

**EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN
MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL
HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

LN Perla Isabel Limón González.

Ced. Fed. 8465808.

Mail: perlalimon80@gmail.com

Diplomado en Nutrición Pediátrica.



Universidad del Valle de Atemajac.

UNIVA.

Contenido

1. INTRODUCCION.....	3
2. EPIDEMIOLOGIA.....	6
3. JUSTIFICACION	10
4. OBJETIVO GENERAL.....	13
5. MARCO TEORICO.	14
6. VARIABLES	59
7. METODOLOGIA.	60
9. RESULTADOS.	63
10. CONCLUSIONES.....	79
11. ANEXOS.	84
12. BIBLIOGRAFIA.	87

1. INTRODUCCION.

La lactancia materna (LM) es cuando el lactante se alimenta exclusivamente de leche materna extraída o de nodriza; la OMS recomienda a las madres proporcionar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, a esta edad no se le proporcionaran al lactante líquidos, ni sólidos, ni ningún otro tipo de alimento. La leche materna es la primera comida natural para los lactantes, aporta los nutrientes que el recién nacido requiere en sus primeros meses de vida y sigue cubriendo sus necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida y hasta el segundo año (OMS 2013).

La lactancia materna es la mejor estrategia para el desarrollo óptimo e integral para el recién nacido, debido a que previene la mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, de igual manera reduce el riesgo de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis. En la edad adulta previene a los menores diabetes mellitus, obesidad, asma, leucemia, entre otras (ENSANUT 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño y continuarla con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, como una estrategia para favorecer el adecuado estado nutricional, el óptimo crecimiento y desarrollo, para mantener la salud y para favorecer la supervivencia de los lactantes (Vega, Borrero 2010).

Así como la LM ayuda al desarrollo y crecimiento del lactante también existen ventajas para la madre, debido a que favorece su bienestar y salud como reducir

el riesgo de cáncer de mama y de ovario, ayuda a la disminución de peso después del parto, favorece el apego madre e hijo, espacia los embarazos, entre otras; numerosas investigaciones han demostrado que las madres necesitan apoyo activo para iniciar y mantener practicas apropiadas de lactancia materna (OMS 2013).

El objetivo de este estudio es saber si en realidad la información dada a las madres es la adecuada para que estas se decidan a lactar, existen iniciativas propuestas desde hace años por la OMS Y LA UNICEF, la Iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva (LME) en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la LME, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud. (OMS 2013)

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de LM destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH (OMS 2015).

En el Hospital Regional Yahualica actualmente se trabaja con la certificación del Hospital Amigo del Niño y de la Niña, dicha propuesta dada por la OMS se hace con la finalidad de promover la LM. En este estudio nos daremos cuenta de la importancia de la LM al igual del impacto que tienen las madres al estar en alojamiento conjunto y recibir la información necesaria para que lacten.

2. EPIDEMIOLOGIA

La OMS nos dice que las practicas de LME en las primeras horas de nacimiento del niño previene malnutrición y puede salvar cerca de un millón de vidas, al dar leche materna en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años, cada año se salvaría 800 000 vidas infantiles (OMS 2014).

En el mundo, menos del 40% de los lactantes menores de 6 meses reciben leche materna como alimento exclusivo (OMS 2014). Un asesoramiento desde el embarazo y hasta la hora del nacimiento de lactancia materna ayudaría a las madres a que mantengan las prácticas óptimas de amamantamiento.

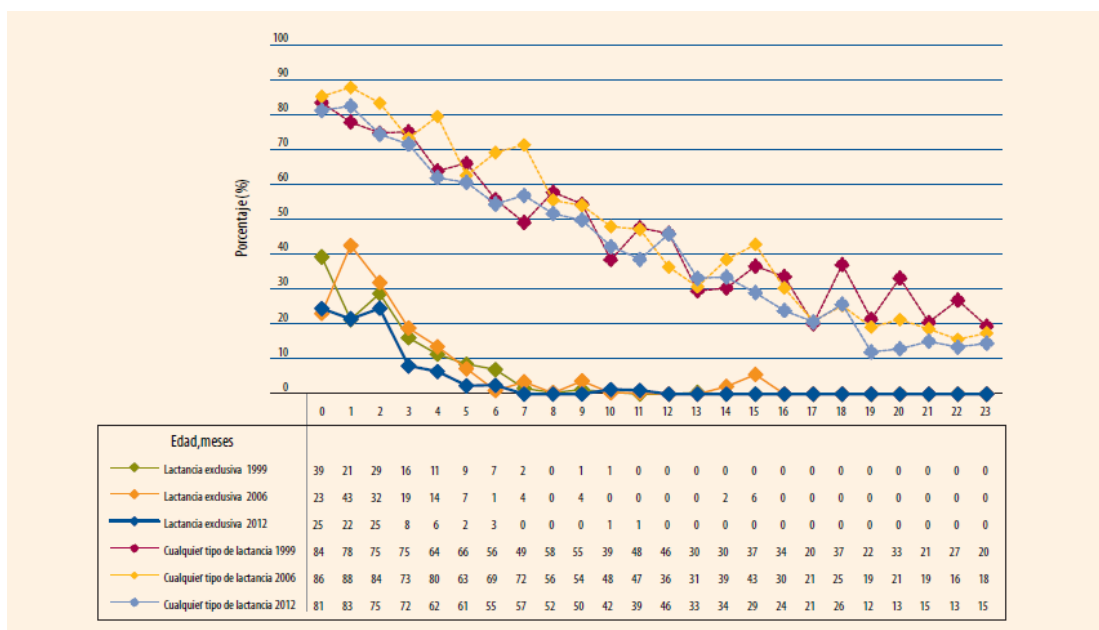


Figura 1. Practicas de LM en México. ENSANUT, 2012.

En México la ENSANUT nos dice que las prácticas de la LM han sufrido un deterioro importante, la duración de la LM en México es cerca de 10 meses; cifra

estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El porcentaje de LME en menores de seis meses bajo en el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5 %, y fue mayor en el medio rural, donde descendió a la mitad del 36.9% a 18.5%. (ENSANUT 2012)

De igual forma la lactancia en niños menores de uno y dos años disminuyó desfavorablemente. El 5% de niños menores de seis meses consumen fórmula, y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen agua; lo anterior es negativo porque inhibe la producción láctea en la madre e incrementa las enfermedades gastrointestinales (ENSANUT 2012).

Por otro lado la ENSANUT nos dice que las madres que nunca amamantaron, mencionan como razones o justificantes el desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto para iniciar la lactancia materna (ENSANUT 2012).

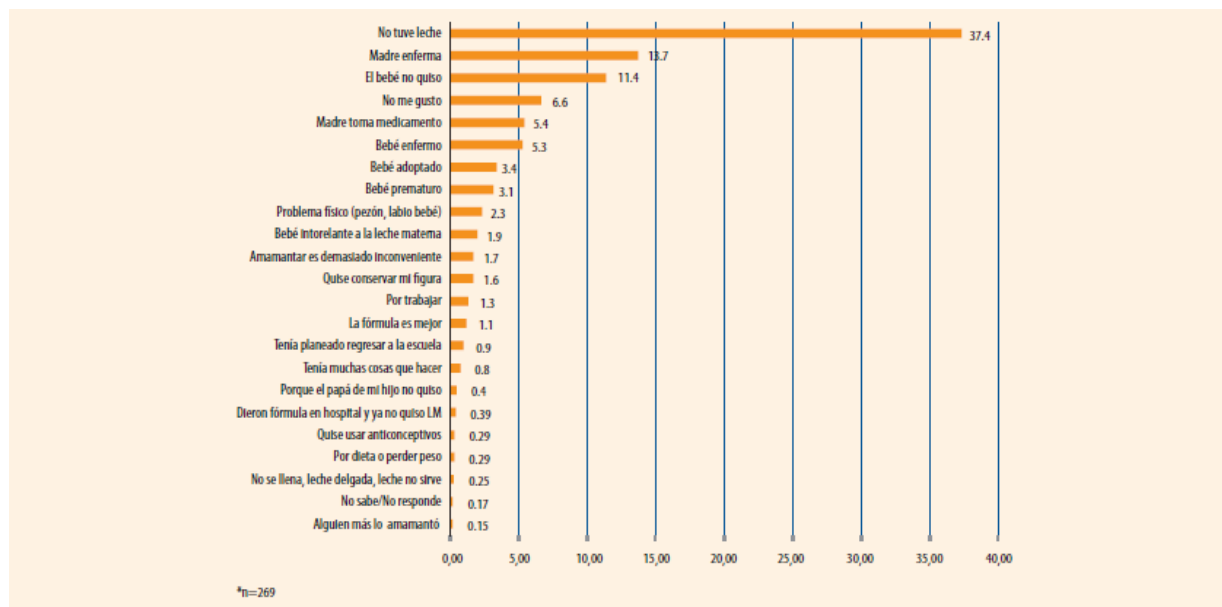


Figura 2. Motivos para nunca amamantar. Mujeres de 12 a 49 años madres de niños menores de 24 meses. México, ENSANUT, 2012.

En contraste, la alimentación complementaria en México ha mejorado en calidad y frecuencia. El porcentaje de niños que consumen alimentos ricos en hierro oportunamente, la introducción de otros alimentos y la diversidad de la dieta de los niños en su segundo semestre de vida (ENSANUT 2012).

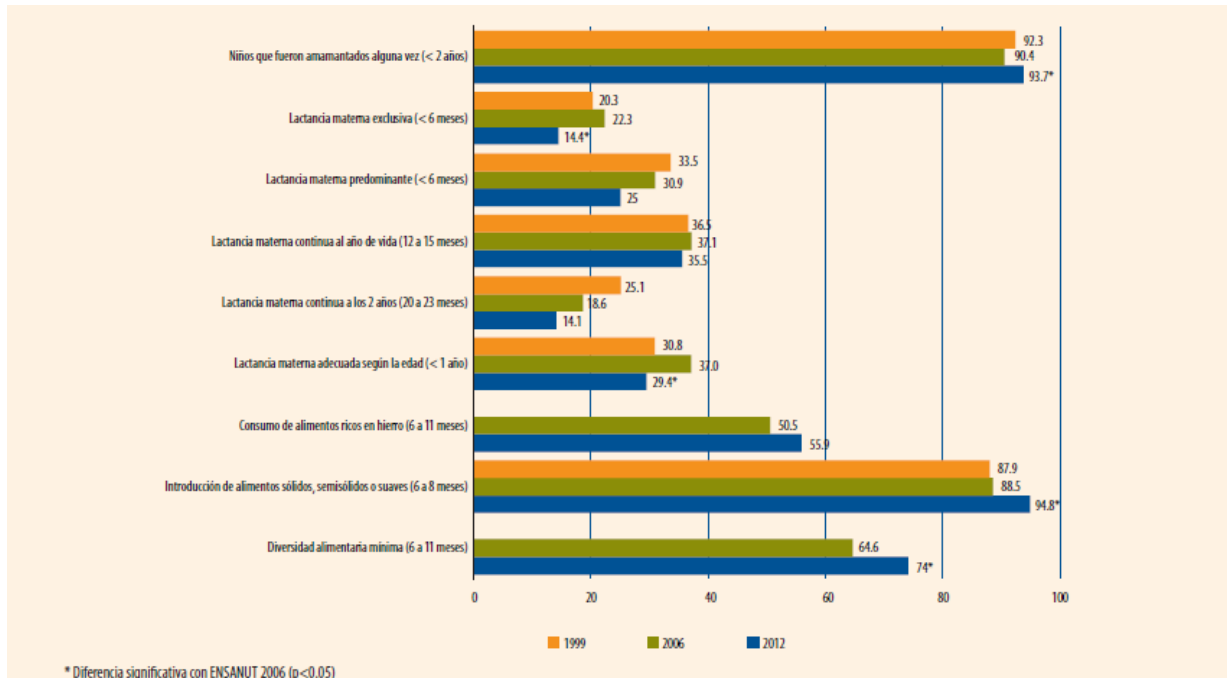


Figura 3. Indicadores de alimentación infantil. México, ENSANUT, 2012.

Algo importante que no dejaremos de destacar es el deterioro de LM en el sector salud, que las madres refieren el abandono de esta por el trabajo que impacta principalmente en el nivel socioeconómico de estas, falta de información con respecto a las ventajas de la LME, nivel de escolaridad que se relaciona con la información otorgada en el sector salud, el nacimiento por cesárea, de igual forma las madres que más tempranamente abandonan la LM fueron las más jóvenes,

nulíparas; así mismo las complicaciones durante el parto influyen de manera negativa para el abandono de la LM.(Ortiz, 2013)

Otro problema latente en la actualidad es el embarazo en adolescentes, un estudio nos dice que el abandono de la LM en las adolescentes fueron la insatisfacción del niño con la leche materna, como fue referida por las madres (46.9%), el reinicio de las actividades estudiantiles (40.0%), y la insuficiente información sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva (33.3%). Se recomienda la realización de estudios de intervención en el área de salud para promover la participación activa de la madre y la familia en el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses, y complementada hasta los 2 años (Puente y col, 2010).

Cabe mencionar y como lo hemos observado en diversos estudios, la información o promoción de la lactancia materna a la madre durante y después del embarazo es deficiente, por lo que es indispensable desarrollar políticas de promoción efectivas en pro de la lactancia materna en el sistema de salud para evitar que dichas cifras sigan decayendo y de lo contrario aumenten los porcentajes de lactancia en nuestro país.

3. JUSTIFICACION

Los beneficios obtenidos de la LME son de manera general la salud para ambos y el lazo afectivo entre la madre y el hijo, entre otros, de aquí la importancia de la intervención o educación a la madre para que esta desde el embarazo se vaya preparando y tenga los conocimientos suficientes desde como amamantar, preparación de sus pechos, cuidado de su alimentación, entre otras cosas que le ayudaran a una LM exitosa (Gorrita y col, 2012).

Esta propuesta de investigación nos ayudara principalmente a conocer si la educación o promoción dada en LM es la adecuada, si el lenguaje utilizado por el personal de salud es el ideal para que las madres reciban el mensaje adecuado, si la capacitación de estos es la óptima; nos daremos cuenta de los conocimientos de la madre, descubriremos si la atención brindada cumple con los criterios de un Hospital amigo del niño y de la niña.

La OMS nos indica que el primer nivel de atención en salud deberá brindar capacitación a las madres embarazadas con pláticas informativas sobre la LM, ya en el segundo nivel se promoverá el apego inmediato después de los 30 minutos del nacimiento del bebe y el alojamiento conjunto para favorecer la LME. El apoyo brindado a la madre para el amamantamiento a su hijo es de suma importancia y es donde el sector salud juega un papel definitivo para que la madre decida amamantar, en Cuba se realizó un estudio en donde se evaluó la información que se les da a madres gestantes donde se recomienda continuar con proyectos en relación con la capacitación a las madres encuestadas, y evaluar posteriormente

el impacto de esa capacitación en la obtención de una LME, por lo que observamos la importancia de la aplicación de encuestas para valorar el impacto que las madres reciben de la educación en LM para que estas decidan amamantar y de igual manera evaluar al personal de salud para saber que tanto impacta sus pláticas en las pacientes. En este mismo estudio se analizó que diversas organizaciones de salud han diseñado políticas con el objetivo de promover la LM, pero aun son muchos los obstáculos que se presentan para que las madres lleven a cabo la LM exitosa o se decidan a amamantar, por lo que este punto incluye acciones de promoción, protección y apoyo a la LM a familiares y personal de salud, al conjunto de sociedad, en una perspectiva de desarrollo sostenible. (Gorita, et al. 2012). Lo que nos demuestra nuevamente que esta intervención ayudara a identificar aquellos posibles sesgos de error para erradicarlos y poder intervenir en el personal capacitado y en quien recibe este mensaje, para saber si el objetivo se cumple o no.

Por el contrario diversos estudios nos demuestran que el incremento de la alimentación con leche humana fue logrado gracias a la capacitación del personal de salud así como de los familiares involucrados, las intervenciones educativas realizadas por el personal de salud mejoraron de manera significativa el porcentaje de pacientes alimentados al seno materno exclusivamente, así como a su egreso de la unidad, con respecto a la medición basal inicial lo cual demuestra la efectividad de las intervenciones realizadas (Macías y col, 2014). Por ello el objetivo principal de este estudio es evaluar por medio de encuestas a las madres

y ver si estas se ven beneficiadas o no con la educación que se brinda en el sector salud para decidir el amamantamiento de su hijo.

4. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la promoción de la lactancia materna mediante una encuesta a las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

5. MARCO TEORICO.

Lactancia Materna

La LM es el alimento más completo e ideal para aportar a los niños los nutrientes, vitaminas, minerales, agua, y en resumen el desarrollo y crecimiento optimo para que sea un niño sano.

A la fecha diversos estudios han demostrado que la LM es el mejor alimento para el bebe, previene la morbi-mortalidad en los menores y los beneficios para la madre y el menor son innumerables. La OMS recomienda la LME hasta los 6 meses de edad y prolongarla hasta los 2 años (Tirnbull y col, 2006); esta recomendación de la OMS se hace con el objetivo de satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés y reducir la mortalidad neonatal hasta un 20%. En diversos estudios demográficos de salud se mostró que el porcentaje de niños alimentados con leche materna era menor en las zonas urbanas que en zonas rurales (Nava, Martínez; 2014).

La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida (OMS 210), por ello la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña promueven el apego inmediato a la media hora después del parto, para que por medio del calostro el bebe reciba los nutrientes adecuados para su optimo desarrollo.

Lactancia Materna Exclusiva

La OMS define lactancia materna exclusiva (LME) como lactancia al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, aunque se permite que reciba ingestión de vitaminas y medicamentos (Tirnbull y col, 2006). De los seis meses en adelante los lactantes deberán recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y deberán continuar recibiendo leche materna hasta los dos años de edad (Nava, Martínez; 2014).

La LME durante los primeros seis meses, disminuye la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y previene retraso en el crecimiento. Un estudio realizado en Colombia nos dice que la LME puede evitar un 13% de las muertes en niños menores de cinco años en los países en desarrollo, lo cual nos comprueba una vez más que constituye la práctica preventiva más eficaz para el mejor desarrollo del menor. Entre otros beneficios científicamente comprobados. La LME durante los primeros seis meses de edad estimula el funcionamiento del sistema inmunológico lo que lo protege contra las enfermedades infecciosas, en especial aquellas que afectan los aparatos gastrointestinal y respiratorio (Londoño, Mejía; 2010).

Beneficios de la LM para la madre y el bebé

Es conocido que la LM trae beneficios tanto para la madre, familia, sociedad y ayuda a un mejor desarrollo emocional. La OMS en su pro a la LM nos dice que la leche materna es el único alimento natural para los bebés que les proporcionaran los requerimientos nutricionales necesarios para su adecuado desarrollo y

crecimiento tanto físico como intelectual. Entre los beneficios observados para el bebe son el desarrollo cognitivo y sensorial, protección frente a enfermedades infecciosas como diarrea y neumonía, y enfermedades crónicas como la obesidad. Reduce la mortalidad en la infancia por aumento en su sistema inmunológico que lo ayudara en las enfermedades de la infancia (OMS 2015).

Diversos artículos nos demuestran evidencia que enfermedades como otitis media, dermatitis atópica, infecciones gastrointestinales, respiratorias, asma, disminuyen el riesgo de padecerlas en niños amamantados en porcentajes superiores a un 50%, enterocolitis necrotizante a 82% menos de riesgo, y un plazo más largo el asma, desarrollo cognitivo, enfermedades cardiovasculares, hipercolesterolemia, diabetes tipo I y II y leucemia, son menores frecuentes y menos graves. Existe una importante diferencia en niños amamantados exclusivamente con seno materno, los que se alimentan de forma mixta (LM y formula infantil) y los alimentados con formula infantil, ya que su neuro desarrollo es diferente, ya que hay una asociación entre LM y el coeficiente intelectual del niño que puede ser modulado por una variante genética FADS2, que esta se asocia al control genético del metabolismo de los ácidos grasos (Reyes, Martínez; 2014).

La OMS ha señalado un aumento en coeficiente intelectual en niños prematuros amamantados hasta de 4.9% más. Además ha reportado un efecto protector en la presión sistólica y diastólica de <1.5 mmHg, asociado a la disminución de riesgo de enfermedad cardiovascular en la vida adulta. El impacto es en TA, colesterol, sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II (Reyes, Martínez; 2014).

En cuanto a los beneficios para la madre con practica de al menos un año de LME disminuye la incidencia de cáncer de ovario y mama, disminuye el sangrado posparto, mejorar la evolución uterina, favorece el vincula madre-hijo y reduce la vulnerabilidad al estrés, disminución de peso más rápido, disminución de diabetes mellitus II y el riesgo de un nuevo embarazo (Reyes, Martínez; 2014).

Los beneficios para el núcleo familiar y la sociedad son principalmente económico, evitando gastos innecesarios en la formula, enfermedades y medicamentos, así como laboralmente disminuye el ausentismo y también la contaminación ambiental. Se ha demostrado que una LME al 100% ahorraría en Estado Unidos 3.6 billones de dólares al año (Reyes, Martínez; 2014).

Componentes de la Leche Humana

La leche humana (LH) es el alimento ideal para que el bebe obtenga energía y nutrimentos adecuados para su crecimiento y desarrollo, además de ofrecer un adecuado sistema inmune. La LH proporciona todos los nutrimentos en cantidades óptimas, destaca el menor aporte proteico pero que llena perfectamente bien sus requerimientos, evitando el exceso proteico que brindan las fórmula y que postula como un factor predisponente para obesidad en la vida futura, además de brindar un aporte de colesterol para funciones cardio protectoras y de neuro desarrollo. La LH tiene variaciones dependiendo de la edad gestacional, del estado nutricio de la madre. Algo importante dentro de la LH es que antes de las 35 semanas de gestación aumenta su aporte de proteínas, ácidos grasos de cadena media y larga, colesterol, inmunoglobulina A (IgA), etc. (Reyes, Martínez; 2014).

La clasificación de la LH por su composición: calostro, leche de transición y madura. El calostro está presente desde el último trimestre del embarazo y al nacer el bebé tiene un alto aporte proteico, destacando los 11 gr de IgA. Es rico en vitaminas liposolubles, lactoferrina, factores de crecimiento, bifidobacterias, sodio y zinc. De igual manera por su concentración de prostaglandina y motilina favorece un efecto laxante que acelera la expulsión del meconio. El volumen es suficiente en el primer día, pero al tercer día aumenta en un 80%, cabe destacar que el bebé consume el 67% del total de la leche producida, siendo el crematocrito un excelente indicador del volumen. El aporte de grasa es menor en los primeros minutos de la succión del bebé pero este aumenta a partir de ese momento. En las tardes existe un mayor aporte de grasa en la LH, el 87% de LH es agua lo que cubre el requerimiento del bebé, sin necesidad de líquidos extras. La leche de transición se produce entre el cuarto y quinto día del posparto, y al sexto día se aumenta considerablemente; la leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. El volumen promedio de leche madura producida es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/ 100 ml. Cabe mencionar que si la madre necesita alimentar a más de un bebé se producirá el volumen suficiente de leche para cada uno de ellos (700-900 ml) (Juez García et al, 2010). Un dato importante descubierto en el 2007 son los lactosomas que se encuentran en el calostro y la leche madura, estos transportan la información materna en forma de RNA para integrarse en el DNA del lactante, atraviesan la mucosa intestinal para llegar al torrente sanguíneo y vasos linfáticos (Reyes, Martínez; 2014).

**Concentración de Aminoácidos libres
en la Leche Humana (mmol/dl)**

	Calostro	Leche transición	Leche madura
Ácido glutámico	36 - 68	88-127	101-180
Glutamina	2-9-41	9-20	13-58
Taurina	459-11	34-50	27-87
Alanina	5-12	13-20	17-26
Treonina	12	7-8	6-13
Serina	5-8	6-11	6-14
Glicina	5-6	5-10	3-13
Ácido aspártico	3-5	3-4	3-5
Leucina	1-3	2-6	2-4
Cistina	3-4	2-5	3-8
Valina	5	3-6	46
Lisina	2	1-11	2-5
Histidina	1-2	2-3	0.4-3.0
Fenilalanina	2	1	0.6-2.0
Tirosina	3-7	1-2	1-2
Arginina	2	1-5	1-2
Isoleucina	1-4	1-2	1
Ornitina	0.8	1	0.5-0.9
Metionina	8	0.3-3.058	0.3-0.8
Fosfoserina	4	0.4-1.416	4
Fosfetanolamina	1		10
Alfaaminobutirato	5		0.4-1.0
Triptofano			1
Prolina			2-3

Ref: Lawrence RA:
Breastfeeding. A guide for medical profession. 1989

Figura 4. Concentración de aminoácidos en las fases de la LH. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.

El aporte proteico de la LH es ideal, predominan las proteínas del suero en los primeros 10 días (90%) y aun hasta los 8 meses (60%); este tipo de proteínas son fundamentales ya que está conformada por alfa lacto albumina, lactoferrina e IgA, si la madre no ingiere más de 500 ml de leche el aporte de beta lacto globulina es mínimo o no existe siendo esta altamente alergénica y la principalmente proteína de la leche de vaca y formulas infantiles (45%). El aporte total de proteínas en al LH es de 1.1 gr/100 ml en comparación de 1.8-2.2 gr/100 ml de las fórmulas

infantiles. La LH presenta beta y capa caseína que influyen en el vaciamiento gástrico que es de tres horas en los niños alimentados con fórmula y de hora y media en los niños amamantados (Reyes, Martínez; 2014).

La LH contiene lipasa estimulada por sales biliares que favorece su mejor absorción. Destaca su aporte en ácidos grasos esenciales omega 3 (ácido alfa-linoléico) y omega 6 ácido linolénico, con los ácidos grasos de cadena larga: ácido decosaexanoico y araquidónico, que participan en el neuro desarrollo, desarrollo visual y los omega 6 como precursores de leucotrienos y prostaglandinas. Su aporte de colesterol favorece para un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares (Reyes, Martínez; 2014).

Dentro de su composición de la LH los hidratos de carbono juegan un papel importante, debido a que está constituido por lactosa que favorece el crecimiento óptimo de la flora para el bebe, disminuyendo el crecimiento de patógenos intestinales, aumenta la absorción del calcio; de igual manera está compuesta por glucosa y galactosa que ayudan a la formación de galactopéptidos, galactolípidos y cerebrósidos en el sistema nervioso central. Además contiene un alto aporte en oligosacáridos los cuales tienen propiedades antimicrobianas, modulan las respuestas epiteliales e inmunológicas, reduciendo la infiltración y activación leucocitaria a nivel de la mucosa intestinal. También tiene un efecto inmunomodulador al suprimir la respuesta medida por linfocitos Th-2 en lactantes predispuestos a alergias. Destacan también el ácido siálico (ácido acetil neuramínico) importante para el desarrollo del sistema nervioso central y modulador de la respuesta inmune, en los amamantados poseen este ácido en la

saliva 50% más que los alimentados por fórmula. Se acaba de demostrar que el efecto benéfico de los oligosacáridos se extiende aun después de la introducción de los alimentos sólidos (Reyes, Martínez; 2014).

Los minerales que posee la LH con una relación de 1.2-2, se observan en un 75% del calcio comparado con el 20% de leche de vaca esto es fundamental en el desarrollo del tejido óseo en la infancia. El aporte de hierro se considera óptimo en el recién nacido, ya que la absorción del 49% comparada con solo el 4% alimentados con fórmula y del 10% en alimentados con la leche entera de vaca. El aporte de vitaminas es óptimo en la leche materna excepto: vitamina K y vitamina D. Por ello es indispensable la aplicación de una dosis de 1 mg al nacimiento. Para la vitamina D se recomienda el aporte de 400 UI diarias, cinco días a la semana mientras reciban solo leche materna (Reyes, Martínez; 2014).

Técnica para amamantamiento

Para poder hablar de una técnica de amamantamiento exitosa es necesario que el lactante tenga una buena succión y deglución, diversos estudios nos demuestran que el niño desde los cuatro meses y medio de gestación puede succionar su dedo pulgar; la succión está en íntima relación con el hambre y la necesidad de mantener el equilibrio hídrico y osmolar. El recién nacido normal cuenta con un patrón de habilidades neurosensoriales y reflejos que le permiten el llamado arrastre el pecho, que es ir en busca del pecho de su madre siempre y cuando se le deje sobre el abdomen de está durante los 25 y 30 minutos después del parto, lo que su vez favorece al niño su función motora oral, ya que ayuda a adaptar su

lengua a una posición que le permite deglutir el líquido sin atragantarse (Juez García et al, 2010).

La deglución en el lactante es una función instintiva, refleja e involuntaria; para ello es necesario de un cierre bucal hermético anterior y de una fuerza negativa de vacío interior. El cierre anterior se hace con el adosamiento íntimo de los labios del niño contra la areola del pecho y la fuerza de vacío, con el leve movimiento de descenso del complejo linguo-mandibular. En la deglución del lactante la lengua permanece en posición adelantada y la punta sobrepasa los rodetes maxilares, manteniendo la posición que adopta para succionar. Esto permite despejar la zona faríngea para que el niño pueda respirar y deglutir alternadamente sin cambiar la lengua de posición. Si el niño no ubica la lengua en esa posición para succionar y deglutir, se produce una distorsión funcional que altera el equilibrio neuromuscular oro-faríngeo (Juez García et al, 2010).

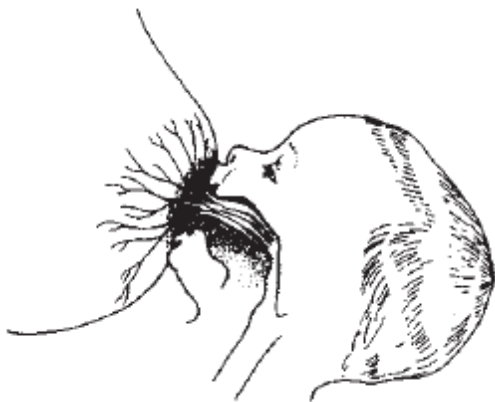


Figura 5. Buena deglución. Manual Alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS 2010.

Una mala posición para amamantar puede ser la responsable de problemas en las mamas como mastitis, grietas, enrojecimiento, e incluso dolor de espalda por una mala postura; la técnica adecuada para el amamantamiento del bebe es

colocando al bebe girado hacia la madre con su cabeza y cuerpo en línea recta, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón, madre e hijo ombligo con ombligo. En posición sentada, la madre debe tener la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo. Una vez que el bebe está en la posición correcta, la madre puede estimular al bebe para que este abra la boca rozando sus labios con el pezón y a la vez desplazar al bebe suavemente hacia el pecho. Con esta técnica, la barbilla y el labio inferior tocan primero el pecho, mientras el bebe tiene la boca abierta. (Juez García et al, 2010).



Figura 6. Técnica adecuada de instrucción de boca al pecho, colocando el labio inferior alejado de la base del pezón. Manual de lactancia materna. Juez, García;

2010.

Posición para amantar

Es importante que la madre conozca las diversas posiciones de amamantamiento para que tanto ella y el bebe se sientan cómodos y confortables. Existen varias posiciones y la principal característica es que el vientre y la cara del recién nacido están enfrentados a su mamá.

Una de las posiciones más comunes es la posición del bebe con la madre sentada, está debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda; es más cómodo que la madre apoye los pies sobre el piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho. Recordando que el bebe y la madre deben estar abdomen con abdomen, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y la cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, la madre acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la aréola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño debe quedar por debajo del pecho de la madre o rodeando su cintura (Juez García et all, 2010).

Figura 7. Técnica adecuada de amamantamiento. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.



Ahora bien otra de las posiciones adecuadas para amamantamiento es la posición de caballito, esta posición consiste en que la madre debe estar sentada y el niño enfrente el pecho sentado sobre la pierna de está, la madre sostiene al bebe con el mismo brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho, esta posición se recomienda para bebés híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina o mamas muy grandes (Juez García et all, 2010).



Figura 8. Posición de caballito para amamantar. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.



Figura 9. Posición en reversa. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.

La posición en reversa consiste en que la madre este sentada cómodamente y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre de la madre ofrece el pecho, la otra mano con la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al bebe de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, se recomienda cuando el bebe tiene preferencia por un pecho y problemas con la clavícula (Juez García et all, 2010).

Por otra parte tenemos la posición de canasta o pelota, en donde se ubica al niño debajo del brazo del lado que se va amamantar con el cuerpo rodeando la cintura de la madre; la madre maneja la cabeza del bebe con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Está es una de las posiciones más recomendadas y cómodas para alimentar a gemelos en forma simultánea, y en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria (Juez García et al, 2010). Otra de las posiciones para alimentar a gemelos especialmente pequeños es la posición cruzada esta consiste en que ambos bebés están estirados frente a la madre, mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que los cuerpos de ambos se cruzan(Reyes, Martínez; 2014).

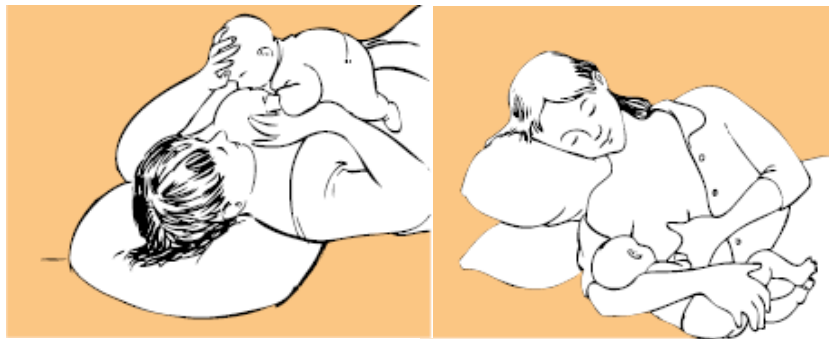


Figura 10. Técnica de canasta o pelota. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.



Figura 11. Técnica cruzada. Información con la que cuentas las mujeres posparto sobre la lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. Tesis para titulación; 2014.

Existen dos posición con postura de la madre acostada, en la primera posición la madre y el bebe se acuestan en decúbito lateral frente a frente, la cara del niño enfrentado el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. La madre debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de está, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño, está posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía o para amamantar de noche. La otra posición acostada, es cuando la madre se encuentra acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión. (Juez García et all, 2010).



Figuras 12-13. Técnica en posición acostada en decúbito y de espalada. Manual de lactancia materna. Juez, García; 2010.

Una vez que se ha colocado el bebe al pecho de la madre, se deben observar los siguientes puntos para identificar si ambos se encuentran cómodos:

- La cara del bebe debe esta a la altura del pecho (la nariz a la altura del pezón).
- El abdomen del bebe, debe estar frente al cuerpo de la mama (excepto en posición de balón).
- La oreja, hombro y cadera del bebe forman una línea recta (la nariz y ombligo están alineados).
- Los hombros de la madre deben estar relajados.
- La espalda de la madre debe estar apoyada y recta.
- Se recomienda que la madre tenga algún soporte para los pies de la mamá. (Reyes, Martínez; 2014).

Para garantizar que hay una buena trasferencia de leche revisar lo siguiente:

- Un ritmo sostenido de succión/patrón de tragar y respirar con pausas ocasionales.
- Escuchar que el bebe trague la leche (a partir del 3er día de nacido, antes sólo se ven los tragos).
- Brazos y manos relajados.
- El pecho se va ablandando mientras avanza la lactancia.
- El pezón se verá alargado, después de la lactancia, pero no marcado o lastimado (Reyes, Martínez; 2014).

Como cambiar de seno al terminar de lactar:

- Introducir suavemente el dedo meñique en la comisura labial del niño, con lo cual se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno (NOM 043, 2012).



Figura 14. Técnica adecuada para retirar el pecho. NOM 043; 2012.

Observar los siguientes puntos para garantizar que el bebé come suficientemente:

- Hace al menos de 8 a 12 tomas en 24 horas.
- A partir del quinto día orina de 5 a 6 pañales desechables y evacua al menos 3 a 4 veces, la evacuación debe ser amarilla, con grumos blancos, muy explosiva como si fuera diarrea y puede contener algo de mucosidad.
- El pecho se siente que se ablanda después de amamantar. (Reyes, Martínez; 2014).

¿Cómo alimentar a un bebé con labio y paladar hendido (LPH)?

El amamantamiento con bebés que nacen con LPH implica problemas a los que debemos de poner atención, ya que estas madres requieren en especial un apoyo que las lleve a superar el problema emocional, aceptar el nacimiento del bebé con

esta malformación y poder integrarlo a la dinámica familiar en forma adecuada (Reyes, Martínez; 2014).

La alimentación en este tipo de lactantes es difícil y eso trae consecuencias nutricionales, como alteración en peso y talla, además de infecciones respiratorias altas y otitis. Es necesario la intervención quirúrgica y requiere un proceso de tratamiento largo que requiere el apoyo de un grupo multidisciplinario para abordar todos los problemas futuros: caries, alteración bucal, problemas del habla y lenguaje (Reyes, Martínez; 2014).

El niño con LPH que tiene el paladar integro, puede amamantarse, ejercen presión mecánica, pero cuesta trabajo la presión, porque se rompe el vacío por la separación en los labios. Por ello en estos bebés es recomendable mejorar la presión tapando con el dedo de la madre el defecto, por lo que es importante que la hendidura siempre quede hacia arriba (Reyes, Martínez; 2014).

La queiloplastia, cirugía que corrige el labio, ha demostrado que en el postoperatorio alimentado al seno materno, mejora la ganancia de peso en comparación con la alimentación en cuchara, hay menor tiempo de estancia hospitalaria y la transición de los líquidos intravenosos a la vía oral es más fácil y tranquilizadora para el bebé. La dificultad para amamantar esos niños depende de la magnitud del defecto que puede ser unilateral, bilateral, con paladar hendido; en estos niños la presión es deficiente debido a que tienen poco espacio en el paladar para hacer la succión mecánica adecuada (presión entre la lengua y el

paladar). En estos casos se elabora una placa obturadora en las primeras semanas, esto mejorara la alimentación (Reyes, Martínez; 2014).

Otra tarea prioritaria en las madres de los bebes con LPH es la orientación sobre las posiciones adecuadas, es importante que el bebe se mantenga vertical, se monta en las piernas de la madre y se acerca al pecho para que tome el pecho sentado. Dirigir el pecho hacia el piso de la boca, o el pezón hacia el lado menos afectado, formar una cresta para facilitar la succión y sostener al bebe en la posición de lactar, otra ayuda puede ser exprimir la leche directamente en la boca del niño; cabe mencionar que tan pronto que sea posible se deberá colocar una placa obturadora que forma un techo de la boca y piso nasal, proporciona una superficie para la succión, disminuye el paso de la leche a la cavidad nasal y el tiempo de alimentación. Otra intervención es dar al bebe la LM usando vasito o mamila especial, es importante alimentar de 8 a 12 veces al día (Reyes, Martínez; 2014).



Figura 15. Técnica de alimentación en LPH. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

Las madres deben estar al pendiente de los signos de transferencia de leche adecuada:

- Pérdida de peso no mayor al 7% durante los primeros 10 días.
- Evacuaciones amarillentas con grumos, más de tres en 24 horas, después del primer día.
- Orina 6 veces al día.
- Recupera su peso entre los 10 y 14 días.
- Se escucha como traga durante la alimentación (Reyes, Martínez; 2014).

Cuando después de 45 minutos de succión el niño continua con hambre no se está logrando la extracción suficiente y puede requerir suplementación. Es indispensable apoyar a las madres mostrándoles la forma correcta de cómo extraerse la leche ya sea en forma manual o con un saca leche (Reyes, Martínez; 2014).

Recomendaciones para extracción de leche y almacenamiento

Existen situaciones en las cuales la madre no puede alimentar directamente al pecho a su bebé, entre algunas de ellas son:

- Alimentar al bebe recién nacido prematuro con bajo peso.
- Aliviar la congestión mamaria o agrietamiento y permitir la protección adecuada del pezón.
- Mantener la producción de leche en caso de separación de la madre y el bebe.

- Alimentar al bebé con leche extraída cuando la madre sale o se reintegra al trabajo. La Ley Federal del Trabajo señala que la mujer tiene derecho a: descanso de 45 días antes y 45 días después del parto, en el periodo de lactancia dos descansos extraordinarios de media hora para amamantar.
- Evitar el contagio mutuo, en caso de infección de la boca del niño o de la mama de la madre (como herpes, entre otras).
- Para incrementar o mantener la producción de LH.
- Re-lactancia.
- Donación de leche (Juez García et al, 2010) (Reyes, Martínez; 2014).

Para llevar a cabo una adecuada extracción de leche se recomienda:

1. Oprimir hacia el tórax, haciendo movimientos circulares con la yema de los dedos, del tórax hacia el frente, impulsando la leche hacia el pezón, recorriendo toda la glándula.



Figura 16. Técnica de masaje para extracción de LH, movimientos circulares.

Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

2. Posteriormente se hace un segundo masaje con la yema de los dedos impulsando la leche de la parte posterior hacia adelante.



Figura 17. Técnica de masaje para extracción de LH. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

3. Un tercer movimiento es inclinar el cuerpo para que la gravedad ayude a desplazar la leche de atrás hacia adelante.



Figura 18. Técnica de masaje para extracción de LH. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

4. Muy importante antes de iniciar la extracción se recomienda dar un pequeño masaje al pezón que dure 45 segundos, a fin de lograr que se ponga erecto y permita la extracción (Reyes, Martínez; 2014).



Figura 19. Masaje al pezón. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

La leche se puede extraer de diversas maneras: la más fácil y común es la extracción manual, sin embargo existen extractores e implementos que pueden facilitar esta actividad como: bombas eléctricas, tira leches manuales, pero tomando en cuenta que los que tienen una bombilla para la extracción no deben usarse, ya que causan problemas de dolor y también contaminan la leche (Reyes, Martínez; 2014).

Cuando se hace extracción manual se deben seguir los siguientes pasos:

1. Colocar el pulgar y los dedos índices y medio aproximadamente 3 o 4 centímetros detrás del pezón.
2. Colocar el pulgar encima y los dedos debajo del pezón, formando una letra "C" con la mano y presionar suavemente.
3. Después de colocar la mano en el sitio correcto, se debe empujar el pecho hacia atrás (Reyes, Martínez; 2014).



Figura 20.Extracción manual. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

Cuando se hace en forma manual o con bomba sencilla, se debe iniciar 7 minutos primero en un pecho y luego el otro, seguido de 5 minutos en el primero y luego en el segundo y se termina con 3 minutos en el primero y posteriormente el segundo. Con esto se completa 15 minutos de extracción que aseguran la leche de inicio, media y de atrás o posterior que tiene una mayor carga de grasa. Los recipientes pueden ser frascos de vidrio o plástico con cierre hermético y que puedan esterilizarse o hervirse, de preferencia de boca ancha (Reyes, Martínez; 2014).

La LH recién extraída en casa se extrae y congela lo más pronto posible. Si se extrae en el trabajo se puede guardar en una hielera de mano con hielos de gel y se conserva en forma adecuada, toda la jornada de trabajo. La leche congelada, cuando se va a usar se saca del congelador al refrigerador para que en él se descongele, pero no es conveniente calentarla, en temperatura ambiente se conserva 4 horas, o hasta la siguiente toma. Si esta leche se guarda en el refrigerador dura 24 horas, pero la que sobre que ya ha estado congelada y no se usa, no debe volverse a congelar. Cuando se requiere descongelar más rápido se hace a baño maría pasivo, es decir, se calienta agua, se retira del fuego y se

coloca la leche para que se descongele, pero no debe hacerse a fuego directo y tampoco en micro ondas. Esta leche se debe utilizar hasta finalizar la toma o cuando más 4 horas después y la que sobre se desecha (Reyes, Martínez; 2014).

LECHE HUMANA	TEMPERATURA	TIEMPO
Medio ambiente	19-26 °C	4 horas (ideal) 6 horas (aceptable) Algunos hasta 8 horas.
Refrigerador	Menor 4 °C	72 horas (ideal) Hasta 8 días (aceptable)
Congelador	Menor 18 °C a 20 4°C	2 Semanas Congelador dentro del refrigerador 3-6 meses. Congelador puerta independiente 6-12 meses Congelación profunda (Menor 20 °C o menos)

Cuadro 1. Temperatura para conservación de leche humana. Curso Avanzado de

Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).2014.

Contraindicación de lactancia materna

Son muy pocas las causas por las que la LM está contraindicada, el padecimiento de alguna patología ya sea de la madre o del bebe es una de estas causas pero para ello se deben valorar por algún médico para dar un diagnóstico certero al respecto. Algunas de las contraindicaciones son las siguientes:

1. Galactosemia.

Al hablar de galactosemia, es cuando la enzima GALT tiene una función biomolecular. Convierte la UDP-glucosa a glucosa-1-fosfato. La enzima intermedia UMP-GALT se forma y es la segunda reacción que se une a la galactosa-1-fosfato (gal-1-P) y libera UDP-galactosa. La reacción resultante es limitante en producir hexosas para modificaciones pos traducción de glicoproteínas y glicolípidos. Las manifestaciones clínicas del paciente con galactosemia se agrupan en relación a la actividad enzimática (González et al, 2013):

- Letárgia, depresión neurológica.
- Alteraciones hepáticas: hepatomegalia, ictericia, hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia, alteraciones de la coagulación.
- Alteraciones renales con manifestaciones de tubulopatía proximal (acidosis hiperclorémica, glucosuria, albuminuria y aminoaciduria) y galactosuria
- Edema y ascitis.
- En días o semanas, se presentan cataratas.
- Con el transcurso de tiempo se produce insuficiencia hepática grave, daño renal y sépsis, principalmente por E. Coli.

I. Clínica de sospecha	a. Síntomas tóxicos	Vómito, rechazo al alimento, falta de apetito, depresión neurológica
	b. Afectación oftalmológica	Cataratas
	c. Fracaso hepático grave	Ictericia, hepato y espleno megalia, ascitis, diátesis hemorrágica
	d. Tubulopatía proximal	
	e. Inmunosupresión	Sepsis por <i>E. coli</i>
II. Bioquímica inespecífica	a. Disfunción hepática	Hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia, déficit complejo de protrombina, ↑↑ SGOT, SGPT, GPT, GGT, LDH, ácidos biliares plasmáticos, hipoglicemia
	b. Tubulopatía proximal renal	Acidosis hiperclorémica, glucosuria, aminoaciduria, albuminuria
III. Bioquímica específica	a) Galactosuria b) Galactosemia plasmática c) Aumento de Gal-1-P eritrocitos d)Galactitol en plasma y orina	

Cuadro 2: Diagnóstico de sospecha de galactosemia. González et all, 2013.

2. Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia.

El medicamento a través de la leche puede ocasionar tres problemas: a) Altera la producción, b) Cambia la composición, c) Pasa a través de la leche y puede dañar al lactante (Reyes, Martínez; 2014).

La edad del lactante es importante ya que en los primeros dos meses es más vulnerable por su lento metabolismo y eliminación de drogas y los primeros días que recibe calostro es de menor riesgo por el volumen del mismo (Reyes, Martínez; 2014).

Fármacos contraindicados en la LM (Reyes, Martínez; 2014):

- Litio.
- Clorafenicol
- Isoniacina
- Tetracilina
- Dapsona
- Metinazol
- Sales de oro
- Bromo criptina
- Cimetidina
- Clemastine
- Ciclofosfamida
- Edgotamina
- Mebendazol

Fármacos que requieren el cese temporal de la lactancia (Reyes, Martínez; 2014):

- Metronidazol
- Galio 69
- Yodo 131
- Sodio radioactivo
- Tecnecio 99

Fármacos que requieren usarse con precaución en la mujer lactante (Reyes, Martínez; 2014):

- Ácido acetilsalicílico
- Nalbufina
- Cloropromacina
- Meprobamato
- Diacepam
- Fenobarbital
- Loracepam
- Fenitoina
- Silfonamidas
- Ácidoalidixico

3. Drogas y tóxicos.

Hay una cantidad grande de sustancia que amenaza la salud del niño, muchos de estos pueden pasar a través de la LM y lesionar al infante. Sin embargo los tóxicos que más preocupación ocasionan son las sustancias liposolubles (Reyes, Martínez; 2014).

4. Madre con enfermedades.

Existen diversas patologías que pueden contraindicar la LM debido a las complicaciones que puede causar la enfermedad de la madre al bebe.

Entre ellas:

- Herpes simple (HSV-1) mamario.
- Tuberculosis activad no tratada.
- Madre con enfermedad orgánica grave.

(Pellegrini, Ortega; 2011).

- ### 5. Se ha demostrado que la trasmisión del virus HTLV tipo I y II, que causa la leucemia/linfoma de célula T del adulto, a través de la leche materna, por lo que la infección materna de este virus es una contraindicación para la LM, siempre y cuando se disponga de sustitutos adecuados. Ahora bien se ha comprobado que la congelación de la leche humana inactiva el virus HTLV-I. si esto se confirma, las madres infectadas podrían extraer su leche, congelarla y después administrársela al lactante (Gómez, 2005).

6. Madre con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Afortunadamente desde hace varios años, se puede evitar casi completamente, la transmisión del virus de la madre a su hijo, en estudios recientes, con las intervenciones médicas durante el embarazo, parto y lactancia a la madre y su recién nacido, el riesgo de transmisión puede llegar a ser tan bajo de tan solo el 0.5%. Sin embargo este riesgo de la madre positiva al recién nacido puede variar y depende de muchos factores, por ejemplo, el riesgo de transmisión antes o durante del parto, es del 15 al 25 % el riesgo aumenta en 5 a 20% cuando una madre infectada da el pecho, elevando el riesgo total de transmisión a un 20 a 45%, este riesgo puede ser reducido a menos de 2% con una combinación de profilaxis y/o tratamiento antirretroviral (ARV) a la madre y recién nacido, incluso en madres-hijos que practican la lactancia(Reyes, Martínez; 2014).

Existen además factores propios de la madre (carga viral, niveles de células CD4, infecciones durante el parto), del hijo (respuesta inmunológica, marcadores humanos, alimentación mixta antes de los seis meses), socioculturales (servicios básicos de vivienda, estigmas), y servicios médicos, que finalmente incrementarán o disminuirán de forma muy importante el riesgo de transmitir la infección al recién nacido, por lo tanto, el riesgo de transmisión puede ser del 45% al 0.5%(Reyes, Martínez; 2014).

En caso de que el bebe presente VIH, las madres son capacitadas para lactar exclusivamente a sus hijos por los primeros seis meses de vida y continuar la LM, hasta los dos años o más (Vázquez et all, 2012).

Recomendación de alimentación complementaria

Varios artículos nos refieren que la alimentación complementaria es la introducción de alimentos sólidos, semisólidos y blandos en lactantes de seis a ocho meses de edad. La Secretaría de Salud en México y la ESPGHAN entre algunos otros organismos internacional es recomiendan que su introducción se realice no antes de la 17 semana y no después de la 26 semana de vida (Vázquez et all, 2012) (ESPGHAN 2008).

La OMS nos recomienda que los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados y seguros mientras continúa la alimentación por el pecho materno hasta los dos años de edad. La UNICEF ha destacado el rol fundamental de la lactancia materna y la alimentación complementaria como la intervención preventiva de mayor impacto en la sobrevivencia del niño, en su crecimiento y en su desarrollo (Vázquez et all, 2012).

Por ello es importante valorar los siguientes aspectos para la introducción de alimentos complementarios en el lactante:

- Presencia de reflejos de alimentación (succión, deglución, protrusión).
- Movimientos de masticación que aparecen entre 5 y 9 meses.

- La producción enzimática del páncreas amilasa y lipasa aparecen hasta los seis meses, también se debe tomar en cuenta la maduración de transmisores y receptores humorales para gastrina, colecistoquinina y motilina indispensables para la digestión.
- La filtración glomerular desde el nacimiento y hasta los seis meses solo funciona el 25% y posteriormente tarda otros seis meses para llegar al 60 o 80% de su función.
- Aunque la asimilación de fósforo, calcio y magnesio sea adecuado, no se debe forzar al riñón a una maduración que puede dañarlo.
- Para iniciar la ablactación el bebé ya debe permanecer en posición vertical (sentado) con un adecuado sostén cefálico, columna vertebral erguida y también debe ser capaz de pasar objetos de una mano a otra. (Reyes, Martínez; 2014).

Esquemas de alimentación complementaria

De acuerdo a los ajustes normativos correspondientes adecuando la situación nutricional y disposición de alimentos la OMS presente el siguiente esquema de alimentación complementaria:

- Iniciar después de los 6 meses y 6 kilogramos de peso. Introducción de verduras para ir educando el gusto del bebé, posteriormente la introducción de frutas frescas de temporada en forma de papilla.

- Iniciar con papillas, posteriormente molida, puré, triturado y enteros con forme a la capacidad y masticación del niño.
- Usar alimentos básicos familiares.
- Iniciar con un solo alimento.
- Combinación de alimentos posteriores a tolerancia.
- Evitar en especial alimentos industrializados, salados o con demasiados conservadores o viejos.
- No dar únicamente el caldo de los alimentos.
- Todos los alimentos deben ser introducidos poco a poco.
- Preparar la cantidad justa que el bebe requiere, y respetar el deseo del bebe cuando ya no quiere.
- Cuando se requiere aumentar el contenido energético en los alimentos se puede agregar un poco de aceite, esto ayudara a brindar energía adicional con muy poco volumen además de aumentar la consistencia de la papilla.
- Es importante el consumo de agua natural para el bebe, esto le ayudara a disminuir el riesgo de cáncer de vejiga.
- Evitar alimentos que disminuyan la ingestión como: café, té, alimentos con altos contenido en fibra, alimentos ricos en calcio (Reyes, Martínez; 2014).

EDAD	ENERGÍA NECESARIA POR DÍA, ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE USUALMENTE CONSUMIRA UN NIÑO 'PROMEDIO' EN CADA COMIDA*
6–8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados Continuar con la comida de la familia, aplastada	2–3 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	Comenzar con 2–3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml
9–11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3–4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	½ vaso o taza o plato de 250 ml
12–23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia, picados o, si es necesario, aplastados	3–4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml

Información adicional

Las cantidades recomendadas de alimentos, que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g.

Si la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g, la madre debería incrementar la densidad energética de los alimentos (agregando algunos alimentos especiales) o incrementar la cantidad de alimentos por comida. Por ejemplo:

- de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza
- de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza
- de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.

La tabla debe ser adaptada en base al contenido de energía de los alimentos complementarios locales.

La madre o el cuidador, debería alimentar al niño empleando los principios de alimentación perceptiva, reconociendo las señales de hambre y de saciedad. Estos signos deben guiar la cantidad de alimentos a ser administrada durante cada comida y la necesidad de darle 'meriendas'.

Cuadro 3: Guía práctica sobre la calidad, cantidad y frecuencia para niños de 6 a 23 meses de edad que reciben LME. OMS, 2010

Según la NOM 043, la introducción de alimentos complementarios debe ser a los 6 meses de edad; evitando carnes frías y embutidos, y los alimentos que se señalan en el recuadro debe ser en niños mayores a los 12 meses siempre y cuando no tengan antecedentes de alergias, de igual forma la leche entera no se recomienda sino hasta el primer año de vida.

EDAD CUMPLIDA	ALIMENTOS A INTRODUCIR	FRECUENCIA	CONSISTENCIA
0- 6 meses	Lactancia materna exclusiva	A libre demanda	Líquida
6-7 meses	Carne (temera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado)*, verduras, frutas, Cereales (arroz, maíz, trigo, avena, centeno, amaranto, cebada, tortilla, pan, galletas, pastas, cereales infantiles pre cocidos adicionados)	2 a 3 veces al día	Purés, papillas
7-8 meses	Leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja, alubia)	3 veces al día	Purés, picados finos, alimentos machacados
8-12 meses	Derivados de leche (queso, yogurt y otros) Huevo y pescado**	3-4 veces al día	Picados finos, trocitos
>12 meses	Frutas cítricas, leche entera*** El niño o niña se incorpora a la dieta familiar	4-5 veces al día	Trocitos pequeños

Cuadro 4: Esquema de alimentación complementaria. NOM 043, 2012.

Olaya Vega y colaboradores nos hablan de una propuesta de alimentación complementaria, en donde especifican las técnicas de cocción y texturas, consistencia ideales para la una alimentación complementaria exitosa (Olaya, Borrero; 2010).

Alimento	Características	Preparación	Tiempo de cocción
Frutas	Frescas, maduras óptimo estado	Compota, puré Rayada o trozo pequeño No adicionar azúcar	No se recomienda
Verduras	Frescas óptimo estado	Presión de vapor para consistencia dura	5 minutos
		Hervido para consistencia blanda No adicionar sal ni condimentos	10 minutos
Carnes	Frescas óptima calidad	Hervido en pequeña cantidad de agua No adicionar sal ni condimentos Adicionar aceite	15-20 minutos
Tubérculos y plátanos	Frescos, óptima madurez	Hervido	20 minutos
Arroz	Óptima calidad	Hervido	15 minutos
Pastas	Tamaño pequeño	Hervido	10 minutos
Leguminosas	Secos de óptima calidad	Hidratación o remojo en agua por 12 horas	
Lenteja		Cocción a presión de vapor	Lenteja 3 minutos
Frijol		No adicionar sal y condimentos	Frijol 10 minutos

Cuadro 5: Preparaciones y tiempos de cocción recomendados para algunos alimentos complementarios sugeridos para niños de 6 a 12 meses (Olaya, Borrero; 2010).

Alimento	6 a 8 m		8 a 10 m	10 a 12 m
	6 a 7 m	7 a 8 m		
Fruta (cdas)*	4	4	4	4
Verdura (cdas)*	2	1	1-2	2
Carne de res (cdas)*	1	2	1-2	4
Hígado de res. (cdas)*	1	2	2	4
Hígado de pollo (cdas)*	1	2	1-2	3
Pollo (cdas)*	1	2	2	3
Huevo	NI	NI	NI	NI
Papa (cdas)*	NI	1	2	2
Plátano hartón (cdas)*	NI	1	1	1½
Arroz cocido (cdas)*	NI	NI	1-2	2
Pasta cocida (cdas)*	NI	NI	1	2-3
Lenteja (cdas)*	NI	NI	NI	1-2
Frijol (cdas)*	NI	NI	NI	1
Galletas (cdas)	NI	NI	1	2
Pan (cdas)*	NI	NI	NI	½

NI: No indicado, *Unidad de medida: cucharada sopera

Cuadro 6: Tamaño de la porción por comida de los alimentos sugeridos por comida para niños lactantes de 6 a 12 meses, de acuerdo con el consumo promedio (Olaya, Borrero; 2010).

Alimento	Peso g	Proteína g	Grasa g	CHO g	Calcio mg	Hierro mg	Zinc mg	Vitamina A ER
Papaya común	15	0,1	0	0,6	2	0	0	11
Papaya hawaiana	15	0,1	0	0,6	2	0	0	11
Guayaba	15	0,1	0,1	1,8	3	0	0	12
Manzana	15	0	0	2,3	2	0	0	1
Puré de zanahoria	15	0,1	0	1,3	5	0,1	0	105
Puré de espinaca	15	0	0	0,6	20	0,5	0,1	123
Puré de ahuyama	15	0,2	0,1	1	2	0	0	60
Puré de acelga	15	0,3	0	0,6	9	0,3	0	47
Hígado de res cocido	4	1	0,2	0,1	0	0,3	0,2	424
Pernil de pollo	6	1,6	0,7	0	1	0,1	0,2	1
Corazón de pollo	5	1,3	0,4	0	1	0,5	0,4	0
Hígado de pollo	6	1,5	0,3	0	1	0,5	0,3	295
Carne de res rallada	4	1,2	0,4	0	0	0,1	0,3	0
Carne de res picada	5	1,5	0,5	0	1	0,2	0,3	0
Pechuga de pollo	5	1,6	0,2	0	1	0,1	0,1	0
Papa en pure	11	0,2	0	2,2	1	0	0	0
Papa rayada	7	0,1	0	1,4	1	0	0	0
Papa en cubos o picada	8	0,1	0	1,6	1	0	0	0
Plátano hartón maduro	19	0,2	0	5,9	0	0,1	0	17
Arroz cocido	10,5	0,2	0	2,5	1	0	0	0
Cabello de ángel	11	0,5	0,2	2,7	1	0,2	0,2	1
Conchitas	10	0,5	0,2	2,5	1	0,2	0,2	1
Lenteja cocida	7	0,6	0	1,4	1	0,2	0,1	0
Frijol cocido	11	1	0,1	2,5	3	0,3	0,1	0

Cuadro 7: Aporte nutricional de alimentos complementarios por peso de una cucharada sopera para la alimentación del niño lactante de 6 a 12 meses (Olaya, Borrero; 2010).

Hospital amigo del niño y de la niña

La iniciativa Hospital Amigo de los Niños comenzó en 1992, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha dicho proyecto con la idea de favorecer la lactancia natural ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia (OMS 2015).

Esta iniciativa se basa en los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. Esta iniciativa está contribuyendo a que la lactancia natural exclusiva gane terreno en todo el mundo. Combinada con medidas de apoyo en todos los eslabones del sistema de salud, puede ayudar a las madres a mantener este modo de alimentación (Nava, Martínez; 2014).

La iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Niña se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países lo que ha contribuido a la práctica de la LME. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud (Nava, Martínez; 2014).

La LM como política de salud tuvo un auge en la Declaración de Innoceti en Florencia Italia en agosto de 1990, en lo cual México se compromete en proteger, promover y apoyar la LM; para cumplir este punto se realiza el diagnóstico de la práctica de la lactancia en el país y se encuentran rutinas hospitalarias que obstruyen el amamantamiento natural. Como respuesta a este diagnóstico se

establece el Comité Nacional de Lactancia Materna en el cual participan todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México, los Institutos Nacionales de Pediatría y Perinatología representantes de OPS y UICEF en el país. En este grupo se integra el Programa Nacional de Lactancia Materna donde se establecen las cuatro siguientes estrategias (Reyes, Martínez; 2014):

- Fortalecimiento Institucional, en el que queda integrada la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la madre, y que por su impacto y crecimiento se transforma en una estrategia independiente a partir de 1995.
- Apoyo comunitario.
- Monitoreo y seguimiento.
- Investigación.

En México se han realizado acciones a favor de LM, en el 2014 se derivó el Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud se establece la Estrategia Nacional de Lactancia Materna; cuyas líneas de acción responden a la dinámica y los logros obtenidos en años anteriores así como a la problemática actual:

- Reforzamiento de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña incluyen los estándares actuales propuestos por la OMS.
- Establecimiento de Bancos de Leche Humana con el fin de avanzar en la utilización de leche humana aun en neonatos hospitalizados.

- Establecimiento de Lactarios en áreas de labores con los cuales avanzamos en el apoyo de las madres trabajadoras.
- Cruzada Nacional contra el Hambre en el cual el tema de amamantamiento natural se transforma en una acción relevante para los 400 municipios con mayor pobreza del país.
- Cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna a través del Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en la lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana. Diario Oficial de la Federación 14 de marzo del 2013.
- Celebración de la Semana Mundial de Lactancia del 1 al 7 de agosto de cada año con la finalidad de promover el tema e incentivar las acciones.

Seguimiento y evaluación a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición:

- Capacitación personal del Sistema Nacional de salud. Dentro de este marco cabe mencionar que la OMS y la UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse (OMS 2015). Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño

pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH (Nava, Martínez; 2014).

Dentro de este marco cabe mencionar la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, el cual describe las intervenciones esenciales para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva (OMS 2010).

Diez pasos para una lactancia materna exitosa

De conformidad con estándares actuales de la OMS se retoman los diez pasos para una LM exitosa, más los tres anexos: cumplimiento del código de sucedáneos de la leche, atención amigable a la madre y VIH y alimentación infantil, iniciando la difusión de la iniciativa a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (Reyes, Martínez; 2014).

Una vez que se dieron a conocer los nuevos estándares se estableció con los Secretarios de Salud Estatales que las unidades que atienden partos se integren a la Iniciativa llenando su formato de autoevaluación y cuando cumplieron el 100% con los criterios marcados y tuvieran al menos el 85% de la lactancia materna exclusiva, se podría solicitar la visita para la evaluación para la nominación. Logrando nominar 53 hospitales durante el 2012 y 2013 (Reyes, Martínez; 2014).

1. Política por escrito, que todo el personal conozca y ponga en práctica.

En este punto se refiere a la formación de un Comité Hospitalario de Lactancia Materna presidido por el director de la unidad participante, los

Jefes de los Servicios involucrados en la Iniciativa debido a que tienen nivel de decisión para instruir los cambios necesarios y por qué no las necesidades requeridas para la aplicación de dicha iniciativa. Dicha política debe incluir los 10 pasos de la LM exitosa y los 3 anexos. Cabe mencionar que esta política debe estar accesible a todo el personal, primordialmente al que está en contacto con las madres y bebés.

2. *Capacitación en lactancia materna al 100% del personal.*

En este paso como se indica se debe capacitar al 100% de quienes laboran en el hospital, incluidos internos, residentes y pertenecientes a servicios subrogados como pueden ser servicios de seguridad y limpieza. Se debe elaborar un programa con carta descriptiva que consta de 20 horas de teoría, para el personal que este en contacto con el binomio madre-hijo y 8 horas para el personal no clínico con prácticas supervisadas para todos. El documento con carta descriptiva, evaluación previa y posterior con listas de asistencia que abarque al 100% del personal.

3. *Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.*

Informar al 100% de embarazadas en control prenatal la importancia de la lactancia, el contacto piel a piel, alojamiento conjunto, VIH y embarazo y diseñar un sistema que verifique que la embarazada ha sido informada y tener material escrito didáctico para las embarazadas sobre la LM y riesgos de la alimentación artificial.

4. *Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después de nacer.*

Crear una estrategia para fomentar el contacto piel a piel inmediato al nacimiento y mantener este contacto por lo menos 1 hora. Ayudado por el personal de las áreas de toco cirugía, quirófano y recuperación.

5. *Mostrar a las madres como amamantar, y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.*

Optimizar y garantizar la supervisión a las madres en las técnicas de amamantamiento y extracción de leche materna dentro de las primeras 6 horas post parto.

6. *No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna, a no ser que este indicado por el médico.*

En este paso se debe implementar registros donde se demuestre que el porcentaje de la LME sea superior al 85% del número de recién nacidos egresados. Verificar que en el expediente clínico se documente la razón medica del uso de los sucedáneos basado en documentos de la OMS.

7. *Practicar el alojamiento conjunto.*

Permitir que las madres y su recién nacido permanezcan juntos las 24 horas del día.

8. *Alentar a la lactancia a libre demanda.*

Reforzar el conocimiento de los signos que indican cuando el recién nacido tienen hambre. Unificar criterio encaminados a no limitar horarios y tiempos de amamantamiento, estandarizando de procedimientos en todos los turnos.

9. *No dar biberones, ni chupones.*

Incrementar la vigilancia para evitar el ingreso al hospital de biberones y chupones e implementar carteles con imágenes que prohíban el uso de estos accesorios.

10. *Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna.*

Para seguir fomentando la LM y motivar a las madres a amamantar de manera exclusiva seis meses y continuar la lactancia hasta avanzado el segundo año de vida, es necesario establecer grupos de apoyo tanto ligados a las unidades de primer contacto como a la comunidad y referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital.

Anexos de los 10 pasos de la LM exitosa

Atención amigable.

Implementar, difundir y capacitar al personal clínico y no clínico sobre la atención amigable. Informar a las madres sobre las acciones que se lleven a cabo para cumplir con prácticas amigables así como contar con material escrito para la población y personal.

VIH y Alimentación Infantil.

Capacitar a todo el personal clínico sobre VIH y alimentación infantil también a las embarazadas durante la consulta de control prenatal en los temas de VIH y embarazo, transmisión vertical durante el embarazo y la importancia del test y la

consejería sobre la alimentación infantil de acuerdo a la NOM-010 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Difundir el contenido del Código llevando un control estricto del uso de sucedáneos de la leche (facturas y notas de remisión de formula que llegan al hospital).

6. VARIABLES

Variable	Categorización	Tipo de variable
Edad	Cuantitativa	Independiente
Origen	Cualitativo	Independiente
Escolaridad	Cualitativo	Independiente
Estado civil	Cualitativo	Independiente
Lactancia Materna	Cualitativa	Dependiente
Conocimientos	Cualitativa	Dependiente
Alimentación complementaria	Cualitativa-cuantitativa	Dependiente
Lenguaje del personal	Cualitativa	Dependiente
Atención del personal	Cualitativa	Dependiente

Cuadro 8. Variables de estudio.

7. METODOLOGIA.

Material y métodos.

7.1 Diseño de la Investigación: Transversal, Descriptivo.

Universo o población de estudio: Mujeres pos parto/ pos cesárea que se encuentran en alojamiento conjunto y/o acuden a las pláticas de lactancia materna del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015.

7.2 Tamaño de muestra: 100 madres pos parto/ pos cesárea.

7.3 Recursos

a) Humanos: Autora del proyecto LN Perla Isabel Limón González, con asesoría de Lalis Elisa Osuna Sánchez LN, MNH.

b) Materiales: Impresiones, lapiceras, computadora, Excel 2010, SPSS versión 22.

c) Financieros: Impresiones \$150, lapiceras \$30.

7.4 Limites

a) Tiempo: Periodo Abril-Mayo 2015.

b) Lugar: Hospital Regional Yahualica. SSJ.

c) Criterios de selección

Inclusión:

- Mujeres que tuvieron su parto/ cesárea en el Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015.
- Madres que estuvieron en alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015.

- Mujeres lactantes que acuden a las pláticas de LM los días miércoles en el aula de capacitación del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril- Mayo del 2015.

Exclusión:

- Mujeres que no tuvieron su parto/ cesárea en el Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015.
- Madres que no estuvieron en alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015.
- Mujeres lactantes que no acuden a las pláticas de LM los días miércoles en el aula de capacitación del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril- Mayo del 2015.

Eliminación:

- Que las madres que estuvieron en el alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica en el periodo Abril-Mayo del 2015 no hayan querido participar en el estudio.

7.5 Plan de trabajo.

Se formuló un cuestionario sobre LM de 14 preguntas más 4 datos generales de la encuestadas (Ver Anexo 1) el cual se aplicó a las madres que se encontraban en alojamiento conjunto, las que acudían a las pláticas sobre LM y las madres que se les llamo vía telefónica que habían tenido su parto o cesárea en el Hospital

Regional Yahualica en el periodo Abril – Mayo del 2015. De los resultados obtenidos se realizó una base de datos en Excel y posteriormente se analizaron utilizando el programa SPSS versión 22.

9. RESULTADOS.

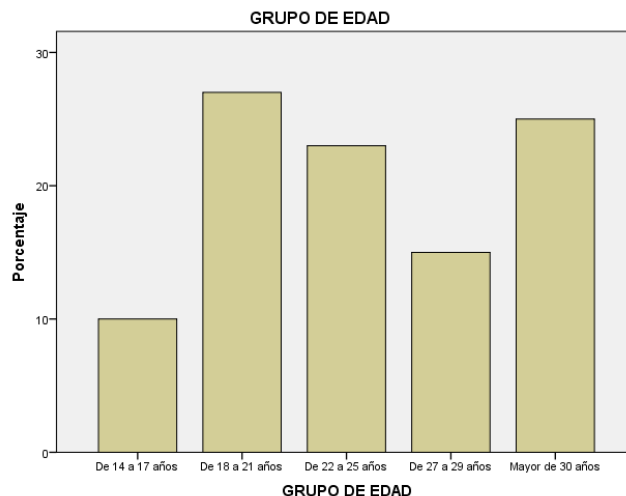
Se encuestaron a 100 madres pos-parto y pos-cesárea de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica obteniendo los resultados que a continuación se muestran.

En el rango del grupo de edad el 27% de las madres encuestadas se encuentra en el grupo de 18 a 21 años de edad, 25% mayor a 30 años, 23% de 22 a 25 años, 15% de 27 a 28 años y el 10% de 14 a 17 años (Cuadro 1 y gráfica 1).

RANGO DE EDAD DE MUJERES LACTANTES QUE ESTUVIERON EN ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 21 años	27	27.0
De 22 a 25 años	23	23.0
De 27 a 29 años	15	15.0
Mayor de 30 años	25	25.0
Total	100	100.0

Cuadro 1. Rango de edad de mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



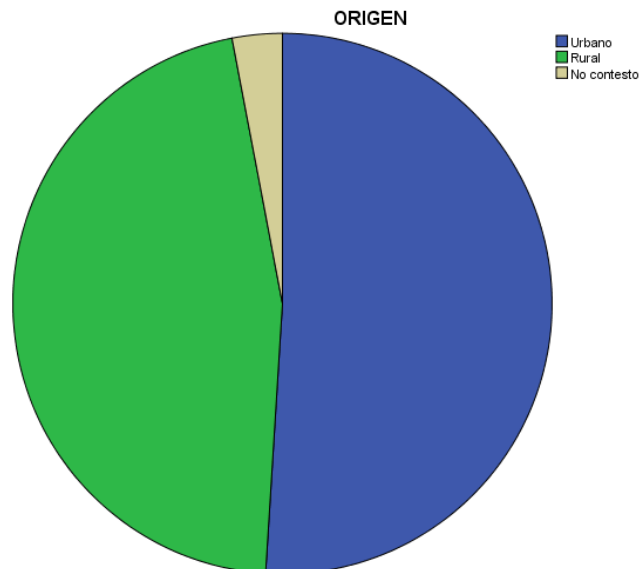
Gráfica 1. Rango de edad de mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Con respecto al origen el 51% de las encuestadas son de origen urbano, 46% rural y el 3% de las encuestas no contestaron (Cuadro 2 y gráfica 2).

ORIGEN DE LAS MUJERES LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Urbano	51	51.0
	Rural	46	46.0
	No contesto	3	3.0
	Total	100	100.0

Cuadro 2. Origen de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



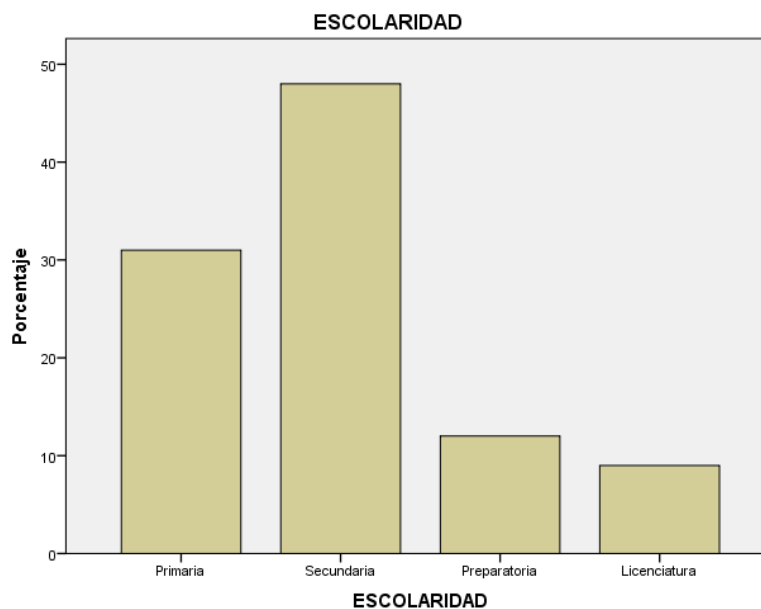
Gráfica 2. Origen de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En la escolaridad el 48% tiene la secundaria terminada, 31 % la primaria, 12% la preparatoria y el 9% termino alguna licenciatura (Cuadro 3 y gráfica 3).

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL
HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria	31	31.0
	Secundaria	48	48.0
	Preparatoria	12	12.0
	Licenciatura	9	9.0
	Total	100	100.0

Cuadro 3. Escolaridad de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



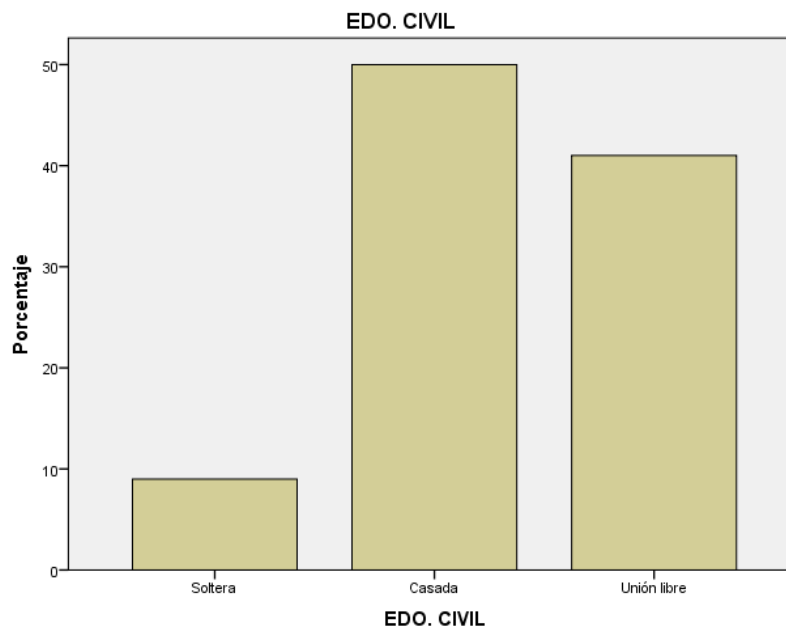
Gráfica 3. Escolaridad de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En el estado civil las encuestadas refieren que el 50% están casadas, 41% en unión libre, y el 9% solteras (Cuadro 4 y gráfica 4).

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltera	9	9.0
	Casada	50	50.0
	Unión libre	41	41.0
	Total	100	100.0

Cuadro 4. Estado civil de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



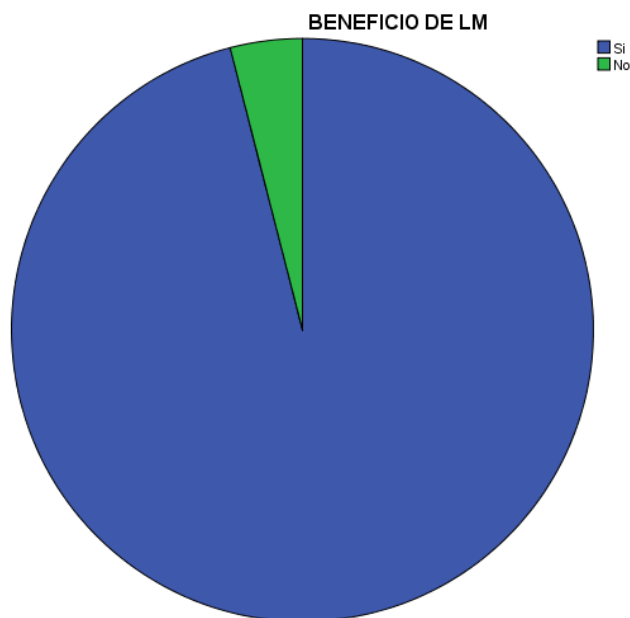
Grafica 4. Estado civil de las mujeres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En lo referente a los beneficios sobre la LM que las madres tienen al respecto el 96% refiere si conocerlos y el 4% refiere no conocer algún beneficio (Cuadro 5 y gráfico 5).

BENEFICIO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA CONOCIDOS POR LAS MADRES LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	96	96.0
	No	4	4.0
	Total	100	100.0

Cuadro 5. Beneficios sobre la lactancia materna conocidos por las madres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



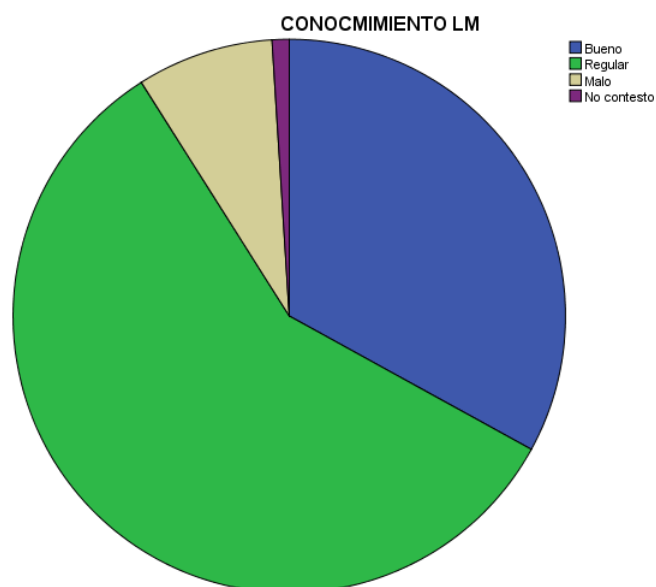
Gráfica 5. Beneficios sobre la lactancia materna conocidos por las madres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En los conocimientos que las madres tienen sobre algún beneficio de la LM se observa que la respuesta al respecto de esta pregunta el 58% tiene un conocimiento regular, 33% bueno, 8% malo y 1% no contesto (Cuadro 6 y gráfica 6).

CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bueno	33	33.0
	Regular	58	58.0
	Malo	8	8.0
	No contesto	1	1.0
	Total	100	100.0

Cuadro 6. Conocimientos de lactancia materna de las madres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



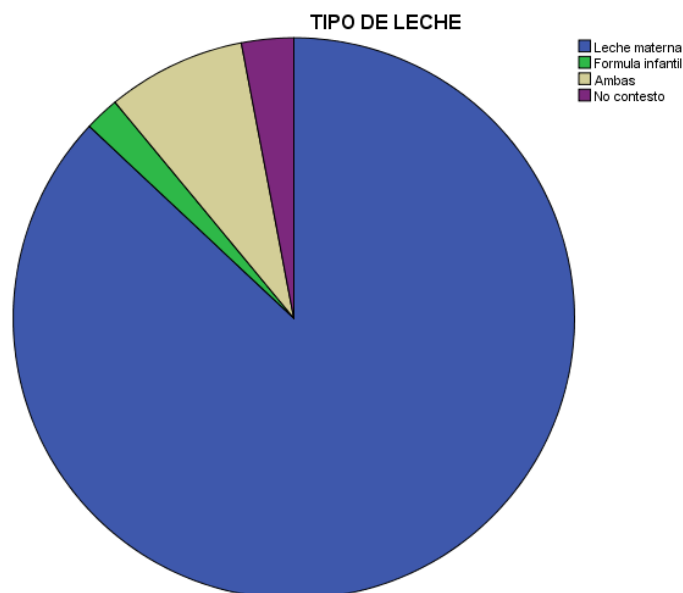
Gráfica 6. Conocimientos de lactancia materna de las madres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

El tipo de leche que las madres le están dando al bebe el 87% leche materna, 8% ambas (Leche materna y formula), 2% formula infantil y el 3% no contesto (Cuadro 7 y gráfica 7).

TIPO DE LECHE QUE LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA DAN A SUS BEBES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leche materna	87	87.0
	Formula infantil	2	2.0
	Ambas	8	8.0
	No contesto	3	3.0
	Total	100	100.0

Cuadro 7. Tipo de leche que las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica dan a sus bebes.



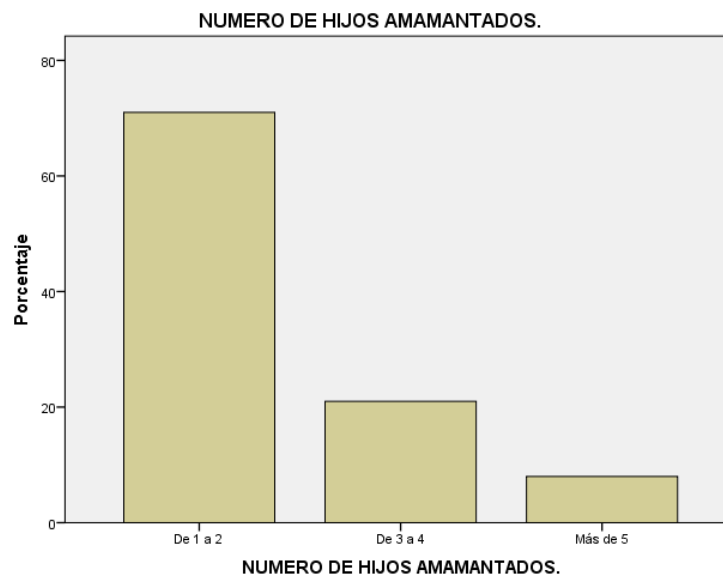
Gráfica 7. Tipo de leche que las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica dan a sus bebés.

El número de hijos amantados por las madres encuestadas el 71% ha amantado de 1 a 2 hijos, 21% de 3 a 4 hijos y el 8% más de 5 hijos (Cuadro 8 y gráfica 8).

NUMERO DE HIJOS AMAMANTADOS POR LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido De 1 a 2	71	71.0
De 3 a 4	21	21.0
Más de 5	8	8.0
Total	100	100.0

Cuadro 8. Número de hijos amantados por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



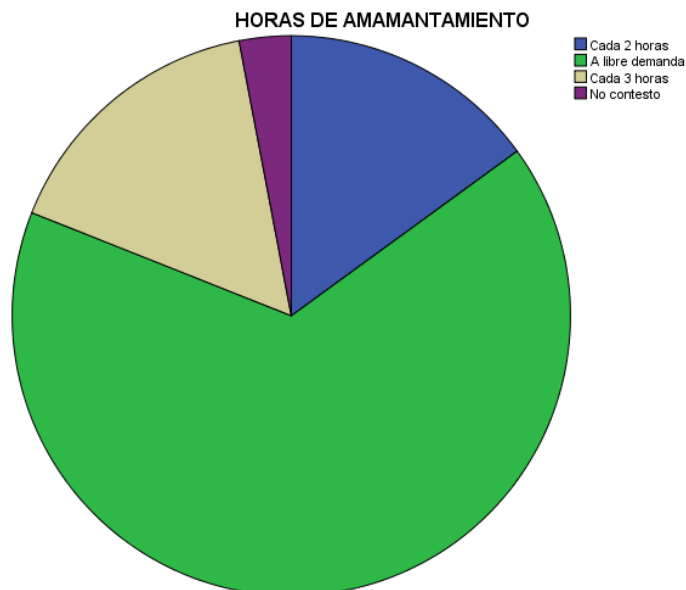
Gráfica 8. Número de hijos amantados por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Del total de la encuestadas, refieren que el horario para amamantar al bebe debe ser a libre demanda 66%, 16% cada tres horas, 15% cada dos horas y el 3% no contesto (Cuadro 9 y gráfica 9).

**HORAS QUE AMAMANTAN A SUS BEBES LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO
DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Cada 2 horas	15	15.0
	A libre demanda	66	66.0
	Cada 3 horas	16	16.0
	No contesto	3	3.0
	Total	100	100.0

Cuadro 9. Horas que amamantan a sus bebes las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



Gráfica 9. Horas que amamantan a sus bebes las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica

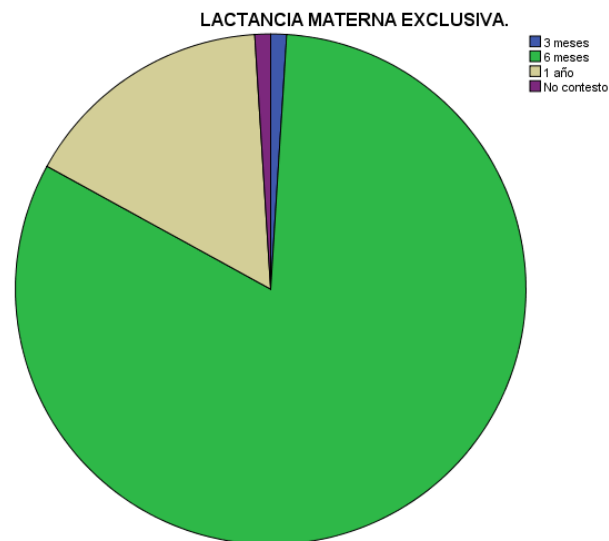
En otro punto con respecto a la LME el 82% de las madres refiere que debe ser a los 6 meses de edad del lactante, 16% al año de vida, 1% a los tres meses y el otro 1% restante no contestó (Cuadro 10 y gráfica 10).

EDAD RECOMENDABLE PARA LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA REFERIDA POR LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL

YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3 meses	1	1.0
	6 meses	82	82.0
	1 año	16	16.0
	No contestó	1	1.0
Total		100	100.0

Cuadro 10. Edad recomendable para la lactancia materna exclusiva referida por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



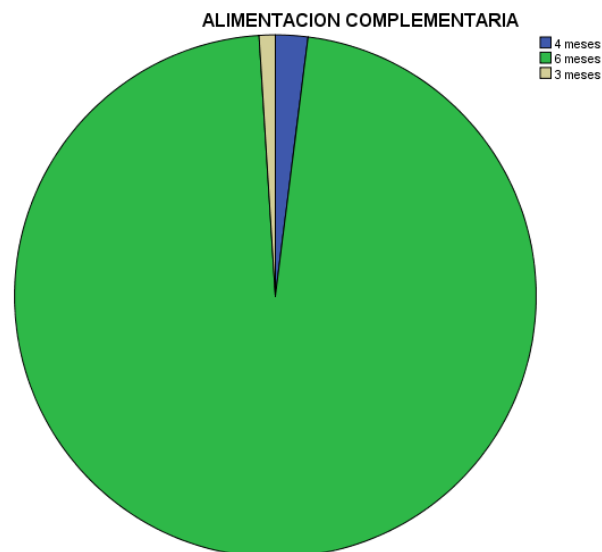
Gráfica 10. Edad recomendable para la lactancia materna exclusiva referida por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

La alimentación complementaria en lactantes según las madres encuestadas el 97% refiere que a los seis meses debe iniciar, 2% a los cuatro meses y el 1% a los tres meses (Cuadro 11 y gráfica 11).

EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA REFERIDA POR LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	4 meses	2	2.0
	6 meses	97	97.0
	3 meses	1	1.0
	Total	100	100.0

Cuadro 11. Edad de inicio de alimentación complementaria referida por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



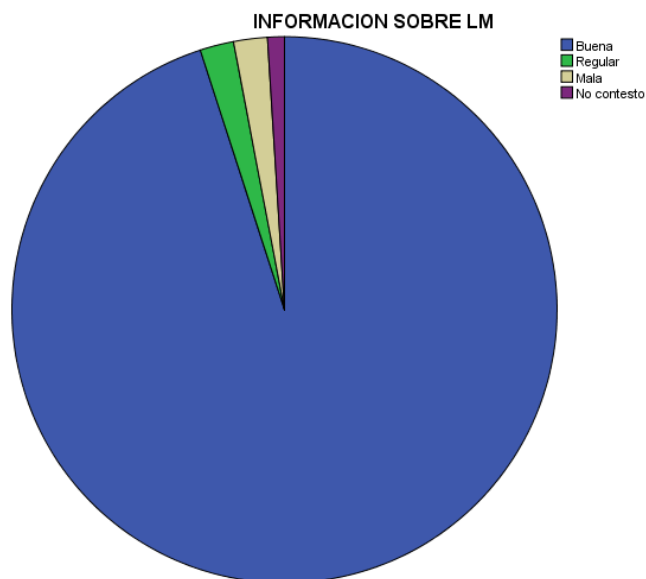
Gráfica 11. Edad de inicio de alimentación complementaria referida por las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Con respecto a la información dada por el personal de salud con respecto a la LM las madres refieren fue buena referido el 95% de estas, 2% regular, 2% mala y 1% no contesto (Cuadro 12 y gráfica 12).

INFORMACION SOBRE LA LACTANCIA MATERNA QUE RECIBEN LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buena	95	95.0
	Regular	2	2.0
	Mala	2	2.0
	No contesto	1	1.0
	Total	100	100.0

Cuadro 12. Información sobre la lactancia materna que reciben las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



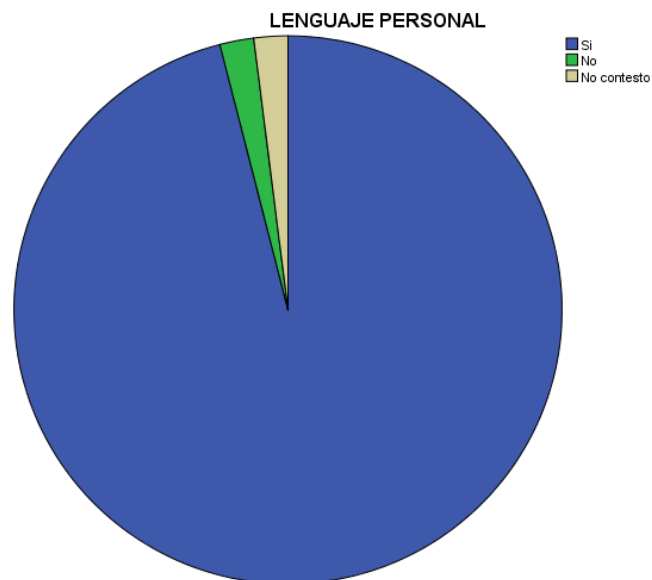
Gráfica 12. Información sobre la lactancia materna que reciben las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

El lenguaje utilizado por el personal de salud que labora en el Hospital Regional Yahualica en la promoción de la LM fue el adecuado: si 96%, no 2% y 2% de las encuestadas no contestaron (Cuadro 13 y gráfica 13).

**LENGUAJE DEL PERSONAL QUE BRINDA PLATICAS SOBRE LA LACTANCIA
MATERNA A LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
REGIONAL YAHUALICA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	96	96.0
	No	2	2.0
	No contesto	2	2.0
Total		100	100.0

Cuadro 13. Lenguaje del personal que brinda platicas sobre la lactancia materna a las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



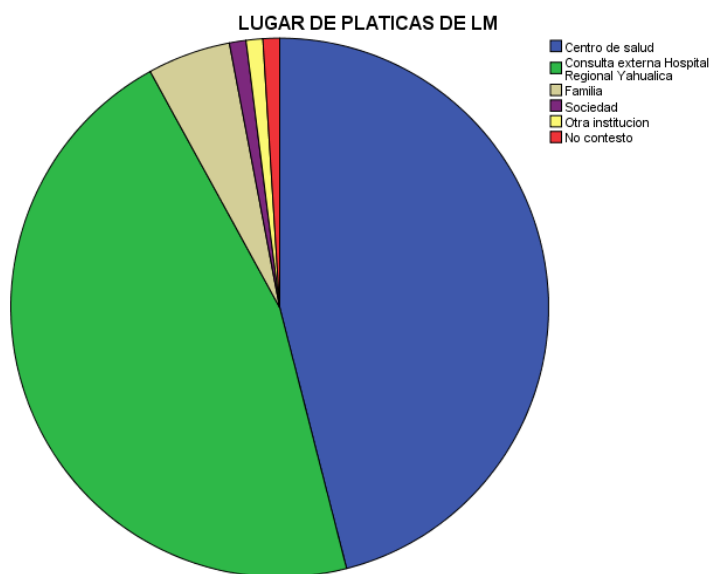
Gráfica 13. Lenguaje del personal que brinda platicas sobre la lactancia materna a las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Por otra parte las madres refieren recibir pláticas relacionadas a la lactancia materna primordialmente en el Hospital Regional Yahualica en consulta externa con el 46% y en el Centro de Salud de su comunidad 46%, 5% reciben orientación de su familia; con el 1% en la sociedad, otra institución y no contesto (Cuadro 14 y gráfica 14).

LUGAR DE PLÁTICAS QUE LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA HAN RECIBIDO SOBRE LA LACTANCIA.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Centro de salud	46	46.0
Consulta externa Hospital Regional Yahualica	46	46.0
Familia	5	5.0
Sociedad	1	1.0
Otra institución	1	1.0
No contesto	1	1.0
Total	100	100.0

Cuadro 14. Lugar de pláticas que las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica han recibido sobre la lactancia.



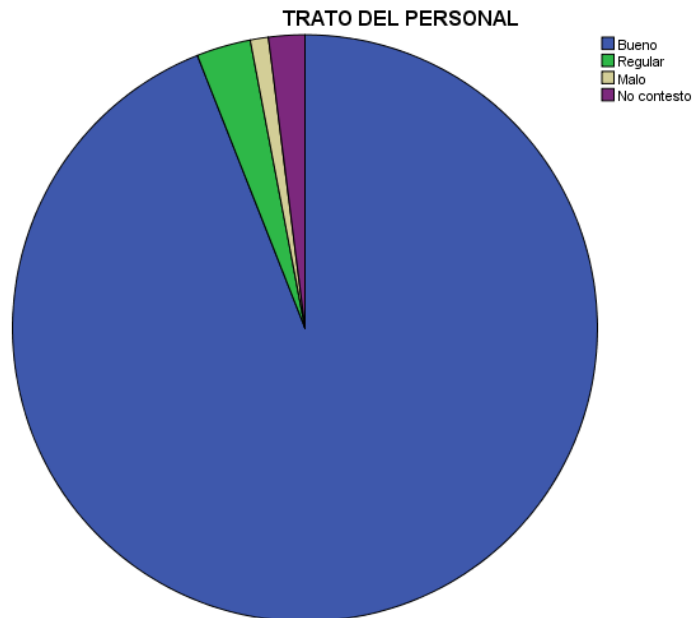
Gráfica14. Lugar de pláticas que las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica han recibido sobre la lactancia.

Cabe mencionar que también es de suma importancia el trato que el personal de salud le ofrece a las mujeres que se encuentran en alojamiento conjunto para que estas se sientan en un ambiente agradable, por ello en esta pregunta el 94% dice que el trato del personal es bueno, 3% regular, 2% no contesto y 1% malo (Cuadro 15 y gráfica 15).

**TRATO DEL PERSONAL DE SALUD OTORGADO A LAS MADRES DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bueno	94	94.0
	Regular	3	3.0
	Malo	1	1.0
	No contesto	2	2.0
Total		100	100.0

Cuadro 15. Trato del personal de salud otorgado a las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



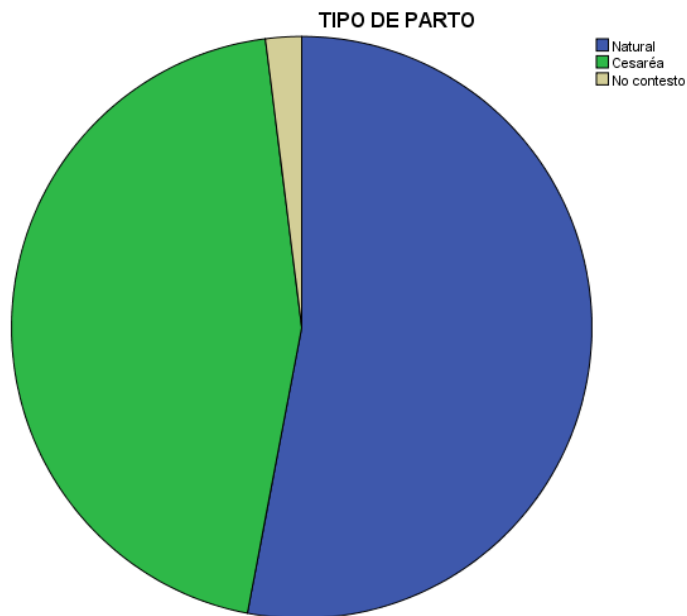
Gráfica15. Cuadro 15. Trato del personal de salud otorgado a las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica

Con respecto al tipo de parto en las madres encuestadas el 53% fue natural, 45% cesárea y un 2% no contesto (Cuadro 16 y gráfica 16).

**TIPO DE PARTO DE LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
REGIONAL YAHUALICA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Natural	53	53.0
	Cesárea	45	45.0
	No contesto	2	2.0
	Total	100	100.0

Cuadro 16. Tipo de parto de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



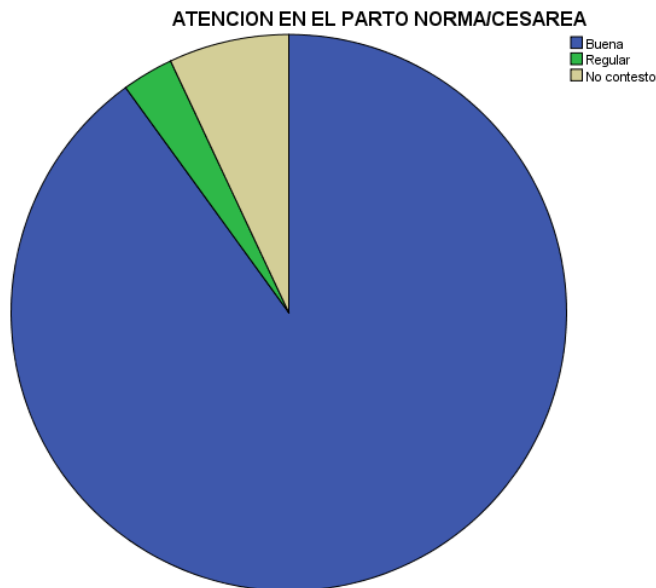
Gráfica 16. Tipo de parto de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En la atención durante el parto la mayor parte de las madres refiere que el 90% fue buena, 7% no contesto y el 3% regular. Cabe mencionar que aquí entran los dos grupos tanto las madres que tuvieron parto normal y las que tuvieron cesárea (Cuadro 17 y gráfica 17).

ATENCIÓN EN EL PARTO OTORGADO POR EL PERSONAL DE SALUD DE LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Buena	90	90.0
	Regular	3	3.0
	No contesto	7	7.0
	Total	100	100.0

Cuadro 17. Atención en el parto otorgado por el personal de salud de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.



Gráfica 17. Atención en el parto otorgado por el personal de salud de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En una de nuestras tablas cruzadas (refleja .000 lo cual es significativa razón de Pearson), indica el origen con el tipo de parto, nos refleja que las madres de origen urbano el 25% fue parto normal y 25% cesárea. Con respecto a las madres de origen rural el 27% parto normal y 19% cesárea (Cuadro 18).

GRUPO DE EDAD RELACIONADO AL NÚMERO DE HIJOS AMAMANTADOS DE LAS MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA.

		NUMERO DE HIJOS AMAMANTADOS.			Total
		De 1 a 2	De 3 a 4	Más de 5	
GRUPO DE EDAD	De 14 a 17 años	9	1	0	10
	De 18 a 21 años	23	2	2	27
	De 22 a 25 años	20	3	0	23
	De 27 a 29 años	9	6	0	15
	Mayor de 30 años	10	9	6	25
Total		71	21	8	100

Cuadro 18. Grupo de edad relacionado al número de hijos amamantados de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Otro aspecto importante es el lenguaje del personal de salud para que las madres reciban la información óptima para una lactancia materna exitosa, estas refieren en un 93% que el lenguaje del personal si es el adecuado y que la información es buena (Cuadro 19).

**LENGUAJE DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADO CON LA INFORMACION SOBRE LM EN
MADRES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA.**

		INFORMACION SOBRE LM				Total
		Buena	Regular	Mala	No contesto	
LENGUAJE PERSONAL	Si	93	1	2	0	96
	No	1	1	0	0	2
	No contesto	1	0	0	1	2
Total		95	2	2	1	100

Cuadro 19. Lenguaje del personal de salud relacionada con la información sobre la lactancia materna en madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

Cabe mencionar la importancia del tipo de parto relacionado con el lugar de origen de la madre, el 25% es de origen urbano y su parto fue natural y cesárea (25%), las de origen rural el 27% fue parto normal y el 19% cesárea, y el 1% restante no contesto (Cuadro 20).

**LUGAR DE ORIGEN RELACIONADO CON EL TIPO DE PARTO DE LAS MADRES
LACTANTES DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

		TIPO DE PARTO				Total
		Natural	Cesárea	No contesto	4	
ORIGEN	Urbano	25	25	1	0	51
	Rural	27	19	0	0	46
	No contesto	1	1	0	1	3
Total		53	45	1	1	100

Cuadro 20. Lugar de origen relacionado con el tipo de parto de las madres lactantes de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

En relación al grupo de edad con la escolaridad el rango de 22 a 25 años de edad tiene secundaria terminada en un 16%, mayor a 30 años primaria terminada con el 13%, de 18 a 21 años primaria terminada 11% y tan solo el 5% tiene alguna licenciatura en mayores de 30 años (Cuadro 21).

**GRUPO DE EDAD RELACIONADO CON LA ESCOLARIDAD DE LAS MADRES LACTANTES DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL REGIONAL YAHUALICA**

		ESCOLARIDAD				Total
		Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	
GRUPO DE EDAD	De 14 a 17 años	0	8	2	0	10
	De 18 a 21 años	8	11	8	0	27
	De 22 a 25 años	3	16	1	3	23
	De 27 a 29 años	7	6	1	1	15
	Mayor de 30 años	13	7	0	5	25
Total		31	48	12	9	100

Cuadro 21. Grupo de edad relacionado con la escolaridad de las madres de alojamiento conjunto del Hospital Regional Yahualica.

10. CONCLUSIONES.

Por medio de esta evaluación podemos concluir que la información y promoción con respecto a la lactancia materna es la adecuada y bien entendida por las madres de alojamiento conjunto, esto nos corrobora la acreditación del Hospital Amigo del Niño y de la Niña debido a que en el Hospital Regional Yahualica se promueve y practica el apoyo para una lactancia materna exitosa.

11. ANEXOS.

Folio: _____

CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

Favor de contestar las siguientes preguntas como se indican, el objetivo es saber sus conocimientos adquiridos sobre la Lactancia Materna.

EDAD:

- a. 14-17 años,
- b. 18-21 años,
- c. 22-25 años,
- d. 27-29 años,
- e. 30 años en adelante.

Marque con una X las siguientes preguntas:

LUGAR DE ORIGEN:

1. Urbano	
2. Rural.	

ESCOLARIDAD:

1. Primaria	
2. Secundaria	
3. Preparatoria	
4. Licenciatura	

ESTADO CIVIL:

1. Soltera	
2. Casada	
3. Unión libre	
4. Divorciada	

Favor de contestar las siguientes preguntas encerrando en un círculo la respuesta que usted crea conveniente:

1. Conoces los beneficios de la Lactancia Materna:
 - a. Si.
 - b. No.
 2. Menciona un beneficio de la Lactancia Materna:
-
3. Qué tipo de leche le está dando en estos momentos a su hijo (a):
 - a. Leche materna.
 - b. Formula infantil.
 - c. Ambas.
 4. Número de hijos que ha amamantado:
 - a. 1-2.
 - b. 3-4.
 - c. Más de 5.
 5. Cada cuantas horas se debe amamantar a su hijo (a):
 - a. Cada 2 horas.
 - b. Libre demanda.
 - c. Cada 3 horas.
 6. Cuanto tiempo se recomienda dar la Lactancia Materna Exclusiva:
 - a. 3 meses.
 - b. 6 meses.
 - c. 1 año.
 7. A qué edad se recomienda la Alimentación Complementaria (Introducción de alimentos al bebe):
 - a. 4 meses.
 - b. 6 meses.
 - c. 3 meses.
 8. La información dada sobre la Lactancia Materna, en este hospital fue:
 - a. Buena
 - b. Mala
 - c. Regular.
 9. El lenguaje utilizado por el personal de salud en la impartición de las platicas fue el adecuado:
 - a. Si
 - b. No.
 10. En que otro lugar haz recibido capacitación/ platicas de la Lactancia Materna:
 - a. Centro de salud
 - b. Consulta externa del Hospital Regional Yahualica

- c. Familia
 - d. Sociedad
 - e. Otra institución.
11. El trato otorgado por el personal de este hospital fue:
- a. Bueno
 - b. Malo.
 - c. Regular.
12. Como fue su parto:
- a. Natural
 - b. Cesárea
13. Si fue cesárea como considera el trato por parte del personal:
- a. Buena.
 - b. Mala.
 - c. Regular.
14. Como fue la atención por parte del personal a la hora del parto y post-parto:
- a. Buena.
 - b. Mala.
 - c. Regular.

POR SU PARTICIPACION, GRACIAS!

12. BIBLIOGRAFIA.

1. Magalys Puente Perpiñán, Nilsa Alvear Coquet, Alina de los Reyes Losada, Tani Rosa Ricardo Falcón. 2010. ¿Porque las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Rev Cubana de AlimentNutr 20(2):280-286.
2. Dr. Valentín Caballero Ortiz, Lic. Isabel Caballero Ortiz, Dr. Mijail Ruiz González, Dr. Antonio Caballero Ortiz y Dra. Yudelkis Muchuli Caballero. 2013. Factores que contribuyen a la lactancia materna exclusiva en una área de salud. MEDISAN 17(3): 455.
3. Dr. Remigio Rafael Gorrita Pérez, Dra. Yenisley Ravelo Rodríguez, Dra. Elisa Ruiz Hernández, Dra. Belkis Brito Herrera. 2012. Informacin de la lactancai materna en la gestantes en su tercer trimestre. Reviste cubana de pediatriz84(2):357-367.
4. Víctor Macías-Rioja, Carlos Arturo Ramírez-Rodríguez, Erika Matilde Martínez-Carballo, Juan Miguel Ochoa-López, Elizabeth Hoyos-Loya, Paulina Blanco-Cervantes. 2014. Intervención Educativa sobre Lactancia Materna en el Serviciode Neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Bol ClinHospInfant Edo Son 2014; 31(2); 85-89 85.
5. Bernardo Turnbull, Plaza Erikca, Escalante Miguel. Papel de las redes sociales en la Lactancia Materna Exclusiva. Revista MedInstMex Seguro Social 2006; 44 (2): 97-104.
6. Nava González Rosalba, Martínez Sánchez María del Carmen. Información con la que cuentas las mujeres posparto sobre la lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. Tesis para titulación. 2014.

7. Londoño Ángela Liliana, Mejía López María Shirley. Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva e intervención temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá- Colombia. Revista Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (19): 124-137, julio-diciembre de 2010.
8. Bustreo, F. (2011). La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos lo niño. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding20110115/es/index.html>
9. Reyes Vázquez Horacio, Martínez González Aurora. Manual del curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. 2014. Asociación pro lactancia materna, A.C. (APROLAM).
10. Juez García Gabriela et all. Manual de lactancia materna. 210. ISBN: 978-956-8823-94-8.
11. Bellardo, Morrow. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clin North Am.* 2013; 60(1).
12. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y de otras ciencias de la salud. 2010. ISBN 978-92-75-33094-4.
13. Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
14. Argomedo, et all. Curso Avanzado de Apoyo a la Lactancia MAterna (CALMA 2014.)

15. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud "UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20 horas para el personal de la maternidad. 2008; Washington.
16. Pellegrini Belincho Javier, Ortega Casanueva Cristina. Pediatría Integral. Programa de formación continuada en pediatría extrahospitalaria. Volumen XV. Número 4. 2011.
17. González Andrade Fabricio et all. Tratamiento nutricional en paciente pediátrico y adolescente con galactosemia. ISMN 978-9942-07-534-5. 2013.
18. Vázquez Garibay Edgar M et all. Recomendaciones para la alimentación del niño durante los primeros 23 meses de vida. Pediatría de México Vol. 14 Núm. 1 – 2012.
19. Olaya Vega Gilma, BorredoYoshida Marta Lucia. Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 23 meses. ISSN 0124-4108 Vol. 11 No. 2 Julio-Diciembre de 2010.
20. Gómez D. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? Acta pediátrica española; 2005.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
22. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra, OMS, 1981.
23. Obtenido desde: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>. El 6 de mayo del 2015.

24. Obtenido desde: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/. El 17 de abril del 2015.
25. Obtenido desde: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/. Consulta 7 de mayo del 2015.
26. Obtenido desde: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTAMIENTO1.pdf> TECNICA DE LACTACI. Consultado el 15 de abril del 2015.