otra parte, la lactancia al seno materno ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas<sup>27</sup> (Anexo1). Sin embargo, en un estudio realizado en el IMSS, llama la atención de que aunque las madres no realizan alguna actividad laboral fuera del hogar, existe predominio de la lactancia mixta o sucedánea, lo que habla de la escasa promoción de la lactancia materna exclusiva en todos los niveles de atención durante el embarazo, lo que está correlacionado con la literatura que indica el creciente abandono de esta práctica.

La lactancia materna exclusiva es el método de alimentación durante los primeros seis meses de vida. En el proceso de la nutrición infantil se ha destacado por su valor nutritivo, proporciona un mejor desarrollo de peso y talla, genera una mejor relación afectiva en los niños, provee anticuerpos protectores contra enfermedades propias de la infancia, satisface plenamente las necesidades del lactante, aporta vitaminas, yodo y una proporción equilibrada de aminoácidos, la excepción de la óptima composición de la leche humana quizá sea la falta de hierro. Se sabe que el crecimiento normal es resultado de la manifestación conjunta de factores genéticos, ambientales, nutricionales, hormonales del estado de salud y psicoafectivos<sup>28</sup>.

Ahora se sabe que el crecimiento del lactante alimentado al seno materno, refleja un patrón caracterizado por una ganancia de peso relativamente más rápida en los primeros tres o cuatro meses con una tendencia decreciente después de ese periodo<sup>29</sup>.

A pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar ha sido un problema ancestral; el Código de Hammurabi (1800 a. C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia (Imagen 1). Desde hace 4 000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia *“la leche de la propia madre es benéfica, la de otras mujeres es dañina”*. En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; las madres francesas de la época deseaban mantener su belleza y frescura, esta influencia continuó durante el siglo XIX y XX, y se ha modificado en la actualidad la mayoría de los países desarrollados favorecido abiertamente la a lactancia materna<sup>30</sup>.



Imagen 1. Parte superior de la Estela del Código de Hammurabi.

Esta influencia, continuó durante el siglo XIX y parte del siglo XX, en México, aunque la prevalencia de la lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos 10 años, tiene uno de los valores prevalentes más bajos entre los países subdesarrollados y más de la mitad de niños no reciben lactancia materna después de los seis meses de edad. Esta declinación de la lactancia materna en México es más importante en las áreas urbanas, y probablemente es menos común en las clases medias que en los niveles socioeconómicos más desprotegidos<sup>31,32</sup>.

En el 2006, con respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva y la escolaridad de las madres, se observó que el principal motivo de abandono son los problemas con la producción de la leche materna en todas las madres, pero más específicamente en las madres cuyo grado de escolaridad era la primaria<sup>33</sup>. En las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de actividades u ocupaciones. Se destaca en esta población que la prevalencia de la realización de actividades u ocupaciones se incrementa conforme aumenta el grado o nivel de escolaridad de las madres<sup>34</sup>.

López B, Martínez L, Zapata N. En el 2012, realizó un estudio Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, fueron: de origen materno (infecciones, falta de producción de leche, trabajo, etc.) y el rechazo a la alimentación al seno materno. En este estudio las principales causas fueron: que no se llenaba el bebé y decisión materna<sup>35</sup>.

Las ventajas del amamantamiento están bien claras, y reconocidas, y éste acto materno se practica cada vez más. A menudo las madres requieren información y apoyo en sus esfuerzos por establecer el amamantamiento. La lactancia materna es la alimentación del niño directamente del pecho. Permite prolongar la estrecha relación de la diada madre - hijo durante el embarazo; ahora fuera del claustro materno y constituye además un acto de amor que

tiene gran repercusión en el desarrollo emocional del niño y en la relación afectiva futura de la madre y el hijo.

### **5.2.1 Características de la leche materna**

La leche materna sufre modificaciones en su composición durante los últimos meses de embarazo, y los primeros días que siguen al parto, es por ello que se describen varios tipos de leche materna.

**Precolostro.**- Se produce a partir de la semana 16 del embarazo, cuando el nacimiento ocurre antes de la semana 35 de gestación, la leche es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Posee bajas concentraciones de lactosa.

**Calostro.** Se secreta 5 a 7 días posterior al parto, en las multíparas al nacimiento del producto. Es la primera leche que se produce, es muy concentrada y rica en proteínas en consecuencia apropiada para aportar nutrición durante la transición extrauterina. A medida de que el lactante a la vida nueva y que el tacto digestivo se despeja del meconio, el volumen de la alimentación aumenta con rapidez desde menos o más. Es de consistencia pegajosa, amarillenta por la presencia de Beta carotenos, se produce un volumen 2 a 20ml/día en los tres primeros días a medida que él bebe succiona se produce hasta 580ml/día. Contiene proteínas 97% de Inmunoglobulina A, vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos bifidus, sodio y zinc, en concentraciones menores la grasa, lactosa y las vitaminas hidrosolubles.

Al nacimiento y durante los meses que siguen las secreciones del tracto gastrointestinal del lactante contiene enzimas especialmente apropiadas para la digestión de la leche materna: su capacidad para digerir alimentos diferentes depende del desarrollo fisiológico. Las capacidades de la digestión salival, gástrica, pancreática e intestinal se incrementa con la edad y esta progresión indica que el tiempo natural para que se introduzcan las comidas

solidas en la dieta del bebe y es alrededor de los seis meses de edad. También en este momento el reflejo de extrusión se hace menos pronunciado. La introducción de alimentos sólidos antes de los cuatro a seis meses de edad solo hace al bebé más propenso al desarrollo de alergias.

Leche de Transición. Se produce posterior al calostro y dura entre 5 a 10 días, se aumentan las concentraciones de lactosa, grasa por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles, disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y la presencia de caseinato de calcio.

Leche madura. Esta cambia durante cada alimentación. Al comienzo aparece una primera leche blanca azul que es en parte descremada (cerca del 60% del volumen) y en parte entera (aproximadamente el 35% del volumen) aporta la lactosa primaria, proteínas y vitaminas hidrosolubles. La leche postrera o crema (cerca del 5%) por lo general sale hacia los diez a 20 minutos de la alimentación aunque se presenta antes en algunas mujeres. Contiene las calorías más densas de la grasa necesarias para asegurar el crecimiento óptimo y la sensación de alegría entre las sesiones de la lactancia<sup>36</sup>.

Se produce a partir de 15 días posparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen es de 750ml/día llegando hasta 1200ml/día en madres con embarazo múltiple. Su composición es 87% agua, osmolaridad de 287 a 293 mOsm, aporta 670 a 700 kcal/L a través de hidratos de carbono y grasas. Los hidratos de carbono aportan energía al sistema nervioso central, la lactosa favorece el desarrollo de bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por acidificante. También contiene galactosa, grasas, proteínas, vitaminas y minerales. Las proteínas contenidas en la leche materna son entre el 8.2 y 9 g de proteína por litro, su concentración se reduce con el progreso de la lactancia. El tipo de proteínas que contiene la leche humana la hacen única ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas como la amilasa<sup>37, 38</sup>



Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes. Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma<sup>39</sup>.

### **5.2.2 Comparación entre la leche materna y la leche sucedánea artificial**

La lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido, ya que es rica en nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. Por lo que es necesario conocer en profundidad las diferencias entre la leche materna y la artificial para poder elegir con fundamento. Como ya se ha señalado anteriormente, ***la leche de vaca como tal no se puede utilizar como alimento en niños menores de un año, por lo que es imprescindible modificarla para que asemejarse lo más posible a la leche humana.***

La leche artificial tiene una composición bastante similar a la leche humana en cuanto a nutrientes energéticos (carbohidratos, proteínas y grasas), aunque el contenido proteico es mayor en la leche artificial, así como el de sales minerales<sup>40</sup>. Tesina con correcciones de la predefensa.

#### **Proteínas**

La leche de vaca tiene el triple de proteína que la leche materna. Por ello, se modifica su contenido para que sea levemente superior al de la leche materna.

La causa de tanta proteína es que los terneros necesitan grandes cantidades porque crecen muy rápido: duplican su peso al mes y medio, a diferencia de

los niños, que lo duplican a los cinco meses. Este exceso de proteína provocaría en el bebé un sobreesfuerzo digestivo y sobrecarga del riñón. Por ello, se modifica su contenido para que sea levemente superior al de la leche materna: la leche de vaca sin modificar contiene 3,5 gramos de proteína por cada 100 mililitros y la fórmula modificada contiene 1,2 gramos; esto se acerca a los porcentajes de la leche humana que contiene 0,9 gramos de proteína.

La relación lactoalbúmina (proteína del suero de la leche)/caseína debe ser de 60/40, ya que si contiene mucha cantidad de caseína, la leche coagularía en grumos y sería menos digestible para el niño. Para conseguir esta relación, se añade suero desmineralizado a las fórmulas, ya que la leche de vaca tiene un elevado contenido de caseína (82%). Asimismo, la cantidad de lactoglobulina (proteína del suero de la leche) es mucho mayor en la leche de vaca, lo que puede provocar alergias en el lactante.

El perfil de aminoácidos es similar al de la leche materna, excepto en el caso de la **fenilalanina**, sustancia que está en mayor cantidad y la **taurina**, que se encuentra en menor cantidad y es esencial para el desarrollo cerebral del bebé. Por ello, se añade a las fórmulas artificiales.

### **Hidratos de carbono**

La leche de vaca sin modificar presenta 7 gramos/100 ml, y la leche humana, 4,8 gramos/100 ml. Por ello, se modifica consiguiendo un contenido de 5,4 gramos/100 ml.

En cuanto a calidad, encontramos **lactosa**, necesaria para el desarrollo de bifidobacterias intestinales y **galatosa**, clave en la formación de cerebrósidos (glucoesfingolípidos) de las vainas de mielina del sistema nervioso. La lactosa de la leche humana se hidroliza de forma más lenta en el intestino que la lactosa añadida a las fórmulas artificiales, propiciando que parte de la lactosa sea aprovechada por la flora intestinal para generar ácido láctico. Esta es la

causa de que las heces del niño alimentado con leche materna sean más ácidas.

### **Ácidos grasos poliinsaturados**

En la leche materna se halla mayor contenido de ácidos grasos poliinsaturados; así se forman emulsiones homogéneas, a diferencia que la leche de vaca, que por su alto contenido en ácidos grasos libres de cadena larga y saturada, forma emulsiones heterogéneas. La grasa de la leche materna se absorbe mejor y contiene mayor cantidad de ácidos grasos esenciales y ácidos grasos monoinsaturados. Esta es la razón por la que se añaden a las fórmulas artificiales aceites vegetales y ácidos omega-3.

### **Minerales**

La leche de vaca, como ya hemos mencionado, tiene el triple de minerales que la leche materna y si no se modifica, ocasionaría daños renales en el bebé. El riñón del bebé no funciona al cien por ciento. La absorción de **calcio** es más eficaz en la leche materna, así como la de **hierro**, gracias a su alto contenido en lactoferrina (proteína transportadora de hierro). Las leches artificiales deben suplementarse con calcio y vitamina D (necesario para la correcta absorción intestinal de calcio) y también añadir hierro, principalmente en leches de continuación.

La diferencia principal entre la leche materna y la artificial se encuentra en el contenido de **mecanismos de defensa** que existen en la primera. Destacan las lactoperoxidasas activas frente a estreptococos, el factor antiesfilocócico, lisozima con capacidad bactericida.

Ferraéz de Lee en su publicación de 1999, es el primer profesional en comparar la composición de la Leche Humana con la de otros mamíferos, además de la leche maternizada<sup>41</sup> (Tabla 1).

Tabla 1. COMPOSICIÓN COMPARATIVA DE LA LECHE POR CADA 100 Kcal			
NUTRIENTE	LECHE HUMANA	FÓRMULA TÍPICA	LECHE DE VACA
Proteína	1.3-1.6 g	2.3 g	5.1 g
Grasa	5 g	5.3 g	5.7 g
Carbohidratos	10.3 g	10.8 g	7.3 g
Ácido linoleico	560 g	2300 g	125 g
Vitamina A	250 UI	300 UI	216 UI
Vitamina E	0.3 UI	2 UI	0.1 UI
Vitamina C	7.8 mg	8.1 mg	2.3 mg
Calcio	50 mg	75 mg	186 mg
Sodio	1 mEq	1.7 mEq	3.3 mEq

Referido de Ferráez de Lee en su publicación de 1999, es el primer profesional en comparar la composición de la Leche Humana con la de otros mamíferos, además de la leche maternizada<sup>42</sup>.

### 5.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos. La mayor parte de la investigación reciente apoya las innumerables ventajas de la lactancia sobre otros métodos de alimentación infantil. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad<sup>43</sup>.

#### **Ventajas de la alimentación al seno materno**

Las ventajas de la lactancia materna con respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación:

- La lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial.
- La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante.
- El calostro y la leche materna tienen elementos anti-infecciosos que ayudan a limitar las infecciones.
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño.
- La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización.
- La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos.
- La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño.
- Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

### **Desventajas de la lactancia materna**

- La madre, al ser la única que puede amamantar al bebé tendrá ciertas limitaciones en sus tareas diarias, principalmente si trabaja, siempre y cuando no organice sus actividades.
- La alimentación del recién nacido sólo podrá ser proporcionada por la madre directamente del seno materno.
- Incomodidad y dolor referido por algunas madres en el seno al amamantar al recién nacido.

- Suspensión de lactancia por medicamentos indicados a la madre.
- Aceptación social y consecuentemente incomodidad de la madre al amamantar en público al recién nacido.
- La lactancia constituye una actividad física tan íntima que la mujer puede sentir la tentación de proteger celosamente su relación con el bebé, de forma que el padre se sienta marginado, y esta sensación puede ser causa de celos.
- Ingesta moderada de algunos alimentos como mariscos, espárragos, col (repollo), condimentación de carnes.

#### **5.4 FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA**

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

Las principales hormonas influyentes son la progesterona, los estrógenos y el lactógeno placentario humano (LPH) Estas hormonas son las responsables del crecimiento del tamaño de los alveolos, lóbulos, aréola y pezón. Los niveles de estas hormonas disminuyen después del parto, lo cual desencadena el inicio de la producción de leche abundante. El nivel de estrógenos sigue siendo bajo durante los primeros meses de lactancia por lo que se recomienda a las madres evitar métodos anticonceptivos a base de estrógenos (puesto que puede disminuir el suministro de leche)<sup>44</sup>.

Estas hormonas son las responsables del crecimiento del tamaño de los alveolos, lóbulos, aréola y pezón. Los niveles de estas hormonas disminuyen después del parto, lo cual desencadena el inicio de la producción de leche abundante. El nivel de estrógenos sigue siendo bajo durante los primeros meses de lactancia por lo que se recomienda a las madres evitar métodos anticonceptivos a base de estrógenos (puesto que puede disminuir el suministro de leche).

Hormona folículo estimulante (HFE), hormona luteinizante (HL), prolactina (incrementa el tamaño de los alveolos durante el embarazo). Después del

parto los niveles de HFE y HL bajan pero los niveles de prolactina se incrementan. Otra hormona, la oxitocina (que se produce durante el parto y cuando el bebé mama), es la responsable de la eyección de la leche. Otras hormonas, especialmente la insulina, la tiroxina y el cortisol están involucradas también, pero sus funciones aún no están bien comprendidas<sup>42</sup>.

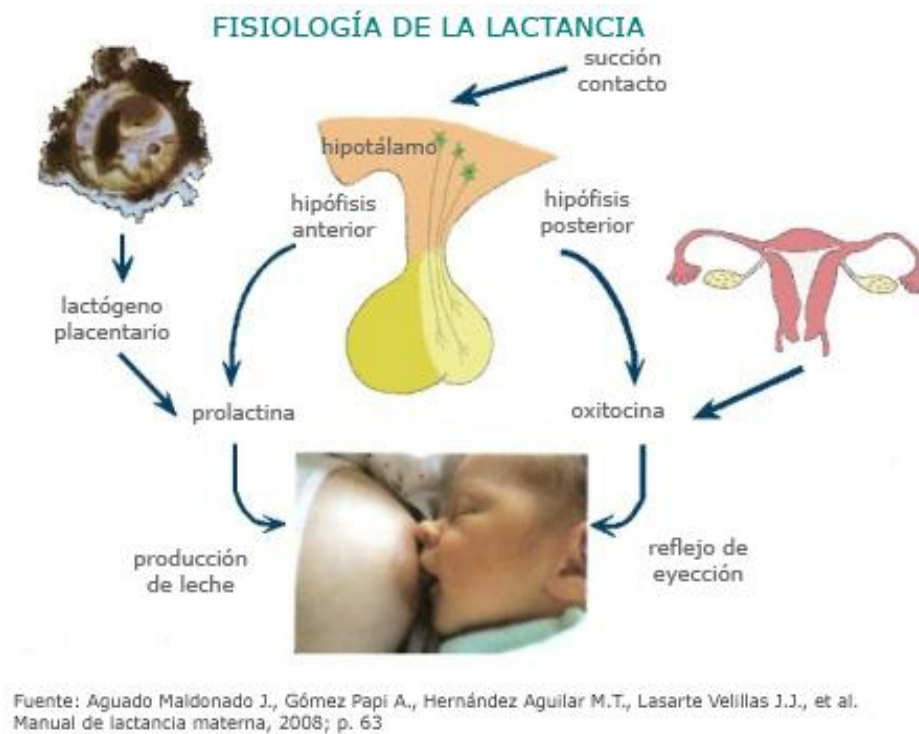


Imagen 2. Fisiología de la lactancia materna.

La prolactina prepara a los senos para la lactancia mediante aumento de tamaño, número y complejidad de los conductos y alvéolos durante el embarazo. Al progresar el mismo la prolactina estimula la secreción de las células alveolares mamarias; y el estrógeno y la progesterona estimulan el crecimiento de los conductos y los alvéolos, pero estos dos inhiben de manera paradójica la secreción de leche. Tras la expulsión de la placenta, que es la fuente de mayor parte del estrógeno y la progesterona durante el

embarazo, como también de todo el HPL, el suministro cesa de manera abrupta.

Los índices sanguíneos de estas hormonas descienden con rapidez, aunque la secreción de prolactina en la glándula pituitaria anterior continúa. Se demostró que la aparición de la leche después del parto coincide con el descenso de los niveles de estrógeno y progesterona en presencia de índices altos de prolactina. Por tanto, la síntesis y secreción de leche se inicia cuando se eliminan los efectos inhibidores del estrógeno y la progesterona bajo los efectos continuos de la prolactina. La secreción de leche se inicia en la base de las células alveolares, en donde se forman pequeñas gólicas que después migran a la membrana celular; estas son extraídas a los conductos alveolares para su almacenamiento<sup>45</sup>.

La expulsión de leche es el proceso por el cual la contracción de las células del mioepitelio en los senos impulsa a la leche a lo largo de los conductos y hacia los senos galactóforos. Estos senos están ubicados debajo de la areola y el lactante retira de ellos la leche al succionar. Un reflejo neurohormonal controla la expulsión de leche y trabaja a través de las vías aferentes nerviosas hacia el hipotálamo. La succión es de manera principal un estímulo aferente, pero el reflejo de expulsión puede activarse por estímulos auditivos (cuando se escucha llorar al niño) o visuales (al ver al niño). La rama eferente de esta vía es hormonal, porque la oxitocina que se libera en la pituitaria posterior produce contracción de las células mioepiteliares de los senos. La importancia de los senos corticales altos del cerebro se demuestra por la sensibilidad del reflejo de expulsión ante diversos estímulos nocivos.

La ansiedad y la tensión, el frío fuerte y el dolor inhiben el reflejo de eyección y reducen la cantidad que se expulsa. Esto indica que la mamá debe estar en un medio cómodo y tranquilo para alimentar al niño. La tensión crónica en las situaciones cotidianas contribuye a una respuesta ineficaz a la lactancia



materna. La prolactina parece ser muy importante para iniciar la lactancia materna y preservarla una vez que se establece.

Al continuar alimentando al seno materno, los índices de prolactina que se liberan en respuesta a la succión disminuyen poco menos que al inicio. Después es probable que los índices de prolactina ya no se eleven por la succión<sup>46</sup>.

La leche materna es el alimento natural del recién nacido durante sus primeros meses de vida. Siempre se encuentra disponible a la temperatura adecuada y no requiere tiempo de preparación, se considera como “patrón de oro”. Además es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales. Sin embargo, la sociedad ha permanecido invariable la tendencia a delegar esta función a medida que se accede a niveles altos de bienestar<sup>47</sup>.

#### **5.4.1 Inmunología de la Leche Humana**

El sistema inmunitario del recién nacido es menor al del adulto en el 1%. La leche materna debe ser considerada como “la primera vacuna” que recibe el niño, ya que lo protege contra numerosas infecciones a las que está expuesto durante el primer año de vida. Durante la lactancia se desarrolla y se activa el tejido linfoide relacionado con las mucosas (MALT) del bebé, en el intestino, los pulmones, las glándulas mamarias, las glándulas salivales y lagrimales, y las vías genitales. Este proceso se realiza a través del eje entero-mamario (figura 2), donde tienen lugar una serie de mecanismos: en el intestino, tejido linfoide y glándula mamaria de una madre lactante con objeto de producir una gran cantidad de IgA de secreción<sup>48</sup>.

Es un sistema que se opone a los antígenos, eficaz contra E. coli, Salmonella, Campilobacter, Vibrio cholerae, Shigella y G. lamblia<sup>49</sup>. También se han encontrado anticuerpos IgA contra proteínas de alimentos como la leche de

vaca, la soya y el frijol negro. No promueve inflamación ya que no activa complemento, por lo tanto no consume energía.

### **Eje Entero-Mamario**

Cuando la madre ingiere antígenos bacterianos, virales y otros, llegan al intestino y en el segmento terminal del íleon, donde se encuentra el tejido linfóide de las mucosas (MALT), son capturados por las células M y transportados a las placas de Peyer. Aquí se elaboran los antígenos de los macrófagos y son presentados a los linfocitos T, de donde surgen las subpoblaciones de linfocitos B, lo que hace proliferar las células precursoras productoras de anticuerpos. Estas células emigran por los ganglios linfáticos regionales del mesenterio y llegan al conducto torácico, donde se dividen en tres compartimentos: las glándulas mamarias, los tejidos linfáticos del intestino materno y el sistema bronquial. En estas regiones maduran y se transforman en células plasmáticas productoras de IgA. Inicialmente las IgA son monómeros, en las células epiteliales de las glándulas exocrinas (mama, lagrimal, salival), los sistemas respiratorio, digestivo y urinario, se unen en pares con la cadena J para formar el dímero de IgA; se fijan a las glicoproteínas (componente secretor) para resistir y protegerse de la digestión enzimática y están listas para ser transportadas a través de las células epiteliales y aparecer en las secreciones exocrinas en la superficie las membranas mucosas<sup>50</sup>.

La leche materna contiene gran cantidad de componentes inmunológicos tanto humorales como celulares que constituyen su función protectora contra virus, bacterias y parásitos<sup>51</sup>.

Integración de la inmunidad de mucosa madre-hijo:  
Protección de la Vía aérea-intestino superior e intestino.

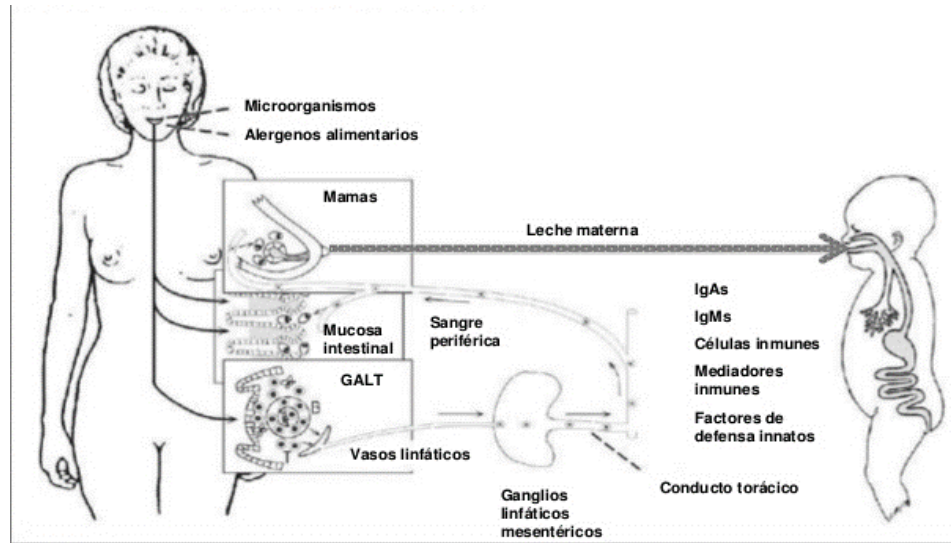


Imagen 3. Integración de la Inmunidad-Mucosa madre-hijo:

#### 5.4.2 Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria pasa por tres fases principales de crecimiento y desarrollo antes de las etapas de embarazo y lactancia: fase uterina, fase correspondiente a los 2 años de vida y fase de la pubertad.

En el desarrollo embrionario la estría láctea aparece a la cuarta semana desde la fecundación, cuando el embrión tiene una longitud de 2,5 mm. Después, se convierte en la línea cresta láctea a lo largo de la quinta semana.

Las glándulas mamarias se empiezan a desarrollar en el embrión de 6 semanas, continuando hasta que aparecen los conductos lácteos aproximadamente en el nacimiento. Embriológicamente las glándulas mamarias se desarrollan en forma de invaginaciones del ectodermo en el tejido mesodérmico subyacente. En el embrión humano se puede detectar hacia el final de la cuarta semana de embarazo. El ectodermo engrosado

muestra invaginación hacia el mesodermo subyacente y, así, la superficie del área mamaria adquiere en poca tiempo un aspecto plano y, finalmente queda localizada bajo el nivel de la epidermis de la glándula.

El mesodermo e mantiene contacto con la invaginación del ectodermo queda comprimido y sus elementos adoptan un disposición en capas concéntricas, constituyendo la fase posterior del estroma de la glándula. Hacia las 16 semanas de gestación, la fase de ramificación ha dado lugar a la formación de 15-25 bandas epiteliales que representan los futuros alveolos secretores. En este momento se desarrolla el esbozo mamario secundario, que se desarrolla incluyendo elementos como: folículos pilosos, las glándulas sebáceas, alrededor del alveolo<sup>52</sup>.

Hacia las 28 semanas de gestación, las hormonas sexuales placentarias se introducen en la circulación fetal e inducen la canalización. En el interior de los cordones solidos aparecen luces con formación de los conductos galactóforos y de sus ramas. Los conductos galactóforos se abren en una zona de depresión epitelial superficial denominada fosa mamaria.

El pezón invertido se debe a la falta de elevación de la fosa mamaria. Después de la semana 32 de gestación parecen luces en todas las áreas del sistema de ramificación de los procesos celulares.

El desarrollo fetal y prepuberal, Tobon y Salazar<sup>53</sup> estudiaron con microscopía electrónica las glándulas mamarias de fetos de sexos femenino y masculino de 13 a 40 semanas de edad gestacional. En su estudio confirmaron los desarrollos morfológicos del tejido mamario fetal en respuesta estímulo hormonal similares a los que tienen lugar en la mama materna. En la estructura celular se observó el sistema de Golgi y un abundante retículo con cisternas dilatadas y repletas de material finalmente granular. También se detectan abundantes mitocondrias y gotitas lipídicas. En el tejido prepuberal predominan las yemas terminales, las yemas laterales y los lobulillos constituidos por tres a cinco yemas alveolares. En la mama de las mujeres

en edad puberal predominan los lobulillos constituidos por yemas alveolares y los formados por hasta 60 lobulillos. Durante la fase prepuberal, estos conductillos revestidos por epitelio protruyen hacia el exterior formados alveolos cuando son estimulados por las hormonas de la menarquia.

La mama está constituida por tejido glandular, tejido conjuntivo de sostén y tejido adiposo protector. Inmediatamente después del parto, la mama del recién nacido puede presentar tumefacción y secreción de una pequeña cantidad de leche denominada a menudo leche de bruja. Este fenómeno que es frecuente en los lactantes de ambos sexos, se debe a la estimulación de las glándulas mamarias del lactante por las mismas hormonas placentarias<sup>1</sup>.

Desarrollo puberal, este desarrollo de la mama tiene lugar a través de dos procesos diferentes: la organogénesis y la producción de leche. La organogénesis conlleva el crecimiento de los conductos y los lobulillos, y se inicia antes de la pubertad continuando lo largo de la misma con el crecimiento del parénquima mamario y del almohadilla de tejido adiposo que lo rodea. Cuando la niña tiene entre 10 y 12 años de edad, el árbol ductal se amplía y muestra su patrón de ramificación dicotómica en las punta de los ductos en fase de crecimiento.

La formación de las yemas alveolares se inicia al cabo 1 o 2 años del comienzo de la menstruación. La aparición de nuevas yemas alveolares se continúa durante varios años, dando lugar a la formación de lóbulos alveolares.

La localización de la mama se localiza en la fascia superficial entre la segunda costilla y el seto cartilago intercostal y es superficial con respecto al musculo pectoral mayor. Su diámetro es de 10-12 cm. E localiza horizontal entre la línea paraesternal y la línea media. El grosor de la mama en su parte central es de 5-7 cm. durante la pubertad, las mamas femeninas aumentan de tamaño hasta alcanzar el de la mujer adulta, de manera que a menudo la mama izquierda adquiere un tamaño mayor que la derecha.

Durante la pubertad, las mamas femeninas aumentan de tamaño hasta alcanzar a la de mujer adulta, de tal manera que a menudo la mama izquierda adquiere un tamaño mayor que la derecha. La forma de la mama es distinta en cada mujer, al igual que lo son la constitución corporal y las características faciales.

El cuerpo mamario, la glándula mamaria es una estructura ordenada constituida por un número variable de glándulas independientes. Presenta una serie de cambios que se pueden clasificar en la fase de desarrollo y de diferenciación. La morfología del cuerpo mamario incluye dos partes principales, el parénquima y la estroma. El parénquima está constituido por las estructuras ductales, lobulillos y alveolos y lo forman las glándulas alveolares (con diámetro de 0,12 mm. aproximadamente) que presentan alveolos ramificados de los conductillos con una estructura en forma de árbol.

Los conductos tienen un diámetro de alrededor de 2 mm. Mientras que el diámetro de los senos galactóforos es de 5 a 8 mm. Se observan entre 15 y 25 lóbulos, dispuestos en forma de radio que converge en la parte central del pezón. El estroma está constituida por tejido conjuntivo, tejido adiposo, vasos sanguíneos, nervios y linfáticos. La masa del tejido mamario está formado por las glándulas tubuloalveolares incluidas en el tejido adiposo, lo que hace que las mamas presenten un contorno suave y redondo.

Pezón y areola, la piel de la mama incluye el pezón, la areola y la piel de características generales la piel es la cubierta fina, flexible y elástica de la mama y se adhiere al tejido subcutáneo repleto de material lipídico. Contiene pelo, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas apocrinas. El pezón, o papila mamaria es una elevación cónica localizada en el centro de la areola, aproximadamente a nivel del cuarto espacio intercostal, ligeramente por abajo del punto medio de la mama. El pezón contiene 15-25 conductos galactóforos, también contiene fibras musculares lisas y está ricamente inervadas por terminaciones nerviosas sensitivas y por corpúsculos de

Meissner localizados en las papilas dérmicas; presentan glándulas sebáceas y sudoríparas apocrinas, pero muestran pelo (Anexo2)<sup>1</sup>.

La areola y el pezón son más oscuro que el resto de la mama y su coloración va desde al rozado pálido en las mujeres de piel clara hasta el marrón oscura en el resto. El color más oscuro de la areola puede ser una señal visual para el recién nacido, de manera que pueda acercarse a su boca. La erección del pezón está inducida por estímulos táctiles, sensitivos y vegetativos simpáticos. La dermis de la areola carece de tejido adiposo pero contiene musculo liso y colágeno, así como fibras de tejido elástico dispuesto radial y circundante.

#### **5.4.3 Destete/ interrupción de la lactancia materna**

En ocasiones, es el bebé quien toma la iniciativa para la interrupción pero, en muchas otras, será la madre la que tendrá que fijar un día para iniciar el final de una etapa “la lactancia”, que tantos beneficios ha aportado a ambos. De ahí, que encontrar ese día en el calendario pueda resultar a veces complicado. Quien ha amamantado sabe que dar el pecho es algo más que proporcionar alimento. Es el vínculo afectivo y esa forma especial de relacionarse con el bebé lo que más pesa en la despedida.

#### **Hasta cuándo darle de mamar**

La Organización Mundial de la Salud recomienda la *lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé* y, junto con la alimentación complementaria, hasta los 2 años. Por tanto, lo primero que has de tener claro es que el hecho de comenzar a diversificar la dieta a partir del medio año, no significa tener que poner fin a la lactancia, sino simplemente, empezar a compaginarla con los nuevos alimentos. Sin embargo, según las estadísticas, menos del 30 por ciento de las madres consigue dar el pecho más allá del sexto mes. Errores en la técnica, introducción injustificada de biberones, interpretación incorrecta de comportamientos del bebé o desconocimiento de los métodos de extracción y

almacenamiento de la leche están entre los problemas más frecuentes que provocan un destete precoz y, generalmente, indeseado por parte de la madre. Y es que está comprobado que si dejáramos que *el destete* llegara de forma natural, no lo haría, generalmente, hasta pasado el año de vida. En este sentido, un estudio llevado a cabo por la OMS recogió datos de 1.743 niños de 6 países Brasil, Ghana, India, Noruega, Oman y EE UU, correspondientes a familias dispuestas a prolongar al máximo la lactancia y que recibieron apoyo profesional para solucionar cualquier dificultad que se presentara. El final del destete se produjo de forma mayoritaria entre los 12 y 24 meses en todos los países menos en Brasil. La investigación no registró los motivos que llevaron a interrumpir la lactancia, pero los coordinadores del proyecto comentaron de forma oficiosa que, en muchos casos, la interrupción fue decisión de los niños<sup>54</sup>.

### **Destete lento y gradual**

Así debería ser siempre el destete: lento y gradual. Un final brusco, además de provocarle molestias físicas, retención de leche resulta inevitable en esos casos puede suponer sentimientos de tristeza y frustración para la madre y de abandono e inseguridad para él. Por tanto, si es la madre la que ha llegado a la conclusión de que es hora de poner fin a la lactancia, lo plantea con tiempo y calma. Va eliminando tomas una cada semana, por ejemplo, comenzando por las centrales del día que, además, si ya ha cumplido los 6 meses, podrá sustituir por purés o papillas y dejar para el final el alimento que notes que más “necesita” la de la noche suele actuar de relajante.

Pero si es el hijo quien ha decidido abandonar la lactancia, seguramente le sorprenderá la forma de hacerlo. Llegará un día en que al ponerle al pecho, vuelva la cabeza e, incluso, si se le insiste, comience a llorar y a dar manotazos al pecho. No habrá más remedio que aceptar su decisión. Pero, eso sí, antes deberá asegurarse de que no se trata de una simple “huelga” de la lactancia pasajera periodos en los que el lactante muestra poco interés por el pecho y



que se relacionan con el retorno de la menstruación en la madre, cambios en el sabor de la leche, salida de los dientes, y que pueden superarse insistiendo en ofrecer el pecho y haciéndolo en ambientes más relajados.

### **Lactancia, destete y vuelta al trabajo**

La reincorporación al puesto laboral no tiene por qué ser sinónimo de destete. Sin embargo, no son pocas las madres que inician el fin de la lactancia, incluso, semanas antes de volver a su trabajo para asegurarse de que su hijo acepta bien el cambio al biberón. Si ese es el caso, la madre deberá estar tranquila tan solo le hará falta un poco de organización y un buen extractor de leche para apoyarse en el mantenimiento de la lactancia. Durante las semanas previas a la incorporación laboral, la madre puede ir sacándose la leche y congelándola en envases independientes y así ir haciéndose con una buena “despensa de leche materna”.

Se debe tener en cuenta que dependiendo de la jornada laboral, se tendrá que sustituir una o dos tomas. Por otra parte, y dado que se estará varias horas sin vaciar el pecho, la madre puede notar cierta retención en las mamas. Por este motivo y porque un vaciado frecuente del pecho es garantía de una adecuada producción láctea, se tendrá que hacer una pausa en las actividades y sacarse la leche con un buen extractor, no tardará más de 5-10 minutos. Se sugiere además que la madre lleve, además, una neverita portátil para poder transportar la leche materna sin que se deteriore. Y por supuesto, se podrá continuar con el resto de las tomas sin problemas<sup>55</sup>.

### **Cuando el niño no quiere dejar el pecho**

Pese a cumplir años, hay niños que no ven el momento de despedirse del pecho. Y es que, en lactancias prolongadas el destete puede no ser fácil para él. El papel nutritivo e inmunológico que cumplía tu leche pasa a un segundo plano, y entonces, cobra gran relevancia el vínculo afectivo que se crea entre el binomio madre hijo.

De cualquier forma, se tendrá que desplegar toda la paciencia y dulzura y, no ofrecer, pero tampoco negar. Se debe tener en cuenta que también se tiene a favor que el pequeño también es “mayor” e irá entendiendo las explicaciones y aceptará mejor los cambios, si se los hace ver como algo justo y si lo compensas con muestras de cariño. Por tanto, se deberá poner en marcha las medidas que recomendadas a continuación para lograr que el niño vaya aceptando sin traumas el final de la lactancia:

- Ir acortando poco a poco la duración de las tomas.
- Distracer al hijo anticipándose a las horas o situaciones en las que suele reclamar el pecho.
- Aumentar la frecuencia de comidas para evitar que el apetito le haga demandar el pecho.
- Aplazar la toma, pactando o poniéndole condiciones cuando termine de comer, antes de acostarse, sólo mientras se está en casa, con lo que se conseguirá reducir el número de veces que mama.
- Ofrecerle alternativas cuando se crea que no es el momento oportuno, pero intentar que sean atractivas para que no lo interprete como una negativa. Plantearle un rato de juegos, leerle su cuento preferido, hacerle cosquillas o darle un masaje.
- Procurar hablar con él, sobre todo, cuanto mayor sea. Explicarle con cariño por qué ahora no se puede: “mamá está cansada, eres muy grande y ya comes con tenedor”.

#### **5.4.4 Problemas Médicos**

La mastitis es un proceso infeccioso de la mama que cursa con sensibilidad dolorosa localizada, eritema y aumento local de la temperatura, junto con reacciones sistémicas de fiebre, malestar y en ocasiones, náusea y vómitos. Esta infección se puede adquirir en el hospital en los casos que la madre o el lactante sufre colonización por bacterias virulentas antes de recibir el alta. La

definición actual de mastitis es la de un cuadro con fiebre de 38.5°C o superior, escalofrío, molestias generales de tipo catarral, afección sistémica y aparición en la mama de una zona de coloración rosada, dolorosa a la palpación, caliente, hinchada y con forma de cuña, los elementos más importantes del diagnóstico diferencial entre la mastitis, la congestión mamaria y la oclusión de los conductos.

La puerta de entrada de la enfermedad corresponde a los conductos galactóforos de un lobulillo secretor, a través de una fisura en el pezón con afección de los linfáticos periductales o debido a una diseminación hematógena. Los microorganismos con mayor frecuencia son *Staphylococcus áureos*, *Escherichi coli* y raramente *Streptococcus*. Se observan casos de mastitis tuberculosa en las amígdalas pero en grupos de población en los que la tuberculosis es endémica, la mastitis por esta causa representa un porcentaje del 1%.

Los factores predisponente a la mastitis son el drenaje insuficiente de un conducto y después de un alveolo, la presencia de un microorganismo y la disminución de las defensas maternas como ocurre en las situaciones de estrés y fatiga. El vaciamiento de los conductos y su obstrucción debido al uso de la ropa muy ajustada pueden dar al taponamiento de los conductos. También la falta de la administración de una toma o el hecho que el lactante se quede dormido a lo largo de toda la noche eso puede causar congestión mamaria con taponamiento de los conductos y finalmente mastitis. Los pezones con grietas o dolorosos anuncian un problema debido a que la madre evita el vaciamiento completo del pecho afectado, lo que facilita el acceso de bacterias al mismo.

Si la madre muestra pezones con grietas, fisuras o áreas de irritación, son más probables los cuadros con dolor y enrojecimiento mamarios que los de mastitis.

#### **5.4.4.1 Mastitis recurrente o crónica e infección por cándida**

La mastitis recurrente suele ser debida al tratamiento retardado o insuficiencia de la enfermedad inicial. Si se inicia el tratamiento con antibiótico, se debe mantener durante un mínimo de 10-14 días. A menudo la madre interrumpe el tratamiento por su propia cuenta cuando empieza a sentirse mejor. En la primera recidiva son necesarios los cultivos de una muestra de leche de la fase intermedia de la toma obtenida de manera limpia, así como de una muestra de la nasofaringe y la orofaringe del lactante. La paciente debe de ser evaluada con revisión detallada de todas las circunstancias. es necesario iniciar el tratamiento activo con reposo, nutrición adecuada, control del estrés y drenaje completo de la mama mediante la succión o bomba.

Los antibióticos se deben seleccionar cuidadosamente y mantenerla durante dos semanas. La madre tiene que incrementar su consumo de líquidos. El fracaso del segundo tratamiento suele ser a que el primero no se llevó a cabo de manera completa, incluyendo la falta de un reposo adecuado y la potenciación de la resistencia materna.

En los casos en que la mastitis sigue recidivando, hay dos posibles razones hay varias razones: infección bacteriana crónica infección secundaria por hongos o enfermedad subyacente de la mama como un quiste o un tumor. En los casos de una enfermedad bacteriana crónica se puede iniciar régimen de antibiótico con dosis bajas como eritromicina, 500 mg/día con mantenimiento durante toda la lactancia. La infección fúngica se suele diagnosticar en función de las características del dolor, que se describe como intenso y pulsátil a lo largo de todo el sistema ductal.

Una complicación secundaria de la mastitis recurrente es la infiltración de la mama por infección fúngica o bien por hongo como *Cándida albicans*. Las mujeres describen un dolor intensísimo cuando amamantan al lactante y sienten como «cordones ardiendo» en el tórax. Entre las tomas, la superficie

de la mama puede presentar prurito. El mejor tratamiento es masaje con nistatina o mycolog, que contiene cortisona, con aplicación sobre el pezón y la areola tras cada toma. El lactante debe de recibir simultáneamente nistatina por vía oral porque en caso contrario la madre va a presentar reinfección incluso el lactante no presenta.

En un ensayo clínico realizado en el 2010 por Crepinsek M. Concluyó que la continuidad de la lactancia en el caso de mastitis con un vaciado efectivo de la mama acorta la duración de la mastitis y disminuye la tasa de abandono precoz de la lactancia<sup>56</sup>.

Otro estudio dio a conocer que la evaluación del acoplamiento del bebé al pecho, el apoyo emocional, la educación y el apoyo a la lactancia materna continua son beneficiosos en la prevención y en el manejo efectivo de la mastitis realizado por Cusack L. en el 2011<sup>57</sup>.

#### **5.4.4.2 Formación de abscesos**

El absceso puede ser una complicación de la mastitis y generalmente se debe a un tratamiento retardado o insuficiente. Y aproximadamente un 5 a 11 % de las mujeres con mastitis se con abscesos mamarios que requiere tratamiento específico. El absceso real debe ser drenado quirúrgicamente y tratado con antibióticos, reposos, aplicación de calor húmedo y vaciamiento completo de la mama al menos cada pocas horas. Es necesario el cultivo y el antibiograma del drenaje con el objeto de determinar el tratamiento de antibiótico adecuado. El germen más común es el S. Aureus, el tratamiento de elección es con vancomicina si el germen es sensible, el único antibiótico eficaz. Al ser drenado el seno, la leche se mantiene sin contaminación a menos que el absceso presente rotura hacia el sistema ductal. Generalmente, drena hacia el exterior. El lactante puede seguir alimentándose en la mama contra lateral no afectada.

#### **5.4.4.3 Pezones planos o invertidos**

Este problema puede ser fácil de identificar con una valoración de enfermera adecuada en este caso se recomienda suaves masajes de elongación y el uso de tentadores de pezón. Esto, antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de oxitocina en el útero, y que posteriormente a esto, el estímulo del pezón puede ocurrir contracciones uterinas y parto prematuro. Una vez nacido el niño, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando, se recomienda la extracción manual de leche. En los pezones invertidos, el tensador de pezón o una bomba de extracción puede ayudar a evertir el pezón para que el niño pueda tomarlo, también se puede utilizar un sostén en donde se le hace una perforación al nivel del pezón y con el propio peso del seno se elonga el mismo.

#### **5.4.4.4 Dolor al amamantar**

Algunas mujeres pueden experimentar cierta molestia inicial al amamantar, sin embargo, si las mamas están sanas, este proceso no debería doler. Es necesario entonces, verificar la técnica de la lactancia, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por compresión o del niño. Al observar la mamada se evalúa acoplamiento, distancia nariz-mama es mayor de 1 cm. Es probable que no esté bien acoplado y el dolor se corregirá con introducir más la areola en la boca del niño y asegurarse que ambos labio estén invertidos y la nariz y mentón del niño cercano a la mama. Existe una correlación positiva entre la tensión mamaria en la subida de la leche y las lesiones en el pezón, que podrían producirse porque en estos casos es más difícil para el lactante agarrarse al pecho.

Hernández Aguilar, en el 2005 observo que el uso del chupete y el biberón está relacionado con el aumento del dolor en el pezón, con la aparición de grietas, congestión y reducción en la frecuencia y duración de la lactancia<sup>58</sup>.

El pezón, luego de amamantar debe salir sin deformarse, si la causa del dolor es una succión disfuncional, al examinar la boca del niño se siente como muerde y no envuelve el dedo del examinador con la lengua. Esto se corrige con ejercicios de succión y búsqueda.

#### **5.4.4.5 Grietas en el pezón**

Son heridas de los pezones producto de una presión inadecuada producida por en la boca del niño. Generalmente se producen por mal acoplamiento. Aun cuando existen grietas, si el pezón boca del niño. En este caso extremo se recomiendan extraer la leche y dársela al niño con un vaso o cuchara; el tratamiento de las grietas es el buen acoplamiento, pero sobre la herida se puede aplicar un poco de leche de la madre y dejarla secar. No se ha demostrado que ninguna crema sea mejor que la leche, siempre y cuando que se corrija el acoplamiento. Cuando las grietas persisten a pesar de un buen tratamiento ambiental, se debe sospechar una infección o una succión disfuncional del niño. Estos casos deberían ser evaluados periódicamente por el equipo de salud y tratados según la causa.

En un estudio realizado en Colima en el 2000, realizado por Romero resultó que la frecuencia de grietas de pezón es del 47% en la muestra y aparece principalmente en la primera semana posparto, no se encuentra significancia estadística en: Conductas posturales del niño y de la madre, cuidados de los senos, frecuencia de alimentación por seno<sup>59</sup>.

Las grietas de pezón son un problema frecuente que afecta alrededor de la mitad en las mujeres que alimentan al seno materno, por lo que es necesario sistematizar protocolos de observación del procedimiento y del cuidado de los senos y pezones<sup>60</sup>.

## **5.5 TÉCNICA PARA LA LACTANCIA MATERNA CORRECTA**

El éxito de la lactancia depende de que la técnica de amamantamiento no sea incorrecta. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas y maceración del pezón de extraer la leche de forma efectiva.

Las primeras tomas son las más difíciles por lo que muchas madres pueden necesitar ayuda del personal capacitado.

Se puede dar pecho en cualquier circunstancia aunque será más cómodo para la madre un lugar tranquilo, sin mucho ruido y no exclusivamente iluminado.

Conviene que la madre esté en una postura confortable ya que pasara muchas horas al día amamantando a su bebé. Hay que poner el niño al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que este llorando de hambre. Es difícil enganchar al pecho a un niño llorando. Deben respetar las posturas que prefiera la madre, que con frecuencia son diferentes en los primeros días, por dolor abdominal o perianal.

Para el acoplamiento boca-pecho sea funcional. El niño debe tomar pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior están invertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la areola dentro de su boca.

Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micromasaje en la zona de los senos lactíferos.

El niño nunca debe chupar el pezón. Este debe formar con la aréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa sólo del pezón no hará una buena extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre.



La areola debe estar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por el paladar, encima y el labio en la superior. La estimulación adecuada de la areola y el pezón desencadenara el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.

Forma de ofrecer el pecho al niño. El niño es que debe colocarse frente al pecho con la boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura (la boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño).

El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, su abdomen tocando a el de la madre, con la cabeza y los hombros orientados mirando de frente al pecho. Su nariz debe estar a la misma altura del pezón.

El pezón debe dirigirse a la parte superior de la boca, hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por bajo del pezón.

Hay que evitar que el niño esté demasiado alto y tenga que flexionar el cuello y la nariz quede aplastada contra el pecho. Si el niño está algo más abajo y pegado a su madre, la cabeza y el cuello quedarán extendidos y la nariz libre.

Las madres pueden sujetar el cuello al pecho desde la base, es decir, apoyándose sus dedos sobre las costillas. Habitualmente no es necesario sujetar el pecho pero si este es muy grande es mejor hacerlo de esta manera para evitar que los dedos de la madre impidan un buen agarre por parte del niño.

También puede sujetar el pecho en forma de copa o “C”, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes abajo.

Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, y que dificulta la extracción de leche de los senos lactífero, e incluso impide que el niño introduzca el pecho en su boca.

Para sujetar el bebé la madre puede posar la cabeza y espalda del niño sobre su antebrazo, o bien con la palma de la mano libre sujete la espalda y con los dedos la cabeza del bebé.

El niño tiene que tener suficiente pecho en su boca, debe incluir el pezón, gran parte de la areola y el tejido mamario subyacente (no empeñarse en meter toda la areola en la boca del niño, ya que hay mucha variabilidad e su tamaño).

Cuando el niño está mamando, se producirá el movimiento típico: se verá a la mandíbula moverse rítmicamente, acompañada de las sienes y las orejas. Si por el contrario las mejillas se succionan hacia dentro, el niño no estará lactando adecuadamente.

No se debe retirar al niño bruscamente del pecho ya que se puede dañar el pezón. Hay que romper antes el vacío de la succión, introduciendo entre las comisuras de su boca el dedo meñique hasta las encías.

Observación de una toma. Hay que vigilar los signos de una posición correcta al pecho: que este sujeto y mirando al pecho con la cabeza y el cuerpo alineado. Observar signos de enganche correcto: boca bien abierta, labios evertidos, nariz mejillas y mentón tocando el pecho. Observar también de que está recibiendo leche: ritmo de succión-deglución con pausas ocasionales, deglución audible, manos y brazos relajados, boca mojada y satisfacción después de la toma.

Observar que la madre tiene los pechos llenos pero no dolorosos, tiene más sed, contracciones uterinas y goteo del seno contralateral durante la toma, adormecimiento, disminución de la tención mamaria al terminar y pezón que esta alargado pero no erosionado.

### 5.5.1 Posiciones para el amamantamiento

La madre puede dar el pecho tumbada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con la boca a la altura del pecho, sin que se tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y areola, nunca solo el pezón.

**Posición del niño con la *madre acostada*:** madre e hijo en decúbito se encuentran en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrenteada al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre. Esta postura es útil por la noche o en las cesáreas.



Imagen 4. Posición del niño y la mamá acostada.

**Posición tradicional o de cuna:** el niño esta recostado en decúbito lateral sobre el brazo de la madre del lado que amamanta.



Imagen 5. Posición tradicional o de cuna.

**Posición de cuna cruzada:** la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, *en posición de “U”*. La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho.



Imagen 6. Posición de cuna cruzada.

**Posición de canasto o de fútbol americano:** el niño se *coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar*, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamantar, sujetándolo por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar a dos gemelos a la vez.



Imagen 7. Figura de canasto o fútbol.

**Posición sentada:** el niño se sienta verticalmente frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta postura es cómoda para mamas muy grandes, presencia de grietas, niños hipotónicos o reflejo de eyección exagerado<sup>61</sup>.



Imagen 8. Posición sentada.

En el estudio que se realizó en el 2011 por Fernández y González, denominado lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz, los estudios consultados evaluaron la asociación entre la aparición de problemas mamarios y la utilización de una técnica inadecuada y la eficacia de los tratamientos es evidente para atender los conocimientos deficientes al respecto. Se concluye que la prevención es el mejor tratamiento, lugar donde desarrolla una importante labor el profesional sanitario<sup>62</sup>.

Al grado de la asociación entre la aparición de los problema tempranos en las mamas asociados a una mala técnica de la lactancia materna inadecuada es evidente.

## **5.6 DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA**

La declaración conjunta OMS/UNICEF *Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad* (OMS/UNICEF, 1989) estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé<sup>63</sup>.

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños.

6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.
7. Practicar alojamiento conjunto permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.

### **5.7 PROCESO CUIDADO ENFERMERO**

En 1983 Marriner Ann, describe que el proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas del paciente, para planear en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados<sup>64</sup>.

Según Pérez 2002, el proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería<sup>65</sup>.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada<sup>66</sup>.

En los años 50´ Abdellah, considera que el proceso de atención de Enfermería “Es la delimitación de la naturaleza y amplitud de los problemas

de enfermería presentados por los pacientes o familiares que reciben cuidados”.

Maryjoy Gordon en 1998 menciona que el proceso de atención de enfermería es un método que permite asignar los cuidados de enfermería en forma sistemática y organizada; y que este proceso de atención de enfermería facilita la identificación de problemas únicos en el usuario, familia y comunidad ya sean reales o potenciales.

En esta misma fecha Alfaro concluyo que el proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficaces orientados al logro de los objetivos, en 1996.

En esta misma línea Iyer en 1997, concluyo que el proceso de enfermería es un método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de Enfermería, se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar.

José Ramón Mora en el 2003 considera el proceso de atención de enfermería como un medio para organizar los cuidados de enfermería en función de las necesidades del paciente a lo largo de todo su proceso desde el inicio hasta el alta clínica, éste es el marco lógico, racional y sistemático constituido por un conjunto de acciones ordenadas y relacionadas entre sí, permitiendo la elaboración de un plan de cuidados que guíe la actuación de enfermería, cuyo fin es prestar el mejor servicio posible y obtener los resultados más efectivos<sup>67</sup>.

Alfaro define que el proceso enfermero es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería en forma individualizados e integrales. Es un juicio clínico, en donde se interpreta, analiza una serie de observaciones y es capaz de promover un plan de acción al respeto y consta de cinco etapas<sup>68</sup>.



LA VALORACIÓN. Es una etapa donde se reúnen los datos del paciente en forma integral y así se identificaran las necesidades, intereses y problemas del mismo. Los métodos utilizados son la entrevista, la observación y el examen físico.

La primera etapa de valoración es el cuidado enfermero en donde las enfermeras reúnen información que les permita identificar las necesidades del paciente, los datos objetivos y subjetivos de las respuestas humanas y/o factores que determinan problemas reales y potenciales.

Las actividades que se realizan en la fase de valoración son la recolección, organización, análisis, verificación o validación de los datos: la obtención de la información se ayuda de técnicas directas e indirectas como el interrogatorio, la exploración física, datos de laboratorio y gabinete.

Para la organización de los datos es necesario clasificarlos, agruparlos en categorías por información relacionada y documentarlos en una base de datos, se recomienda realizar un instrumento bajo modelo o teoría que se prefiera, a fin de facilite esta labor.

El análisis, la verificación y la validación permiten realizar la historia clínica de enfermería, identificar las áreas afectadas por situaciones reales o potenciales y concluir las condiciones en las que se encuentra el paciente.

Hay dos tipos de valoraciones que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: globales y focalizadas. Las globales cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, como los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para determinar el estado de salud de la persona la familia o la comunidad.

Comparar las respuestas de las personas y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La valoración focalizada se centra en puntos o cuestiones concretas como el caso de conocimiento deficiente que la madre desconoce las bondades de la lactancia materna que lo protege de infecciones de vías respiratoria y diarreas.

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el impulso de la Clasificación diagnóstica de la NANDA, proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable.

Los lenguajes enfermeros NANDA-NOC-NIC (NNN), como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, dan consistencia y apoyo a las etapas del Proceso Enfermero en sus cinco etapas que son: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y permiten a las enfermeras comunicar sus cuidados en un lenguaje común.

Los diagnósticos asociados se encuentran uno o varios diagnósticos Nursing Diagnoses Association: Definitions and Clasification, [por sus siglas en inglés, NANDA (DN)], entendidos como aquellos problemas más prevalentes con los que puede encontrarse la enfermera en su práctica clínica, que están identificados por su etiqueta, código y definición, que se acompañan de una selección de características definitorias, factores relacionados o de riesgo, según corresponda, de los incluidos en la edición 2012-2014 de la NANDA y las posibles fuentes de dificultad identificadas como las más comunes para este tipo de problemas.

Tomando las fuentes de dificultad como áreas de mejora y desarrollo para la persona, se establece la planificación de cuidados con la especificación de resultados esperados de enfermería (Outcome Nursing Clasification, NOC por sus siglas en inglés), y de intervenciones de enfermería (Interventions Nursing Classification, NIC por sus siglas en inglés). Cada NOC presenta su etiqueta, código, definición, una selección de indicadores considerados más útiles para la medición de la consecución del resultado y sus escalas de medición asociadas, Cada NIC presenta su etiqueta, código, definición y una

selección de actividades más relevantes, que no dejan de ser una mera representación de las múltiples posibilidades de actuación e interacción con el paciente<sup>69</sup>.

**EL DIAGNÓSTICO.** Es el segundo lugar de las etapas del cuidado enfermero que refiere al juicio clínico que establece la base a las respuestas humanas a problemas reales y/o potenciales de salud del paciente identificado en la valoración.

Diagnóstico, es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales ya procesos vitales. Se analizan los datos recogidos, se identifican los problemas y se determinan que problemas se trabajan en forma independiente y cuales requieren actuación de otro profesional (forma interdependiente).

Los diagnósticos enfermero, surgen en las décadas de los 60', En Estados Unidos de Norte American, la American Nurses' Association incluyo al diagnóstico como parte integral del proceso de atención de enfermería, por esta razón las enfermeras realizamos los diagnósticos enfermero, que nos permiten medir y solucionar los problemas de salud a través de las intervenciones NIC (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería)<sup>69</sup> y los indicadores de resultados NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería)<sup>70</sup>.

Tomando en cuenta a la taxonomía-I de la NANDA el diagnóstico es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familias y de la comunidad a etas de la vida problemas de salud reales y potenciales, que le profesional de enfermería identifica valida y trata de forma independiente, en los cuales se desprenden tres tipos de diagnósticos.

**DIAGNÓSTICO ENFERMERO REAL:** es un juicio clínico sobre una respuesta individual o de la comunidad a problemas de salud reales, el cual se apoyado por las características definitoria manifestadas por signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas<sup>65</sup>.

**DIAGNÓSTICOS DE RIESGO:** es un juicio de enfermería acerca de mayor vulnerabilidad de individuo, familia o de la comunidad para desarrollar problemas, que otras personas en una situación similar. Está apoyada por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad<sup>70</sup>.

**DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR:** es un juicio clínico sobre un individuo una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más alto de bienestar. Se sustenta con las características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionados<sup>71</sup>.

El diagnóstico de enfermería es propiamente una declaración del problema real o potencial del paciente elaborado a partir de las respuestas humanas, factores relacionados y datos objetivos y subjetivos recolectados. Se trata de un juicio de enfermería o bien se puede entender como necesidad que tiene el paciente y que enfermería puede satisfacer y que difiere de un diagnóstico de medicina siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico.

El problema se sustenta en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA (Asociación Norteamericana de los Diagnósticos de Enfermería)<sup>72</sup>, que permite unificar el lenguaje y los criterios al momento de definir el problema. La etiología está basada en los factores relacionados, situaciones o condiciones causantes de origen de la enfermedad. La sintomatología se refiere a las manifestaciones objetivas expresadas por la madre que esté es el caso.

Las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones, las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos, para así lograr cambios en la conductas que afectan a la

salud, las persona y la enfermeras identifican conjuntamente los diagnósticos enfermeros, más precisos que tienen el potencial de guiar los cuidados enfermeros para el logro de los resultados positivos para la salud. Las intervenciones enfermeras para los diagnósticos de las respuestas humanas ofrecen formas adicionales, junto al tratamiento de los problemas médicos, de promover, proteger y restaurar la salud de las personas<sup>73</sup>.

**PLANIFICACIÓN.** Es la tercera etapa del proceso enfermero, en ella se seleccionarán las intervenciones de enfermería una vez que se han analizado los datos de valoración y se ha llegado al diagnóstico enfermería, en esta etapa la enfermera identifica las problemas y establece prioridades, a la vez define objetivos. Se trata de establecer que enfermería establezca intervenciones que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados<sup>74</sup>.

En este momento la enfermera determina como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y la orienta a los objetivos planeados.

La selección de intervenciones y actividades. En los diagnósticos reales la enfermera se dirigirá a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

En los diagnósticos de riesgo la enfermera se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste. El Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los cuidados y la continuidad de éstos, facilita la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados.

En esta etapa la enfermera se lleva a cabo la selección de las intervenciones de acuerdo al diagnóstico enfermero a través de la utilización de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz. La cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas<sup>75</sup>.

**EJECUCIÓN.** Constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, en la cual la enfermera pone en marcha el plan de cuidados y está conformado en el inicio de las intervenciones de enfermería que ayudan a las personas al logro de los objetivos. Tomando en cuenta que las intervenciones son un conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas personales específicos que se presentan<sup>76</sup>.

La enfermera realiza la documentación de todas las fases anteriores del proceso y por lo cual adquiere un valor fundamental en la ejecución, estos registros de las intervenciones la enfermera debe realizarlos de manera completa y exacta ya que continua con la valoración del paciente, la realiza las actividades, registra los cuidados, comunica y mantiene el plan de cuidados de enfermería actualizado y respalda legalmente las actuaciones del profesional de enfermería.

**EVALUACIÓN.** Quinta etapa del proceso, aquí se determinan las funciones del plan de enfermería y permite identificar los cambios necesarios y define la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados<sup>77</sup>.

Aquí las enfermeras posean el conocimiento de manejar este instrumento de medir la calidad de cuidados que se realizaron al paciente y de determinar si

los planes de cuidados han sido eficaces, si se necesitan introducir cambios o por el contrario se finaliza los cuidados.

En esta etapa la finalidad es de determinar el progreso de los pacientes o grupos para mejorar, aliviar o recuperar la situación de salud.

Actualmente existe la clasificación de resultados de enfermería (NOC) que evalúa los efectos de las intervenciones de enfermería. El NOC mide resultados específicos de enfermería describe un estado, conducta o percepción variable del paciente<sup>78</sup>.

Se refiere a evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería que requiere indicadores del cuidado y estados del paciente que puedan medir los cambios a corto plazo después de una intervención o episodio de cuidados y los cambios a largo plazo durante el curso de una enfermedad crónica. La clasificación de resultados de enfermería NOC se desarrolló para medir justo estos cambios en el estado del paciente<sup>79</sup>.

Actualmente existe la clasificación de resultados de enfermería NOC que evalúa los efectos de las intervenciones de enfermería. El NOC mide resultados específicos de enfermería describe un estado, conducta o percepción variable del paciente y consta de resultados 490, dominios 7, clases 32 y escalas de medición en la 5ª edición 2013<sup>80</sup>.

### **5.7.1 La NIC y NOC en el proceso enfermero**

En la quinta y sexta edición, respectivamente de las obras, que representan la actualización de las intervenciones de enfermería (NIC en sus sigla en inglés) y la clasificación de los resultados (NOC), las más utilizadas por la enfermería en español en su práctica diaria junto con los diagnósticos (NANDA). Incluyen toda la gama de las especialidades.

De acuerdo a la Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con los diagnósticos

enfermero, adecuadamente al resultado que se espera obtener en el paciente y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación<sup>81</sup>.

La clasificación de resultados de enfermería NOC, incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente, y para ello es importante la implementación de proceso enfermero y utilizar las herramientas de la NANDA, NIC y NOC<sup>82</sup>.

### **5.7.2 Diagnósticos enfermeros relacionados con Conocimientos deficientes en lactancia materna**

En relación a la búsqueda bibliográfica que sustente la aplicabilidad del diagnóstico enfermero de Conocimientos deficientes en lactancia materna se encontraron los siguientes referentes. El Diagnóstico de la lactancia materna ineficaz desde sus inicios (NANDA, 1988, 2010) es ampliamente reconocido como la etiqueta que aborda las circunstancias maternas o del lactante que experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento, que de manera reconocida y fundamentada es la mejor forma y la más saludable para alimentar a los lactantes en la mayoría de las parejas madre-hijo<sup>83</sup>.



Sin embargo, muchas madres tienen dificultades con la lactancia materna y cambian a una alimentación con fórmula de manera parcial o completa antes de la edad recomendada por la OMS que es de 1 año. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los bebés sean exclusivamente amamantados hasta los 6 meses, y que continúen la lactancia materna y empiecen a comer alimentos sólidos hasta la edad de 1 año. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, o NANDA, ha definido un diagnóstico de la lactancia materna ineficaz para parejas madre-hijo que se enfrentan a los retos de la lactancia materna de acuerdo a las directrices de la AAP.

Las características de una lactancia materna ineficaz son casi cualquier tipo de problema relacionado con la lactancia materna. Estos pueden ser problemas relacionados con el recién nacido, tales como que no succione efectivamente, no se prenda correctamente o no quiera aferrarse, que rechace la mama, no aumente de peso o que no produzca la cantidad recomendada de eliminación después de la alimentación. Esta situación ha sido analizada en varios rubros, tal como se realizó en áreas de Neonatología del INPER<sup>84</sup> donde también se puede diagnosticar a partir de problemas relacionados con la madre, como pezones doloridos continuamente que duran así más de un par de semanas, el suministro insuficiente de leche o no darle suficientes oportunidades al bebé para ser amamantado y nutrirse.

Por consiguiente los Diagnósticos de Enfermería más usados en la sala de Neonatología del Instituto Nacional de Perinatología (INPER) y considerados para el diseño del Taller sobre Lactancia Materna de Regreso al Trabajo, fueron los siguientes:

1. Lactancia materna ineficaz. La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.

2. Interrupción de la lactancia materna. Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo haga.
3. Lactancia materna eficaz. La familia o la díada madre-lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna.
4. Patrón de alimentación ineficaz del lactante. Deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución.
5. Conocimientos deficientes: lactancia materna

Del cual, el diagnóstico Conocimientos deficientes (NANDA, 1980), alude a la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, de acuerdo con la Taxonomía diagnóstica de la NANDA 2012-2014.

Mismo que, al hablar de un tema como lactancia materna, permite que el personal de enfermería aborde de una manera amplia y suficiente el desconocimiento de las madres ante la lactancia materna por situaciones de diversa índole como puede ser: leche insuficiente, separación del binomio por prematuridad o alguna condición patológica del recién nacido, desconocimiento de sus ventajas inmunológicas y efectos benéficos en la madre, anomalías anatómicas o problemas médicos, economía, etcétera, derivados de situaciones como la edad de la madre, corta estancia en el alojamiento conjunto, orientación prenatal sobre el tema, entre otros.

Con lo cual al abordar este diagnóstico como Conocimientos deficientes en lactancia materna se promoverá una respuesta positiva mediante el asesoramiento en la lactancia y ayuda en la lactancia materna, pues de acuerdo con Hill (2001) y Hong (2003) la presencia y participación de la enfermera permiten una detección temprana de las áreas carenciales de

clarificación y favorece el éxito de la lactancia materna entre las mujeres primíparas y multíparas<sup>85</sup>.

Así pues, las directrices de la práctica basada en evidencia sugieren que los libros, materiales, páginas electrónicas, y grupos de apoyo relacionados con la lactancia materna que proporcionan información actualizada y adecuada, pueden favorecer el éxito y la satisfacción con el proceso de la lactancia<sup>86</sup>, con lo cual se justifica su empleo en este proceso de atención de enfermería “Conocimientos deficientes en lactancia materna”.

### **5.7.3 Participación de enfermería en la promoción de la lactancia materna ante los conocimientos deficientes**

Desde el año 1990 se ha documentado que la Lactancia materna está a cargo del profesional de enfermería sobre todo en situaciones de salud, por sus elevadas tasas de mortalidad y morbilidad materno- infantil en muchos países, que en su mayoría pueden ser prevenidas. Esto indica que los niños, particularmente los menores de un año continúan siendo víctimas de la malnutrición, las enfermedades infecciosas y problemas psicológicos<sup>87</sup>.

Estos problemas tienen causas múltiples e interrelacionados, tales como factores socioeconómicos y culturales, vulnerabilidad biológica y factores relacionados con la provisión de servicios.

La importancia de resaltar que la enfermera tenga en cuenta el efecto posible que ejercen los cuidadores sobre la sensación de competencias y éxito de los padres. Las personas encargadas de cuidado de la madre pueden aportar expectativas positivas con su actitud y la selección de sus palabras. Por referirse al calostro como la “primera leche”, que es una alimentación valiosa, más que comentar que la leche de la madre “todavía no está”, crea una sensación positiva en los padres. También puede ser estimulante para la madre que un profesional de la salud con conocimiento le ayude a identificar las claves para la alimentación y observar al bebé haciéndolo<sup>88</sup>.

Es importante la valoración del bebé se en cuanto a su edad y desarrollo, su disposición para alimentarse. El peso y la habilidad para alimentarse, los patrones de alimentación y el comportamiento en general. Los factores importantes que se deben evaluar incluyen el nivel de maduración: término o pretérmino; edad gestacional, a nacimiento traumático. Lesiones en la cabeza, succión profunda, clavícula rota, problemas: complicaciones como infección o medicamentos maternos durante el parto, capacidad de succión puede evaluarse en parte colocando un dedo sobre la boca con una yema del dedo tocando el paladar. La lengua debe acolchonar la unión de la articulación del dedo y cubrir el borde de las encías inferiores al tiempo que se puede hacer, defectos congénitos labio leporino y paladar hendido, anomalías congénitas, síndrome de Down, fibrosis quística; algunos pueden afectar la alimentación, compartimientos mientras está comiendo; respuesta del bebé, presencia de habilidad para alimentarse, ciclo sueño y vigilia predecible, facilidad de consolidación, el bebé debe valorarse también mediante observación directa cuando se alimenta en el pecho, porque el que succione bien en el dedo puede no ser capaz de coordinar la secuencia de succión, deglución y respiración necesaria para una alimentación efectiva.

La madre se valorará en cuanto a su capacidad física para alimentar al bebé, su disposición psicológica, el conocimiento de sus capacidades, el bebé y sus necesidades, y el conocimiento y la habilidad en los métodos de alimentación.

Los factores importantes que deben considerarse en la madre incluyendo los siguientes: familiaridad con el bebé: reflejos normales; bases para las expectativas realistas de alimentación, el sueño, la eliminación, la inquietud, sentimientos sobre la lactancia de su bebé: madre dice que se siente demasiado joven, demasiado vieja, nerviosa o similares: ha tenido experiencias de lactancia previas, “positivas o negativas “siempre supo” que iba a amamantar o “sólo lo está intentando”, características físicas: desarrollo del tejido mamario, síndrome del túnel del carpo, trastornos visuales o

auditivos, cirugía mamaria que puede haber afectado los conductillos, mastectomía o enfermedades crónicas; técnicas: posición y toma del pecho, conocimiento: usar la base de libre demanda para manejar la producción de leche, los brotes de crecimiento etc.; un nivel relista de actividad; cuidados en el caso de presentarse la congestión; precaución con el uso de las drogas. Cada una de estas áreas mencionadas debe valorarse mediante entrevistas y observaciones directas.

Los diagnósticos de enfermería se realizan una vez que la enfermera ha analizado los datos pertinentes y ha discutido con los padres las observaciones concernientes a la capacidad del bebé para alimentarse al pecho, puede hacer los diagnósticos de enfermería referentes al estado de nutrición del bebé.

- La lactancia materna eficaz relacionada con la madre:
- Tiene una respuesta adecuada la disposición del bebe para alimentarse.

#### **5.7.4 Capacidad de facilitar una lactancia materna**

Capacidad para identificar sus signos fisiológicos de la toma correcta.

- Riesgo de lactancia ineficaz relacionada con la falta de habilidad para: Colocar al bebé.
- Poner al bebé al pecho
- Facilitar una succión sostenida
- Conocimientos relativos a:
- La duración y frecuencia adecuada de las tomas
- El comportamiento adecuado del bebé en la alimentación efectiva.

Los resultados esperados cuando la enfermera planifica deben considerar muchos factores, entre ellos:

- La capacidad del bebé para alimentarse si es de término o pretérmino, cualquier anomalía, calidad de la succión, estado físico del bebé.

- Capacidad de la madre para alimentar: estado físico, medicamentos, conocimiento de las habilidades de la alimentación al pecho, cualquier discapacidad.
- Los deseos y expectativas de la madre referente a la alimentación natural de su bebé.
- Las experiencias previas de la madre con la alimentación al pecho: expectativas resultantes de esa experiencia y problemas.
- Sistema de apoyo a la madre: fuentes de apoyo, preguntas de los miembros de la familia: acceso a cualquiera que tenga conocimiento y pueda brindar una asistencia con la madre con la lactancia natural.
- Situación vital de la madre: responsabilidad, trabajo, recursos financieros.
- Influencias naturales importantes: creencias o prácticas étnicas, influencias de los pares.
- Acceso a los cuidados médicos y financieros
- Disponibilidad de materiales educativos, lenguaje nativo, nivel de alfabetismo, precisión y utilidad.
- Recursos comunitarios: grupo de apoyo de la lactancia materna, líneas calientes telefónicas, bibliotecas.
- Reciba los nutrientes necesarios para crecer bien, tenga estrés fisiológico mínimo con una digestión, el metabolismo y la excreción.
- Que responda a los cuidados de los padres de forma positiva, es decir, que se tranquilice cuando se trate de consolarlo, que despierte y se alimente apropiadamente y que tenga periodos razonables de satisfacción al día.

Los resultados esperados para la madre incluyen:

- Reciba conocimientos que pueda necesitar para unas prácticas solidas de alimentación.
- Adquiera habilidades y se sienta cómoda con la alimentación natural.
- Reciba retroalimentación positiva del bebé y desarrolle una relación de cercanía con él, como resultado de la alimentación natural.

En esta etapa de la implementación del cuidado, la enfermera define los resultados esperados para la madre, usando como marco los deseos de la madre y posiblemente del padre, las expectativas y sus experiencias previas. Los resultados y el plan de cuidados pueden desarrollarse en conjunto con la madre. Es de mucha ayuda si la enfermera tiene una comprensión realista de las condiciones de vida de la madre y las sugerencias basadas en la realidad.

Aunque los objetivos de salud son altos de la madre pueden sugerir una dieta perfecta; en realidad pocas nuevas madres la tienen interés en una nutrición ideal, puede hacer que la madre sienta que no puede amamantar y no seguir con la dieta propuesta. De igual manera, sugerir a una nueva madre la necesidad de una vida libre de estrés, con mucho descanso para que produzca leche, no solo es poco realista sino que tampoco es válido. Además la enfermera debe apreciar que los nuevos padres se preocupan por sus bebés y necesitan tanto sea posible aliviar sus preocupaciones.

La evaluación última etapa del proceso enfermero, y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que en la evaluación, diagnósticos, planeación y ejecución, por lo tanto ayudan a la mejoría y las intervenciones son los signos de que la alimentación natural está funcionando bien deben ser suscitados tanto de la madre como por el bebé. El que está obteniendo los nutrientes necesarios muestra un aumento progresivo de peso, buena turgencia de la piel y buen tono muscular, así como comportamientos vigorosos de succión y satisfacción. El bebé satisfecho duerme, llora con moderación y está interesado en socializar.

La enfermera puede estar segura, con razón de que en que el bebé el cuidado ha sido efectivo, en tanto el bebé alcance los resultados de:

- Recibir los nutrientes necesarios para crecer bien.
- El bebé experimenta estrés fisiológico mínimo, asociado con la digestión el metabolismo y la excreción.

- El bebé responda a los cuidados de sus padres de manera positiva, es decir se calma cuando lo consuelan, se despierta y se alimenta en momentos apropiados y tiene periodos razonables de tranquilidad al día.
- Resultados esperados para la madre, incluyen que ella, acepte el amamantamiento y el vínculo madre-hijo.
- Exprese que comprende las prácticas de alimentación.
- Demuestre habilidad y exprese un nivel apropiado de comodidad con la alimentación natural.
- Notifique que sienta una retroalimentación positiva a partir de las respuestas del bebé a sus esfuerzos por calmarlo, despertarlo y alimentarlo.

#### **5.7.5 Conocimientos deficientes como diagnóstico enfermero**

De acuerdo con la definición de la NANDA, se conceptualiza Conocimientos deficientes como la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico<sup>89</sup>.

Las características definitorias comprendidas en este diagnóstico incluyen: verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones; las cuales y de acuerdo con la revisión bibliográfica citada en este documento constituyen dos de las situaciones más frecuentes que propician la interrupción de la lactancia materna en temprana edad del recién nacido y lactante menor<sup>90</sup>.

En cuanto a los factores relacionados se considera la falta de exposición; falta de memoria; mala interpretación de la información; limitación cognitiva; falta de interés en el aprendizaje; poca familiaridad con los recursos para obtener la información. De los cuales están directamente relacionados al contexto hospitalario donde la información y educación sobre la lactancia materna se promueve en condiciones poco favorables para una captación adecuada de la información como pueden ser: las ligadas al puerperio inmediato, enfermedad materna, horarios, desgaste físico y emocional, edad como el



caso de las madres adolescentes, separación del binomio por enfermedad del recién nacido y/o prematurez, entre otros<sup>91</sup>.

De acuerdo con la Clasificación de los Resultados de Enfermería o NOC por sus siglas en inglés, encontramos el resultado 1800 directamente asociado al tema Conocimiento: Lactancia materna, el cual se define como el “grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia materna y la alimentación del lactante durante la lactancia materna”. Con el cual, los indicadores para este resultado: beneficios de la lactancia materna, fisiología de la lactancia, composición de la leche materna, técnica adecuada para amamantamiento del bebé, posición adecuada del lactante durante el amamantamiento, técnica adecuada para finalizar la succión del lactante, signos de alimentación materna de la lactante adecuada; dictaron la búsqueda bibliográfica correspondiente para el sustento metodológico de este trabajo<sup>92</sup>.

Según con la Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC) por sus siglas en inglés, se implementó y fundamentó la intervención 5244 Asesoramiento en la lactancia, la cual se define como ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria, las cuales comprenden el campo de la enfermería neonatal para su implementación<sup>93</sup>.

**5.7.6 PLACE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: LACTANCIA MATERNA**

**DOMINIO:** V PERCEPCIÓN/  
COGNICIÓN

**CLASE:** 4 COGNICIÓN

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

ETIQUETA (Problema) P:

**Conocimientos deficientes (00126)**  
*Definición:* Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico

**FACTORES RELACIONADOS (Causa) E:**

Mala interpretación de la información  
Falta de exposición  
Falta de interés en el aprendizaje  
Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S:**

Seguimiento inexacto de las instrucciones.  
Realización inadecuada de los procedimientos.  
Comportamientos inapropiados (histeria, hostilidad, apatía).  
Informa del problema.

RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN					NIVEL DESEABLE
		1 Ningún conocimiento	2 Conocimiento escaso	3 Conocimiento moderado	4 Conocimiento sustancial	5 Conocimiento extenso	
Dominio 4. Conocimiento y conducta de salud  Clase S Conocimiento sobre salud  <b>1800</b> Conocimiento: lactancia materna  <i>Definición:</i> Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna	<b>180001</b> Beneficios de la lactancia materna.  <b>180002</b> Fisiología de la lactancia materna.  <b>180003</b> Composición de la leche materna, del proceso de salida de la leche, leche inicial frente a tardía.  <b>180005</b> Técnica adecuada para amamantamiento al bebe.  <b>180006</b> Posición adecuada del lactante durante el amamantamiento.  <b>180009</b> Técnica adecuada para finalizar la succión del lactante.  <b>180011</b> Signos de alimentación materna de la lactante adecuada.						El cuidador adquirirá conocimientos llevándolos de (1) ningún conocimiento a (4) conocimiento sustancial.

**Asesoramiento en la lactancia. 5244**

*Definición:* Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.

**INTERVENCIÓN NIC**

- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma.
- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Orientar a la madre sobre la importancia del lavado de manos antes de iniciar el procedimiento.

**FUNDAMENTACIÓN:**

- Escuchar las preocupaciones de la madre y de su pareja, puede ayudar a la enfermera a identificar priorizar a explicar y motivar la importancia de amamantar a su bebe y que esto beneficiará que se mantenga en su peso original<sup>68</sup>.
- La leche humana es bien conocida por su valor inmunológico para el recién nacido. Además de estos beneficios, la lactancia materna tiene beneficios psicológicos que son benéficos para el binomio Madre-hijo y contribuye enormemente para el desarrollo del vínculo afectivo. La leche materna ofrece protección contra la diarrea infecciosa, las infecciones respiratorias y la otitis, reduce la incidencia de enterocolitis necrosante. Existen más de 30 componentes inmunológicos en la leche humana. La concentraciones de estos son más elevadas en el calostro y se modifican con la maduración de la leche materna las pruebas de laboratorio demuestran una gran variedad de actividad antimicrobiana en la leche humana contra la Escherichi Coli, Staphylococcus aureus. Grupo B y D de estreptococos y Haemophilus influenzae<sup>70</sup>.
- El lavado de manos disminuye las probabilidades de contaminación de la leche extraída y durante el amamantamiento. Adiestrar a la madre sobre la técnica del lavado de manos así como la utilización del antiséptico adecuado<sup>69</sup>.

- Evaluar la capacidad del lactante para mamar.

- Mostrar la forma de amamantar, si es necesario (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón).

- Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (por. ej. posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol, acostada y decúbito lateral).

- Ayudar a asegurar que el lactante se sujete bien de la mama (monitorear una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).

- Se debe evaluar la capacidad de deglución antes de intentar el amamantamiento cualquiera que sea su peso corporal y los criterios para la decisión de amamantar deben ser evaluados por el equipo de profesionales de enfermería. Las probabilidades de un proceso de amamantamiento eficaz aumentan de manera proporcional al periodo en que se inicia la lactancia; cuanto más temprano se produzca, mayor será la eficacia<sup>68</sup>.

- Esta técnica ayuda a prevenir lesiones de los pezones por exceso de presión durante la succión cuando se intenta retirar el pecho, la estimulación del labio inferior estimula la apertura de la boca y la presión correcta, incluyendo parte de la areola, para que la estimulación sea más adecuada y evitar sólo la compresión de los pezones<sup>68</sup>.

- La madre debe estar en posición confortable y que se promueva la relajación y esto facilita la bajada de leche, además de colocar al recién nacido en los brazos de la madre de manera que este acostado, con la cabeza, tronco y miembros alineados, esta posición ofrece sostén y estabilidad para que el pezón este en la posición correcta en la boca del recién nacido, las posturas que la madre adopte para dar el pecho pueden estar sentada, acostada, en cuna, posición de “U” cualquiera posición que sea, lo importante es que el niño esta acomodado a la altura del pecho y pueda succionar sin problema. Todo lo anterior favorece el desarrollo afecto materno del bebé. El bebé debe estar en una postura adecuada y relajada, con la lengua y la areola correctamente colocada, tener un movimiento suficiente para comprimir la areola y mostrar una deglución audible<sup>68</sup>.

- Orientar la posición para amamantar adecuada y coloque la mano en “C” en la mama permitiendo que el pezón está en la posición correcta en la boca del recién nacido. El acoplamiento para que sea funcional, el niño debe estar de frente, los labios evertidos alrededor

- Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (por ej. Fuga de leche, deglución audible y sensación de “bajada de leche”).

- Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.

- Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.

de la areola. Lo correcto permite que el niño introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca. Los Dedos se colocan en el contorno de la areola, por lo que ambos labios forman un cinturón muscular que ayudan el niño succionar leche y realizar un micromasaje en la zona de los senos lactíferos.<sup>70</sup>.

- Enseñar a la madre a tomar el pecho con la mano libre, utilizar medios para estimular la baja de leche, utilizar técnicas de relajación escuchar música suave, masajear las mamas, utilizar compresas tibias antes de iniciar la extracción de leche, dejar agua tibia que se escurra por los pechos durante el baño también es útil debido a que su efecto vasodilatador, alentar a la madre a extraer la leche, alentar el cuidado canguro temprano<sup>70</sup>.

- Se debe tener en cuenta que el amamantamiento inicial al prematuro, los objetivos son principalmente el contacto con la madre, el aprendizaje, es encontrar la posición y el tipo de tetina adecuada y la capacidad de mantener la estabilidad de las funciones fisiológicas estables durante el proceso. Se recomienda la succión no nutritiva a pecho a partir de la 27 semanas de gestación, se intenta orientar a la madre para que se ordeñe y, después de vaciar las mamas. Este procedimiento estimula la producción de leche y promueve la succión correcta al neonato cuando ya está preparado para la succión nutritiva<sup>68</sup>.

- Entre un pecho y otro permitir que el niño eructe. Se requiere de 5 a 10 minutos para que se libere la leche posterior, con alto contenido de grasas y calorías. Ofrecer ambos pechos favorece la estimulación de ambas, evitar la ingurgitación y obstrucción de los conductos galactóforos<sup>68</sup>.

## Proceso de Atención de Enfermería “Conocimientos deficientes en lactancia materna”

- Monitorizar la presencia de dolor del pezón y de alteración de la integridad cutánea de los pezones.

- Explicar a la madre los cuidados del pezón.

- Explicar los signos síntomas y estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos, la mastitis y la infección candidiásica.

- Los pezones tienen un tejido muy sensible y pueden irritarse con facilidad, en ocasiones se producen lesiones en los tejidos, esto causa dolor durante el amamantamiento e interfiere con su eficacia. Este malestar es transitorio y mejora con el transcurso del tiempo. Es necesario verificar la técnica de lactancia, comprobar la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por compresión de la boca del niño<sup>70</sup>.

- Evitar el uso de cremas, aceites y jabón en los pezones, debido a que estos promueven los emolientes naturales excretados por la areola que protege los pezones. Las glándulas sebáceas de Montgomery, localizadas en la areola y los pezones, se obstruyen con facilidad cuando se aplican sustancias oleosas. Algunos productos también pueden ablandar mucho la región de los pezones, esto irrita y lastima la piel y mantenerlos siempre limpios y secos<sup>68</sup>.

- La obstrucción de los conductos es una masa dolorosa y delimitada que se presenta pero no hay fiebre y es llamado quiste lácteo, la profilaxis es vaciar el pecho y lactar con más frecuencia del lado afectado, cambiar de posición al dar pecho. En tanto que la mastitis se presenta en madres que están amamantando. Es una infección del tejido intersticial circundante al lóbulo mamario y los factores que predisponen a esta infección son grietas en los pezones. Retención de leche, cambios en la frecuencia de las mamadas, mal vaciamiento, el agente causal es el más frecuente es el *Stafilococcus Aureus*. Tratamiento, vaciamiento frecuente de la mama, reposo, abundantes líquidos e ibuprofeno cada 8 hrs. El antibiótico es por 10 días, el indicado basado en la sensibilidad al agente causal<sup>68</sup>.

## Proceso de Atención de Enfermería “Conocimientos deficientes en lactancia materna”

- Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej. Tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios.

- La congestión de las mamas se puede prevenir con una duración ilimitada de las tomas y dando tiempo suficiente para extraer el exceso de leche, hay que evitar el uso de cremas, aceites y jabones en los pezones, debido a que estos productos alteran la humidificación natural y remueven los emolientes naturales excretados por la areola que protege los pezones.<sup>68</sup>.

ELABORADO POR: L. E. MARGARITA GUEL LÓPEZ.

ASESORADO POR MAAE LUCERO MENDEZ BLANCO.

FORMATO CONFORME A LA COMISIÓN PERMANENTE DE ENFERMERÍA.

## VI. CONCLUSIONES

Existe mucha literatura sobre la lactancia materna y apoyos de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, las cuales recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, sin embargo, no se ha alcanzado el éxito deseado, debido a los conocimientos deficientes de las propiedades de protección al lactante por parte de la madre, además de múltiples factores como económicos, psicoafectivos, culturales y educativos que contribuyen a la disminución de la lactancia materna.

Por lo que es trascendental que el especialista de enfermería en pediatría retome y fomente la lactancia natural, produciendo cambios positivos en el conocimiento y actitudes en la población en general y las madres en particular en lo que concierne a la lactancia, desde el nacimiento en salas de labor y las áreas de alojamiento conjunto en el área hospitalaria, para garantizar y contribuir a la disminución de la tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

La elaboración de un plan de cuidados de enfermería Conocimientos deficientes en lactancia materna, es de gran importancia, puesto que contar con un protocolo fundamentado permite al profesional de enfermería contar con una herramienta que direcciona a individualizar y planificar los cuidados a través de las intervenciones NIC pertinentes, y así mejorar la continuidad de los cuidados basados en el tenor de la enfermería basada en evidencia, que respalden el actuar de enfermería, contribuyendo así a elevar la calidad de la práctica profesional.

La difusión del presente trabajo de tesina, se pretende sirva como referente teórico y metodológico para el personal de enfermería especialista, licenciados, generales, auxiliares, estudiantes y pasantes de enfermería que estén en contacto con recién nacidos en áreas de alojamiento conjunto y neonatología principalmente, así como áreas de consulta materno infantil y hospitalización de



lactantes, donde se difunda la exclusividad e importancia de la lactancia materna para la alimentación temprana y oportuna de estos pacientes y a su vez, se garantice una comprensión óptima del personal para su difusión, pero principalmente de las madres lactantes, que favorezca el conocimiento de los beneficios para el niño y la madre a fin de extenderse de los seis meses al año de edad como mínimo de la lactancia materna de los pacientes pediátricos, con lo cual serían situaciones ampliamente favorables a largo plazo garantizando una nutrición más adecuada frente a condiciones de conocimientos deficientes sobre lactancia materna, mismas que culturalmente y socialmente seguirán presentándose según el contexto poblacional actual.

Además, pueden proyectarse situaciones como la Certificación de hospitales amigos del niño y de la niña, Programas institucionales internos como la acreditación de lactarios y bancos de leche materna, capacitación continua y efectiva del personal de enfermería y médico que permeen en la difusión de la lactancia materna, sustentado en el presente proceso de atención de enfermería, mismos que se presentarán en un segundo momento ante las autoridades institucionales del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, de la capital de San Luis Potosí, los cuales brindaron las facilidades para el estudio de esta Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Pediátrico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 
- <sup>1</sup> Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia materna. 6ª Ed. España; Elsevier; 2007
  - <sup>2</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Dirección General de Salud Reproductiva. Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención, 1997.
  - <sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). División de salud y desarrollo el niño. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una lactancia natural. Ginebra 1998.
  - <sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. 2010. Disponible en:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf).
  - <sup>5</sup> Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Charpak Y; Rey Martínez. Kangaroo Mother Program: an alternative way of caring for low birth weight infants through one year. *J. perinatal* 2002; 22 (5); 374, 379.
  - <sup>6</sup> Referido de [www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html), *The Lancet*, 2008
  - <sup>7</sup> OMS- World Health Organization [accesada 9 mayo 2015] disponible en:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence\\_ten\\_step\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence_ten_step_spa.pdf)
  - <sup>8</sup> Castillo Silva, Alejandro. “Crecimiento en lactantes de 0 a 6 meses alimentados exclusivamente con Lactancia Materna vs aquellos que son alimentados con Lactancia Materna Mixta o sucedáneos. Tesis de Posgrado de Especialidad en Medicina Familiar del IMSS-USLP, San Luis Potosí, S.L.P. 2004.
  - <sup>9</sup> Pedraza Anguera, A. “Aspectos conjuntos profesionales Pediatra/Enfermería. El equipo pediátrico en atención primaria: aspectos formativos y asistenciales”. *Revista Pediátrica de Atención Primaria, Suplemento* 2011. Páginas 71-80.
  - <sup>10</sup> Lactancia materna Nutrición I UNICEF. [acceso 15 noviembre 2014]. Disponible en: [www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html).
  - <sup>11</sup> Et al 4 Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. 2010. Disponible en  
[http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf).
  - <sup>12</sup> *Calverton MD. Demographic and Health Surveys. Breastfeeding and complementary infant: postpartum effect. ORC macro 1990.*
  - <sup>13</sup> Pérez E. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México 2004; 61(4): 357-367.
  - <sup>14</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Capítulo San Luis Potosí.
  - <sup>15</sup> Palacios de Lira, Concepción. Evaluación del Programa Educación para la salud sobre lactancia materna en alojamiento conjunto. Tesis de MAAE-USLP, 2004.

- <sup>16</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. DOF con vigencia al 5 de febrero de 1917, con legislación vigente al 28 de julio de 2015.
- <sup>17</sup> Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984. Texto vigente con las últimas reformas publicadas en el DOF al 04 de junio de 2015.
- <sup>18</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. DOF al 31 de octubre de 1994.
- <sup>19</sup> NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, publicada en el DOF al 18 de julio de 2013.
- <sup>20</sup> Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? M.C. García Casanova, S. García Casanova, y cols. Elsevier: Atención Primaria, Volume 35, Issue 6, April 2005, Pages 295–300.
- <sup>21</sup> Herrera, Rosa, Waisman, Mónica. “Equipo de enfermería capacitado en lactancia materna: una herramienta para la iniciativa hospital amigo de la madre y el niño”. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2005; 24 (1).
- <sup>22</sup> Et al 9, Pedraza Anguera, A. “Aspectos conjuntos profesionales Pediatra/Enfermería. El equipo pediátrico en atención primaria: aspectos formativos y asistenciales”. Revista Pediátrica de Atención Primaria, Suplemento 2011. Páginas 71-80.
- <sup>23</sup> Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based Interventions for Improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. Pediatrics. 2005; 115: 576–8.
- <sup>24</sup> Huffman S, Zehner E, Victoria C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? Midwifery. 2001; 17: 80-92.
- <sup>25</sup> Et al Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. 2010. Disponible en [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf).
- <sup>26</sup> Díaz, O. Lactancia Materna. Journal Pediatrics, 2007; 96(8):778-781.
- <sup>27</sup> Kelleher DK, Duggan C. Breast milk and breastfeeding in the 1990s. Curr Opin Pediatr. 1999; 1: 275–80.
- <sup>28</sup> Lowdermilk D. L., Perry S. E., Bobak I. M. Enfermería Materno Infantil. Nutrición y alimentación del recién nacido. 6ª Ed. España: Harcourt/Océano. Pág. 620-626.
- <sup>29</sup> Olds, Sally B y cols. Enfermería Materno Infantil. Capítulo 30 Nutrición en el Recién Nacido, pág. 905-930. Cuarta Edición Editorial Interamericana. Mac-Graw-Hill 1995.
- <sup>30</sup> Martínez MR. La salud del niño y el adolescente. Lactancia materna. 7ª ed. México; El Manual Moderno; 2013. pág. 536-546.

- <sup>31</sup> Martínez MR. La salud del niño y el adolescente. Lactancia materna. 7ª ed. México; El Manual Moderno; 2013. pág. 536-546.
- <sup>32</sup> Et al 22 Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based Interventions for Improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115: 576–8.
- <sup>33</sup> López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 117-126.
- <sup>34</sup> Delgado B. A. Arrollo C. LM, Díaz G. MA, Quezada S. CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Vol. 63, enero-febrero 2006.
- <sup>35</sup> Et al 32, López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 117-126.
- <sup>36</sup> Et al 27, Lowdermilk D. L., Perry S. E., Bobak I. M. *Enfermería Materno Infantil. Nutrición y alimentación del recién nacido*. 6ª Ed. España: Harcourt/Océano. Pág. 620-626.
- <sup>37</sup> García R. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):223-230.
- <sup>38</sup> Baro L, Martínez F, Boza J. Componentes biológicamente activos de la leche materna. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(1): 21-38.
- <sup>39</sup> Muñoz V.IJ, Martínez ME, Ramírez A. AL, Díaz M. MC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. *Nutr Clin*. 2003; 6: 345–53.
- <sup>40</sup> Ferraez de Lee, Martha Alicia. *Lactancia Materna*. Comité de Nutrición, American Academy of Pediatrics; Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª Edición 1999, impreso en México.
- <sup>41</sup> Et al 20, Ferraez de Lee, Martha Alicia. *Lactancia Materna*. Comité de Nutrición, American Academy of Pediatrics; Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª Edición 1999, impreso en México.
- <sup>42</sup> Et al 20, Ferraez de Lee, Martha Alicia. *Lactancia Materna*. Comité de Nutrición, American Academy of Pediatrics; Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª Edición 1999, impreso en México.
- <sup>43</sup> Et al 7, OMS- World Health Organization [accesada 9 mayo 2015] disponible en:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence\\_ten\\_step\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence_ten_step_spa.pdf)
- <sup>44</sup> Olds, Sally B y cols. *Enfermería Materno Infantil*. Capítulo 30 Nutrición en el Recién Nacido, pág. 905-930. Cuarta Edición Editorial Interamericana. Mac-Graw-Hill 1995.

- <sup>45</sup> Et al 29 Martínez MR. La salud del niño y el adolescente. Lactancia materna. 7<sup>a</sup> ed. México; El Manual Moderno; 2013. pág. 536-546.
- <sup>46</sup> Et al 1 Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia materna. 6<sup>a</sup> Ed. España; Elsevier; 2007.
- <sup>47</sup> Tobon H, Salazar H. Ultrastructure of the human mammary gland, I. Development of the fetal gland throughout gestation. J Clin Endocrinol Metab 39:443, 1974.
- <sup>48</sup> Lawrence RM, Pane CA. Human breast milk: Current concepts of immunology and infectious diseases. Curr Probl Pediatr Adolesc Health 2007;37:7-36
- <sup>49</sup> Baeza-Bacab MA. Aspectos inmunológicos de la leche materna. En: Reyes Vázquez H, Martínez González A. Lactancia Humana. Bases para lograr su éxito. 1<sup>a</sup> ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 87-91.
- <sup>50</sup> Field CJ. The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. J Nutr 2005; 135(1):1-4.
- <sup>51</sup> Lawrence RM. Factores de resistencia del huésped e importancia inmunológica de la leche humana. En: Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. 6<sup>a</sup> ed. Madrid, España: Elsevier España; 2007. p. 183-224
- <sup>52</sup> Et al 1 Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia materna. 6<sup>a</sup> Ed. España; Elsevier; 2007
- <sup>53</sup> Et al 20 Tobon H, Salazar H. Ultrastructure of the human mammary gland, I. Development of the fetal gland throughout gestation. J Clin Endocrinol Metab 39:443, 1974.
- <sup>54</sup> The WHO Multicentre Growth Reference Study, 2010 <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/>
- <sup>55</sup> Lawrence RM. Destete. En: Lawrence RA, Lawrence RM. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. 6<sup>a</sup> ed. Madrid, España: Elsevier España; 2007. p. 390-397.
- <sup>56</sup> Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (8):CD007239.
- <sup>57</sup> Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess: diagnosis and management in general practice. Aust Fam Physician. 2011; 40 (12): 976-978.
- <sup>58</sup> Hernández A. MT, Aguayo M. J. La Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005; 63:340-356.
- <sup>59</sup> Romero V. Resalió. Tesis frecuencia de grietas en el pezón en mujeres durante la lactancia materna en el 2000. [Accesado 5 mayo 2015]. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Rosalia%20Romero%20Virgen.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Rosalia%20Romero%20Virgen.pdf)

<sup>60</sup> Guía práctica para profesionales sobre lactancia materna. [Accesado 5 mayo 2015]. Disponible en:

[http://www.hvn.es/invest\\_calid\\_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc\\_48.pdf](http://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_48.pdf)

<sup>61</sup> et al 26 Guía práctica para profesionales sobre lactancia materna. [Accesado 5 mayo 2015]. Disponible en:

[http://www.hvn.es/invest\\_calid\\_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc\\_48.pdf](http://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_48.pdf)

<sup>62</sup> Fernández M, Isabel M. González F, Tamara C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. [Accesado 5 mayo 2015]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/enfermeria2.pdf>.

<sup>63</sup> OMS/UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Ginebra, 1989. OMS.

<sup>64</sup> Fernández M, Isabel M. González F, Tamara C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. [Accesado 5 mayo 2015]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/enfermeria2.pdf> .

<sup>65</sup> Lyer P, Taptich B, Bernochi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 3ª Ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1997.

<sup>66</sup> Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012.

<sup>67</sup> Mora R. Guías Metodológicas para la Gestión clínica. Aplicación en las organizaciones de enfermería, Madrid, España.

<sup>68</sup> Alfaro L R. aplicación del proceso enfermero. 5ª Ed. Barcelona España. Masson; 2005.

<sup>69</sup> Herdeman, Heather, T, NANDA international Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona, España: Elsevier. 2012- 2014. <sup>69</sup>

Bulechek, G; y Butcher, H. Clasificación de intervenciones de Enfermería. NIC. 6ª Ed. Barcelona, España: Elsevier. 2013.

<sup>69</sup> Moorhead, S y Jhonson, M. Clasificación de resultados de Enfermería. NOC. 5ª Ed. Barcelona, España: Elsevier 2013.

<sup>70</sup> Et al. Lyer P, Taptich B, Bernochi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 3ª Ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1997.

<sup>70</sup> Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012

<sup>71</sup> Et al Alfaro L R. aplicación del proceso enfermero. 5ª Ed. Barcelona España. Masson; 2005.

<sup>72</sup> Et al Alfaro L R. aplicación del proceso enfermero. 5ª Ed. Barcelona España. Masson; 2005

- <sup>73</sup> Galicia Gutiérrez, Ana Galicia. Tesina Proceso cuidado enfermero en el paciente pretérmino con “Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación - perfusión”, de la Especialidad en Cuidado Pediátrico de la UASLP, 2015
- <sup>74</sup> Et al Lyer P, Taptich B, Bernochi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 3ª Ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1997
- <sup>75</sup> Et al. Lyer P, Taptich B, Bernochi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 3ª Ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1997.
- <sup>76</sup> Lyer P, Taptich B, Bernochi-Losey. Proceso de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería. 3ª Ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1997.
- <sup>77</sup> Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012
- <sup>78</sup> Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012
- <sup>79</sup> Et I Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012
- <sup>80</sup> Andrade C, RMG., López E. Proceso de Atención de Enfermería 1ª Ed. Trillas; México. 2012
- <sup>81</sup> Bulechek, G; y Butcher, H. Clasificación de intervenciones de Enfermería. NIC. 5ª Ed. Barcelona, España: Elsevier. 2013.
- <sup>82</sup> Moorhead, S y Jhonson, M. Clasificación de resultados de Enfermería. NOC. 6ª Ed. Barcelona, España: Elsevier 2013.
- <sup>83</sup> Farren, Arlene. Del Texto Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de cuidados, de Betty J. Ackley y cols. Séptima Edición. Elsevier. 2007
- <sup>84</sup> Taller sobre Lactancia Materna de Regreso al Trabajo, Instituto Nacional de Perinatología, 2013.
- <sup>85</sup> Association of Women’s health obstetric and Neonatal Nurses, 2000. Citado en Ackley, Betty J. Ladwig, Gail B. Manual de Diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Séptima edición. Elsevier, 2007
- <sup>86</sup> Association of Women’s health obstetric and Neonatal Nurses, 2000. Citado en Ackley, Betty J. Ladwig, Gail B. Manual de Diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Séptima edición. Elsevier, 2007
- <sup>87</sup> Rodríguez G. R. y cols. Educación en la lactancia para profesionales de la salud. Washington, D. C., EUA.
- <sup>88</sup> Leonard Lowdermil Deitra, Perry Lhannon E., Bobk Irene M. Enfermería Materno Infantil. 1ª ed. España: Harcourt- Brace, 1998, Pág. 653-655
- <sup>70</sup> Reyez H. Martínez A. Manual de curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. CAALMA 2014.
- <sup>71</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.



<sup>72</sup> Nascimento TR, Pantoja SJ. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Lactancia materna. 3ª ed. Panamericana, 2008, Pág. 170-181.

<sup>89</sup> Ackley, Betty J. Ladwig, Gail B. Manual de Diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. Séptima edición. Elsevier, 2007

<sup>90</sup> García Cassanova, MC. García Cassanova, S. y cols. Lactancia Materna ¿Puede el personal de salud influir positivamente en su duración? Elsevier. Atención primaria, número 35, Issue 6, April 2005, pages 295-300

<sup>91</sup> Ídem García Cassanova, MC. García Cassanova, S. y cols. Lactancia Materna ¿Puede el personal de salud influir positivamente en su duración? Elsevier. Atención primaria, número 35, Issue 6, April 2005, pages 295-300

<sup>92</sup> Moorhead, Sue. Johnson, Marion y cols. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC), Medición de Resultados en salud. 5ª Edición. 2014. Elsevier.

<sup>93</sup> Bulechek, Gloria M.; Butcher, Howard K., y cols. Clasificación de las intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición, 2014. Elsevier.



## **VIII ANEXOS**

## **Índice de anexos**

**Anexo 1. Diagrama 1: Beneficios de la lactancia materna a la madre y el lactante**

**Anexo 2. Modelo 1: Anatomía de la glándula mamaria**

ANEXO 1

Diagrama 1: Beneficios de la lactancia materna a la madre y el lactante.



## ANEXO 2

Modelo 1.- Anatomía de la mama.

# Anatomía de la mama

