

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Enfermería

Tesis de Enfermería

2013

Factores que influyen en la lactancia materna

Catalán, Natalia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/327>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Carrera: Licenciatura en Enfermería

Cátedra: Taller de trabajo final

Docente de cátedra: Laura, Celaya

J.T.P de cátedra: Mónica, Barg

“Factores que influyen en la lactancia materna”

Estudiantes:

Catalán, Natalia

Firma: 

Gómez, Laura

Firma: 

2013

Mar del Plata. Argentina

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación constituye un ejercicio conducente al título de Licenciatura en Enfermería. A tal efecto se abordó el tema referido a conocer los factores biopsicológicos y socioculturales presentes durante el periodo del puerperio que transitan las parturientas en su internación en la Clínica 25 de Mayo de la ciudad de Mar del Plata en el bienio 2012 y 2013.

Para una mejor comprensión del tema rector de este trabajo investigativo, atendiendo a su naturaleza descriptiva, tuvimos en cuenta diferentes instancias consistentes en identificar y clasificar a los referidos factores.

En otro orden, y atendiendo a lo amplio de la población a abordar, la muestra tomada se redujo a 150 madres puérperas internadas en la enunciada institución de salud, a las cuales se les realizó una entrevista semiestructurada con el propósito de recolectar datos fidedignos actuales y gestacionales de la madre y el recién nacido, respetando valores y creencias, utilizando la observación, la valoración física, tomando datos de las respectivas historias clínicas con previa autorización de los directivos de la institución y, además, se abordó la temática desde una visión holística y se concluyó mediante el análisis de las entrevistas que con los resultados obtenidos y la investigación realizada son varios los factores que influyen sobre la eficacia de la lactancia materna, a saber que en un 49% la lactancia materna fue eficaz, en un 39 % fue medianamente eficaz y en un 16 % ineficaz, detallando la influencia que tuvieron dichos factores en el cuerpo del trabajo.

ÍNDICE

Presentación.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción (Capítulo I).....	5
➤ Introducción al problema.....	5
➤ Formulación del problema.....	5
➤ Propósito.....	5
➤ Fundamentación.....	5
➤ Objetivo general.....	6
➤ Objetivos específicos.....	6
Marco teórico (Capítulo II).....	8
Variables.....	25
Esquema de variables.....	26
Diseño metodológico (Capítulo III).....	29
Presentación de datos (Capítulo IV).....	30
➤ Eficacia de la lactancia materna.....	30
➤ Factores biopsicológicos.....	39
➤ Factores socioculturales.....	47
Conclusiones.....	54
Anexos.....	57
Bibliografía.....	74

PRESENTACIÓN

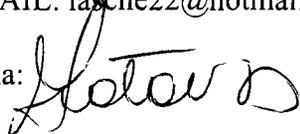
Catalán, Natalia Marilina.

DNI: 28608032

Matricula interna N° 5/9512/06

E-MAIL: lasche22@hotmail.com

Firma:



Gómez, Laura Mercedes.

DNI: 27337.986

Matricula interna N° 7252/2

E-MAIL: lauramgomez79@gmail.com

Firma:



AGRADECIMIENTOS

Se desea agradecer muy especialmente a la Universidad Nacional de Mar del Plata por abrirnos sus puertas y permitirnos lograr un objetivo, una meta “ser profesional”.

A nuestra profesora de tesis Lic. en Enfermería Laura Celaya, ayudante de cátedra Mónica Barg, Miguel Leyva Ramos quien desinteresadamente nos han ayudado, junto a muchos otros docentes de la carrera que nos han brindado las herramientas básicas para lograr cumplir este tan anhelado sueño.

A la clínica 25 de Mayo por permitirnos realizar las entrevistas para recaudar la información necesaria con el fin de elaborar el presente estudio de investigación, a las mujeres que transitan el periodo de puerperio, momento especial de cambios y adaptación a una nueva etapa del ciclo vital.

A nuestros familiares, marido e hijas quienes nos han acompañado durante el último ciclo de este camino.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

La temática general de la lactancia materna es fuente de estudio desde antaño, pues es la elegida por excelencia debido a sus beneficios indiscutibles. Enfermería en las instituciones de salud generalmente trabaja en los procesos de enfermedad y recuperación de las personas, pero es en el área de nursery en donde se está en contacto con los nacimientos y los pacientes sanos, los cuales tienen que adaptarse a la vida y generar el vínculo materno infantil mediante la lactancia materna, la cual se ve imposibilitada muchas veces por factores biopsicológicos y socioculturales que tal vez influyen retrasando o impidiendo su correcta implementación; este es el problema a estudiar en el presente trabajo final.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores biopsicológicos y socioculturales que influyen en la lactancia materna durante el puerperio en madres que se encuentran internadas en el sector de maternidad de las clínicas 25 de mayo durante el período de enero a marzo del año 2013?

C. PROPÓSITO

Valorar los factores biopsicológicos y socioculturales que influyen en la lactancia materna a fin de lograr que la enfermera identifique las necesidades materno-infantiles al momento de la lactancia, proporcionando a su vez información adicional para implementar un programa de educación dirigido a enfermeras/os que trabajen en el área de Nursery de la clínica 25 de Mayo de la ciudad de Mar del Plata en el período de enero a marzo del año 2013.

D. FUNDAMENTACIÓN

Las enfermeras son las responsables de ayudar a las madres a adaptarse a cada uno de los cambios propios del ciclo vital, por lo general *“durante el embarazo hay mujeres que se quejan que los obstetras no les revisan las mamas(...) durante el puerperio son pocos los profesionales de de salud que se acercan a las madres para enseñarles a amamantar y les realizan el examen físico”*¹, es por esto que la enfermera debe lograr identificar los factores que influyen en una lactancia materna eficaz a fin de poder brindar un cuidado integral.

¹ Beccar Varela, Carlos. (1990). *Modulo para capacitación sobre la lactancia materna*. Copyright, OPS-OMS. P. XI

El puerperio es un momento crucial en la vida de las mujeres y su entorno.² Los cambios psicofísicos que se producen en ellas son vivenciados por su núcleo familiar de manera tal que se generan momentos de adaptaciones, de decisiones, de tensión, de contradicciones y hasta crisis.

"La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño. Este hecho, junto a otros importantes efectos en la prevención de las infecciones, en la salud y el bienestar de la madre, en el espaciamiento de los embarazos, en la salud de la familia, en la economía de la familia y el país y en la producción de alimentos, hace de la lactancia natural un elemento clave de la autosuficiencia, de la atención primaria de la salud y de los actuales criterios de desarrollo. Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento" (OMS /UNICEF-1979)³.

Se ha observado en forma reiterativa los inconvenientes que presentan las madres con respecto a la lactancia materna en el puerperio inmediato-mediató y también cuán importante es la función del profesional enfermero en estos cuidados del recién nacido y la madre, el cual debe ser un nexo importante y clave en esta díada materno/infantil para que los factores biosicológicos y socioculturales no influyan negativamente en la lactancia materna.

E. OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores biopsicológicos y socioculturales que influyen en la lactancia materna en las madres que cursan el periodo del puerperio y se encuentran internadas en el sector de maternidad de la clínica 25 de Mayo de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo de Enero a Marzo del año 2013.

Clasificación: a largo plazo, operativo.

F. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la influencia de los factores biopsicológicos durante la lactancia materna inmediata.
- Identificar la influencia de los factores socioculturales en el momento de la lactancia.

² Olds, S. London, M. Ladening, P. (1989). *Enfermería Materno Infantil*. 2da Edición. Ed. Interamericana. p. 1024.

³ Issler, Juan. Cassella, Carlos. Gómez, Vicente. J, Domingo. Roa, Maidana "Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina "[en línea] Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000. [visto día 20 abril 2010. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.htm

- Lograr recolectar datos materno infantiles sobre la lactancia durante la etapa del puerperio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La lactancia materna existe desde el inicio de la humanidad, si bien existen hallazgos de alimentación artificial como boquillas encontradas en tumbas de niños en Europa en el año 2000 A.C., también existía un código de Hammurabi que contenía regulaciones sobre nodrizas, en sus comienzos dichas nodrizas cumplían un rol fundamental para la lactancia, estos personajes importantes debían cumplir estrictos requisitos para poder amamantar a los niños de madres de clase social más alta en las civilizaciones antiguas, lo cual con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado con contrato y sanciones.

Con el transcurso de los años y las nuevas tecnologías surgen nuevos descubrimientos sobre las enfermedades transmitidas por la leche materna esto trae consigo un declive del trabajo de las nodrizas favoreciendo la lactancia directa de las madres a sus propios hijos, a su vez luego de la segunda guerra mundial, en donde se comienza a suministrar leche de fórmula, desaparece totalmente la función de las nodrizas y baja el índice de mortalidad infantil causado por dichas enfermedades transmisibles por la lactancia.

En la actualidad esta práctica sigue siendo fundamental como primer alimento de ser humano sin embargo esto se ve influenciado por factores externos a él. Desde que nace se encuentra en continua interrelación con el ambiente lo que hace de la lactancia materna no solo una práctica biológica sino que le da un orden cultural, social, psicológico y económico que consideramos que merece ser investigado continuamente.

“la profesión de enfermería se basa en los métodos técnicos que se utilizan para adquirir y desarrollar los conocimientos, por las normas que establece para su práctica y para participar en las mismas, teniendo como tarea cuidar a las personas durante los procesos de salud, enfermedad, recuperación y adaptación a las etapas del ciclo vital, como lo plantea la teórica Sor Callista Roy en su modelo de enfermería, el hombre es un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. Es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse por esto hay que valorar al paciente en cada etapa de cambio del ciclo vital para lograr una adaptación adecuada del individuo al cambio”⁴

“...El paciente no solo necesita del personal enfermero por sus consejos técnicos y tratamiento, sino también su consejo, su asesoramiento y su ayuda en la toma de

⁴ Dueñas Fuentes, Raúl. “Cuidados de enfermería” “enfermeras teóricas” Callista Roy” [en línea] premios SEEI 2000 [visto 02 junio 2010] Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias5.htm>

*dediciones, teniendo en cuenta y aceptando que el otro tiene creencias, valores y costumbres diversas o que puede ser de una raza o etnia diferente*⁵.

Enfermería como profesión acompaña a las personas en las diferentes etapas del ciclo vital, siendo la lactancia y el puerperio uno de estos periodos.

La práctica de la lactancia es una etapa de cambio natural del ciclo vital en la cual la mujer se encuentra con un sin fin de preguntas las cuales la enfermera debe responder y acompañar a las puérperas durante dicha etapa de adaptación al cambio; el puerperio inmediato y mediato que abarcan desde el nacimiento hasta el tercer día consecutivo del mismo, generalmente transcurre sin complicaciones para la lactancia del recién nacido, siendo tarea de enfermería identificar los factores que influyen en la misma.

“El período de puerperio es el tiempo que inmediatamente sigue al parto”⁶ “... durante el mismo comienzan a generarse cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales que hacen regresar todas las modificaciones gravídicas mediante un proceso involutivo; se debe destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo,⁷ este periodo es la “etapa en la cual el cuerpo se ajusta a la llegada del recién nacido y se reacomoda hasta llegar prácticamente al estado previo al embarazo”,⁸ el período de puerperio inmediato comprende las dos primeras horas postparto, mientras que el puerperio mediato lo es desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto.⁹

“Es el puerperio momento ideal para comenzar con la lactancia materna, siendo este “un proceso de síntesis y secreción de la leche de la mama para alimentación del niño”¹⁰ en este “período de la vida el recién nacido se alimenta solo a pecho”¹¹ (alimentación con leche de madre), esto puede comenzar aun en la sala de parto inmediato al alumbramiento.

⁵ Beare/myers. (1995). *El tratado de enfermería Mosby*. volumen 1, editorial Oriente S.A.p.67

⁶ De Juan, Javier y Peñalosa. González, Álvaro. Pales, Marisol. Muños, Faustino. Cuellar, Bernardo. *“ets al”* (1994). *Diccionario práctico de lengua española*, editorial Espasa Calpe S.A- Madrid, p. 642

⁷ Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 100 - Diciembre/2000

Páginas: 2-6 Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa
web http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm

⁸ Olds London. (2004). *Unidad temática reproducción y desarrollo humano, valoración y asistencia enfermería materno infantil*. Material de cátedra la enfermería y la familia en desarrollo.

⁹ MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN *ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO* NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO [en línea] [visto día 15/05/10] disponible en:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf>

¹⁰ Diccionario de Medicina Op. Cit., p. 792.

¹¹ Diccionario de la lengua española Op. Cit., p. 448

“Se comprueba que la demora en la decisión de la primera tetada influye negativamente en la duración de la lactancia materna exclusiva”¹².

La OMS y UNICEF señalan asimismo “*que es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.*”

La leche materna o “*leche humana es la que constituye el alimento ideal para la mayoría de los recién nacidos sin importar la raza, edad, etnia o paridad de la madre, todas alimentan por igual. La enfermera debe explicarle a la madre que la leche materna es fácilmente digerible, limpia y tiene la temperatura ideal, que confiere una cierta inmunidad (la Bronquiolitis y la gastroenteritis son raras en los niños alimentados a pecho) esta establece los lazos emocionales entre la madre y el recién nacido, los niños alimentados a pecho tienen menos tendencia a sufrir obesidad o sufrir maloclusiones dentales. A su vez, favorece la involución uterina puerperal y retrasa la restauración natural del ciclo menstrual, constituyendo así un método de anticoncepción.*”¹³

Durante la carrera de enfermería y la práctica profesional nos encontramos con diversos obstáculos en el ámbito de la salud, los cuales se van modificando y resolviendo con tratamientos, terapias avanzadas y el avance de la ciencia entre otros, pero aun en la actualidad aunque básico que parezca la alimentación a pecho sigue representando un problema para las madres primerizas y las que no lo son, cada una de las mujeres púerperas toma este tema desde su cultura y lo asume como tal, por esto al ver que la declinación de la alimentación a pecho, ocurrida en las sociedades a partir de los años 30 parece tomar tendencia en los días presentes, el deseo de las mujeres de verse liberadas de la faena de dar de mamar representa un problema arraigado en la mayoría de las instituciones, el tema a tratar es lograr identificar en nuestros ámbitos de trabajos cuales son los factores que llevan a la lactancia materna a representar un segundo plano en la maternidad actual.

Es cierto que algunas mujeres deliberadamente escogen no amamantar por una variedad de razones, tanto psicológicas como prácticas, pero también es cierto que muchas otras se rinden a pesar de que en un principio tenían el firme deseo de dar el pecho, otras madres que al nacer su bebe están indecisas sobre amamantar o no a su bebe y se desaniman en cuanto surgen las primeras dificultades y desisten por completo si se les da un consejo inapropiado, si no se les apoya adecuadamente y peor aun si son ambas.

¹² Helsing, E, Savage, F (1995) *guía practica para una buena lactancia materna*, México, PA por México cuarta edición.

¹³ Diccionario de Medicina. Op. Cit., p. 799.

En la actualidad se ha perdido la costumbre en la cual los “viejos” enseñaban a los jóvenes los asuntos prácticos de la vida, y aquí desaparece el apoyo práctico para las madres que acaban de parir y se olvidan de los factores simples de la lactancia materna.

Un factor clave en la declinación de la alimentación a pecho es que las mujeres pierden rápidamente la confianza en su capacidad para amamantar, esto podría tener una relación directa con la pérdida general de la autoestima, por esto es que si uno como trabajador de salud está alerta de detectar estos problemas y se está alerta de dar una mano, se puede lograr restaurar la lactancia en la mayoría de los casos.

La tarea de la enfermera de nursery es preparar el campo de la lactancia y no solo preparar la leche de fórmula para facilitar y calmar la angustia materna ante un problema con su lactancia, si bien el suplemento lácteo se encuentra aprobado y bien justificado en determinados casos como enfermedades o medicamentos que traspasen por leche materna, hay casos en los que se puede dar un complemento solo para postergar la lactancia, tal es el caso de una madre que tras ser practicada una cesárea, demora en quirófano y ante la duda de una hipoglucemia neonatal se aconseja dar un biberón, retrasando la lactancia para 3 o 4 horas posteriores al nacimiento, o en el caso de no lograr prender al neonato al pecho por diferentes motivos, este es alimentado de modo artificial hasta las primeras 24 horas o hasta que logre adaptarse al pecho materno sin necesidad de impedir que se logre una lactancia eficaz, en estos casos la enfermera debe preparar, adiestrar e incentivar a la madre para la lactancia explicando que un biberón no es impedimento para la misma y que ella puede superar determinados obstáculos cumpliendo tal fin, si bien es cierto que un biberón puede facilitar el trabajo, ser más cómodo, rápido y que nos garantiza la cantidad de alimento recibido por el recién nacido este no se recomienda que sea exclusivo en aquellas madres que no tienen contraindicaciones para dar de mamar, es aquí en donde debemos ayudar a la madre a asumir la responsabilidad de decidir la forma de alimentar a su hijo, por que muchas madres no saben si quieren o no alimentar a sus hijos a pecho materno, al final es ella quien elige, porque no podrá alimentar a su bebé sin entusiasmo solo por que alguien le dice que es lo correcto y así debe ser.

Para poder ayudar a cada madre hay que identificar su problema en particular y para tal, se debe hacer un diagnóstico de situación en su estado actual, es sabido que una mujer contenida, apoyada, que transita un buen embarazo puede llegar con mayor predisposición para la lactancia que las que se encuentran solas, desprotegidas, que transitaron un embarazo no deseado o sus ingresos no son suficientes para costear al nuevo integrante de la familia, también se deben examinar las mamas conociendo su

anatomofisiología (ver anexo N° 2), hacer encuestas para saber la historia de la mujer, si quiere o no amamantar, de ser no la respuesta indagar el por que de la misma,¹⁴ sabiendo que mas allá de todos los beneficios para la madre y el neonato (ver anexo N° 4) sostenidos por la OMS/UNICEF y demás centros de apoyo a la lactancia materna y nutrición, hay casos como el HIV (Virus de inmunodeficiencia Humana); TBC (Tuberculosis); el CMV (Citomegalovirus); la Hep. A, B o C; Sepsis (infección generalizada); paludismo (malaria); y fiebre tiroidea, en los cuales determinados factores que llamaremos no modificables por ser causales de la interrupción e imposibilidad de llevar a cabo la lactancia materna eficaz y segura, de ser estos los motivos se recomienda adiestrar a la madre en como debe preparar el alimento de su hijo, conservarlo, trasladarlo y administrarlo, pero hay otros casos en los que la lactancia se dificultada momentáneamente por determinado factores a los que llamaremos modificables siendo estos los factores de importancia a identificar por enfermería dentro de el presente trabajo de investigación.

Se considera que las infecciones transmisibles agudas que estando presentes en la madre no han sido contagiadas al niño y por lo tanto este podría recibirlas a través de la leche materna. En estos casos se hace una evaluación de riesgo/beneficio teniendo en cuenta las posibilidades existentes para que la madre pueda comprar o adquirir fórmulas maternizadas y garantizar la higiene de su preparación. Entre estas enfermedades están todas las anteriormente nombradas, ampliadas mas adelante cada una de ellas y que *son capaces de ocasionar problemas desfavorables para el recién nacido, pueden cursar muchas veces en forma asintomática durante el embarazo*¹⁵

Los mitos e ideas equivocadas sobre la lactancia materna o la presencia de un nuevo embarazo en la madre que da de lactar no es contraindicación de la lactancia siempre y cuando la madre tenga una sobrealimentación, no es cierto que los antibióticos provoquen la suspensión o disminución de la lactancia materna, no es cierto que el dar pecho a un niño luego de haberse mojado o haber estado lavando puede provocar el resfrío de aquél. Otra cosa es que la madre se resfríe por no haberse cuidado y que luego le contagie éste a su hijo a través de la tos y los estornudos; existen determinadas intervenciones quirúrgicas a tener en cuenta como lo es una persona que ha padecido

¹⁴Helsing, Elisabeth. (1986). *Guía "...muchas infecciones practica para una buena lactancia*. Editorial Pax México, Edición segunda. P. 20; 24; 32.

¹⁵ García, Fabiana. Sarubbi, Maria Alba. Vázquez Liliana. (2002) *Diagnostico y tratamiento de las infecciones pediátricas*. Modulo n° 3, FUNCEI (fundación centro de estudios de infectologia) CEDIP (curso de educación a distancia sobre infectologia pediátrica). Cpiright BsAs Argentina. p. 5

cáncer y ha recibido tratamiento a la cual se le ha realizado una mastectomía bilateral y se hace imposible una lactancia materna,¹⁶ también está el caso de la mastectomía unilateral o parcial en la cual si la glándula mamaria no se ve afectada el niño puede mamar sin problema ajustado a la indicación médica/ginecológica materna, también está el caso de la cirugía de implantes mamarios que generalmente transitan sin riesgos, y la cirugía reductora que presenta riesgo de innervación de la areola y el pezón, otras cirugías menores como quistes entre otras corren sin riesgos para la lactancia materna.

Es a su vez responsabilidad del personal de enfermería poder identificar y describir también los factores modificables como el dolor, la postura, condiciones de los pezones, cansancio, angustia, enfermedades comunes o venéreas, fármacos durante la lactancia, el retraso en la bajada de la leche, factores socioeconómicos, que influyen en una lactancia materna para luego implementar el accionar propio de la profesión enfermera; (los factores modificables como lo son la angustia, depresión y estrés pos parto que no trabajaremos en este trabajo por ser factibles de determinar a largo plazo y aquí solo analizaremos los modificables que pueden aparecer durante el periodo de puerperio) después de la bajada de leche, la mama debe ser palpada con la punta de los dedos; la ausencia de dolor indica que está todo en orden, pero la presencia del mismo indica aumento de leche en los alvéolos, este dolor (ver anexo N° 8) es un factor para que la madre rechace el acto de dar de mamar, retrase o impida la lactancia materna¹⁷ la postura y el dolor están íntimamente ligados por que el dolor condiciona la postura materna (ver anexo N° 6) con el afán de disminuirlo, se ve a menudo que las madres prefieren en su puerperio mediano e inmediato pedir biberones día y noche con el afán de postergar la inevitable lactancia, mientras que las menos tratan de dar de mamar a su recién nacido sin excusa aguantando todo tipo de malestar, por que algunas mujeres no sufren ninguna incomodidad mientras que otras presentan congestión y dolor en las mamas, las cuales se tornan más duras y pesadas como piedras, con elevación de la temperatura y hasta escalofríos aislados que es la típica fiebre de la leche, la cual no es un signo de alarma por infección bacteriana, sino el conocido bajón de la leche puerperal, aquí estudiaremos este grupo que prefiere no hacerlo que son las que representan el llamado de nuestra atención en las instituciones que trabajamos.

Las madres tienden a quedarse en posiciones cómodas para ellas, las cuales no incluyen la lactancia materna atribuyendo el factor dolor, y cuando este pase dicen que

¹⁶Helsing E. (1986) *Op. Cit.*.p. 20; 24; 32.

¹⁷ Emerson de Godoy Cordeiro Machado. (1995). *Gestación, parto y maternidad, una visión holística*. Argentina. Editorial Errepar S.A, p.178-179

todo cambiara, sin tener presente que mientras mas rápido sea mas fácil y beneficiosa resultara, con el correcto adiestramiento del servicio de nursery de guardia, es sabido que si uno no se encuentra cómodo el bebé necesitara chupar con mas fuerza para poder conservar el pezón en su boca (ver anexo N° 5), este exceso de succión puede dañar la sensibilidad de la piel del pezón y por esto el dolor se agrava, también por una forma inadecuada de los pezones (ver anexo N° 7) que no son bien formados es que el bebe debe chupar con más fuerza y puede hasta dañar el pezón o dejarlos irritados, los cuales no presentan heridas impresionantes; con frecuencia son solamente enrojecidos, pero como están bien dotados de fibras nerviosas, hasta las lesiones mas pequeñas pueden resultar extremadamente dolorosas, mas al comienzo de la mamada por que el bebe estira mucho la piel, este aminora a medida que continua la tetada especialmente después de que empieza a funcionar el reflejo de eyección y el niño mama la leche; también por la misma liberación de la oxitocina que ocasiona las contracciones uterinas, el niño al chupar hace que la parte posterior de la glándula pituitaria libere en la sangre esta hormona llamada oxitocina, esta a su vez hace que se contraigan las células mioepiteliales que están alrededor de los alvéolos y conductos que expulsan la leche de los conductos y senos hacia el pezón, *“la madre sin saber por este mecanismo logra impulsar la leche facilitando la tarea del niño, la cirugía de cesaría y hasta el parto mismo son intensificantes del dolor”*¹⁸

“En tanto la postura que como ya se dijo esta íntimamente ligada al dolor y es condicionantes para lograr una lactancia materna eficaz , la posición de la madre debe ser bien cómoda, pudiendo ser acostada, sentada, o recostada”¹⁹, aunque carente de valor este factor es de suma importancia debido a que es tan simple el actuar de enfermería para lograr una respuesta humana adecuada, y son muchas las ventajas que tiene este tema como lo es la postura preventiva del dolor, hábitos de vida, confort, mejoría del vinculo materno infantil, no se debe estandarizar una postura para la lactancia, siempre es la mejor en la que la madre y su recién nacido se encuentren cómodos y se pueda lograr el amamantamiento eficaz, es por esto que se ha visto madres que lactan en posiciones sumamente extrañas, pero que según ellas aseguran ser muy cómodas. *“ aconseje a la madre que varíe de posición regularmente para que el bebe comprima con el mentón y la lengua distintos sitios de la areola y el pezón”*²⁰“También se deja notar en la practica

¹⁸ Helsing E. (1986) *Op. Cit.*, c. 3. p. 43; c. 5. p. 61; c. 6. p. 64 y 70.

¹⁹ Emerson de Godoy. (1995) *Op. Cit.*, p. 178

²⁰ Becar V. (1990) *Op. Cit.*, p. 17

diaria en las diferentes instituciones laborales que las madres con el afán de lactar felizmente, se sientan o acuestan en posiciones incómodas y tensas, o creen que por que su bebe anterior lacto así, el nuevo bebe también lo hará, la posición del bebe también debe ser la adecuada durante la tetada para favorecer la lactancia y el vínculo.”²¹

Durante el embarazo es preciso realizar una valoración de los pezones, para que estén en condiciones a la hora de la lactancia, *“el pezón retráctil, tiene lugar en los últimos meses del embarazo por efecto de las hormonas placentarias”²²*

Existe la irritación de los pezones ocasionado por el tipo posicional, Gunther lo describe de la siguiente manera, *“consiste de una hinchazón de las pequeñas protuberancias de la piel del pezón o de pequeños escurrimientos de sangre bajo la piel, generalmente en banda de un lado a otro del pezón”*. El área dañada correspondiente en posición a la distancia entre la parte que cubre el paladar del bebe (arriba del banda) y la que cubre la lengua (abajo); esta es la región de la boca que interviene en la succión, a su vez como ya dijimos el dolor puede ser caudado por la acumulación de leche en las mamas o congestión mamaria la cual en los primeros días posparto puede aumentar la tensión en la areola y aplanar aún más el pezón, lo que puede condicionar la pérdida de elasticidad. En ocasiones, el tratamiento intraparto con gran cantidad de oxitocina y fluidos intravenosos causa la aparición de edema areolar, que puede llegar a ocultar el pezón.

El edema areolar también puede empeorar si se utiliza un extractor de leche en los primeros días, las madres también se pueden encontrar afectadas de dermatitis, o tras el lavado excesivo de la zona, la desaparición de la secreción protectora de las glándulas de Montgomery puede favorecer la irritación de la piel, en ciertas ocasiones, el aumento de la viscosidad de la leche materna en el interior de los conductos puede provocar la obstrucción de algunos de ellos y producir mastitis, una retención local, con el subsiguiente aumento de presión intraductal, que puede llegar a la extravasación de leche al estroma y originar una reacción inflamatoria local. Esto se aprecia inicialmente por una zona indurada, eritematosa y dolorosa que, si no se resuelve, puede evolucionar a una mastitis inflamatoria con reacción general: malestar, fiebre y mialgias; la mastitis infecciosa a su vez se produce por la infección de uno o varios lóbulos de la mama.²³

Se identifica también como factor que influyen en la lactancia materna los relacionados al pezón (ver anexo N° 7), un tejido elástico que permite la elongación de

²¹Helsing E (1986) *Op. Cit.*, c. 5 p. 60; c. 6 p. 70

²²Becar, V (1990) *Op. Cit.*, p. 3

²³Issler J (2000) *Op. Cit.*

hasta 2-3 veces su longitud en reposo. Esto provoca un fuerte estímulo de succión al llegar el pezón a la unión entre el paladar blando y el paladar duro. “*La areola tiene que estar suave, flexible para que haya una buena succión*”²⁴ y asegurar una adecuada transferencia de leche durante el amamantamiento, el lactante introduce en su boca el pezón y un tercio del tejido areolar circundante, existen una gran variedad morfológica de pezones, desde el protruyente normal hasta el pezón invertido verdadero, hay muchas madres que por condiciones naturales tienen la ventaja de tener pezones apropiados para dar de mamar, mientras que hay otras muchas que no, por eso durante el embarazo se pueden ir preparando los pezones para el amamantamiento con el mismo calostro o alguna crema de caléndula para no reseca los mismos, este debe ser parte de una rutina normal del cuidado prenatal, con la correcta educación se pueden aprender los masajes propios para los pezones sin estimular la liberación de oxitocina.(ver anexo N° 10) Sin embargo hay mujeres que no se preparan o no les resulta suficiente, por eso al momento de la primera tetada una se encuentra con que no puede dar de mamar por que literalmente el bebe no se prende, y cuando lo logra hacer esto puede causar dolor, grietas y aun un sangrado, las mujeres blancas son mas susceptibles a padecer este problema, los problemas del pezón que más frecuentemente encontramos en las salas de maternidad son los pezones planos, invertidos o retractiles aunque la mayoría de los pezones sobresalen un poco de la areola que los rodea, pero hay algunos que son planos y en ocasiones parecen voltearse hacia adentro (en parte o por completo), se los conoce por pezones, volteados o invertidos, hay que examinarlos con cuidado par ver si están verdaderamente invertidos o no.

Los pezones verdaderamente invertidos son muy raros, pero pueden traer dificultades serias, la mayoría de ellos siempre son los planos, que con un cuidado prenatal y en el puerperio se pueden normalizar.

Al momento del examen de pezón se debe tratar de estirar y si este se resbala entre los dedos como si estuviera fijo a los tejidos de abajo de la piel, cuando esta invertido pasa esto y es imposible estirarlo hacia afuera. No es protractil si se puede jalar un poco hacia afuera, estirarlo un poco, por lo general se trata de un pezón corto que se alargara cuando el bebe mame, algunos pezones aparentemente planos se alargan con la sola succión del bebe o con ayuda y educación de la enfermera de nursery y no representan mayor problema.

²⁴ Emerson de Godoy (1995) *Op. Cit.*, p.180

Un pezón verdaderamente invertido y completamente no protráctil llega a ser muy difícil de manejar, sin embargo hay que poner mas énfasis en estos para que la lactancia por fin tenga éxito,²⁵ la infección es un factor condicionante para la lactancia puede originarse en las grietas o en el pezón, a partir de una mastitis inflamatoria sobre infectada por el paso de gérmenes a través de los conductos galáctoforos desde el pezón o, más rara vez, por vía hematógena. Los gérmenes causales más frecuentes son *S. aureus*, *E. coli*, *Streptococcus sp.* y *Haemophilus sp.* En la mayoría de los casos la causa última de la mastitis es una mala posición del lactante al pecho, que lesiona el pezón e impide el vaciado adecuado de la mama, lo que origina estasis intraductal, ingurgitación e inflamación y predispone a la infección, los síntomas pueden aparecer de forma paulatinamente progresiva o bruscamente con signos inflamatorios locales, dolor intenso y sintomatología general (mialgias, fiebre, escalofríos y malestar general); también se puede mencionar el síndrome de Raynaud en el cual las mujeres afectadas sufren episodios de vasospasmo seguidos de vasodilatación en la zona del pezón después de iniciada la toma y tras finalizarla. A una primera fase de palidez le sigue otra de eritema y cianosis con dolor lacerante y pulsátil, la mayoría de las mujeres que lo presentan no sufren la sintomatología en otras zonas, el desencadenante a menudo es un mal agarre del pecho por el lactante, o el frío.²⁶

Muchas veces las madres pasan un trabajo de parto realmente agotador y luego del nacimiento se encuentran agotadas y con mucho cansancio y como ya hemos mencionado la madre necesita estar tranquila durante su puerperio mediato e inmediato para favorecer la lactancia y el vínculo. Muchas veces la familia y amigos generan una continua visita demandante de atención lo cual genera un agotamiento materno y llegada la noche, al estar por fin a solas con su marido y bebe, la madre mas que dar de mamar desea dormir y descansar del agotador día, no solo este factor es causal de cansancio sino que hay bebes que son muy demandante de tiempo materno, lloran continuamente, maman frecuentemente, son inquietos o parecen tener estómagos de poca capacidad, esto agota ala madre ya que parece ser la única encargada de su cuidado holístico. En el puerperio mediato e inmediato es cuando mas demandan los niños de sus madres debido a que maman cada 2 o 3 horas, este agotamiento hace que la madre dude de su capacidad de lactar y de la calidad de su leche.

²⁵ Helsing e (1986) *Op. Cit.*, c.4., p. 51-52

²⁶ Issler J (2000) *Op. Cit*

Luego de ser practicada una operación cesárea la mujer necesita mayor tiempo de recuperación, aquí se ven agravados el factor dolor, retraso en la bajada de la leche por el ayuno y uso de medicamentos anestésicos y analgésicos, la incorporación es gradual y la lactancia si bien es posible hay que trabajar en ello por que es mas incomodo trabajar con una madre bajo efectos de anestesia y/o dolor que la que ha tenido un parto vaginal con anestesia en el cual se le fue realizada una dosis menor de la misma para minimizar el dolor, esta recuperación también es gradual pero mas rápida que la de la cesaría, en el caso del parto vaginal llamado “normal” sin anestesia la mujer es llevada de inmediato a la habitación con el recién nacido y la puesta al pecho es mas ventajosa por no tener anestesia, poder acomodarse con mayor libertad, tener permitida la ingesta de liquido y sólidos, estos mecanismos de nacimientos indistinto de cual sea el desenlace pueden transitar por un trabajo de parto y “se debe tener en cuenta que el mismo y el echo de dar a luz es un choque físico y psicológico en el cual la mujer necesita recuperarse y descansar adecuadamente; este periodo de recuperación se superpone con la etapa de primera mamada y a veces hace a la madre que culpe a la lactancia de su cansancio, decidiendo abandonarla precozmente”.²⁷

Las madres se obsesionan con un temor neurótico de fracasar; cualquier problema que surge toma proporciones alarmantes y se sienten profundamente amenazadas;²⁸ el proceso de parir con todo lo que a este concierne conlleva un gran estrés (ver anexo N° 9), y sumado a la vida moderna se lo culpa muchas veces de la declinación de la lactancia materna, se nota que las madres están muy nerviosas, angustiadas, histéricas o deprimidas y no pueden realmente amamantar, muchas veces son procesos normales de un puerperio y se sabe que esto también pasara, distinto es cuando se ve reflejado un stress anterior, estas son madres que no tienen ganas de amamantar, por alguna razón en particular, que puede generar un embarazo no deseado, por ser menor de edad, por causa de abuso sexual, por encontrarse solas para la crianza, por no tener un nivel económico adecuado para el sostén del nuevo bebe, entre otras causas menos vistas,²⁹ para tener una mayor visión del tema se aclara que el rango de edad elegido para trabajar se ha dividido por etapa del ciclo vital, no es la misma respuesta de una madre adolescente, que la de una mujer en edad adulta.

La higiene es fundamental para lograr una implementación eficaz de la lactancia, la leche humana es bacteriostática (detiene el crecimiento de bacterias), por lo tanto no es

²⁷Helsing E (1995) *Op. Cit.*, c. 5.,p. 54, c. 8., p. 93

²⁸Helsing E, *Ibid*, c.6., p. 64.,c. 8.,p. 93-94

²⁹Helsing E *Ibid*, c. 20., p. 209

necesario lavar los pezones antes de dar de mamar, si se quiere lavar debe ser con agua y unas gotas de su propia leche, por que hay madres que tienden a usar lociones, jabones perfumados o incluso cremas que hacen que el bebe rechace el sabor y hasta desconozca el aroma de la mama, también hay aceites naturales que resecan mucho la piel y al momento de la lactancia los pezones se irritan muy fácilmente, generando secundario a este problema, uno más grave aún que es el dolor de los pezones irritados, los cuales trataremos mas adelante en este trabajo;³⁰ como ya se dijo anteriormente no hay que olvidar la religión, creencias, grupos étnicos a los que la madre pertenece y de los cuales descende teniendo en cuenta la influencia familiar, por que muchas veces las madres y abuelas tienen criterios de cuando ellas lactaron y tal vez no les dan los mejores consejos a la mama y terminan dificultando la lactancia.

También la visita en exceso hace incomodo el ambiente para la lactancia, solicitando atención de la madre, charla y contando su propia experiencia, los ruidos generados hacen que la madre llegue a la noche agotada y solo quiera dormir, prefiriendo un biberón cuando físicamente esta en condiciones de asumir la lactancia.

*“Cada madre necesita tranquilidad, espacio para ella y su bebe, y generar su propia experiencia sobre la lactancia, generando cada vez mas su vinculo materno infantil.”*³¹ El *“amamantar favorece la formación [de dicho vinculo] afectivo [con carácter de dependencia simbiótica] lo cual permite al niño desarrollar una personalidad independiente, este beneficio se produce por efecto de la mutua satisfacción del contacto “...” la madre tiene al amamantar una constelación hormonal (prolactina y oxitocina) que inducen la conducta de apego y cuidado maternal...”* mientras mas rápido y factible sea el vinculo de la madre con su recién nacido mayor serán las posibilidades de lograr una lactancia eficaz.

Cuando la madre se enferma con resfríos comunes o padecimientos menores, como infeccione virales leves, no deben ser causa para que la madre deje de lactar, de todas formas el bebe está expuesto a todos los microorganismos de su madre y la leche materna le ofrece la mejor protección posible, aun en el caso de infecciones más serias, no es muy útil separar al niño de la madre para evitar infecciones cruzadas³², dependiendo del tipo de enfermedad, su gravedad y la toma de medicación que esta situación requiera se deberán tener en cuenta los fármacos durante la lactancia, cuando hay una necesidad imperiosa de

³⁰Helsing E (1995) *Op. Cit.*, c. 5., p. 58

³¹ Helsing E, *Ibid*, c.,6. p. 66

³² Helsing E, *Ibid*, c.,15., p. 159-161

medicar a la mujer embarazada o en periodo de lactancia hay que evaluar que medidas de seguridad para el neonato se toman, existen medicamento que aún se encuentran en tela de juicio sobre su probable paso a la leche materna por lo cual se desaconseja su uso en este periodo de la vida que transita la madre y su recién nacido, mas cuando contamos con diversidad de alternativas para el mismo tratamiento y son unas mas adaptadas al periodo de lactancia que otras.

“Los mecanismos por los cuales los fármacos o sus toxinas pasan a la leche materna son la difusión pasiva, en el cual existe un gradiente de concentración entre el plasma materno y el contenido alveolar, dependiendo a su vez de las particularidades del fármaco, siendo este el mecanismo predominante para el paso de la droga por la leche materna hasta el lactante.

Existe el paso por difusión por poros de membranas, en la cual pasan las sustancias solubles al agua, en otros casos pueden ser transportados por proteínas lipofílicas hasta el lumen alveolar, otro mecanismo es el by pass directo al lumen alveolar y el transporte activo de drogas en contra del gradiente de concentración y consumo de energía, aunque estos mecanismos son poco frecuentes...”

Existe una regla para saber la relación leche/plasma *“Leche/plasma= (área bajo la curva leche/área bajo curva plasma) x vol. de la tetada”*

Muchos fármacos dependiendo de esta norma se pueden utilizar o prohibirse su uso, o sea que antes de administrar un fármaco a una mujer lactando hay que saber cual es esta relación, y cual es el volumen ingerido por el neonato aproximadamente por la duración de la tetada, así se puede saber en forma matemáticas cuanta droga llega al niño por la leche materna, también en este punto hay que valorar las características farmacológicas del lactante, que pueden ocasionar efectos adversos en el neonato generando trastornos en su metabolismo, teniendo en cuenta *“que la glucuroconjugacion hepática del lactante es deficiente, su sistema enzimático es fisiológicamente inmaduro y los fármacos no pueden ser adecuadamente metabolizados.”*³³

A su vez hay medicamentos que no están contraindicados para la lactancia pero al atravesar la barrera plasmática y posteriormente láctea pueden ocasionar en el neonato un estado de conciencia inferior al de un recién nacido sin este tipo de drogas, esto produce una dificultad a la hora de poner al pecho al recién nacido, muchos estudios hablan de

³³ Camera, Mario I; Romani, Adriana; Madoery, Cristian; Fariás, Jorge A. (1996) *Avances en medicina '96*. V congreso Nacional de Medicina. XXII Jornadas Nacionales de residentes de Medicina Clínica. SAM (Sociedad Argentina de Medicina. Editorial Roemmers “Conciencia por la vida”. Copyright. p. 351- 352-353

estadios llamados 1 de alerta, 2 de letargo y 3 de coma³⁴ (ya sin conciencia y sin succión), también se habla de niveles de conciencia y/ o niveles de alerta que pueden ocasionar una disminución de la excitabilidad (vía lenta) que provoca somnolencia, estupor y coma.³⁵ (Ver anexo N° 1)

Las contraindicaciones de medicamentos y algunos de ellos durante la lactancia se encuentran ampliados más adelante en el presente trabajo. (Ver anexo N° 11)

Los factores psicológicos van de la mano puesto que el estado de la madre repercute sobre su reflejo de eyección, estos problemas pueden también inhibir el reflejo productor de la leche, la inhibición tiene principal origen psicológico, puede ser de índole leve o aguda, por ejemplo por un choque intenso, un ataque de ira, un contratiempo o un gran sufrimiento. Es posible que la adrenalina que se libera como respuesta a tales estímulos haga que se contraigan los vasos sanguíneos de alrededor de los alvéolos y no dejen pasar la oxitocina a las células mioepiteliales, las cuales no se contraen, en vez de esto los alvéolos se relajan y no expulsan la leche hacia afuera, el bebe suelta el pezón y llora por no conseguir alimentarse y realizar un desgaste de energía innecesario.

Se ha observado que las madres conciente o inconcientemente, asocian las mamas o el acto mismo de dar de mamar con algún recuerdo o sentimiento desafortunado, por ejemplo, con la ambivalencia misma de sus propios sentimientos de la maternidad. La madre no solo siente dolor en el momento que el niño comienza a mamar sino durante toda la mamada, muchas veces se ve el pezón palidecer de golpe.³⁶

En el estudio psicológico del puerperio se tratara de exponer las implicaciones psicológicas más importantes, tomando el primer periodo: los días de permanencia en la clínica, se procurara describir la reacción consciente e inconsciente de la mujer, conocida hoy en día bajo la denominación de depresión puerperal como un estado confusional, con ansiedad de vaciamiento (perdidas de partes importantes de si misma), de castración (que le arrancan algo muy valioso, fantaseado como pene), síndrome del nido vacío y los distintos mecanismos de defensa se erigen para resolverlo. *El estrés es la respuesta del organismo a la adrenalina, que se produce ante situaciones de temor, dolor o ansiedad y*

³⁴ Acerbo, Fabiana; Aguila, Edith; Alborta, Adriana; Amarilla, Roberto; Castro, Silvia; Cenzano, Fabiana; Ets al (2009). *Cuidados en enfermería neonatal, Neurología, Estadios de conciencia*. Argentina. Hospital de pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. J. P. Garrahan, Comote científico de enfermería neonatal, tercera edición, ediciones Journal S.A. p. 164 tabla 15.3

³⁵ J.Casado/Ana Serrano (S/F) *Urgencias y tratamiento del niño grave, Síntomas, guía de cuidados intensivos, nivel de alerta del neonato*. España. Modulo neonatal, capítulo 149, p 929

³⁶Helsing E (1995) *Op. Cit.*, c. 3., p. 45., c.6. p.73-74

que inhibe el reflejo de expulsión³⁷ de la leche materna. Se podrá inferir entonces como será el abordaje del puerperio, esa situación de delimitación entre lo perdido-(embarazo) y lo adquirido (el niño), también la delimitación entre ensoñación, fantasía inconsciente y realidad, tanto en lo referente a como iba a ser el parto en cuanto al niño en si mismo y la reacción ambiental, esta delimitación múltiple puede hacerse solamente a merced de un lento y gradual proceso elaborativo, con sus alternancias depresivas (por las ilusiones no concretadas), las fantasías de pérdida e impotencia (como persecutorias, sustentadas en los elementos difíciles que plantea la realidad), maníacas o de negación, como única manera de incorporar la nueva situación. Por otra parte, a los fines de crianza y comprensión de la criatura, la madre se ve forzada internamente a un proceso regresivo, hacia su propia lactancia, como lo señalan diversos autores (ver Marie Langer, “maternidad y sexo”). Esta regresión, de características distintas a las del embarazo, tiene por finalidad ponerla al servicio del bebe, produciéndose el conflicto consiguiente con la necesidad de seguir desempeñando el rol familiar y social habitual.

Este proceso es lento y gradual y lleva muchos meses y, podríamos decir que recién culmina cuando el niño comienza a caminar, a decir verdad no termina jamás, dado que todo progreso del hijo es sentido nuevamente como un parto, es el famoso “cordón umbilical” psíquico, que se afina, pero que no se corta nunca.

Primer día en la clínica

Toda embarazada primeriza sueña con esos hermosos días en que por fin estará con su bebe en brazos y vendrán a visitarla y traerán regalos, la historia de los tres Reyes Magos es un claro ejemplo de las múltiples versiones de estas fantasías.

Producido el parto, las ansiedades confusionales vividas en el transcurso tienden a resolverse mediante los mecanismos maníacos, que buscan en las actitudes de las personas que rodean a la puérpera un asidero a las ensoñaciones de reverencia y homenaje, por lo general el ambiente capta adecuadamente esta necesidad y la satisface con la largueza, se llega así muchas veces a la situación de tener que prohibir las visitas porque acudió tanta gente que la puérpera se agoto y le sobrevino un trastorno (un pico de fiebre, mareos, etc), cuando esta situación de halago y festejo no se produce, la depresión es intensa, si tenemos en cuenta las ansiedades de vaciamiento y de castración, podremos entender a una madre reciente, cuyo bebe es simplemente un bebe que llora o duerme a su lado y que se conecta escasamente con ella entonces se siente perpleja, confusa y se deprime, si agregamos a

³⁷ Beccar, V (1990) *Op. Cit* p. 9-33

esto la expectativa en cuanto si tendrá o no leche, si el bebe mama bien o no, si es normal o anormal, como es su carácter, comprenderemos que los días subsiguientes al parto no son nada fáciles.

La situación de internación trae aparejada una serie de factores como la ubicación de un medio desconocido, entre personas extrañas, que deben atender a la puérpera o que comparten con ella la habitación o sala, los cuidados especiales impuestos por la asepsia, van induciendo de por si a un estado regresivo, que se suma al determinado por el parto mismo, en este estado regresivo prima la necesidad infantil de protección y halago agudizándose, como en la infancia, los temores en general y las ansiedades frente a la soledad.

Otro aspecto importante es la perdida de sangre originada en la renovación de la decidua uterina, que reactiva las ansiedades frente a la menstruación, con los correspondientes temores sobre la integridad del órgano, a lo cual se agregan las sensaciones derivadas de la percepción de las contracciones de retracción. Estas situaciones pueden llegar a producir dolor físico, los así llamados “dolores de entuetos”, frecuentes en las multíparas, pero que también pueden aparecer en las primerizas y que se deben a los estados de contractura perineal y abdominal.

Mas ampliamente y raramente encontrados están los factores que bien tratados no representarían mayores problemas como lo son la desnutrición materna por que las mujeres acumulan grasa durante el embarazo, pero hay otras que no lo hacen y probablemente van a necesitar mas de 500 Kcal diariamente para generar una buena leche que nutra al bebe, una mujer embarazada puede secretar hasta 10 MG/día de proteínas de alta calidad y por lo tanto, también necesita proteína adicional en su dieta, pero las madres que subsisten a base de dietas inadecuadas, deben tener en cuenta que la vida del bebe depende de ellas, las madres desnutridas tienen una producción menor de leche.³⁸

El retraso en la bajada de la leche (apoyadura) hace que se retrase la primera tetada³⁹, si esta se retrasa se pierde el mejor momento para iniciar el contacto vincular madre e hijo, y la primera alimentación, tal vez la decisiva de la futura lactancia, de su éxito depende de la motivación materna y la aceptación neonatal, mientras mas pronto sea y mas propicio el ambiente mayor fácil será lograr la lactancia eficaz, en este momento hay una desatención total de la madre y a pesar de hablarle hay que ayudarlas a poner al bebe al pecho, pueden retener mas por la visual que por las palabras. Los fármacos que

³⁸Helsing E, (1995) *Op. Cit.*, c. 10., p. 108-109

³⁹Emerson de Godoy (1995) *Op. Cit.*, p. 179.

recibe el bebe en el parto pueden hacer que nazca somnoliento y tal vez la madre este bajo efectos de anestesia lo cual hacen también un retraso en la primer tetada,⁴⁰ es típico escuchar a nuestras abuelas decir que la leche es delgada por su apariencia acuosa, hay creencias que a pesar de los años se mantienen como que todo lo que come la madre pasa por la leche, si bien el tomar bebidas gasificadas influye negativamente para la madre por la disminución del peristaltismo sobre todo en la operación cesárea, no quiere decir que el gas valla a parar por los conductos y gasificar la leche y hacerle daño al bebe, ésta como otras creencias están fuertemente arraigadas a la idea de la lactancia y es muy difícil hacer cambiar de creencias a la madres sobre todo cuando se las encuentra acompañadas por una figura significativa en sus vidas que le dicen y sostienen estas ideas retrogradas de la lactancia materna.⁴¹

En el trabajo de investigación nos ocuparemos de los factores maternos que dificultan e impiden la lactancia materna eficaz, pero no podemos dejar de mencionar los factores del neonato que contribuyen a que la lactancia no sea exitosa en el puerperio mediato e inmediato, como lo son los niños que nacen con impedimentos mentales, retraso o algún daño cerebral y que son ineficientes para mamar; un niño con paladar hendido o labio leporino; los recién nacidos deprimidos, bajo peso o prematuros que deben quedar internados en neonatología; *“niño con succión débil; niño con obstrucción en las vías respiratorias y se ahoga al mamar.”*⁴²

Para comprender esta compleja temática de la lactancia materna, se deben conocer todos los factores influyentes en ella, su relación, los aspectos positivos y negativos dentro de la misma, el rol de la familia, del personal de salud, los cambios propios del cuerpo, la llegada del nuevo integrante a la familia y comprender esta como lo que es, una etapa normal del proceso del ciclo vital.

⁴⁰Helsing E (1995) *Op Cit.*, c.5.,p. 56.,c. 6.,p. 69

⁴¹Helsing E (1995) *Op. Cit.*, c.8., p. 89

⁴²Helsing E, *Ibid*, c. 14., p. de 135 a 139

G. VARIABLES

Dependiente: Lactancia materna

- Eficacia de la lactancia materna.
 - ✓ Eficaz.
 - ✓ Medianamente eficaz.
 - ✓ Ineficaz.

Independiente: Factores biopsicológicos y socioculturales.

- Biopsicológicos:
 - ✓ Puerperio.
 - ✓ Tipo de parto.
 - ✓ Alteraciones mamarias.
 - ✓ Inicio de la lactancia.
 - ✓ Dolor.
- Socioculturales
 - ✓ Estado civil.
 - ✓ Ocupación.
 - ✓ Hijos amamantados anteriormente.
 - ✓ Nivel educativo.
 - ✓ Periodicidad de los controles.
 - ✓ Información previa.
 - ✓ Edad.
 - ✓ Creencias.

H. Esquema de variables

Variable dependiente: lactancia materna.

Variable	Dimensión	Indicador	Puntaje.		
			0	1	2
Nivel de eficacia de la lactancia materna.	Lactancia materna eficaz, medianamente eficaz e ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Secreción de calostro en las mamas. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Eyección láctea. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Succión activa del recién nacido. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Recién nacido reactivo. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Período de descanso presentes en la madre y el recién nacido. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre. 			
		<ul style="list-style-type: none"> Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento. 			
		<ul style="list-style-type: none"> No requiere suplementos con leche de formula. 			
		<ul style="list-style-type: none"> No necesita recursos externos ej: La pezonera. 			

Variable independiente: factores biopsicológicos y socioculturales.

Variable	Dimensión	Indicador	SI	NO
Biopsicológicos	Puerperio:	<ul style="list-style-type: none"> Inmediato. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Mediato. 		
	Tipo de parto:	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Parto vaginal. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Inducción natural. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Inducción farmacológica. 		
		<ul style="list-style-type: none"> No inducido. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Instrumental. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Eutócico. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Distócico. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Con anestesia. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Con episiotomía. 		
	Cirugía mamaria previa:	-Implantes mamario.		
-Cirugía reductora.				
-Mastectomía unilateral o parcial.				
Alteraciones mamarias	<ul style="list-style-type: none"> Pezones umbilicados. 			
	<ul style="list-style-type: none"> Pezones agrietados. 			

		<ul style="list-style-type: none"> • Pezones retractiles. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Pezones planos. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Edema areolar. 		
	Inicio de la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las primeras 2 horas. • Entre las 2 y 4 horas luego del nacimiento. 		
	Dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Por posturas inadecuadas: • Presencia de tortícolis o alguna lesión producida por maniobras durante el momento del parto. • Posturas viciosas. • Succión disfuncional del recién nacido. • Succión fuerte generadora de tracción exagerada del pezón. • Presencia de distensión abdominal materna. • Imposibilidad materna de eliminar gases. • Hipotonía uterina. • Presencia de herida quirúrgica en: <ul style="list-style-type: none"> -Cesárea. -Episiotomía. 		
Factores socioculturales.	Estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Unión estable. 		
		-Si		
		-No		
	Ocupación:	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Temporaria. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • En relación de dependencia. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Particular. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Desempleada. 		
	Nivel educativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Primario completo. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Secundario completo 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Terciario completo 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Universitario completo. 		
	Hijos amamantados anteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si 		
		<ul style="list-style-type: none"> • No 		
	Periodicidad de los controles.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin control. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Mensual. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Por trimestre. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Irregular. 				
Recibió información	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre. 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Alguna vez. 			

	sobre lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca. 		
	Edad en años.	<ul style="list-style-type: none"> • De 16 a 21 		
		<ul style="list-style-type: none"> • De 22 a 30 		
		<ul style="list-style-type: none"> • De 31 a 35 		
		<ul style="list-style-type: none"> • De 36 a 40. 		
	Creencias.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree usted que la lactancia exclusiva es suficiente para alimentar a su hijo? 		
		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal? 		

Referencia: Los valores indicados en la columna puntaje hacen referencia al 100 % de las preguntas dándole valor entre 0 y 2 de acuerdo a su importancia o influencia en el tema abordado, siendo los resultados muy eficaces, medianamente eficaces o ineficaces, la columna SI/NO tienen su importancia para lograr una adecuada representación grafica.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación se realizó desde una lógica cuantitativa durante el año 2013 a fin de abordar mejor la problemática trabajada, se llevó a cabo desde un nivel descriptivo transversal para afrontar la temática, como primer paso se realizó la lectura pertinente al tema, luego se construyó con una cedula de entrevista semiestructuradas (adjunta en anexos) para recolectar mediante la observación, valoración física e historia clínica los datos de las mujeres internadas que se encontraban transitando el momento del puerperio mediato e inmediato con el objetivo de identificar los factores biopsicológicos y socioculturales que influyen en la lactancia materna, discriminando los factores modificables de los que no lo son, para ello se recolectaron datos actuales, previos y gestacionales maternos, luego se analizaron y fueron tabulados.

La población estuvo conformada por todas las madres puérperas que se encontraban internadas en el sector de maternidad en una clínica privada con determinados criterios para la inclusión a la muestra durante el año 2013. La muestra seleccionada se tomó de ciento cincuenta madres cursando el puerperio mediato e inmediato internadas en el sector de maternidad en la clínica 25 de Mayo de la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero, febrero y marzo del 2013. Siendo este tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia, ya que se necesitó trabajar con madres aptas para el fin de la investigación.

Inclusión a la muestra:

- Mujeres que autoricen la recolección de datos.
- Mujeres que no presenten contraindicaciones para la lactancia.
- Madres que se encuentran cursando el periodo de puerperio.
- Edad materna de 16 a 40 años.
- Puérperas con recién nacidos sanos que permanecen internación conjunta.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una cedula de entrevista, fuentes tales como historia clínica, observación y datos directos de la paciente (con su previo consentimiento) y respuesta del recién nacido.

CAPITULO IV

ANALISIS Y PRESENTACION DE LOS DATOS.

A- Categoría de información: Eficacia de la lactancia materna.

Tabla 1

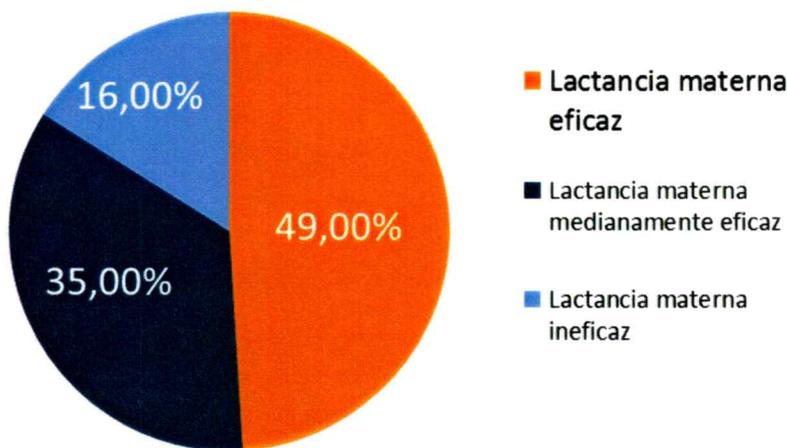
Nivel de eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Eficacia de la lactancia materna	N°	%
Eficaz	74	49
Medianamente eficaz	52	35
Ineficaz	24	16
Total	150	100

Fuente: Observación, directa de la madre, elaboración propia durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Gráfico 1

Nivel de eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Fuente: Observación, directa de la madre, elaboración propia durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

El gráfico circular nos muestra claramente la preponderancia de la eficacia de la lactancia materna con un 49 por ciento sobre una lactancia medianamente eficaz de un 35 por ciento y una ineficaz de un 16 por ciento.

El puntaje se otorgó a cada entrevista de acuerdo a las respuestas dadas a fin de clasificarlas de acuerdo a su eficacia, distinguiendo dentro de la variable lactancia materna tres dimensiones: lactancia materna eficaz, medianamente eficaz e ineficaz.

Para lograr dicha división ya nombrada y detallada en el capítulo IV pág. 28, se da un valor entre 0-6 puntos a la lactancia ineficaz; de 7 a 14 puntos a la lactancia

medianamente eficaz y de 15 a 20 puntos respectivamente a la lactancia eficaz para lograr representarlas.

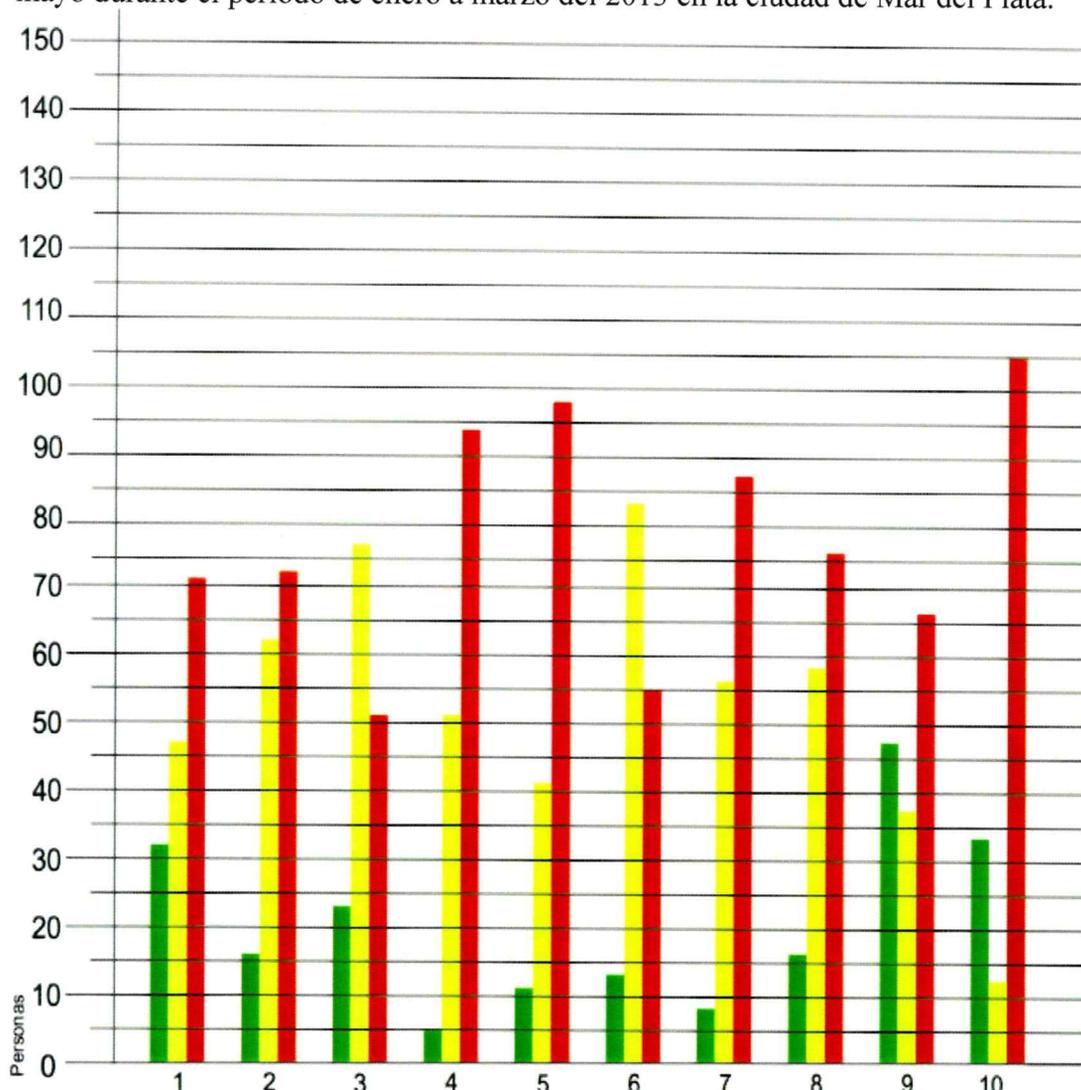
En el siguiente cuadro se demuestra el nivel de eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Lactancia materna.	Eficaz			Medianamente eficaz			Ineficaz		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Preguntas y valor de las respuestas.									
1- Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido.	24#	0	0	5	36	11	3	11	60
2- Secreción de calostro en las mamas.	13#	9	2	2	40	10	1	13	60
3- Eyección láctea	14#	9	1	7	37	8	2	30	42
4- Succión activa del recién nacido.	2#	14	8	2	30	20	1	7	66
5- Recién nacido reactivo.	5#	12	10	1	21	30	8	8	58
6- Período de descanso presentes en la madre y el recién nacido.	2#	16	6	5	37	10	6	29	39
7- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre.	3#	11	10	4	31	17	1	14	59
8- Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento.	4#	13	7	8	23	21	4	22	48
9- No requiere suplementos con leche de formula.	24#	0	0	19	24	9	4	13	57
10- No necesita recursos externos ej: Pezonera.	17#	0	7	12	8	32	4	4	66

Fuente: Elaboración propia durante los meses de enero a marzo en Mar del Plata año 2013.

Gráfico 2

Nivel de eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

- 1- Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido.
- 2- Secreción de calostro en las mamas.
- 3- Eyección láctea.
- 4- Succión activa del recién nacido.
- 5- Recién nacido reactivo
- 6- Período de descanso presentes en la madre y el recién nacido.
- 7- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre.
- 8- Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento
- 9- No requiere suplementos con leche de formula.
- 10- No necesita recursos externos ej: Pezonera.

- El color verde representa las repuestas de valor cero.
- El color amarillo representa las repuestas de valor uno.
- El color rojo representa las repuestas de valor dos.

Nota: Los datos presentes en los gráficos fueron tomados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada pregunta tenía 3 opciones de repuestas dándoles valor entre 0 y 2 puntos de acuerdo a su influencia en el tema abordado, siendo los resultados muy eficaces, medianamente eficaces o ineficaces, los valores de las columnas representados por colores hacen referencia al total de cada una de las respuestas obtenidas.

Tabla 2

Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	3	2	5	3	24	16	32	21
1	11	7	36	24	0	0	47	31
2	60	40	11	7	0	0	71	47

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.1

Secreción de calostro en las mamas, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	1	1	2	2	13	9	16	11
1	13	9	40	27	9	6	62	41
2	60	40	10	7	2	2	72	48

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.2

Eyección láctea, según eficacia de la lactancia las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	2	2	7	5	14	9	23	15
1	30	20	37	25	9	6	76	51
2	42	28	8	6	1	1	51	34

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.3

Succión activa del recién nacido, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	1	1	2	2	2	2	5	3
1	7	5	30	20	14	9	51	34
2	66	44	20	13	8	6	94	

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.4

Recién nacido reactivo, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	8	6	1	1	2	2	11	7
1	8	6	21	14	12	8	41	27
2	58	39	30	20	10	7	98	65

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.5

Periodo de descanso presentes en la madre y el recién nacido, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	6	4	5	3	2	2	13	9
1	29	19	37	25	16	11	82	55
2	39	30	10	7	6	4	55	37

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo año 2013.

Tabla 2.6

Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	1	1	4	3	3	2	8	5
1	14	9	31	21	11	7	56	37
2	59	39	17	11	10	7	86	6

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.7

Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento, según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	4	3	8	6	4	3	16	11
1	22	15	23	15	13	9	58	39
2	48	32	21	14	7	5	76	51

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Tabla 2.8

No hay requerimientos de suplementos con leche de fórmula, en relación a la eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	4	3	19	13	24	16	47	31
1	13	9	24	16	0	0	37	25
2	57	38	9	6	0	0	66	44

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

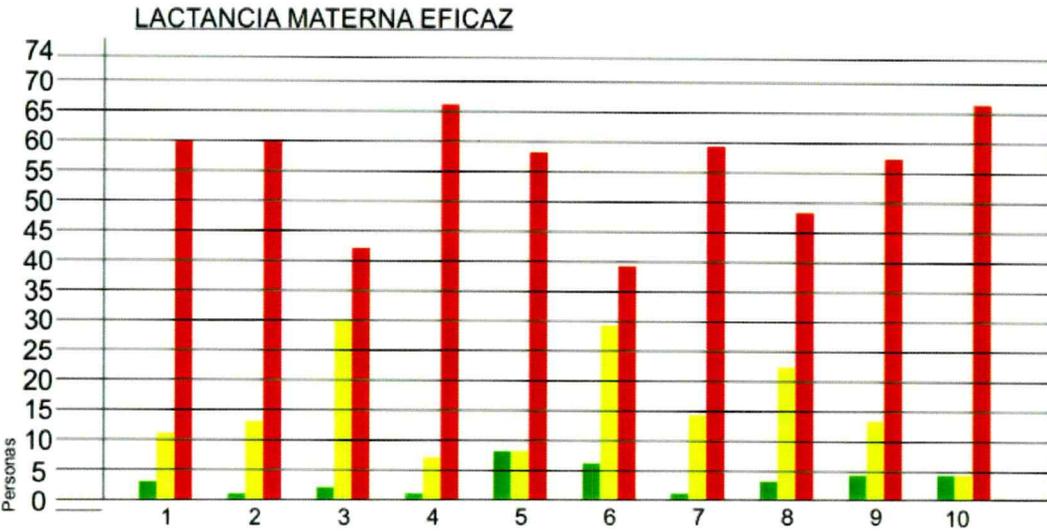
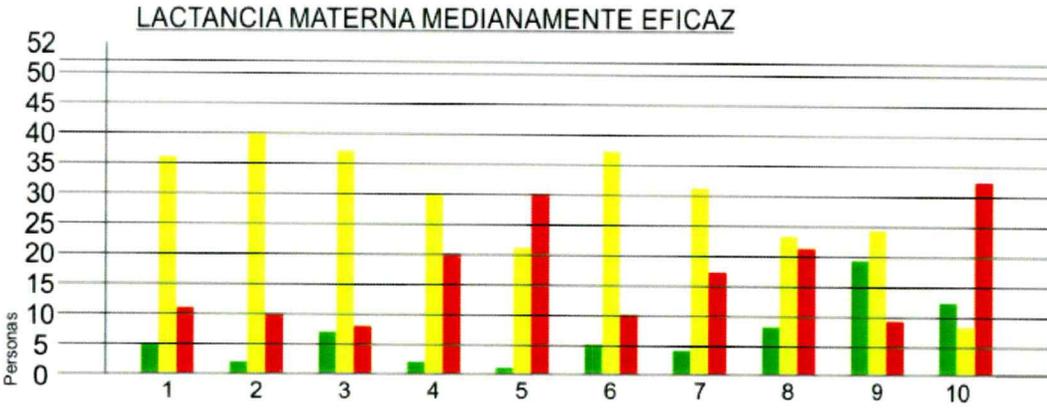
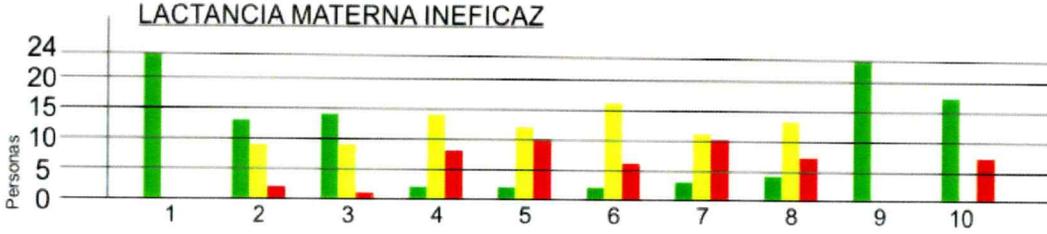
Tabla 2.9

No hay necesidad de utilización de recursos externos, en relación a la eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Valor de referencia	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	4	3	12	8	17	11	33	22
1	4	3	8	6	0	0	12	8
2	66	44	32	21	7	5	105	70

Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo, año 2013.

Gráficos 2



Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

- 1- Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido.
- 2- Secreción de calostro en las mamas.
- 3- Eyección láctea.
- 4- Succión activa del recién nacido.
- 5- Recién nacido reactivo
- 6- Período de descanso presentes en la madre y el recién nacido.
- 7- Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre.
- 8- Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento
- 9- No requiere suplementos con leche de formula.
- 10- No necesita recursos externos ej: Pezonera.

- El color verde representa las repuestas de valor cero.
- El color amarillo representa las repuestas de valor uno.
- El color rojo representa las repuestas de valor dos.

Nota: Los datos presentes en los gráficos fueron tomados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada pregunta tenía 3 opciones de repuestas dándoles valor entre 0 y 2 puntos de acuerdo a su influencia en el tema abordado, siendo los resultados muy eficaces, medianamente eficaces o ineficaces, los valores de las columnas representados por colores hacen referencia al total de cada una de las respuestas obtenidas.

EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

En la dimensión lactancia materna eficaz, la mayoría de las madres tuvieron secreción de calostro en las mamas pudiendo amantar exclusivamente durante las primeras horas de vida y la succión vigorosa por parte de recién nacido ayudo a la eficacia de la lactancia materna, vale la pena destacar que los recién nacidos se encontraban reactivos con correcta adhesión de la boca al pecho materno. La eyección láctea y el descanso en las púrpuras fueron regulares. Se observa que no hubo mayores problemas con la demanda por alimento del recién nacido tampoco con la necesidad de utilización de recursos externos como pezoneras, tetinas ni necesidad de complementar con leche de fórmula.

En el gráfico que representa la dimensión lactancia materna medianamente eficaz se observa claramente que los factores que influyeron fueron recién nacido poco reactivos, escasa secreción de calostro a las mamas, se complementó con leche de fórmula, necesitaron recursos externos como la pezonera.

En el gráfico de la dimensión lactancia materna ineficaz los indicadores más influyentes fueron que los recién nacidos no se alimentaron con leche materna exclusiva en las primeras horas de vida, tuvieron necesidad de recursos externos como pezoneras y complementaron notablemente con leche de fórmula; en menor influencia fueron la secreción de calostro en las mamas.

B- Categoría de información: Factores biopsicológicos.

Tabla 3

Puerperio según lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Puerperio	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mediato	42	28	31	21	20	13	93	62
Inmediato	32	21	21	14	4	3	57	38
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa del madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.1

Tipo de parto según lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tipo de parto	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea	39	26	38	25	21	14	98	65
Parto vaginal	35	23	14	10	3	2	52	35
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.2

Presencia de episiotomía en el parto normal según lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Con episiotomía	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	18	35	12	23	3	6	33	63
No	17	32	2	4	0	0	19	37
Total	35	67	14	27	3	6	52	100

Fuente: directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.3

Tipo de parto según lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Parto	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eutócico	53	35	42	28	12	8	107	71
Distócico	21	14	10	7	12	8	47	29
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.4

Factores del tipo de parto en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Inducción	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Natural	23	23	7	7	1	1	31	32
Farmacológica	28	28	9	9	4	4	41	42
Instrumental	10	10	10	10	6	6	26	26
Total	61	61	26	26	11	11	98	100

Fuente: Historia clínica, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.5

Cirugía mamaria previa en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Cirugía mamaria	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Implante mamario	5	26	5	26	5	26	15	78
Reductora	0	0	1	5	1	5	2	11
Mastectomía	0	0	0	0	2	11	2	11
Total	5	26	7	31	8	42	19	100

Fuente: H.C, directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.6

Alteraciones mamarias según eficacia de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Alteraciones mamarias	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Pezón umbilicado	1	1	9	7	6	5	16	13
Pezón agrietado	14	11	13	10	5	12	42	33
Retráctil	10	8	8	6	3	2	21	16
Pezón plano	4	3	8	6	4	3	16	13
Edema areolar	15	12	6	5	11	9	32	25
Total	44	35	44	34	29	31	127	100

Fuente: Observación, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.7

Inicio de la lactancia según eficacia de la misma en las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Inicio de la lactancia materna.	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Dentro de las 2 horas	61	41	28	19	2	1	91	61
Entre las dos y 4 horas luego del nacimiento	13	8	24	16	22	15	59	39
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.8

Dolor en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Dolor	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Postural	22	11	17	9	8	4	47	24
Torticolis	2	1	10	5	6	3	18	9

Posturas viciosas	12	6	26	13	7	4	45	23
Dolor en herida quirúrgica	37	19	37	19	12	6	86	44
Total	73	37	90	46	33	17	150	100

Fuente: Directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.9

Succión del recién nacido según eficacia lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Succión	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Disfuncional	6	9	8	12	5	8	19	29
Fuerte	23	35	17	26	6	9	46	71
Total	29	45	25	38	11	17	65	100

Fuente: Observación de enfermería, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 3.10

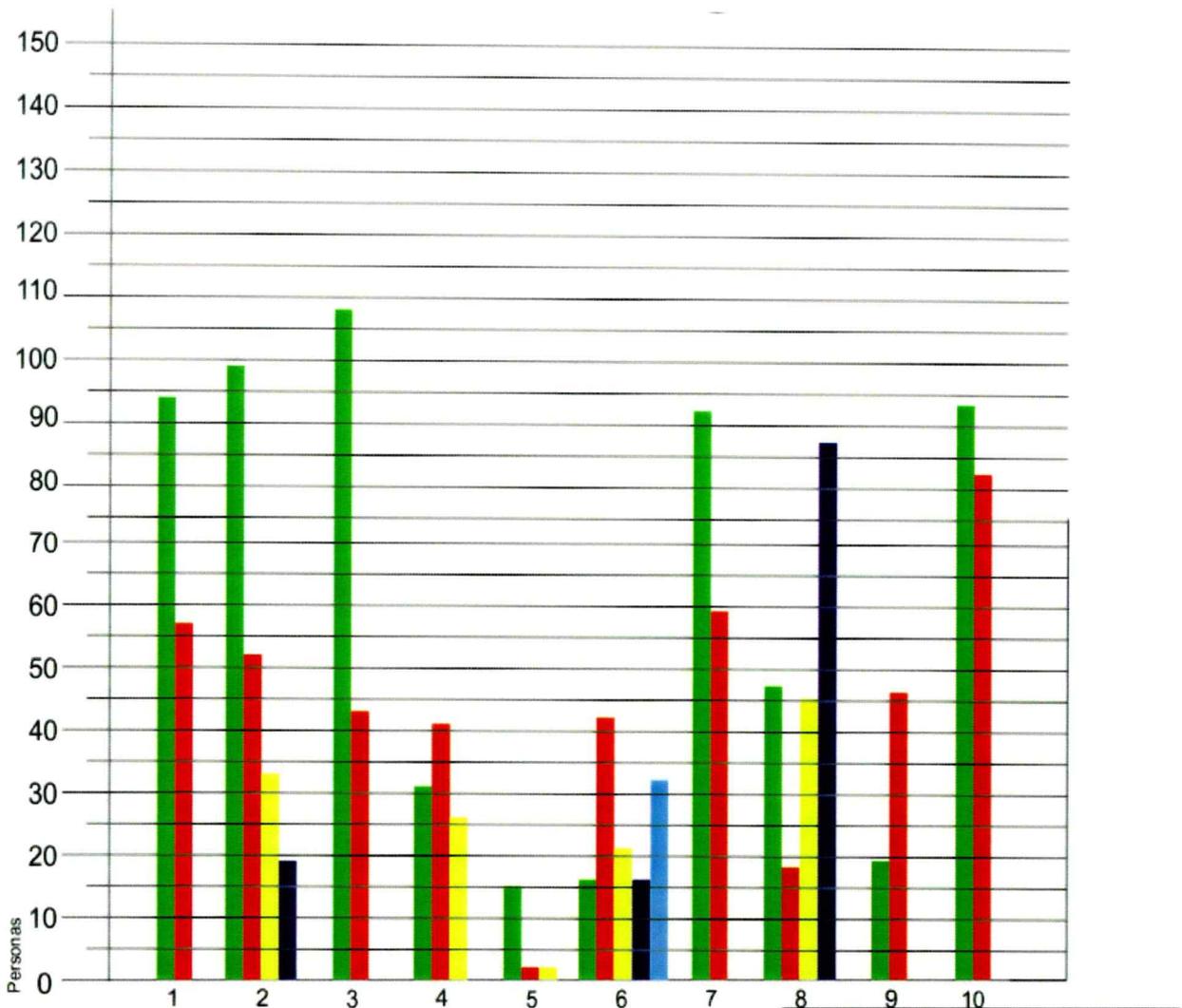
Distensión abdominal materna en relación a la eficacia de lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Abdominal	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Distensión	39	23	36	21	17	10	92	53
Imposibilidad de eliminar gases	35	20	30	17	16	9	81	47
Total	74	43	66	38	33	19	173	100

Fuente: Directa de la madre, observación, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Gráfico 3

Factores biopsicológicos de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

- 1- Puerperio: A) Mediato; B) Inmediato.
- 2- Tipo de parto: A) Cesárea; B) Parto normal; C) Con episiotomía; D) Sin episiotomía.
- 3- Parto: A) Eutócico; B) Distócico.
- 4- Inducción: A) Natural; B) Farmacológica; C) Instrumental.
- 5- Cirugía mamaria: A) Implante mamario; B) Reductora; c) Mastectomía unilateral.
- 6- Alteraciones mamarias: A) Pezón umbilicado; B) Pezón agrietado; c) Pezón retráctil; D) Pezón plano; E) edema areolar.
- 7- Inicio de la lactancia materna: a) Dentro de las dos primeras horas de vida; B) Entre las dos y cuatro horas de vida del recién nacido.
- 8- Dolor: A) Por posturas inadecuadas; B) Torticolis; C) Posturas viciosas; D) En herida quirúrgica.
- 9- Succión: A) Disfuncional; B) Fuerte generadora de tracción en el pezón.
- 10- Distensión: A) abdominal materna; B) imposibilidad materna de eliminar gases

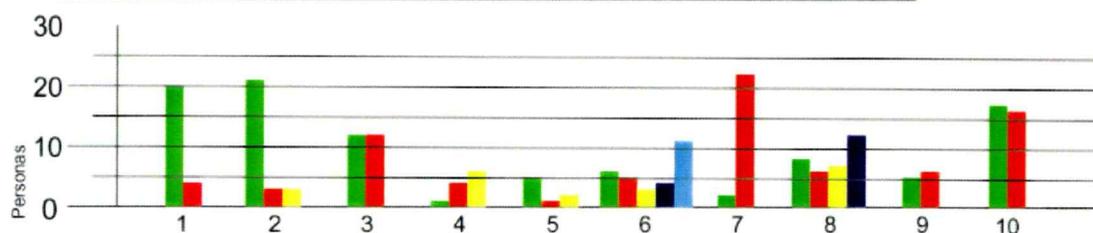


Nota: En el grafico que representa la dimensión “factores biopsicológicos” de la lactancia materna, los datos fueron recolectados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada pregunta tenía más de una opción como repuesta, las mismas se representaron de la siguiente manera, ej: los valores de las columnas representados por colores hacen referencia a las respuestas obtenidas en cada pregunta, para su mejor visualización y grafica se le dio color e incisos A; B; C; D y E respectivamente.

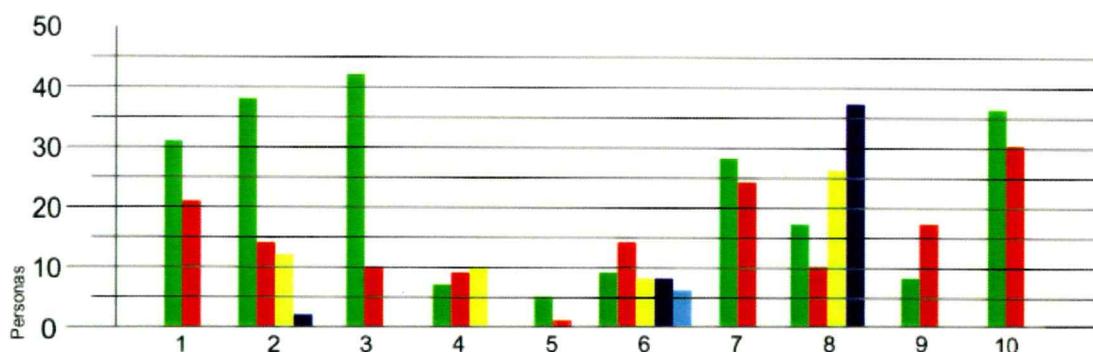
Dentro de los indicadores que sobresalieron de los datos del gráfico de la dimensión factores biopsicológicos, se observan que en la mayoría de las puérperas estudiadas se encuentran cursando el puerperio mediato, el tipo de parto fue cesárea, eutócico (sin alteraciones en su transcurso), la inducción predominante fue la farmacológica, el tipo de cirugía encontrada fue el implante mamario, en las alteraciones mamarias se ve más frecuentemente el edema areolar y los pezones agrietados, se evidencia fuerte tracción del pezón por succión del recién nacido, dolor en la herida quirúrgica y presentaron en su mayoría distensión abdominal, demostrando como estos factores influyen directamente en la lactancia materna.

Gráficos 3

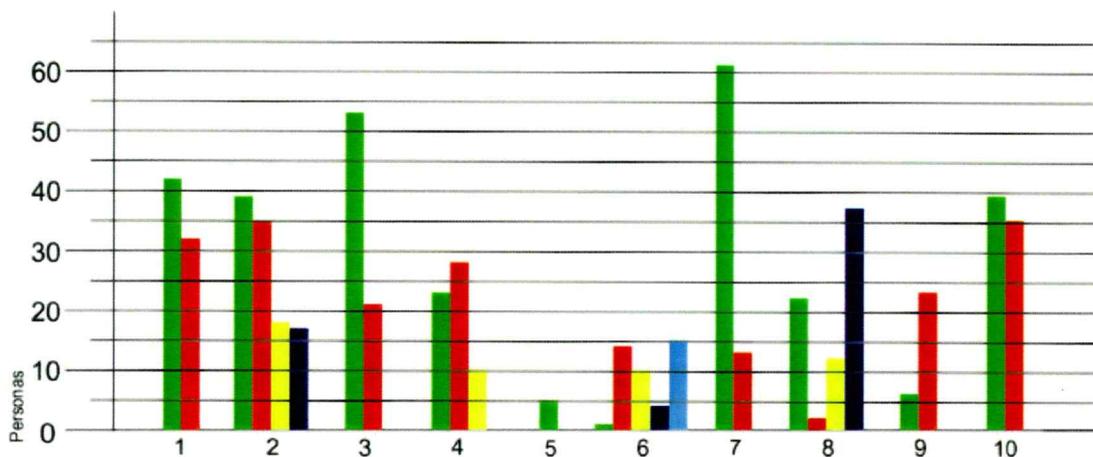
LACTANCIA MATERNA: FACTORES BIOPSIOLÓGICOS: INEFICAZ



LACTANCIA MATERNA: FACTORES BIOPSIOLÓGICOS: MEDIANAMENTE EFICAZ



LACTANCIA MATERNA: FACTORES BIOPSIOLÓGICOS: EFICAZ



Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

- 1- Puerperio: A) Mediato; B) Inmediato.
- 2- Tipo de parto: A) Cesárea; B) Parto normal; C) Con episiotomía; D) Sin episiotomía.
- 3- Parto: A) Eutócico; B) Distócico.
- 4- Inducción: A) Natural; B) Farmacológica; C) Instrumental.
- 5- Cirugía mamaria: A) Implante mamario; B) Reductora; C) Mastectomía unilateral.
- 6- Alteraciones mamarias: A) Pezón umbilicado; B) Pezón agrietado; C) Pezón retráctil; D) Pezón plano; E) edema areolar.
- 7- Inicio de la lactancia materna: A) Dentro de las dos primeras horas de vida; B) Entre las dos y cuatro horas de vida del recién nacido.
- 8- Dolor: A) Por posturas inadecuadas; B) Torticolis; C) Posturas viciosas; D) En herida quirúrgica.
- 9- Succión: A) Disfuncional; B) Fuerte generadora de tracción en el pezón.
- 10- Distensión: A) abdominal materna; B) imposibilidad materna de eliminar gases



Nota: Los datos contenidos en los gráficos de la dimensión “factores biopsicológicos” de la lactancia materna, fueron recolectados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada gráfico representa un nivel de eficacia de la lactancia materna, cada pregunta tenía más de una opción como respuesta, las mismas se representaron de la siguiente manera, ej: los valores de las columnas representados por colores hacen referencia a las respuestas obtenidas en cada pregunta, para su mejor visualización y grafica se le dio color e incisos A; B; C; D y E respectivamente.

VARIABLE BIOPSIKOLÓGICA

En el gráfico que representa la dimensión lactancia materna eficaz los indicadores más sobresalientes fueron que la madre se encontraba dentro de un puerperio mediano, predomina la operación cesárea, no significativamente sobre el parto, su inducción fue natural y la puesta al pecho fue dentro las dos primeras horas de vida del recién nacido, si bien existe el factor dolor ocasionado por posturas inadecuadas o algunas alteraciones mamarias como el edema areolar o el pezón agrietado producto de la succión fuerte generadora de tracción en el pezón entre otros, no fueron impedimentos para lograr la lactancia materna eficaz.

En el gráfico que representa la dimensión lactancia materna medianamente eficaz se deja notar que la mayoría cursaban un puerperio mediano, predomina la cesárea, el inicio de la lactancia materna es dentro de las primeras dos horas, pero existe el factor dolor por posturas inadecuadas, torticolis, en la herida quirúrgica, las alteraciones mamarias como pezón umbilicado, plano, retráctil que han dificultado la lactancia materna exclusiva, teniendo que complementar con leche de fórmula.

En el gráfico que representa la dimensión lactancia materna ineficaz se observa que predomina la operación cesárea y que de los partos todos tuvieron episiotomía, muchas madres tenían implantes mamarios y muchas más de una alteración mamaria, existe un retraso en la puesta al pecho, las madres se encontraban distendidas con imposibilidad de eliminar gases y dolor en la herida quirúrgica lo cual desencadenó en el fracaso de la lactancia materna.

C- Categoría de información: Factores socioculturales.

Tabla 4

Estado civil en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Unión estable	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	63	42	45	30	20	13	128	85
No	11	7	7	5	4	3	22	15
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.1

Ocupación en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Empleada	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	36	16	39	17	12	5	87	38
Temporaria	7	3	12	5	5	2	24	11
En relación de dependencia	36	16	27	12	9	4	72	32
Particular	21	9	15	7	9	4	45	19
Total	100	44	93	41	35	15	228	100

Fuente: Directa de la madre, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.2

Hijos amamantados anteriormente en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Amamanto anteriormente	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	46	31	25	17	14	9	85	57
No	28	18	27	18	10	7	62	43
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.4

Nivel educativo según lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Estudios	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primario completo	74	19	52	13	24	6	150	38
Secundario completo	67	17	48	12	23	6	138	35
Terciario completo	30	8	24	6	9	2	63	16
Universitario completo	18	5	18	5	3	1	39	11
Total	189	48	142	36	59	15	390	100

Fuente: Directa de la madre, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.5

Controles prenatales previos en relación a la lactancia materna las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Controles prenatales previos	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mensuales	24	16	20	13	4	2	48	32
Trimestrales	21	14	20	13	10	7	51	34
Irregular	29	19	12	9	10	7	51	34
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: H.C, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.6

Información previa sobre lactancia según eficacia de la misma de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Información previa.	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siempre	35	23	19	13	5	3	59	39
Alguna vez	39	26	27	22	19	13	91	61
Total	74	49	46	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.7

Edad según lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Edad	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Entre 16 y 21	12	8	4	2	0	0	16	11
De 22 a 30	22	14	31	22	10	7	63	42
De 31 a 35	24	16	9	6	9	6	42	28
De 36 a 40	16	11	8	5	5	3	29	19
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: H.c, directa de la madre, durante el periodo enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.8

Creencias en relación a la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

¿Cree que la lactancia exclusiva es suficiente para amamantar a su hijo?	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	58	39	25	17	7	5	90	60
No	16	10	27	18	17	11	60	40
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 4.9

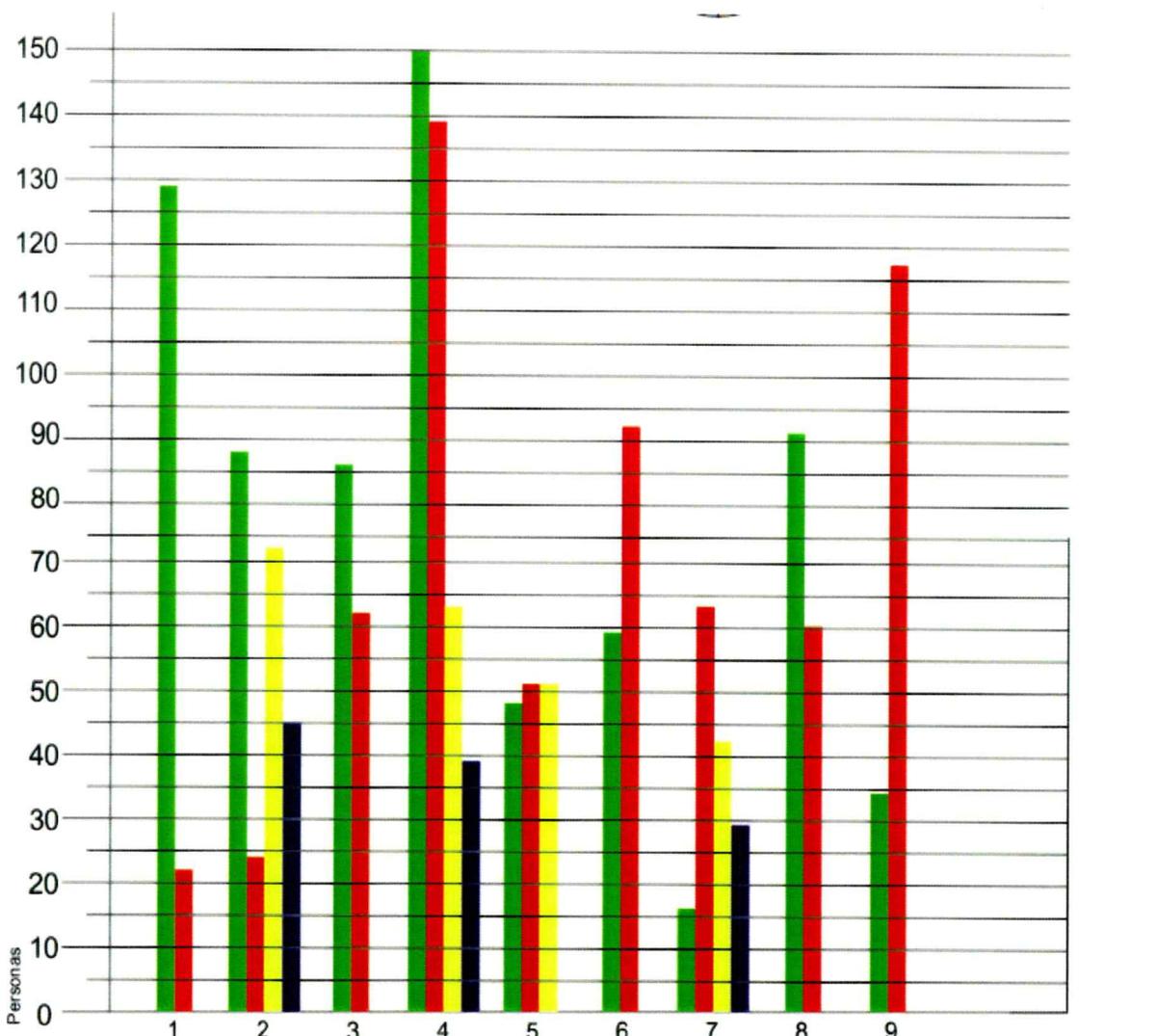
Creencias en relación a la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal?	Lactancia eficaz		Lactancia medianamente eficaz		Lactancia ineficaz		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	18	12	7	5	9	6	34	23
No	56	37	45	30	15	10	116	77
Total	74	49	52	35	24	16	150	100

Fuente: Directa de la madre, observación, durante el periodo de enero a marzo del año 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

Gráfico 4

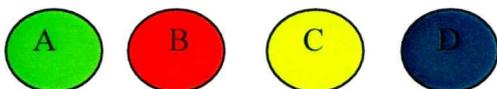
Factores socioculturales de la lactancia materna de las mujeres internadas en la clínica 25 de mayo durante el periodo de enero a marzo del 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

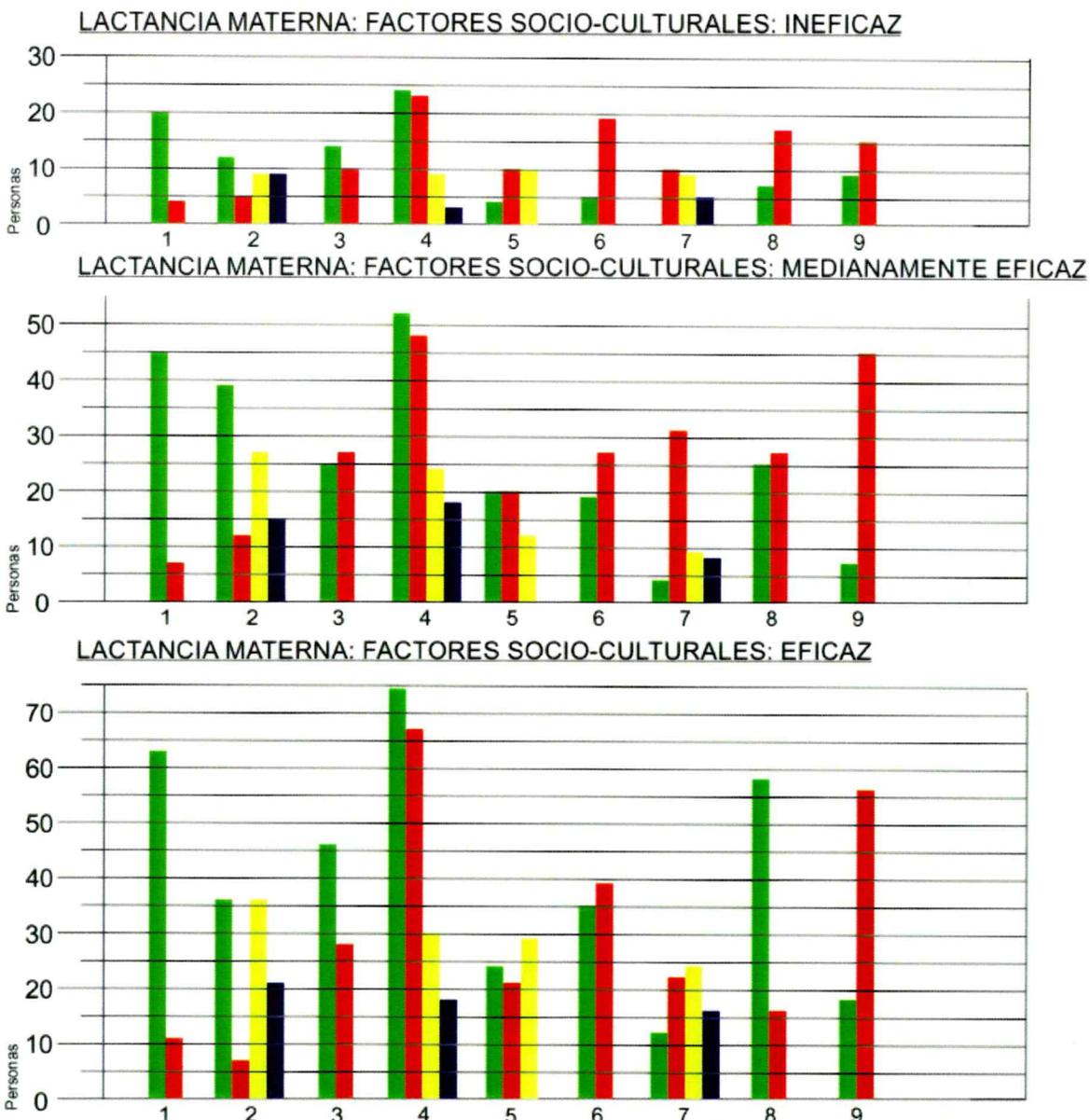
- 1- Unión estable: A) Si; B) No
- 2- Empleada: A) Ama de casa; B) Temporaria; C) Relación de dependencia; D) Particular
- 3- Hijos amamantados anteriormente: A) Si; B) No
- 4- Estudios: A) Primario completo; B) Secundario completo; C) Terciario completo; D) Universitario completo.
- 5- Controles prenatales: A) Mensuales; B) Trimestrales; C) Irregulares.
- 6- Información previa: A) Siempre; B) Alguna vez.
- 7- Edad entre: A) 16 a 21; B) 22 a 30; C) 31 a 35; D) 36 a 40
- 8- ¿Cree usted que la lactancia es suficiente para amamantar a su hijo? A) Si; B) No
- 9- ¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal? A) Si; B) No



Nota: Los datos contenidos en los gráficos de la dimensión “factores socioculturales” de la lactancia materna, fueron recolectados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada grafico representa un nivel de eficacia de la lactancia materna, las preguntas realizadas tenían más de una opción como respuestas, representado en las columnas por colores que hacen referencia a las respuestas obtenidas en cada pregunta, para su mejor visualización y grafica se le dio color e incisos A; B; C y D respectivamente.

En esta variable, el indicador unión estable dio en forma positiva, en un 100 por ciento las madres alcanzo el estudio primario completo, el rango etario predominante es de 22 a 30 años de vida, más del 50 por ciento recibió alguna vez información sobre la lactancia materna y cree que la lactancia es suficiente para amamantar a su bebé.

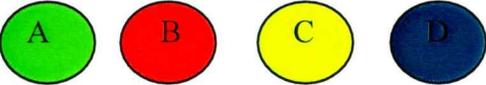
Gráficos 4



Fuente: Elaboración propia, Mar del Plata, enero a marzo del año 2013.

Referencias:

- 1- Unión estable: A) Si; B) No
- 2- Empleada: A) Ama de casa; B) Temporaria; C) Relación de dependencia; D) Particular
- 3- Hijos amamantados anteriormente: A) Si; B) No
- 4- Estudios: A) Primario completo; B) Secundario completo; C) Terciario completo; D) Universitario completo.
- 5- Controles prenatales: A) Mensuales; B) Trimestrales; C) Irregulares.
- 6- Información previa: A) Siempre; B) Alguna vez.
- 7- Edad entre: A) 16 a 21; B) 22 a 30; C) 31 a 35; D) 36 a 40
- 8- ¿Cree usted que la lactancia es suficiente para amamantar a su hijo? A) Si; B) No
- 9- ¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal? A) Si; B) No



Nota: Los datos contenidos en los gráficos de la dimensión “factores socioculturales” de la lactancia materna, fueron recolectados de un total de 150 mujeres internadas en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero a marzo del año 2013, cada grafico representa un nivel de eficacia de la lactancia materna, las preguntas realizadas tenían más de una opción como respuestas, representado en las columnas por colores que hacen referencia a las respuestas obtenidas en cada pregunta, para su mejor visualización y grafica se le dio color e incisos A; B; C y D respectivamente.

VARIABLE SOCIOCULTURAL.

En el grafico que representa la dimensión lactancia materna eficaz los indicadores sobresalientes fueron que la mujer se encontraba en pareja, edad entre 22 y 35 años, con apoyo familiar, tenían empleo, estudios completos, habían realizado los controles prenatales previos y recibido información sobre la lactancia, creían en su capacidad para amamantar, cabe destacar que estas madres han tenido un lactancia previa exitosa y no influye en ellas las creencias de la alteración de la imagen corporal.

En el grafico que representa la dimensión lactancia materna medianamente eficaz se deja notar que las madres se encontraban en pareja, tenían una edad entre 22 y 30 años, la mayoría era ama de casa y no había amamantado previamente, recibieron controles previos, pero no tenían mucha información sobre la lactancia materna, muchas de ellas no creían que su leche pudiera llenar a su bebe, mas allá de esto se pudo amamantar y generar una lactancia medianamente eficaz.

En el grafico que representa la dimensión lactancia materna ineficaz los factores influyentes fueron la irregularidad de los controles, la falta de información previa, la falta de confianza sobre su capacidad para amamantar, muchas mujeres creían que su imagen corporal podía alterarse si daban de mamar estos factores sumado a los biopsicológicos generaron el fracaso de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

La lactancia materna es la forma ideal y natural de amamantar al lactante es fuente de estudio de antaño, es elegida por excelencia debido a sus beneficios indiscutibles. En las instituciones de salud enfermería en el área de Nursery se encuentra en contacto permanente con los nacimientos y pacientes sanos, los cuales tienen que adaptarse a la vida y generar el vínculo materno infantil mediante la lactancia materna, la cual se ve muchas veces imposibilitada por ciertos factores.

El objetivo del presente trabajo fue conocer los factores biopsicológicos y socioculturales que influyen en la lactancia materna en las madres que cursan el período del puerperio y se encuentran internada en el sector de maternidad en la clínica 25 de Mayo en la ciudad de Mar del Plata, de enero a marzo del año 2013.

Al analizar las respuestas de las madres en la entrevista que se utilizó como instrumento para lograr el objetivo de esta investigación, se obtuvo como resultado una lactancia materna eficaz con un valor del 49 % , un 35 % de medianamente eficaz y un 16 % de una lactancia ineficaz.

Durante los tres meses que duró la investigación las madres en su mayoría pudieron amamantar eficazmente, se logró conocer factores biológicos que tuvieron alto grado de influencia positiva como poner al bebé inmediatamente al pecho antes de las dos primeras horas de vida, otros indicadores sobresalientes fue la presencia de calostro en las mamas a pesar de que en algunos casos se complementó con leche de fórmula, los recién nacidos se mostraron reactivos, predominando la cesárea como tipo de parto. También se logró conocer e identificar en la variable sociocultural varios indicadores como la escolaridad básica que arrojó un valor del 100 % de las madres, con un rango etáreo que va de 22 a 30 años en su mayoría, más del 50 % recibió alguna vez información sobre lactancia materna y cree que es suficiente para alimentar a su bebé. En la dimensión estado civil predominó el indicador unión estable.

Compartiendo la idea con la teórica sor Callista Roy en su modelo de enfermería, el hombre es un ser biopsicosocial en relación con el entorno que considera cambiante; es un complejo sistema biológico por este motivo hay que valorar al paciente en cada etapa de cambio de dicho ciclo vital para lograr una adaptación adecuada del individuo. En este trabajo se describen los factores ya nombrados que pueden interferir con la lactancia, elegimos la variable biológica en la dimensión puerperio y nos arrojó como resultado que el 65% del total de la muestra comenzó con la lactancia en el puerperio inmediato mientras

que un 38% lo realizó en el puerperio mediato, o sea después de las primeras dos horas de vida, siendo este un indicador sobresaliente que nos demostró una adecuada adaptación de la díada madre-hijo, los cuales pudieron conectarse eficazmente a través del amamantamiento.

En coincidencia con Helsing E. Savage que hace referencia a que la demora en la decisión de la primera tetada influye negativamente en la duración de la misma, en el presente trabajo no se pudo comprobar la duración pero si en la dimensión inicio de la lactancia materna se puede apreciar que un 61% del total que comenzó antes de las dos primeras horas de vida y teniendo más éxito que el 39% de las puérperas que lo hicieron después.

En el marco teórico se plantea que en el caso de no lograr prender al neonato al pecho por diferentes motivos, éste es alimentado de modo artificial hasta las primeras 24 horas o hasta que logre adaptarse al pecho materno sin necesidad de impedir que se logre una lactancia eficaz, en estos casos la enfermera debe preparar e incentivar a la madre para la lactancia explicando que un biberón no es impedimento para la misma y que ella puede superar determinados obstáculos cumpliendo tal fin.

Esto se describe en la variable eficacia de la lactancia materna en el indicador de no requerimiento de complemento de leche de fórmula que el 44% no necesitó complementar, el 30% tomo pecho y biberón y un 26 % tomo sólo complemento, esto nos puede mostrar que no es un impedimento total el uso de biberón para lograr amamantar.

Según refiere la autora Helsing. E .luego de ser practicada una operación cesárea la mujer necesita mayor tiempo de recuperación, aquí se ven agravados el factor dolor, retraso en la bajada de la leche por el ayuno y uso de medicamentos anestésicos y analgésicos, sin embargo, esto no fue un obstáculo para que las madres logren amamantar, del 100 % de las madres estudiadas 65 % tuvieron cesárea de las cuales el 26% la lactancia materna fue eficaz, el 25 % presentaron una lactancia medianamente eficaz y solo un 14 % la lactancia fue ineficaz.

Concluyendo podríamos decir que existen ciertos factores biopsicológicos y socioculturales que influyen con mayor o menor intensidad sobre una lactancia materna eficaz.

Algunas cuestiones podrían ser trabajadas como futuras investigaciones como por ejemplo la intervención de enfermería sobre los factores que influyen en la lactancia, ya que la enfermería es responsable de ayudar a las madres a adaptarse a cada uno de los cambios del ciclo vital y no todos los integrantes del equipo de salud se acercan a para

enseñar a amamantar y les realizan el examen físico por esto las enfermeras y enfermeros que trabajan en las áreas de Nursery y obstetricia deben tener conocimientos suficientes para poder accionar detectando y ejecutando profesionalmente cuidados específicos, en esta etapa tan importante y única como es la alimentación inicial de un ser humano.

AN EXOS

REALIZACION DE ENTREVISTAS:

ENTREVISTAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

IDENTIFICACIÓN:

Nombre/s y apellido/s (Solo iniciales).....

Eficacia de la lactancia materna:

Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Secreción de calostro en las mamas. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Eyección láctea. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Succión activa del recién nacido. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Recién nacido reactivo. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Periodo de descanso presentes en la madre y recién nacido. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebé al pecho. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento. 0 ___ 1 ___ 2 ___

No requiere suplementos alimentarios con leche de formula. 0 ___ 1 ___ 2 ___

No necesita recursos externos como la pezonera. 0 ___ 1 ___ 2 ___

Factores biopsicológicos:

Puerperio: Puerperio inmediato... Si..... No..... Mediato Si..... No.....

Tipo de parto: Cesárea. Si..... No..... Parto vaginal. Si..... No.....

Inducción natural. Si..... No..... Inducción farmacológica. Si..... No.....

Instrumental. Si..... No.....

Eutócico. Si..... No..... Distócico. Si..... No.....

Con episiotomía Si..... No.....

Cirugía mamaria previa: Si..... No.....

Tipo: Implante mamario Si..... No..... Reductora Si..... No.....

Mastectomía unilateral. Si..... No.....

Alteraciones mamarias: Si..... No.....

Tipo: Pezones umbilicados. Si..... No..... Agrietados. Si..... No.....

Retractiles. Si..... No..... Planos. Si..... No..... Edema areolar Si..... No.....

Inicio de la lactancia materna:

Dentro de las primeras 2 horas de vida. Si..... No.....

Entre las 2 y 4 horas luego del nacimiento. Si..... No.....

Dolor:

Postura inadecuada durante el amamantamiento. Si..... No.....

Presencia de torticolis o alguna lesión producida por algunas maniobras en el momento del parto Si.....No.....

Postura viciosa Si.....No.....

Succión disfuncional del bebé Si.....No.....

Succión fuerte generadora de tracción exagerada del pezón Si.....No.....

Distensión abdominal materna. Si..... No.....

Imposibilidad materna de eliminar gases. Si..... No.....

Dolor en herida quirúrgica. Si..... No.....

Estado civil: Unión estable. Si..... No.....

Ocupación: Ama de casa. Si..... No..... Temporal. Si..... No.....

Relación de dependencia. Si..... No..... Particular. Si..... No.....

Hijos amamantados anteriormente Si.....No.....

Nivel educativo:

Primario completo Si.....No..... Secundario completo Si.....No.....

Terciario completo. Si..... No..... Universitario completo. Si..... No.....

Analfabeto Si.....No.....

Controles prenatales:

Sin control Si.....No.....Mensuales Si.....No.....Trimestrales Si.....No.....

Irregular. Si..... No.....

Recibió orientación en el embarazo sobre la lactancia materna. Si..... No.....

Siempre..... Alguna vez. Nunca.....

Edad: De 16 a 21.....De 22 a 30.....De 31 a 35.....De 36 a 40.....

¿Cree que la lactancia exclusiva es suficiente para amantar a su hijo? Si..... No.....

¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal? Si.....No.....

Las encuestas y la observación son métodos y procedimientos utilizados para identificar problemas y/o necesidades maternas infantiles durante la lactancia en el puerperio mediato e inmediato.

Resultado de las entrevistas:

Categoría de información: Eficacia de la lactancia materna

Indicador	Leche materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	32	47	71

Indicador	Secreción de calostro en las mamas.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	16	62	72
Indicador	Eyección láctea.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	23	76	51

Indicador	Succión activa del recién nacido.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	5	51	94

Indicador	Recién nacido reactivo.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	11	41	98

Indicador	Período de descanso presentes en la madre y el recién nacido.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	13	82	55

Indicador	Correcta adhesión o acoplamiento de la boca del bebe al pecho de la madre.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	8	56	86

Indicador	Demanda frecuente del recién nacido por el amamantamiento.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	16	58	76

Indicador	No requiere suplementos con leche de formula.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	47	37	66

Indicador	No necesita recursos externos ej: Pezonera.		
Valor de referencia	0	1	2
Total de respuestas	33	12	105

Categoría de información: Factores biopsicológicos.

Dimensiones: Puerperio

Indicador	Mediato.	
Valor de referencia	Si	No

Total de respuestas	93	57
---------------------	----	----

Indicador	Inmediato.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	57	93

Dimensión: Tipo de parto:

Indicador	Cesárea.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	98	52

Indicador	Parto vaginal.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	52	98

Indicador	Eutócico.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	107	43

Indicador	Distócico.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	43	107

Indicador	Con episiotomía.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	33	19

Indicador	Inducción natural.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	31	119

Indicador	Inducción farmacológica.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	41	109

Indicador	Instrumental.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	26	124

Dimensión: Cirugía mamaria previa:

Indicador	Implantes mamario.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	15	135

Indicador	Cirugía reductora.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	2	148

Indicador	Mastectomía unilateral.	
-----------	-------------------------	--

Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	2	148

Dimensión: Alteraciones mamarias

Indicador	Pezones umbilicados.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	16	134

Indicador	Pezones agrietados.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	42	108
Indicador	Pezones retractiles.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	21	129

Indicador	Pezones planos.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	16	134

Indicador	Edema areolar.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	32	118

Dimensión: Inicio de la lactancia materna.

Indicador	Dentro de las primeras 2 horas de vida,	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	91	59

Indicador	Entre las 2 y 4 horas luego del nacimiento	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	59	91

Dimensión: Dolor.

Indicador	Por posturas inadecuadas:	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	47	103

Indicador	Presencia de tortícolis o alguna lesión producida por maniobras durante el momento del parto.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	18	132

Indicador	Posturas viciosas.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	45	105

Indicador	Dolor en herida quirúrgica.	
Valor de referencia	Si	No

Total de respuestas	86	64
---------------------	----	----

Succión adecuada:

Indicador	Succión disfuncional del recién nacido.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	19	131

Indicador	Succión fuerte generadora de tracción exagerada del pezón.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	46	104

Indicador	Presencia de distensión abdominal materna.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	92	58

Indicador	Imposibilidad materna de eliminar gases.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	81	69

Factores socioculturales:

Dimensión: Estado civil:

Indicador	Unión estable.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	128	22

Dimensión: Empleada

Indicador	Ama de casa.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	87	63

Indicador	Temporaria.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	24	126

Indicador	En relación de dependencia.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	72	78

Indicador	Particular.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	45	105

Dimensión: Hijos amamantados anteriormente.

Indicador	Hijos amamantados anteriormente.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	85	65

Dimensión: Estudios previos.

Indicador	Primario completo.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	150	-

Indicador	Secundario completo	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	138	12

Indicador	Terciario completo	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	63	87

Indicador	Universitario completo.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	39	111

Dimensión: Controles previos.

Indicador	Mensual.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	48	102

Indicador	Por trimestre.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	51	99

Indicador	Irregular.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	51	99

Dimensión: Recibió información sobre lactancia materna.

Indicador	Siempre.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	59	91

Indicador	Alguna vez.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	91	59

Dimensión: Edad en años.

Indicador	De 16 a 21	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	16	134

Indicador	De 22 a 30	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	63	87

Indicador	De 31 a 35	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	42	108

Indicador	De 36 a 40.	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	29	121

Dimensión: Creencias.

Indicador	¿Cree usted que la lactancia exclusiva es suficiente para alimentar a su hijo?	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	90	60

Indicador	¿Cree usted que la lactancia puede alterar su imagen corporal?	
Valor de referencia	Si	No
Total de respuestas	34	116

Tabla 1⁴³ (ANEXO N° 1)

Nivel de alerta	Capacidad de despertar	Respuesta motora	
		Cantidad	Calidad
Normal	Fácil	Normal	Nivel superior *
Letárgica	Ligeramente disminuido	Disminuida	Nivel superior*
Estupor • Moderado • Grave	Moderadamente disminuido	Disminuido	Nivel superior*
	Ausente	Muy disminuido	Nivel superior*
Coma	Ausente	Ausente o muy disminuido	Nivel inferior**

ANATOMO FISIOLOGIA DE LAS MAMAS (ANEXO N° 2)

ANATOMÍA DE LAS MAMAS

En la mujer pasan por diferentes estadios de desarrollo según la edad. Hasta antes de la pubertad están poco desarrolladas; a partir de aquí muestran un considerable desarrollo,

⁴³ Acerbo F (2009) *Op Cit.*, p. 24

* Movimientos modulados por la corteza cerebral(alternantes, fluidos y no estereotipados)

** Con ausencia de modulación o actividad inhibitora cortical (estereotipados, bruscos y sin acostumbramientos)

alcanzando estructura compleja. Cada mama tiene unos quince sistemas de conductos que, a partir del pezón, se ramifican hacia atrás terminando en unos saquitos llamados alveolos productores de leche, hay aproximadamente unos 50.000 en cada mama, el máximo desarrollo llega con el embarazo y especialmente con la lactancia, en este momento cada alveolo y su conducto de salida que se encuentra rodeado por células capaces de contraerse llamadas mioepiteliales, hacen que la leche sea expulsada hacia los colectores⁴⁴. Las mamas se localizan en la parte anterior del tórax, pueden extenderse por su cara lateral. Sus formas varían según las características personales, raciales, edad y paridad. Hemisféricas o cónicas, prominentes o aplanadas. La mayor parte de ellas está ocupada por tejido adiposo, del que dependen su forma y consistencia. Aumentan de volumen en el embarazo y lactancia por crecimiento tejido glándula. La cara profunda de las mamas es cóncava, en relación con el pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen, separada de ellos por la aponeurosis profunda. Entre cada mama y su aponeurosis se encuentra un tejido areolar laxo ("espacio retro mamario o sub mamario") que le permite cierta movilidad de la mama sobre la aponeurosis. La cara superficial está cubierta por la piel y, casi en su centro, el pezón, a la altura del 4º espacio intercostal en la nulípara, con su base rodeada por la areola, de color rosado o café claro, que contiene glándulas sebáceas entre las que sobresalen algunas levantando la piel ("glándulas o corpúsculos de Montgomery") y tienen estructura histológica similar a la a la mama y hasta pueden ser funcionantes durante la lactancia. En el pezón desembocan 15 a 20 conductos galactóforos. El pezón contiene fibras musculares lisas, la mayoría circulares, que se contraen al estimularlas mecánicamente, originando su erección

FISIOLOGIA DE LA MAMA

Mamogénesis: (crecimiento mamario) Los estrógenos, los glucocorticoides y la somatotrofina hipofisaria estimulan el crecimiento de los conductos, sumándose la PRL y la progesterona para el crecimiento de los acinos. Los estrógenos y la progesterona son responsables del tamaño, forma, consistencia, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar en la adolescencia, pudiendo participar también: la insulina, la somatotrofina, el cortisol, la TSH y la paratohormona. El tejido adiposo puede contribuir al desarrollo mamario al ser un importante depósito de estrógenos y contener receptores para ellos.⁴⁵

Modificaciones gestacionales: El mecanismo endocrino que regula la secreción de leche humana no está totalmente aclarado. Se considera que las modificaciones ocurren

⁴⁴ Becar, V (1995) *Op. Cit.*, p. 7

⁴⁵ Becar, V, *Ibíd.*

por la interacción de: estrógenos, progesterona, lactógeno placentario, gonadotrofinas, corticoides adrenales y placentarios, tiroxina, paratohormona, PRL y quizás somatotrofina hipofisaria. El crecimiento mamario gestacional se caracteriza por proliferación de elementos epiteliales, del sistema de conductos y acinos, alto grado de actividad mitótica y formación de nuevos alvéolos. Entre 5ª y 8ª semanas se evidencia franco aumento de volumen mamario, dilatación venosa superficial, hiperpigmentación areolar y del pezón. El flujo sanguíneo aumenta al final del primer trimestre por dilatación vascular y neo formación capilar perilobulillar. Luego de las 20 semanas la proliferación epitelial alveolar cesa, comenzando la actividad secretora, incrementada hasta el final del embarazo. Existen microvellosidades secretoras en el polo libre del epitelio alveolar. Se forma una red mioepitelial alrededor del acino. Al final del embarazo los alvéolos contienen una sustancia compuesta por leucocitos y células epiteliales descamadas pero no lípidos ni proteínas aunque en el interior de las células alveolares existen gotas de lípidos al término. El continuo crecimiento mamario en la 2ª mitad de la gestación se debe a la dilatación alveolar por acúmulo de calostro y mayor vascularización. Al final el estroma disminuye, persistiendo tabiques conectivos separando los lóbulos glandulares bien desarrollados y con calostro. Modificaciones puerperales: en las 72 horas siguientes al parto las mamas se ingurgitan, se ponen tensas, aumentan de volumen, se vuelven más sensibles, aumenta la pigmentación areolar y del pezón y secretan calostro primero y luego leche. El epitelio alveolar aumenta de altura, las células aumentan de tamaño y el número de sus microvellosidades apicales, desarrollan aparato de Golgi, se cierran los espacios intercelulares y aumentan en cantidad alvéolos y conductillos. Al acumularse la secreción alveolar el epitelio se aplana y si no hay evacuación aparecen fenómenos necróticos.⁴⁶

SECRECIÓN DE LECHE (ANEXO N° 3)

El momento del puerperio en que la glándula inicia su producción copiosa a los 3 a 4 días posparto. Normalmente la mujer sólo produce secreción láctea en el puerperio.

Es el inicio de la secreción de leche. El mecanismo fisiológico que establece la lactancia posparto en la mujer, no está claro. Es necesario un adecuado proceso de mamogénesis gestacional y post gestacional. Parece ser necesaria la PRL hipofisaria (de las células lactotropas) para establecer la lactancia. Glucocorticoides, insulina, tiroxina y quizás somatotrofina hipofisaria, tienen participación en la lactogénesis. La insulina y tiroxina jugando un rol permisivo del proceso más que efecto específico. La tiroxina incrementa la

⁴⁶ Becar, V, *Ibíd.*

secreción de lacto albúmina. Estrógenos y progesterona son sinérgicos con la PRL en la mamogénesis pero inhiben la lactogénesis. El mecanismo por el que los estrógenos inhiben la lactogénesis, no está claro. Ellos disminuyen la cantidad de PRL incorporada a la célula alveolar e inhiben el aumento de receptores de PRL que ocurre normalmente en la lactancia.

El mecanismo inhibitorio de la progesterona sobre la lactogénesis se conoce mejor. Ella inhibe la síntesis de α -lacto albúmina inducida por la PRL y también la síntesis y secreción del azúcar de leche. Por ello la desaparición de la progesterona placentaria es fundamental para la lactogénesis. En la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria. La progesterona no inhibe la lactancia cuando ésta ya se ha establecido.

Al final de la gestación los niveles de PRL alcanzan los 150 a 200 mg/ml, con acción bloqueada por los altos niveles de esteroides placentarios, especialmente progesterona. El alumbramiento desbloquea este mecanismo. Aunque descienden los niveles de PRL luego del parto, se mantienen mucho más altos en las que amamanta que en la no puerpera. Además, la succión del pezón, incrementa en forma importante la PRL plasmática.

La secreción de PRL es habitualmente bloqueada por el hipotálamo, a través del PIF (factor inhibido de prolactina), identificado con la dopamina producida en las neuronas túbero-infundibulares del hipotálamo. Drogas como la reserpina, sulpiride, fenotiazina, metoclopramida, que bloquean la acción de la dopamina o su síntesis, aumentan la PRL. Al contrario, la administración de dopamina o drogas dopaminérgicas como la bromocriptina, disminuyen la PRL e inhiben la secreción láctea. Se identificó otro factor hipotalámico, el PRF (factor liberador de PRL), identificado como TRH (hormona liberadora de tirotrófina) que es un importante liberador de PRL por estímulo de las células lactotropas de la hipófisis anterior.

Galactopoyesis: proceso de mantenimiento de la lactancia una vez establecida.

Reflejo liberador de PRL: la estimulación del pezón y aréola por la succión, por vía refleja neurohormonal, inhibe la secreción de dopamina (PIF) y la liberación de PRL hipofisaria.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA (ANEXO N° 4)

Nutrición óptima: Ningún sustituto tiene igual aporte nutritivo en calidad, cantidad y proporciones de sus componentes con la misma biodisponibilidad para el crecimiento y desarrollo, con menor riesgo de desnutrición infantil. Previene la anemia y las micro

hemorragias intestinales, observables con la leche vacuna, además de que no puede diluirse y es siempre fresca.

Protección de la salud del niño: Menor riesgo de mortalidad por infecciones y menor incidencia y severidad de ellas, especialmente la diarrea por mala higiene del biberón. Es menor la incidencia de: infecciones respiratorias, alergias, diabetes juvenil, linfomas.

Protección de la salud materna: Adecuada retracción uterina disminuyendo la metrorragia. Mejora eficiencia metabólica con óptima utilización de nutrientes. Menor riesgo de cáncer ovárico y mamario con largos amamantamientos. Mejor relación madre – hijo: Satisfacción del rol de madre retroalimentando positivamente la relación madre – hijo, con mayor afecto y cariño. Favorecimiento del desarrollo psicosocial del niño por contacto piel a piel con su madre al mamar.

Espaciamiento de los embarazos: La amenorrea de la lactancia exclusiva ofrece protección más efectiva que cualquier anticonceptivo en el primer semestre de puerperio.

Ahorro de recursos: Al estado y a la familia al disminuir la compra de leche vacuna procesada y especialmente las fórmulas lácteas maternizadas, por lo general importados en los países en desarrollo. Aportar alimentación adecuada a la madre que lacta, para mejor producción de leche, es más económico que alimentar artificialmente al lactante.

TÉCNICAS PARA AMAMANTAR

La primera mamada (ANEXO N° 5)

Si usted y su bebé están bien, lo ideal es prenderlo al pecho inmediatamente después del parto. Si tuvo cesárea con anestesia general, el bebé esperará hasta que usted se despierte. El bebé tiene reservas suficientes para esperar a su mamá.

Estimule su pezón rotando los dedos en su base, como dando cuerda a un reloj, hasta que se ponga erecto y sea más fácil para el bebé tomarlo. Si desea comprobar la presencia de calostro, dar un masaje previo en ambos pechos, colocar dedo pulgar y índice sobre la areola, pinzar y ejercer fuerza sobre los conductos lactíferos y luego soltar, repetir dos o tres veces hasta observar la secreción láctea.

Toque con el pezón los labios del bebé, para que él lo busque y abra la boca.

Cuando el bebé busque con la boca bien abierta, levante su mama con la mano e introduzca el pezón y parte de la areola (el área oscura alrededor del pezón) en su boca. Controle que el bebé tenga el labio inferior hacia afuera.

Asegúrese de que el bebé tome en su boca la totalidad del pezón y una buena parte de la areola. La posición de la boca del bebé es lo más importante para evitar irritación y grietas en el pezón.

Permita que el bebé mame en un pecho hasta quedar satisfecho. Limitar el tiempo que pasa el bebé prendido al primer pecho ofrecido puede impedir que el bebé acceda a la "leche gorda" que se produce al final de la mamada. Cuando el bebé suelte el primer pecho, hágale hacer "provechito", cámbielo si fuera necesario (muchos bebés recién nacidos mueven el vientre a cada mamada) y ofrézcale el otro pecho. Si el bebé lo toma, permítale mamar hasta que nuevamente se dé por satisfecho. Si no lo toma, o mama poco tiempo, ofrézcale primero ese pecho a la próxima mamada.⁴⁷

Si por alguna razón necesitara finalizar la mamada, interrumpa la succión para separarlo del pecho. No lo separe sin interrumpir la succión, ya que puede lastimar el tejido de la mama y los pezones.

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: el vientre y la cara del bebé están enfrentados a mamá. Con los cambios de posición, el bebé comprime distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando el dolor y las grietas del pezón, retención de leche, taponamiento de conductos y mastitis. Se recomienda usar todas las posiciones, de día y de noche.

Amamante en lugar y posición que le permita estar bien física y anímicamente. Piense que es el momento de darle nuevamente vida, amor y confort. Háblele, él la entiende. Acarícielo, a él le gusta. Lo está estimulando, le está estimulando su inteligencia. Si el bebé es pequeño, coloque un almohadón sobre la falda y el bebé arriba para su mayor comodidad.

El ritmo de las mamadas varía según la edad del bebé. Adaptarse y aceptar el ritmo de su bebé es el paso fundamental para disfrutar la lactancia.

En el recién nacido, recordemos que en el útero el bebé recibió contacto, movimiento y alimentación permanente, es necesario tratar de ofrecerle las mismas condiciones tenerlo en contacto apenas nace, tenerlo al lado todo el tiempo posible, ofrecerle el pecho todas las veces que se muestre inquieto o lllore.

Déjelo succionar y obsérvelo, tendrá un ritmo sostenido por unos minutos, hará una pausa y luego retomará el ritmo. Cuando la pausa se alargue, levante el mentón con un dedo.

El recién nacido amamantado a demanda puede hacerlo entre ocho y catorce veces al día. El número de mamadas disminuye a medida que el niño crece. El verdadero ritmo lo acordarán su bebé y usted, llevada por su instinto materno. El principal factor que dificulta una buena lactancia materna es una mala técnica de amamantamiento.

Una buena técnica de amamantamiento se basa en cuatro principios:

POSICIÓN COMODA DE LA MADRE. (ANEXO N° 6) Debe estar tranquila y cómodamente sentada en su cama o en un asiento colocando al bebe en forma horizontal a ella con su cabeza reposando en el pliegue anterior del codo del brazo respectivo. Este brazo debe sujetar al niño por su espalda hasta que la mano tome los pliegues glúteos. De esta manera se logra acercar al niño empleando el brazo, evitando que la mamá se agache y a la larga tenga dolores de espalda.

ADECUADO ACERCAMIENTO BOCA PEZÓN. (ANEXO N° 7) Para invitar al niño a tomar se debe rozar su labio inferior con el pezón. La boca del niño debe coger no sólo el pezón sino toda la areola mamaria (ver figura inferior). Para ello debemos emplear el pulgar y el índice de la otra mano. Ellos tomaran la mama por lo menos 3 cm. por encima y por debajo de la areola mamaria con el fin de ayudar a exprimir ("ordeñar") la mama. Ya no se emplea la antigua técnica de la tijera (coger areola mamaria entre dedos índice y medio) que buscaba permitir que la nariz del bebe quedara libre para respirar. El niño espontáneamente se las arregla para respirar por la nariz mientras succiona.

DOLOR (ANEXO N° 8) El dolor puede afectar la producción de la glándula mamaria debido a ejercer una acción inhibitoria a nivel de la hipófisis que es la zona del encéfalo donde se producen las hormonas anteriormente mencionadas. Esto es conocido en los casos de madres que tienen cuadros infecciosos severos o partos abdominales complicados y que no logran satisfacer a sus recién nacidos durante el puerperio.

DEPRESION Y ESTRÉS (ANEXO N° 9) Otros factores negativos son el estrés de cualquier índole, la depresión. Tanto el dolor como el miedo a través de la estimulación del sistema nervioso autónomo simpático inhiben la producción de oxitocina. Asimismo, la falta de vaciamiento de los pechos por la presencia de un bebe muy somnoliento o débil puede inhibir la producción de leche.

Disminuye el riesgo materno de sufrir de cáncer de mama, ovarios y de osteoporosis senil.

Debido a las "amanecidas" y "malas noches" de los primeros dos meses la lactancia materna exclusiva evita el sobrepeso que tiende a tener la madre después de cada embarazo.

HORMONAS (ANEXO N° 10)

La oxitocina es la hormona galacto-quinética más potente, estímulo fisiológico que evacua la leche en el amamantamiento. También la vasopresina estimula la contracción de las células mioepiteliales de la mama, con intensidad mucho menor. Reflejo eyecto

lácteo: reflejo neuroendocrino para evacuar la glándula mamaria. Se inicia en receptores sensitivos y táctiles del pezón y areola y, por los nervios sensitivos del 4º, 5º y 6º par torácico, ingresa a los cordones posteriores medulares, conectándose con las neuronas hipotalámicas productoras de oxitocina, localizadas principalmente en los núcleos supra ópticos y para ventriculares. El stress puede inhibir el reflejo eyecto lácteo quizás por medio de la epinefrina, actuando sobre la célula mioepitelial, y por la norepinefrina actuando a nivel de hipotálamo-hipófisis. La morfina y análogos también bloquea este reflejo. El reflejo eyecto lácteo puede llegar a ser un reflejo condicionado que se desencadena con el llanto e incluso la sola presencia del niño. La descarga de oxitocina, por medio de la succión, producirá contracciones miométriales útiles para mantener las ligaduras vivientes y colaborar con la involución uterina. La respuesta contráctil uterina a la estimulación del pezón y de la areola se utiliza en último trimestre de gestación como prueba de tolerancia a las contracciones inducidas, para valorare salud fetal.

Amamantamiento: Es la obtención de leche directamente de la glándula mamaria, por parte del lactante. El reflejo eyecto lácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos y desde allí es removida por la succión del lactante. En el lactante, los labios, los maxilares, las encías, la lengua, los cachetes grasos de las mejillas, el paladar duro y blando y la epiglotis, constituyen una estructura anatómico-funcional adaptada para el amantamiento. Requiere la completa introducción del pezón y areola dentro de la boca del lactante, hasta que la punta del pezón alcance el paladar blando. Para ello utilizar el "reflejo de búsqueda" desencadenado por estímulo del labio inferior del niño, que produce la apertura de su boca y colocar la lengua aplanada en su piso. Con areola y pezón ya introducidos en la boca, la lengua desplazada hacia delante sobrepasando la encía, comprime con ella la areola contra el paladar duro, con movimientos ondulantes (1 o más por segundo, según el flujo de leche obtenido) la exprime extrayendo y deglutiendo la leche. Recién introducidos areola y pezón, se desencadenan alta frecuencia de estos movimientos, como estímulo fisiológico para eyección de leche. El lactante no ejerce presión negativa con boca ni faringe más que para introducir areola y pezón en la boca y mantenerlos allí, por lo que no succiona leche desde la glándula mamaria.

Tipos de leche: Pre calostro: durante la gestación existe una secreción mamaria llamada "pre calostro" en la luz de los alvéolos, compuesto por exudado de plasma, sodio, cloro, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y pequeña cantidad de lactosa.

Calostro: en los primeros 4 días posparto se produce el "calostro", un fluido amarillento y espeso, compuesto por pre calostro que se mezcla con la leche que comienza a producirse. Su volumen alcanza unos 2 a 20 ml por mamada en los primeros 3 días postparto, suficiente para satisfacer las necesidades del R.N. Produce unas 54 Kcal /100 ml, contiene 2,9 g / 100 ml de grasa, 5,7 g / 100 ml de lactosa y 2,3 g / 100 ml de proteínas (3 veces más proteínas que la leche madura). Se destaca su alta concentración en IgA y lactoferrina junto a su contenido en linfocitos y macrófagos (100.000 / mm³), lo que le confiere una acción protectora al R.N. frente a los gérmenes, ya que las células no son destruidas en el aparato digestivo del lactante entre las vitaminas liposolubles de alta concentración en el calostro, destaca el b-caroteno (responsable del color amarillento).⁴⁸

FARMACOS DURANTE LA LACTANCIA (ANEXO N° 11)

Se debe tener en cuenta que fármacos pueden ser utilizados durante la lactancia dependiendo del tipo de fármaco, dosis, duración del tratamiento, características generales del neonato y la madre.

La Teofilina es un fármaco que en dosis adecuadas no produce daños, pero en dosis altas el niño puede presentar irritabilidad, excitación, entre otros trastornos; los Bronco dilatadores Beta estimulantes se usan también con un margen de seguridad; los Digitalicos no representan un problema para el niño salvo en los tratamientos y la lactancia prolongada; el consumo de alcohol es peligroso porque el Etanol se difunde rápidamente y con notable facilidad por las membranas celulares y a la leche, en la regla leche/plasma es cercana a uno, lo cual es un riesgo para el lactante; los Betabloqueantes no se desaconsejan solo se recomienda vigilar la aparición de bradicardia y síntomas de hipoglucemia en el bebe; la Aspirina se puede usar sin problemas en dosis inferiores a 2.500 mg/día para que no sea incompatible con la lactancia materna, si se pueden usar antiinflamatorios no esteroideos como Ibuprofeno o Diclofenac, debe evitarse el uso de Naproxeno porque tiene una vida media larga y persiste en la leche materna; el Ketorolac es uno de los fármacos que no se aconseja pero no se conocen sus contraindicaciones por lo cual los laboratorios no lo recomiendan en la lactancia: las Benzodiazepinas son grupos que pueden ocasionar somnolencia o sedación en el lactante, igual que la Fenilbutazona, Difenilhidantoina, Acido Valproico; los Antihistamínicos de primera generación (aunque mucho no se usan) ocasionan trastornos por eso se prefieren los de última generación; los Diuréticos no representan un problema para la lactancia, la mujer que fuma hace que la

⁴⁸ Becar, V, *Ibíd.*

presencia de nicotina disminuya la secreción láctea y peor si se usa Marihuana por que el 9 delta-tetrahidrocannabinol y otros derivados llegan a la leche materna; el uso de Bicarbonato trae consecuencias del medio interno, por eso hoy en día se usa soluciones de magnesio y aluminio; la Cimetidina pasa a la leche, la Ranitidina, el Omeprazol y el Lanzopeazol se desaconsejan pero no hay pruebas para prohibir su uso durante la lactancia; los Neurolépticos y el Meprobamato se consideran riesgosos como las Benzodicepinas; los Anticonceptivos orales se pueden usar con cierta seguridad, habitualmente se emplea el Linestrenol; los antibióticos Betalactamicos, los Amino glucósidos (salvo la Estreptomicina), los Macrolidos; la Isoniazida, el PAS, el Etambutol, la Cloroquina, la Alfa metil-dopa (droga de elección durante el embarazo y lactancia) no representan un problema y se pueden administrar, pero las Quinolonas y otros antisépticos urinarios, la Ciprofloxacina, las Tetracilinas, el Cloranfenicol, las Sulfonamidas, el Metrinidazol, el grupo de los Anti tiroideos como el Yodo y los Yoduros (salvo la Tiroxina y la Triyodotirina); los Laxantes o purgantes; todas las sustancias Radioactivas; el uso prolongado de Vitamina D; la Reserperina (actualmente no utilizada); la Morfina y sucedáneos; la Atropina, la Colchicina, el Litio, la Ergotamina y el uso de drogas Antineoplásicas están contraindicados durante la práctica de la lactancia materna para la salud del lactante.⁴⁹ “El Ciclosporin o Ciclosporina se excreta por la leche materna, las madres que lo reciben no deben dar el pecho a sus bebés”⁵⁰

Listado de los medicamentos que no afectan al bebe cuando la madre los toma habitualmente en dosis adecuada: Anestésicos en general y Bupivacaina que se utiliza para epidural; analgésicos y antiinflamatorios como el paracetamol y el Ibuprofeno; Anticoagulantes como la Heparina o la Warfanina; Anticonvulsivantes como el Hidrato de nalidixico y aminoglucoSIDOS; Antiinfecciosos como las Cefalosporinas, Cloroquina, Eritromicina, Estreptomicina, Penicilina, Ampicilina, Amoxicilina, Nistatina, Lincomicina, Acido Mantelito, Metenamina, Nitrofurantoina, Novobiocina, Daraprim, Rifampicina; Los hipotensores como la Metildopa; Endocrinólogos como la Insulina y los anteriormente nombrados; Los Gastrointestinales como el Bisacodillo, Sen, Aceite mineral, Pamoato de Pirivino; los toco ginecológicos como lo son la Metilergonovina, Maleato de Ergonovina y la ocitocina.⁵¹

⁴⁹ Camera, M (S/F).. *Op.Cit.* .,p. 353- 354- 355- 356.

⁵⁰ Prospecto internacional de medicamentos “Sandimmun” Neoral. Vademecum Novartis Pharma AG, Suiza, publicado en mayo del 2008. Pág. 66

⁵¹ Becar, V (1995) *Op. Cit.*, p. 37

BIBLIOGRAFIA

Libros

- Acerbo, Fabiana; Aguila, Edith; Alborta, Adriana; Amarilla, Roberto; Castro, Silvia; Cenzano, Fabiana; Ets al. “Cuidados en enfermería neonatal” Neurología” Estadios de conciencia” Hospital de pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. J. P. Garraham, Comote científico de enfermería neonatal, tercera edición, ediciones Journal S.A Argentina año 2009.
- Beare/Myers “El tratado de enfermería Mosby” volumen 1, editorial Oriente S.A año1995.
- Beccar Varela, Carlos. “Modulo para capacitación sobre la lactancia materna” “introducción “Serie PALTEX para técnicos, medios auxiliares, Copyright, OPS-OMS 1990.
- Camera, Mario I; Romani, Adriana; Madoery, Cristian; Farias, Jorge A. “Avances en medicina `96” V congreso Nacional de Medicina. XXII Jornadas Nacionales de residentes de Medicina Clínica. SAM (Sociedad Argentina de Medicina. Editorial Roemmers “Conciencia por la vida”. Copyright 1996
- Diccionario de Medicina “Océano Mosby”, Editorial Océano, Barcelona España.
- Diccionario practico de lengua española, editorial Espasa Calpe S.A- Madrid 1994
- Elisabeth Helsing “Guía practica para una buena lactancia” Editorial Pax México, Edición segunda Julio de 1986, México, Av.: Cuauhtémoc 1434.
- Emerson de Godoy Cordeiro Machado “Gestación, parto y maternidad” una visión holística, editorial Errepar S.A año 1995
- García, Fabiana, Sarubbi María Alba, Vázquez Liliana “Diagnostico y tratamiento de las infecciones pediátricas”, modulo 3, FUNCEI-CEDIP 2002 Argentina
- J.Casado/Ana Serrano “Urgencias y tratamiento del niño grave” “Síntomas, guía de cuidados intensivos””Nivel de alerta del neonato” Modulo neonatal, editorial océano/Ergon impreso en España año S/D.
- Olds London “Unidad temática reproducción y desarrollo humano “Valoración y asistencia enfermería materno infantil. Año 2004 material de cátedra la enfermería y la familia en desarrollo.
- Olds, S.; London, M.; Ladening, P. “Enfermería Materno Infantil”. 2da. Edición. Ed. Interamericana. 1989.

Revistas

- Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000 Prof. Dr. Juan R. Issler. Prof. Dr. Carlos A. Cassella. Col.: Dr. Vicente G. Gómez. Dr. Domingo J. Maidana Roa
- Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 100 - Diciembre/2000 Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa web

Páginas web

- www.INDEC.mecan.ar
- <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/03-atencion.pdf> visto día 15/05/10 Ministerio de salud dirección general de promoción y prevención atención del puerperio inmediato, norma técnica para la atención del parto.
- www.terra.es/personal/duenas/teoria5.htm

Artículos de difusión general

- Prospecto internacional de medicamentos “Sandimmun” Neoral. Vademecum Novartis Pharma AG, Suiza, publicado en mayo del 2008