



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 060

“MANUAL DE LACTANCIA MATERNA PARA ATENCIÓN PRIMARIA”

Managua, Septiembre 2010

N
WS
39
0547
2010

Hernández, Xiomara
"Manual de la Lactancia Materna para la Atención Primaria"/
Xiomara Hernández, Bertha Velásquez, Marcos Olivares. Dirección
General de Regulación Sanitaria. Managua: MINSA, Sep. 2010
114p.; ilus

(Normativa N-060, contiene soporte jurídico, Acuerdo Ministerial No.383-2010)

1. Lactancia Materna-educación (Descriptor Local)
2. Lactancia Materna-fisiología (Descriptor Local)
3. Lactancia Materna-anatomía (Descriptor Local)
4. Lactancia Materna-medicamentos (Descriptor Local)
5. Técnicas de Amamantamiento (Descriptor Local)
6. Técnicas de Extracción Manual Leche Materna (Descriptor Local)
7. Micosis Mamaria (Descriptor Local)
8. Atención Primaria de Salud
9. Nutrición Prenatal
10. Autoexamen de Mamas
11. Promoción de la Salud
12. Personal de Salud

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA - septiembre 2010

CRÉDITOS

Dra. Sonia Castro
Dr. Elías Guevara
Dr. Enrique Beteta

Ministro de Salud
Vice Ministro de Salud
Secretario de Salud

EQUIPO QUE COLABORÓ EN LA ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Dra. Xiomara Hernández	CONSIDA
Lic. Bertha Velásquez	C/S Carlos Rugama
Lic. Marcos Olivares	Dirección General Extensión de la Calidad

Comisión que aprobó el Manual

Lic. Luz María Torres	Directora General Regulación Sanitaria
Dr. Guillermo Gosebrush	DGECA
Dr. Waldo Fonseca	DGDI
Dr. Carlos Hermógenes Bonilla	Asesoría Legal
Dra. Senobia Sequeira	DIM
Dr. Tulio René Mendieta	Farmacovigilancia
Lic. Patricia Halleslevens	Experta Nutricionista



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:
AÑO DE LA
SOLIDARIDAD

Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 383-2010

ACUERDO MINISTERIAL
No. 383 - 2010

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."



Nicaragua en el Alba
CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!



MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción
Escalón", Costado Oeste Colonia Primero de
Mayo, Managua, Nicaragua.
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:
AÑO DE LA
SOLIDARIDAD

Una Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 383-2010

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 4, Rectoría**, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en su **Artículo 32**, establece que: "La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud" y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 211 establece: "**Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.-** La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que el Ministerio de Salud, en virtud de las facultades dadas en los Artos. 2 y 4 de la Ley No. 423, Ley General de Salud", ha elaborado el documento Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria, con el propósito de fortalecer los conocimientos y capacitación de los trabajadores de la salud en promover, apoyar y dar continuidad a fomentar la lactancia materna exclusiva, así como también ayudar a expandir la educación en la población a través de los mismos trabajadores de la salud al momento de la atención a la mujer.

VIII

Que con fecha 9 de Diciembre del 2010, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "**Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria**", cuyo objetivo brindar a los trabajadores de la salud las herramientas y técnicas que le faciliten la promoción, práctica y apoyo al mantenimiento de la lactancia materna.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "**Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria**", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.



*Nicaragua
en el Alba*
**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**



MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción
Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de
Mayo, Managua, Nicaragua.
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:

**AÑO DE LA
SOLIDARIDAD**

Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 383-2010

- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud municipales, públicos y privados, que atienden a mujeres embarazadas y madres de hijos lactantes, para la promoción y fomento de la lactancia materna.
- TERCERO:** Se designa a la Dirección General de Extensión de la Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo del cumplimiento del "Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria", estableciendo en todo caso las coordinaciones necesarias con los SILAIS y directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brinden atención a mujeres embarazadas y madres de hijos lactantes, para la promoción y fomento de la lactancia materna.
- CUARTO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los trece días del mes de Diciembre del año dos mil diez.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD



*Nicaragua
en el Alba*
**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua.
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

MANUAL DE LACTANCIA MATERNA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CONTENIDO

<i>Presentación.....</i>	<i>1</i>
<i>Introducción.....</i>	<i>2</i>
<i>Soporte Jurídico.....</i>	<i>4</i>
<i>Objetivo General.....</i>	<i>7</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>8</i>
<i>Tema 1: Beneficios de la lactancia materna.....</i>	<i>10</i>
<i>Tema 2: Preparación psicológico de la futura madre.....</i>	<i>16</i>
<i>Tema 3: Preparación física de la futura madre.....</i>	<i>20</i>
<i>Tema 4: Anatomía y Fisiología de la lactancia.....</i>	<i>29</i>
<i>Tema 5: Lactancia materna para el óptimo crecimiento y Desarrollo Infantil</i>	<i>37</i>
<i>Tema 6: Técnicas del Amamantamiento.....</i>	<i>45</i>
<i>Tema 7: Técnicas de Extracción Manual de la Leche Materna.....</i>	<i>52</i>
<i>Cómo conservar y administrar la leche extraída.....</i>	<i>52</i>
<i>Tema 8: Problemas comunes del amamantamiento.....</i>	<i>57</i>
<i>Tema 9: Problemas más comunes en el (la) niño (a).....</i>	<i>63</i>
<i>Tema 10: Problemas tardíos del amamantamiento.....</i>	<i>68</i>
<i>Tema 11: Madre trabajadora y lactancia materna.....</i>	<i>72</i>
<i>Tema 12: Medicamentos y lactancia materna.....</i>	<i>75</i>
<i>Tema 13: Lactancia Materna y Condiciones Especiales.....</i>	<i>78</i>
<i>Tema 14: Alimentación del (de la) niño (a) entre 6 y 24 meses.....</i>	<i>82</i>
<i>Tema 15: Alimentación de la madre embarazada.....</i>	<i>88</i>
<i>Tema 16: Aspectos Legales de la Lactancia Materna.....</i>	<i>91</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>103</i>

Presentación

Siendo la lactancia materna un acto natural que se practica desde el origen del hombre, en muchas culturas, las mujeres dan por hecho que saben amamantar por el simple acto de ofrecer el seno materno al niño y a la niña. A su vez, en otras sociedades donde los sucedáneos de la leche materna se han aceptado en forma más generalizada, la mayoría de las mujeres deciden antes del parto si amamantan o no.

En Nicaragua, por muchos años ha aceptado la alimentación con “fórmulas” por lo que es importante que los trabajadores de la salud orienten a las mujeres en relación a la lactancia materna siempre que sea posible y estén en capacidad de distinguir qué madre y/o niña o niño está en riesgo de abandonarla. Sin embargo, por lo general la preparación de los profesionales de la salud incluye el tema de la lactancia natural en forma muy superficial, por lo que carecen de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para apoyar a la madre que amamanta en la prevención y solución de los problemas que puede enfrentar durante la práctica de la lactancia.

Lo anterior, determina que muchas madres, niños y niñas no se benefician de la lactancia materna, que es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo que ejerce una inigualable influencia biológica y afectiva sobre la salud tanto del (de la) niño (a) como de su madre, aún cuando la OMS ha recomendado amamantar hasta al menos los dos primeros años de vida.

Dado que el nivel primario de salud durante el control prenatal, constituye el contacto inicial de la mujer embarazada con el personal de salud; es importante promocionar e instar a la futura madre a implementar la lactancia materna desde ese primer contacto y continuarlo en los diferentes periodos en que ésta hace uso de los servicios de salud después del parto

Para apoyar el trabajo de educación en lactancia materna, el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo, en colaboración con diferentes agencias, con el fin de contribuir a enriquecer los conocimientos sobre este tema y ha diseñado el presente manual, el cual contiene información útil para el manejo clínico de la lactancia materna, en donde se abordan los principales obstáculos que interrumpen la lactancia, así como las alternativas que podrían contribuir a superar estas limitaciones.

Introducción

El rescate de la lactancia materna es una responsabilidad no solamente del sector salud sino también de todo el sector social, tanto de sus instituciones como de la misma sociedad civil, para que con el esfuerzo de todos logremos alcanzar una generación más segura, sana e inteligente.

Los estudios hechos a nivel del país, muestran que el personal de las unidades de salud y de hospitales, influyen negativamente en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, en la duración de la lactancia y en la desinformación y/o confusión acerca de la práctica adecuada del amamantamiento. La dificultad del personal que brinda esta atención radica en cómo resolver problemas cotidianos. Al mismo tiempo, sabemos que el personal de salud es el mejor y el recurso más seguro, por su interrelación con la población, que puede ayudar a rescatar la práctica exitosa de la lactancia natural.

Estos estudios nos indican algunos aspectos que requieren especial atención como: la duración de la lactancia, el inicio de la ablactación, qué hacer para continuar la lactancia cuando la madre tiene que separarse de su bebé, cómo manejar la lactancia durante la enfermedad de la madre o del (la) niño (a), temas todos que se abordan en este manual.

Sabemos que amamantar en forma exclusiva, resulta de mucho beneficio tanto para la madre como para el bebé desde el punto de vista económico y social además de los beneficios nutricionales, a la salud, protección contra las enfermedades, exige del personal de salud y de su familia más tiempo y afecto. Por lo anterior, amamantar exitosamente, es actualmente muy difícil para las madres debido principalmente a la costumbre arraigada de la práctica del biberón y al hecho de contar con poco apoyo e información adecuada, durante la atención prenatal y pos natal.

Como consecuencia, si una madre tiene dudas respecto a su capacidad de lactar se delega, improvisa y se le resta importancia a lo que sucede e invariablemente, como única salida, se le ofrecen sustitutos comerciales. Ante tal situación, el MINSA ha creído conveniente desarrollar un documento que brinde a los trabajadores de la salud, las herramientas técnicas que le faciliten la promoción, práctica y apoyo al mantenimiento de la lactancia materna.

El Ministerio de Salud, de Nicaragua, ha realizado numerosos esfuerzos en pro de la práctica de la lactancia materna contando con la decisión y voluntad política, los cuales se encuentran plasmados en el plan Nacional de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna elaborado conjuntamente con el UNICEF.

Como parte del plan se han logrado realizar muchas actividades y también llevar la promoción de la lactancia materna fuera de las fronteras del Ministerio de Salud., como son la Iniciativa de Unidades Formadoras Amigas de la Mujer y la Niñez, la capacitación a promotores de salud de diversos ONG's y la formación de Grupos de apoyo comunitarios como parte de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre la que ha sido de gran impacto en el cambio de prácticas que interfieren con la lactancia natural. Esta se ha extendido a la Atención Primaria como "Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y de la Madre" la que se encuentra también en desarrollo.

El manual, está organizado por temas considerando los objetivos de poder hacer y permite al usuario utilizar la técnica más apropiada para desarrollar el proceso educativo por lo que podrá ser utilizado no solamente para este fin sino como un texto de consulta.

SOPORTE JURIDICO

Constitución Política de Nicaragua

Arto. 59.- Derecho a la salud

Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma.

Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Art. 71. Derecho de constituir familia. Protección a la niñez.

Es derecho de los nicaragüenses constituir una familia. Se garantiza el patrimonio familiar, que es inembargable y exento de toda carga pública. La ley regulará y protegerá estos derechos.

La niñez goza de protección especial y de todos los derechos que su condición requiere, por lo cual tiene plena vigencia la Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Niña.

Art. 74. Protección al proceso de reproducción humana

El Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana.

La mujer tendrá protección especial durante el embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social.

Nadie podrá negar empleo a las mujeres aduciendo razones de embarazo ni despedirlas durante éste o en el período post-natal; todo de conformidad con la ley.

Art. 75. Igualdad de los hijos.

Todos los hijos tienen iguales derechos. No se utilizarán designaciones discriminatorias en materia de filiación. En la legislación común, no tienen ningún valor las disposiciones o clasificaciones que disminuyan o nieguen la igualdad de los hijos.

Art. 76. Protección de menores.

El Estado creará programas y desarrollará centros especiales para velar por los menores; éstos tienen derecho a las medidas de prevención, protección y educación, que su condición requiere por parte de su familia, de la sociedad y el Estado.

Ley No 295, “Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

Artículo 1.- La presente Ley constituye un conjunto de conceptos doctrinarios y procedimentarios, con fines de proteger, promover y mantener la lactancia mantener, así como regular el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna en los lactantes.

Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para proteger, promover y mantener la lactancia natural que ayude al mejoramiento del estado nutricional de los lactantes, asegurando el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna, sobre la base de una información apropiada, cuando estos fueran necesarios y, las modalidades del comercio y distribución de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteos, incluidos los alimentos complementarios, cuando estén comercializados como sucedáneos de la leche materna o cuando de otro modo se indique que pueden emplearlos, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; además incluye la regulación de la comercialización de los biberones, y disponibilidad de los productos relacionados y a la información sobre su utilización.

Ley No. 423. “Ley General de Salud”

Arto. 1

Artículo 1.- Objeto de la Ley: La presente Ley tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales. Para tal efecto regulará:

- a. Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud.
- b. Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- c. El Saneamiento del medio ambiente.
- d. El Control sanitario que se ejercerá sobre los productos y servicios destinados a la salud.
- e. Las medidas administrativas, de seguridad y de emergencias que aplicará el Ministerio de Salud.
- f. La definición de las infracciones y su correspondiente sanción.

Arto. 2

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Arto. 4

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Arto. 5

Artículo 5.- Principios Básicos: Son principios de esta Ley:

1. Gratuidad: Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados.

4. Integralidad: Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo a los diferentes planes de salud.

5. Participación Social: Se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.

Arto. 7, inciso 1

Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

Arto.17

Artículo 17.- El Ministerio de Salud dictará las medidas y realizará las actividades que sean necesarias para promover una buena alimentación, así mismo ejecutará acciones para prevenir la desnutrición y las deficiencias específicas de micro nutrientes de la población en general, especialmente de la niñez, de las mujeres embarazadas y del adulto mayor.

Arto. 32

SECCIÓN II, DE LA SALUD DE LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 32.- La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud.

Reglamento de la Ley No. 423. “Ley General de Salud”

Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.

La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los

programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

Capítulo III, De la Promoción

Artículo 331.- La promoción de la salud tiene como propósito contribuir a la mejoría de la salud y calidad de vida de los ciudadanos de nuestro país.

Artículo 332.- El propósito en general de la promoción en salud es:

1. Aumentar los años de vida sanos de la población.
2. Reducir las desigualdades en la salud existentes en el país.
3. Promover una ciudadanía activa y responsable del cuidado de su salud.

Artículo 333.- La promoción de la salud, bajo la conducción de las autoridades sanitarias, es un proceso de información, educación, comunicación, formulación de políticas y participación plena de la población en la reorientación de los servicios de salud, hacia un enfoque holístico y preventivo, que proporcione a las personas los medios necesarios para mejorar y ejercer un mejor control sobre su salud.

Artículo 334.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en las personas las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 335.- La promoción de la salud constituye un quehacer multisectorial por los factores políticos, económicos, sociales, culturales y medioambientales que intervienen a favor o en contra de la salud de las personas y comunidades.

Justificación

El presente manual servirá para fortalecer los conocimientos y capacitación de los trabajadores de la salud en promover, apoyar y dar continuidad a fomentar la Lactancia Materna Exclusiva, así como también ayudará a expandir la educación en la población a través de los mismos trabajadores de la salud al momento de la atención de la Mujer.

Objetivo General

Brindar a los trabajadores de la salud las herramientas técnicas que le faciliten la promoción, práctica y apoyo al mantenimiento de la lactancia materna.

Objetivos Específicos

Que el personal de salud sea capaz de:

1. Brindar información a embarazadas, madres, padres, familia y público en general, sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas del amamantamiento, extracción manual y conservación de la leche materna.
2. Preparar física y psicológicamente a la embarazada y su cónyuge, para una lactancia exitosa.
3. Resaltar la importancia del apego precoz para el éxito de la lactancia.
4. Promover y fomentar la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de vida y su prolongación hasta al menos los 2 años de vida, con alimentación complementaria.
5. Asesorar a las mujeres hombres y familia sobre alimentación, en el embarazo y la lactancia.
6. Apoyar la detección oportuna y/o solución de las dificultades más frecuentes del amamantamiento.
7. Recomendar alternativas de medicamentos compatibles con la lactancia materna.
8. Asesorar a las mujeres, hombres y familia sobre los Derechos Legales de la mujer que facilitan el amamantamiento.
9. Abordar el tema de la Lactancia Materna en Condiciones Especiales (VIH).

CAMPO DE APLICACIÓN

El cumplimiento del presente Manual es de carácter obligatorio y debe aplicarse en todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados independientemente del nivel de resolución.

POBLACION OBJETO

Personal Prestador de Servicios de Salud de Instituciones públicas y privadas.

Tema 1: Beneficios de la lactancia materna

Objetivo:

Que el personal de salud sea capaz de brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna a embarazadas y madres lactantes.

Desarrollo:

La lactancia materna, tiene innegables beneficios para:

El niño y la niña

a. Nutrición y crecimiento óptimo

• Alimento óptimo:

La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.

• Fácil digestibilidad:

Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

• Crecimiento y Desarrollo óptimo:

Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche.

• Alimento adecuado para prematuros:

La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

b. Desarrollo Psico-motor

• Organización Sensorial:

El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as)

amamantados (as) presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

- **Organización biocronológica y del estado de alerta:**

Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

- **Patrones afectivo-emocionales:**

El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce hace que se sienta querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

- **Desarrollo intelectual:**

Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a).

- **Desarrollo dento-maxilar y facial:**

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas.

c. **Protección**

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al (a la) niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas.

d. **Otros**

- Previene la mal-oclusión,

- En prematuros, previene contra la enterocolitis necrotizante.
- Optimiza el desarrollo cerebral,
- Disminuye el riesgo de muerte súbita.

La Madre

a. Recuperación fisiológica post-parto

- **Retracción del útero:**

Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo.

- **Recuperación del peso:**

La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna.

- **Recuperación de los pechos:**

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

b. De carácter físico

- **Prevención de cáncer de mamas y ovario:**

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

- **Aspecto físico de la mujer:**

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc.

- **Comodidad:**

Evita las molestias de lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé.

c. De carácter emocional

- **Establecimiento del apego:**

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

- **Satisfacción emocional de la madre:**

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

La Familia

a. Refuerzo de lazos afectivos familiares:

El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo (a). Además, se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

b. Prevención del maltrato infantil:

Una madre que amamanta a su hijo (a), mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y por consiguiente, tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

c. Espaciamiento de los nacimientos:

El amamantamiento, puede demorar el retorno de la ovulación y la menstruación, siendo así una manera de espaciar los embarazos. La lactancia materna exclusiva, estimula la producción de prolactina y de otras hormonas de tal manera que si la madre permanece amenorréica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto. El MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), es un método natural inicial de planificación familiar recomendable para espaciar los nacimientos.

La Comunidad

a. Disminución de la morbilidad infantil:

Si todas las madres del mundo amamantarán a sus hijos (as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños (as) anualmente, debido principalmente al efecto protector y nutricional de la leche materna.

b. Economía de recursos:

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de:

- Leche de vaca o de fórmula.
- Mamaderas, chupetes y accesorios.
- Enfermedades y sus tratamientos.
- Gastos hospitalarios de maternidad y atención a neonatos.
- Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al (a la) niño (a) enfermo (a).
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Desde el punto de vista económico se estima que, si todas las madres del mundo alimentaran exclusivamente a sus hijos (as) con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de córdobas anuales.

A nivel familiar, la alimentación con biberón es costosa, aproximadamente se puede gastar miles de córdobas en sólo sucedáneos de la leche materna, sin incluir el gasto de biberones, de combustible y jabón (para el aseo de los utensilios) equivalente a trescientos cincuenta dólares en los 6 primeros meses.

La Ecología

- a. La leche materna es un recurso natural, renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.
- b. Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- c. No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, protegiendo de esta forma el medio ambiente.
- d. No implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento.
- e. No necesita preparación ni uso de fuentes de energía, (leña, kerosene, gas, electricidad, etc.)
- f. No requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.
- g. Conserva el agua y otros recursos naturales.

Técnicas:

Lluvia de ideas.

Discusión de grupo sobre los diferentes beneficios.

Sociodrama.

Materiales:

Papelógrafo, Marcadores, Pizarra.

Bibliografía:

- **Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud.**
Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile.,
Santiago de Chile, 1997.
Osorno Jairo.
- **Hacia una feliz Lactancia Materna.**
Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de
Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
Sabiston D.C.,
Tratado de Patología Quirúrgica.
13ava ed., Vol. 1 pág. 565. 1988.
Savage King F.,
- **Cómo Ayudar a las Madres a Amamantar.,**
Ediciones Zas., Ministerio de Salud Pública de Honduras., Liga de la lactancia
materna de Honduras., UNICEF., Wellstart International., 1996.
Universidad Centro Americana (UCA),
- **Manual sobre Lactancia Materna,**
Versión 1998.

Tema 2: Preparación psicológica de la futura madre.

Objetivo:

Que el personal de salud sea capaz de apoyar en la esfera psicológica a la embarazada y mujer lactante para una lactancia exitosa.

Desarrollo:

La lactancia es un evento que forma parte de la función procreativa de la mujer y uno de los primeros sucesos posteriores al parto que impactan el estado emocional de la madre. Sin embargo, este hecho en general se omite dando lugar a la siguiente pregunta ¿es esencial para el (la) niño (a), desde el punto de vista psico-afectivo, el amamantamiento, o lo importante es la forma en la cual se le da el alimento y el cariño? La respuesta de diferentes investigadores, tanto de investigaciones controladas, como de observaciones clínicas, ha sido controversial y polar pero siempre los beneficios o perjuicios están enfocados en el bebé, dejando a un lado los efectos emocionales que la lactancia produce en la madre; En este sentido, nos debemos preguntar ¿Por qué algunas mujeres dicen: no pueden o no quieren amamantar a sus hijos (as)?

Desde el punto de vista psicosocial, una de las razones aducidas es el tener que trabajar, no solamente para satisfacer una necesidad personal sino económica, para contribuir al gasto familiar, haciéndola pensar que no es capaz de lactar a libre demanda a su bebé más allá de tres meses, en el mejor de los casos, no teniendo más opción que cambiar de pecho a fórmula.

Debido a la gran publicidad mundial, que se ha hecho a favor de la lactancia natural, algunas madres comienzan a sentirse frustradas y culpables.

Los sentimientos de culpa pueden provenir de dos fuentes: interna y externa. En la interna, la mujer siente que no es “buena madre” porque separó prematuramente a su bebé negándole las bondades de la lactancia natural y probablemente interpretará erróneamente el llanto del mismo lo que a la larga le impedirá sentirse satisfecha y contenta con su maternidad.

La fuente externa se da en el medio ambiente (familiares, amigos, vecinos, etc.) y a través de la gran publicidad hecha por los defensores de la lactancia exclusiva, quienes afirman que con la lactancia natural el bebé crecerá sintiéndose amado y por consiguiente, desarrollará al máximo sus potencialidades tanto intelectuales como emocionales. Por lo tanto, la mujer que no puede lactar a su bebé podría sentirse en una situación de conflicto De ahí que es importante que el personal de salud reflexione alrededor de lo antes expuesto y considere la situación de cada madre antes de emitir un juicio que censure el comportamiento de esta sobre su práctica de amamantamiento.

Otra pregunta planteada: ¿Por qué algunas mujeres, aunque dicen querer, no pueden lactar exitosamente a sus bebés? o ¿Por qué otras, definitivamente, no desean hacerlo? Aquí el problema es más complicado pues estas madres no poseen una explicación objetiva que les impida amamantar. Langer plantea dos respuestas al respecto:

- 1.- Podría deberse a trastornos causados en la mujer por el rechazo a la maternidad ya que inconscientemente no está lista para asumir esta responsabilidad.
- 2.- Los trastornos se pueden originar por la persistencia de tendencias agresivas en la mujer debido a experiencias negativas vividas en su infancia.

Para algunos autores, estos conflictos son inconscientes, es decir, la mujer no se percata que esto puede estarle impidiendo dar el pecho; ella piensa que sí desea hacerlo pero que existen circunstancias que obstaculizan tal deseo, como por ejemplo que no tiene suficiente leche y, por lo tanto, el (la) bebé no se satisface, razón por la que va sustituyendo poco a poco el pecho por el biberón. Otras dirán que no quieren que el bebé las esclavice y por lo tanto éste se tiene que adaptar a ella y no la madre al (a la) niño (a); otras más pondrán como justificación el deterioro de su apariencia física que puede ocasionarle conflictos con su pareja. Se podría enumerar una gran lista de las razones que aducen las mujeres para evitar lactar. La pregunta es ¿Por qué les causa tanto conflicto y malestar hacerlo?

La experiencia clínica ha observado a muchas mujeres - sobre todo primíparas – que antes de que naciera su hijo (a) reportaban un gran deseo de darle lactancia exclusiva pero cuando llegaba el momento de hacerlo referían tristeza, incomodidad, dolor, llanto y extremo cansancio, en lugar de la alegría, la comodidad y la satisfacción que les habían dicho.

Lo referido por estas mujeres, tiene que ver, por un lado, con la extrema dependencia del (de la) recién nacido (a) y, por el otro con rasgos de personalidad de la madre. La dependencia del bebé les hacía sentir que perdían su libertad, pérdida que les producía depresión, culpa y sentimientos ambivalentes hacia su bebé, estado emocional que se veía agravado con la inexperiencia y el poco conocimiento que al inicio se tiene del hijo.

En cuanto a los rasgos de personalidad y actitudes diversas, se ha podido observar que la capacidad de adaptarse adecuada y satisfactoriamente a la situación de lactancia va a depender, en parte, de las vivencias que la mujer tuvo en la infancia, así como del desarrollo educativo y cultural que tenga a lo largo de su vida.

Se sabe que el embarazo, aunque es un proceso fisiológico normal, produce en la futura mamá una serie de dudas, temores e inseguridades que pueden influir negativamente en su actitud hacia la lactancia natural. Entre estas dudas y temores frecuentes se identifican las relativas al (a la) niño (a): ¿Cuál será el sexo? ¿Nacerá

sano? ¿Completo? etc. Otros temores relativos a ella misma; ¿Saldré bien? ¿Qué me irá a pasar? ¿Me moriré? ¿Cómo voy a quedar? ¿Podré dar de mamar? ¿Tendré suficiente leche?, etc. A estas dudas y temores se agregan otros problemas propios de la vida cotidiana para la mayoría de las mujeres que agudizan la situación psicológica, en particular en la primigesta por su inexperiencia y expectativas de los cambios en su vida como futura mamá.

Los problemas más comunes en nuestro medio son: los socio-económicos, madres solteras, adolescente embarazada, futuras madres sin fuentes de ingreso, situación agravada por la violencia social. Todos estos factores son determinantes en la actitud para el amamantamiento y a veces para el rechazo del (de la) futuro (a) hijo(a). Debemos valorar profundamente el hecho de la influencia de las creencias, prácticas y costumbres de la familia, de la comunidad donde vive la mujer, para facilitar su decisión a amamantar. El personal de salud tiene que prepararse con técnicas y metodologías que faciliten el proceso de convencimiento de la embarazada. Para ello tenemos que apoyarnos de la familia sobre todo de experiencias positivas que sirvan de modelo; así mismo de otras madres y compañeras de trabajo. El conversar y animar al compañero o esposo para que cree un ambiente positivo son actividades que motivan a la futura mamá y ayudan a disminuir sus dudas e inseguridades.

Durante la atención prenatal el trabajador de salud desempeña una labor valiosísima para estimular a la madre y la familia, si durante la consulta logra realizar lo siguiente:

- Establecer un clima que favorezca la confianza para que ella haga preguntas y exprese sus dudas y temores.
- Ser amable y escuchar sus problemas prestando todo el interés.
- Asegurarse de que todas las mamás comprendan las ventajas del amamantamiento.
- El trabajador de la salud debe brindar toda información necesaria a la embarazada para que ella tome sus propias decisiones y respetarlas.
- Promover un ambiente de seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Pregúntele si amamantó a sus otros hijos y cuál fue su experiencia. Si tuvo dificultades, explíquele cómo prevenirlas y si todo le fue bien anímela a que repita la experiencia.

Otras alternativas para enfrentar y solucionar los problemas emocionales del amamantamiento podrían ser:

- Aclarar ideas, mitos y creencias que se tienen sobre la lactancia materna en las diversas situaciones que vive la madre.
- Promover un ambiente positivo para favorecer el proceso de amamantamiento donde la madre pueda relajarse, adaptarse y conocer más fácilmente a su hijo

(a), permitiendo que el establecimiento del vínculo afectivo, así como de los comportamientos de apego, se desarrollen en una forma sana.

Técnicas:

Lluvia de ideas y Discusión de grupo.

Que los participantes compartan experiencias propias, de sus familiares o pacientes.

Materiales:

Papelógrafo, Marcadores, Acetatos, Proyector de lámina transparente.

Bibliografía:

- Francisco Morales Carmona y Mercedes Luque Coqui., **"Aspectos Psicológicos de la Madre durante la lactancia al seno materno".**, Cuadernos de Nutrición: Número especial: Lactancia., Vol. 20., Núm. 1, 1997. México D.F.
- Lactancia Materna. **Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud.**, Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile., Santiago de Chile, 1997
- Osorno Jairo., **Hacia una feliz Lactancia Materna.**, Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.

Tema 3: Preparación física de la futura madre

Objetivo:

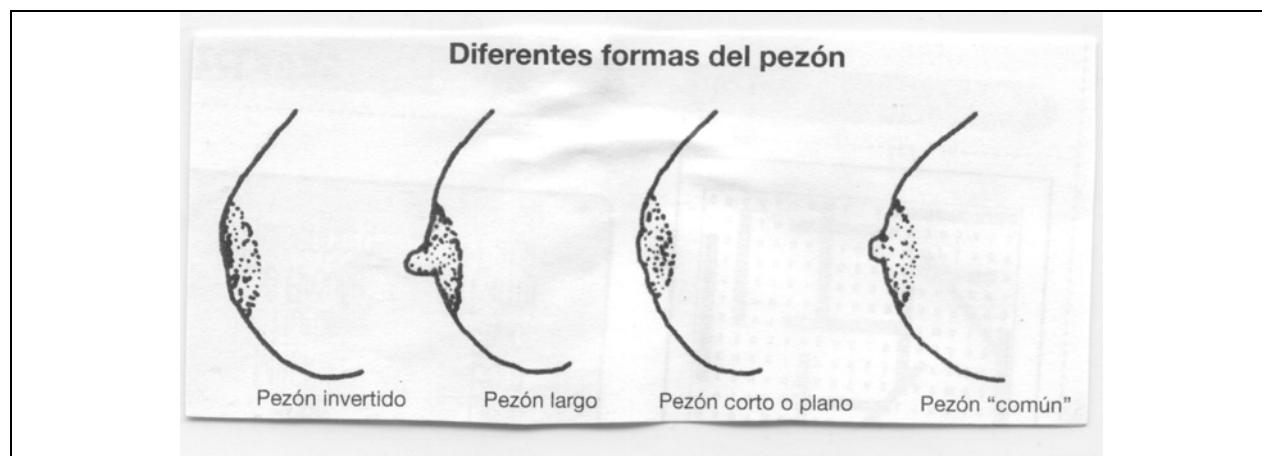
Que el personal de salud sea capaz de:

- Practicar un adecuado examen de mamas durante la atención de la mujer embarazada.
- Orientar las técnicas de auto examen a las usuarias de los servicios de salud.
- Detectar y brindar alternativas de solución a los problemas de las mamas.

Desarrollo

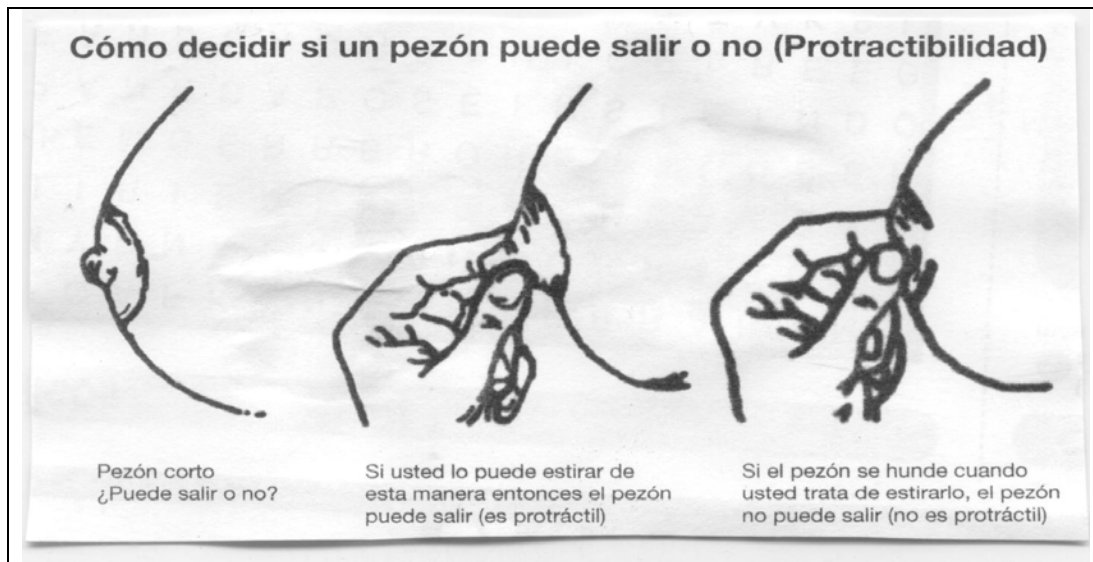
En el primer control prenatal, el trabajador de la salud debe realizar un detenido examen mamario, (ver anexo), como parte de la evaluación integral a la mujer, para darle seguridad a la madre de que sí puede amamantar a su bebé y detectar tempranamente algún problema y ayudar a corregirlo.

Es importante observar la forma, tamaño, simetría, indicios de cirugías anteriores, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas de las mamas a la palpación, etc. Si se detecta alguna anomalía se debe referir a la paciente para un examen especializado.



Se debe hacer hincapié en que el tamaño y la forma de los pechos no tienen efecto sobre la producción de la leche y una cirugía anterior no necesariamente impide la lactancia. En cuanto a los pezones se debe observar si son pequeños, grandes o alargados, planos, umbilicados o invertidos, pues estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar. Además es importante valorar la textura de la piel y probar la protractilidad.

Para diagnosticar la protractilidad, presione la aréola a cualquier lado del pezón. Esto hace que la mayoría de los pezones sobresalgan y se vean más grandes. Trate de estirar suavemente el pezón y la aréola de manera que formen una tetilla. Si el pezón sale fácilmente es protráctil; Si el pezón se estira solamente un poco se dice que es pobremente protráctil y si el pezón en vez de salir, se entierra más profundamente es un pezón invertido



Tanto si el pezón es protráctil o no lo es, el trabajador de la salud debe tranquilizar a la madre asegurándole que puede amamantar, dado que el bebé para succionar se acopla a la areola y no al pezón. Si la madre utiliza una buena técnica de amamantamiento tendrá excelentes resultados por lo que se le deben enseñar diferentes posiciones que le permitan una buena adhesión al pecho (ver capítulo VI) y lograr que el bebé succione exitosamente.

Es importante que el personal de salud oriente a la mujer embarazada sobre los beneficios del ejercicio físico de tal manera que la motive a establecer una rutina de ejercicios diarios para flexibilizar el aparato locomotor y estimular la circulación. Explíquele que es beneficioso tanto para la salud de ella como para la de su bebe, el caminar, pasear a buen ritmo y que siga una buena higiene personal.

Sobre la ropa a utilizar durante el período del embarazo explíquele que el brassier debe adecuarse al tamaño de los pechos ya que debe evitar la presión excesiva y preferentemente usar uno con tirante de tela y no elástico para evitar la pendulación. En general, la ropa debe ser cómoda, liviana, fácil de poner y sacar, que no dificulte los movimientos.

Examen de las Mamas

Cada examen físico de una mujer debe incluir la inspección y palpación sistemáticas de las mamas. Si bien las mamas frecuentemente son vistas como objetos sexuales, las pacientes y médicos necesitan estar conscientes de que esta es una impresión errónea pues las mamas son órganos funcionales.

Dado que la mama es uno de los lugares más comunes de carcinoma en la mujer de cualquier edad y 80% de las masas son fibroquísticas y benignas, cualquier masa que se descubra debe evaluarse cuidadosamente.

El trabajador de la salud debe brindar instrucción, durante el control prenatal, en auto examen mamario y educación en cuanto a la realización de este de forma rutinaria.

Antes del examen, es importante realizar una minuciosa historia prenatal que contribuyan a detectar cualquier alteración o riesgo en las mamas.

Historia Prenatal relevante para la Lactancia
Indague sobre:
1. Cirugía, infecciones, trauma (ej. Quemaduras previas en seno).
2. Padecimiento de enfermedades crónicas.
3. Uso regular de medicamentos.
4. Planes de regresar al trabajo/escuela.
5. Experiencia alimentaria infantil previa.
• ¿Cuántos niños?
• ¿Por cuánto tiempo?
• ¿Por qué suspendió?
6. Historia familiar
• Alergias.
• Cáncer del seno.
• Diabetes.
7. ¿Fue la madre (paciente) amamantada? ¿Madre u otro bebé?
8. ¿Quién vive con la madre? ¿Quién manifiesta mayor apoyo a su decisión?
9. Elección actual en cuanto a la alimentación del bebé.

El examen mamario debe incluir:

1. Inspección de los mamas para determinar simetría, contorno, evidencia de retracción de piel, cicatrices.
2. Inspección de los pezones: anatomía (protuberantes, aplanados o retraídos), Presencia de secreción y tipo de ésta.

3. Observación y palpación de región axilar y supraclavicular buscando ganglios aumentados de tamaño y masas.
4. Palpación de las mamas y pezones para determinar: textura de la piel, consistencia y elasticidad del tejido mamario, presencia de masas, presencia de secreciones.
5. Si hay masas, palpación para determinar: tamaño, localización, superficie, consistencia y grado de fijación.

Examen físico de mamas: inspección

Al realizar la inspección de mamas, es importante respetar estos pasos

1. Explicar el procedimiento.
2. Descubrir la parte anterior del tórax.
3. Colocar a la examinada en posición sentada, con los brazos a los lados.

Observar:

- Tamaño y simetría; suele ser normal y común la existencia de algunas diferencias en el tamaño de las mamas.
 - Indicios de cirugías anteriores.
 - Formación de hoyuelos.
 - Contorno, con especial referencia a masas, depresiones o aplanamiento.
 - Aspecto de la piel incluyendo: color, engrosamiento o edema, dibujo venoso.
 - Examinar los pezones notando: tamaño y forma (si son pequeños, alargados, planos, umbilicados o simétricos) Estas variaciones, no afectan la capacidad de amamantar.
 - Cambios de dirección respecto a exámenes anteriores, que puedan indicar alguna tumoración.
 - Erupciones o ulceraciones.
 - Secreciones anormales.
4. Pedirle que eleve las manos sobre la cabeza, las coloque en la cintura y presione las manos contra las caderas, las entrelace adelante, haga presión y flexione el tórax.

Observe en cada una de estas posiciones: mama, areola y pezón; para descubrir depresiones o retracciones que de otra manera pueden pasar inadvertidas.

5. Dividir cada una de las mamas imaginariamente en 4 cuadrantes; esto hará más ordenada la observación. Con propósito descriptivo, la mama puede dividirse en 4 cuadrantes por líneas horizontales y verticales cruzadas en el pezón. Además, una cola de tejido mamario se extiende frecuentemente hacia la axila o dentro de ella.

Otro método para localizar los datos clínicos es considerar la mama como la esfera de un reloj y las manos del examinador representan las manecillas del mismo. La lesión puede localizarse por la “hora”, ejemplo: las cuatro en punto y por la distancia en centímetros que existe hasta el pezón.

6. Iniciar la observación por el cuadrante superior externo; continuar con el inferior externo, el inferior interno y superior interno.
7. Con la examinada acostada, observar de nuevo las mamas.
8. Describir por escrito los hallazgos anormales encontrados en la inspección de mamas.

Técnicas de palpación

En un examen de mamas, la palpación debe ser superficial y profunda e iniciarse con la examinada en decúbito supino. Los pasos son:

1. Dividir la mama imaginariamente en cuatro cuadrantes.
2. Con la examinada en decúbito supino, solicitarle que coloque la mano del lado que se va a examinar debajo de la nuca.
3. Colocar una almohada pequeña debajo del hombro, del lado que se va a examinar para elevarlo ligeramente.
4. Palpar con la yema de los dedos suavemente y con movimientos rotatorios para oprimir con suavidad el tejido de la mama contra la pared torácica. Se inicia la palpación por el cuadrante superior externo y se continúa con el inferior externo, etc. Proseguir en forma sistemática, examinando toda la mama.
5. Realizar la palpación en forma superficial y profunda.
6. Colocar la mano abierta sobre la mama y palpar con movimientos rotatorios.

Valorar: Consistencia o elasticidad de los tejidos; las variaciones normales incluyen elasticidad firme de la mama joven, tacto lobular del tejido glandular y palpación algo fibrosa o granular de la mama más vieja.

Son comunes el aumento de volumen, la nodularidad y la sensibilidad aumentada antes de la menstruación. Especialmente en mamas grandes, puede haber un borde firme transversal de tejido comprimido a lo largo del margen inferior de la mama. Es un reborde inframamario normal y no deberá confundirse con un tumor.

- Induración.
- Hipersensibilidad.
- Nódulos; si los hay, describir:

- o Su localización, por cuadrante o por el método del reloj por la distancia en centímetros hasta el pezón.
 - o Tamaño en centímetros.
 - o Forma (redonda o discoide, regular o irregular).
 - o Delimitación en relación con los tejidos vecinos (bien circunscritos o no delimitados –difusos).
 - o Movilidad, con referencia especial a piel y tejidos subyacentes.
 - o Hipersensibilidad.
7. Exprimir el pezón, haciendo presión sobre la areola y observar la presencia de secreción.

Palpar cada pezón observando su elasticidad; apretarlo entre los dedos pulgar e índice. Revisar buscando secreciones. Si hay antecedentes o evidencia física de secreciones por el pezón, tratar de determinar su origen oprimiendo la areola con los índices colocados en posición radial alrededor del pezón. Vigilar la aparición de secreción por uno de los conductos abiertos en la superficie del pezón.

8. Repetir los pasos enunciados con la mama contraria.
- El examen de axilas, se hace en posición acostada y sentada.
 - La inspección axilar se realiza al finalizar la inspección de mamas.
9. Para palpar las axilas, se pide a la examinada que flexione el brazo y antebrazo del lado que se va a examinar y los deje caer en el antebrazo correspondiente del examinador.
10. Con la mano contraria y la yema de los dedos, palpar en forma superficial y profunda la región axilar.
11. Al realizar la palpación profunda de la axila, es necesario presionar sobre el tórax y poner especial cuidado al palpar el hueco axilar, región posterior, anterolateral y medial.
12. Repetir el procedimiento con la otra axila.
13. Palpar la región supraclavicular e infraclavicular de ambos lados.
En caso de duda de un hallazgo, hay que repetir la palpación en forma cuidadosa y realizarla en posición sentada.
14. Describir los hallazgos anormales encontrados en la palpación de mamas.
15. Enseñar a la usuaria la técnica para que realice su auto examen de mamas.

Auto examen de mamas

Se aconseja a todas las mujeres mayores de 35 años que examinen sus mamas mensualmente; en las mujeres premenopáusicas el examen debe hacerse poco después de la menstruación; las glándulas mamarias se deben examinar inicialmente estando en posición de pie, frente a un espejo con las manos colocadas a los lados del cuerpo, o sobre la cabeza, comprimiéndolas firmemente para contraer los músculos pectorales. Como resultado, pueden notarse las masas, la simetría de las glándulas mamarias y algún retraimiento leve de la piel. Después, en la posición decúbito supino, se palpará cada mama con cuidado con los dedos de la mano opuesta.

El personal de salud de todos los niveles tiene la obligación de educar a las usuarias de cualquier edad, sobre la técnica y ventajas del auto examen de mama como un elemento fundamental para realizar un diagnóstico y adecuar el tratamiento oportuno obteniendo así resultados más efectivos. Se insistirá sobre la importancia de comunicar de inmediato cualquier anomalía encontrada al personal de la unidad de salud más cercana.

Técnica para la autoexploración mamaria que el personal de salud debe enseñar a toda mujer embarazada.

Frente a un espejo

Observe sus mamas primero con los brazos colgando, luego con las manos en la cintura (codo y hombros hacia delante). Después con los brazos elevados por encima de la cabeza, apretando fuertemente las manos, observe las diferencias entre una y otra mama y las posibles alteraciones de color, tamaño, forma y textura del seno que le resulten nuevas o extrañas.

De pie

Levante su brazo izquierdo. Con las yemas de sus dedos centrales, juntos y planos, de la mano derecha presione suave, pero firmemente, su seno izquierdo trazando círculos imaginarios alrededor de la mama. Empiece desde el punto más alejado al pezón. Cuando haya terminado, pase a otro círculo y así sucesivamente hasta llegar al pezón. Siguiendo en la misma posición, palpe la axila para comprobar que no haya aparecido ninguna masa. Para ello, la presión con la yema de los dedos debe ser mayor. Repita la operación en el seno derecho.

Acostada

Coloque una almohada bajo el hombro izquierdo y sitúe el brazo izquierdo detrás de la cabeza, a nivel de la nuca. Palpe el seno izquierdo con la mano derecha, siguiendo las instrucciones del punto 2. Palpe también la axila y presione ligeramente el pezón entre los dedos índice y pulgar, para detectar si hay alguna secreción. Levante el pezón junto

a la areola para comprobar si existe movilidad o adherencia. Repita la operación en el seno derecho.

Técnica:

Discusión de grupo y práctica de los procedimientos descritos.

Materiales:

Papelógrafo, marcadores, acetatos, Proyector de lámina transparente, Videos etc.

Bibliografía:

- Lawrence, Ruth A., **La Lactancia Materna**. 4ta, Edición., 1996. Mosby. /Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. **Normas para la atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio**. Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia., Junio 1997.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. **Manual de Salud Reproductiva**. 1996
- Savage King, F., **Cómo Ayudar a las Madres a Amamantar**. Ediciones Zas., Ministerio de Salud Pública de Honduras., Liga de la lactancia materna de Honduras., UNICEF., Wellstart International., 1996.

Tema 4: Anatomía y Fisiología de la lactancia

Objetivo:

Que el personal de salud sea capaz de:

- Identificar las estructuras mamarias involucradas en el proceso de la producción, secreción y eyección de la leche.
- Describir los aspectos fisiológicos más relevantes del proceso de lactogénesis, lactopoyesis y de eyección láctea.

Desarrollo

Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad.

Estructura Externa de la glándula mamaria

Aproximadamente en el centro de la mama se encuentra el pezón. Su forma y tamaño varía entre las mujeres pudiendo ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido.

La base del pezón está rodeada por una zona oscura denominada areola. Esta contiene fibras de tejido conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. La areola, contiene numerosas glándulas sebáceas denominadas "**Glándulas o Tubérculos de Montgomery**" las que se pueden apreciar claramente como poros levantados y se les atribuye la lubricación y odorización de la mama.

En la parte interna, se identifican las siguientes estructuras principales:

Tejido glandular:

Dentro de él se produce la leche, obedeciendo las órdenes provenientes del cerebro, el cual responde a los reflejos estimulados mediante la succión y facilitados por un ambiente adecuado. La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto que lleva la leche hasta la punta del pezón.

Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y éstos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está formado por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierten su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están

rodeados de células mioepiteliales y vasos sanguíneos de pequeño calibre (capilares), de gran importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

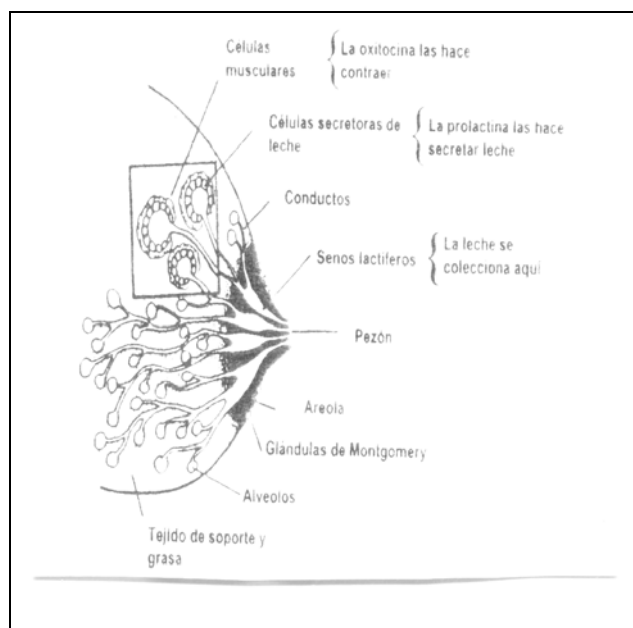
Conductos:

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

Senos Lactíferos:

Se forman por el ensanchamiento de los conductos provenientes de los acinos o alveolos y están situados por debajo de la areola. Deben ser estimulados mediante una succión adecuada, para que la leche pueda ser extraída y, debido a su relación con la areola, es importante que cuando el (la) niño (a) se acople a la mama su boca abarque toda o gran parte de ella.

Estructura interna de la glándula mamaria.



Grasa y tejido de soporte:

La mama está sujeta al cuerpo por medio de una serie de ligamentos (ligamentos de Cooper), los que están entrelazados con tejido graso, siendo éste último el que determina el tamaño de las mamas. Durante el proceso de la lactancia, los ligamentos adquieren especial importancia ya que se ven obligados a sostener "mayor carga", y por lo tanto pueden distenderse. Por esta razón es importante aconsejar a la madre que vacíe frecuentemente sus pechos y utilice un brassier adecuado.

Nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos:

En la punta del pezón existen unos nervios sensitivos, al igual que

alrededor de los conductos galactóforos. Cuando el niño estimula adecuadamente (mediante la succión) estas terminaciones se produce la erección del pezón y se desencadena el mecanismo reflejo de la hipófisis que controla los procesos de secreción y eyección de la leche.

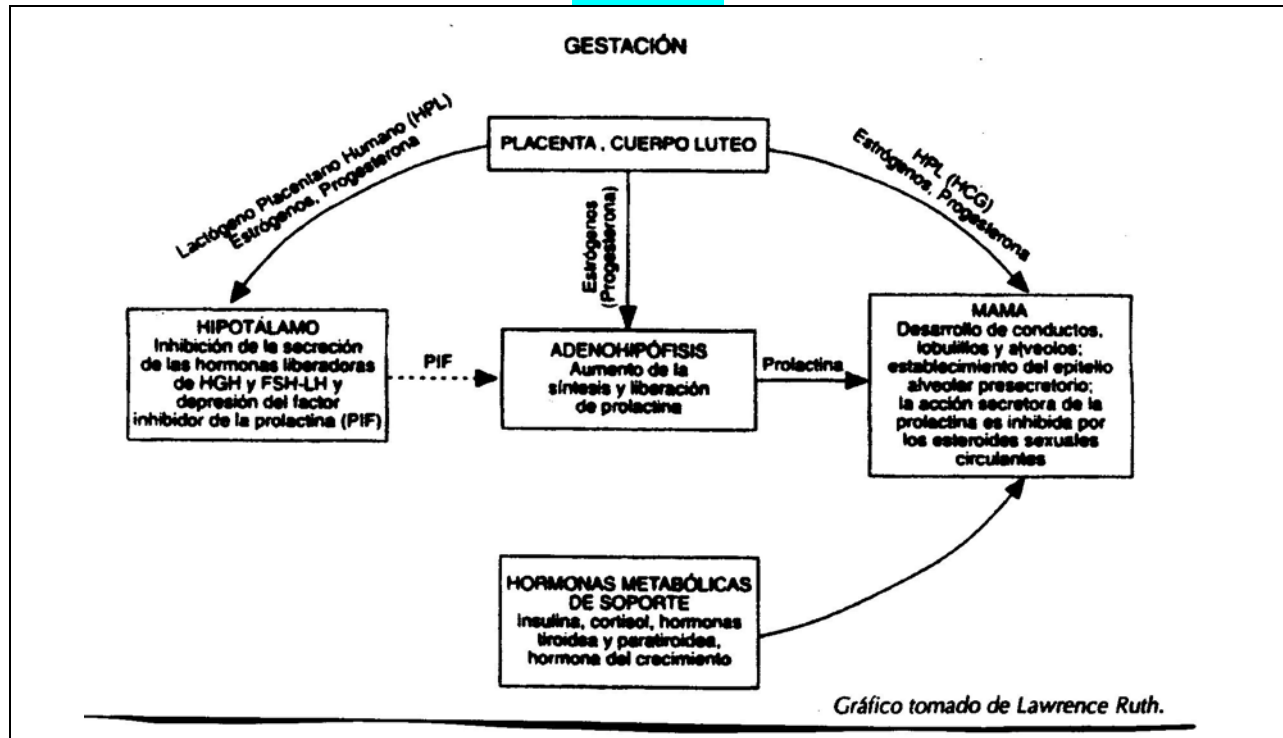
Alrededor de los alvéolos, hay una red de vasos capilares encargados de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea.

Fisiología de la producción de leche

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios hormonales que permiten a la mujer prepararse para la lactancia. Entre estos podemos mencionar:

- **Las hormonas luteales y placentarias;** producen un aumento en el número de conductos y lobulillos.
- **Los estrógenos;** estimulan la proliferación del sistema ductual (conductos).
- La Progesterona; incrementa el tamaño de los lóbulos, lobulillos y alvéolos.
- La Prolactina, cuya producción es inducida por los estrógenos, es indispensable para el desarrollo completo de los conductos y lobulillos.

Gestación



La leche se produce como resultado de la acción de hormonas y reflejos. Cuando el (la) niño (a) empieza a succionar, comienzan a actuar dos reflejos el de producción y el de secreción de la leche.

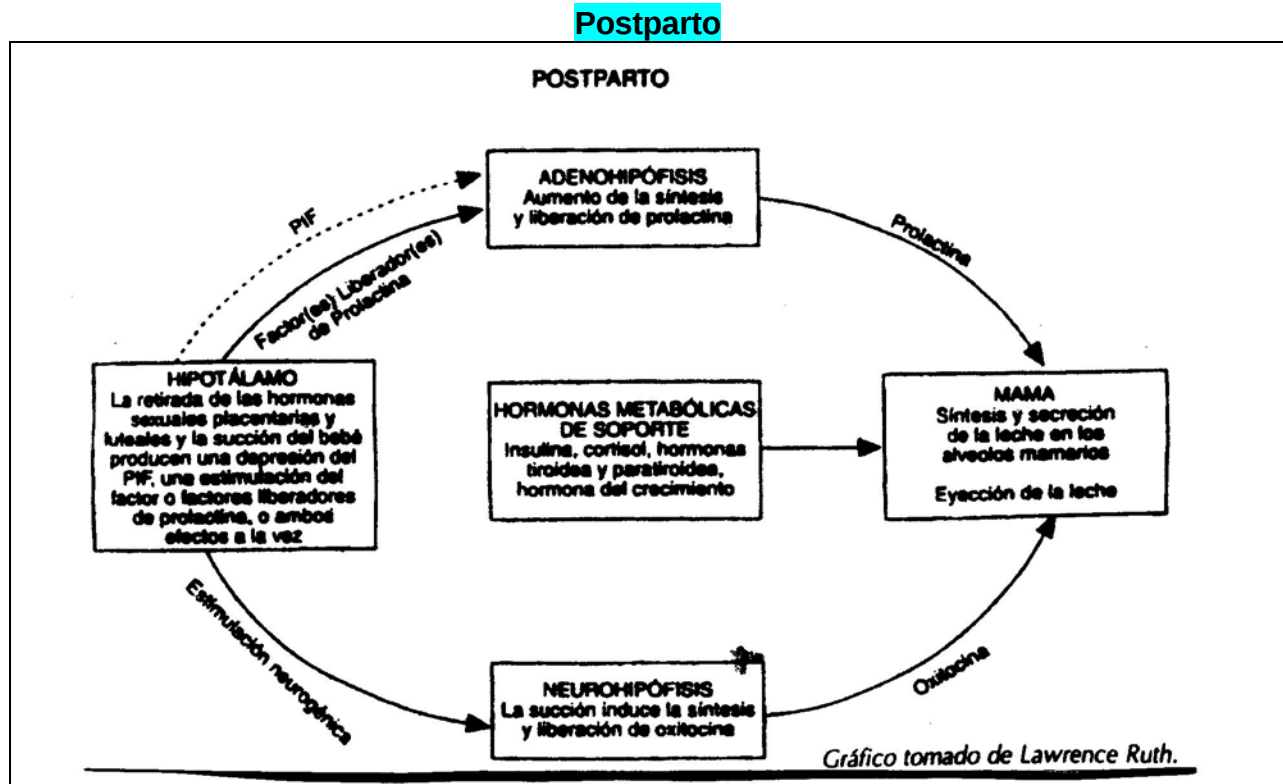
Regulación de la producción de leche:

Lactogénesis

La iniciación de la lactancia o lactogénesis puede ser dividida en tres etapas:

Etapas I: Se inicia durante el embarazo con el desarrollo de la capacidad para secretar leche.

- Etapas II:** Se da con el inicio de la secreción copiosa de leche, lo que ocurre entre el segundo al quinto día post – parto. Esta etapa depende de tres factores; el desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo, mantención de niveles de prolactina y caída de los esteroides sexuales especialmente de la progesterona.
- Etapas III:** Se da con el proceso de maduración que ocurre después del quinto día post – parto.



Regulación de la producción de leche durante la plena lactancia.

Lactopoyesis

Si bien la prolactina es la hormona desencadenante principal de la secreción láctea, no puede mantenerla sin la intervención de un conjunto de hormonas (somatotrofina, tiroxina, corticoides, ACTH) y factores nerviosos (sistema hipófiso-hipotalámico, oxitocina, que tienen como punto de partida el reflejo de succión).

Se ha evidenciado que la demanda del niño es el principal regulador de la cantidad de leche producida, los otros factores como la nutrición, edad, composición corporal y paridad de la mujer solamente juegan un rol secundario. El mantenimiento de la lactancia

se basa en que el vaciamiento continuo de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo automático.

La succión es un estímulo poderoso para la síntesis y secreción de prolactina, la que es necesaria para la secreción láctea. Hasta los cinco días post – parto el proceso es regulado por cambios en los niveles plasmáticos de hormonas presentes al final del embarazo y después la mantención del proceso de lactancia depende de la salida de la leche de la mama.

Existe una creciente evidencia de que un factor proteico presente en la misma leche inhibe la producción láctea y se prevé que está asociado a la leche residual dentro de la mama, por lo que si se aumenta la frecuencia del amamantamiento y la salida de la leche es más completa, el factor se removerá con la leche residual y desaparecerá la inhibición. Por lo tanto la salida de la leche es clave para mejorar la producción láctea.

Eyección láctea

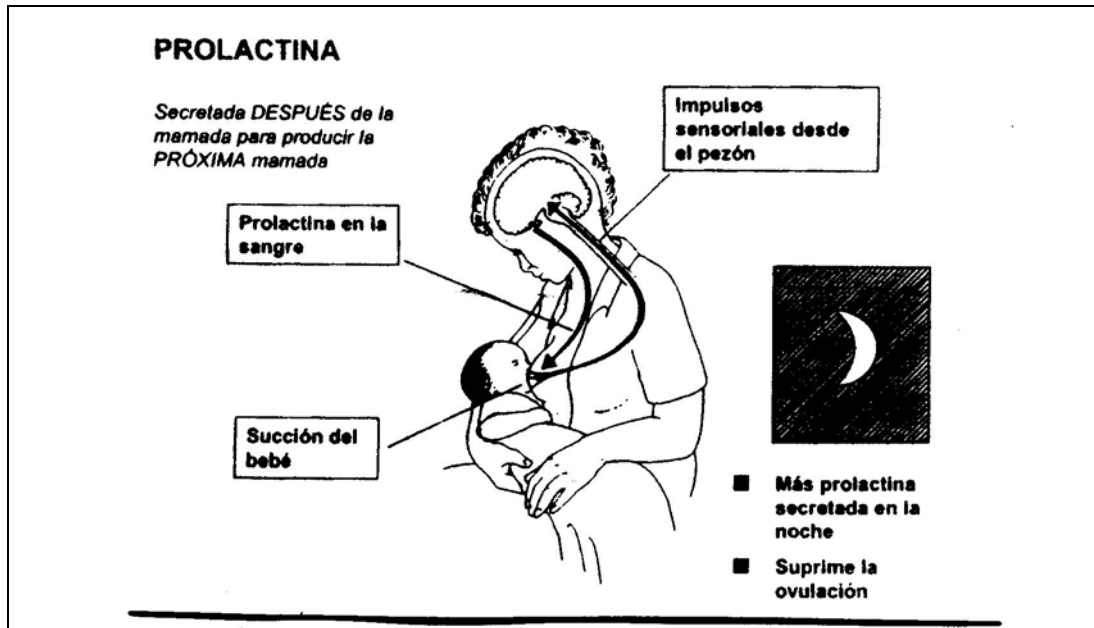
Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células musculares o microepiteliales de los alvéolos y conductos galactóforos. El fenómeno parece estar gobernado por la oxitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. Así pues, la leche humana se produce como resultado de la acción de distintas hormonas y reflejos. Cuando el niño empieza a succionar, comienzan a actuar el reflejo de producción - /secreción de leche o reflejo de prolactina y el reflejo de eyección o de oxitocina. Estos reflejos permiten que la leche se produzca y salga en la cantidad adecuada en el momento que se necesita.

Reflejos en la madre:

Reflejo de producción/secreción:

Está mediado por la prolactina y depende básicamente de la succión o extracción de leche. El estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas que se encuentran en el pezón viajan a través de los nervios (nervio vago) hacia una estructura que se encuentra en el cerebro llamada Hipotálamo, de donde parte un estímulo a la Hipófisis (glándula Pituitaria) anterior, ubicada también en el cerebro, produciendo la liberación de la hormona Prolactina, la que actúa en los alvéolos sobre las células productoras de leche. Por lo tanto, entre más mame el niño, habrá mayor liberación de Prolactina y mayor producción y secreción de leche.

Prolactina



Oxitocina



Reflejo de eyección:

Los impulsos de los nervios sensitivos que se originan con la succión del niño en el pezón, hacen que en la parte posterior de la Pituitaria se libere oxitocina, la cual hace que se contraigan las células epiteliales, que se encuentran alrededor de los alvéolos

expulsando la leche hacia los conductos que la llevarán hasta los senos lactíferos de donde será extraída por el (la) niño (a) al succionar el pecho.

Este reflejo puede disminuirse transitoriamente, cuando la madre sufre alteraciones en su estado emocional (angustia, preocupación, sufrimiento, etc.), ya que es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a estos estímulos, haga que se contraigan los vasos sanguíneos que rodean los alvéolos, no dejando pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, y por lo tanto no expulsan la leche hacia fuera.

De ahí que es importante brindar una adecuada orientación a la madre, informándole que pronto se restablecerá la salida y la cantidad de su leche. Además de ofrecer algunas recomendaciones que pueden ser útiles para superar el problema, tales como tomar un descanso antes de amamantar, asegurarse de una cómoda posición, ubicarse en un lugar tranquilo, ofrecer más frecuentemente el pecho a su bebé y/o siempre que sienta el reflejo de salida, pues si el bebé succiona más, los pechos producen más leche, si el bebé deja de succionar, o disminuye la frecuencia y la duración de las mamadas. Los pechos dejarán de producir leche, esto es lo que se conoce como Oferta y Demanda.

Reflejos del niño:

Búsqueda, Succión y Deglución.

Reflejo de Búsqueda:

Este reflejo, ayuda al niño (a) a buscar el pezón; si algo toca la mejilla del (de la) niño (a), éste abre la boca y se voltea hacia el lado de donde proviene el estímulo táctil, tratando de buscar el pezón de donde succionar.

Secuencialmente ocurren los siguientes eventos:

- Búsqueda (boque activo): se abre ampliamente la mandíbula, la lengua sobrepasa la encía inferior, llega el labio inferior y forma surco.
- Toma el pezón: El pezón, introducido por la lengua, ocupa completamente la boca. Los labios permanecen relajados.

Reflejo de Succión:

Permite que el (la) niño (a) realice una serie de movimientos linguo-mandibulares que conllevan a la succión del pecho.

- La lengua haciendo rítmicos movimientos ondulares, queda hacia delante sobre la encía inferior, ahuecadas en forma de surco.

Reflejo de Deglución: Permite al (a la) niño (a), deglutir en forma refleja el alimento líquido que llena su boca es decir, hace que estos líquidos pasen al tracto digestivo.

Técnicas:

Lluvia de ideas, Pedir a los participantes que dibujen y nombren las estructuras del seno materno. Colocar en la pizarra los dibujos y sobre la base de ellos explicar su funcionamiento e inter-relación.

Materiales:

Papelógrafo, marcadores, acetatos, Proyector de lámina transparente, Videos etc...

Bibliografía:

- Jan Riordan, Kathleen G. Auerbach. Breastfeeding and Human Lactation. Chicago, Illinois: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 1993.
- Lawrence, Ruth A. La Lactancia Materna. 4ta, Edición., 1996. Mosby./Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Osorno Jairo., Hacia Una Feliz Lactancia Materna., Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
- Savage King F., Cómo Ayudar a las Madres a Amamantar. Ediciones Zas., Ministerio de Salud Pública de Honduras., Liga de la Lactancia Materna de Honduras., UNICEF. Wellstart International., 1996.
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 5: Lactancia materna para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil

Objetivos

Promover y Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su prolongación hasta al menos los dos años con alimentación complementaria

Desarrollo:

La mejor manera de alimentar a los (as) bebés, y la más segura, es amamantarlos (as) exclusivamente, es decir, que el (la) niño (a) no reciba ni agua, ni té, ni refresco diferente a la leche materna, ni utiliza pachas, mamaderas chupetas, consoladores o cualquier producto que pueda colocarse en su boca para calmar su llanto.

Los (as) bebés no necesitan nada diferente a la leche materna, durante los primeros seis meses de vida, ya que la leche de su madre contiene todos los nutrientes que necesita, tales como:

- La cantidad de proteína adecuada a las necesidades del (de la) niño (a). Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se verá que esta última tiene más proteína pero ésta es demasiado para lo que el (la) bebé necesita y son de una clase diferente. Con frecuencia esas proteínas causan inflamación y alergia en los (as) bebés. Algunos aminoácidos que se encuentran en las proteínas de la leche materna y que son indispensables para el desarrollo del cerebro del (de la) bebé, no se encuentran en otras leches en la cantidad requerida.
- Contiene taurina, un aminoácido esencial para el prematuro y muy importante para el desarrollo del (de la) recién nacido (a), puesto que es necesaria para conjugar los ácidos biliares y es además, un posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.
- Contiene más lactosa que la mayoría de leches de otros mamíferos, (la lactosa es el azúcar natural de la leche). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del *Lactobacillus bifidus* que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.
- Las vitaminas que el (la) bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante este período. Los jugos y las vitaminas no solo no son necesarios sino que pueden causar problemas al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos (as).

- La cantidad suficiente de hierro que el (la) niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50% por el intestino, debido a los factores de transferencia contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10% y el de las preparaciones para lactantes, fortalecidas con hierro, se absorbe solamente en un 4%. Los (as) niños (as) amamantados (as) con leche materna no desarrollan anemia ferropénica y no necesitan suplemento de hierro en los primeros seis meses de vida.
- La cantidad de agua que el (la) bebé requiere, aún en climas cálidos.
- La cantidad correcta de sal, calcio y fosfatos.
- Factores de crecimiento.
- Una enzima llamada lipasa, específica de la leche materna, que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares y que interviene en la digestión de las grasas.

Una segunda razón por la cual debe darse al bebé lactancia exclusiva es porque protege tanto la salud del (de la) niño (a) como la de la madre.

Los (as) niños (as) amamantados (as) exclusivamente, tienen menos diarrea que los alimentados con biberón. Y por otra parte presentan menos infecciones respiratorias y del oído medio.

Las razones por las cuales los (as) niños (as) amamantados (as) tienen menos infecciones son:

- La leche materna es limpia y no tiene bacterias.
Contiene:
 - ✓ Anticuerpos (inmunoglobulinas) contra muchas infecciones comunes. Estas ayudan a proteger al (a la) bebé contra la infección hasta que sea capaz de fabricar sus propios anticuerpos. Si una madre tiene una infección, en su leche aparecerán, muy rápidamente, anticuerpos contra esa infección.
 - ✓ Células sanguíneas blancas, vivas, (leucocitos) los cuales ayudan a luchar contra la infección.
 - ✓ Una sustancia denominada "factor bífid", carbohidrato complejo que contiene nitrógeno, que no está presente en los derivados de la leche de vaca y que ayuda a que el "lactobacillus bífidus" crezca en el intestino del (de la) niño (a) evitando el crecimiento de otras bacterias dañinas.

- ✓ Lactoferrina, sustancia que favorece la absorción del hierro. Además, al ligarse con el hierro evita que éste sea utilizado por los gérmenes patógenos intestinales que necesitan hierro para crecer. Por lo que se dice tiene una acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes. Si el (la) niño (a) recibe suplementos de hierro, pueden interferir con la función de la lactoferrina ya que ésta se satura y no acepta más hierro el que al quedar libre puede ser utilizado por bacterias.

Los (as) bebés que continúan siendo amamantados (as) durante una infección, se recuperan más rápidamente que aquellos (as) a quienes se les suspende el amamantamiento.

La lactancia materna exclusiva, aumenta el intervalo entre embarazos. La amenorrea, asociada a la lactancia exclusiva representa un importante mecanismo para espaciar los nacimientos y ofrece protección, superior al 98%, frente a un nuevo embarazo durante los primeros seis meses. Mientras más exclusiva sea la lactancia mayor es la infertilidad que determina.

Es importante considerar la relación entre el espaciamiento de los embarazos, la lactancia y su impacto sobre la salud. Un período intergenésico de por lo menos seis meses después del destete completo permite a la mujer estar en condiciones adecuadas para enfrentar un nuevo embarazo.

En el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) se le pregunta a la madre:

- Si su niño tiene menos de 6 meses.
- Si se mantiene en amenorrea. Y
- Si está amamantando en forma exclusiva, tanto de día como de noche.

Si la respuesta a las tres preguntas es positiva, se le explica a la madre, que tiene menos riesgo de un embarazo (menor al 2%) y que por lo tanto no necesita otro método de planificación familiar en este período.

Si la respuesta a alguna de las preguntas es negativa, se debe considerar el empleo de un método complementario de planificación familiar que no interfiera con la producción de leche.

La leche materna, no siempre tiene la misma composición, sino que varía:

- Según la edad del (de la) niño (a); puede ser Calostro y Leche Madura.
- Si se trata del comienzo de la mamada o del final de la misma.
- Si es un niño prematuro o a término.

Tipos de Leche

El Calostro

- Su producción se inicia con el apego precoz y permanece durante los primeros 4 a 7 días después del parto. Es el primer alimento esencial para la nutrición y salud del recién nacido en los primeros días de vida.
- Es un líquido espeso y amarillento. Este color, está determinado por las altas concentraciones de Vitamina "A". Es de alta densidad y poco volumen, y satisface las necesidades del (de la) recién nacido (a).
- Contiene lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y liposolubles (A, E, K,) carotenos y algunos minerales como Sodio y Zinc.
- La principal inmunoglobulina que se transmite al niño con el Calostro es la IgA que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido inmunidad específica e inespecífica.
- Facilita la eliminación del meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Facilita la producción del lactobacilo bífidus en el lumen intestinal del recién nacido, evitando el crecimiento de bacterias patógenas.

Leche de transición:

Es la leche que se produce entre el 7 y el 14 día post-parto. Cerca del 6 y 8 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando en cantidad, hasta alcanzar un volumen de aproximadamente 600-700 ml por día. Esta leche va variando, en color y apariencia, día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales disminuye, mientras aumentan la lactosa, la grasa y las calorías totales. Las vitaminas hidrosolubles aumentan, y las liposolubles disminuyen hasta los niveles de la leche madura.

Leche madura:

Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la comida, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. Alcanza una producción promedio entre 600 y 900 ml/día.

- Su principal carbohidrato es la lactosa (7.3g%) constituyendo una importante fuente calórica para el (la) niño (a). La alta concentración de lactosa, determina las deposiciones blandas del (de la) niño (a) amamantado (a).
- La cantidad de proteínas en la leche materna es perfecta para el crecimiento del (de la) niño (a) y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas de la leche materna no se ve afectado por la ingesta de la madre.
- La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien.
- Las grasas son la principal fuente de calorías del lactante.
- La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga y el porcentaje de ácidos grasos poli-insaturados es mayor que el de los saturados.
- El nivel de grasa es bajo al comenzar el amamantamiento (leche delantera o del inicio) y aumenta a medida que el (la) niño (a) mama (leche del final o trasera).
- A pesar de que el contenido de hierro en la leche materna es pobre, su absorción es mayor en relación al de las otras leches.

Leche del comienzo y del final de la mamada:

La leche del comienzo es la que sale cuando el (la) niño (a) principia a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado, como tiene mucha agua (en relación a los solutos) le calma la sed al (a la) niño(a): a la vez, también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La leche del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa, por lo tanto le brinda más energía, al (a la) niño (a) lo que es necesario para satisfacerle en cuanto a su saciedad y para un aumento de peso satisfactorio. Si se le retira del pecho muy pronto éste no obtendrá leche del final y no crecerá adecuadamente. Además, por su mayor contenido de grasa, es rica en las vitaminas liposolubles A,D,E,K.

Si se cambia muy rápidamente al (a la) niño (a) de un pecho al otro, sin que haya obtenido la leche del final sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos (as) bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Leche de pretérmino:

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación producen durante un periodo prudencial una leche con una composición diferente. La leche de pretérmino contiene, en comparación con la leche de un (a) niño (a) a término, mayor número de sustancias que aportan las defensas necesarias para luchar contra las infecciones

especialmente contra la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa, que la leche madura, siendo ésta la combinación más apropiada para el (la) niño (a) inmaduro (a) quien tiene requerimientos más elevados de proteínas y menor capacidad de digestión de la lactosa.

La lactoferrina y la IgA están en mayor abundancia, por lo que es más adecuada a las necesidades del prematuro que cualquier preparación artificial.

Orientaciones al capacitador:

Recordar que la concentración de la proteína es menor, en relación al Calostro y que también es menor que en la leche de vaca, razón por la cual la madre observa rala su leche y de un color azulado.

Todos los niños y niñas deben alimentarse exclusivamente con leche materna los primeros seis meses de vida.

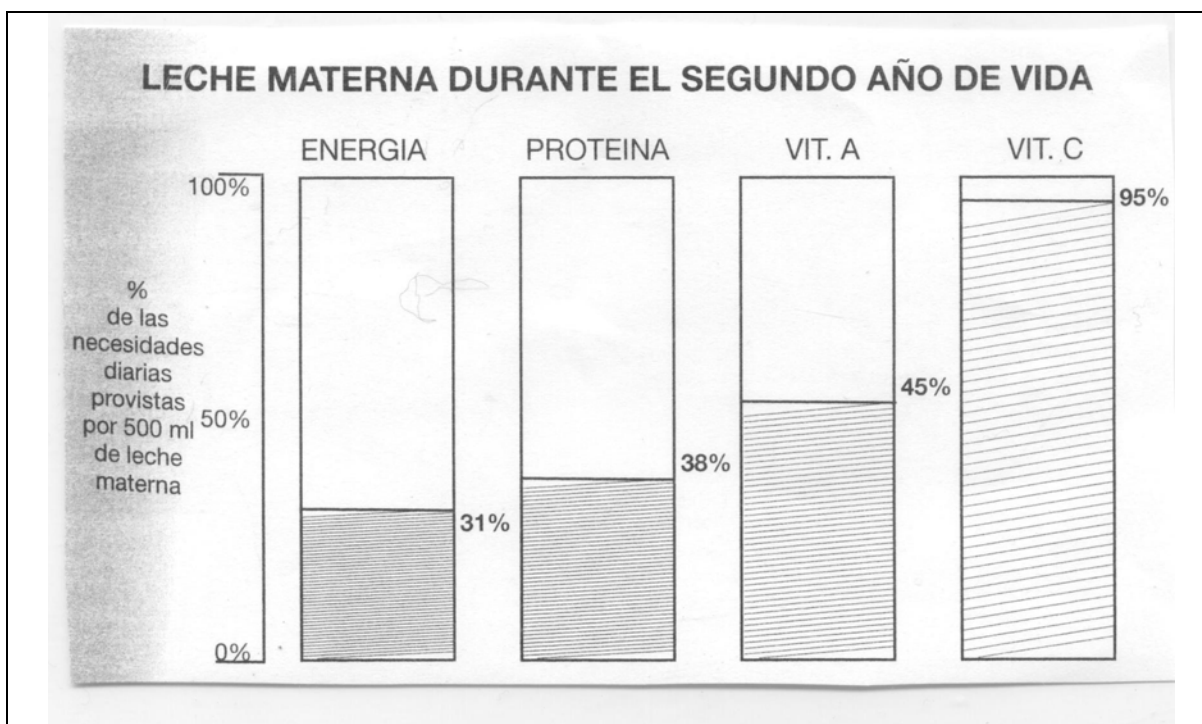
- No deben darse, a los (las) recién nacidos (as), preparaciones para lactantes ni otras leches diferentes a la de su madre.
- La OMS recomienda mantener la lactancia natural durante los dos primeros años de vida, especialmente en los países en desarrollo.

Las siguientes acciones, interfieren directamente con la lactancia materna exclusiva cuando la madre no está adecuadamente informada y se siente insegura:

- Dar al (a la) niño (a) bebidas u otros alimentos diferentes a la leche materna.
- Dar al (a la) niño (a) pacha/biberón, mamaderas o "consoladores".
- Limitar el número de mamadas.
- Limitar la duración de la mamada.

Otros factores que intervienen:

- La influencia negativa de algún personal de salud así como de familiares y vecinos.
- Los diferentes problemas del amamantamiento.
- Las experiencias negativas anteriores etc.
- Las campañas comercializadoras a favor del uso de sucedáneos de la leche (leche maternizada).
- Desconocimiento de los derechos de la mujer trabajadora lactante.
- Desconocimiento de las técnicas de extracción y conservación de la leche materna en caso de mujeres trabajadoras.



Técnica: Discusión de grupo, revisión de documentos que respaldan la lactancia materna exclusiva para el menor de seis meses. Declaración de Innocenti, Conferencia Internacional de Nutrición, Asamblea Mundial de la Salud., etc.

Materiales: Papelógrafo, Crayones, Documentos citados, láminas de acetato, Retroproyector de lámina transparente.

Bibliografía:

- Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile., Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud., Santiago de Chile, 1997.
- Lawrence, Ruth A. La Lactancia Materna. 4ta, Edición., 1996. Mosby./Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Osorno Jairo., M.D., Hacia una Feliz Lactancia Materna. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia. 1992
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 6: Técnicas del Amamantamiento

Objetivos

- Reconocer los elementos básicos que contribuyen a una lactancia exitosa.
- Mostrar a las madres cómo alcanzar correctamente su propia técnica, para el amamantamiento de su bebé.

Desarrollo

Técnicas del amamantamiento

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como su bebé desee - facilitando la proximidad del (de la) bebé y la madre, en lugar de separarlos - y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón.

Por lo anterior, vemos que el amamantamiento debe comenzar inmediatamente después del parto. La primera hora, después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho entre madre e hijo y para que el bebé aprenda a succionar, ya que por lo general está alerta y su reflejo de succión es fuerte.

El trabajador de la salud debe dejar que la madre cubra al bebé para evitar enfriamientos y que mantenga al bebé junto a ella. De esta manera el (la) bebé podrá succionar el seno las veces que desee y se estimulará la secreción de oxitocina y de prolactina para una buena iniciación de la lactancia.

El apego precoz, es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto; durante este período la madre e hijo (a) deben permanecer en una relación de intimidad y contacto, preferiblemente en contacto piel a piel, que les permita conocerse mutuamente. Esta primera experiencia funcional y de contacto entre madre e hijo (a) es fundamental para el éxito de la lactancia y para fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico-emocional del (de la) niño (a).

La madre, reconoce los rasgos físicos del (de la) hijo (a) e intenta reconocer los códigos de comunicación de sus gestos y movimientos. El (la) niño (a) por su parte, está dotado (a) de habilidades sensoriales y neuromotoras que le permiten identificarse con su madre, buscar sus ojos, reconocer su olor, manifestarle sus necesidades y esperar de ella una respuesta.

Todos estos procesos obedecen a una secuencia continua de acontecimientos neurohormonales recíprocos del binomio madre-hijo (a). Si se interfiere en este período crítico se altera en menor o mayor grado el proceso de formación del vínculo. El sentimiento de apego o vínculo forma la base de los patrones de comportamiento afectivo-emocional del individuo. En la madre produce una íntima satisfacción de su rol de mujer, fortalece su autoestima y le da más seguridad en sí misma.

El contacto piel a piel puede ser: completo si el (la) bebé está desnudo (a) sobre el cuerpo de la madre o cerca de ella en la cama o puede ser parcial, es decir, la carita del (de la) bebé contra el pecho de la madre, la mano de la madre sobre el cuerpo del (de la) bebé. Pero, si el cuerpo del (de la) bebé está completamente cubierto, la madre puede estar sosteniéndolo (a) pero no tener un contacto piel a piel con él (ella).

Un elemento esencial es el método o la técnica que usa la madre para colocar a su bebé al pecho.

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: La glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar.

Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico.

No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al (a la) niño (a).

Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del (de la) niño (a), considerando la adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del (de la) niño (a) con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del (de la) niño (a) al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda el (la) niño (a).
- Duración de las mamadas que aseguren la extracción de los dos tipos de leche.

Cualquiera que sea la posición que adopte la madre, lo más importante es que el (la) niño (a) quede a la altura del pecho, sin tener que girar, extender o halar demasiado la cabeza para lograrlo y frente al cuerpo de su madre.

La madre tendrá buena disposición y confianza de amamantar si el equipo de salud apoya, promueve y facilita la práctica de la lactancia materna no como una alternativa, sino como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al (a la) niño (a).

Durante la lactancia, madre y niño (a) pasan juntos muchas horas al día por lo que, la forma en que se realice el amamantamiento tiene que ser cómoda y agradable para ambos.

La elección de la posición para amamantar depende de las circunstancias de la madre y del (de la) niño (a) y ha de ser la más cómoda y eficiente para ambos.

La madre puede amamantar sentada o acostada. De preferencia debe buscar un lugar tranquilo, sin demasiado ruido e iluminación. Si esto no es posible hacerlo discretamente en cualquier lugar.



Posición sentada o clásica.

Hay muchas posiciones que son más favorables para casos específicos como la madre cesareada, los gemelos, el (la) niño (a) hipotónico, el (la) niño (a) con labio leporino o paladar hendido, etc.

Veamos algunas posiciones que podemos enseñar a la madre para que ella elija la que considere más cómoda.

Posición del (de la) niño (a) con la madre sentada.
Esta es la más común.

Si la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la espalda. Es más cómodo apoyar los pies sobre algún mueble. Si el (la) niño (a) es demasiado pequeño es conveniente usar una almohada o cojín para acomodarlo a la altura del pecho.

Posición de sandía o de pelota

En esta posición se ubica el (la) niño (a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del (de la) niño (a) con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita. La mano contraria ofrece el pecho.

Esta posición es cómoda para alimentar a gemelos simultáneamente.



Posición de sandía

También se recomienda en caso de cesárea ya que con ella no se presiona el abdomen o "la herida". Hay madres que prefieren esta posición para alimentar en casos normales.



Posición Reversa

Posición reversa

La madre ofrece el pecho con la mano del lado que amamanta. La otra mano sostiene la cabeza del (de la) niño (a). En esta posición se requiere de una almohada o un cojín para ubicar el cuerpo del (de la) niño (a) a la altura de los pechos. Esta forma permite deslizar al niño de un pecho al otro sin cambiarlo de posición. Es útil cuando el (la) niño (a) tiene preferencia por un pecho o cuando en la posición tradicional acostado se estimula el reflejo de búsqueda con el roce del brazo. Hay madres que amamantan habitualmente en esta posición.

Sentado frente a la madre

En esta posición, el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

La madre afirma el cuerpo del (de la) niño (a) con el antebrazo del lado que amamanta. Esta posición resulta mas cómoda sentando al niño sobre una almohada o cojín.

Posición de caballito

Es una pequeña variación de la posición anterior. El nombre de posición "de caballito" viene de que el (la) niño (a) se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna.

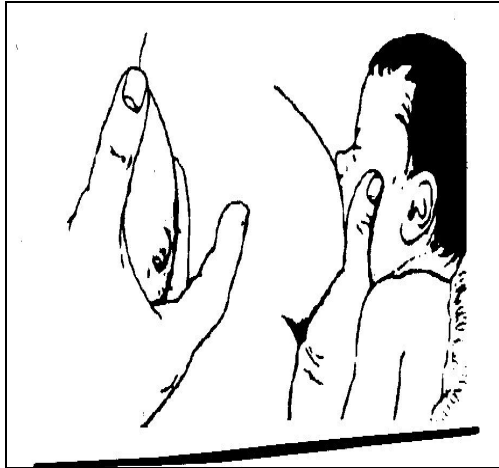
En las posiciones verticales, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de "C" en la base del cráneo, apoyando los dedos medio y pulgar detrás de las orejas.

Si se apoya la parte posterior de la cabeza con la palma de la mano, el (la) niño (a) responde con un reflejo de extensión que lo hace llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho.



Posición de caballito

Estas posiciones verticales se recomiendan en caso de mamas muy grandes, grietas del pezón, reflejo eyectolácteo aumentado, niños (as) hiper o hipotónicos (as), niños (as) con labio leporino o paladar hendido.



Mano de bailarina

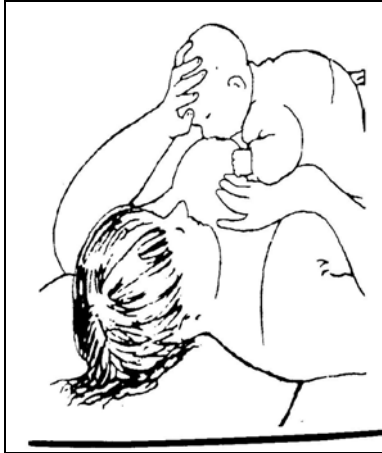
Mano de bailarina

En el caso del (de la) niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho. La mano en "C" sostiene al pecho, pero el dedo índice se adelanta y se apoya debajo del mentón del (de la) niño (a) (mano de bailarina) para sostener la mandíbula y ayudar a los movimientos de succión.

Posiciones del (de la) niño (a) con la madre acostada

Posición tradicional, niño acostado de lado: El (la) niño (a) está acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del (de la) niño (a) se apoya en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del (de la) niño (a) queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo debe abrazarla por el costado del tórax. La mano del brazo que acuna al (a la) niño (a) debe tomarlo firmemente de la región glútea, de manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar el (la) niño (a) al pecho.

Con la otra mano la madre debe ofrecer el pecho, estimulando el reflejo de búsqueda mediante el roce del labio inferior del (de la) niño (a) para que abra la boca.



Posición en decúbito ventral

Niño (a) sobre la madre, en decúbito ventral

En esta posición la madre está acostada de espaldas y el (la) niño (a) se acuesta en decúbito ventral sobre su pecho. Ella le sostiene la frente con su mano.

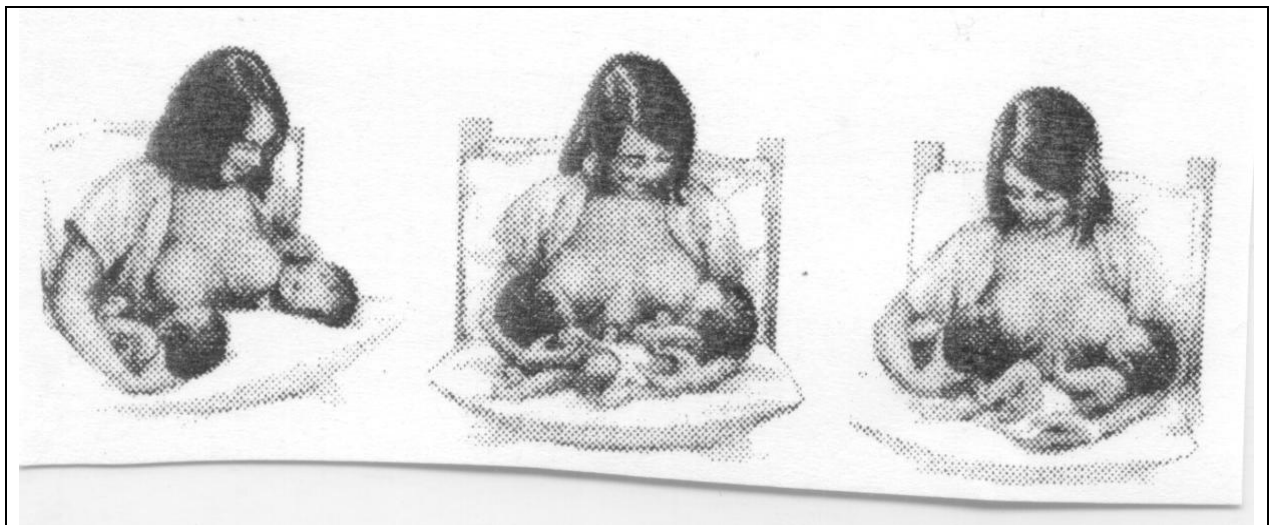
Esta posición es muy práctica cuando el reflejo de eyección es excesivo.

Amamantamiento de gemelos:

Para amamantar gemelos la madre debe buscar la posición que sea más cómoda y adecuada a: características de sus pechos, condición de los niños, indicaciones especiales, etc. Es necesario ayudarla para que en lo posible adopte una técnica que le permita amamantar a ambos niños simultáneamente, uno de cada pecho.

Otro paso importante es evitar la lesión en el pecho y en el tejido del pezón en el caso de necesidad de interrumpir la succión del (de la) bebé. Para esto, la madre coloca un dedo en la comisura de la boca del (de la) bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro.

Amamantando a gemelos.



Evaluar un amamantamiento debe ser una habilidad del trabajador de la salud, para poder ofrecer intervenciones adecuadas.

¿Cómo se sabe si un bebé está mamando en la posición correcta?

- * Su cuerpo está pegado al cuerpo de su mamá.
- * La boca y la mandíbula están pegados al pecho.
- * La boca está completamente abierta y los labios se ven invertidos.
- * La mayor parte de la aréola, o toda ella, está escondida en la boca del bebé.
- * El (la) niño (a) da chupadas grandes y despaciosas.
- * El (la) niño (a) está relajado y feliz.
- * La mamá no siente dolor en los pezones.

Técnica:

Utilizar un muñeco para demostrar las diferentes posiciones y hacer sociodrama en parejas (Trabajador y Madre)

Materiales:

Proyector de láminas transparentes, Diapositivas, Muñeco,

Bibliografía:

- Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud., Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile., Santiago de Chile, 1997
- Osorno Jairo., M.D., Hacia una Feliz Lactancia Materna. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia. 1992
- Rodríguez-García R., Schaffer Lois A., Yunes Joao., Educación en Lactancia. Para los Profesionales de la Salud. Universidad de Georgetown, Organización Panamericana de la Salud., OMS., Washington, D.C. EUA., 1990.
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 7: Técnicas de Extracción Manual de la Leche Materna. Cómo conservar y administrar la leche extraída

Objetivos

- Enseñar a las madres cómo extraer manualmente su leche.
- Indicar a las madres la forma correcta de conservación de la leche materna.
- Mostrar a la madre la forma de administrar su leche al bebé utilizando taza, vaso o cuchara.

Desarrollo

Es recomendable que toda madre aprenda la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo (a). La extracción manual, es la forma más económica y conveniente para que una madre extraiga su leche. Además, la extracción manual le ayuda a mantener su producción, prevenir y aliviar la congestión de sus pechos.

Es importante también que la madre aprenda la forma de alimentar a su bebé que no interfiera con el amamantamiento.

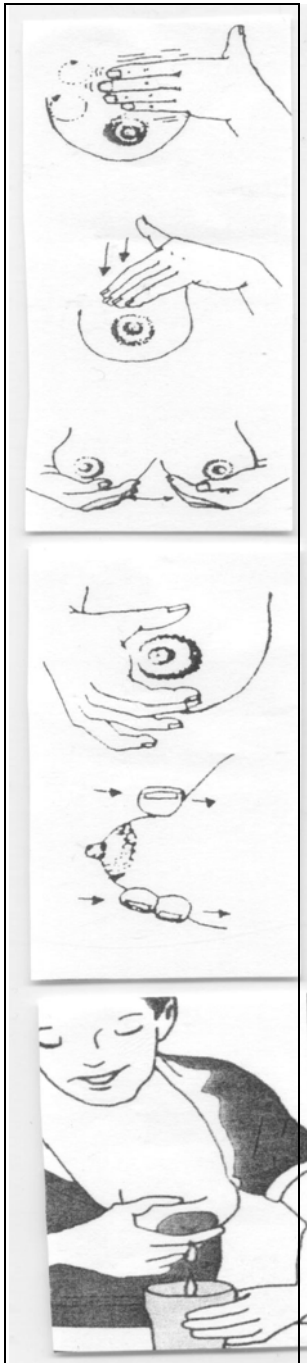
La extracción manual se recomienda cuando:

- Las madres no pueden comenzar a amamantar.
- Las madres tienen separaciones periódicas.
- La madre está hospitalizada.
- El bebé es prematuro o de muy bajo peso.
- Evitar y/o aliviar la congestión mamaria.
- Para aliviar el goteo.

Extracción y conservación de la leche materna

Técnica para la extracción manual de su leche, y algunos consejos a seguir para que sea exitosa:

- Prepare un recipiente limpio, de boca ancha, como una taza o un plato hondo.
- Lávelo con agua y jabón.
- Vierta agua hirviendo en el recipiente y déjela cinco minutos. Bote el agua del recipiente cuando comience a extraerse la leche.



Extrayendo su leche

- Lave sus manos; coloque el recipiente sobre la mesa y sosténgalo con una mano para recoger la leche extraída.
- Si el pecho está duro y doloroso, inclínese hacia adelante y, con mucha delicadeza, empiece a tocar la piel del pecho; primero, en las áreas más lejanas del pezón, tratando de detectar los sitios más sensibles y los más duros, tratando de disolver la dureza con un masaje circular, muy suave en estas áreas. Apenas esté blando, vaya alejándose poco a poco hasta acercarse a la areola. Casi siempre, en este momento empieza a gotear la leche.
- Coloque su mano en forma de "C", el dedo pulgar sobre la parte superior de la aréola y el dedo índice por debajo de ella. Recuerde que los senos lactíferos están por debajo de la areola, así que trate de abarcarla toda.
- Presione con el pulgar y el índice hacia adentro, dirigiéndose hacia la pared del tórax (las costillas). De esta manera, aísla los senos lactíferos del resto del tejido del pecho.
- Ahora, sin que sus dedos resbalen, quemando la piel que está delicada y tensa, haciendo un movimiento de rotación, presione sobre los senos lactíferos, como cuando le toman huella digital y comience a presionar y soltar, presionar y soltar.
- Presione y suelte. Al comienzo, puede que no salga leche, pero después ésta goteará y luego observará que, en la mayoría de los casos, hay chorros diminutos de leche, como si fuera una regadera; pudiendo llegar muy lejos, en los casos en que el reflejo de eyección sea muy activo.
- En una mamá relajada, los chorros de leche pueden alcanzar varios metros y ser motivo de satisfacción; en una mamá, antes tensa y dolorida, pueden ser una demostración de gran valor psicológico, de motivación y felicidad, al saber que ella sí produce leche en cantidad.

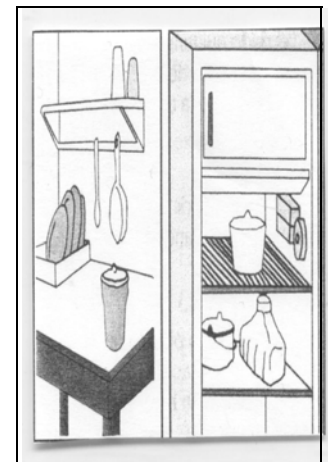
- No apriete el pezón. La presión, o la tracción del pezón, no exprimen leche. Es lo mismo que si el bebé succiona únicamente del pezón.
- Cambie la posición de los dedos alrededor de la areola, siguiendo un orden; por ejemplo, la dirección de las manecillas del reloj, para que así se drenen todos los senos lactíferos con eficiencia.

¿Cómo guardar la leche extraída?

- El envase utilizado deberá taparse para guardar la leche.
- Guardar en el envase sólo la cantidad de leche que consumirá el bebé en una comida.
- Si la madre guarda varios envases en un lugar, cada envase debe marcarse con la fecha o con alguna señal que indique el orden de extracción, la que deberá ser la misma en que se le dará al bebé (Debe usar primero la leche más vieja).

a) Cuando NO se dispone de refrigeración.

La leche se mantiene bien, en un envase limpio, a temperatura ambiente de 8 a 10 horas (ocho a diez).



Guardando su leche

b) Cuando se dispone de refrigeración.

Coloque el envase, en la parte más fría del refrigerador durante 48 a 72 horas.

c) Si la congela:

- Puede guardarla durante tres meses en el freezer de su refrigerador.
- Puede guardarla durante un año en un congelador rápido a -20°C sin embargo, no se recomienda.

No se recomienda volver a congelar la leche materna que ha sido total o parcialmente descongelada. Esté atenta a esto cuando la transporte. Por esta razón, se recomienda esperar a congelar en el lugar donde va a ser usada.

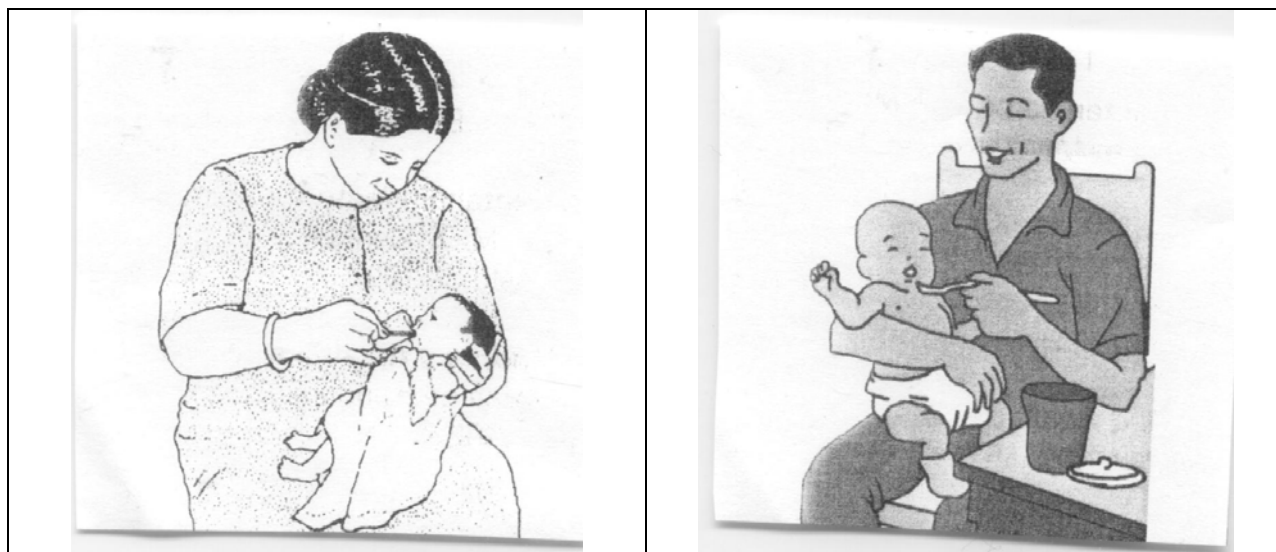
Tampoco se debe usar la porción que el (la) niño (a) deja en el recipiente pues la misma saliva del (de la) niño (a) puede contaminarla.

Para descongelar la leche: Descongele lentamente, dejándola en el refrigerador la noche anterior (del freezer a la parte baja del refrigerador). Momentos antes de usarla, colocarla en un recipiente con agua tibia, no hirviendo, (el calor excesivo destruye enzimas y proteínas) y usarla dentro de un período no más de 12 horas.

Descongele la cantidad total ya que la grasa se separa al congelar.

No se recomienda usar el microondas para descongelar.

¿Cómo administrar la leche materna?



Para dar la leche extraída se debe usar; taza, vaso o cucharita dándosela en pequeñas cantidades. Poco a poco el bebé y la madre serán expertos.

Taza o vaso: Para usarlos se requiere de cierto adiestramiento, tiempo y paciencia. Tiene la ventaja de estar siempre a mano, ser muy fácil de limpiar y no interferir en el patrón normal de amamantamiento. Para darle hay que tener al (a la) niño (a) en brazos, en posición casi vertical, acercarle la taza junto al labio superior, esperar que él adelante su lengua hasta el borde y "succione" lentamente el contenido con el labio superior.

La persona que alimenta al (a la) niño (a) debe procurar una óptima interacción con él, ya que esto le reportará beneficios para su desarrollo afectivo-emocional. Si el (la) niño (a) aún se amamanta, se recomienda que la persona que dé la leche en vaso no sea la madre, para que el (la) niño (a) mantenga la asociación de ella con el amamantamiento y le resulte más gratificante, cómodo y natural alimentarse del pecho.

Técnica:

Realizar práctica de cómo enseñar a extraer la leche manualmente, discutir sus ventajas y cuándo hacer uso de ella. Se puede hablar con una mamá lactante que acepte hacer la demostración ante el grupo. Hacer la demostración de cómo dar la leche con taza o vaso.

Materiales:

Vaso plástico de boca ancha con su tapa, toalla para el secado de manos, lavamanos, papelógrafo, marcadores, retroproyector de lámina transparente, láminas de acetato, videos, VHS, Televisor, diapositivas, proyector de diapositivas.

Nota al capacitador: Enfatizar la necesidad de sacar los gases y la técnica para hacerlo.

Bibliografía:

- Lawrence, Ruth A.. La Lactancia Materna. 4ta, Edición., 1996. Mosby./Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Osorno Jairo., Hacia Una Feliz Lactancia Materna., Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
- Savage King F., Cómo Ayudar a las Madres a Amamantar. Ediciones Zas., Ministerio de Salud Pública de Honduras., Liga de la Lactancia Materna de Honduras., UNICEF., Wellstart International., 1996
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 8: Problemas comunes del amamantamiento

Objetivos

- Identificar los posibles problemas que la madre puede presentar con relación al amamantamiento durante su control de puerperio.
- Ayudar a la madre a solucionar los problemas clínicos, del amamantamiento y orientar sobre la forma de prevención.

Desarrollo:

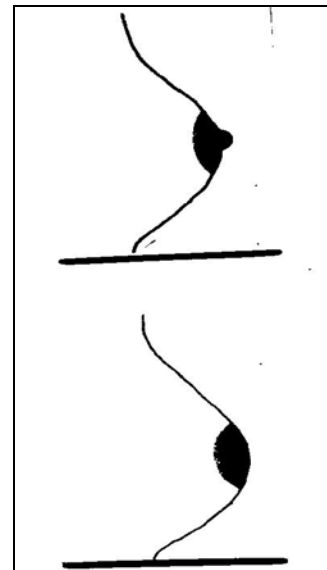
Problemas clínicos que interfieren con la lactancia materna.

Durante el puerperio tanto la madre como el (la) niño (a) pueden presentar algunos problemas que interfieran la lactancia materna y que pueden ser solucionados mediante la aplicación de tratamientos sencillos; pero adecuados a cada situación.

Los problemas más comunes en la madre son:

1. Pezones planos o invertidos.
2. Grietas del pezón.
3. Dolor al amamantar.
4. Congestión mamaria.
5. Micosis mamaria.
6. Mastitis.
7. Absceso mamario.
8. Cirugía mamaria previa.
9. Reflejo de eyección inhibido.
10. Reflejo de eyección excesivo.

Pezones planos o invertidos: Si no se detectó este problema durante el embarazo, y por lo tanto, no hubo intervención para su solución, y la madre tiene este problema, el trabajador de la salud debe indicar a la madre que, previo a ofrecer el pecho al niño, extraer un poco de leche para ablandar la zona areolar. Colocar al (a la) niño (a) para que aprenda a introducir pezón-aréola correctamente dentro de su boca. El amamantamiento ayudará a estirar el pezón.



**Tipos de pezones
Común y Plano**

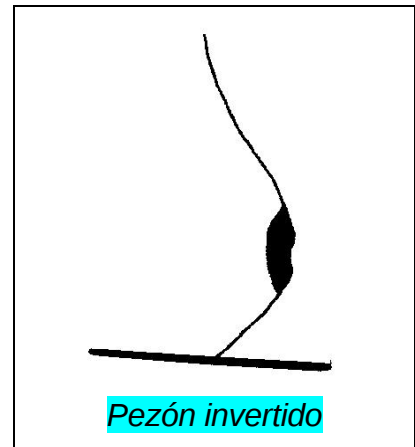
Los pezones invertidos son poco comunes y se pueden hacer varias acciones prenatales y post natales para facilitar la lactancia.

Entre las medidas prenatales se puede hacer uso del brassier con agujero en la punta de la copa a fin de que al ejercer presión el pezón salga. Otras medidas como la jeringa invertida o ejercicios, deben utilizarse únicamente bajo las indicaciones de personal calificado.

Entre las post natales se pueden utilizar las siguientes:

- Estimulación de los pezones antes de amamantar.
- Uso del extractor de leche antes de amamantar.
- Dar el pecho lo más pronto posible después del parto.
- Sentarse de lado, apoyada en los antebrazos.
- Evitar el uso de mamilas y consoladores.
- Succión del compañero.

Si resulta imposible que el (la) niño (a) mame, se debe extraer la leche y darle al niño con vaso o cuchara. Este procedimiento será una medida temporal mientras el (la) niño (a) logra acoplarse al pecho.



Grietas del pezón: Si un (a) niño (a) succiona en mala posición y agarra mal el pecho, la piel del pezón se puede dañar y entonces puede aparecer una fisura o grieta.

- Si la grieta es leve se corrige sólo con utilizar la técnica adecuada de amamantamiento, de modo que el pezón y la areola queden dentro de la boca del (de la) niño (a).
- No deben usarse cremas cicatrizantes ya que sólo mantienen la humedad y retardan la curación. * Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejarla secar al aire o exponerlos al sol o al calor seco por algunos minutos.
- Si la grieta es extensa y dolorosa se deben probar distintas posiciones del (de la) niño (a) al mamar, como por ejemplo, el (la) niño (a) sentado frente a la madre.
- No se recomienda distanciar las mamadas.
- Si aún usando la técnica correcta, la grieta se abre al amamantar, se debe extraer manualmente toda la leche cada 3-4 horas y darla al (a la) niño (a) con taza o cuchara por un período de 24-48 horas.

En grietas que no curan se debe sospechar la sobre infección micótica o succión disfuncional, por lo que es importante examinar la boca y la succión del (de la) niño (a). (Ver Tema 9).

Toda madre con grieta debe ser controlada periódicamente hasta resolver el problema, ya que puede complicarse con una mastitis.

Dolor al amamantar: La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplado de la boca-pecho al mamar. Si el (la) niño (a) introduce en su boca solo el pezón y no la aréola, la presión de las encías y la tracción del pezón producen dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) puede producir dolor aún con una buena posición de amamantamiento.

Otra causa de dolor es la infección de la piel del pezón y/o areola, siendo la micosis la más frecuente.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche. Esto provoca que el (la) niño (a) no reciba suficiente leche para mamar, manifestándose con inquietud y llanto. La madre se angustia, inhibiéndose aun más la eyección de la leche provocando un círculo vicioso que lleva al fracaso de la lactancia.

Nota al personal de salud: El amamantar no debe producir dolor si la posición y el acoplamiento del (de la) niño (a) son correctos y los pezones están sanos.

Congestión mamaria: Es la retención de leche producida por vaciamiento infrecuente y/o insuficiente de las mamas. La congestión puede ser primaria o secundaria.

La congestión primaria se manifiesta en que ambas mamas están aumentadas de tamaño, duras y sensibles, pero de las cuales se puede extraer la leche. Se produce por mamadas infrecuentes o insuficientes.

La congestión mamaria se previene utilizando una buena técnica y amamantamiento frecuente.

El tratamiento consiste en un vaciamiento efectivo, hecho idealmente por el (la) niño (a). Si la congestión compromete la areola, el (la) niño (a) no siempre será capaz de introducirla en su boca. En este caso, se debe extraer la leche manualmente hasta ablandar la zona de la areola para que el (la) niño (a) pueda mamar efectivamente.

En la congestión secundaria, además de la acumulación de leche, se presenta edema de la mama, que en casos extremos lleva a obstruir los conductos, impidiendo la salida de la leche. Las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes y en algunas ocasiones enrojecidas.

El manejo incluye el uso de analgésicos, compresas frías y la extracción manual o mecánica frecuente. El cuadro cederá al disminuir el edema, permitiendo que la leche fluya nuevamente.

Para vaciar la mama es conveniente estimular previamente la areola y el pezón para desencadenar el reflejo de eyección y luego extraer manualmente o por amamantamiento del (de la) niño (a).

La congestión secundaria demora dos o tres días en desaparecer y puede ocasionar daño en el epitelio alveolar.

Micosis mamaria: Es una infección de la zona del pezón y de la aréola producida por el hongo *Monilia* o *Cándida albicans* (candidiasis o moniliasis). Es conocida como algodoncillo, mugget. Se manifiesta por manchas blancas dentro de la boca del bebé. En casos severos, en la madre, puede llegar a comprometer los conductos mamarios.

El síntoma más característico es el dolor quemante y persistente en los pezones y la areola. Los que se ven levemente hinchados y de un color rosado violáceo (platinado) que contrasta con el color oscuro que tenían antes de infectarse.

La micosis mamaria puede manifestarse únicamente con la lesión de la piel, sin otra sintomatología, o llegar a producir un dolor muy intenso, quemante y punzante, durante y después de la mamada.

Frente a cualquier sospecha de micosis mamaria o en presencia de gusanillo en el (la) niño (a), se debe tratar a ambos con antimicóticos locales aplicados en la boca del (de la) niño (a) y en el pezón y areola de ambos pechos después de cada mamada, por lo menos durante 10 días. Indique a la madre no suspender el amamantamiento.

El antimicótico de elección en estos casos suele ser la Nistatina.

Se debe tener presente que todo objeto que haya estado en contacto con el hongo está contaminado y puede ser fuente de reinfección (chupetes, juguetes, dedos del (de la) niño (a), ropa de la madre, etc.).

Mastitis: Es un proceso infeccioso del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuya puerta de entrada más frecuente son las grietas del pezón. Se caracteriza por dolor, congestión y enrojecimiento localizado, generalmente unilateral. Con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre y escalofrío.

En el manejo de la mastitis, el objetivo es detener la infección antes que evolucione hacia el absceso mamario, siendo mayor el riesgo de abscedarse en las madres que dejan de amamantar.

El tratamiento incluye:

- No dejar de amamantar.
- Reposo en cama por 24-48 horas (La madre necesita reposo, NO la mama).
- Analgésicos o anti-inflamatorios (Acetaminofén).
- Líquidos abundantes para satisfacer su sed.
- Vaciamiento frecuente de la mama, sin que esté contraindicado que el (la) niño (a) continúe mamando, pues la infección está en el tejido extraglandular.
- Antibióticos por lo menos durante 10-14 días (según indicación médica).

Absceso mamario: Si no se soluciona el problema causado por la obstrucción de los conductos, o una mastitis mal tratada éste, puede evolucionar a un absceso. Este se presenta como una hinchazón dolorosa, caliente que al palparla se siente como si estuviese llena de líquido.

Se debe tener en cuenta que:

Cuando se produce una inflamación en cualquier parte del cuerpo, es necesario que el cuerpo descanse para que la inflamación disminuya. Sin embargo, con la inflamación en el pecho o sin ella, el pecho lactante debe ser evacuado permanentemente, ya sea por el (la) niño (a) o mediante extracción manual, para evitar más problemas.

Cirugía mamaria previa: Muchas veces las mujeres que han tenido este tipo de cirugía tendrán dificultades para mantener una adecuada producción de leche. Se recomienda amamantar lo más frecuentemente posible y extraer manualmente después de la mamada para incrementar el estímulo y la producción.

Reflejo de eyección inhibido: La inseguridad, la tensión y el dolor al amamantar pueden interferir con el reflejo de eyección, impidiendo un buen vaciamiento mamario y por lo tanto, una disminución en la producción de leche.

El (la) niño (a), que siempre empieza a mamar ávidamente, se frustra al no tener leche para satisfacer su hambre; se manifiesta ansioso (a) e irritado (a) y adopta una posición rígida, se retira del pecho echando la cabeza hacia atrás, llora y se resiste a acercarse nuevamente.

La repetición de la experiencia condiciona al (a la) niño (a) a rechazar el pecho al empezar la mamada, aumentando aún más la tensión de la madre. Esta situación se agrava si se recurre al uso de suplementos en mamaderas, de los que el (la) niño (a) extrae la leche con menor esfuerzo.

El manejo de estos casos consiste en revisar la técnica de amamantamiento y solucionar la causa del dolor y la tensión de la madre.

Si la leche ha disminuido en forma significativa, se puede recurrir a la reinducción de la lactancia, que permite al niño recibir leche de inmediato al mamar y facilitar el reflejo de eyección.

Reflejo de eyección excesivo: En los casos de reflejo de eyección excesivo también se puede condicionar un rechazo al amamantamiento por un efecto diferente.

Al iniciar la mamada, la madre presenta una gran descarga de leche que atraganta al niño, o bien la deglución de una cantidad excesiva de leche le produce distensión gástrica dolorosa, condiciones que le hacen desagradable la experiencia del amamantamiento. Se recomienda extraerse un poco de leche antes de iniciar la mamada, ya que contribuye a resolver el problema.

Técnica:

Discutir las diferentes causas de los problemas comunes de la lactancia, Presentar estudios de casos o experiencias de los asistentes, Observar en la consulta la prevención y el manejo temprano de los problemas clínicos.

Materiales:

Papelógrafo, marcadores, retroproyector de lámina transparente, láminas de acetato, diapositivas, proyector de diapositivas y folletos con "Estudios de Casos"

Bibliografía:

- Lawrence, Ruth A.. La Lactancia Materna. 4ta, Edición., 1996. Mosby./Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Osorno Jairo., Hacia Una Feliz Lactancia Materna., Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 9: Problemas más comunes en el (la) niño (a)

Objetivo:

- Identificar y brindar estrategias de solución a problemas que pueden presentarse en el (la) niño (a) y que interfieran con la lactancia materna.

Desarrollo:

Cuando el (la) niño (a) no quiere mamar, la mayoría de las veces se trata de un problema relacionado con una técnica de amamantamiento defectuosa que, por lo general, es fácil de identificar y corregir. Pero podría ser un signo de que el (la) bebé está enfermo (a), y en ocasiones muy seriamente enfermo (a).

Los principales problemas pueden ser:

1. Disfunción motora oral.
2. El (la) niño (a) está enfermo (a).
3. El (la) niño (a) con problema en nariz o boca.
4. El (la) niño (a) es pequeño y con dificultades para succionar.
5. El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones.
6. El (la) niño (a) está mal colocado o agarra mal.
7. Problemas con la técnica de amamantamiento.

Disfunción motora oral: Es la alteración de la avidez y del patrón de succión que no le permite acoplarse adecuadamente al pecho de su madre para extraer la leche. Para mamar, el (la) niño (a) debe ser capaz de abrir la boca para introducir el pezón entre la lengua y el paladar; la lengua, avanza sobrepasando la encía inferior y efectúa un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás extrayendo la leche de los senos lactíferos ubicados bajo la aréola.

Este problema puede presentarse ya sea por inmadurez, problemas neurológicos, dolor provocado por el uso de fórceps o también por el uso de mamaderas o chupetes.

El trabajador de la salud debe ser capaz de detectar este problema para orientar adecuadamente a la madre y ayudar a una lactancia feliz. Para diagnosticarlo se debe hacer la evaluación motora-oral del (de la) recién nacido (a).

Evaluación motora oral:

1. Evaluación motora general:

- Con el bebé despierto y tranquilo: Se debe observar la flexión de las extremidades. Si se extienden, éstas deben volver espontáneamente a su posición inicial.
- Si se levanta al niño en decúbito ventral, tiende a levantar la cabeza.
- Al sostenerlo por la región axilar, debe tener el tono suficiente para no deslizarse.

2. Evaluación oral:

- Tocar el labio inferior con el dedo índice, estimulando el reflejo de búsqueda
- El (la) niño (a) lleva la cabeza hacia adelante y abre la boca; la lengua, sobre el piso de la boca, sobrepasa la encía inferior
- Introducir el dedo en la boca, con el pulpejo hacia arriba, y presionar suavemente el paladar para estimular el reflejo de succión.
- La lengua, envuelve el dedo con movimiento ondulatorio, de afuera hacia adentro traccionándolo firmemente hasta el límite del paladar duro.
- Los labios están apoyados relajadamente sobre el contorno del dedo y no tienden a irse hacia adentro.



La evaluación motora - oral, es importante para valorar la avidez y la fuerza de succión y debería ser parte de las actividades de control del (de la) recién nacido (a), especialmente si éste es prematuro, de bajo peso o presenta alguna patología neurológica.

El (la) niño (a) con disfunción motora - oral, presenta manifestaciones neuromotoras generales que son características, de las cuales las más frecuentes son:

*** Hipertonía:** El (la) niño (a) adopta una posición de extensión, con las extremidades en tensión y la cabeza hacia atrás, los músculos del cuello anterior traccionan la mandíbula hacia abajo y atrás y los labios tienden a invertirse. Al mamar el (la) niño (a) muerde el pezón, con las encías, provocando dolor a la madre. Después de la mamada, se observa el pezón blanco y deformado mostrando signos evidentes de compresión.

La Hipertonía cede colocando al niño en posición frente a la madre o en posición de caballito. Se puede también hacer masaje presionando suavemente la encía inferior poco antes del amamantamiento.

*** Hipotonía:** El tono corporal general del (de la) niño (a) está reducido, las extremidades muestran una flexión disminuida y al sostenerlo por las axilas tiende a deslizarse hacia abajo. La succión es débil. Al examen se percibe una lengua plana, que no envuelve el dedo y no hay resistencia para retirarlo.

Se presenta con frecuencia en niños (as) de pretérmino o de bajo peso al nacer que tienen poca vitalidad y se duermen al mamar, o en bebés con síndrome de Down.

Para ayudar a niños (as) hipotónicos (as) es útil que la madre sostenga el mentón (mano de bailarina) y coloque al (a la) niño (a) en posición sentado (a) frente a ella sosteniendo su espalda y la cabeza.

La succión débil, a veces no logra generar el estímulo suficiente para una buena producción y evacuación de la leche por lo que la madre necesitará estimular sus pechos para mantener su producción de leche.

El (la) niño (a) está enfermo (a): Busque o investigue signos o síntomas de enfermedad como vómito, diarrea, somnolencia, convulsiones, ictericia o fiebre.

Algunos de estos niños pueden estar seriamente enfermos, y lo mejor sería que los examinase la persona más experimentada disponible en el área.

El (la) niño (a) con problema en nariz o boca: Si tiene un resfriado que le está obstruyendo la nariz muéstrole a la madre cómo limpiar la nariz del (de la) niño (a) con agua tibia, antes de cada comida. Si a pesar del lavado quedan algunos tapones de moco "rebeldes", la mejor manera de retirarlo es utilizando un aplicador de algodón o la punta de un trapo limpio humedecidos. Estos se introducen en la nariz del (de la) niño (a), se hace un solo giro y se retira.

Si al (a la) bebé le duele la boca, o ésta está inflamada dele a la madre gotas de nistatina (Nistatina) para que las coloquen en la boca del (de la) bebé tres veces al día, hasta que sane.

El (la) niño (a) es pequeño (a) y con dificultades para succionar: Los (las) bebés que pesan menos de 1,800 grs. al nacer, pueden tener dificultades para succionar. Aliméntelos dándoles leche materna extraída manualmente, hasta cuando estén en capacidad de succionar más eficientemente. En general, un (una) bebé que puede succionar de un biberón, puede hacerlo del pecho materno, de manera que no es necesario darles leche con biberón a estos (as) niños (as). Use taza y cuchara.

El (la) niño (a) puede tener confusión de pezones: El (la) niño (a) aprendió a succionar de un biberón. Al intentar ponerlo (a) a mamar va a rechazar el pecho, o lo aceptará con dificultad. Para saber esto el profesional de salud deberá averiguar:

¿Le dieron biberón antes de comenzar a amamantarlo?

¿Le está dando la madre biberón en la casa?

¿Le da la madre a su bebé algo más que leche materna, como otras leches, jugos, agua, agua azucarada o cereales?



El (la) niño (a) está mal colocado (a) o agarra mal: ¿Se alimenta el (la) niño (a) en una buena posición?

Esto solamente puede detectarse con una buena observación. Lleve a la madre a un sitio tranquilo, donde no haya otras personas y allí, en privado observar:

¿Toma, el (la) niño (a), el pezón y la areola de manera adecuada? Si el (la) niño (a) succiona en una posición pobre y agarra el pezón y la areola de una manera deficiente, no va a obtener toda la leche que debería, se pondrá furioso y comenzará a llorar.

Mantiene la madre cerca a su bebé y se ve feliz con su hijo? El hecho de que un (a) niño (a) se niegue a mamar podría ser una forma de mostrar que su madre no siente por él mucho cariño. Elimine siempre todas las causas posibles de problemas, pero tenga siempre presente que algunas mamás rechazan a sus hijos (as), especialmente al comienzo. No critique. No condene. Trate de entender qué pasa, quizás así puede ayudar.

Problemas con la técnica de amamantamiento: Si el (la) niño (a) ha sido separado de la madre, el profesional de la salud deberá averiguar si:

- Hubo alguna demora en ponerlo a succionar después del parto.
- La mamá deja al niño solo y por ratos largos, todos los días, debido a que se va a trabajar o por cualquier otra razón.
- La madre y el (la) niño (a) han sido separados debido a enfermedad o por cualquier otra causa.

Técnica:

Discutir las causas y los problemas comunes que presentan algunos bebés y los motivos por los que las madres se ven "obligadas" a dejar de dar el pecho.

Presentar estudios de casos o experiencias de los asistentes; Observar en la consulta de Atención Integral a la Niñez algunos casos problemas y el manejo temprano de los mismos.

Materiales:

Papelógrafo, marcadores, retroproyector de lámina transparente, láminas de acetato, diapositivas, proyector de diapositivas y folletos con "Estudios de Casos"

Bibliografía:

- Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud., Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile., Santiago de Chile, 1997
- Lawrence, Ruth A.. La Lactancia Materna. 4ta, Edición., 1996. Mosby./Doyma Libros, S.A., 28008 Madrid., España.
- Osorno Jairo., Hacia Una Feliz Lactancia Materna., Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 10: Problemas tardíos del amamantamiento

Objetivos

- Distinguir la baja producción de leche de la falta de confianza y ayudar a la madre a aumentar su producción de leche y su confianza para restablecer su producción.
- Identificar factores que obstaculizan la producción y/o eyección de la leche materna.

Es muy importante comprender el efecto de la succión en la producción de leche. Si el bebé succiona más, los senos producen más leche. Si éste deja de succionar del todo, o si nunca lo hace, el seno deja de producir leche.

A esto se le llama **oferta y demanda**. Los senos proporcionan tanta leche como el (la) niño (a) pida. Si la madre desea aumentar su producción de leche la mejor manera de hacerlo es estimulando al niño a que succione más frecuentemente y durante un tiempo más largo cada vez que lo haga.

La madre nunca debe dejar de darle una mamada a su hijo tratando de ahorrar para la próxima vez que tenga hambre porque para que la producción de leche continúe, es esencial sacar la leche del pecho ya sea por la succión del (de la) niño (a) o extracción manual. Si no se saca la leche, el pecho secreta menos. La presión de la leche que permanece en las células glandulares sin ser removida disminuye la producción de leche.

Desarrollo:

Una de las razones más comúnmente aducidas por las madres para abandonar la lactancia es el que no tienen suficiente leche. Los trabajadores de la salud, ante la angustia de las madres tienden a aceptar lo que les dicen las madres y les sugieren suplementar.

En la mayoría de los casos, las madres tienen capacidad para amamantar y lo que necesitan es de alguien que les dé confianza y les convenza de "que tienen suficiente leche"

Es bueno preguntarle a las madres ¿Qué les hace creer que tienen poca leche?, y ellas contestarán: "que sienten vacíos sus pechos", que "su bebé llora mucho porque no se llena", "que su bebé le pide constantemente"

Recordemos que la producción de leche materna depende de los niveles adecuados de hormonas de la madre y de la succión adecuada y eficiente del pecho. Las primeras etapas de la producción de leche están controladas por las hormonas.

- Durante el embarazo, el tejido glandular de los pechos produce calostro.
- Las hormonas del embarazo, impiden que el pecho produzca cantidades mayores de leche.
- Los pechos comienzan a producir cantidades mayores de leche a medidas que disminuye el nivel de hormonas (especialmente de progesterona).
- Este proceso dura alrededor de 72 horas posteriores al parto.
- Las hormonas, prolactina y oxitocina se producen en el cuerpo de la madre, automáticamente al final del embarazo y como efecto a la succión del (de la) niño(a). Además, estas hormonas son las que determinan una mayor relación madre-hijo(a).

Para mantener altos los niveles de Prolactina

- La madre debe colocar bien al niño en el pecho y no darle chupadores ni consoladores que lo confunden.
- Alimentar al niño con la frecuencia que desee y durante todo el tiempo que desee en cada comida.
- Alimentarlo de noche, cuando es mayor la secreción de prolactina como reacción a la succión.

La oxitocina hace contraer las células alrededor de los alvéolos para que la leche baje por los conductos a los senos, de donde el (la) niño (a) la puede extraer.

- Este proceso se llama reflejo de bajada o eyección de la leche.
- La secreción de oxitocina puede verse inhibida temporalmente por cualquier situación de "stress", (un dolor intenso, tensión, turbación o ansiedad) la nicotina y el alcohol.

Para mantener altos los niveles de Oxitocina

- Relajándose y acomodándose para el amamantamiento.
- Evitando situaciones de disgusto o tensión antes de amamantar.
- Extrayéndose un poco de leche y estimulando suavemente el pezón.
- Pidiendo a alguien que le dé masajes en la espalda, especialmente a los lados de la columna.

Confusión de pezones

Si el (la) niño (a) chupa del pecho de su madre es normal que no tenga problemas para hacerlo, pero si recibe líquido de un biberón o usa un consolador es probable que se produzca una disfunción motora oral ya que debe adaptar su lengua a una posición que le permita deglutir el líquido sin atragantarse. La lengua se ubica en posición posterior

para succionar sólo el "pezón" del chupete, grabándose este error funcional como un patrón anómalo de succión. Después de esta experiencia, el (la) niño (a) puede chupar el pecho de su madre usando el mismo esquema errado de succión-deglución, produciéndose la llamada "confusión de pezones".

¿Cómo determinar si el bebé está tomando o no, suficiente leche?

Uno de los signos más fáciles es el preguntarle a la mamá ¿Cuántas veces al día orina el (la) niño (a)? Este deberá orinar seis veces al día o más, y la orina debe ser amarilla pálida o incolora. Si el (la) niño (a) está con lactancia materna exclusiva y orina seis o más veces en el día esto significa que está recibiendo suficiente cantidad de leche.

Si el (la) niño (a) llora, la causa del llanto debe ser otra diferente a la falta de leche. Sin embargo esta prueba no es útil si el (la) niño (a) recibe agua u otras comidas/bebidas diferentes a la leche de su madre, los que le harán producir orina aún cuando no reciba suficiente leche.

Otra prueba útil es el control del peso. Si el (la) niño (a) está ganando peso adecuadamente, revisando su gráfica de crecimiento, es señal de que el (la) niño (a) está recibiendo suficiente leche.

Si se descarta que el bebé tenga alguna enfermedad, no orina lo suficiente y no está ganando peso, es posible que la madre tenga pocas reservas de leche y este problema puede deberse a varias causas.

- La madre no le da de mamar al niño con la suficiente frecuencia.
- La madre no permite que el (la) niño (a) mame por un tiempo suficientemente largo.
- La madre le está dando alimentación complementaria.
- El bebé se coloca en posición defectuosa y no se adhiere adecuadamente al pezón y la areola.
- La madre no recibe el apoyo familiar o social adecuado o le falta seguridad en sí misma.
- La madre toma píldoras anticonceptivas que contienen estrógenos.
- La madre está severamente desnutrida o
- La madre realmente no puede lactar.

Técnica

Discuta cada punto por separado, procurando dar la solución al problema en cada uno de los casos.

Leer, discutir en grupo y hacer una presentación de conclusiones sobre el documento, de Nancy Powers, MD; "Aumento lento de peso/Leche insuficiente"

Materiales:

Papelógrafo, Proyector de lámina transparente, proyector de diapositivas y fotocopias del documento mencionado.

Bibliografía.

- Osorno Jairo., Hacia Una Feliz Lactancia Materna., Texto Práctico para Profesionales de la Salud., M.D. Gente Nueva., Santafé de Bogotá D.C., Colombia., Agosto de 1992.
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993

Tema 11: Madre trabajadora y lactancia materna

Objetivo

Explicar cómo mantener la lactancia exclusiva al incorporarse al trabajo y presentar alternativas para continuarla cuando la madre se separa del bebé.

Desarrollo:

En la práctica del amamantamiento se han encontrado diferentes experiencias que nos dan elementos suficientes para analizar algunos factores que interfieren en la lactancia exitosa.

Algunas de estas experiencias se refieren al momento en que la madre, en el postnatal, debe incorporarse al centro de trabajo y otras actividades propias de su papel de mujer dentro de la sociedad. Este momento en la vida de la mujer representa a veces una crisis tanto para ella como para el (la) niño (a).

Estos momentos críticos se expresan en temores, tensiones, provocados por dudas, creencias acerca de cómo continuar la alimentación de su bebé.

Lo anterior tiene su sustentación en la conceptualización del “trabajo”. La palabra trabajo tiene múltiples acepciones. Desde el punto de vista físico trabajo es la aplicación de un esfuerzo para obtener “algo” de ahí que también pueda decirse que trabajo es el esfuerzo mental o físico requerido para producir ese “algo”, la fuerza para mover un peso, el esfuerzo que requiere encontrar los recursos para sobrevivir y crecer y la energía necesaria para inducir cambios en las personas y en el medio ambiente. Por lo tanto, la lactancia materna se puede categorizar como un trabajo, dado el esfuerzo que ésta implica.

Es trabajo porque la producción de la leche y los nutrientes que el (la) niño (a) necesita requieren un gran consumo de energía y de tiempo (día y noche) dedicado a su alimentación y cuidado. La lactancia es un trabajo altamente especializado porque nadie puede estar mejor adaptada a las necesidades biológicas del (de la) niño (a) que la madre. El producto final consiste en el crecimiento y desarrollo de un ser humano. El problema consiste en que la sociedad no ha reconocido a la lactancia como un trabajo por lo que las mujeres no reciben el respaldo ni el reconocimiento a esta labor tan importante para el desarrollo de la misma sociedad. Antes bien, ejerce una serie de demandas y presiones que obligan a la mujer a salir fuera de su hogar, generando conflicto en la decisión sobre la forma de alimentar a sus hijos (as).

Todo esto, lleva a la madre a las siguientes interrogantes: ¿Debo dejar de amamantar?, ¿Debo postergar el trabajar fuera del hogar? ¿Cómo conjugar el trabajo con el amamantamiento?

El personal de salud por consiguiente, debe estar preparado para responder, apoyar y orientar a la madre sobre las diferentes alternativas y oportunidades para continuar el amamantamiento de su hijo, analizando con ella los beneficios y la forma de superar los obstáculos que pueden presentarse durante este periodo.

Es importante que conozca y desarrolle habilidades para orientar a la madre sobre los diferentes procedimientos para la extracción, el manejo, conservación y la administración de su leche en forma adecuada durante su ausencia, que le permita continuar también con su papel de mujer productiva en la sociedad.

Entre las alternativas que el trabajador de salud debe orientar a la madre, para facilitar la continuación de la lactancia exclusiva cuando ella trabaja fuera del hogar, pueden mencionarse las siguientes:

- Planificar con anticipación el regreso al trabajo (Entrenar a la persona que ocupará su lugar mientras esté fuera de casa).
- Informar a la madre sobre la protección legal al amamantamiento.
- Postergar el regreso al trabajo (vacaciones, permiso especial, subsidio pos-natal etc.).
- Reducir y/o flexibilizar el horario de trabajo.
- Implementación de Sala cuna (Centros de Desarrollo Infantil).
- Implementación de lactarios o espacios físicos destinados para la extracción de la leche y/o para el amamantamiento del bebé.
- Facilidades para trasladarse a su casa y poder amamantar o, llevar al niño al trabajo.
- Mayor frecuencia de mamadas por las noches.
- Extracción por la noche.

Otras alternativas:

- Discutir con la madre y miembros de la familia sobre la importancia de involucrarse en el apoyo a la mujer que trabaja y amamanta.
- Analizar los principales temores y creencias que pueden limitar la condición de la lactancia exclusiva (Mamá agotada o acabada; Leche retenida; Mamá con estrés/enojo).

- Principales temores de la madre ante la separación de su bebé: Insatisfacción del (de la) niño (a) (llanto, voz extraña); Disminución de la producción de la leche; Tensión por el cuidado del (de la) niño (a).
- Analizar el rol de la familia en el apoyo a la madre que amamanta y trabaja en la casa y/o fuera de casa.
- Promoción para la conformación de Grupos de apoyo comunitario.

Técnica.

- Para que el personal de su unidad domine los contenidos a desarrollar se sugiere: realizar sociodramas con su equipo de salud, hacer representaciones de diferentes roles en la familia, en el trabajo y en la comunidad para analizar el apoyo posible a la madre.
- Según la unidad donde esté ubicado y la facilidad de recursos, sugiera a su personal el uso de videos demostrativos sobre extracción manual.
- Tener un listado de las organizaciones profesionales que apoyan la lactancia materna.
- Lectura y discusión de los siguientes temas: “Todas las madres son madres que trabajan: La lactancia y el trabajo de la mujer”. “Discurso de fondo: El patrón de la reproducción humana y los cambios en las funciones que desempeña la mujer”.

Bibliografía

- International Journal of Gynecology and Obstetrics., La lactancia como una cuestión de la mujer: la salud, la planificación familiar, el trabajo y el feminismo., OPS., OMS, Suppl. 47, 1994.
- Savage King F., Cómo Ayudar a las Madres a Amamantar. Ediciones Zas., Ministerio de Salud Pública de Honduras., Liga de la Lactancia Materna de Honduras., UNICEF., Wellstart International., 1996.
- UNICEF, Chile., Trabajo y Lactancia: ¿Cómo combinarlos? (folleto) 1997

Tema 12: Medicamentos y lactancia materna

Objetivo

Recomendar alternativas de medicamentos que sean compatibles con la lactancia y describir los factores a considerar al elegir un fármaco para la madre lactante.

Desarrollo:

La mayor parte de los medicamentos pasan a través de la leche materna en cantidades muy pequeñas. Muy pocos de ellos afectan al (a la) bebé. En la mayoría de los casos, es posible que el suspender la lactancia sea más peligroso que el medicamento. Algunos medicamentos pueden causar efectos secundarios, pero en general, es posible dar a la madre otros medicamentos que tengan menos posibilidades de causar problemas. Si la madre está tomando un medicamento que el agente de salud no conoce bien, éste debe comprobar el listado de "Medicamentos para la madre lactante" y aconsejar a la madre que continúe lactando mientras averigua.

1. Factores a considerarse al elegir un fármaco para la madre lactante.

- Principios básicos de cómo pasan los fármacos a la leche.
- Dosis y duración de la terapia.
- Edad del bebé.
- Cantidad de leche consumida.
- Experiencias con fármacos en el bebé.
- Absorción oral y metabolismo del bebé.
- Efectos potenciales a largo plazo.
- Efectos sobre la lactancia.
- Toxemias no relacionadas a la dosis.
- Indicaciones/alternativas a la terapia con fármacos.

2. Elección de fármacos. "Seguridad de los fármacos de uso común"

- Seguro en las dosis comúnmente utilizadas.
- Probablemente seguro en las dosis comúnmente utilizadas.
- Potencialmente peligrosos.
- Contraindicaciones.

3. Estrategia para disminuir poco a poco la exposición del bebé.

- Retirar el fármaco.
- Retardar la terapia.
- Escoger fármacos que no pasan bien a través de la leche.
- Escoger una forma alternativa de administración.

- Evitar amamantar en las horas fijas de concentración de los fármacos en la leche.
- Evitar temporalmente la lactancia.
- Descontinuar la lactancia.

Seguridad en el uso de los fármacos en madres que amamantan

MEDICAMENTOS PARA LA MADRE LACTANTE	
Peligrosos:	
Contraindicados para la lactancia. Algunos medicamentos contra el cáncer (antimetabolitos) Sustancias radiactivas: (Suspenda la lactancia temporalmente)	
Posibles efectos colaterales; Continúe amamantando y vigile al bebé por si presenta efectos como: somnolencia, falta de apetito o ictericia. Medicamentos psiquiátricos y anticonvulsivos. Evite repetir dosis de barbitúricos y diazepam.	
Posibles efectos colaterales; De ser posible, use otros medicamentos. Sulfonamidas, especialmente si el bebé tiene ictericia. Cloranfénicos, Metronidazol.	
Disminuye el flujo de la leche; De ser posible use otro medicamento. Diuréticos de Tiazide. Estrógenos.	
Inocuos en dosis corriente (Medicamentos que se usan con más frecuencia): Continúe amamantando. Analgésicos (incluida la morfina y la petidina) Antipiréticos La mayor parte de los remedios contra la tos y el resfriado, Antihistamínicos, Antiácidos, Broncodilatadores, (Salbutamol) Digoxina, Medicamentos contra la diabetes, Corticosteroides, La mayor parte de los antibióticos, La mayor parte de los antipalúdicos, antihelmínticos y antifungosos, Medicamentos contra la tuberculosis y la lepra, Suplementos nutricionales de Hierro, Iodo y Vitaminas.	

4. Cómo reducir al mínimo los efectos de los medicamentos.

- Evite amamantar durante los períodos de mayor concentración del medicamento; siempre que sea posible. Administre el medicamento antes del período más largo de sueño del bebé o inmediatamente después de una comida.
- Si debe administrar un medicamento contraindicado, suspenda el amamantamiento sólo temporalmente. Ayude a la madre a mantener la lactancia mediante la "Extracción manual" frecuente y ayúdela a reanudar la lactancia posteriormente.
- Evite el uso de calmantes durante la labor del parto y el parto; ya que pueden causar somnolencia y letargo en algunos (as) recién nacidos (as).
- Explicar cuales son los medicamentos que pueden afectar la práctica de la Lactancia Materna.

Es necesario que el trabajador de salud tenga algunas consideraciones al prescribir una droga a la madre lactante, debe hacerlo cuando sea absolutamente necesario.

Debe discutir con la madre lo que le puede estar preocupando, debiendo fomentar la confianza en la lactancia materna aun usando medicamentos.

Técnica

Presentar Estudios de Casos: Fármacos/Enfermedades Crónicas, Fármacos/Enfermedades Comunes.

Haga que los participantes nombren los medicamentos que caen en las diferentes categorías del Cuadro Resumen **"Seguridad en el uso de los fármacos en madres que amamantan"**.

También puede hacer un ejercicio sobre **Contraindicaciones y Controversias** con diferentes medicamentos.

Materiales

Papelógrafo, marcadores, retroproyector de lámina transparente, láminas de acetato, diapositivas, proyector de diapositivas.

Bibliografía

- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos del (de la) niño (a). Curso Práctico para Personal de Salud., 1993.
- University of California, San Diego. Division of General Pediatrics/ Wellstart International, Curriculum para el Manejo de la Lactancia. Una Guía para el Personal Docente de las escuelas de Medicina, enfermería y Nutrición. Edición en Español. 1995.
- Valdés V., Pérez Sánchez y Labbok M., Lactancia para la Madre y el (la) niño (a). Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile. 1994.

Tema 13: Lactancia Materna en Situaciones Especiales

Objetivo:

1. Brindar a las madres con VIH consejería para la toma de decisiones relacionado con la mejor alternativa nutricional para el recién nacido.
2. Dar a conocer a la embarazada y puérpera los beneficios de la Lactancia Materna de las mujeres infectadas con VIH.

Desarrollo:

De todos es conocido que el mejor alimento para el ser humano recién nacido es el pecho materno que brinda toda la protección, nutrición y vitaminas para el buen desarrollo de todos los niños. Mas sin embargo existe cierto temor de el amamantamiento de personas portadoras de VIH.

Las siguientes pautas de abordaje a la mujer embarazada y puérpera con VIH debe servir de guía al personal de salud tratante para orientar lo mejor posible la decisión de la madre en cuanto a alimentación del recién nacido se refiere.

I. Se debe informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y manejo de la lactancia.

- Las madres pueden estar infectadas con el VIH-pero no conocer su condición. Ellas necesitan conocer su condición de VIH para tomar una elección informada de alimentación para su bebé.
- Las embarazadas que están infectadas por el VIH deben ser orientadas acerca de los beneficios y riesgos de las opciones de alimentación para que tomen decisiones informadas respecto a la alimentación de los lactantes.
- Las madres tienen que sopesar los riesgos: ¿Es más seguro amamantar exclusivamente por un periodo de tiempo o dar alimentos de sustitución, con la posibilidad de muerte y enfermedad de sus bebés si no amamantan?
- Los consejeros deben conocer la situación local relativa a la alimentación de sustitución localmente apropiada. Necesitan ayudar a las madres a evaluar su propia situación y elegir su opción de alimentación.
- Los consejeros necesitan reconocer que el estigma social de ser etiquetado como “VIH-positivo o con SIDA” puede afectar la decisión de algunas madres sobre la alimentación infantil.
- La consejería debe ser individual y confidencial.

II. Que hacer durante la media hora después del parto.

- Todo recién nacido será bien secado, entregado a su madre para que permanezca en contacto piel a piel, ambos cubiertos, aunque hubiera decidido no amamantar.

- El personal puede asumir que el bebé de madre infectada con el VIH debe ser bañado y aun separado de su madre al nacimiento.
- Necesitan comprender que el VIH no se transmite cuando la madre sujeta a su recién nacido – la madre necesita el aliento para sostener a sus bebés, sentir cariño hacia su bebés y sentirle cerca.
- La madre VIH-positivo debe ser apoyada para utilizar la opción de alimentación de su elección. No deben ser forzadas a amamantar, puesto que pudieron haber decidido usar el alimento de sustitución sin el conocimiento del personal.

III. Se debe mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.

- El personal necesitará orientar a la madre que ha elegido amamantar (sin considerar su condición de VIH) sobre como mantener la lactancia mediante la expresión manual, como almacenar la leche con seguridad, y como alimentar a su bebés con taza.
- El personal necesitará dar consejería a la madre infectada con el VIH sobre las opciones locales de alimentación y los riesgos y beneficios de cada, una para que puedan tomar una elección informada.
- Miembros del personal deben dar consejería, a las madres infectadas con el VIH que han elegido amamantar, la importancia de hacerlo exclusivamente y como evitar grietas y mastitis.
- Miembros del personal deben ayudar a las madres infectadas con el VIH que han elegido amamantar a planificar e implementar la suspensión temprana de la lactancia.
- El personal necesitara enseñar a las madres infectadas con el VIH que han elegido la alimentación de sustitución, cómo preparar y utilizar los sucedáneos como cuidar sus pechos hasta que se suspenda la secreción de leche, y como manejar la congestión mamaria.
- Las madres deben tener la responsabilidad de alimentar a sus bebés mientras están en el hospital. Las instrucciones deben brindarse de tal forma que estas se sientan cómodas y con la confianza de seguir las orientaciones dadas por el personal de salud.
- La leche materna tiene valor particular para bebés enfermos o de bajo peso. Se puede tratar la leche humana con calor.
- El personal debe tratar de alentar a la familia y la comunidad para que apoyen a las madres infectadas con el VIH, después del alta, pero respetaran sus deseos respecto a la revelación de su estado.

IV. Indicar no dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que esté medicamente indicado.

- El personal debe indagar si la madre infectada con el VIH ya decidió que método de alimentación utilizará, y asegurarse, que a bebés que amamantarán no les administren otro líquido o bebida.
- Son indicaciones para alimentación de sustitución estar infectada con el VIH y haber decidido no amamantar.
- El personal debe orientar a las madres infectadas con el VIH que han decidido amamantar sobre el riesgo de no amamantar exclusivamente. La alimentación mixta incrementa el riesgo de VIH a través de la lactancia y otras infecciones.
- Aún si son muchas madres quienes dan alimentación de sustitución, esto no evita que sea designado como hospital amigo, si todas ellas recibieron orientación y tuvieron la oportunidad de elegir genuinamente.

V. Practicar alojamiento conjunto — permitir que la madre y su recién nacido permanezcan juntos las 24 horas al día.

- En general es mejor que las mujeres infectadas por el VIH sean tratadas como las madres que no están infectadas con el VIH y deben recibir la misma atención postparto, incluyendo alojamiento conjunto. Esto será mejor para las madres y sus bebés, y ayudara a la privacidad y confidencialidad respecto a su estatus.
- Las madres infectadas con el VIH que han elegido no amamantar deben ser orientadas sobre cómo tener a sus bebés en contacto piel a piel y en alojamiento conjunto sin tener que darles el pecho. El contacto general madre-niño no transmite el VIH.
- El personal que conoce la condición de VIH de una madre debe tomar las previsiones para que la madre no sea estigmatizada o discriminada. Si no hay la garantía de confidencialidad, las madres no buscaran ni los servicios ni el apoyo que necesita.

VI. Alentar la lactancia a demanda.

- Este paso se aplica a las madres que están amamantando sin considerar su condición de VIH.
- Los bebés difieren en su hambre. Las necesidades individuales de ambos recién nacidos, amamantados o alimentados artificialmente, debe respetarse y atenderse.

VII. No usar biberones ni chupones.

- Este paso es importante, sin considerar la condición de VIH de la madre o si están amamantando o recibiendo alimentación de sustitución.
- Los chupones, biberones y chupones de distracción son portadores de infección, no se necesitan, ni siquiera para el bebé que no esta amamantando. No deber ser utilizados de rutina, ni entregados en el establecimiento.

- Si bebés con hambre reciben chupones en vez de alimentación, no crecerán adecuadamente.
- Las madres infectadas con VIH que han elegido la alimentación de sustitución, necesitan aprender las formas de tranquilizar a los bebés sin chupones.
- Las madres que han elegido la alimentación de sustitución deben recibir instrucción para alimentar a sus bebés en taza y saber que tiene menor riesgo de infección que alimentar con biberón.

VIII. Fomentar la formación a través del MOSAFC grupos de apoyo comunitarios y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital.

- El establecimiento debe dar información sobre el VIH y alimentación infantil a los grupos de apoyo y a otros grupos que dan apoyo a las madres infectadas con el VIH en la comunidad.
- El establecimiento debe asegurar que las madres con alimentación de sustitución sean seguidas de cerca en sus comunidades e individualmente para garantizar la confidencialidad. En algunas localidades tener grupo de apoyo para madres infectadas con el VIH es aceptable.
- Las madres infectadas con el VIH necesitan un apoyo capacitado especial para mantener la opción de alimentación que eligieron. Se debe planificar antes de dar el alta.
- Los bebés nacidos de madres infectadas con el VIH deben ser vistas a intervalos regulares en control de niño sano para asegurar crecimiento y desarrollo apropiado.

Tema 14: Alimentación del (de la) niño (a) entre 6 y 24 meses

Objetivo

Orientar a la madre de la importancia de:

- Que a partir del sexto mes es conveniente complementar la leche materna con otros alimentos.
- Que al iniciar la alimentación complementaria, se debe hacer uso de mucha paciencia y persistencia.
- Que a partir del primer año de edad la leche materna complementa la alimentación “normal”.

Desarrollo

A medida que el (la) niño (a) va aumentando en crecimiento y desarrollo aumentan sus requerimientos nutricionales. La madre debe de amamantarlo en un lugar más tranquilo para evitar su distracción y realizar esto en forma gradual para que el (la) niño (a) vaya aceptando espontáneamente los diferentes alimentos.

Durante este período, el (la) bebé mamará con menos frecuencia y por espacios más breves por lo que se insistirá a la madre que continúe ofreciéndole el pecho antes de las comidas.

Para considerar si una alimentación es adecuada es importante tomar en cuenta lo siguiente: edad del (de la) niño (a), calidad, frecuencia, cantidad y consistencia de los alimentos.

EDAD

Condiciona el tipo de alimento, la frecuencia, cantidad y consistencia de los mismos.

- **De 0 a 6 meses de edad:** Lactancia materna exclusiva.
- **De 6 a 8 meses de edad:** Introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (Ver Pautas para introducción de alimentos complementarios).

Continuar con el pecho materno e introducir poco a poco (después de dar el pecho) porciones de:

Alimentos Básicos: Cereales espesos de: maíz, cebada, arroz, avena. Arroz y Frijoles molidos majados con sopa de frijoles, purés de quequisque, papas,

Alimentos Formadores: Frijoles cocidos majados y colados (rojos, gandul, soya) Queso o cuajada.

Alimentos Protectores: Purés de frutas y verduras: banano, papaya, ayote maduro, pipián, zanahoria, guayaba, (fuentes de vitamina “A” y vitamina “C” respectivamente).

Alimentos de Energía Concentrada: Aceite, crema.

Ofrecer al menos un alimento rico en vitamina A, C y hierro como hígado, zanahoria, melón, papaya, mango, ayote maduro, frijoles, hojas verdes, etc., cada día.

Se puede sugerir la utilización de leche materna para la preparación del puré.

- **De 9 a 11 meses de edad** Continuar con leche materna antes de las comidas. Dar todos los alimentos anteriores e introducir los alimentos siguientes:

Alimentos Básicos: Pan y todo lo que se prepara con harina de trigo como tallarines, fideos.

Alimentos Formadores: Carne molida, picada o desmenuzada (pescado, garrobo, vaca, vísceras: hígado o titiles, etc.); huevo: iniciando con la yema y posteriormente agregar la clara.

Alimentos Protectores: Piña, marañón y las frutas cítricas (limón, naranja, mandarina etc.) al finalizar los once meses de edad.

Alimentos de Energía Concentrada: Aguacate, azúcar para endulzar, (de forma moderada en los refrescos).

Al finalizar este período el (la) niño (a) ya debe estar comiendo todo lo que la familia acostumbra.

- **De 12 a 23 meses:** Ofrecer todos los alimentos que la familia consume teniendo en cuenta la consistencia (ver cuadro resumen).

Continuar con la leche materna ofreciéndola después de comer y cada vez que el (la) niño (a) la solicite.

Si la madre aún continúa dando el pecho puede seguir haciéndolo en el día y en la noche pues su leche ayudará a que el (la) niño (a) se enferme menos y crezca mejor.

CALIDAD

Para obtener una alimentación de calidad, se deberá brindar al (a la) niño (a) en 24 horas al menos un alimento (en cada tiempo de comida) de los agrupados en el “Cuadrado de los alimentos”, además de la leche materna para lograr una alimentación equilibrada o balanceada.

- a) **FRECUENCIA:** Número de veces que debe ser alimentado el (la) niño (a) en 24 horas (ver cuadro resumen).
- b) **CANTIDAD:** Número de cucharadas soperas (15 g) en cada comida (ver cuadro resumen).
- c) **CONSISTENCIA:** Es la forma de presentación del alimento (líquidos, espesos o semisólidos, sólidos que pueden estar picados, desmenuzados, cortados en forma de cubos etc.).

Cuando uno de estos requisitos no se cumple, se considera alimentación inadecuada.

Pautas para la introducción de alimentos complementarios:

- Ofrecer los alimentos después de darle el pecho.
- Utilizar una cuchara para alimentar al niño.
- Dar una o dos cucharaditas (aproximadamente de 5 ml.) de alimento nuevo.
- Aumentar gradualmente la cantidad de alimento que se ofrece.
- Esperar unos días hasta que el (la) niño (a) se acostumbre a un alimento antes de introducir otro.
- Si el (la) niño (a) escupe la comida (reflejo de extrusión) sea paciente, continúe ofreciendo el alimento, recuerde que está aprendiendo a comer. Pruebe todos los días hasta que el (la) niño (a) coma bien.
- Una vez que haya aceptado un nuevo alimento éste se le dará con más frecuencia para que se acostumbre, incrementándolo de tal manera que entre los 6 y ocho meses se estén dando entre dos y cuatro comidas, además de la leche materna la cual debe darse antes de ofrecer los alimentos; después del año ésta se ofrecerá después de los alimentos sólidos.
- A medida que el (la) niño (a) crece si se le deja tocar la comida y tratar de alimentarse sólo se le estimulará para probar nuevos alimentos y comer lo que se le da (tener en cuenta en todo momento el lavado de manos del (de la) niño (a)).

Se deben vigilar estos esfuerzos para asegurarse que coma lo suficiente. Suficiente significa que el (la) niño (a) no desea comer más después de la alimentación activa.

Consejos Básicos:

- **Introducción de alimentos a tiempo:** A partir del sexto mes de edad hay que ofrecer otros alimentos (ablactación). El (la) niño (a) ya está listo para digerirlos y los necesita para completar sus necesidades nutricionales.
- **Purés espesos:** Desde el inicio de la introducción de alimentos complementarios, éstos deberán ser en forma de purés o mogos, evitando los purés ralos o las sopas, pues la capacidad gástrica del (de la) niño (a) es reducida y las comidas muy diluidas contienen pocos nutrientes. Para hacer puré se recomienda cocinar el alimento hasta que esté suave, machacarlo con un tenedor, o buscar fruta que pueda ser fácilmente machacada.
- **Uso de pacha:** Se debe desautorizar el uso de pachas por la interferencia que ésta pueda tener con la lactancia materna, y además por la dificultad de mantenerlas con una higiene adecuada. Es mejor estimular el uso de taza y cuchara. Es importante que el (la) niño (a) tenga su propio plato de tal manera que la madre o persona que lo cuida pueda vigilar cuanto ha comido.
- **Vigilancia de la alimentación del (de la) niño (a):** Es importante que la persona que alimenta al (a la) niño (a) vigile la cantidad de alimentos que ingiere, esto se facilita si tiene su propio plato. A partir de los nueve meses de edad se le puede ayudar a que coloque la cuchara en su boca para que aprenda poco a poco a alimentarse por sí mismo (a). Hay que alimentarlo (a) a la hora de las comidas formales y entre comidas, además de su leche materna.
- **Alimentos con Energía concentrada:** La grasa es la mejor fuente de energía en la dieta, como los (as) niños (as) no tienen capacidad de consumir mucha cantidad de comida en cada tiempo, la que coman debe ser rica en energía. Diariamente, el (la) niño (a) debe tener una comida con grasa, ya sea frita o agregándole aceite, crema o margarina.
- **Alimentación durante enfermedades:** Un (a) niño (a) enfermo (a) requiere mayor cantidad de nutrientes más sin embargo, su apetito está disminuido. Para proporcionarle sus requerimientos, es importante ofrecerle alimentos que le sean más atractivos, más fáciles de deglutir, cambiando su consistencia (arroz aguado, papas fritas, maduro frito, frijoles molidos con queso rallado, etc.) y ofreciéndole pocas cantidades más frecuentemente. Si continúa con leche materna, seguir amamantándolo con mayor frecuencia.
- **Período de recuperación nutricional:** Una vez pasada la enfermedad, la recuperación nutricional será más rápida si durante las dos semanas posteriores se le ofrece un refrigerio adicional.
- **Paciencia y persistencia:** Los (as) niños (as) se distraen fácilmente durante las comidas, y por eso los padres o la persona que alimenta al (a la) niño (a) deben tener paciencia y estimularles a comer. Es necesario estar pendientes de que consuma todo el alimento. A veces cuando el (la) niño (a) no tiene apetito es

necesario insistir para ayudar a que el (la) niño (a) coma. Solamente así se puede romper con el círculo de no comer, falta de apetito y desnutrición.

- **El gusto de la madre y las necesidades del (de la) niño (a) no se corresponden:** El (la) niño (a) aprenderá a comer lo que su madre o familiar le enseñe, si la madre tiene malos hábitos de alimentación el (la) niño (a) los adquirirá. Es necesario explicarle a la madre sobre la importancia de los buenos hábitos de alimentación.
- **Las Meriendas:** Se recomienda dar merienda a los (as) niños (as) a partir del primer año de edad, éstas deben ser nutritivas para conseguir completar los requerimientos nutricionales, por lo que debe evitarse el ofrecer caramelos, mameitos, gaseosas, etc. dado su escaso valor nutricional y sobretodo porque disminuyen el apetito. También es importante mencionar que igualmente carecen de valor nutritivo las sopas maggi, marrucham, gaseosas, refrescos instantáneos, tang, café y glucól.
- **Consumo de sal y azúcar:** Se recomienda preparar los alimentos con sal a partir de los nueve meses de edad. Las necesidades de sodio en los (as) niños (as) se cubren con la leche materna y el contenido propio de los alimentos. De igual forma se recomienda que se utilice poco azúcar en la preparación de los alimentos para niños y niñas, para prevenir la caries dental y la obesidad, en el futuro.

CUADRO RESUMEN

GRUPO DE EDAD (meses)	FRECUENCIA (cada día)	CANTIDAD (cucharada cada vez)	CONSISTENCIA
0 - 6	Libre demanda	Libre demanda	Líquida
6 – 8	2 - 4	Al menos 3	Espesa o semisólidas (suaves)
9 - 11	4 - 6	Al menos 5	Al inicio del periodo semisólidos y al finalizar, picado, desmenuzados, cortados en trozos. Tener en cuenta la dentición.
12 - 23	3 comidas más dos meriendas	Al menos 6, más $\frac{1}{4}$ de tortilla o pan	Al inicio del periodo; picado, desmenuzados, cortados en trozos y al finalizar igual al del adulto. Tener en cuenta la dentición.

Técnica:

- Lectura del Manual de Alimentación y Nutrición para menores de cinco años de edad.
- Preparación de recetas para distintos grupos de edad.
- Sociodramas “Aconsejando sobre una alimentación adecuada”.
- Investigar en la comunidad sobre los alimentos de mayor consumo en los (as) niños (as) pequeños (as).

Materiales:

Papelógrafo, Crayones, Documentos citados, láminas de acetato, Retroproyector de lámina transparente.

Bibliografía:

- Ministerio de Salud., Manual de Alimentación y Nutrición para menores de cinco años de edad. Managua, Nicaragua., 1998
- UNICEF., Práctica y Promoción de la Lactancia Materna en Establecimientos Amigos de los niños. Curso Práctico para Personal de Salud., 1993

Tema 15: Alimentación de la madre embarazada

Objetivo

Orientar a las mujeres sobre una alimentación adecuada, para una buena nutrición, en el embarazo y la lactancia.

Desarrollo

Para preservar la salud de la madre y apoyar el crecimiento fetal de su hijo, la madre debe comer bien. Comer bien, no significa comer bastante, sino alimentarse de cosas que le den fuerza y energía y que ayuden al nacimiento del (de la) niño (a).

Gran parte del fundamento de la salud futura de un individuo se encuentra en las 40 semanas de gestación intrauterina.

Es necesario alimentarse mejor y más variado durante el embarazo.

Una mujer embarazada debe comer de todos los grupos de alimentos. Es importante la evaluación nutricional de la embarazada.

Se debe explicar a la madre que el (la) niño (a) en gestación necesita diariamente el aporte de los elementos nutritivos para su desarrollo y que además, ella debe acumular grasas de reserva para el período de lactancia.

La ingesta energética de la embarazada debe ajustarse a su estado nutricional y a la intensidad de su trabajo. Informarle sobre lo que se considera una alimentación adecuada según la disponibilidad de alimentos de su localidad y de su presupuesto.

Evaluar, el consumo de drogas, alcohol, tabaco, cafeína. Cualquier droga o medicamento puede afectar potencialmente al (a la) niño (a) en gestación, sobre todo en el primer trimestre del embarazo.

Se le debe advertir claramente sobre los riesgos de la automedicación, el alcohol, café y tabaco. Es necesario advertir a la madre que su hijo puede ser igualmente afectado si ella permanece en un ambiente donde otros fuman.

Alimentos básicos

Tortilla, arroz, papa, yuca, plátano verde, maíz y sus derivados, avena, cebada.

Alimentos complementarios que sirven para formar el cuerpo

Huevo, carne, frijoles, pollo, queso, leche, soya, semilla de marañón, semilla de jícara, etc.

Alimentos protectores (vitaminas y minerales)

Mango, melón, papaya, naranja, limón, jocote, piña, nancite, pipián, ayote, repollo, tomate, zanahoria, pepino, chiltoma, cebolla, ajo, hoja de yuca, hoja de zanahoria, culantro, yerbabuena, apio, espinacas, etc.

Alimentos de energía concentrada: azúcar, miel, mantequilla o aceite, dulces, mantequilla, margarina, coco, aguacate, maní, mayonesa, etc.

Debemos recomendar a la mujer embarazada que evite; golosinas, gaseosas, bocadillos salados por que además de caros no proporcionan a su cuerpo ningún tipo de nutrición durante el embarazo o lactancia.

Es necesario diferenciar los conceptos de nutrición y ganancia de peso en el embarazo, ya que el incremento de peso no siempre refleja una dieta nutricionalmente balanceada. La ganancia de peso debe ser definida en forma individual, basada en el peso pregestacional o en el peso que la mujer tiene al tercer mes de gestación.

Un factor importante a considerar es el estado nutricional de la madre antes de iniciar el embarazo, recordando que las mujeres obesas no necesitan acumular grasa adicional, mientras que las delgadas sí lo necesitan.

Es importante también la suplementación con hierro ya que sus requerimientos aumentan con el embarazo. Una dieta balanceada debería cubrir estos requerimientos sin embargo, el hierro debe ser suplementado habitualmente pues la mujer no tiene depósitos de hierro adecuados al iniciar el embarazo.

El Cuadrado de los Alimentos

Alimentos Básicos	Alimentos Formadores
Granos/ Cereales: Arroz, frijol, maíz, sorgo. Tubérculos: Yuca, papa. Musáceas: Plátano, guineos. Productos Elaborados: Tortilla, pan, pinolillo Frutas: Banano, fruta de pan Importancia: Todos los alimentos básicos son fuente barata de energía. Los cereales son fuente barata de proteínas, hierro y vitaminas del complejo B.	Productos Vegetales: Maní, frijol, soya, semilla de jícara. Productos Animales: Leche, queso, carne de res, cerdo, garrobo, cusuco, conejo, pescado, pollos, huevos. Importancia: Combinados con los alimentos básicos incrementan la cantidad y mejoran la calidad de la proteína en la comida.
Alimentos Protectores	Alimentos de Energía Concentrada
Vegetales: Ayote, zanahoria, tomate, chiltoma, hojas verdes (de yuca, jocote, quelite, rábano, remolacha), pipián, repollo, pepino, chayote... Frutas: Papaya, mango, zapote, naranja, guayaba, melón, piña, jocotes, mamones, mamey, etc. Importancia: Proporcionan vitaminas A y C.	Grasas Puras: Aceite vegetal (algodón, soya, ajonjolí, coco) mantequilla, crema de leche. Alimentos ricos en Grasas: Chicharrón, carne gorda, aguacate. Carbohidratos Puros: Azúcar, miel, dulce de raspadura, mermelada, cajeta. Importancia: Estos alimentos son fuente de energía.

Técnica

Discusión y revisión de la literatura y experiencias existentes. Si fuera posible hacer demostraciones para la preparación de algunos alimentos nutritivos así como procurar que los estudiantes hagan un ejercicio sobre el costo-beneficio.

Materiales

Papelógrafo, Crayones, Documentos citados, láminas de acetato, Retroproyector de lámina transparente.

Tema 16: Aspectos Legales de la Lactancia Materna

Objetivo:

Brindar información a los trabajadores de salud sobre los aspectos legales para la promoción y la práctica de una lactancia materna exitosa.

Introducción

Actualmente, el término de los "derechos humanos" ha pasado a formar parte de nuestro vocabulario sin embargo no siempre se considera la lactancia materna como el primer derecho inalienable, de todos los niños y niñas. Si bien existe numerosa literatura sobre los beneficios de la lactancia materna es recientemente que ésta ha logrado ser merecedora del reconocimiento internacional mediante el logro de evidencias concretas y comprobables.

Numerosas investigaciones nos dicen que la leche materna es un estímulo para echar a andar el sistema inmunitario del bebé, haciendo énfasis en la necesidad de que éste reciba lactancia materna exclusiva durante sus primeros seis meses de vida y que ésta ha de ser a demanda del bebé y no en horarios programados, por consiguiente, existen suficientes elementos para legislar que la mujer amamante a su hijo y en óptimas condiciones. De hecho, el establecimiento de horarios de alimentación fue una práctica surgida a raíz de la entrada al mercado de los sucedáneos de la leche materna.

A partir de la era post-industrial el papel tradicional que jugaba la mujer como responsable de las labores del hogar, incluyendo el cuidado de los hijos, ha sufrido importantes cambios. Ahora, la mujer comparte con el hombre el mantenimiento económico del hogar. En 1970, la mujer representaba el 16% de la población económicamente activa lo que ha ido aumentando con el tiempo hasta llegar a nuestros días a ser cerca del 32% pudiéndose prever que para el año 2,000 más de mil millones de mujeres serán económicamente activas.

Esta situación, ha propiciado una serie de cambios en las leyes laborales de todo el mundo, siendo Alemania quien tomó la delantera de este movimiento al promulgar en 1878 la ley que concedía un descanso de tres semanas con goce de sueldo después del parto. Sin embargo, esta medida no tuvo eco en los demás países europeos de tal manera que en Francia, país en el que desde el siglo XIX se iniciaron las revoluciones más importantes, no fue sino hasta ya bien entrado el siglo XX en que aparece una legislación protectora para las mujeres antes y después del parto.

A la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se debe la toma de conciencia formal sobre la necesidad de legislar los derechos de la mujer para proteger la maternidad,

siendo en el Convenio N° 3 de 1919 cuando se plantea por primera vez la necesidad de legislar sobre la protección de la maternidad y exhorta a sus miembros a adoptar diversas recomendaciones relativas al empleo de las mujeres antes y después del parto. Entre ellas destaca el derecho a un período retribuido de seis semanas después del parto, y al reincorporarse al trabajo, en el caso de que amamante a su hijo, a dos descansos de media hora cada uno.

El Convenio No. 103 de 1952, la OIT retoma el tema proponiendo entre otros aspectos, un descanso por un mínimo de doce semanas para la maternidad, seis de las cuales deberán ser otorgadas obligatoriamente después del parto y amplía el concepto del período para la lactancia diciendo que "toda mujer que amamante a su hijo está autorizada a interrumpir su trabajo con ese fin durante uno o varios períodos; tales interrupciones deben contarse como horas de trabajo remuneradas". Cabe hacer notar que aunque dicha ratificación significa que se toman como base mínima de partida las recomendaciones de este organismo internacional, cada país es libre de definir su propia legislación.

En Nicaragua, en el capítulo del trabajo de la mujer y de la niñez del Código del Trabajo vigente desde 1949 y reformado en 1994, estipula las condiciones mínimas que concede la Constitución nicaragüense sobre los derechos de la mujer trabajadora en cuanto a la alimentación de su hijo(a), sin embargo, en la mayor parte del tiempo esto no se cumple. Esto puede ser debido a múltiples causas entre otras a que la ley no especifica sanciones que obliguen al patrón a proporcionar los descansos para proporcionar la lactancia materna y también a que la madre no utiliza éstos para el fin protector hacia el hijo y también por desconocimiento.

Para lograr los objetivos que el legislar la lactancia materna conlleva es necesario redoblar esfuerzos de los movimientos y campañas que buscan educar y concientizar a la madre y a la sociedad en general sobre la importancia trascendental de la lactancia materna, así como el establecimiento de sanciones de tipo administrativo, tanto para el patrón como para la madre, en el caso de incumplimiento de la observancia del "Código".

Por otra parte, existen además otros peligros que interfieren en el éxito de la lactancia natural como es la comercialización generalizada de los sucedáneos de la leche materna surgida después de la segunda guerra mundial. Por tal motivo, en 1981, se estableció el Código Internacional de la OMS para la Comercialización de Sucédáneos de la leche materna. Este código tiene como fin el proporcionar a los lactantes una alimentación segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna.

En Mayo de 1981 Nicaragua al igual que otros países adoptó el Código Internacional de Sucédáneos de la leche materna y en Diciembre del mismo año se formuló y aprobó el decreto ley 912.

En 1986 la OMS-UNICEF presentan guías para situaciones en que los niños deben recibir sustituto de la leche materna y se adopta la resolución de la OMS prohibiendo las donaciones o ventas a costos rebajados de los sucedáneos a las maternidades; afirmando la no-necesidad de leches de seguimiento.

En 1989 OMS-UNICEF publica los 10 pasos para una Lactancia natural exitosa. Para 1991, la OMS realiza estudios sobre el código en 15 países y se lanza por parte del UNICEF-OMS la IHAN (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños) y es firmado un acuerdo con la asociación internacional de las industrias de fórmulas infantiles la interrupción de donaciones gratuitas en 12 países.

En 1992, la IHAN distribuye placas de acreditación a hospitales en 12 países que cumplen con los **"Diez Pasos para una lactancia natural exitosa"**, donde no van a recibir donaciones gratuitas de formulas infantiles y se inicia la capacitación a equipos de salud de hospitales y centros de salud para el apoyo a la lactancia materna y el monitoreo del código en América Latina con participación OMS-UNICEF.

En Nicaragua, dentro de este ámbito la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALAMA) y el Ministerio de Salud han venido realizando esfuerzos conjuntos tendientes a lograr leyes favorecedoras para que las mujeres puedan amamantar.

Entre los logros obtenidos están la emisión de la Resolución Ministerial No. 54-94 en relación a los derechos de la mujer trabajadora de la Salud para amamantar a sus hijos(as) y el decreto ejecutivo No. 44-95 sobre la *Creación de la Comisión Nacional de Promoción de la lactancia materna*.

Por otra parte, la **Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y comercialización de sucedáneos de la leche materna**, documento que fue aprobado, por la Asamblea Nacional, en junio de 1998 y que aún no ha sido promulgada.

Políticas constitucionales que favorecen la lactancia materna

En 1994 se hicieron las reformas al Código del Trabajo, es en este momento que el MINSA y CONALAMA propusieron a la Asamblea Nacional, como parte de estas reformas, la prolongación del subsidio post-natal y el apoyo a la mujer que trabaja brindándole las condiciones mínimas que garanticen una Lactancia Materna exitosa.

Como parte de las acciones concretas que el MINSA ha venido realizando alrededor de la promoción y protección de Lactancia Materna se elaboró la Resolución Ministerial 54-94 en respuesta a los limitantes del Código de Trabajo reformulado en ese mismo año.

El objetivo de esta resolución es brindar a las mujeres trabajadoras de la salud las condiciones óptimas para amamantar. Es pertinente que todos y todas conozcamos de nuestros derechos plasmados en dicha resolución y su aplicación. A las mujeres para poder hacer valer sus derechos y a los hombres para apoyar a la mujer lactante trabajadora de la salud.

Resolución Ministerial No.54, 94

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que le confiere el Decreto No.1-90, Ley Creadora de Ministerios de Estados, publicada en "LA GACETA", Diario Oficial No. 87 de 08 de Mayo de 1990, y Decreto Ley No.912, Ley de Promoción de la Lactancia Materna, publicado en "LA GACETA", Diario Oficial No. 292 del 23 de Diciembre de 1981.

CONSIDERANDO

Que es un compromiso de los Gobiernos suscriptores de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, reducir la mortalidad y la morbilidad en la mujer, niñas y niños, promocionar la Lactancia Materna, evitar los riesgos en la mujer y en el recién nacidos y reducir la desnutrición infantil.

II

Que le corresponde al Gobierno y a la sociedad fomentar la Lactancia Materna, pues de ella depende el desarrollo físico, psicológico, y social de la población infantil.

III

Que es un derecho de las niñas y niños recibir la Lactancia Materna, pues contribuye a protegerlos de enfermedades por su contenido de sustancias inmunológicas.

IV

Que en las políticas del Ministerio de Salud, se contempla el imperativo mandato de brindar asistencia en salud a la mujer y a las niñas y niños.

POR TANTO,

RESUELVE:

PRIMERO: Se orienta a los Vice-Ministros de Salud, Directores de los sistemas Locales de Atención Integral (SILAIS), Directores Generales, Directores Específicos y Jefes de Áreas, que a partir de la firma de la presente resolución deben cumplir con lo siguiente:

- a. Que para garantizar el efectivo cumplimiento de las disposiciones contempladas en nuestro Código del Trabajo, Título III, Capítulo I relativo "DEL TRABAJO DE LOS MENORES Y DE LA MUJER", en todas las dependencias orgánicas del Ministerio de Salud, se deberá otorgar a toda mujer trabajadora lactante quince minutos cada tres horas, o de dos medias horas, durante o a media jornada de trabajo, para amamantar a su hija y/o hijo, así como proporcionar un lugar que llene las condiciones mínimas para que las madres lactando amamanten o se extraigan manualmente la leche materna.
- b. En caso que la mujer trabajadora lactando no pueda por razones de distancia amamantar a su niña y/o niño, puede de común acuerdo establecer con su Director o Jefe inmediato que el tiempo señalado en el inciso "a" de este instrumento, se acumule en una hora y se le otorgue al inicio o al final de la jornada.
- c. El tiempo otorgado para que la mujer lactando amamante a su niña y/o niño será de doce (12) meses, el que debe computarse como trabajo efectivo, sin detrimento que la mujer trabajadora continúe la Lactancia Materna hasta los dos años de edad.

SEGUNDO: Es obligación de todas las dependencias del Ministerio de Salud, en las que se prestan servicios a la población lo siguiente:

- a. Conocer, divulgar y cumplir el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.
- b. Cumplir con las Normas Básicas en la Promoción de la Lactancia Materna, durante el control pre-natal, parto y puerperio y la alimentación de la niña y niño hasta los dos años de edad.
- c. Promover dentro de la Unidades de Salud, la Lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis (6) meses de vida de la niña y niño, estimulando el amamantamiento hasta los dos años de edad, aun después de la introducción de alimentos complementarios a partir de los seis meses de edad.

- d. Promover la estrategia de Educación y capacitación permanente a los trabajadores de la Salud en Lactancia Materna, contando para ello con el apoyo técnico de la Dirección de Nutrición.
- e. Que no se realicen actividades de comercialización de sucedáneos de la leche materna, alimentos complementarios, alimentos de fórmulas o seguimiento; así como la eliminación del uso del biberón mamilas y chupetas como un medio para proporcionar cualquier tipo de alimentos y bebidas a niñas y niños hasta los dos años de edad.
- f. Que no se proporcione materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales de los sucedáneos de la leche materna, alimentos complementarios, alimentos de fórmulas o seguimiento, relacionados a la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas, madres de niñas y niños hasta los dos años de edad.
- g. Procurar que todas las dependencias orgánicas del Ministerio de Salud que brindan atención materno infantil se incorporen a "LA INICIATIVA DE LOS HOSPITALES AMIGOS DE LA NIÑEZ Y DE LA MADRE", como una estrategia para la promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna.
- h. Fomentar la creación de grupos de mujeres de apoyo, que ayuden a las madres a combinar el amamantamiento con su trabajo.

Código del trabajo

ARTO. N°141: Las trabajadoras en estado de gravidez tendrán derecho al reposo durante las cuatro semanas anteriores al parto y las ocho posteriores, o a diez en caso de partos múltiples, con goce del último o mejor salario, sin perjuicio de la asistencia médica que deben suministrarle las instituciones sociales encargadas de proteger la maternidad. El período de reposo será computado como de efectivo trabajo para fines de los derechos por antigüedad, vacaciones y décimo-tercer mes.

Cuando el parto sobreviniere antes de la fecha presunta señalada por el médico, el tiempo no utilizado del descanso prenatal se sumará al período de descanso post-natal.

Si se produjere interrupción accidental del embarazo, parto no viable o cualquier otro caso anormal de parto, la trabajadora tiene derecho al descanso retribuido de acuerdo con las exigencias del certificado médico.

El reposo es obligatorio tomarlo y obligación del empleador concederlo.

ARTO. N°143: EL empleador suministrará lugares adecuados y sillas o asientos a disposición de las trabajadoras lactantes. En los centros de trabajo donde labores más de treinta mujeres el empleador deberá acondicionar o construir un local apropiado para que las trabajadoras puedan amamantar a sus hijos.

La trabajadora, cuando esté lactando, dispondrá en los lugares de trabajo de quince minutos cada tres horas durante la jornada de trabajo, para alimentar a su hijo. Ese tiempo debe computarse como de trabajo efectivo.

Los articulados del código de trabajo son importantes para proteger los derechos de las mujeres antes y después del parto sin perjuicio de la asistencia médica que deba suministrar las instituciones sociales encargados debe proteger la maternidad. Así mismo amplia el concepto en cuanto que toda mujer embarazada que amamante a su hijo esta autorizada a interrumpir su trabajo durante uno o varios períodos; tales períodos deben considerarse como trabajo remunerado.

Técnica:

Discusión de Grupo; Lluvia de ideas; Analizar la Resolución Ministerial No. 54-94 para promover el derecho a una "lactancia materna exitosa"; Discutir la situación de mujeres trabajadoras de la salud y otros casos específicos; Discutir si se está o no aplicando la resolución ministerial en su centro de trabajo y qué podría hacerse para aplicarla; Identifique a las trabajadoras embarazadas de su centro que pueden ser beneficiadas con dicha resolución; Interpretar los artículos 141 y 143 del Código del Trabajo, Título VII, Del Trabajo de las Mujeres, Capítulo II, De la Protección de la maternidad de la Mujer Trabajadora, que permita la apropiación del mismo.

Materiales:

Pizarra, Rotafolio, Afiches, Videos, volantes, papelógrafo, marcadores, retroproyector de lámina transparente, láminas de acetato, VHS, Televisor, diapositivas, proyector de diapositivas, Copia de "La Gaceta" N 205-Año C-del 30/10/96.

Reflexión: Los articulados del Código del Trabajo son importantes para proteger los derechos de las mujeres antes y después del parto sin perjuicio de la asistencia médica que deban suministrar las instituciones sociales encargadas de proteger la maternidad. Así mismo, amplía el concepto en cuanto que toda mujer embarazada que amamante a su hijo está autorizada a interrumpir su trabajo durante uno o varios períodos; tales períodos deben considerarse como trabajo remunerado. ¿Cómo cree usted que los trabajadores de salud pueden ayudar al cumplimiento del código del trabajo?.

¿Qué otros aspectos, ayudarían a las mujeres? Ej. Tiempo para extraerse la leche, salacuna, etc.

Otros Artículos del Código del trabajo relacionados con la protección a la maternidad

Título VII - DEL TRABAJO DE LAS MUJERES,

CAPITULO I, De las mujeres trabajadoras.

ARTO.138: La mujer trabajadora gozará de todos los derechos garantizados en este código y demás leyes sobre la materia en igualdad de condiciones y oportunidades y no podrá ser objeto de discriminación por su condición de mujer. Su salario estará de acuerdo a sus capacidades y al cargo que desempeñe.

ARTO.139: En el caso de trabajo de mujeres con obligaciones familiares las leyes, convenciones colectivas y reglamentos internos podrán prever atendiendo a las particularidades de la actividad laboral, la adopción de sistemas de jornada de trabajo reducida o de tiempo limitado.

CAPITULO II. De la Protección de la Maternidad de la Mujer Trabajadora

ARTO.140: Se prohíbe a los empleadores permitir la continuación del trabajo de la mujer en estado de gravidez en obras o faenas perjudiciales al mismo. En este caso, el empleador deberá facilitarle un trabajo que no altere la normalidad de este proceso biológico, sin menoscabo del salario ordinario que tenía antes del embarazo.

Una vez concluido éste, el empleador estará obligado a trasladar a la trabajadora a su puesto anterior con el salario vigente.

ARTO.142: Para determinar la fecha de iniciación del descanso prenatal retribuido, la trabajadora tendrá la obligación de presentar al empleador un certificado médico en el que conste la fecha probable del parto. El Ministerio de Salud deberá expedir gratuitamente el certificado que estipula este artículo.

ARTO.144: La trabajadora en estado de gravidez o gozando de permiso pre o postnatal, no podrá ser despedida, salvo por causa justificada previamente establecida por el Ministerio del trabajo.

Del Convenio Colectivo MINSA/FETSALUD, Managua, 10-1993.

Cláusula VII-c: Computar como tiempo de trabajo efectivo las interrupciones de las jornadas laborales por causa de maternidad, movilización sanitaria por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo para fines de pago de vacaciones.

Cláusula XV: Reivindicaciones de la mujer trabajadora de salud.

El MINSA se compromete a:

- a) Asegurar diariamente un vaso de leche y una dieta adecuada a las mujeres trabajadoras de la salud que se encuentran en estado de gravidez y las madres lactantes hasta los seis meses.
- b) Que las trabajadoras de la salud que se encuentren en estado de gravidez no sean incluidas en roles de turno nocturnos a partir de cumplidos sus seis meses de embarazo.
- c) Autorizar permiso sin afectación salarial, solicitados por madres trabajadoras de la salud con hijos menores de diez años que estén enfermos.
- d) Garantizar el derecho de empleo a la mujer trabajadora en estado de gravidez.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna

Resumen:

1. Objeto: El código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuada de los sucedáneos de la leche materna.
2. Alcance: El código se aplica a la comercialización de sucedáneos de la leche materna cuando están comercializados o cuando de otro modo se indiquen que puedan emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:
 - Fórmulas infantiles.
 - Otros productos lácteos.
 - Cereales (papillas).
 - Jugos o mezcla de verduras.
 - Tés y jugos para beberse.
 - Leches llamadas "de seguimiento".

El código se aplica además a los biberones y tetinas. Algunos países han empleado el alcance del código para abarcar además de los alimentos

comercializados o de otros modos indicados como sucedáneos de la leche materna también los alimentos usados como sucedáneos de la leche materna.

3. Publicidad: El código no permite ninguna publicidad destinada al público arriba mencionado.
4. Muestra: No se permiten muestras a las madres y sus familias ni a los agentes de salud.
5. Sistema de atención de salud: No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir, ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.
6. Agentes de salud: Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyen a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.
7. Suministros: No se permite la distribución gratuita de suministro de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.
8. Información: El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.
9. Etiqueta: Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad de acuerdo con las normas del Codex Alimentarios, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.
10. Productos: Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada-azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.

Técnica

Discusión de grupo, Lluvia de Ideas. a) Un sociodrama en el cual los trabajadores de salud enfrentan las visitas periódicas de los distribuidores de los sucedáneos de la leche

materna. b) Discutir los articulados referentes a publicidad muestras y suministros de los sucedáneos de la leche materna.

Importancia del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la leche materna.

- Ha originado consejo de fabricantes de fórmulas infantiles.
- Asociación internacional de fabricantes de alimentos en todo el mundo, cuyo principio es que cualquier empresa que pertenezca a la asociación asuma el compromiso de actuar los principios del código internacional. Este mismo código ha servido de base para la promulgación de las leyes que protegen y fomentan la lactancia materna.
- Representan un esfuerzo para proteger y promover la lactancia materna en todo el mundo. El código restringe la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna cuando representan una sustitución parcial o total de la leche materna.

Materiales:

Papelógrafo, Folleto para lectura y discusión; Pizarra, Rotafolio, Láminas, Afiches, Videos, Volantes, Pizarra, Rotafolio, Láminas, Afiches, Videos, Volantes.

Bibliografía:

- Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la leche materna. OMS., 1981.
- Ley de Promoción de la lactancia materna. Decreto N° 912., 1981.
- La Gaceta., Diario Oficial, Año XCVIII, N° 121. Decreto N° 44-95 Creación de la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. 1995.
- Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la lactancia materna y Regulación de la Comercialización de los Sucédáneos de la leche materna. Ley N° 295.
- Noguera Fardan., Ma. Del Carmen y Noguera F. Margarita., “*Aspectos Legales de la Lactancia Humana*”. Cuadernos de Nutrición: Número especial: Lactancia, Agosto, 1993. México D.F.

ANEXOS

Material de Apoyo

1. **Cómo alimentar a un bebé con taza**

Las tazas son mucho más seguras que los biberones. Estos no son necesarios, o no deberían serlo. Nunca use biberones en un hospital. Al hacerlo, le está insinuando a las madres que el biberón es seguro.

Las tazas tienen estas ventajas:

- Son fáciles de limpiar con agua y jabón cuando no es posible hervirlas.
- Es menos posible cargarlas, llevando leche dentro de ellas, como se hace con los biberones, lo cual permite que en estos últimos las bacterias tengan tiempo de reproducirse y de crecer.
- No es posible dejarlas al lado del bebé para que éste se alimente él mismo. La persona que alimenta al bebé debe alzarlo, proporcionándole así parte del contacto que él necesita.
- Las tazas no interfieren con el mecanismo de succión.
- Es posible alimentar con taza aún a bebés de muy bajo peso, tan pronto como ellos puedan deglutir. Los bebés de muy bajo peso se cansan menos al ser alimentados con taza que al ser alimentados con biberón.

Alimentación con cucharita

La alimentación con cucharita es bastante segura pero toma más tiempo y usted necesita "tres" manos para hacerlo.

Algunas mamás dejan de darles a sus bebés con la cucharita antes de que éstos hayan recibido suficiente alimento. Existen menos posibilidades de que esto suceda cuando emplean tazas.

De manera que en la mayoría de los bebés, es mejor alimentarlos con taza.

Si el bebé está muy enfermo, por ejemplo si respira con dificultad tal vez sea mejor alimentarlo usando una cucharita.

Cómo alimentar al niño con taza

- Use una taza ordinaria, no una taza con pico la cual es más difícil de limpiar. Si es posible use una taza pequeña.
- Alce al bebé, manteniéndolo cerca de su cuerpo, en posición semisentado.
- Mantenga la pequeña taza o el vaso sobre los labios del bebé (presionando contra el labio superior). Es posible que éste haga algunos movimientos de succión. Déle un poco de leche cada vez, muy lentamente.
- Déle tiempo al niño para que trague. Déjelo descansar entre sorbos.
- Si le preocupa que le está dando demasiada cantidad de leche con cada sorbo, pruebe el uso de la cucharita.

Técnicas e instrumentos de ayuda

Todas las madres deberían saber cómo extraer su propia leche y esto pueden comenzar a aprenderlo durante el embarazo y a ponerlo en práctica un poco después del nacimiento.

Cómo estimular el reflejo de oxitocina

Una madre puede extraer su leche de manera efectiva solamente si su reflejo de oxitocina funciona bien, de manera que la leche pueda salir. Cuando los pechos están muy congestionados, es difícil que la oxitocina llegue hasta las células musculares para hacerlas contraer. Usted necesita saber cómo ayudarle a la madre para que el reflejo funcione eficientemente.

Procure que la madre:

- Encuentre un lugar tranquilo en donde no se sienta extraña. Algunas madres también se están extrayendo leche para sus bebés.
- Alce al bebé y en lo posible lo mantenga pegado a su piel. Mientras se extrae la leche la madre puede mantener al niño sobre sus piernas si ella está sentada, o puede mirar a su bebé, o una fotografía de éste, si el bebé no está cerca en ese momento.
- Tome la bebida que más le guste (que no sea café).
- Caliente sus pechos, (excepto en el caso de plétora cuando el calor puede ayudar a aumentar el edema), aplicando compresas de agua tibia.
- Haga masajes en los pechos, dirigiendo la presión muy delicadamente en dirección al pezón. A algunas mujeres les ayuda tocar muy delicadamente el pezón y la areola con la punta de los dedos.
- Le pida a quien la acompañe que le dé masajes relajantes en la espalda. La madre sentada, inclinada hacia adelante, coloca sus brazos doblados sobre una mesa enfrente de ella y deja que su cabeza descansa sobre sus brazos. Sus pechos caen libremente. El ayudante fricciona los nudillos de su mano firmemente

hacia arriba y hacia abajo de la espalda de la madre, escogiendo cualquier lado desde el cuello hasta el omoplato (las paletas) durante uno o dos minutos.

Cómo aumentar la producción de la leche

Si la producción de leche de la madre es escasa, ésta aumentará "si el bebé succiona frecuentemente para estimular los pechos".

Si la madre ha dejado de lactar y la leche se ha secado, la succión puede hacer que se produzca nuevamente la leche. A esto se le llama relactancia o reinicio de la lactancia.

Si el bebé está siendo todavía amamantado, la producción de leche aumenta en pocos días. Si ha dejado de ser amamantado, puede tomar 1 - 2 semanas o más antes de que se produzca nuevamente la leche. Es más fácil si el bebé es todavía pequeño y si la lactancia se le ha suspendido recientemente. Pero puede hacerse en cualquier momento, aún en una mujer que no ha amamantado por años y desea alimentar a un nieto. Incluso mujeres que no han amamantado nunca, por ejemplo madres adoptivas pueden producir leche si el (la) niño (a) adoptado es puesto a mamar.

Trate de ayudar a la madre y al bebé en su propia casa si esto es posible. Ocasionalmente puede ser de gran utilidad admitirlos a ambos en el hospital por una semana o dos, de manera que puedan recibir suficiente apoyo, en especial cuando uno cree que la madre no va a resistir la tentación de ofrecerle biberón a su niño, una vez regresen a casa.

Qué hay que hacer para aumentar la producción de leche

Analice las causas posibles que condujeron a que la madre no pudiese producir suficiente cantidad de leche y en lo posible identifique cuál es la razón específica en cada caso. Por ejemplo, si la madre le ha comenzado a dar biberones al bebé, aconséjele que los suspenda.

Trate de que la madre se sienta segura y confiada de que puede producir leche de nuevo y aumentar la cantidad de ésta.

Trate de hablar con ella dos veces por día si es posible. Asegúrese que la mamá puede comer y beber lo necesario.

El que coma y beba más no aumenta la cantidad de leche que la madre produce, pero si la madre está desnutrida, es necesario que recupere su fuerza y su energía.

Si la madre no está desnutrida, una buena comida y líquidos suficientes para que le calmen la sed seguramente le ayudarán a sentirse bien y a tener confianza en sí misma.

Si Ud., sabe de algún lactagogo apreciado localmente (ver más abajo), aconséjele que lo tome.

- Estimúlela para que descanse más y para que trate de estar relajada mientras amamanta al bebé.
- La madre debe mantener a su bebé cerca todo el tiempo posible y hacer ella misma todo lo que pueda por él: por ejemplo cambiarlo o bañarlo.
- Lo más importante es dejar que el bebé succione más, por lo menos 10 veces en 24 horas.
- La madre puede ofrecerle el pecho cada 2 horas.
- La madre debe dejarlo succionar cada vez que el bebé muestre interés en hacerlo
- A veces es más fácil poner al bebé a succionar cuando está adormilado
- La madre debe dormir con el (la) niño (a) cerca de ella y dejarlo mamar por la noche.
- La madre debe dejar que su hijo mame por el tiempo más prolongado de lo que hacía anteriormente.
- Asegúrese que el bebé agarra el pezón y la areola en buena posición.
- Trate de no darle al bebé otras comidas lácteas, especialmente si tiene menos de 6 meses y la madre aún está produciendo leche. Sin embargo, si su leche se ha secado, es posible que sea necesario usar otros alimentos lácteos, mientras se espera que la leche vuelva a bajar.
- La madre debe darle los otros alimentos con una taza y no con biberón. No debe tampoco usar chupetes de entretenimiento.
- Si el bebé se niega a succionar de un pecho "vacío", muéstrole a la mamá cómo dejar caer algunas gotas de su leche sobre el pezón cada vez que el bebé succione, para premiarle el esfuerzo hecho. También puede usted indicarle cómo puede usar un suplementador.
- Al comienzo dé al bebé la cantidad total de leche de vaca (o de fórmula) requerida por un niño del peso correspondiente. (150 ml por Kg de peso por día), o la misma cantidad que el (la) niño (a) venía recibiendo. Reduzca la cantidad cada día, entre 30 ml. y 50 ml.

- Vigile el peso y la cantidad de orina del bebé, para asegurarse que el (la) niño (a) está recibiendo suficiente alimento.
- En algunas ocasiones muy escasas, un médico o una enfermera experimentados pueden recetarle a la madre alguna medicina durante un tiempo corto (ver más abajo).

Para aumentar la producción de leche, deje que el bebé succione con más frecuencia

Ingestión de líquidos

Muchas madres notan que se siente mas sed de lo usual cuando amamantan, especialmente antes de comenzar a poner al niño al pecho.

Las madres deben beber suficiente cantidad de líquidos para saciar la sed. Sin embargo, la ingestión de más líquidos de los que ellas necesitan no aumenta la cantidad de leche que ellas producen. Inclusive, podría reducirla.

Lactagogos

Los lactagogos son comidas especiales, bebidas o hierbas que la gente cree que aumentan la cantidad de leche que la madre produce. En diferentes países las mujeres utilizan diferentes bebidas tales como: pozol, pinolillo, semilla de jícara, etc.

Probablemente los lactagogos en realidad ayudan. Dichas sustancias no actúan como drogas, sino psicológicamente, ayudándole a la madre a aumentar la confianza en sí misma y a relajarse. También pueden ayudarle a nutrirse.

Algunas mujeres notan que una pequeña cantidad de alcohol les hace salir mejor la leche, quizás porque les reduce la ansiedad. Sin embargo, esto no puede recomendarse como una forma de tratamiento ya que mayores cantidades de alcohol pueden interferir con la lactancia.

Drogas que aumentan la producción de leche

Hay dos drogas que pueden ayudar a aumentar la producción de leche.

Si usted está seguro que la mamá no tiene suficiente leche y ya ha intentado todas las otras formas de aumentar su producción de leche, mejor referirla a una persona experimentada para ayudarla mediante el uso de estas medicinas. Sin embargo, es poco probable que ellas actúen si el bebé no succiona en una posición correcta y la madre no lo amamanta con frecuencia.

Suplementadores

Los suplementadores pueden ayudarle a la madre a aumentar poco a poco su producción de leche. Un bebé hambriento puede succionar de un pecho "vacío" unas cuantas veces, pero dicho bebé puede frustrarse pronto y negarse a seguir mamando, en especial si ya se ha acostumbrado a recibir biberón. El suplementador puede ayudar a superar este problema.

Cómo usar el suplementador

El suplementador es un tubo fino que actúa de la misma manera como lo hacen los pitillos (pajilla) usados en las heladerías para tomar bebidas. Dicho tubo pasa de la taza de leche o de una botella plástica invertida, colgada del cuello de la mamá, a la boca del bebé.

Se puede utilizar para este propósito, leche de vaca diluida, leche de fórmula o leche extraída de otra mamá.

- Coloque un extremo del tubo sobre la areola y el pezón de la madre de manera que cuando el (la) niño (a) succione del pecho succione al mismo tiempo del tubo. De esta manera obtiene la leche colocada dentro de la taza, estimula el pezón y con ello la producción de leche.
- El tubo facilitador debe ser un tubo muy fino. Use una sonda nasogástrica de bebé o cualquier otro tubo de polietileno.
- Si usted no dispone de un tubo fino use uno más ancho. Sin embargo, si el tubo es muy ancho el bebé obtiene la leche muy fácilmente de la taza y no succiona con la fuerza requerida para estimular la producción de leche. Coloque sobre el tubo un gancho (clip) o indíquele a la madre cómo pellizcar el tubo entre sus dedos para cerrarlo parcialmente y controlar así el flujo.
- Limpie y esterilice el tubo facilitador y la taza cada vez que los use.