

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**LACTANCIA MATERNA EN PACIENTES RECIEN NACIDOS EN LA
UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL III JOSE
CAYETANO HEREDIA DE PIURA 2013 – 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

MARINA ESPERANZA DÍAZ CAMPOS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marina Esperanza Díaz Campos', is positioned to the right of the author's name.

Callao – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 187 - 2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1644-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Págs.:
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	8
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	14
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	47
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	48
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	48
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	52
IV. RESULTADOS	55
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES	59
VII. REFERENCIALES	60
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de la vida, la leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido. Para todos son conocidas las ventajas de la leche materna para la alimentación del lactante; sin embargo, para muchos profesionales éstas se circunscriben a su mayor digestibilidad, su esterilidad, y que resulta más económica, cuando lo cierto es que no menos importante es la posibilidad de ayudar a desarrollar el cuerpo y la inteligencia de los niños; contiene aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro; los protege contra las infecciones y enfermedades y contiene las cantidades necesarias de vitaminas. La leche de la madre es la mayor protección para el niño contra las enfermedades gástricas y las alergias, las enfermedades de la piel, el sarampión, el cólera y otras. Para las madres la lactancia facilita e incrementa el amor a su hijo. Debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes que lo amenazan durante el primer año de vida (1). El objetivo del informe es describir mi experiencia laboral sobre Lactancia materna en el hospital de Essalud III José Cayetano Heredia de Piura años 2013 al 2015, en el servicio de neonatología, área de Alojamiento Conjunto. El presente

informe de experiencia laboral está basado en la Teorías en Enfermería por Ramona Mercer, que enfoca su atención en el trinomio madre, niño, padre y su entorno, desarrollada en todas las áreas de labor de la enfermera.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Situación Problemática

En el mundo, los países demuestran gran interés en proteger el nacimiento de sus bebés; por esta razón se está promoviendo el desarrollo de políticas y normas para salvaguardar la integridad física, emocional de los recién nacidos, considerando que el proceso de adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina se realice en las mejores condiciones, favorables tanto para la madre como para el bebé. Las tasas de inicio precoz de la lactancia materna, considerada como tal aquella que se brinda antes de la primera hora de vida del recién nacido, oscila entre el 17% de Europa Oriental y el 50% de los países de América Latina (Sallam, Babrs, Sadek, & Mostafa, 2012; Jana, 2009). En USA, la incidencia de lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses está generalmente por debajo del 30%. En el Reino Unido, donde la población está comparativamente mejor informada y concientizada en términos de salud, la incidencia de la lactancia materna a los seis meses es de un 20%. En lo referente a lactancia materna, existe un gran contraste entre los países Escandinavos y el Japón por un lado y el resto del mundo por el otro. En Noruega y Suecia, por ejemplo, la tasa de lactancia materna a los seis meses está alrededor del 50%. La situación en Holanda es especial. Las mujeres holandesas en general no encuentran dificultades cuando amamantan, pero Holanda es un país con

una larga tradición de alimentación con biberón, lo cual explica la comparativamente baja incidencia de lactancia materna en un país donde muchas mujeres dan a luz en casa (1). De todas maneras la incidencia de lactancia materna a los seis meses está alrededor del 25% comparada con el 15% a los tres meses en Francia (Vera, 2010) (2).

La Lactancia Materna es una práctica milenaria con múltiples evidencias de sus beneficios maternos y del recién nacido, en el Perú durante el año 2012 fue significativo el descenso de la lactancia materna exclusiva (67,5 %) especialmente en las zonas urbanas (61,5%) e incluso se observa una tendencia a la baja en la zona rural (78,7%) en comparación al año 2011 cuyos índices fueron: 70,6%, 64% y 82,5 % respectivamente. Es importante señalar que Lima, Arequipa, ICA, Trujillo, Piura y Chiclayo, son las ciudades que registran la mayor reducción de la Lactancia Materna Exclusiva ha caído en 9,2 puntos.

En la actualidad, la lactancia materna (LM) es una práctica de vital importancia, tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que como mínimo la LM exclusiva abarque los primeros seis meses de vida, cuya recomendación está basada en evidencia científica. La lactancia materna durante la primera hora de vida es un mecanismo potencial para la promoción de la salud y se considera que es un indicador de la excelencia de la LM, a pesar de ello las tasas de inicio precoz de la LM, es decir, antes de la primera hora de vida del recién

nacido, oscila entre el 17% de Europa Oriental y el 50% de los países de América Latina (Sallam, Babrs, Sadek, & Mostafa, 2012; Jana, 2009) (3).

Existen muchas pruebas de los beneficios que aporta el contacto precoz a corto y largo plazo, no sólo en la salud del recién nacido, sino también de la madre. La leche materna y el contacto piel a piel con la madre tiene un impacto beneficioso en la salud, favorecido por la inmunidad pasiva, el crecimiento y el desarrollo del niño, además de los aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales (Otal, Morera, Bernal, & Tabueña, 2012). También beneficia la salud materna, perdiendo el peso ganado durante el embarazo más rápido, induciendo la involución uterina rápida y completa, permitiendo la salida precoz de la placenta y un menor sangrado posparto, previniendo anemias y depresión postparto entre otras bondades. Adicionalmente, beneficia psicológicamente el vínculo afectivo madre – hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos y permite ahorrar dinero ya que es un recurso natural y renovable (4).

Cuando el parto tiene lugar mediante cesárea, la madre es un paciente quirúrgico con todos los riesgos y problemas que ello conlleva. Si se anticipa la realización de una cesárea debido al antecedente de la misma, por cuadros de desproporción cefalopelvica o a un algún otro problema, la mujer se puede preparar psicológicamente para ello y generalmente tolera mejor el proceso. Cuando la cesárea no está planificada de antemano y se decide y realiza durante el propio parto, es psicológicamente más traumática y la madre presenta con frecuencia un sentimiento de fracaso

en su rol femenino. Además de esta decepción inesperada, las urgencias médicas también pueden influir en el bienestar de la madre, tal como el total de parto prolongado y difícil, desprendimiento placentario, hemorragia, toxemia o infección. La madre que planifica dar de lactar a su hijo tras el parto mediante cesárea debe tener capacidad para hacerlo si el lactante tiene las características adecuadas para ello. El método del parto no introduce diferencias significativas en la cronología de la bajada de la leche ni tampoco modificaciones en la concentración de los constituyentes principales de la leche durante los siete primeros días. Según el tipo de anestesia y las circunstancias asociadas, la madre puede presentar el nivel de alerta suficiente para colocar el niño a su pecho durante las doce primeras horas tras la cirugía (5).

Considerando la problemática descrita, la antigüedad de los escasos estudios sobre el tema, las recomendaciones de la última revisión Cochrane y ante los recientes cambios en el contexto de la atención perinatal se plantea en este trabajo describir mi experiencia laboral en lactancia materna en los recién nacidos en el servicio de alojamiento conjunto Neonatología del Hospital Regional III "José Cayetano Heredia" de Piura.

El hospital III José Cayetano Heredia-Es Salud es un hospital integrado y de referencia, está localizado en el distrito de Castilla, provincia de Piura, Departamento de Piura, el cual es centro de referencia de toda la Región Piura, incluyendo Ministerio de Salud, Es Salud y otras Instituciones.

1.2. Objetivo.

Describir la intervención de enfermería en Lactancia Materna en pacientes recién nacidos del servicio de alojamiento conjunto del hospital III José Cayetano Heredia - Es Salud de Piura .2013-2015

1.3. Justificación.

El presente informe de experiencia laboral en lactancia materna en Recién Nacidos del servicio de Alojamiento conjunto del Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura durante los años 2013al2015. Se realizó porque se ha observado que las madres no llevan a cabo una práctica correcta y efectiva de la lactancia materna, y se elabora para corregir dichas prácticas, siendo los beneficiados, la madre, el recién nacido, familia y la sociedad, logrando fortalecer el vínculo madre-niño, asegurando nutrientes de alta calidad y adecuados a las necesidades del acelerado crecimiento y desarrollo del recién nacido, logrando un crecimiento y desarrollo, potenciando su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar óptimo.

II. MARCO TEORICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Zwedberg, Blomquist & Sigerstad, (2015) elaboraron un estudio en Suecia, titulado: "Midwives experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'" con el objetivo de explorar las experiencias y percepciones del contacto piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos a término inmediatamente y durante el primer día después de la cesárea desde el punto de vista de los obstetras. El estudio es exploratorio, descriptivo, cualitativo. Se entrevistaron a 8 obstetras de hospitales diferentes. El contacto piel a piel se consideró importante, es un aspecto de la atención que las parteras se esforzaron por poner en práctica como un elemento natural de la atención postnatal. Sin embargo, en la práctica diaria, las obstetras experimentaron muchos obstáculos para dicha atención, como la falta de conocimiento entre los padres y otros profesionales acerca de los beneficios del contacto piel a piel, la condición de la madre después de la cesárea y otras dificultades de organización. Se concluye que para las obstetras la introducción del contacto piel a piel es un reto, a veces se sentían ignorados cuando trataron de comunicar los beneficios de este tipo de atención (6).

Balaguera, Sandra (2014) realizaron una investigación en Venezuela, titulada: "Inicio temprano de lactancia materna, a través del protocolo apego precoz en recién nacido. Unidad neonatal. Hospital Central de Maracay. 2014" con el objetivo de establecer la relación del apego precoz y el inicio temprano de lactancia materna, según la vía de nacimiento y la evolución antropométrica de los recién nacidos en el primer mes de vida de 64 recién nacidos sanos. Se realizó un estudio prospectivo, de tipo transversal, descriptivo y de campo observacional. Se evidencio que la vía de nacimiento tiene estrecha relación con el inicio temprano de lactancia materna, existe una asociación significativa entre el lapso de apego y la vía de nacimiento, observándose que los recién nacidos después del nacimiento por vía vaginal se apegaron de manera inmediata es decir fueron significativamente superior comparado con el nacimiento por cesárea que se apegaron de manera más tardía. Los resultados encontrados muestran que el de inicio temprano de lactancia materna a través del protocolo apego precoz en la unidad Neonatal del Hospital Central de Maracay, fueron satisfactorio encontrando que existe una asociación significativa entre el lapso de apego y la vía de nacimiento que tienen estrecha relación con el inicio temprano de la lactancia materna con tendencia a generar beneficios para el recién nacido, así como una menor morbilidad al menos en el primer año de vida del lactante (7).

Antecedentes nacionales

Solís, Inés (2015) elaboró un programa en Lima, titulado: “Programa de arrastre de pecho. Hospital Central de la Fuerza Aérea, Lima – Perú” el estudio realizado es observacional, descriptivo, comparativo, prospectivo, de corte transversal; con el objetivo de establecer y fortalecer un modelo de atención de arrastre de Pecho en la institución de estudio. El presente programa de arrastre de pecho considera que después del nacimiento y luego que el bebé ha llorado y comenzado a respirar bien; el bebé debe ser secado completamente (a excepción de las manos) con un paño suave de algodón con guantes (pediatra y enfermera). Asimismo se debe mantener piel a piel al bebé y a la madre. El bebé debe ser mostrado por el pediatra o la enfermera a la madre y mantenido cerca de ella sosteniéndolo brevemente en contacto mejilla a mejilla. Esto permite a la madre besar al bebé y brindarle un fuerte estímulo auditivo; la madre debe ser apoyada en todo momento. El acercamiento tendrá una duración aproximada de 60 minutos, se debe de colocar al recién nacido entre los senos de la madre; tanto el bebé como el pecho deben estar desnudos, de modo que el bebé tenga contacto completo piel a piel con su madre. En todo momento se debe vigilar en busca de signos de alarma y se puede suspender el procedimiento si se requiere. En el perfil general del profesional de salud se observó que el 47,5% tenían entre 41 a 50 años y el 41,2% presenta de 11 a 20 años de tiempo laboral. En relación al conocimiento sobre contacto precoz se observó que el 63,7% presentó un bajo nivel de conocimiento. Entre los temas que conocen mejor los

profesionales se encuentran: alimentación óptima de un bebé (0-6 meses) y las contraindicaciones que existen para el inicio de la lactancia precoz en la madre. Los temas que conocen menos los profesionales son: cuándo se debe iniciar la lactancia materna del recién nacido (95%), y hasta qué edad considera usted la alimentación con leche materna (90%). Al analizar las prácticas de los profesionales del área Materno Infantil sobre el contacto precoz, se observó que el 62,5% realizó "prácticas adecuadas", entre las más frecuentes fue la indicación de la lactancia materna por motivos de acción ecológica en el inicio de la vida (97,5%), por ser un ahorro monetario para la familia y el estado (92,5%), además el 68,8% no realizan las coordinaciones para el contacto precoz. Las prácticas menos frecuentes se observó a la aplicación del minuto de oro sin dificultad (16,3%) y las coordinaciones de las acciones para el contacto precoz previo al parto (31,3%). Se observó una relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre contacto precoz y las prácticas de los profesionales ($p=0,44$). En conclusión existe un bajo nivel de conocimiento sobre contacto precoz sin embargo prevalece las prácticas profesionales adecuadas en todo el personal de salud del área Materno Infantil (8)

Almerco, Juana publicó una tesis, titulada: "Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre niño en el Servicio de Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita 2011" en Lima con el objetivo de establecer la relación entre

conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el Contacto Precoz Madre – Niño. El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, ya que las variables son susceptibles de ser medidas y cuantificables, nivel aplicativo porque parte de la realidad para transformarlo y/o modificarlo, método descriptivo correlacional de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado. Se incluyeron a 15 enfermeras, de las cuales el 53% no conocían sobre el contacto precoz madre – niño. En cuanto a las actitudes que tienen las enfermeras hacia el contacto precoz se encontró: indiferencia (10%), aceptación (20%) y rechazo (13%). Los aspectos referidos a indiferencia estuvieron dado: porque demanda mucho esfuerzo realizar el contacto precoz inmediato al parto (20%) y tiene poca importancia la presencia de la enfermera, ya que incomoda a la madre (13%). Respecto a la relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz, el 66% tenía una actitud de indiferencia, de los cuales conocen y no conocen en forma equitativa los procedimientos del contacto precoz. Se concluye que el mayor porcentaje de enfermeras no conoce sobre los aspectos relacionados al contacto precoz madre-niño y tienen una actitud de indiferencia y aceptación; asimismo se encontró que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz (9)

Quispe Condori, Jacqueline (2012) desarrolló una investigación, titulada: "Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en

puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 – enero 2012” en Lima, con el objetivo de determinar los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP Noviembre 2011 - Enero 2012. El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se observó que la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9 %) y grado de instrucción secundaria (72,2%). Hubo una menor proporción de inicio de la Lactancia Materna Precoz en mujeres mayores de treinta y cinco años, solo un 7,7% han brindado LMP ($p= 0,022$). El 69,2% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna ($p = 0,001$). La estadía en Centro Obstétrico, está asociado significativamente con el inicio de la LMP ($p=0,007$). El 53,1% de las puérperas que iniciaron la LMP refirieron haber tenido su parto con un acompañante ($p=0,037$) y aquellas madres puérperas que decidieron dar Lactancia Materna Exclusiva, durante su embarazo, a sus recién nacidos (94,5%) iniciaron la Lactancia Materna Precoz ($p=0,000$). Se concluye dar Lactancia Materna Exclusiva se asocia significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz (10)

2.2. Marco conceptual

2.2.1 Lactancia Materna

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones

Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños». La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años.² La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y Unicef. (11).

Según la OMS y el Unicef, a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo. En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Algunos estudios

antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete (11).

2.2.2 Ventajas de la alimentación al seno materno

Prevención de infección

Una infección que se previene o reduce su frecuencia gracias a la alimentación con leche materna es la gastroenteritis, la más importante por lo menos en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad es muy rara en los lactantes que se alimentan sólo de leche humana. La enterocolitis necrosante, por otra parte ocurre con menor frecuencia en los alimentados al seno que en los que reciben leche de vaca. Además la leche materna proporciona protección contra el cólera. Muchos estudios señalan que hay una menor incidencia de infección respiratoria en niños alimentados al seno (11)

Otra razón obvia para mayor incidencia de gastroenteritis debido a la alimentación con fórmulas es la contaminación de botellas y tetillas así como por mal almacenamiento. Por su parte, el botulismo infantil se limita virtualmente a los lactantes alimentados con leche industrializada. El menor riesgo de muerte infantil súbita infantil en niños alimentados al seno no se explica por completo. Según investigaciones españolas la leche materna contiene más de 700 tipos de bacterias. Han utilizado una técnica basada en la secuenciación masiva de ADN para identificar el conjunto de bacterias denominado microbiota.

Prevención de sensibilizaciones alimentarias. Está ampliamente demostrada la presencia de alérgenos alimentarios en la leche materna, tales como proteínas de huevo, de gluten (contenidas en el trigo, la cebada, el centeno, la avena, y todos sus híbridos), de leche de vaca y de cacahuete.

En general, las concentraciones se relacionan con la cantidad del alimento ingerido por la madre. Los alérgenos pasan con rapidez a la leche materna, en los minutos posteriores a la ingesta, y pueden permanecer durante varias horas. Se ha sugerido que esta exposición a alérgenos alimentarios a través de la lactancia induce la tolerancia en el bebé, si bien actualmente no se ha establecido cómo y cuándo exponer a los bebés a los alérgenos alimentarios potenciales con el objetivo de inducir la tolerancia o prevenir el desarrollo de sensibilizaciones posteriores. En el caso del gluten, actualmente se ha demostrado que ni la exposición temprana al gluten ni la duración de la lactancia materna previenen el riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca, si bien el retraso en la introducción del gluten se asocia con un retraso en la aparición de la enfermedad (11)

Esto contradice las recomendaciones dictadas en 2008 por la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica (ESPGHAN por sus siglas en inglés) para las familias de niños con riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca, que consistían en introducir gradualmente pequeñas cantidades de gluten en la dieta durante el período comprendido entre los 4 a 7

primeros meses de vida, mientras se mantenía la lactancia materna. La genética de riesgo (presencia de los haplotipos HLA-DQ2, HLA-DQ8 o alguno de sus alelos) es un importante factor que predice la posibilidad de desarrollar la enfermedad celíaca.

CONTRAINDICACIONES

En la literatura científica se suele distinguir entre las contraindicaciones verdaderas y las falsas contraindicaciones o mitos:

Contraindicaciones verdaderas

Sida: en los países desarrollados se la considera una contraindicación verdadera. En otras partes del mundo se considera que la mortalidad infantil por malnutrición y enfermedades infecciosas, asociada a la lactancia artificial, es superior al riesgo de transmisión del sida por lactancia materna.

Herpes simple: en recién nacidos de menos de 15 días puede causar una infección potencialmente mortal. Durante el primer mes la presencia de lesiones de herpes simple en un pezón contraindica la lactancia de ese lado hasta su curación. Las personas con herpes labial tampoco deben besar a los bebés. Después del mes de vida del bebé la lactancia del pezón afectado puede continuar.

Galactosemia en el bebé: grave enfermedad congénita por déficit de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa en el hígado. Los niños que

tienen galactosemia deben tomar una leche completamente exenta de lactosa.

Fenilcetonuria en el bebé: obedece a un déficit de fenilamina hidroxilasa; si no se trata precozmente, el niño desarrolla un cuadro de afectación neurológica progresiva que conduce a un retraso mental. Lo indicado en estos casos, en cuanto a alimentación, es combinar la leche materna con una leche especial sin fenilalanina, controlando los niveles de este aminoácido en sangre (11).

LA LECHE HUMANA, COMPOSICION, BENEFICIOS

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie (12)

Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos (Picciano, 2001). Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen: la leche de pretérmino, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido

amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina (12).

Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente. El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido: facilita la eliminación del meconio, facilita la reproducción del lactobacilo bifido en el volumen intestinal del recién nacido, los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo

del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica, las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos - el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríptico funcional, succión-deglución-respiración. - los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño - los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez. El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrual antes y después del nuevo nacimiento (Akre 1992). La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto (12). Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche (Neville, 1989). Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los

cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos (12).

El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna" (Schandler, 1989). El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto (Lawrence, 1989) y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene

que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos. Composición de la leche humana madura Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. Agua La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. Proteínas Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas. Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA (12).

La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto. El calostro tiene 1740

mg/100 ml de IgA contra 43 mg/100 ml de IgG. La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA contra 4 mg/100 ml de IgG. (Lawrence 1989). La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferrodpendientes (*E. Coli*), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. (Räihä, 1985). La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra *Enterobacteriaceae* y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias (Goldman y col., 1986). Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina (Sturman y col., 1977). La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana. Hidratos de carbono El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM) (12).

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa, en los adultos, debido aparentemente a una adaptación metabólica. La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central (Casey & Cambridge, 1983). La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del *Lactobacillus* es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector (Bullen, 1981). Además de la lactosa, en la leche humana se han identificado más de 50 oligosacáridos de diferente estructura, muchos de los cuales contienen nitrógeno. Constituyen el 1,2% de la leche madura (comparado con el 0,1% en la leche de vaca) (12).

Los componentes de estos azúcares complejos incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n-acetilglucosamina y ácido siálico y representan una porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana. Las grasas La grasa es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos. (Crawford, 1976) Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas. También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías. (Morley, 1988). La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos, de 1-10 μm . La membrana globular, que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol, está compuesta de fosfolípidos complejos. La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados (Guthrie et al. 1974). Los ácidos grasos araquidónico (C 20:4) y

docosaheptaenoico (C 22:6) participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas (12).

Se forman a partir de los ácidos linoleico (C 18:2) y linolénico (C 18:3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml). A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. La mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen (Gibson & Kneebone, 1981), aunque a partir de 1989 algunos fabricantes los agregaron. La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales (Robert, 1979). Estas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. La leche humana puede contener cantidades significativas de prostaglandinas (Chappet et al, 1989) que las fórmulas no contienen. Después del nacimiento, el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares (Watkins, 1985). Esta inmadurez se compensa por las lipasas linguales y gástricas y además por una lipasa no específica de la leche

materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares (12).

Esta característica metabólica de que un sustrato y su enzima estén en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana y en la de los gorilas. En la leche fresca esta lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión del 30 al 40% de los triglicéridos en un período de 2 horas, situación particularmente importante en la alimentación de los niños prematuros, cuyas sales biliares y producción de lipasa pancreática están aún más deprimidas (Freier & Faber, 1984). Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es importante usar la leche materna fresca. La leche humana es rica en colesterol. Aún no se sabe la importancia que esto puede tener para el metabolismo en el adulto; tampoco se sabe si la presencia o no de colesterol en los sustitutos es una ventaja para los niños alimentados artificialmente. Cada día hay más evidencias que los factores dietéticos de la infancia están involucrados en el desarrollo posterior de la enfermedad cardiovascular (Hahn, 1987).

Vitaminas La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

Vitaminas liposolubles La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

a) **Vitamina A** La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. (Gebre-Medhin, 1976). En el calostro es el doble que en la leche madura.

b) **Vitamina K** La

concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal (12).

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento (Von Kries et al, 1987).

c) **Vitamina E** El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

d) **Vitamina D** El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml (Greer et al, 1988). Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D. Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz del día.

Vitaminas hidrosolubles En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo

de deficiencia de vitamina B. La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia (12).

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes. Las usuarias de anticonceptivos orales por largo plazo pueden presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche. Aunque las madres no presentan signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta.

Minerales La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre. En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mama la que inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza (Ekstrand, 1981). Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

Calcio, Fósforo La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor

proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden causar obstrucción intestinal (12).

Hierro La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales, liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro. El hierro de la leche humana se absorbe en un 70%, el de la leche de vaca un 30% y en los sustitutos sólo el 10% (Sarinen & Sümes, 1979). En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida (Picciano, 1985). Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta del niño amamantado altera esta absorción. También se ha demostrado que el hierro suplementario puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento

de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado suficiente en el intestino (detectado microscópicamente) como para producir una anemia por falta de hierro (Oskey, 1985). Por otra parte, la adición de hierro no hemínico puede reducir la absorción de cobre y zinc (12).

La suplementación con hierro por lo tanto, tiene indicaciones específicas en caso de prematurez o pérdida de sangre neonatal, aunque no está exenta de riesgos. También se recomienda suplementar a los lactantes entre los 6 meses y 1 año ya que su alimentación con fitatos no permite un aporte adecuado de hierro. Zinc El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula. Elementos traza En general el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza. Cobre, Cobalto. La deficiencia de cobre, que produce una anemia microcítica hipocrómica y alteraciones neurológicas, ocurre solamente en los niños alimentados artificialmente (Wilson, 1964 - Mason 1979). El selenio se encuentra en mejores niveles en niños de tres meses de edad que se alimentan con leche materna exclusivamente (Smith & Picciano 1987). Se ha postulado

que pequeñas cantidades tienen algunos efectos en el aprendizaje posterior y en el crecimiento de los huesos (Deelstra et al. 1988 - Collipp et al. 1983 - Koo et al. 1988). Plomo y Cadmio La ingesta dietética de plomo es mucho menor en los niños amamantados, aún cuando el agua potable consumida por la madre exceda el estándar de la OMS de 0,1 mg/100ml (Chisolm, 1983) (12).

Yodo Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. En la última década hay considerables avances en el conocimiento de las interacciones entre los minerales y su biodisponibilidad (OMS - IAEA Collaborative Study, 1989). Los niveles adecuados de estos elementos no se pueden medir sólo a partir del análisis de su composición. De la misma manera, no hay un indicador suficientemente sensible para evaluar los posibles resultados adversos debidos a carencias o excesos. Otras sustancias Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas. Hormonas Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los

de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno. La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal (12).

Nucleótidos En la leche humana, están presentes nucleótidos, que afectan la absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que se incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I - II y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros (Morris, 1986).

Enzimas Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular (Werner et al., 1988).

Elaboración celular de la leche Para producir la leche, las células alveolares obtienen sus elementos por 2 mecanismos: por síntesis

dentro de la célula misma o por transporte desde el plasma sanguíneo. Cada célula secretora de la glándula mamaria funciona como una unidad completa, produciendo leche con todos sus constituyentes. La lactosa, se sintetiza en las paredes del aparato de Golgi de las células alveolares. La caseína es sintetizada a partir de los aminoácidos obtenidos del plasma sanguíneo y de otros sintetizados en la célula alveolar misma, utilizando carbono obtenido de los carbohidratos y de los ácidos grasos (12).

Los ácidos grasos de la leche se obtienen por captación de triglicéridos y ácidos grasos libres desde el plasma. Mecanismos de la secreción celular

Los constituyentes de la leche son entregados por la célula mamaria hacia el lumen alveolar por diversos mecanismos: Difusión A través de la membrana de las células alveolares difunden hacia el lumen alveolar agua y iones monovalentes (Na^+ , K^+ , Cl^-). Exocitosis Por este mecanismo son secretadas partículas de proteínas y ciertos carbohidratos, sin que la célula pierda partes propias. La membrana celular de la partícula de proteína, al tomar contacto con la membrana celular alveolar, se fusiona con ella y se abre dejando libre a la proteína que sale hacia el lumen alveolar. Secreción apocrina Por este mecanismo son secretados los glóbulos de grasa. En este proceso la célula alveolar pierde parte de su membrana y algo de citoplasma. La membrana celular envuelve al glóbulo de grasa en el momento que éste deja la célula, constituyéndose en su propia membrana. Pinocitosis Las inmunoglobulinas son transportadas por las células alveolares a través de un receptor transcelular.

La IgA, que es la inmunoglobulina más abundante en la leche, es sintetizada por células plasmáticas presentes en la glándula mamaria (Hanson & Winberg, 1982). Vía paracelular Las células que se encuentran en la leche (macrófagos, neutrófilos, linfocitos B y T) son secretadas por esta vía, a través de soluciones de continuidad entre las células alveolares. El calostro contiene un abundante componente celular que mayoritariamente es aportado por esta vía (12).

Estos espacios o soluciones de continuidad intercelulares que se observan claramente al final de la gestación, en su mayoría se cierran cuando la lactancia está bien establecida y se abren nuevamente durante el destete y también frente a la presencia de mastitis.

INMUNOLOGICAS DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es de gran complejidad biológica. Además de proteger activamente es inmunomoduladora, es decir, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce.

La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna. El calostro y la leche madura tienen componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.

Componentes humorales Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno reguladoras. La mayor parte de la IgA es producida por el mecanismo bronco-entero-mamario como reacción a los gérmenes con los que la madre ha tenido contacto (12).

En el tejido linfático adyacente al tubo digestivo y a la mucosa respiratoria materna se generan linfocitos que luego migran a la glándula mamaria aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan inmunoglobulinas específicas (IgA, IgA secretora) para proteger al niño de los gérmenes que lo rodean (Wayward, 1983). La IgA también es producida en la glándula mamaria (Hanson, 1985). La IgA es resistente a las enzimas proteolíticas y al pH bajo. Hasta el 88% de la IgA ingerida puede ser recuperada en las heces del lactante (Brandtzaeg, 1979). Se cree que los anticuerpos de la IgA aglutinan a las toxinas, a las bacterias y a los antígenos macromoleculares, impidiendo de ese modo su acceso al epitelio. La protección que el niño recibe a través de la leche materna es considerable. Calculada por Kg de peso corporal, el niño amamantado en forma exclusiva recibe 0,5 g de IgA por día. En las 4-6 primeras semanas de vida el niño obtiene la IgA de la leche materna.

La leche humana también estimula la producción de la propia IgA en las células plasmáticas subepiteliales del tracto intestinal del niño. (Goldbaum, 1988). Componentes celulares Los leucocitos están en una

concentración similar a la que se encuentran en la sangre periférica, pero con predominancia de macrófagos en vez de neutrófilos. (Lawrence R. A. 1989). De la actividad de los elementos celulares de la leche se sabe todavía muy poco. Los macrófagos son los que están en mayor cantidad (80%), le siguen los linfocitos y luego los granulocitos neutrófilos (12).

El mecanismo de acción es la fagocitosis y la secreción de algunas sustancias inmunológicas con cierta especificidad contra los gérmenes que la madre ha tenido contacto (Hanson, 1985). Los macrófagos contienen a su vez IgA, lisozima y lactoferrina.

La concentración de todos estos elementos es mayor en el calostro que en la leche madura, pero se compensa por el mayor volumen de leche, de manera que la cantidad total se mantiene relativamente constante durante toda la lactancia. Experiencias in vitro Se ha demostrado que la leche humana in vitro es activa contra muchos patógenos. La IgA presenta in vitro: (May J.T 1988) Actividad antibacteriana Contra: E. coli, C. tetani, C. diphtheriae, K. pneumoniae, Salmonella (6 grupos), Shigella, Streptococcus, S. mutans, S. sanguis, S. salivarius, S. pneumoniae, H. influenzae y otros. Actividad antiviral Contra: Poliovirus tipos 1, 2, 3, Coxsackie tipos A9, B3, B5, Ecovirus tipos 6, 9, rotavirus, citomegalovirus, reovirus tipo 3, virus rubeola, Herpes simple, parotiditis, influenza, sincicial respiratorio y otros.

Actividad antiparasitaria Contra: G. lamblia, E. histolytica, S. mansoni, Cryptosporidium. La IgM y la IgG in vitro actúan contra los

lipopolisacáridos de *V. cholerae*, *E. coli*, virus rubeola, citomegalovirus, virus sincicial. La IgA se mantiene estable a 56°C durante 30 minutos y se destruye por el hervor. La IgM se destruye a 62,5°C durante 30 minutos y la IgG disminuye a un tercio su actividad (12).

Otros componentes de la leche que tienen un rol inmunológico

Lactoferrina Compite por el hierro con microorganismos dependientes del hierro, especialmente *E. Coli*. Es resistente a la actividad proteolítica.

Lactoperoxidasa In vitro presenta actividad contra *Streptococcus*, *Pseudomonas*, *E. coli*, *S. typhimurium*.

Factor bífido Carbohidrato específico (que contiene nitrógeno), en presencia de lactosa promueve la colonización intestinal por el lactobacilo acidófilo. El bajo pH resultante en el lumen intestinal dificulta el desarrollo del *Escherichia coli* y hongos como *Candida albicans*. Un pH bajo en el estómago puede ser de gran importancia para el prematuro y el recién nacido de bajo peso. Con la alimentación artificial, carente de estos factores específicos, se pueden desarrollar gérmenes patógenos en el estómago que contaminan los alimentos que llegan al intestino, aumentando el riesgo de enterocolitis necrotizante que rara vez ocurre en los niños amamantados.

Lípidos: Los ácidos grasos insaturados y monoglicéridos: in vitro han demostrado actividad contra: *S. aureus*, virus Herpes simplex, Semliki Forest, influenza, dengue, virus Ross River, encefalitis japonesa B, virus Sindbis y West Nile, *G. lamblia*, *E. histolytica*, *T.vaginalis* (May, J.T. 1988)

Ciclo bronco-entero-mamario mecanismo de inmunidad que permite la producción de anticuerpos específicos, principalmente IgA.

Fragmentos virales: Se ha encontrado fragmentos virales en la leche humana que no han podido ser replicados, pero se sabe que estimulan la respuesta de anticuerpos en los lactantes (12).

Propiedad antialérgica de la leche materna La IgA del calostro y de la leche madura, recubre la mucosa intestinal y previene la absorción de macromoléculas extrañas cuando el sistema inmune del niño aún es inmaduro. Las proteínas de la leche materna son específicas de la especie humana, por lo que los niños amamantados no desarrollan anticuerpos contra ellas (12).

BASE TEÓRICA

Cuidado de enfermería en lactancia materna (Mercer)

Adoption of the Maternal Role Theorist Mercer Ramona Care Nursing Mothers and Children: Case Report in Maternal and Child Unit Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos

vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

La enfermería es una disciplina académica que se ha transformado en las últimas décadas y esta transformación ha supuesto un reto. Los cimientos fundamentales de cualquier disciplina son la comprensión del proceso investigativo la realización de una investigación rigurosa y la aplicación práctica de los resultados de la misma, esto en conjunto constituye la plataforma necesaria para mantener el nivel académico de la enfermería (13).

Otro aspecto importante es el conocimiento teórico de la disciplina ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones; además la aplicación de la teoría dirige la práctica profesional que permite suministrar el cuidado de forma organizada. Además las ideas desarrolladas por enfermería en el ejercicio profesional e investigativo que se convirtieron más tarde en teorías aplicadas en la disciplina enfermera llevan a la autonomía profesional guiando la práctica, formación e investigación dentro de la disciplina ⁽¹⁾ y a esto se suma la capacidad analítica de pensamiento crítico para clarificar los valores y los supuestos; todo esto constituyen las bases conceptuales, procedimentales y humanísticas para el quehacer enfermero. Entre las múltiples teorías del cuidado enfermero se abordó la teoría intermedia, la cual se centra en una dimensión que representa un modelo de cuidado y es por ello que se propone la adopción del rol maternal de la teorista

Ramona Mercer aplicada al binomio madre e hijo ,se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica pre-profesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero se refiere, llegando a convertirse en el pilar de la labor de enfermería y le ofrece al estudiante la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados aplicando el método científico en enfermería (13).

Características del modelo de adopción del rol maternal

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal ⁽²⁾ se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los

círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema (13).

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño (13).
2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
3. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (13).

Estadios de la adquisición del rol maternal

- a. Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.
- b. Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- c. Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- d. Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.(10)

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-

hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Actualmente la atención binomio madre – hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería (13).

Conducta de apego teoría del autocuidado (orem)

Uno de los constructos que describe esta teoría es la del autocuidado Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de la salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las

personas que tienen incapacidades para ejercer el Autocuidado. La enfermera completa el déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de Autocuidado y las actividades realizadas por la persona. El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación; sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/ enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona (13).

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano, Por último el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos.

Bergman, considera que: “la madre no solo es una proveedora de la mejor leche, que también lo es, sino la proveedora del contacto piel con piel, o sea de amor, de un amor especial, primario y básico” La lactancia materna no solo es el mejor alimento y la mayor protección frente a las enfermedades, proporciona todos los nutrientes y la protección inmunitaria que el bebé necesita. Los efectos protectores se prolongan años después del destete, además la simbiosis madre criatura genera una seguridad básica que favorece el aprendizaje y la inteligencia. La lactancia materna es intrínsecamente valiosa, se puede calcular la dimensión económica de la misma como sistema de ahorro en sanidad y para las familias (5).

Se consideraron dichas teorías porque en calidad de profesional de salud, me da el soporte científico para fundamentar mis acciones de enfermería, logrando de esta manera satisfacer las necesidades básicas del recién nacido, sin dejar de lado al entorno que lo rodea.

2.3 Definición de términos

LACTANCIA MATERNA.-La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales.

RECIEN NACIDO.- Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días de vida.(11)

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA LACTANCIA MATERNA
Actualmente la atención binomio madre – hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería (13).

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La información recolectada para el presente informe de experiencia laboral fue extraída de documentos existentes, como cuaderno de registro de enfermería, cuadernos de actas de nacimientos, censo de nacimientos diarios, estadísticas sobre nacimientos por parto eutócicos y cesáreos, historias clínicas de la madre y recién nacido correspondiente a los años 2013,2014 y 2015.

Se solicitó información al área de estadística a fin de tener información más exacta.

3.2 Experiencia Profesional

Mi desempeño laboral profesional en el Hospital III de Es Salud José Cayetano Heredia ubicado geográficamente en el departamento de Piura, en el área de neonatología se inicia hace aproximadamente 14 años, desempeñándome profesionalmente como enfermera en la función asistencial.

Durante mi desempeño profesional, después de recibir y pasar la etapa de inducción al servicio, por parte de la enfermera encargada de la coordinación, tuve la oportunidad de laborar en las diferentes aéreas del servicio, como son la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UCIN 1, UCIN2 y Alojamiento Conjunto, teniendo cada rotación una duración

máxima de tres meses cada una, lo que permitió un desempeño laboral complementario e integral del recién nacido sano y patológico.

Durante el desempeño de mi labor mis acciones de enfermería se fundamentaron teniendo como base científica el Plan de Atención de Enfermería, basado en la teórica Ramona Mercer que menciona que el actuar de enfermería se centra en la educación que imparte la enfermera no solo a la madre sino también al padre del recién nacido y su entorno ,correspondiendo a la realización de Identificación de Signos de alarma , cuidados generales del recién nacido ,sin dejar de lado la parte afectiva y estimulación Temprana en el neonato ,todos estos aspectos relacionados con su entorno, definiéndose en esta etapa la atención en los aspectos físico, mental y espiritual.

En el servicio se cuenta con la presencia de estudiantes de Pre Grado con quienes realizamos labor docente, teniendo la oportunidad de impartir conocimiento y brindarles la oportunidad de adquisición de habilidades y destrezas en los diferentes procedimientos a realizar en el neonato bajo supervisión de la enfermera a cargo.

Las actividades educativas que se realizan sobre Lactancia con las madres puérperas ,es el desarrollo de charlas educativas que incluyen demostraciones y reforzamiento en cuanto a Cuidados Generales de Recién Nacido, Lactancia Materna, Identificación de Signos de alarma, con el fin de capacitar a la madre y que esta pueda identificar cualquier complicación inmediata al nacimiento de su bebe. Durante el desarrollo

del contenido educativo la madre tiene la libertad de realizar preguntas, manifestando y evidenciando todas sus dudas respecto a los cuidados del recién nacido inmediato, esta actividad se realiza en forma diaria y continua durante las 24 horas del día y por todo el personal de enfermería que labore en el área.

En cuanto a la Función de Investigación, tuve la oportunidad de realizar aportes en asesoría de instrumentos de recolección de datos.

Participación como Organizadora y Asistente en cursos de capacitación del servicio de neonatología.

Durante mi desempeño laboral en el servicio de Neonatología siempre he tenido la oportunidad de organizar, dirigir, sugerir, corregir, coordinar el trabajo con los demás miembros del equipo de salud y así llegar al cumplimiento de una atención optima del paciente recién nacido.

La actuación de enfermería se basa en el conocimiento científico adquirido de la investigación cuyos resultados han servido para tener el nivel académico mediante el conocimiento teórico de las diferentes disciplinas definiendo de esta manera acciones organizadas y autónomas de acuerdo a cada realidad y sociedad.

También deseo destacar experiencias que impactaron mi sentido de sensibilidad de manera diferente por la forma en que se presentaron, a pesar de tener el conocimiento previo de situaciones existentes no dejaron de ser un impacto que llamo a la reflexión por las características propias de las mismas, tal es el caso de la atención de una madre con

Síndrome de Down bastante pronunciado, visto por primera y única vez durante mi tiempo de labor en el área, causo al inicio, el sentimiento de experiencia nueva de parto de una paciente con esas características, lo que me hizo pensar cuál sería la reacción de esa paciente al momento de serle entregado el nacido para su alimentación; es relevante mencionar que la paciente fue sometida a cesárea y nació una bebe de características normales, hasta allí todo era sujeto de manejo, luego llego la etapa en la cual interviene la familia incluido el padre manifestando su deseo de conocerla, derecho que no se puede negar muy por el contrario la familia constituye el primer contacto y sociedad para el recién nacido, se evidencio el asombro de ver una bebe saludable y sin signos de alarma aparente.

Llegado el momento insistieron para que bajemos a la recién nacida por que la mama la reclamaba, procedí a bajar a la bebe con temor a la reacción materna, grande fue mi sorpresa al ver una madre que extendía los brazos y mandaba besos volados para su bebe y que al ser recibida la madre le ofreció su pecho con gran ternura y amor, lográndose una lactancia exitosa. La reflexión es que el amor de madre puede hacer superar cualquier obstáculo.

Otra experiencia única fue con una paciente psiquiátrica, el sentimiento de temor que experimente fue grande especialmente en el momento del parto, la paciente estaba tendida en el suelo y se resistía a ser atendida, emitía gritos y no se acostaba en la camilla ,en ese momento la interna de

medicina inicia una filmación de la paciente y se le habla sobre el peligro y riesgo en el que estaba poniendo a su bebe por nacer y que la filmación nos permitiría salvar nuestra responsabilidad ante cualquier hecho adverso, grande fue mi sorpresa al ver que la paciente se puso de pie con su mirada perdida y se subió a la camilla callada y sin murmuraciones, se procedió a la atención del parto y del recién nacido.

En este caso el recién nacido no pudo ser entregado a la ni los familiares ni a la madre en forma inmediata por el riesgo a que el niño no sea recibido dentro de las condiciones que ameritaba, espere que lleguen los familiares y previa coordinación con el pediatra se tomó la decisión que la bebe bajaría a recibir lactancia materna siempre y cuando haya vigilancia permanente de la familia.

3.3 Procesos realizados en la lactancia materna en alojamiento conjunto

Sobre los procesos realizados en el servicio de Neonatología del Hospital III de Es Salud José Cayetano Heredia de Piura, acerca de Lactancia Materna informo lo siguiente;

Cuando se imparte educación sobre Lactancia Materna, se puede observar en las madres multíparas, resistencia a los cambios conductuales sobre la técnica para lograr una lactancia eficaz, nos referimos a la práctica de la Lactancia Materna exclusiva, incidiendo en que el recién nacido no necesita ningún otro alimento sea solido o liquido durante los seis primeros meses de vida ya que la leche materna cubre sus necesidades nutricionales e inmunológicas.

Otra experiencia laboral es la reacción y la resistencia a la práctica de la lactancia materna cuando la madre es sometida a Cesárea, manteniendo la idea errónea de que no le baja la leche por efecto de la anestesia y de los posibles tratamientos post cesárea, motivando a la educación y motivación para tener una lactancia exitosa.

La presencia de mastitis puerperal, por la falta de experiencia en madres adolescentes para realizar la práctica correcta y lograr una lactancia exitosa.

En el caso de las infecciones post cesárea, tratamientos oncológicos con quimioterapia o radiaciones, VIH, tiroides y TBC dependiendo del tratamiento y fase de la enfermedad en la que se encuentre la madre.

El uso de fórmulas lácteas en forma clandestina predisponiendo a una alteración a nivel intestinal; cambiando la microbiota y el Ph del mismo, predisponiéndolo a colonización de bacterias patógenas, alergias e intolerancia a ciertos alimentos a futuro.

Madres psiquiátricas, madres con síndrome de Down, madres sustitutas, abandono de recién nacidos.

En cuanto a los aportes en lactancia materna, tengo que informar que como parte de mi desempeño en Docencia Universitaria, el desarrollo de programas y planes de trabajo en los cuales se impartieron información sobre Lactancia Materna, Cuidados Generales de Recién Nacido, Signos de alarma, entre otros, teniendo aceptación y éxito evidenciado en la fase evaluativa después de cada actividad académica.

LIMITACIONES

Insuficiente número de enfermeras en el área de Alojamiento Conjunto.

Falta de seguimiento a los recién nacidos dados de alta, por falta de personal profesional de enfermería. Falta de acceso a la historia clínica materna, la cual está a cargo del servicio de obstetricia y ginecología.

Falta de insumos.

Hacinamiento de pacientes.

COMPLICACIONES.

En cuanto a las complicaciones para brindar la atención de enfermería en Lactancia Materna, es la falta de personal profesional de enfermería de acuerdo al número de pacientes hospitalizadas en el área ,ya que el servicio está distribuido en dos niveles, limitando de esta manera el monitoreo de una oportuna y exitosa. La evidencia del uso de leche artificial de manera clandestina por parte de las madres lactantes que no tuvieron el proceso de concientización, antes, durante y después del parto, perjudicándose al recién nacido por no recibir una lactancia materna exclusiva, predisponiéndoles a posibles procesos infecciosos, por la falta de medidas de bioseguridad en la manipulación de dichas formulas. Estadía prolongada por razones ginecológicas y obstétricas de la madre, predisponiendo al recién nacido a contraer infecciones intrahospitalarias.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

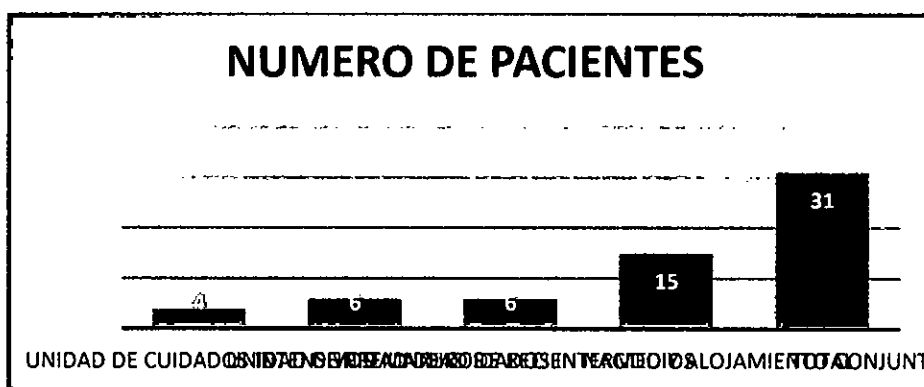
ESTRUCTURA DEL SERVICIO POR NÚMERO DE PACIENTES NEONATOLOGIA SEGÚN ÁREA

SERVICIO	NUMERO DE PACIENTES
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	04
UNIDAD DE PREMATUROS	06
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	06
UNIDAD DE RECIEN NACIDO Y ALOJAMIENTO CONJUNTO	15
TOTAL	31

Fuente: Libro de registros, censo diario, libro de nacimientos, estadísticas de nacimientos.

GRÁFICO 4.1

ESTRUCTURA DEL SERVICIO POR NÚMERO DE



Análisis: Se observa que el número reglamentado de pacientes en cada área debe ser proporcional al número de profesionales de salud, lo cual no se cumple debido al aumento de pacientes, y al no aumento de personal por área.

CUADRO N° 4.2

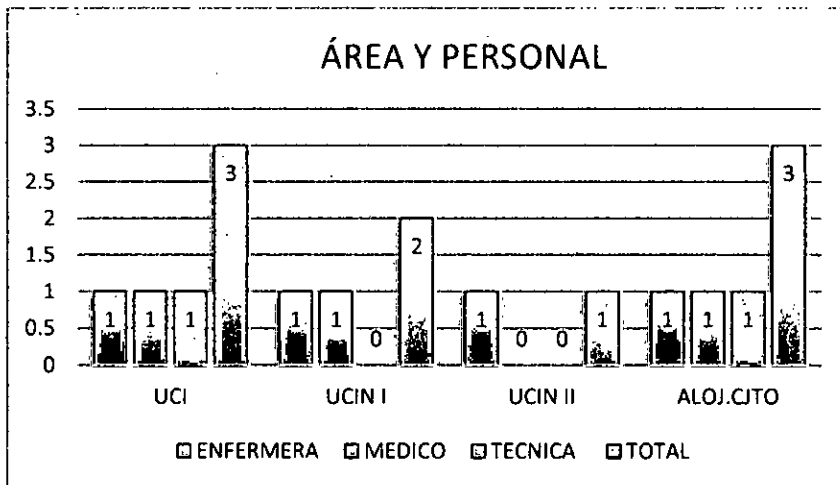
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL
POR SERVICIO Y POR TURNO

Area y personal	UCI	UCIN I	UCIN II	ALOJ.CJTO
ENFERMERA	1	1	1	1
MEDICO	1	1	0	1
TECNICA	1	0	0	1
TOTAL	3	2	1	3

Fuente: Libro de registros, censo diario, libro de nacimientos, estadísticas de nacimientos.

GRÁFICO N° 4.2

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL
POR SERVICIO Y POR TURNO



Análisis: Se observa que el número de profesionales de salud tiene un promedio de 2 profesionales por área, la cual no abastece a la demanda y continuidad de pacientes

CUADRO N° 4.3

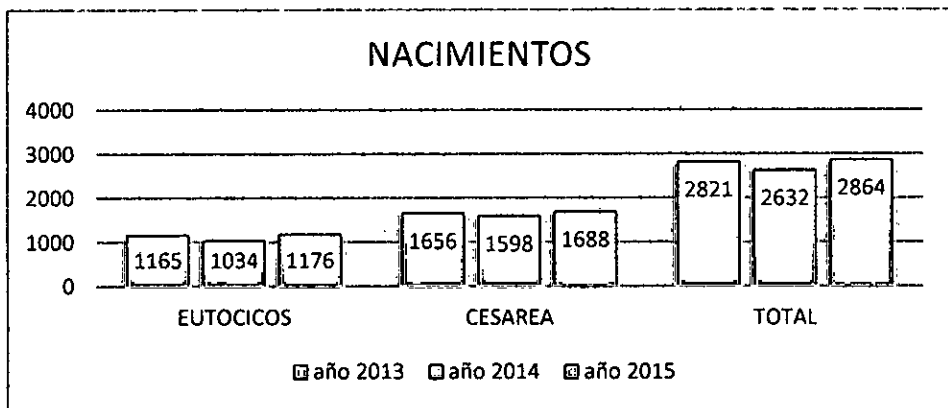
NACIMIENTOS POR PARTO EUTÓCICO Y CESÁREA DURANTE LOS
AÑOS 2013,2014 Y 2015

NACIMIENTOS	2013	2014	2015
EUTOCICO	1165	1034	1176
CESAREA	1656	1598	1688
TOTAL	2821	2632	2864

Fuente: Libro de registros, censo diario, libro de nacimientos, estadísticas de nacimientos.

GRÁFICO N° 4.3

NACIMIENTOS POR PARTO EUTÓCICO Y CESÁREA DURANTE LOS
ANOS 2013,2014 Y 2015



Análisis: Se observa en el grafico N 4.3 que el número mayor de partos se han dado por medio de cesárea.

V. CONCLUSIONES

- a) Durante mis años de experiencia laboral e adquirido mayor habilidad y destreza en la atención inmediata de Recién Nacido, ya sea por vía vaginal o cesárea con características normales o complicadas.

- b) Mi desempeño en las diferentes aéreas me ha permitido desarrollar y aplicar acciones de enfermería basados en conocimientos científicos que me sirvieron de base para poder guiar, apoyar y orientarme en forma autónoma.

- c) La atención de enfermería tiene Bases Conceptuales, Procedimentales y Humanísticas para el que hacer de enfermería según la Teoría de Ramona Mercer.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Orientar al personal de enfermería y equipo multidisciplinario, en sus funciones educativas de forma más oportuna y efectiva y en el momento preciso a fin de lograr una lactancia exitosa.

- b) Capacitar al personal del servicio de Neonatología y su equipo de salud, permanentemente en Lactancia Materna.

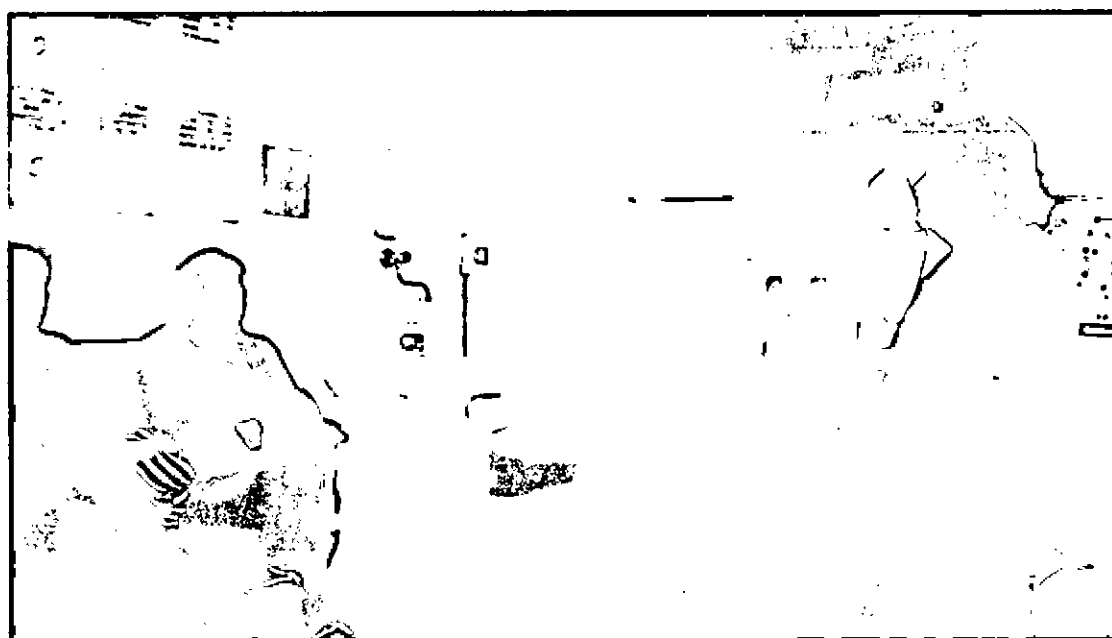
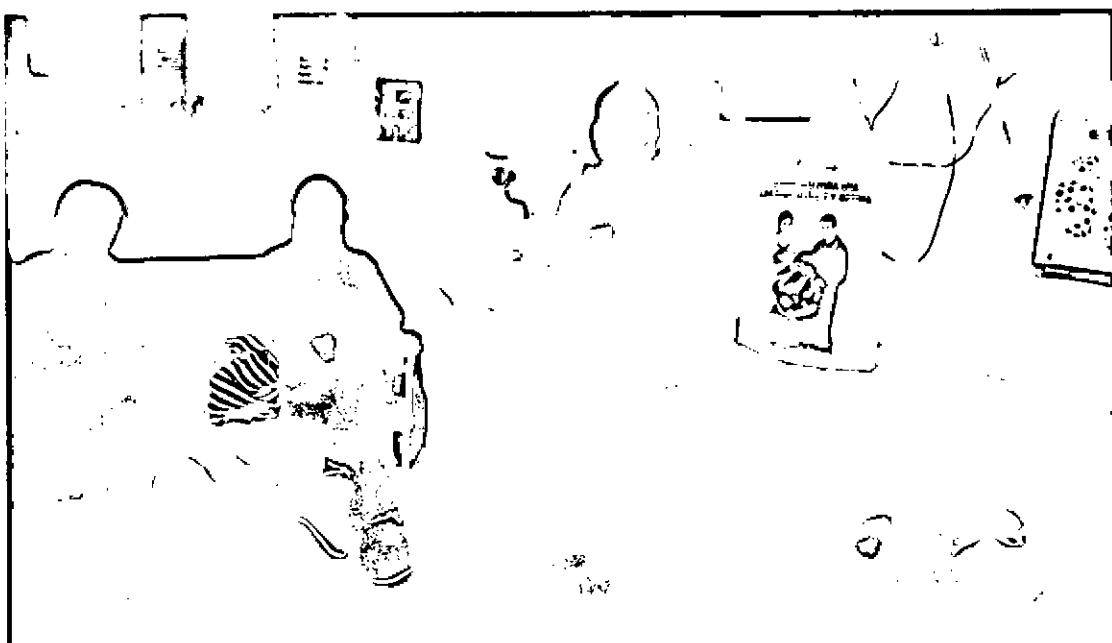
- c) Contratar, para la institución, a más enfermeras para el área, ya que resulta deficiente el número existente, limitándose la atención en Lactancia materna y el seguimiento del Recién Nacido al ser dado de alta.

VII. REFERENCIAS

1. Romero Agmybp. Scielo. [Online].; 2002 [Cited 2016 Octubre. Available From: Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0864-03192002000100003.
2. Macedo Is. Nivel De Conocimiento Y Prácticas Del Personal Profesional Del Área Materno-Infantil Sobre Contacto Precoz En El Hospital Central De La Fuerza Aérea. Tesis. Hospital Central De La Fuerza Aérea, Perú; 2015.
3. Salud Md. [Online].; 2013 [Cited 2017 Enero 12. Available From: <Http://Www.Minsa.Gob.Pe/Portada/Especiales/2013/Lacmat/Presentacion.Html>.
4. S. B. Conocimientos Sobre Conductas Óptimas De Lactancia Materna Y Su Relación Con Factores Personales, Educativos Y Socio Económicos En Púerperas Del Hospital Belén De Trujillo. Revista Médica Vallejana. 2007; 4.
5. N. B. Ponencia Restoring The Original Paradigm li Simposio Internacional Lli Euskadi. In ; 2005; Bilbao. P. 40-45.
6. Zedberg.S Bj. Midwives - Infant Skin To Skin Contact After A Caesarean Section: Fighting An Unphill Battle. Midwifery. 2015; 1.
7. BALGUERA.S. Inicio Temprano De Lactancia Materna A Través Del Protocolo Apego Precoz En Recién Nacido. Tesis De Grado. Carabobo: Universidad De Carabobo, Macaray; 2014.
8. Inés S. Programa De Arrastre De Pecho. Tesis De Grado. Lima: Hospital Central De La Fuerza Aérea, Lima; 2011.

9. Juana A. Relación Entre Conocimientos Y Actitudes De Las Enfermeras Hacia El Contacto Precoz Madre Niño En El Servicio De Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales" Essalud Santa Anita 2011. Tesis De Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima; 2014.
- 10 Jaqueline Q. Factores Que Se Asocian Con El Inicio De La Lactancia Materna Precoz En Puérperas Primíparas Del Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis De Grado. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima; 2012.
- 11 Salud Omdl. [Online].; 2016 [Cited 2016 Octubre 14. Available From: https://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_Materna.
- 12 Shellhorn C. La Leche Humana, Composición, Beneficios Y Comparación Con La Leche De Vaca. [Online].; 1995 [Cited 2016 Noviembre 26. Available From: <http://www.unicef.ci/lactancia/docs/mod01/mod%20beneficios%20manual.pdf>
- 13 Mercer R. Revista Cuidarte. [Online].; 2011 [Cited 2016 Octubre 20. Available From: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/577706>.

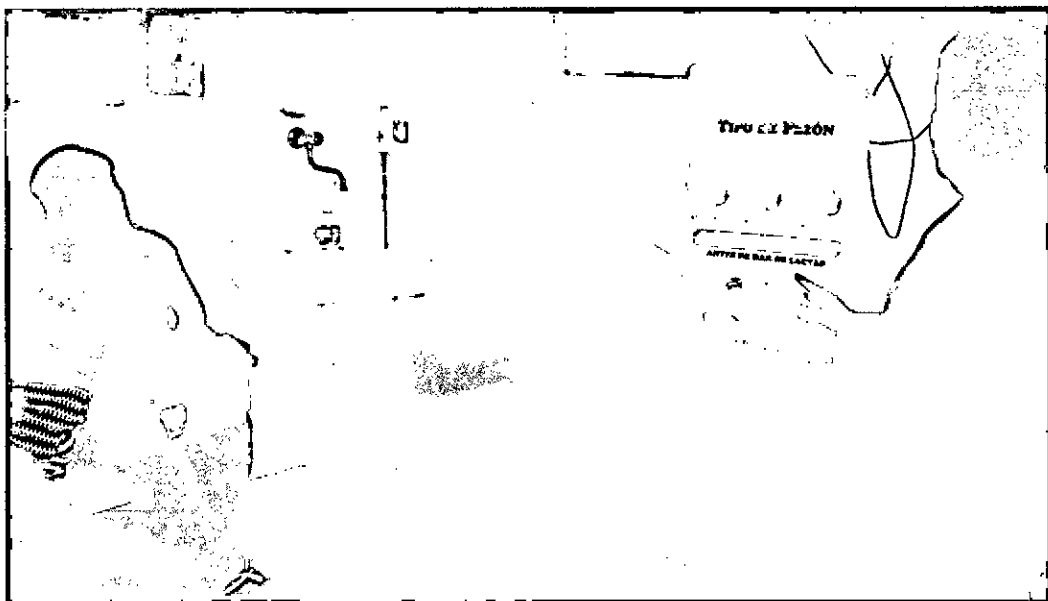
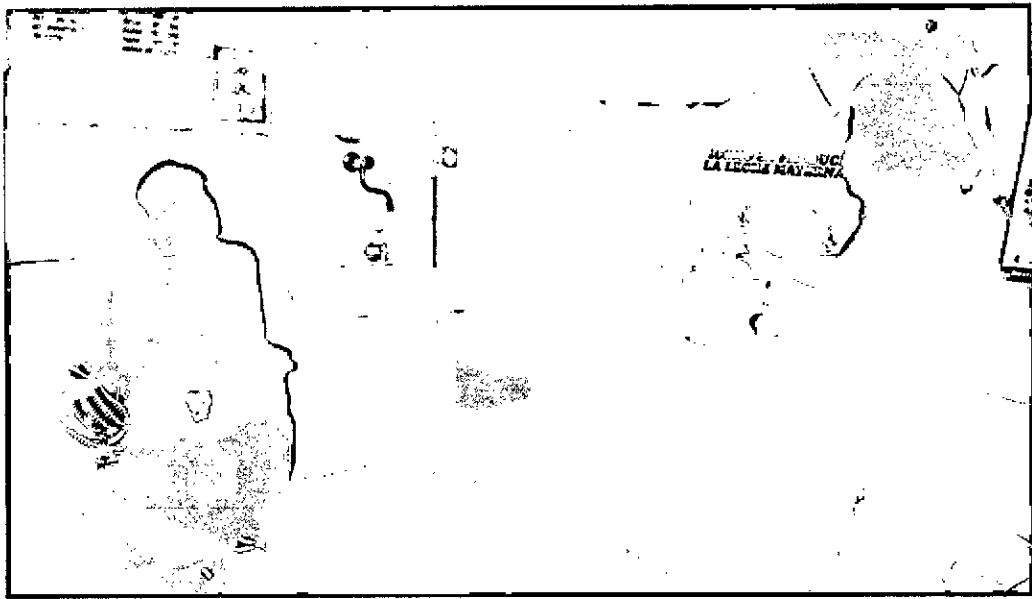
ANEXOS



Charlas educativas a las madres de recién nacidos,
acerca de lactancia materna.



Explicando las ventajas de la lactancia materna exclusiva, los beneficios en el recién nacido y en la madre.



Explicando el proceso de estimulación de las glandulas mamarias y la produccion de leche.

MATRIZ DE INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

TITULO	OBJETIVO	JUSTIFICACION	MARCO CONCEPTUAL	BASE TEORICA	EXPERIENCIA REALIZADA	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Lactancia materna en recién nacidos en la unidad de alojamiento conjunto del hospital III José Cayetano Heredia de Piura 2013 – 2015.	Describir la Lactancia Materna en los recién nacidos del servicio de alojamiento conjunto del hospital III José Cayetano Heredia - Es Salud de Piura .2013-2015	Se realizó porque se ha observado que las madres no llevan a cabo una práctica correcta y efectiva de la lactancia materna, y se elabora para corregir dichas prácticas, siendo los beneficiados, la madre, el recién nacido, familia y la sociedad, logrando fortalecer el vínculo madre-niño, asegurando nutrientes de alta calidad y adecuados a las necesidades del acelerado	<p>ANTECEDENTES: INTERNACIONALES Zwedberg, Blomquist & Sigerstad, (2015): "Midwives experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'" Balaguera, Sandra (2014) "Inicio temprano de lactancia materna, a través del protocolo apego precoz en recién nacido. Unidad neonatal. Hospital Central de Maracay. 2014"</p> <p>NACIONALES Solís, Inés (2015) "Programa de arrastre de pecho. Hospital Central de la Fuerza Aérea, Lima – Perú" Almerco, Juana "Relación entre conocimientos y actitudes de las enfermeras hacia el contacto precoz madre niño en el Servicio de</p>	<p>Ramona Mercer: Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo.</p> <p>Bergman: Considera que: "la madre no solo es una proveedora de la mejor leche, que también lo es, sino la proveedora del contacto piel con piel, o sea de amor, de un amor especial, primario y básico"</p> <p>FUNDAMENTO CIENTIFICO Se consideraron dichas teorías porque en calidad de profesional de</p>	<p>RECOLECCIÓN DE DATOS Se recolectaron los datos de bases estadísticas anteriores.</p> <p>EXPERIENCIA PROFESIONAL Se toma referencia a la experiencia en cuatro funciones de trabajo, las cuales son: Asistencial, Administrativa, docencia e investigación.</p> <p>PROCESOS REALIZADOS Mi desempeño laboral profesional en el Hospital III de Es Salud José Cayetano Heredia ubicado geográficamente en el departamento de Piura, en el área de neonatología. Durante mi desempeño profesional, después de recibir y pasar la etapa de inducción al servicio, por parte de la enfermera encargada de</p>	<p>d) Durante mis años de experiencia laboral e adquirido mayor habilidad y destreza en la atención inmediata de Recién Nacido, ya sea por vía vaginal o cesárea con características normales o complicadas.</p> <p>e) Mi desempeño en las diferentes aéreas me ha permitido desarrollar y aplicar acciones de enfermería basados en conocimientos científicos que me sirvieron de base para poder guiar, apoyar y orientarme en forma autónoma.</p>	<p>d) Para el personal de enfermería y equipo multidisciplinario, que sus funciones educativas se orienten en forma más oportuna y efectiva y en el momento preciso a fin de lograr una lactancia exitosa.</p> <p>e) Para el servicio de Neonatología y su equipo de salud, debe incluir capacitación permanente en Lactancia Materna.</p>

		<p>crecimiento y desarrollo del recién nacido, logrando un crecimiento y desarrollo, potenciando su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar óptimo.</p>	<p>Neonatología Hospital "Jorge Voto Bernales"</p> <p>MARCO TEORICO Lactancia Materna La Organización Mundial de la Salud: La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.</p> <p>Ramona Mercer: Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo.</p>	<p>salud, me da el soporte científico para fundamentar mis acciones de enfermería, logrando de esta manera satisfacer las necesidades básicas del recién nacido, sin dejar de lado al entorno que lo rodea.</p>	<p>la coordinación, tuve la oportunidad de laborar en las diferentes aéreas del servicio, como son la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UCIN 1, UCIN2 y Alojamiento Conjunto, teniendo cada rotación una duración máxima de tres meses cada una, lo que permitió un desempeño laboral complementario e integral del recién nacido sano y patológico.</p>	<p>f) La atención de enfermería tiene Bases Conceptuales, Procedimentales y Humanísticas para el que hacer de enfermería según la Teoría de Ramona Mercer.</p>	<p>f) Para la institución, la contratación de más enfermeras para el área, ya que resulta deficiente el número existente, limitándose la atención en Lactancia materna y el seguimiento del Recién Nacido al ser dado de alta.</p>
--	--	--	---	---	--	--	--