

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN Y
ALIMENTOS**

TESIS PROFESIONAL

**CONTACTO TEMPRANO Y
LACTANCIA MATERNA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN NUTRIOLOGÍA

PRESENTA

ELINSON LOZANO RAMOS

DIRECTOR DE TESIS

M EN C. EVARISTO JULIO BALLINAS DÍAZ



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

OCTUBRE 2019

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a mis padres Moisés y Magnolia, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a esta institución de la facultad de nutrición de la Universidad de ciencias y artes de Chiapas, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a mis profesores: LN. Erika López Zuñiga, M en C. Evaristo Julio Ballinas Díaz, Ma. Wayne Sol González, gracias por el apoyo, paciencia, asesoramiento, por dedicar su tiempo y enseñanza a lo largo de toda la investigación.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo esta principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, Moisés y Magnolia que quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios siempre está conmigo; por su trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he podido llegar hasta aquí convirtiéndome en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hija, son los mejores padres.

Al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, especialmente a la jefa del departamento de nutrición y dietética la L.N Martha Isabel Morales López por su entera disposición, apoyo, tiempo y compromiso para poder realizar esta investigación.

CONTENIDO

Introducción	8
Justificación.....	10
Planteamiento del Problema	12
Objetivos	14
General.....	14
Específicos.....	14
Marco Teórico.....	15
Nutrición.....	15
Embarazo.....	16
Función cardiovascular y pulmonar	16
Función digestiva.....	17
Lactancia Materna	17
Contradicciones	19
Beneficios de la Lactancia Materna	20
Ventajas para las Madres	20
Beneficios de la Lactancia para los Niños.....	21
Beneficios Nutricionales	21
Beneficios Inmunológicos	22
Reducción de la Morbilidad.....	23
Beneficios Socioeconómicas de la Lactancia Materna	24
Tendencias sobre prácticas de lactancia en México.....	25
Principales barreras de la lactancia materna en México	25
Composición de la Leche Materna.....	25
Calostro	26

Agua.....	26
Energía	27
Lípidos.....	27
Proteínas.....	28
Carbohidratos de la Leche	28
Factores que Influyen en el Comienzo y la Duración de la Lactancia Materna	29
Promoción, Facilitación y Apoyo de la Lactancia Materna.....	30
Trastornos frecuentes de la Lactancia Materna.....	30
Dolor en los pezones.....	30
Congestión.....	31
Infección	32
Nutrición Infantil	33
Malnutrición del Lactante	34
Antecedentes del Problema	35
Metodología	37
Diseño de Investigación.....	37
Población	37
Muestra.....	37
Muestreo	37
Variables.....	37
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	37
Instrumentos de Medición.....	38
Descripción de las Técnicas A Utilizar.	38
Descripción del Análisis Estadístico y cómo se expresan los Resultados.	39
Aspectos éticos de la investigación.....	40
Análisis de Resultado.....	41

Conclusión.....	51
Sugerencias y Recomendaciones	53
Referencias Documentales	54
Anexo	57
Anexo 1	57
Anexo 2	58
Anexo 3	64

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, en la cual 25 mujeres en período de lactancia resultaron beneficiadas gracias a un sondeo que permitió la recolección de datos de las madres y de los recién nacidos. Esto fue realizado para conocer la alimentación de la madre en relación a la calidad de la leche materna, así como, el contacto temprano después del nacimiento del bebé.

El contacto temprano, es una práctica que favorece tanto al recién nacido como a la madre; refuerza el apego madre e hijo, permite regular la temperatura del bebé, ritmo cardíaco y respiratorio, reduciendo así los episodios de apnea; ya que el hábitat natural del recién nacido es el pecho de la madre.

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.

La lactancia materna favorece la salud de la población y el desarrollo del capital humano. La sólida evidencia científica disponible documenta los múltiples beneficios en la salud física y emocional de la madre e hijo. La lactancia materna salva vidas, mejora la salud en el corto y largo plazo en los niños que la reciben, además de potencializar su desarrollo cognoscitivo. En las madres previene enfermedades como hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer de mama y ovario, además de depresión.

En México, la evidencia indica que ha habido un deterioro alarmante en las prácticas de lactancia materna, con las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses más bajas en América Continental. Estudios nacionales señalan que las barreras para la lactancia materna incluyen desde aquellas de índole individual, hasta las relacionadas con el ambiente sociocultural y políticas del país.

La lactancia materna es la estrategia más costo-efectiva para prevenir la mortalidad infantil y mejorar la salud en el corto y largo plazos de toda una nación. La situación de las prácticas de lactancia materna, tanto en el contexto nacional como en el internacional, indica con claridad que para su promoción, protección y apoyo es necesario establecer una estrategia integral coordinada (González y Hernández, 2016).

El recién nacido nace sabiendo mamar, ya que lo hace de forma instintiva y natural. Si al nacer, el bebé es colocado en el regazo de su madre, el recién nacido es completamente capaz de desplazarse hacia el pecho, engancharse correctamente y mamar. Cuando el nacimiento se produce en circunstancias normales, sin complicaciones, ya sea por parto o cesárea lo ideal es favorecer este contacto temprano entre mamá e hijo, ya que este primer encuentro con mamá cuando se da de esta forma, favorece el establecimiento de la lactancia, al tener el bebé por primera vez con el pecho de su madre, que es a donde pertenece, el enganche lo hace de forma adecuada, abriendo bien la boca y con los labios evertidos, sin lastimar a mamá. Dejando mamar al niño nada más nacer podemos evitarnos en muchas ocasiones los problemas de dolor al amamantar y grietas que presentan muchas madres al inicio de la lactancia y que son una de las principales causas de abandono de la Lactancia.

De acuerdo con todo lo descrito anteriormente, se buscó conocer el tiempo transcurrido desde que nace hasta que es amamantado por primera vez o sea el contacto temprano. Con esta investigación se observó detalladamente los resultados que se obtuvieron después de la aplicación de encuestas a través de un estudio cuantitativo, transversal, analítico, observacional y retrospectivo, para las mujeres lactantes de San Cristóbal de Las Casas. Todo esto con el objetivo de mejorar la calidad de la leche materna, ayudar a mejorar el desarrollo del lactante durante la práctica de contacto temprano, al menos, durante los primeros 30 minutos después del parto o cesárea, reduciendo así los índices de bajo peso y talla.

JUSTIFICACIÓN

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina, han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

El famoso pediatra Paul Gyorgy, 1993 dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna, o que reciben leche materna durante un período relativamente corto.

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo, una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones, además de menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen.

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y, tal vez, desarrollo lento de marasmo nutricional (FAO, 2006).

La lactancia materna es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. La lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las últimas 3 encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012. El porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Simplemente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó (ENSANUT, 2012).

Después de los 6 primeros meses de vida, UNICEF recomienda que los niños consuman una dieta diversa y frecuente de alimentos complementarios ricos en nutrientes e higiénicamente preparados, además de la leche materna. Estos alimentos no sirven sólo para llenar el estómago del niño: deben proporcionar suficiente energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que satisfagan sus crecientes necesidades.

Esta investigación se llevó a cabo a través de encuestas, recordatorios e historias clínicas, en donde se evaluaron a las 30 mujeres en período de lactancia. Es innegable que el estado nutricional de la madre tiene una relación directa con la nutrición del infante, no obstante, en la revisión bibliográfica, no se ha encontrado una relación directa con la alimentación de la madre y con el estado nutricional del lactante, sobre todo, en el área de estudio del presente trabajo: la zona altos de Chiapas.

Uno de los grandes beneficios que se aporta con esta investigación es poder estudiar la alimentación de las madres que están en periodo de lactancia, conocer sus hábitos de alimentación y así, con toda la información obtenida, lograr hacer un cambio e impactar no solo a la madre, si no en el resto de la familia, logrando cambiar toda una vida de malos hábitos. En todo esto, el más beneficiado es el lactante porque logra obtener una leche materna de mejor calidad para su salud, desarrollo y crecimiento.

Así como el contacto temprano que es una política por escrito de los “Diez pasos para una lactancia eficaz” que poco a poco se ha ido perdiendo, afortunadamente en México contamos con profesionales del área de la salud que ayudan a que este primer encuentro se lleve a cabo. Para que la lactancia se establezca correctamente y la madre produzca la cantidad necesaria, es indispensable permanecer cerca del bebé, para que cada demande la madre tenga la facilidad de ofrecer el pecho, de ahí la importancia del alojamiento conjunto en el hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La leche humana tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas; es un tejido delicadamente ajustado a cada etapa de la vida del menor. Constituye un sistema desarrollado a través de millones de años para proteger la salud y estimular el desarrollo óptimo del niño.

La lactancia materna protege a los niños en su primer año de vida contra las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias de vías altas y bajas y otitis media, entre otras. Esto la hace una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir mortalidad infantil. Según un metanálisis publicado por la OMS de datos de países de medianos y bajos ingresos, los niños que no son amamantados tienen seis veces más riesgo de morir por enfermedades infecciosas durante los primeros dos meses de vida que aquellos que son amamantados (González y Hernández, 2016).

En el estado de Chiapas, el índice de natalidad se ha incrementado en las últimas décadas, al grado de reportarse un índice de natalidad de 140, 356 nacimientos y 26, 691 defunciones en el periodo de 2010 a 2016. Este índice va en aumento año con año, por lo que se hacen imperativos estudios referentes a la lactancia materna (INEGI, 2016).

El 40% de la población infantil en Chiapas sufre desnutrición en segundo o tercer grado, lo cual, en términos de salud pública, tiene efectos similares a los de la guerra, lo cual viene repercutiendo desde la lactancia materna.

La lactancia es una solución eficaz a muchos problemas de alimentación en México, como ya se mencionó anteriormente, es la primera alimentación completa y los primeros refuerzos que obtendrá el lactante. Por este motivo es de suma importancia promover la lactancia materna exclusiva, que además es afectada por diversos factores que afectan la composición de la leche, además de factores psicosociales.

El contacto temprano piel a piel entre la madre y el neonato reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre la madre y el recién nacido, mantiene el neonato caliente y ayuda a lactar con éxito. El objetivo de este estudio fue analizar si el contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos posee algún beneficio o adverso sobre la lactancia.

En el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con mujeres lactantes de entre 18 y 30 años, se pretendió conocer la alimentación de la madre, el contacto temprano desde el nacimiento hasta el primer momento en el que es presentado se le da pecho por primera vez,

así como su relación con el estado de nutrición de la madre y el lactante. El principal problema que se presentó fue que la mayoría de las madres no tienen el interés o la educación de cómo dar pecho a los lactantes, ya que esta condición se deriva de que hoy en día existen millones de fórmulas que “sustituyen” la lactancia. Ahora bien, la alimentación es un factor clave para que la madre tenga una leche de mejor calidad, ya que algunas de las madres no cuidan su alimentación, antes ni después del embarazo, por falta de información.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el tiempo de contacto entre la madre y el recién nacido después del parto, así como la prontitud en la que se le proporciona lactancia materna.

ESPECÍFICOS

- Determinar el estado nutricional del recién nacido.
- Determinar el estado nutricional de las madres lactantes.
- Identificar los conocimientos sobre lactancia materna y sus beneficios entre las pacientes que recibieron contacto temprano y las que no lo hicieron.
- Estimar el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el contacto temprano entre la madre y el recién nacido.

MARCO TEÓRICO

NUTRICIÓN

La nutrición son todos los procesos físicos y biológicos que exige el organismo para aprovechar los nutrientes de cada alimento consumido de acuerdo con las necesidades de cada persona.

La palabra nutrición designa al conjunto de procesos mediante los cuales el organismo vivo utiliza, transforma e incorpora, en sus propias estructuras, una serie de sustancias que recibe del mundo exterior, formando parte de los alimentos, para cumplir tres finalidades principales:

- Suministro de energía.
- Construcción y reparación de las estructuras orgánicas.
- Regulación de los procesos metabólicos.

Los humanos necesitan una dieta diversa, bien balanceada y que contenga una mezcla compleja de macronutrientes y micronutrientes, para conservar una salud óptima. Los macronutrientes carbohidratos, lípidos y proteínas constituyen el principal aporte alimenticio, y se utilizan como fuente energética. Los micronutrientes son compuestos orgánicos o inorgánicos, están en pequeñas cantidades y no son utilizados como fuente de energética, pero son necesarios para mantener la salud.

La nutrición humana debe estudiarse en el contexto de un sistema de interacciones entre nutrientes (componentes de los alimentos con valor nutricional), huésped y ambiente. El estudio cuantitativo plantea diversas dificultades, especialmente por lo que se refiere a los requerimientos nutricionales individuales, y a la medición de la ingesta de alimentos y su traducción en ingesta de nutrientes.

La ciencia de la nutrición ha adquirido una gran importancia en todos los países del mundo. Su gran desarrollo actual se debe al mayor conocimiento científico de los procesos nutricionales, iniciando durante los siglos XVIII y XIX de la mano de la química experimental. Actualmente, es una ciencia pluridisciplinaria con conocimientos procedentes de la bioquímica, fisiología y clínicas humanas (Escobar, 1991).

La composición corporal se ha estudiado tradicionalmente distinguiendo entre dos comportamientos: masa grasa y masa no grasa. En el momento actual debe contemplarse en 5 niveles: atómico, molecular, celular, tejidos y sistemas, y cuerpo total.

La composición corporal cambia a lo largo de la vida del ser humano. Fundamentalmente es durante la infancia la época de mayores transformaciones; también es el período de la vida caracterizado por el fenómeno biológico del crecimiento y desarrollo que precisa ser cuidadosamente regulado. Dentro de los factores reguladores ocupan un lugar preferente los factores nutricionales. Los nutrientes deben proporcionar energía para la tasa metabólica basal, la acción dinámico-específica, el crecimiento, las actividades físicas y las pérdidas fecales y urinarias (Hernández, 2010).

EMBARAZO

El embarazo es una de las etapas más importantes en la vida de una mujer, puesto que conlleva una gran responsabilidad en la medida que dentro de ella se desarrolla la vida de otro ser humano. Además; que viene de la mano de un sinnúmero de cambios físicos, hormonales y de alimentación; por esto es de suma importancia tener los cuidados y la información necesaria para atenderlos de manera adecuada.

El volumen sanguíneo se expande aproximadamente en un 50% hacia el final del embarazo, con una gran variabilidad entre las mujeres. Este aumento del volumen sanguíneo produce una disminución de los valores de hemoglobina, albúmina sérica, otras proteínas séricas y vitaminas hidrosolubles, principalmente después del final del primer trimestre. En cambio, las concentraciones séricas de vitaminas liposolubles y otras fracciones lipídicas como triglicéridos, colesterol y ácidos grasos libres aumentan para asegurar un transporte suficiente del feto. Se dispone de una recopilación de los valores de laboratorio por trimestre. Sin embargo, la extensa variabilidad individual hace difícil la determinación de una ingesta inadecuada o un estado nutricional deficitario. Los valores normales del hematocrito y la hemoglobina cambian cada trimestre, y los límites aumentan con la altitud y con el grado de tabaquismo (Kathleen y L., 2017).

FUNCIÓN CARDIOVASCULAR Y PULMONAR

El embarazo se acompaña de un aumento del gasto cardíaco, y el tamaño cardíaco aumenta en cerca de un 12%. La presión arterial, principalmente la diastólica, disminuye durante los dos primeros trimestres debido a la vasodilatación periférica, pero en el tercer trimestre puede volver a los valores previos al embarazo. El edema leve en las extremidades inferiores es un trastorno

normal del embarazo resultante de la presión del útero en expansión sobre la vena cava inferior. Los requerimientos maternos de oxígeno aumentan y el umbral para el dióxido de carbono disminuye, haciendo que la mujer embarazada se sienta disneica. Añadido a esta sensación de disnea se encuentra el útero empujando el diafragma hacia arriba. La compensación deriva de un intercambio pulmonar de gases más eficaz y un mayor diámetro torácico (Kathleen y L., 2017).

FUNCIÓN DIGESTIVA

Cada cambio en nuestro cuerpo es muy importante, y más en el embarazo. De acuerdo con esta investigación, una de las más importantes a estudiar es la función digestiva, puesto que los alimentos que se consumen en esta etapa nutren no solo uno sino a dos seres vivos, y la madre es la responsable de que esto suceda. Es de suma importancia que la madre coma de manera correcta y balanceada para evitar problemas secundarios en el tubo digestivo.

Durante el embarazo la función del tubo digestivo cambia de varias formas que influyen en el estado nutricional. Las encías pueden sangrar más fácilmente debido al aumento del flujo sanguíneo. En el primer trimestre pueden aparecer náuseas y vómitos, seguidos del retorno de apetito que puede ser voraz. La compulsión por los alimentos o la aversión a ellos son frecuentes. El aumento de la concentración de progesterona relaja el músculo uterino para permitir el crecimiento fetal, al tiempo que disminuye la motilidad digestiva y aumenta la reabsorción de agua. Esto, a menudo, da lugar al estreñimiento. Además, la relajación del esfínter esofágico inferior y la presión del útero en crecimiento sobre el estómago pueden causar regurgitación y reflujo gástrico (Kathleen y L., 2017).

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la principal alimentación que el lactante debe tener, puesto que le aporta los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas para su sano crecimiento y desarrollo; además de anticuerpos que lo defienden en sus primeras semanas de vida de virus y enfermedades. Por esta y más razones, es de suma importancia conocer la calidad de la leche de las madres en periodo de lactancia, y poder brindar la información necesaria para que este proceso se cumpla adecuadamente.

La leche materna es el principal y mejor alimento para un recién nacido, el cual obtiene todos sus nutrientes a través del seno materno; éste no solo se adecua a las necesidades biológicas del

bebé, sino que ayuda a crear vínculos emocionales entre la mamá y el lactante. Además de que es un súper alimento, el calostro que se da en las primeras horas del parto es parte fundamental, puesto que son las primeras defensas que el bebé recibe para evitar enfermedades.

Inequívocamente, la lactancia materna exclusiva es el método preferible para la alimentación del lactante en los primeros 6 meses de vida. Muchas organizaciones sanitarias profesionales han respaldado esta recomendación, como la American Academy of Nutrition and Dietetics, la APP, el ACOG, la American Academy of Family Practitioners, Healty Peopel 2020, el programa WIC, el U.S. Sugeon General y el U.S. Breastfeeding Committe. Estas organizaciones recomiendan la lactancia materna durante el primer año y, posteriormente, según los deseos mutuos de la madre y el niño: la OMS estimula a la lactancia durante todo el segundo año de vida. La lactancia materna ofrece protección contra infecciones digestivas y de otro tipo, también sirve como fuente fundamental de energía y nutrientes durante la enfermedad, reduciendo la mortalidad en niños malnutridos. Se piensa que el desarrollo de un aparato digestivo y un sistema inmunitario fuerte en los niños que maman se debe a la producción de bacterias beneficiosas en el intestino del lactante, proporcionando una población microbiana intestinal sana.

Debe estimularse a las madres a la lactancia el mayor tiempo posible, aunque no sea 1 año completo. La nutrición a partir de la leche materna y la protección contra la enfermedad que aporta no son equiparables a ningún otro sustituto. Las mujeres deben recibir apoyo en relación con su decisión de dar el pecho cualquier duración de tiempo, ya sea solo 2 semanas, 2 años o más. La leche continúa aportando nutrición e inmunidad todo el tiempo que la madre esté lactando. Muchas mujeres enfrentan barreras que pueden hacer que eviten dar el pecho tanto tiempo como desearían, de modo que es necesario el apoyo del sistema de atención sanitaria, junto con el de los miembros de la familia y de la comunidad para que las madres alcancen sus metas (Kathleen y L., 2017).

Existen muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. Un estudio reciente examinó las disparidades raciales y socioeconómicas en la alimentación del lactante, observando que la mayor frecuencia de lactancia materna se observa en familias en que la madre es mayor, casada, con mayor educación e ingresos. Se compararon los resultados de salud a largo plazo de los lactantes alimentados con pecho y sus hermanos sin lactancia materna, y los investigadores apreciaron que muchos de estos niños tenían resultados positivos a largo plazo, similares a los de sus hermanos o a los niños con lactancia materna en un grupo comparativo. Los autores concluyeron que un

entorno de apoyo de la lactancia materna, no solo la lactancia en sí, contribuye a resultados de salud positivos a largo plazo en los niños (Colen y Ramey, 2014).

En 1991 la OMS y la United Nations Children's Fund adoptaron la Baby-Friendly Hospital Initiative, un esfuerzo global para aumentar la incidencia y la duración de la lactancia materna. Para llegar a ser "amigo de los niños", un hospital debe mostrar a una junta de revisión externa que cumple los "Diez pasos para una buena lactancia", una guía para el tratamiento madre-niño en el hospital.

CONTRADICCIONES

La lactancia materna no es más que un proceso fisiológico natural con el que la mujer finaliza el ciclo corporal de la maternidad; principia en la etapa inmediata al parto y biológicamente concluye cuando las necesidades nutricias del niño son satisfechas con otros alimentos. En tiempos pretéritos, sus bondades probablemente se interpretaron en función de la diferencia en la esperanza de vida de los niños lactados por su madre y aquellos que no recibían este alimento. En este siglo, dominado por la ciencia y la técnica, la leche humana es el paradigma de los tecnólogos dedicados al desarrollo de fórmulas lácteas para bebés. La práctica de la lactancia al seno materno genera un complejo intercambio de estímulos que gratifiquen emocionalmente a la madre y al niño. La relación afectiva trasciende en la mujer en conductas de maternales más sólidas, mientras en el niño se establece una adecuada evolución psicomotriz y afectiva, a la vez que se favorece su crecimiento somático (Vega, 1997).

Las contradicciones para la lactancia materna son infrecuentes, pero existen una serie de trastornos que justifican al menos una interrupción temporal de la alimentación directa al pecho, o bien con la leche materna.

La madre no debe dar lactancia si tiene lesiones mamarias de herpes activo; sin embargo, la leche extraída puede usarse sin preocupaciones. Si una madre desarrolla varicela 5 días antes y hasta 2 días después del parto, debe separarse del lactante, pero puede aportar su leche extraída al niño. Las madres con infección aguda por gripe H1N1 también deben separarse de su hijo mientras tenga fiebre, pero, de nuevo, puede aportar la leche extraída para alimentarlo (APP, 2012).

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño están bien establecidos. En Estados Unidos, los esfuerzos del gobierno por promover la lactancia materna y una mayor comprensión de sus ventajas contribuyeron al resurgimiento de ésta a partir de la década de 1970. Sin embargo, aún persisten las diferencias raciales y étnicas en los índices de lactancia. A pesar del conocimiento de sus beneficios aumenta de manera paralela con la mayor duración, se observa poco incremento en la duración de la misma.

En las primeras semanas el niño o niña come con intervalos cortos, en ocasiones hasta menos de dos horas; esto es normal debido a que el tiempo de vaciamiento gástrico es muy rápido. Esto ayuda a mantener el suministro de leche (NOM-043-SSA, 2012).

Es posible que el sistema de atención a la salud, el lugar de trabajo y la comunidad faciliten, o bien entorpezcan, el comienzo y la continuación de la lactancia materna. Los programas de salud juegan un papel importante en el aumento de las estadísticas. Se requiere que los profesionales de atención a la salud que buscan la promoción de la lactancia materna conozcan los aspectos fisiológicos de la misma, la composición de la leche materna y los beneficios para madres y niños. El apoyo para que las mujeres alcancen el estado nutricional apropiado para la lactancia requiere la comprensión de las necesidades energéticas, los objetivos de control de peso, los efectos del ejercicio durante la lactancia, y los requerimientos de vitaminas y minerales (Feldman, 1990).

VENTAJAS PARA LAS MADRES

Durante la lactancia, las mujeres experimentan beneficios hormonales, físicos y psicológicos. Cuando sucede inmediatamente después del parto, aumentan las concentraciones de la oxitocina, lo que estimula las contracciones del útero, reduce en gran medida el sangrado posparto de la madre y ayuda a que el útero regrese al tamaño que tenía antes del embarazo.

Después del nacimiento, el retorno de la fertilidad (a través de la ovulación mensual) se retrasa en la mayoría de las mujeres durante la lactancia, en particular con la que es exclusiva. Este retraso en la ovulación produce mayores intervalos entre los embarazos. Sin embargo, la lactancia por sí sola no es efectiva como otros métodos disponibles de control de la natalidad. Como resultado, en Estados Unidos muchos profesionales de la salud no la sugieren como una opción para el control de la natalidad.

Muchas mujeres encuentran beneficios psicológicos como el aumento de la confianza en sí mismas, y la formación de lazos de unión con sus hijos. Aunque algunas mujeres todavía

consideran que el retorno rápido a su peso antes del embarazo representa un beneficio de la lactancia, es posible que aumenten de peso, o bien lo pierdan, durante este período. El impacto de la lactancia materna en el peso de la madre se analiza con mayor detalle más adelante. Además de estos beneficios a corto plazo, las mujeres que lactan tienen menor riesgo de cáncer de mama y ovárico (E., 2006).

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LOS NIÑOS

La leche humana es de calidad excepcional para la alimentación infantil y específica de la especie. Todas las opciones de alimentación con sustitutos tienen características muy diferentes. El niño alimentado al seno materno es el modelo de referencia o normativo con el que deben medirse todos los métodos alternativos de alimentación con respecto a crecimiento, salud, desarrollo y otros resultados (Declaración de políticas sobre lactancia materna de la academia de pediatría de Estados Unidos, 1997).

BENEFICIOS NUTRICIONALES

El valor de la composición de la leche materna es bastante conocido. Las empresas que fabrican sustitutos de leche materna (SLM) a menudo la utilizan como estándar, con lo que se le reconocen sus propiedades únicas y variadas:

- Con su composición dinámica y equilibrio apropiado de nutrientes, proporciona nutrición óptima para el lactante.
- Su equilibrio de nutrientes satisface en gran parte los requerimientos de crecimiento y desarrollo del lactante. Ninguna otra leche de origen animal o SLM cubre de manera tan apropiada las necesidades de los lactantes.
- Es isoosmótica (de concentración iónica similar, en este caso la leche materna y el plasma tienen concentraciones de iones similares), por lo que cumple con los requerimientos de los lactantes sin necesidad de otras formas de alimento o agua.
- Su contenido relativamente bajo de proteína, en comparación con la leche de vaca, satisface los requerimientos de los lactantes sin sobrecargar los riñones inmaduros con nitrógeno.
- Contiene proteína de suero que forma un cuajo suave y fácil de digerir.

- Proporciona cantidades generosas de lípidos en forma de ácidos grasos esenciales, ácidos grasos saturados, triglicéridos de cadena media y colesterol.
- Contiene ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, en especial el ácido docosahexaenoico (ADH), que promueve el desarrollo óptimo del sistema nervioso central.
- Los minerales que contiene están unidos de manera importante a las proteínas y equilibrados para aumentar su disponibilidad y satisfacer las necesidades de los lactantes, con lo que hay mínima demanda de las reservas maternas.

Los beneficios de la lactancia materna son muchos, tanto como para la mamá como para el lactante, por eso es muy importante que la madre sea informada y orientada de todos los beneficios que conlleva el dar pecho materno. Ayuda a establecer un vínculo entre la madre y el lactante muy importante para su desarrollo emocional, además contribuye a la economía del hogar, ya que amamantar no tiene ningún costo económico.

BENEFICIOS INMUNOLÓGICOS

En la década pasada se realizó uno de los hallazgos más importantes en relación con la leche materna: su función protectora contra infecciones. En efecto, contiene muchos activos contra infecciones. Las cifras de los componentes celulares (linfocitos T y B, neutrófilos, macrófagos y células epiteliales) son elevadas sobre todo en el calostro, pero también se encuentran presentes en menores concentraciones durante meses en la leche materna madura.

La inmunoglobulina A secretora, predominante en la leche materna, ayuda a proteger el tracto gastrointestinal del lactante. En la leche materna, estas proteínas se unen al hierro y a la vitamina B12 lo que hace que los nutrientes no estén disponibles para el crecimiento de los patógenos en el tracto gastrointestinal del niño. Además, estos factores son responsables de los diferentes tipos de flora gastrointestinal (bacterias naturales del tracto gastrointestinal) encontrados en los niños alimentados al seno materno.

Los factores de crecimiento y las hormonas de la leche materna, como la insulina, aumentan la maduración del tracto gastrointestinal del niño. Estas sustancias ayudan; también; a protegerlo, en especial neonatos, contra los patógenos virales y bacterianos.

La leche materna, además de proteger contra los patógenos virales y bacterianos, mejora la respuesta inmunitaria a las vacunas, como las de la polio, el tétanos, la difteria y la influenza

Haemophilus. Asimismo, eleva la respuesta inmunitaria a la infección por virus sincitial respiratorio (VCR), una alteración respiratoria frecuente en lactantes. La protección contra la infección es mayor durante los primeros meses de vida en niños que son alimentados al seno materno de manera exclusiva y continúa durante el resto de la lactancia (E., 2006).

REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD

Como era de esperarse, en países con estadísticas elevadas de enfermedades infantiles (morbilidad) y muertes (índice de mortalidad), sanidad deficiente y suministro dudoso de agua, se presenta reducción de los índices de enfermedades en lactantes alimentados al seno materno. Incluso en Estados Unidos, donde es frecuente que se disponga de modernos sistemas de atención a la salud, agua segura y sanidad adecuada, existe una clara relación entre la lactancia materna y disminución de los índices de enfermedades en lactantes. En muestras realizadas en ese país, se calculó que la incidencia de diarrea se redujo un 50% en niños alimentados al seno materno de manera exclusiva. En el ámbito internacional, la infección gastrointestinal fue menor en niños alimentados al seno materno de manera exclusiva durante seis meses en comparación con aquellos que sólo lo hicieron por tres meses. Las infecciones de oído se redujeron en 19%, en tanto la cantidad de episodios prolongados disminuyó un 80% entre niños alimentados al seno materno en comparación con aquellos alimentados con SLM.

En un estudio de población llevado a cabo en Estados Unidos, se encontró una reducción de 17% en los episodios de tos y resuello, y de 29% en los de vómito, en niños alimentados al seno materno en comparación con aquellos alimentados con SLM. Además del descenso de la tasa de enfermedades agudas en niños alimentados al seno materno, al parecer la lactancia también protege contra las enfermedades crónicas de la infancia. La lactancia materna llega a reducir el riesgo de enfermedad celiaca, enfermedad intestinal inflamatoria y neuroblastoma. Los sustitutos de leche materna producen aumento del riesgo de alergia (30%) y enfermedad asmática (25%) (Boletín médico del hospital infantil de México, 2006).

Estas reducciones de las enfermedades infantiles agudas y crónicas se elevan a medida que aumenta el consumo de leche materna. Por ejemplo, se muestra un incremento de 60% en el riesgo de infección de oído en lactantes que reciben una parte de leche materna y otra de SLM en comparación con aquellos alimentados con leche materna de manera exclusiva. Los riesgos, en particular de alergia y enfermedad asmática se reducen por la duración de la lactancia materna, y por la cantidad de meses a años en que se realiza el destete.

Además, la lactancia materna interviene en la reducción del riesgo de síndrome de muerte súbita infantil (SMSI), aunque esto aún se está estudiando. Los investigadores no se ponen de acuerdo sobre si la lactancia materna tiene un efecto primario en la reducción de los riesgos de SMSI. En un análisis reciente de los estudios disponibles se encontró que la alimentación con biberón aumenta el riesgo de SMSI, pero tal vez otros factores relacionados con la elección de la alimentación sean responsables de este hallazgo.

Se ha puesto mucha atención al papel de la lactancia materna en la prevención de la obesidad, pero esta relación sigue siendo tema de controversia. Por lo general, los niños de un año de edad alimentados con leche materna son más delgados que aquellos con SLM, pero tienen nivel de actividad y desarrollo similares. En una reseña reciente del tema, se descubrió que en la mayor parte de los estudios se encontraron pequeñas reducciones en el riesgo de sobrepeso en niños mayores de 3 años de edad que fueron alimentados al seno materno en lugar de SLM. En algunos estudios, pero no en todos, el efecto de la lactancia materna en la incidencia de sobrepeso fue mayor a medida que aumentó la duración de la lactancia. Se identificaron varios mecanismos posibles de la reducción moderada de la obesidad en niños alimentados al seno materno, como programación metabólica relacionada con sustancias químicas en la leche materna, autorregulación aprendida de la ingesta de energía y otras características de las familias o padres (E., 2006).

BENEFICIOS SOCIOECONÓMICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

El principal beneficio socioeconómico de la lactancia es la disminución de la necesidad de atención médica en los niños alimentados al seno materno. En Colorado, Estados Unidos, los costos de asistencia médica en lactantes fueron 175 dólares menores que en niños alimentados con SLM. En aquellos que nunca recibieron alimentación al seno materno se requirió más atención por enfermedades del tracto respiratorio, otitis media y enfermedad gastrointestinal que en los alimentados al seno materno durante cuando menos tres meses. En cada 3000 niños nunca alimentados con leche materna se observaron 2033 más consultas de atención a enfermedades, 212 más días de hospitalización y 609 más prescripciones. Además, en un estudio de dos empresas con programas establecidos de lactancia materna, la incidencia de ausentismo materno de un día debido a enfermedad infantil fue alrededor de dos terceras partes menor en mujeres que lactaron, que en aquellas que no lo hicieron. Por tanto, las empresas se benefician por menores costos médicos y mayor productividad de sus empleadas (E., 2006).

TENDENCIAS SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA EN MÉXICO

En contraste con otros países del Continente Americano, México experimenta un fenómeno de abandono de la práctica de lactancia materna exclusiva (de 22.3% en 2006 a 14.4% en 2012), sobre todo en zonas rurales (de 36.9 a 18.5% en 6 años). El descenso está constituido por un incremento en 4 puntos porcentuales (pp) de niños que además de ser amamantados consumieron agua, y 5.5 pp más de niños que consumieron fórmula (con o sin leche materna). Por otra parte, la falta de una normatividad nacional integral implementada de forma clara en pro de la lactancia materna, aunada al ambiente hostil hacia ella en los servicios de salud y en el ámbito laboral, podrían contribuir a explicar este deterioro de las prácticas de lactancia materna en México (González y Hernández, 2016).

PRINCIPALES BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

Estudios nacionales señalan que las barreras para la lactancia materna incluyen desde aquellas de índole individual hasta las relacionadas con el ambiente sociocultural y de políticas en el país. Por ejemplo, se sabe que una duración corta de lactancia materna exclusiva se debe a la inexperiencia de las madres para amamantar, a su poca confianza en producir suficiente leche y a su necesidad de regresar al trabajo fuera de casa. También las creencias de pares y familiares y la insuficiente asesoría por parte de los servicios de salud obstaculizan la adopción de las prácticas recomendadas de lactancia materna exclusiva y complementada. Por último, la norma social, como la aceptación del uso de fórmula láctea antes de los 6 meses de edad como un reflejo de solvencia económica, y la falta de políticas públicas que promuevan, protejan y apoyen la lactancia materna son barreras para la lactancia materna en México (González y Hernández, 2016).

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es un recurso natural diseñado de manera armoniosa. Es el único alimento necesario para la mayoría de lactantes sanos durante alrededor de seis meses. La leche materna está diseñada no sólo para nutrir, sino también para proteger contra las enfermedades. Su composición es variable durante una toma, durante un día y de acuerdo con la edad del niño o la gestación al momento del parto, con la presencia de infección en los senos, con la menstruación y con el estado nutricional de la madre (E., 2006).

A medida que aumenta el conocimiento para medir e identificar los componentes de la leche materna, se reconoce que su composición es compleja. Se han identificado cientos de componentes de la leche materna, y aún se están investigando sus funciones nutritivas y no nutritivas. En 2000, *The Handbook of Milk Composition and Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, se proporciona descripciones más completas de la leche humana y otros tipos de leche.

Durante las primeras semanas del posparto, la secreción de la leche modifica gradualmente sus características hasta adquirir las particularidades que la identifican como leche madura. Como todo fenómeno biológico, la producción y composición de la leche varía ampliamente con la producción de la prolactina que ayuda a la secreción láctea; aun en una mujer ocurren variaciones en la composición de la leche secretada al principio y al final de una misma tetada.

CALOSTRO

La primera leche, el calostro, es un líquido espeso a menudo amarillo que se produce durante la lactogénesis II (uno a tres días después del nacimiento del niño). Los lactantes ingieren sólo 2 a 10 ml ($\frac{1}{2}$ a 2 cucharadas) de calostro por toma en los primeros dos a tres días. Este líquido proporciona alrededor de 58 a 70 cal/100 ml y cuenta con una mayor cantidad de proteínas, y menor de carbohidratos y grasa, en comparación con la leche madura (producida dos semanas después del nacimiento del niño). La inmunoglobulina A secretora y la lactoferrina son las principales proteínas del calostro, pero no están presentes otras que se encuentran en la leche madura. La concentración de células mononucleares (un tipo específico de glóbulos blancos) de la madre, que proveen protección inmunitaria, es mayor en el calostro. Además, contiene mayores concentraciones de sodio, potasio y cloro que las que se encuentran en la leche madura (Brown, 2009).

El calostro es la primera leche que se obtiene de la madre después del parto, esta es muy importante pues al ser la primera leche es la primera comida del bebé y le aporta los anticuerpos necesarios para la protección de enfermedades.

AGUA

La leche materna es isotónica con el plasma de la madre. Este diseño biológico hace que los niños no necesiten agua ni otros líquidos para mantenerse hidratados, incluso en climas cálidos;

puesto que se trata del componente principal de la leche humana, el agua permite la suspensión de azúcares, proteínas, inmunoglobulina A, sodio, potasio, citrato, magnesio, calcio, cloro y vitaminas solubles en agua de la leche (Brown, 2009).

Es importante que el bebé se mantenga bien hidratado, por eso se le recomienda a la madre el consumo de líquidos durante y después del embarazo, al amamantar al lactante por medio de la leche materna este absorbe la cantidad necesaria para su hidratación.

ENERGÍA

La leche humana provee alrededor de 0.65 cal/ml, aunque los valores de contenido de energía varían de acuerdo con la composición de grasas (y, en un menor grado, de proteínas y carbohidratos). Los niños alimentados al seno materno consumen menos calorías que aquellos alimentados con sustitutos de leche materna (SLM). Se desconoce si esta diferencia en la ingesta de energía tiene que ver con la composición de la leche materna, la imposibilidad para ver el volumen de la leche consumida u otros factores. Los niños alimentados al seno materno son más delgados para su peso a los 8 a 11 meses que aquellos alimentados con SLM, pero estas diferencias desaparecen a los 12 a 23 meses de edad. Pocas diferencias son notables a los cinco años de edad (Brown, 2009).

LÍPIDOS

Constituyen el segundo componente más importante de la leche materna por su concentración (de 3 a 5% en la leche madura). Los lípidos proveen la mitad de la energía de la leche materna. La grasa de ésta es baja al comienzo de la toma, y se eleva al terminar de amamantar; lo que se comenta a continuación (Brown, 2009).

Los lípidos en esta y en todas las etapas de la vida son de suma importancia, pues son el ingrediente principal para la creación de diversas hormonas, estas hormonas son las responsables del desarrollo adecuado del bebé en especial del sistema nervioso central y de todo el cuerpo. Por eso es importante que la madre lleve una dieta rica en “grasas buenas” que son los lípidos insaturados y poliinsaturados, etc.

PROTEÍNAS

El contenido proteico de la leche materna madura es relativamente bajo (0.8 a 1.0%) en comparación con otras leches de origen animal. La concentración de proteínas sintetizadas en la mama se ve más afectada por la edad del lactante (tiempo a partir del nacimiento) que por la ingesta de proteínas y las concentraciones séricas de proteína de la madre. Las proteínas sintetizadas por la mama son variables porque las hormonas que regulan la expresión genética y guían la síntesis de proteínas cambian con el tiempo. A pesar de la concentración relativamente baja, las proteínas de la leche materna tienen un valor nutritivo y no nutritivo importante. Las proteínas poseen varios efectos antivirales y antimicrobianos; además, las enzimas presentes en la leche materna protegen la salud de los lactantes al facilitar las reacciones que previenen la inflamación (Brown, 2009).

Durante el embarazo la madre transfiere al niño anticuerpos que neutralizan el efecto patógeno de algunos agentes biológicos; la protección que le ofrece estas proteínas se conservan durante semanas o meses después de su nacimiento y es complementada con anticuerpos, células inmunes y otras sustancias que pasan a través de la leche materna.

CARBOHIDRATOS DE LA LECHE

La lactosa es el carbohidrato predominante en la leche humana. También se encuentran presentes otros carbohidratos incluyendo monosacáridos como la glucosa, los polisacáridos y los carbohidratos unidos a proteínas. La lactosa mejora la absorción de calcio. Puesto que se trata del segundo componente más abundante de los carbohidratos, los polisacáridos contribuyen a las calorías, estimulan el crecimiento de las bacterias bifidas en el intestino e inhiben el crecimiento de *E. coli* y otras bacterias que pudieran ser dañinas (Brown, 2009).

Como ya se mencionó su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía necesaria para el crecimiento y desarrollo del lactante. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos. La galactosa se utiliza en la síntesis de galactolípidos, indispensable para el desarrollo del sistema nervioso central del niño (Farrález, 1998).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMIENZO Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Todas las nuevas madres, tanto de bajos recursos como de ingresos económicos medios o altos, necesitan apoyo para la lactancia. Sin embargo, es posible que las mujeres de bajos recursos carezcan de educación, apoyo y confianza para interpretar el abundante y penetrante suministro de mensajes sobre las prácticas de alimentación infantil (E., 2006).

Entre los obstáculos frecuentes para el comienzo de la lactancia que expresan las futuras madres se incluyen los siguientes:

- Vergüenza.
- Restricciones de tiempo y sociales, así como preocupaciones en cuanto a la pérdida de libertad (en particular en mujeres que trabajan).
- Falta de apoyo de familia y amigos.
- Falta de confianza.
- Preocupaciones sobre la dieta y prácticas de salud.
- En adolescentes, temor al dolor.

Otras barreras para el comienzo y la continuación de la lactancia comprenden:

- Insuficiente educación prenatal para la lactancia.
- Apatía y desinformación del proveedor del cuidado a la salud.
- Capacitación inadecuada del proveedor de atención a la salud en el control de la lactancia materna.
- Políticas hospitalarias inadecuadas.
- Egreso temprano del hospital.
- Falta de consultas de seguimiento de rutina y domiciliarias después del parto.
- Trabajo de la madre, en especial en ausencia de instalaciones adecuadas y apoyo para la lactancia en el lugar de trabajo.
- Falta de apoyo social amplio.
- Presentación de la alimentación con biberón como la norma en los medios de comunicación.
- Promoción comercial de la fórmula infantil a través de la distribución de paquetes de egreso hospitalario, cupones para fórmula gratuita o con descuento, y publicidad en televisión y revistas en general.

Ahora bien, existen muchas razones más que las mencionadas aquí por el cual las madres de hoy en día no pueden o no quieren dar pecho, en su mayoría son factores negativos como el trabajo, escaso tiempo, enfermedades, fórmulas, etc. Es por eso que esta investigación se basó en todos esos puntos, y la importancia de que las madres estén informadas y tengan alternativas además de la fórmula para poder seguir dando pecho a los lactantes, que tengan una buena alimentación para que sea una leche de calidad.

PROMOCIÓN, FACILITACIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA

Al contrario de otra leche, la materna no requiere de preparaciones especiales o diluciones, ni siquiera de gastos adicionales, por lo cual se considera sumamente práctica y económica. Y si las cualidades anteriores no son suficientes, también podemos decir que es un alimento que siempre está disponible y a la temperatura que el niño lo necesita (Casal, 1983).

TRASTORNOS FRECUENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

Algunas de las madres primerizas tienen dificultades para no dar pecho, puesto que son inexpertas y no conocen las técnicas adecuadas para no sufrir daños al momento de amamantar al bebé.

La clave para el control de la lactancia materna radica en lograr que el binomio madre-hijo reciba apoyo y atención informada, constante e individualizada por parte de los profesionales del cuidado de la salud tanto en el hospital como después del egreso. La mayoría de mujeres no experimenta problemas importantes con la lactancia, y un período de iniciación de la misma positivo y respaldado (E., 2006).

DOLOR EN LOS PEZONES

Casi todas las mujeres padecen algún tipo de dolor en el pezón al comienzo de la lactancia. Algunas lo presentan cuando el bebé se acopla por primera vez, pero no hay que tomarlo como parte normal de la lactancia materna. El primer paso importante para prevenir el dolor es la colocación adecuada del bebé. La areola debe estar dentro de la boca del niño, en tanto su lengua se extiende y contrae sobre el labio inferior. Si una mujer experimenta dolor, será necesario que un consultor en lactancia o profesional del cuidado de la salud con la capacitación adecuada en lactancia observe a la mujer al amamantar a su bebé.

El consultor determina si el dolor se relaciona tan sólo con lactancia temprana, o si existe algún problema. El dolor en los pezones tal vez se deba a una posición deficiente del niño en la mama, infección (candidiasis o *Staphylococcus aureus*), bombeo con succión excesiva o problemas con la succión del lactante.

Es posible prevenir el dolor en los pezones o controlarlo con pasos sencillos. Martin y Krebs recomiendan que las mujeres dejen al aire libre sus senos para que se sequen después de amamantar, se froten un poco de la leche extraída y algún ungüento de uso general (que no contenga petróleo como ingrediente principal) sobre los pezones, y utilicen compresas tibias sobre éstos si hay dolor. No está demostrada la creencia común de que la limitación de la frecuencia o duración de las tomas prevendrá el dolor o lo aliviará. El uso de una bomba para la extracción de la leche contribuye a mantener el abastecimiento si el dolor de los pezones es tan intenso que a la madre le resulta imposible el amamantamiento. Sin embargo, debe ajustar con cuidado la succión de la bomba; si es demasiado fuerte, tal vez produzca pezones doloridos y rojos.

Después de que se acople, realice respiraciones largas y profundas (al amantar, piense en yoga). A medida que exhala, visualice la leche al bajar por sus senos hacia la boca del bebé (Martin y Krebs, 2003).

CONGESTIÓN

Se presenta cuando los senos se llenan de manera excesiva con leche. Es frecuente en aquellas mujeres que son madres por primera vez. La congestión se presenta cuando aún no se establece el proceso de aporte-demanda y la leche es abundante. La mejor manera de prevenir la congestión es con la alimentación constante del niño. (Los recién nacidos suelen alimentarse cada una a dos horas). Si el niño no amamanta, la extracción periódica de la leche prevendrá la congestión, en tanto ayuda a crear y mantener el abastecimiento de leche.

El tiempo máximo para la congestión varía de una mujer a otra y se presenta en cualquier momento del día 2 al 14. Las mujeres con congestión intensa y persistente están en mayor riesgo de encontrar dificultades para la lactancia, y es más probable que realicen el destete en una etapa temprana. La congestión grave inhibe el flujo de leche porque el tejido inflamado comprime los conductos de la leche (no porque la madre experimente falta de descenso o del reflejo de expulsión). Una vez que se presenta la congestión, existen varios tratamientos sencillos para ayudar a aliviar la molestia.

Para la madre, es importante extraer la leche hasta que sus senos ya no estén duros antes de poner al niño a amamantar. Esto hará que se sienta más cómoda y facilitará el acoplamiento del niño. Cuando no es posible la extracción efectiva de la leche por parte del pequeño, la extracción manual o a través de una bomba eléctrica contribuye al establecimiento del flujo de leche y suavizado de la mama para facilitar el acoplamiento adecuado del niño y la posterior extracción de la leche. Para reducir el dolor por congestión, es posible usar analgésicos. Un baño tibio, compresas tibias con masaje antes de amamantar y la extracción de la leche ayudarán a aliviar la presión y desencadenarán el flujo lácteo. La aplicación de compresas frías entre cada alimento permitirá la reducción del dolor y la inflamación (E., 2006).

INFECCIÓN

La mastitis es una infección bacteriana del seno que se observa con mayor frecuencia en las mujeres que amamantan. Se informa incidencia de 2.9% en las primeras siete semanas posparto. Algunas mujeres desarrollan mastitis después de padecer agrietamiento o dolor en los pezones, y otras la presentan sin ningún problema evidente en la superficie del seno, quizá por una fuente de infección originada en la sangre. Es posible que la falta de una toma o el sueño del niño durante la noche precipite congestión, obstrucción de conductos y, después, mastitis. Los síntomas de ésta son similares a los que se observan en presencia de obstrucción de conductos. En ambas afecciones, existe un área dolorosa, dilatada y dura en el seno, a menudo con una zona de enrojecimiento en su superficie. Por lo general, los casos de mastitis se acompañan de fiebre y síntomas de resfriado.

Para la madre, resulta importante buscar tratamiento en una etapa temprana y continuar el amamantamiento durante el padecimiento, a menos que sea demasiado doloroso. Además, en casos de mastitis es posible utilizar las técnicas empleadas para reducir al máximo el dolor por congestión. A menudo se recomienda acetaminofeno para aliviar el dolor. En el tratamiento de mastitis bacteriana, es importante la combinación de antibióticos con el vaciado de senos. En un estudio aleatorio, en la mitad de 55 mujeres tratadas sólo con antibióticos se encontraron abscesos de mama, mastitis recurrente o síntomas que duraron más de dos semanas, en comparación con sólo 2 de 55 que también vaciaron sus senos (el vaciado se realiza al alimentar al bebé o con bomba). Al retraso importante para buscar tratamiento para la mastitis se le relaciona con el desarrollo de abscesos y mastitis recurrente (Lawrence, 1999).

NUTRICIÓN INFANTIL

En esta etapa de la vida es de suma importancia ya que a partir de los seis meses empiezan el consumo de alimentos sólidos. Es esencial darles una buena alimentación a los niños, sin restricciones solo con los cuidados que se requieren para no provocar una obesidad o desnutrición, si no que les aporte los nutrientes necesarios para una alimentación sana.

Durante la infancia la nutrición es esencial para asegurar el crecimiento y mantener la salud, pero, además, se trata de un período que ofrece importantes oportunidades para establecer hábitos alimentarios saludables que persistan a lo largo de la vida. Por ello, una nutrición óptima de los niños debería verse, no solamente como algo que aporta beneficios inmediatos, sino que también es una inversión a largo plazo sobre salud y calidad de vida. Los pediatras son los especialistas más idóneos para desarrollar y establecer estrategias que promuevan la salud por medio de un buen estado nutricional.

En los últimos años han surgido importantes cambios que han modificado las estructuras familiares. En algunas naciones, la cuarta parte del total de niños viven en familias uniparentales que, aproximadamente en un 50%, pertenecen a los estratos socioeconómicos menos favorecidos. También se observa un importante aumento del número de madres que trabajan fuera del hogar.

Los principios nutricionales básicos contemplan que la ingesta de niños y adolescentes debe suministrar proteínas, grasas, hidratos de carbono, agua, vitaminas, minerales y oligoelementos. Los alimentos deben proporcionar energía para asegurar la tasa metabólica basal, la acción dinámica específica, el crecimiento, las actividades físicas y el gasto originado por las pérdidas fecales y urinarias.

Actualmente, nadie discute que la leche humana es el alimento óptimo para los niños entre 0-6 meses de vida. A partir de esta última edad deben iniciarse las dietas de diversificación. Numerosas publicaciones se ocupan de cómo alimentar a los lactantes durante el primer semestre de vida e, incluso, hasta cumplir el año de edad. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP), recomienda no alimentar al lactante con leche de vaca entera hasta el año de edad, para evitar la ferropenia, la deshidratación debida a una carga renal alta de solutos, posibles deficiencias de nutrientes y mayor riesgo de alergia alimentaria (Bueno, 2002).

MALNUTRICIÓN DEL LACTANTE

Es sumamente importante conocer cuando un niño está desnutrido y saber el problema de fondo, un niño puede presentar malnutrición, ya sea por falta de apetito, por no absorber los nutrientes esenciales o por una mala alimentación.

La MPE puede clasificarse en dos grandes grupos: primaria y secundaria. La MPE primaria es típica de países pre industrializados en donde puede calificarse como emergencia alimentaria-nutricional. Generalmente combina ingesta alimentaria inadecuada y mal estado de salud. Datos recientes refieren que en 35 de los países más pobres del mundo un 30-50% de la población carece completamente de acceso a los servicios de salud. Esta situación fue descrita en 1906 por Czemy con la denominación de distrofia farinácea, dentro del grupo de los trastornos nutritivos del lactante de evolución crónica. El médico militar francés Normet, describió en 1926 en la Región de Annam (Vietnam) una malnutrición con edemas en niños que consumían una alimentación a base de arroz, a la que denominó «la hinchazón de Annam». Con posterioridad la doctora Williams describe con la denominación de kwashiorkor, un cuadro de malnutrición proteico-calórica que afectaba a niños menores de 5 años de edad y que asociaba a la malnutrición edema por hipoalbuminemia. La tribu Ga en Costa Dorada (actual Ghana) utilizaba este término para denominar «la enfermedad que afecta al niño mayor, cuando nace el siguiente bebé». Este cuadro fue denominado en Centroamérica síndrome pluricarencial infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto los términos de malnutrición proteico-calórica y, más recientemente, malnutrición proteico-energética. Las formas más graves de este trastorno se denominan kwashiorkor, si existe edema, y marasmo en el caso que no exista.

La malnutrición proteico-energética en los países industrializados ha sido erradicada como tal; sin embargo, persisten las formas secundarias a patologías subyacentes como son los casos del SIDA, neoplasias, enteropatías crónicas y otras.

En el mundo, más de 14 millones de niños en edad preescolar fallecen cada año por nutrición inadecuada, pero son muchos más los que sobreviven, pudiendo presentar durante su vida adulta secuelas de su precoz malnutrición.

La desnutrición es una emergencia en gran parte silenciosa e invisible que origina consecuencias de mayores proporciones que las que se derivaron de la peste negra que asoló Europa en el siglo XIV (Suaverza, 2010).

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

De acuerdo con la investigación publicada por la revista Scielo 2017, “Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar”, la lactancia materna exclusiva; ha demostrado disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales. Cualquier volumen de leche materna es protector, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia. Por otra parte, aquellos lactantes alimentados con fórmula exclusiva presentan un incremento del 80% en el riesgo de presentar diarrea. La lactancia materna está asociada con un 31% de reducción de riesgo de presentar enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia. La lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el destete después del año de vida es la intervención de salud más efectiva que existe. Tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, lo que equivale a la prevención 13% de la mortalidad infantil mundial (Brahm, 2017).

Con base en la investigación publicada por la revista Scielo 2006, acerca de la “composición y los factores condicionantes de la lactancia” llegan a la conclusión de que la leche materna tiene una naturaleza dinámica ajustada a las necesidades del niño en crecimiento y no sólo aporta componentes nutritivos sino también factores bioactivos necesarios para el desarrollo infantil. Por ello, la consulta de expertos de la OMS concluyó que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses reporta múltiples beneficios, tanto para el lactante como para la madre que amamantan (Macías, 2006).

De acuerdo a la investigación publicada por la revista MEDISAN, 2009, “la lactancia materna e inmunidad. Impacto social en Cuba”, se demuestra que con el binomio lactancia materna e inmunidad podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche natural a sus hijos durante los primeros 4 meses de vida. Se evidencia una vez más la necesidad de una nueva estrategia globalizadora que incluya, entre sus beneficios, toda la población mundial que sea racionalmente planificada, de manera que permita sus efectos sobre el medio ambiente y la vida humana. A través de la inserción de Cuba en del Programa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño se ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad por diversas causas en comparación con las concernientes a naciones altamente industrializadas (Castillo, 2009).

En el 2010, México era uno de los diez países con los porcentajes más bajos de inicio temprano de lactancia materna. Para el año 2012, los datos nacionales indicaban un porcentaje del 14.4%

de los niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva, por lo que México se reposicionó entre los veinte países con menor proporción en dicha práctica. Es decir, 85% de los niños y niñas que nacen en México no cuentan con la protección y los beneficios que la lactancia materna exclusiva aporta.

Al comparar los datos sobre la lactancia materna exclusiva de seis meses entre el 2006 y 2012 en México, se puede concluir que esta práctica está disminuyendo de manera acelerada, contribuyendo a una mayor amenaza a la supervivencia de niñas y niños. El porcentaje nacional de lactancia materna exclusiva por seis meses redujo de 22.3% a 14.4% en este período. Particularmente preocupante es la diferencia con que se redujo en zonas rurales de 2006 a 2012, llegando a la mitad, de 36.9% a 18.5% (ENSANUT, 2012).

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, transversal, analítico, observacional y retrospectivo.

POBLACIÓN

La investigación fue basada en mujeres de diferentes edades en estado de puerperio, ubicadas en San Cristóbal de las Casas.

MUESTRA

De la población total, la investigación se realizó con 30 mujeres en estado de puerperio.

MUESTREO

Por conveniencia.

VARIABLES

Dependientes

- Tiempo que transcurre hasta el contacto temprano.

Independientes

- Edad de la madre.
- Estado nutricional de la madre y el recién nacido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

- Se incluyeron los expedientes de las madres en estado de puerperio con recién nacidos, para así poder realizar la investigación
- Se eliminaron las mujeres que no cumplieron con los requisitos necesarios para el llenado de todas las encuestas obtenidas del expediente.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

- Historia clínica de la madre y el lactante. Para este documento se recolectaron datos como: tipo de parto, datos de procedencia, mediciones antropométricas, alimentación y antecedentes familiares, y para el lactante datos como: alimentación independiente a la lactancia materna, frecuencia y cantidad, agua, peso al nacer y longitud, recolectados del expediente clínico
- Alimentación durante el embarazo: éste se recabó con los alimentos consumidos durante su embarazo, para después calcular los nutrimentos de cada grupo de alimentos, y después se calcularon los nutrientes y calorías consumidas por día.
- Frecuencia alimentaria: en este documento se armó una lista de alimentos más consumidos divididos en grupos, con la finalidad de conocer la frecuencia de consumo de alimentos en una semana.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS A UTILIZAR.

Historia clínica

Se obtuvieron datos del expediente clínico de la madre como: número de expediente, fecha de nacimiento, edad, diagnóstico médico, enfermedad concomitante, antropométricos, signos vitales y bioquímicos; del recién nacido datos como: número de expediente, género, hora de nacimiento, diagnóstico actual, semana gestacional de nacimiento, antropométricos, signos vitales y tiempo en el que se le proporcionó lactancia materna (contacto temprano).

Otros datos se obtuvieron preguntándole a la madre directamente en el área de alojamiento conjunto: nombre, etnia, estado civil, teléfono, domicilio, escolaridad, ocupación, antecedentes patológicos, heredofamiliares, personales, gineco-obstréticos y dietéticos.

Alimentación de la madre durante el embarazo.

Se realizó mediante una entrevista en la cual el interés primordial fue conocer los grupos de alimentos de mayor consumo de la madre durante su embarazo.

Frecuencia alimentaria.

Se realizó mediante una entrevista, en la cual se hizo un formato de diferentes alimentos más consumidos y la madre fue señalando con qué frecuencia los consumía por semana.

DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y CÓMO SE EXPRESAN LOS RESULTADOS.

Los datos recolectados en esta investigación se utilizó Excel, así se pudo realizar gráficas y tablas con las cuales se obtuvieron los resultados esperados de dicha investigación.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio a través de un consentimiento informado a todas las mujeres en estado de puerperio que van a participar en el proyecto con la finalidad que ellas están de acuerdo a participar en la investigación; así como también se dirigió un oficio al hospital informando el proceso de dicha investigación (anexo 1).

ANÁLISIS DE RESULTADO

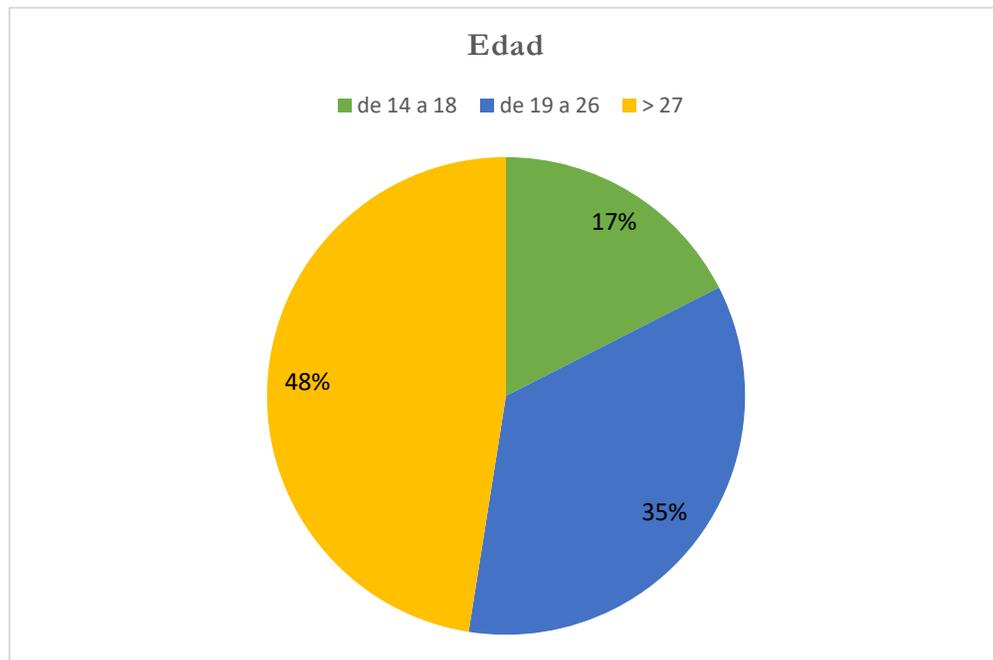


Tabla 1. Clasificación por edad de las mujeres lactantes.

De acuerdo a la recolección de datos podemos observar que el 48% de las mujeres se encuentran en el rango de edad de mayores a 27 años, un 35% corresponde al rango de edad de 19 a 26 años, y el 17% restante corresponde al rango de edad de 14 a 18 años. El 100% de las mujeres encuestadas se encuentran dentro de la etapa reproductiva con conocimiento de la lactancia materna.

Es sabido que en la Zona Altos de Chiapas la etapa reproductiva de la mujer empieza desde la adolescencia, por lo cual es importante reforzar la información y práctica de la lactancia materna, a partir de esta etapa.

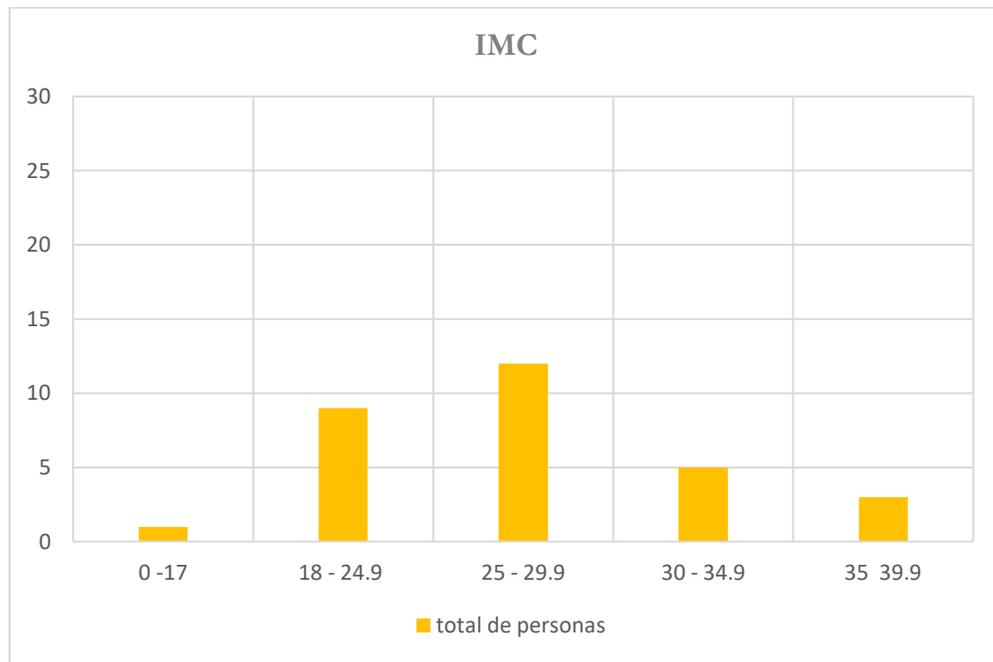


Tabla 2. Evaluación del estado nutricional de las mujeres lactantes de acuerdo a la clasificación de la OMS.

Se realizaron valoraciones del estado nutricional a las madres en periodo de lactancia, como pudimos observar según los resultados arrojados la gran mayoría se encuentra con sobrepeso, esto se debe a un mayor aumento de peso al que se debe en el embarazo; se observó también, cifras alarmantes de obesidad en grado 3, puesto que conlleva factores de riesgo tanto para la madre como para el lactante. Y en menor número, pero no menos importante de bajo peso, que igual puede desencadenar problemas secundarios al momento de continuar con lactancia.

Después del embarazo, la cantidad promedio de peso retenido es relativamente pequeña. Sin embargo, entre 14 y 20% de las mujeres retienen más de 5 kg. El factor más importante asociado a la retención de peso posparto (RPP) es una ganancia gestacional de peso (GGP) mayor a la recomendada. Actualmente, casi la mitad de las mujeres embarazadas mexicanas inician sus embarazos teniendo sobrepeso u obesidad, el 38% tienen una GGP mayor a lo recomendado (Rodríguez-Medina, 2011).

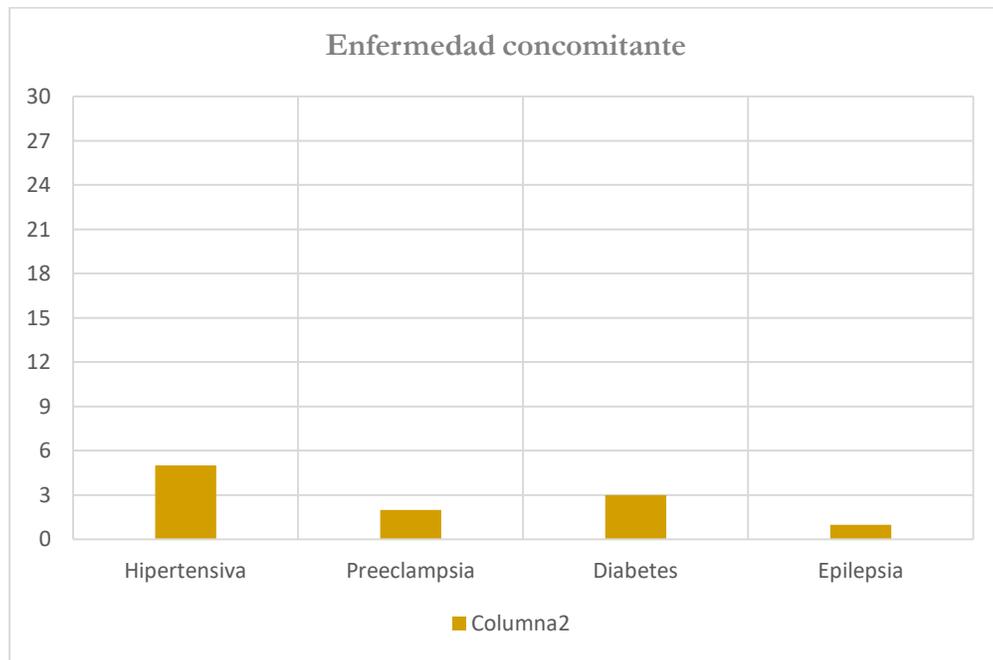


Tabla 3. Clasificación según las enfermedades encontradas en la historia clínica realizada.

De acuerdo a la gráfica encontramos cuatro enfermedades predominantes en las mujeres en periodo de lactancia, las cuales son de extrema precaución. En este caso se observa que la cifra más alta (5 personas) se encuentra con enfermedad hipertensiva, que se debe a un aumento precipitado en la presión arterial, el cual puede presentarse debido a que el mayor de número de personas encuestadas están por debajo o arriba del rango de edad para tener un embarazo saludable (20-35 años); en segundo lugar, encontramos la diabetes mellitus; debido a una mala alimentación que repercute durante el embarazo o en el momento del parto y tiene que ser tratada de manera inmediata.

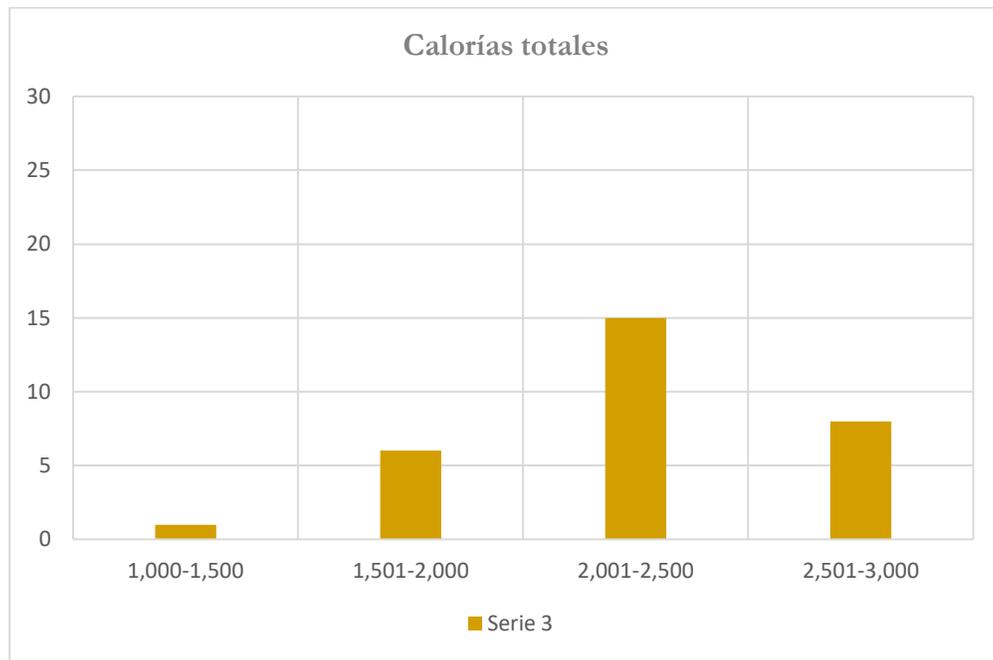


Tabla 4. Calorías consumidas durante el embarazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos del recordatorio de 24 horas, se puede deducir un consumo favorable de calorías que se deben de consumir en el embarazo, pero se pudo observar que el mayor aporte calórico es a base de cereales y harinas, y no cumple con las leyes de la alimentación.

Es sabido que en esta etapa debe haber un aumento calórico; pero también es importante llevar un control y plan de alimentación adecuado, porque es importante vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé, y salud de la madre.

Grupo	% de consumo
Verduras	93.3 %
Frutas	50%
Cereales	100%
Leguminosas	40%
Carnes	80%
Aceite	96.6%
Lácteos	30%
Industrializados	36.66%

Tabla 5. Frecuencia alimentaria semanal.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa una mayor ingesta de cereales, aceites y verduras las cuales no se consumen de forma variada. El grupo de alimentos de mayor consumo es de cereales. No obstante, no es determinante para saber el consumo real de cada una de ellas.

Esto puede deberse a que en la Zona Altos la población de escasos recursos que acude al Hospital tiene como mayor disponibilidad al maíz, tortillas, pozol, frijoles, hojas verdes (punta de chayote, hierba mora, nabos) como únicas fuentes de alimentos.

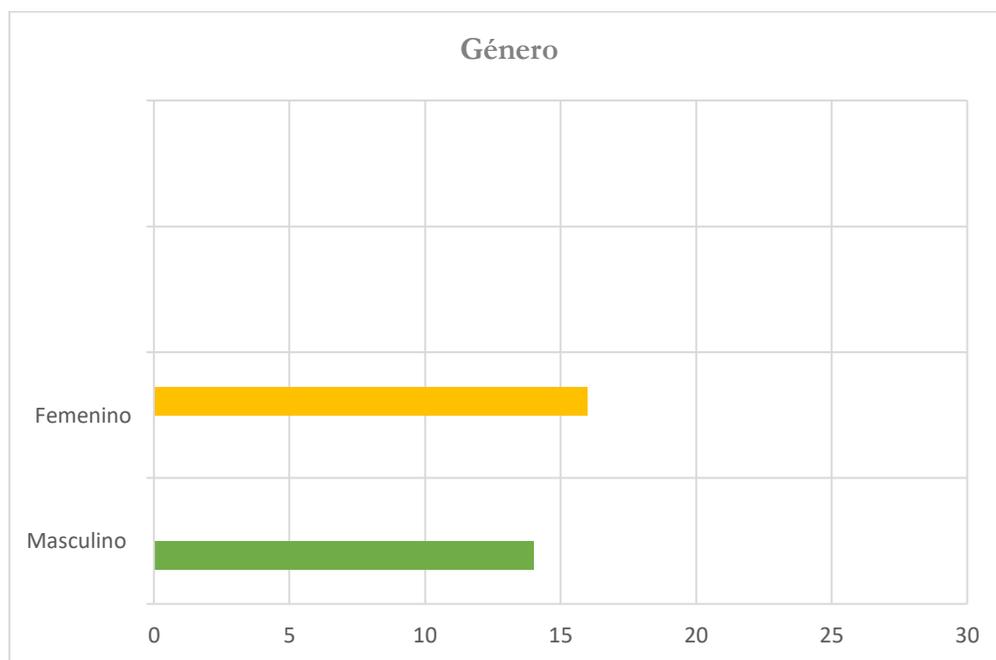


Tabla 6. Clasificación según el sexo de los recién nacidos.

Se puede observar que el mayor número de recién nacidos atendidos y recabados en esta investigación son del género femenino.

En 2017 en el país la relación mujeres-hombres es de 105 de ellas por cada 100 de ellos. En 28 entidades federativas dicha relación se presenta en ese mismo sentido (mayor número de mujeres que de hombres), acentuándose en la Ciudad de México (109.6), Oaxaca (109.4), Puebla (108.6), Guanajuato (108.3) y Chiapas (104.3) (INEGI, 2017).

De acuerdo al estudio realizado en comparación con los datos obtenidos del INEGI, nos demuestra que en México nacen por promedio más mujeres que hombres y en este estudio corroboramos dicha información.

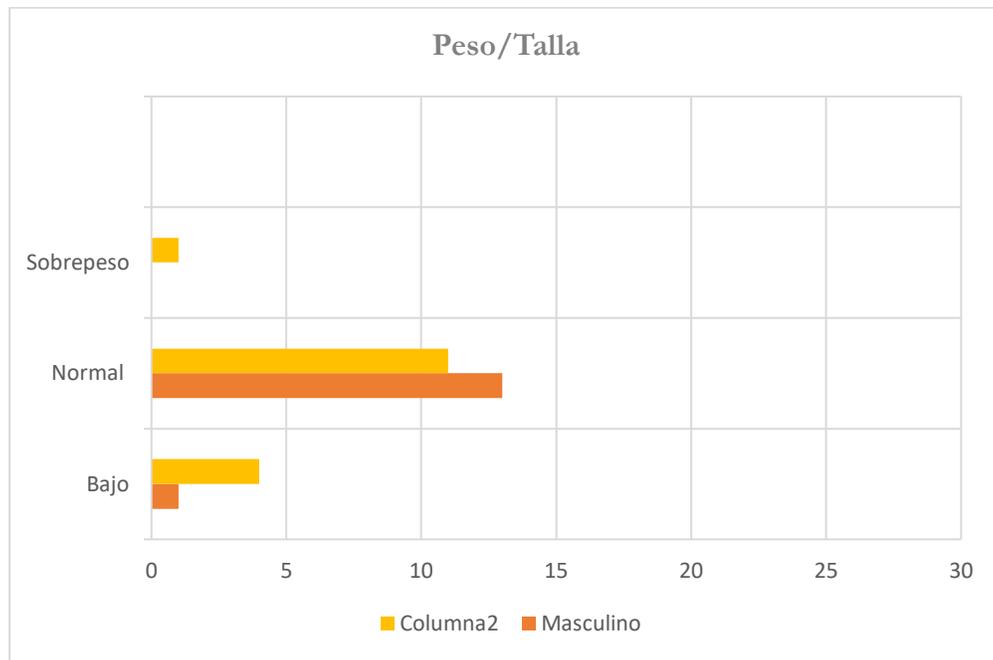


Tabla 7. Clasificación por género.

En la gráfica se puede observar que predomina el género masculino con 13 recién nacidos con un peso normal y 11 del género femenino; a comparación de peso bajo y sobrepeso que predomina el género femenino.

El peso al nacer (PN) es un indicador de la salud del recién nacido; tiene un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil y posterior, así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo. La longitud al nacer (LN), otro indicador de la salud fetal, añade información sobre las condiciones intrauterinas y también influye en el crecimiento del recién nacido.

Esto es un determinante para apoyar y orientar a las madres para llevar un control antes, durante y después del embarazo; en esta investigación los recién nacidos se encuentran en un rango normal, aun así, se deben tomar medidas para evitar la desnutrición, sobrepeso u obesidad tanto en las madres como en los recién nacidos.

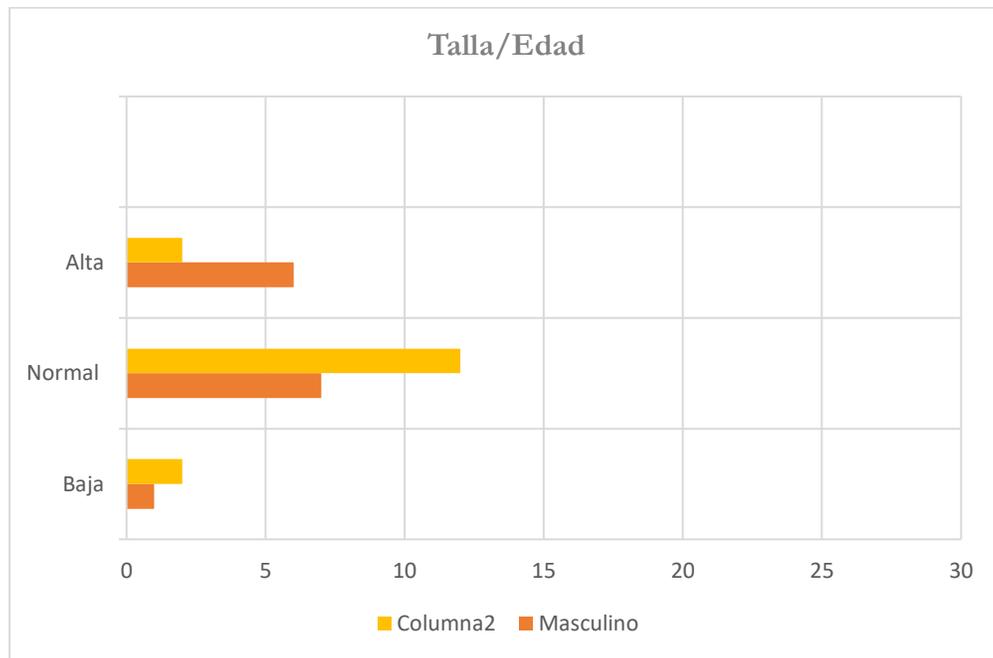


Tabla 8. Clasificación por género.

Con respecto a la talla se puede observar que 12 recién nacidos del género femenino se encuentran en una talla normal, y 2 del mismo género en talla baja. En talla alta se observa 6 recién nacidos son del género masculino.

En la literatura sobre el tema no existen datos acerca del efecto de la desnutrición materna en la LN; lo que hasta ahora se sabe, se ha encontrado a partir del efecto en peso, o en peso para la longitud. La LN, independientemente del peso, es un valioso indicador de la salud del neonato y tiene una estrecha relación con la talla del preescolar y del adolescente. Una baja talla en el niño y en el adolescente, especialmente cuando se asocia a la desnutrición crónica, se relaciona con un rendimiento intelectual inferior, mal desempeño escolar y menos capacidad física para el trabajo.

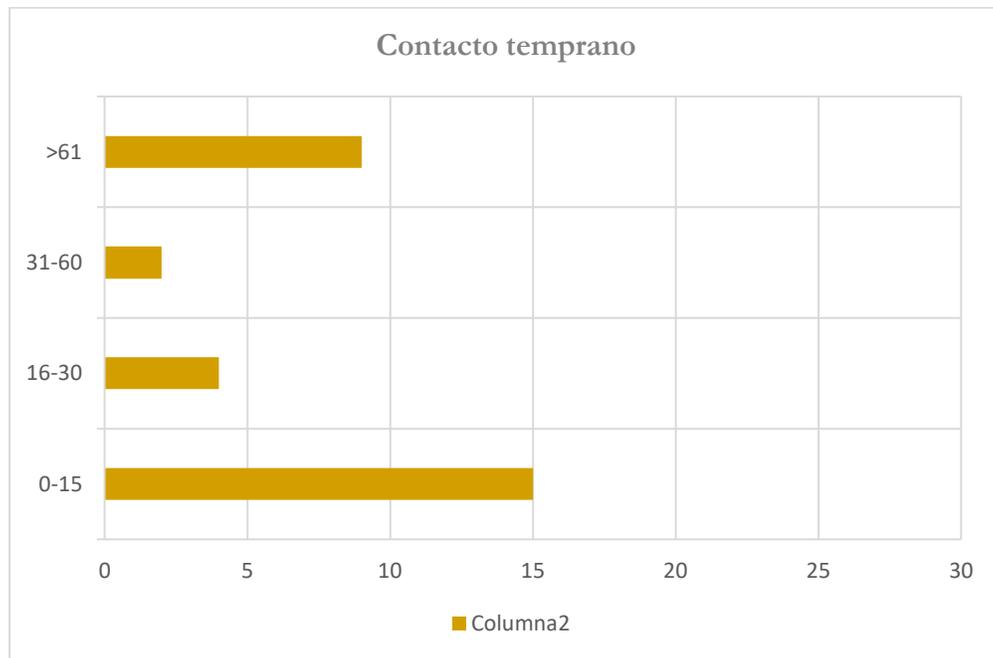


Tabla 9. Tiempo de contacto temprano

A través de los resultados, se dedujo que el contacto temprano en el Hospital de la Mujer ha sido una práctica muy utilizada, de acuerdo a los números, 15 recién nacidos son pegados al pecho durante los primeros 15 minutos de vida; y 9 recién nacidos después de la hora, por complicaciones de cesárea o de la madre, por falta de conocimiento de esta técnica, etc.

Esta técnica es de suma importancia tanto para el recién nacido como para la madre, a través de esta técnica, le brinda calor, permite que reconozca la voz de la madre, una mejor succión que junto con el calostro el bebé recibe todo el aporte inmunológico fundamental para su crecimiento y desarrollo adecuado.

De acuerdo a la investigación realizada en el Hospital de la Mujer, esta técnica ha sido implementada por el personal de salud, beneficiando así a las madres y los recién nacidos logrando una lactancia materna de calidad.

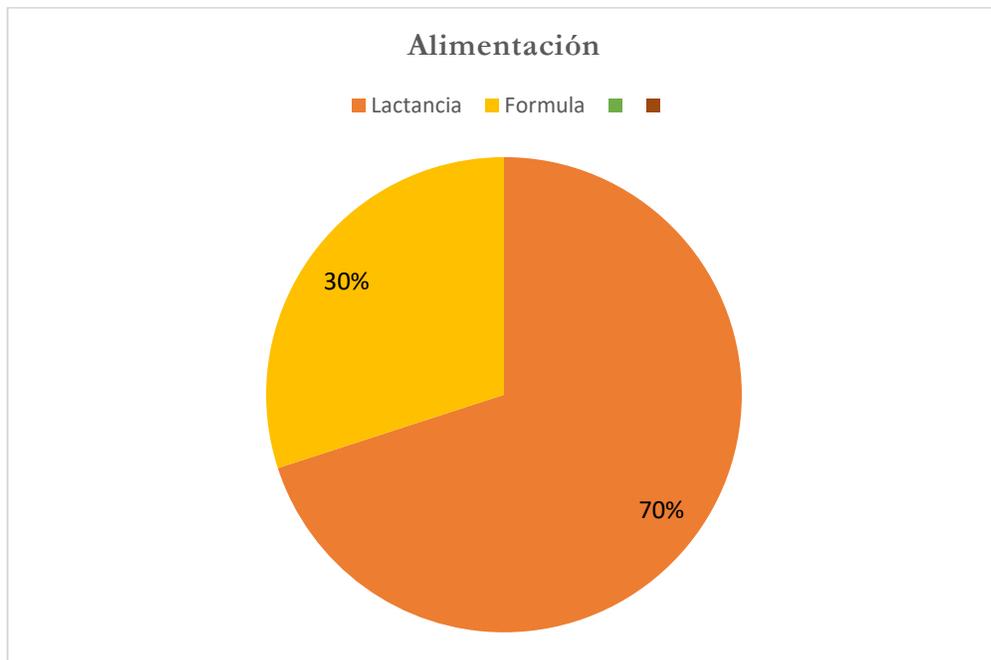


Tabla 10. Clasificación de lactancia materna y fórmula.

De acuerdo a la gráfica podemos observar que el 70% de los recién nacidos son alimentados con lactancia materna exclusiva desde el primer momento de su nacimiento; y un 30% son alimentados con fórmula por algún problema presentado al momento del parto o simplemente por decisión de la madre.

Una serie de organizaciones, como la Academia Americana de Pediatría (AAP) la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés), la Asociación Dietética Americana (ADA) y la Organización Mundial de la salud (OMS), recomiendan la lactancia materna como mejor opción para alimentar a un bebé. La lactancia materna ayuda a defenderse de las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas.

La AAP recomienda alimentar a los bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. A partir de ese momento, se anima a las madres a proseguir con la lactancia materna por lo menos hasta que el bebé tenga 12 meses, y durante más tiempo si tanto la madre como el bebé así lo desean.

CONCLUSIÓN

De las 30 mujeres en periodo de lactancia en el área de alojamiento conjunto valoradas para esta investigación, podemos observar gracias a los resultados obtenidos, la edad es un determinante en cuanto en edad adolescente, lejos de considerarse natural, suscita sobre todo efectos negativos, por ejemplo, prolongar el tiempo de escolarización, complicaciones, entre otras; y en las mujeres mayores a 35 años, las complicaciones en el embarazo o el parto que conllevan son mayores sobre todo si no lleva un control de su embarazo; ya que, en la zona la edad reproductiva empieza desde la adolescencia. Por lo que, es importante dar apoyo nutricional a cada una de las madres atendidas, tanto adolescentes como adultas y así evitar complicaciones durante y después del embarazo.

De las mujeres investigadas un 36.6% sufre alguna enfermedad concomitante al embarazo, ya sea, hipertensión, preeclampsia, diabetes y epilepsia, estas cifras nos demuestran que la mayoría de ellas no lleva un control adecuado durante su embarazo, y así, aumentan los riesgos al momento del parto o cesárea; esto va de la mano con un IMC inadecuado que al momento del parto la retención de líquidos es mayor, en esta investigación se encontró que 12 mujeres ganó más peso del recomendado durante el embarazo y casi la mayoría retiene líquidos posparto.

El consumo de calorías y la alimentación también fueron datos recabados para esta investigación, puesto que en la zona de investigación se encontró que ninguna de las mujeres cumple con las leyes de la alimentación, se observó un consumo elevado de calorías que proviene del elevado consumo de cereales, aceites y algunas verduras; No obstante, no es determinante para saber el consumo real de cada una de ellas.

Estos datos recalcan la necesidad de desarrollar estrategias educativas promotoras de comportamientos saludables en ejercicio y alimentación, no solo durante el embarazo sino también en el puerperio.

En relación a los recién nacidos, se pudo constatar que nacen con un peso y talla adecuado y sin complicaciones, además que es muy importante que realicen las técnicas ya mencionadas sobre contacto temprano piel a piel y lactancia materna exclusiva. Se encontró que el estado de nutrición de la madre es una determinante significativa del peso y también de la talla del recién

nacido. Estos hallazgos sugieren que la talla es una variable menos sensible a factores sociales y demográficos, ya que la educación de la madre, así como su edad y su estado civil, se relacionan con el peso, pero no con la talla. A partir de estos resultados se debe enfocar prioritariamente en mejorar el estado nutricional de las mujeres.

En el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas, se cumple esta técnica beneficiando así a las madres y los recién nacidos, reduciendo el riesgo de complicaciones para ambos. El recién nacido y la madre deben permanecer juntos tras el nacimiento y poder realizar el contacto temprano dentro de los primeros 30 minutos, según la evidencia proporcionada en esta investigación, ha demostrado que 15 de las madres encuestadas han realizado el contacto temprano en los primeros 15 minutos; logrando así una lactancia materna de calidad y reduciendo el riesgo de complicaciones después del parto o puerperio.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con las conclusiones a las que se llegaron, se plantean las siguientes propuestas.

A mujeres lactantes:

Planear el embarazo y recibir atención antes y durante el embarazo.

Asistir como mínimo a las 5 consultas mensuales normadas durante el embarazo.

Seguir las instrucciones del personal de salud.

En casa ofrecer el pecho a libre demanda, siguiendo una buena técnica para evitar complicaciones y que la lactancia sea abandonada.

Dar lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.

A personal de salud (nutriólogos):

Promover el acompañamiento conjunto, así como vigilar el estado nutricional de mujeres embarazadas.

Promover el contacto temprano en todas las ocasiones, tanto en cesáreas como en partos, ayudando a las madres a iniciar la lactancia materna durante la primera media hora siguiente del alumbramiento.

Promover el consumo de multivitamínicos durante y después del embarazo.

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

Ofrecer asistencia y atención continua sobre la lactancia a los padres y su recién nacido después del alta hospitalaria.

Investigadores:

Dar seguimiento en el estado nutricional del niño, y comparar las diferencias que existen entre los niños amamantados por seno materno y fórmula.

Dar y mejorar la información tanto al personal como a los pacientes para mejorar las técnicas para dar lactancia materna y el contacto temprano.

Capacitar a todo el personal de salud de forma que estén en condiciones de poner en práctica el manejo adecuado de una lactancia materna de calidad y el contacto temprano.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

BEAL, Virginia. Nutrición en el Ciclo de Vida. 2ª ed. México, D.F.: Ed. Limusa, 2007. Pp. 61-69.

BUENO, M., et al. Nutrición en pediatría. 2ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergon, 2002. Pp. 313.

BRAHM, Paulina y VALDES, Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgo de no amamantar. *Rev. chil. Pediatr.* [online]. 2017, vol.88, n.1, pp.07-14. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S037041062017000100001&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0370- 4106. <http://dx.doi.org/10.4067//S0370-41062017000100001>. Fecha de consulta 10 de septiembre de 2018.

CASAL, Teresa. Manual de la alimentación materno infantil para el promotor. Primera edición. México: división de nutrición comunidad instituto nacional de la nutrición “salvador subirán”, 1983. Pag. 45.

CASANUEVA, Esther, et al. Nutriología Médica. 3ª ed. México, D.F.: Ed. Panamericana, 2009. Pp. 231-237.

CASTILLO, Belén JR, Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13 (1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/>>. Fecha de consulta 10 de septiembre de 2018.

E., Brown Judith. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2006. Pp. 144-174.

ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. [en línea] Disponible en: <<http://ensanut.insp.mx>>. Fecha de consulta 10 de septiembre de 2018.

FELMAN, Elaine. Principios de la nutrición clínica. 1ra ed. México, D.F: El manual madern, 1990. Pp. 190-203.

FERRÁEZ, Martha. Lactancia materna. Primera edición. México, DF. :McGRAW-HILL INTERAMERICANA, 1998. Pág. 180.

GONZÁLES, de Cosío Martínez Teresita y HERNÁNDEZ, Cordero Sonia. Lactancia materna en México. 1ª ed. México, D.F: Academia Nacional de Medicina de México, 2016. Pp. 20-23.

HERNÁNDEZ, Gil ángel. Tratado de nutrición clínica. 2ª ed. ¿?: Ed. Panamericana, 2010. Pp. 145.

KATHLEEN, L. Mahan y L., JANICE Raymond. Krause dietoterapia. 14ª ed. Barcelona, España: Elsevier, 2017. Pp. 243-281.

LAURENCE, R A. La lactancia materna. 4ª ed. Madrid: Mosby, 1996. Pp. 3.

MACÍAS, Sara M.; RODRÍGUEZ, Silvia y RONAYDE DE FERRER, Patricia A. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch. Argent. Pediatr.* [online]. 2006, vol. 104, n.5. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/>>. Fecha de consulta 12 de septiembre de 2018.

SECRETARÍA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación [en línea]. MÉXICO, 2012. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5285372+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>. Fecha de consulta 20 de septiembre de 2018.

SUAVERSA, Araceli. El ABCD de la evaluación del estado nutricional. 1ra ed. México. Mc Graw Hill, 2010. Pp. 8-10.

TAPIA, Conyer Roberto y FREN, Mora Julio. Manual de procedimientos. 1ª ed. México, D.F.: Secretaria de salud, 2002. Pp. 17-27.

VEGA, Leopoldo. Nutrición y alimentación en el primer año de vida. Segunda edición. Madrid, España. :Harcourt Brace Publishers, 1997. Pág. 161.

Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención en línea]. Boletín médico del hospital infantil de México, 2006. No. 1 pág.39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8545>>. Fecha de consulta 20 de septiembre de 2018.

ANEXO



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
Y ARTES DE CHIAPAS



ANEXO 1

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____.

Yo _____
certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación que la estudiante de la licenciatura de nutrición, Elinson Lozano Ramos me ha invitado a participar, que actuó consciente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Quedando claro que toda información será utilizada para fines de una tesis profesional.

Nombre y firma.

ANEXO 2

Fecha _____/_____/_____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre _____		
___ Edad _____	No.	Exp _____
Etnia _____		Idiomas _____
_____ Estado civil _____		
Escolaridad _____		
Ocupación _____		
Tel _____		
Domicilio _____		
Diagnóstico médico _____		
Motivo de la consulta _____		
Grupo etario _____		
Enfermedad concomitante _____		

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARE S	ANTECEDENTES PERSONALES
Religión _____ _____ Servicios con que cuenta su vivienda _____ _____	___ Neoplasias ___ Diabetes ___ Obesidad/sobrepeso ___ Alergias ___ Litiasis biliar y renal ___ Padecimientos mentales neurológicos	___ Parásitos intestinales ___ Inmuno-alergias e hipersensibilidad ___ Intervenciones Quirúrgicas ___ Traumatismos ___ Diabetes ___ Diabetes gestacional previa

_____	___ Malformaciones congénitas	___ Hipertensión Arterial y Enfermedades Vasculares
_____	___ Dislipidemias	___ Obesidad
_____	___ Hipertensión arterial	___ Estreñimiento
_____	Observaciones y/o	___ Dependencia a Drogas y Medicamentos
_____	Especificaciones:	___ Esquema de vacunación completo_____
_____	_____	Observaciones y/o Especificaciones:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ANTECEDENTES PERSONALES GINECO-OBSTÉTRICOS

No. gestaciones_____ Partos _____ Abortos_____ Óbitos_____ Cesáreas _____

Embarazo Actual Si_____ No_____ SDG:_____ FUM:_____ FPP_____

Anticonceptivos orales: Si_____ No_____ Cual:_____ Dosis:_____

Climaterio: SI_____ No_____ Fecha: _____ Terapia de Reemplazo hormonal: Si_____ No_____

ANTROPOMETRI A Y SIGNOS VITALES	BIOQUIMICOS		EVALUACION CLINICA	
Peso pregestacional (kg)_____	Hemoglobina:_____	Glucosa:_____	Cabello Opaco_____	Conjuntivas Pálidas_____
Peso Actual (kg)_____	Hematocrito:_____	Colesterol:_____	Quebradizo_____	Ictericia_____
Estatura (cm)_____	Eritrocitos:_____	LDL:_____	Normal_____	_____
IMC_____	Leucocitos:_____	HDL:_____	_____	Normales_____
_____	_____	_____	Cuello	_____

Pulso _____ _____/min	Linfocitos: _____ _____	Triglicéridos: _____ _____	Acantosis _____ _____	Piel Pálida _____ _____
Frec. Cardíaca _____ _____/min	VCM: _____ _____	Urea: _____ _____	Normal _____ _____	Ictericia _____ _____
Temp _____	Plaquetas _____ _____	Creatinina: _____ _____	Uñas Quebradizas _____ _____	Normal _____ _____
T.A. _____/_____	CCMH _____ _____	Ácido Úrico: _____ _____	Normales	Boca Coloración de la lengua _____ _____
Alt.de fondo uterino(cm) _____	Reticulositos _____ _____	BUN: _____ _____		Sangrado de encías _____ _____
Ganancia de peso _____	Tipo sanguíneo _____ _____	NUU: _____ _____		Gingivitis _____ _____
Recomendación ganancia de peso _____	Otros: _____ _____	Proteínas totales _____ _____		
Estado nutricional _____ _____	_____	Albumina _____ _____		
_____	_____	Hemoglobina glucosilada _____ _____		
_____	_____	Otros: _____ _____		
_____	_____	_____		
_____	_____	_____		
_____	_____	_____		
_____	_____	_____		

DIETETICOS

Hábitos y Costumbres

Tiempos de comida durante el día: _____ Actividad física _____

Intolerancia alimentaria _____

Horario _____ habitual

Desayuno: _____ Comida: _____ Cena: _____ Colaciones: _____

_____ Consumo de Agua natural al Día: _____

Alergias
alimentarias _____

Realiza ayunos prolongados: _____

Consumo de bebidas endulzadas o de algún otro tipo: _____ Consumo de café al día _____ Consumo de bebidas alcohólicas: _____

Consumo de tabaco: _____ Preferencias alimentarias _____

Como considera su apetito: Alto __ Bajo__ Normal__ Uso de medicamentos: SI() NO () Cuales: _____

RECORDATORIO DE 24 HORAS.									
Tiempo de comida	Verduras	Frutas	Legu	Cereales	Origen Animal	Grasas	Azúcar	Leche	
Desayuno									
Colación mat									
Comida									
Colación vesp									
Cena									
Macro	Gramos		% nut			Calorías			

Hidratos de carbono			
Lípidos			
Proteínas			
Total			

FRECUENCIA DE ALIMENTOS					
VERDURAS	CONSUMO	FRUTAS	CONSUMO	CEREALES	CONSUMO
Chayote		Melón		Maíz	
Zanahoria		Sandía		Tortilla	
Tomate		Manzana		Cuesa	
Cebolla		Pera		Papa	
Ejotes		Durazno		Yuca	
Calabaza		Papaya		Sopas	
Hongos		Plátano		Pastas	
Rábano		Uva		Arroz	
Berro		Guayaba		Avena	
Acelga		Limón		Bolillo	
P. chayote		Naranja		Camote	
Pepino		Piña		Elote	
Malva		Papaya		Otros	
Nabo		Otros			
Repollo					
Betabel					
Cilantro					
Otros					

LEGUMINOSAS	CONSUMO	CARNES	CONSUMO
Lentejas		Pollo	
Frijol		Huevo	

Garbanzos		Res	
Chícharo		Puerco	
Habas		Pescado	
Alubias		Mariscos	
Soya		Conejo	
Otros		Otros	

ACEITES	CONSUMO	LACTEOS	CONSUMO	INDUSTRIALIZADOS	CONSUMO
Aceites		Queso		Refresco	
Aguacate		Quesillo		Jugos embotellados	
Margarina		Crema		Sabritas	
Mantequilla		Yogurt		Galletas	
Manteca		Leches		Pan dulce	
Mayonesa		Otros		Azúcar	
Otros				Dulces	
				Otros	

Padecimiento actual (Indagar sobre tratamientos previos, convencionales, alternativos o tradicionales):

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 05 de Abril del 2019.

DRA. SOFIA CARLOTA AGUILAR HERRERA
DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER
DE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS
PRESENTE

AT'N. DRA LIBIA KARINA MARTINEZ AGUILAR
JEFE DE ENSEÑANZA

Por este medio me dirijo a usted para solicitar su invaluable apoyo a fin de brindar facilidades a la C. Elinson Lozano Ramos; pasante de la Licenciatura en Nutriología realice aplicación de encuesta para determinar la práctica del contacto temprano para favorecer la Lactancia Materna en mujeres que asisten al Hospital a su digno cargo.

No omito mencionar que estos datos serán únicamente utilizados para fines de investigación y formulación de trabajo recepcional de Tesis de Licenciatura, comprometiéndonos a entregar resultados al término de la misma.

Sin otro particular sabedor de su compromiso con la Investigación y formación de profesionales en Salud, me despido de usted anticipándole mi agradecimiento.

ATTENTAMENTE.

MAN. Erika Judith Lopez Zuñiga NC
PITC de la Licenciatura en Nutriología
UNICACH.
Director de Tesis.

C.c.p. Lic. en Nut. Martha Isabel Morales López. Jefe del Departamento de Nutrición.
Archivo.



LIBRAMIENTO NORTE PONIENTE NÚM. 1150 C.P. 29000
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUT. Y ALIM.
01 (961) 6170440 EXT. 4260/4262
gilber.vela@unicach.mx