



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNOINFANTIL



CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS NORMALES A TÉRMINO JUNIO-SETIEMBRE 2011

Autores:

Br. Batista, Silvia
Br. Bosc, Magela
Br. Sánchez, Adriana
Br. Trelles, Quilma

Tutores:

Prof. Esp. Lic. Enf. Mercedes Pérez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

AGRADECIMIENTOS.

Lic. Enf. Cecilia Callorda

Departamento de Enfermería de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social.

Equipo de salud del Alojamiento Conjunto de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social.

Equipo Gerencial del Banco de Previsión Social.

A todas las familias que participaron de este estudio.

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	08
Metodología.....	10
Resultados.....	12
Discusión y conclusiones.....	22
Bibliografía.....	25
Anexos.....	28

GLOSARIO

Areola mamaria. La zona pigmentada que rodea a las papilas mamarias o pezones.

Calostro. La primera leche. Este líquido espeso y amarillento se segrega durante los primeros días tras el parto y le proporciona al lactante nutrición y protección frente a las enfermedades infecciosas. En comparación con la leche materna madura, contiene más proteínas, menos azúcares y muchos menos lípidos.

Caseína. Un derivado del caseínogeno. La fracción proteica de la leche que forma el requesón.

Cesárea. Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal materna y pared uterina.

Contracción. Capacidad de las células o partes de ellas de generar fuerza en forma activa con el fin de acortarse para producir movimientos. Las fibras musculares tienen una gran contractilidad.

Edad gestacional. Edad del embrión o el feto calculada a partir de la fecha presumible del último período menstrual normal.

Embarazo. Es una secuencia de procesos que comienza con la fecundación, continúa con la implantación, el desarrollo embrionario y fetal, y generalmente finaliza con el parto alrededor de 38 semanas después o 40 semanas del último período menstrual.

Estrógenos. Hormonas sexuales femeninas producidas por los ovarios; controla el desarrollo de los ovocitos, el mantenimiento de las estructuras reproductivas femeninas y la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos; también intervienen en el equilibrio hidroelectrolítico y el anabolismo proteico.

Fórceps. Instrumento diseñado para ayudar a que nazca la cabeza del feto. Solo se utiliza para acelerar el parto o para corregir anomalías en la relación cabeza del producto y la pelvis materna y que interfieren en el descenso de la cabeza del producto.

Galactopoyesis. La producción de leche en la glándula mamaria. El mantenimiento de la lactancia ya establecida.

Hemorragia. Sangrado; salida de sangre de los vasos sanguíneos, en especial cuando la pérdida de sangre es profusa.

Lactancia materna. Es la secreción y eyección de leche por las glándulas mamarias.

Lactancia Materna exclusiva. Es aquella donde el recién nacido y lactante no recibe como aporte otro alimento que no sea leche materna.

Lactancia materna mixta. Es aquella donde el Recién nacido y/o lactante reciben como aporte nutricional parte de leche materna y parte de leche industrializada.

Lactancia artificial. Es aquella donde el Recién nacido o lactante reciben solo leche industrializada.

Lactobacillus Bifidus. Microorganismo existente en el tracto intestinal de los lactantes amamantados.

Lactogénesis. Inicio de la secreción de leche.

Leche humana. Tejido vivo que contiene los nutrientes necesarios para un buen crecimiento y desarrollo de la cría humana.

Leche inicial. La primera leche obtenida cuando el lactante inicia la succión o al principio de la expresión mamaria. Contiene menos lípidos que la leche que aparece al final de la misma toma.

Leche transicional. La leche producida en la fases iniciales del período pos parto a medida que se reduce la excreción de calostro y aparece la leche madura.

Leche madura. La leche producida en la fase posterior a la transicional y hasta el final de la lactancia.

Oxitocina. Un octapéptido sintetizado por el cuerpo celular de neuronas localizadas principalmente en el núcleo para-ventricular y, en cantidades menores, en el núcleo supra óptico del hipotálamo. La oxitocina estimula el

reflejo de eyección a través de la activación de las células mioepiteliales de la glándula mamaria.

Parto vaginal. Proceso de dar a luz en el cual se produce la expulsión del feto del útero a través de la vagina.

Pezón. Proyección rugosa pigmentada ubicada en la superficie de la mama, donde se localizan los orificios de los conductos galactóforos por donde se libera la leche.

Placenta. Estructura especial a través de la cual se produce el intercambio de sustancias entre las circulaciones materna y fetal. También llamada secundina.

Progesterona. Hormona sexual femenina producida por los ovarios que ayuda a preparar al endometrio para la implantación de un óvulo fecundado y a las glándulas mamarias para la secreción de leche.

Prolactina. Una hormona existente en personas de ambos sexos y en todas las edades. Durante el embarazo estimula y prepara al epitelio alveolar mamario para la actividad secretora. Durante la lactancia estimula la síntesis y secreción de la leche. En otras edades y en el hombre presenta interacción con otros esteroides.

Puerperio. Período inmediato posterior al parto, por lo general de 4 a 6 semanas.

Reflejo de eyección. Un reflejo iniciado por la succión que realiza el lactante sobre la mama y que da lugar a la liberación de Oxitocina por parte de la hipófisis hacia el torrente sanguíneo. La oxitocina induce la contracción de las células mioepiteliales con eyección de la leche existente en los conductillos colectores.

Útero. Órgano muscular hueco de las mujeres donde se produce la menstruación, la implantación y desarrollo del feto y el parto. También llamado matriz.

Vagina. Órgano muscular tubular de las mujeres que va desde el útero hasta el vestíbulo, situado entre el vejiga urinaria y el recto.

RESUMEN

La Lactancia Materna Exclusiva es considerada como la forma ideal de nutrición para el recién nacido y el lactante menor de 6 meses. Diversos estudios basados en evidencia demostraron que este método de alimentación brindó protección frente a enfermedades prevalentes como Infecciones respiratorias, diarreas entre otras. **Objetivo** determinar las características de la alimentación de los recién nacidos normales de término en el alojamiento conjunto. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. El Universo estuvo compuesto por 356 usuarias de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio y Setiembre de 2011. **Resultados:** El promedio de la edad materna fue de 29,5 años (rango 15-44), el tipo de parto correspondió a 57% vaginal y 43% cesárea. El 55% de los recién nacidos tuvieron contacto piel con piel en el momento del nacimiento y el 70% inició la lactancia en la primera hora de vida.

El 99% de los recién nacidos tuvieron lactancia materna.

Conclusiones: Si bien el 99% de los recién nacidos recibieron lactancia materna, solo el 52 % lo hizo de forma exclusiva. Solo el 36% de las usuarias que presentaron alguna dificultad en la instalación de la lactancia materna, recibieron apoyo para resolverla.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna exclusiva, Lactancia materna.

INTRODUCCION

"La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos específica de cada especie"¹. "Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el hijo/a, con efecto en ambos. El éxito de ésta depende de la conducta del lactante, combinada con la conducta materna, estimulada por el apoyo social, guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre".²

La leche humana es el alimento de elección durante los seis primeros meses de vida para todos los niño/as. Contiene todos los nutrientes esenciales para la alimentación y los anticuerpos necesarios para reforzar la inmunidad, lo cual contribuye en el desarrollo del nuevo ser.

La lactancia a nivel nutricional ha sido tomada como punto crítico de acción por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), en la proyección y acuerdo logrados en la "Asamblea Mundial de las Naciones Unidas en 1990" con los objetivos desarrollo del Milenio en mejora de la disminución de la mortalidad infantil en menores de cinco años.

En lo que refiere a este trabajo final de investigación, se ha establecido como objeto del mismo, identificar las características de la alimentación de los Recién Nacidos normales de término, así como conocer las particularidades de la atención en el puerperio inmediato, vinculadas al establecimiento de la lactancia.

A tales efectos, se realiza un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, que se desarrolla entre junio y septiembre de 2011, alojamiento conjunto de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social.

¹ Gonzalez, J.B. Pieta, 2002. Lactancia Materna. Rev. Cubana Enfermer. 18(1): 15-22

² Muñoz, H. 2001. Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp. 100-107.

Dado el impacto que genera la lactancia materna en la salud de la población infantil, disminuyendo la morbi-mortalidad de esta franja etaria, este proyecto aporta un antecedente de información en este tema.

Para la recolección de los datos se utiliza la entrevista como fuente primaria de información y como instrumento un cuestionario, compuesto de veintisiete preguntas estructuradas, dicotómicas. Como fuente secundaria se emplea la Historia clínica.

Según la evidencia científica, en cuanto a los beneficios protectores que brinda la lactancia materna, el bajo costo en la implementación de esta técnica y el alto impacto que su práctica conlleva; es importante identificar las características de la alimentación de los Recién Nacidos Normales de Término, que se encuentran en alojamiento conjunto de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social. Esto aporta un antecedente de información sobre las características de la alimentación de esta población que la Institución no posee.

Múltiples estudios basados en evidencia, han demostrado la importancia del rol de la Enfermera profesional, en lo que refiere a acciones de promoción y prevención de la salud, desde un abordaje integral en base de una perspectiva crítica, y contextualizada de la realidad socio-sanitaria. Por tal motivo, este trabajo genera un antecedente, a ser utilizado por las enfermeras profesionales de la institución.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las características de la alimentación de los Recién Nacidos Normales de Término durante el alojamiento conjunto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de los Recién Nacidos Normales de Término.
- Identificar las características de la atención en puerperio inmediato vinculadas al establecimiento de la lactancia.
- Describir el tipo de alimentación que reciben los recién nacidos normales de término durante el alojamiento conjunto.

DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio fue de tipo cuantitativo, ya que recogió y analizó los datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables, por ende centrándose en los datos susceptibles de cuantificar; es transversal, ya que recolectó los datos en un momento único y su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado y descriptivo, porque examinó las características de la alimentación de los recién nacidos normales de término y de los cuidados de la atención en el puerperio inmediato.

Previo a la recolección de los datos, se informó a cada usuaria sobre el trabajo de investigación a realizar y objetivos del mismo. Los datos recabados serían anónimos y empleados para los fines antes mencionados.

Se respetó la libre participación de las usuarias, haciendo hincapié que su decisión no influiría en los servicios de salud establecidos. Se procedió luego al registro de su firma en un consentimiento informado entregando una copia a cada usuaria.

Este formulario fue avalado por el Comité de Ética de la Unidad de Perinatología.

Para caracterizar la población materna

Se midieron las siguientes variables:

- Edad materna
- Nivel de Instrucción
- Estado civil
- Paridad

Para caracterizar la atención en el puerpero Inmediato

Se midieron las siguientes variables:

- Contacto piel con piel en el momento del nacimiento
- Inicio precoz de lactancia en la primer hora de nacido
- Permanencia del Recién Nacido en alojamiento conjunto
- Dificultades en la instalación de la lactancia
- Recibió apoyo para resolver las dificultades si las tuvo

Para caracterizar la población de los Recién Nacidos

Se midieron las siguientes variables:

- Sexo del Recién Nacido
- Peso de Nacimiento
- Tipo de parto
- Edad gestacional

Para describir el tipo de alimentación de los Recién Nacidos

Se midieron las siguientes variables:

- Tipo de alimentación recibida durante la internación en alojamiento conjunto
- Frecuencia de la alimentación

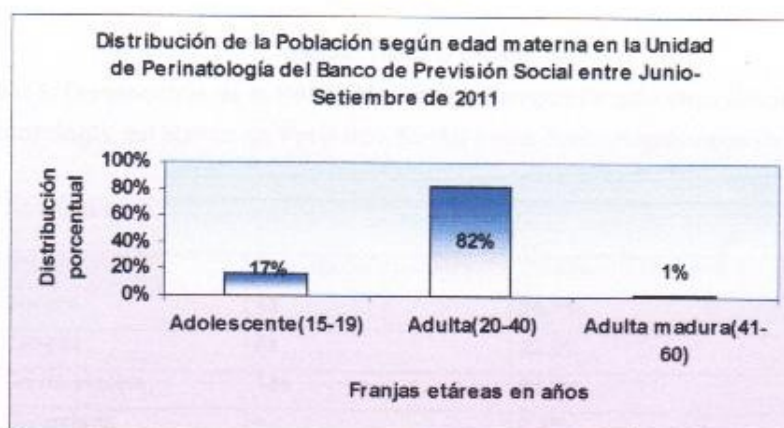
RESULTADOS

Caracterización de la Población materna.

Tabla 1: Distribución de la Población según edad materna. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011.

EDAD DE POBLACIÓN MATERNA		
Franjas etarias en años cumplidos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Adolescente(15-19)	60	17%
Adulta (20-40)	291	82%
Adulta Madura (41-45)	5	1%
Total	356	100%

GRAFICO 1

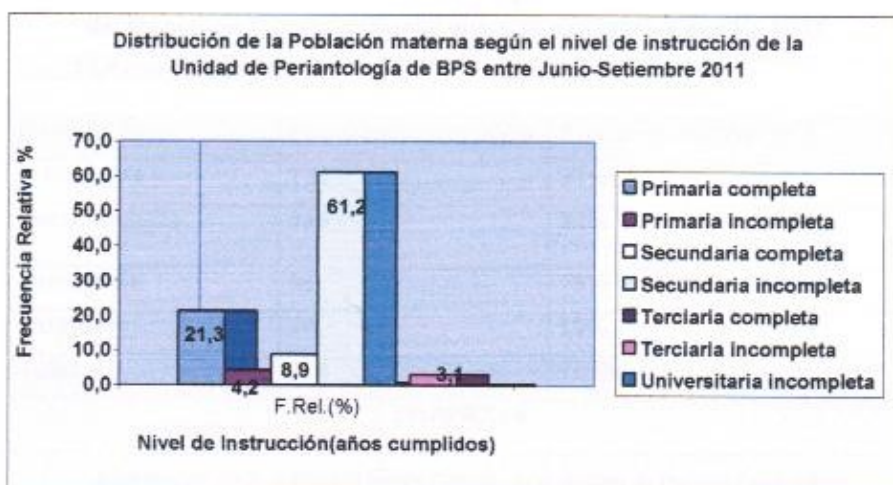


Fuente: Historia Clínica.

Tabla 2: Distribución de la Población según Nivel de instrucción. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Septiembre de 2011.

NIVEL DE INSTRUCIÓN MATERNA		
Máximo Nivel alcanzado	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Primaria incompleta	15	4,2%
Primaria completa	76	21,3%
Secundaria incompleta	218	61,2%
Secundaria completa	32	8,9%
Terciaria incompleta	11	3,1%
Terciaria completa	3	0,8%
Universitaria incompleta	1	0,3%
Total	356	100%

GRAFICO 2

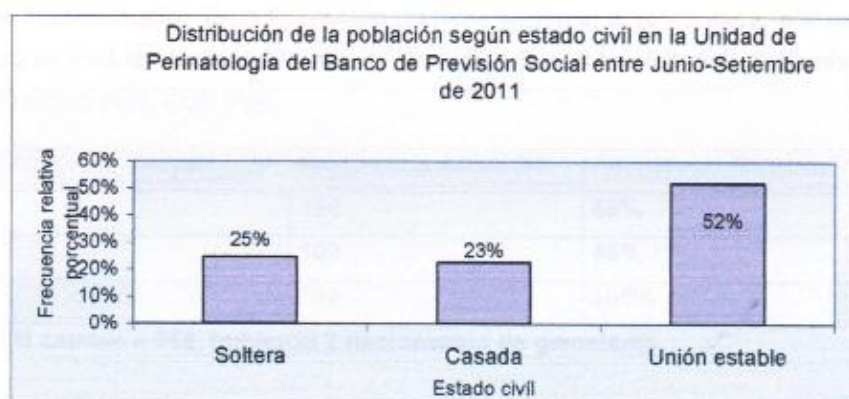


Fuente: Historia clínica.

Tabla 3: Distribución de la Población materna según estado civil. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Septiembre de 2011.

ESTADO CIVIL		
Estado civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Soltera	88	24,7%
Casada	81	22,8%
Unión estable	186	52,2%
Divorciada	1	0,3%
Total	356	100%

GRAFICO 3

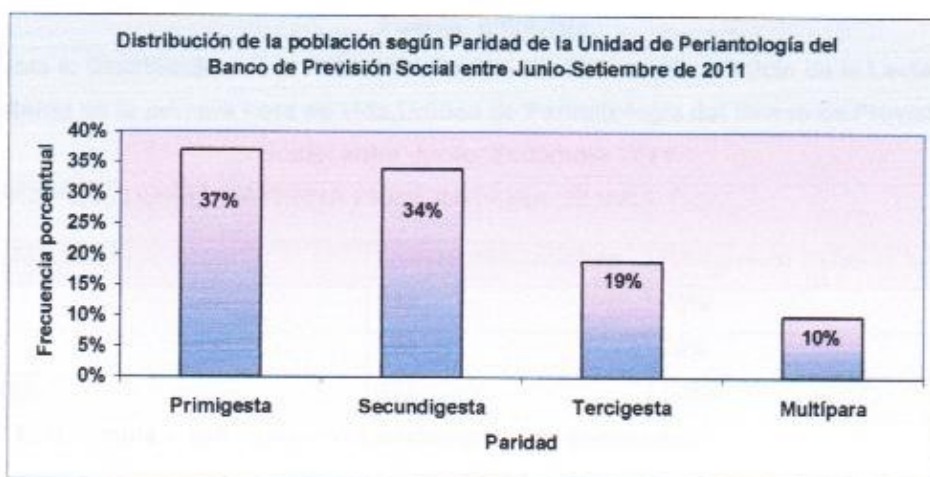


Fuente: Entrevista.

Tabla4: Distribución de la Población materna según paridad. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Septiembre de 2011.

GESTACIONES PREVIAS		
Paridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Primigesta	133	37%
Secundigesta	123	34%
Tercigesta	66	19%
Multipara	34	10%
Total	356	100%

GRAFICO 4



Fuente: Historia clínica.

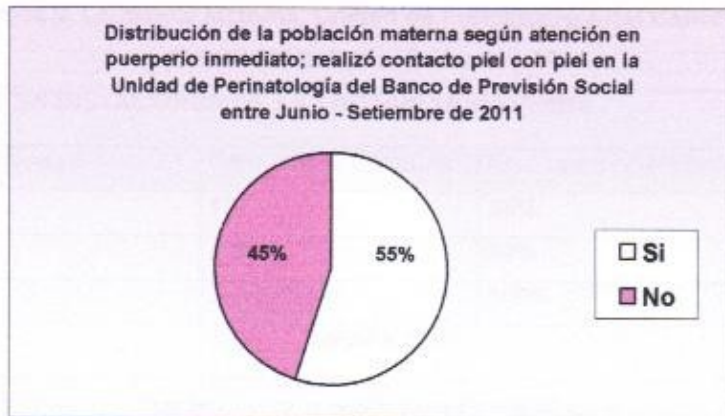
Caracterización de la atención en puerperio inmediato.

Tabla 5: Distribución de la Población materna según si tuvo contacto piel con piel. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011.

CONTACTO PIEL CON PIEL		
Realizó contacto piel/piel	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Sí	196	55%
No	162	45%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 5



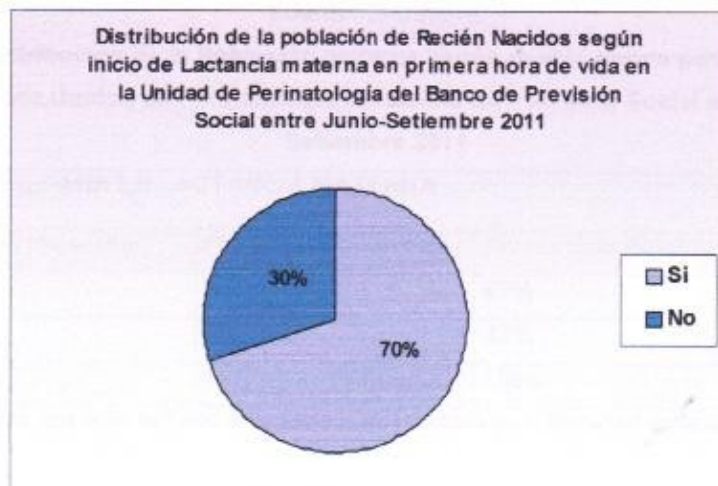
Fuente: Entrevista

Tabla 6: Distribución de la Población Recién Nacidos según el inicio de la Lactancia materna en la primera hora de vida. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011.

INICIO LACTANCIA MATERNA PRIMERA HORA DE VIDA		
Inició Lactancia materna	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Si	250	70%
No	108	30%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 6

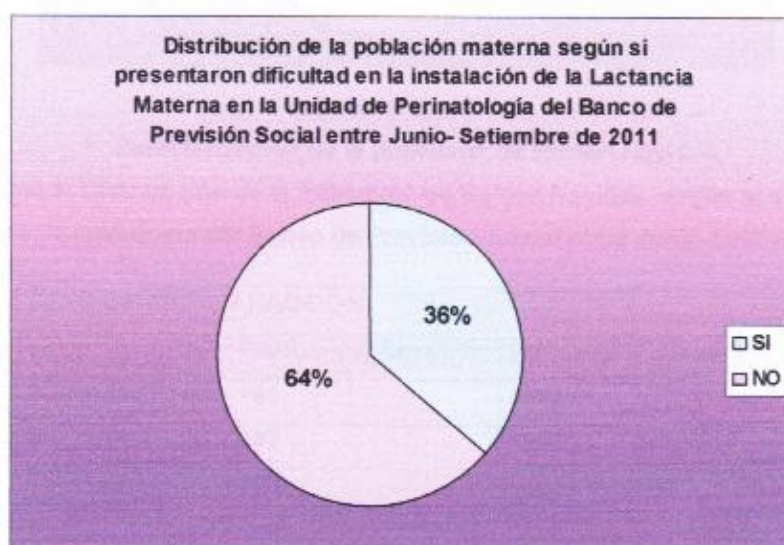


Fuente: Entrevista.

Tabla 7: Distribución de la Población materna según si presentó dificultades en la instalación de la Lactancia Materna. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011

DIFICULTAD EN INSTALACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA		
Presentó dificultad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Si	127	36%
No	229	64%
Total	356	100%

GRAFICO 7



Fuente: Entrevista.

Tabla 8: Distribución de la Población materna según recibió apoyo para resolver las dificultades. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011

APOYO PARA LA LACTANCIA MATERNA		
Apoyo presente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
SI	73	57%
NO	54	43%
Total	127	100%

El N cambia dado que solo se hace referencia a las usuarias con dificultad en la lactancia.

GRAFICO 8



Fuente: Entrevista

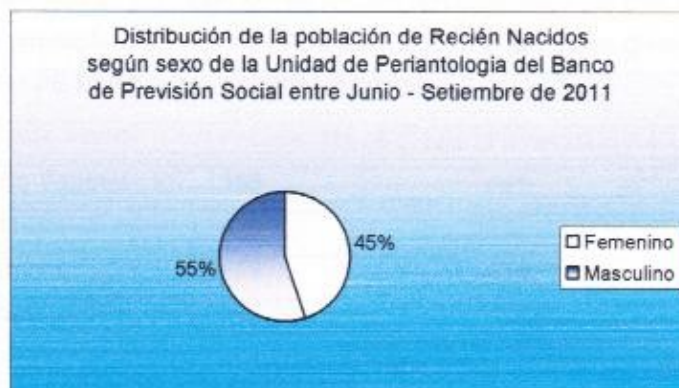
Caracterización de la población de Recién Nacidos.

Tabla 9: Distribución de la Población de Recién Nacidos según el sexo. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Setiembre 2011.

SEXO DE RECIEN NACIDOS		
Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Femenino	161	45%
Masculino	197	55%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 9



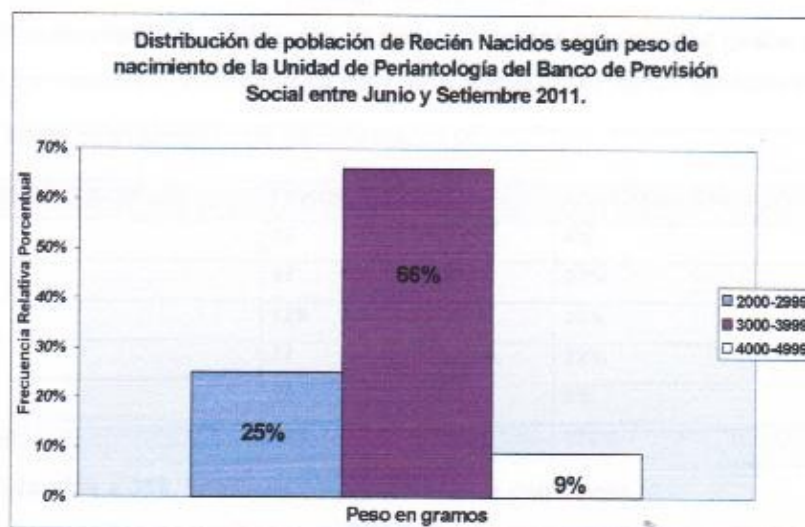
Fuente: Entrevista.

Tabla 10: Distribución de la Población de Recién Nacidos según el Peso de Nacimiento.
Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011.

PESO DE NACIMIENTO DE RECIEN NACIDOS		
Categorías de peso en gramos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
2000-2999	88	25%
3000-3999	237	66%
4000-4999	33	9%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 10

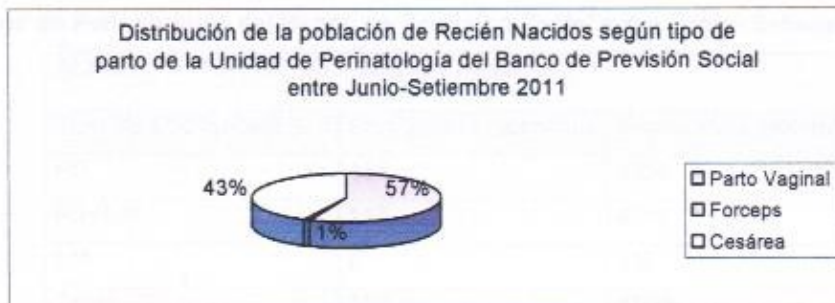


Fuente: Historia Clínica

Tabla 11: Distribución de la Población de Recién Nacidos según el tipo de parto.
Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Setiembre 2011

TIPO DE PARTO DE RECIEN NACIDOS		
Tipo de Parto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Parto Vaginal	199	56%
Fórceps	4	1%
Cesárea	153	43%
Total	356	100%

GRAFICO 11



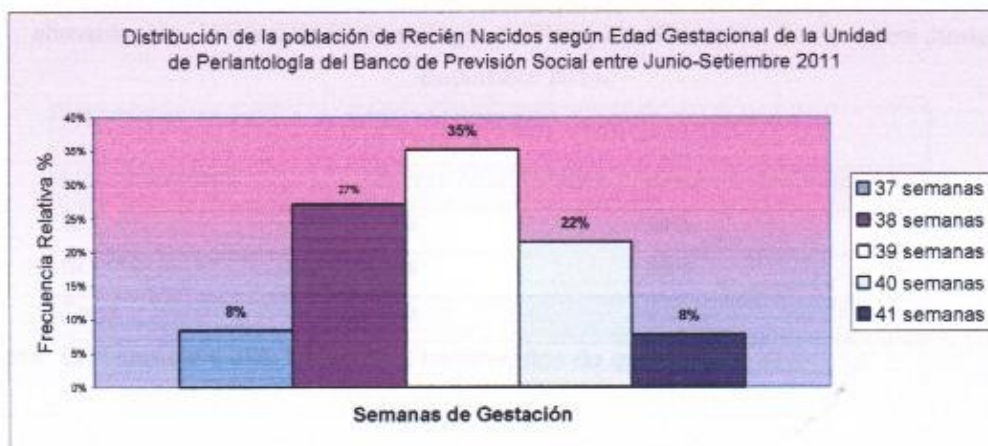
Fuente: Historia Clínica

Tabla 12: Distribución de la Población de Recién Nacidos según Edad gestacional. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Setiembre 2011.

EDAD GESTACIONAL DE RECIEN NACIDOS		
Semanas cumplidas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
37	30	8%
38	97	27%
39	126	35%
40	77	22%
41	28	8%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 12



Fuente: Historia Clínica

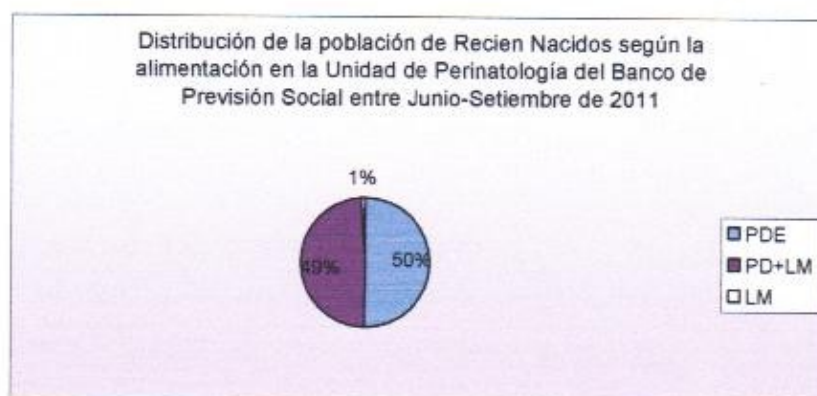
Caracterización de la población según tipo de alimentación.

Tabla 13: Distribución de la Población de los Recién Nacidos según tipo de alimentación. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio- Setiembre 2011.

ALIMENTACIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS		
Tipo de alimentación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
PD	185	52%
PD+LM	168	47%
LM	5	1%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 13



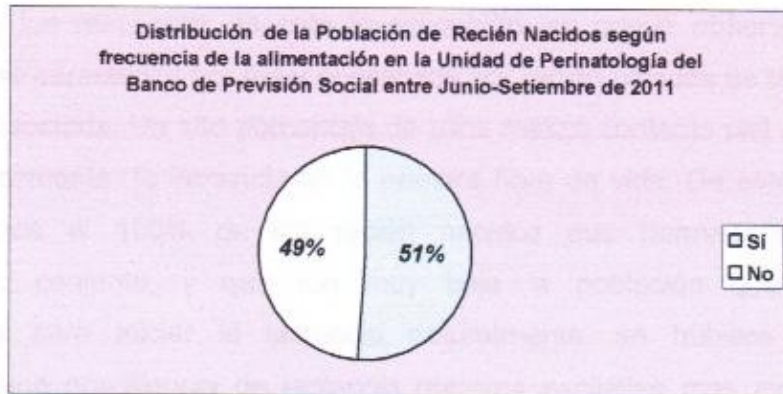
Fuente: Entrevista.

Tabla 14: Distribución de la Población de Recién Nacidos según frecuencia de la alimentación. Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social entre Junio-Setiembre 2011.

FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS		
Libre demanda	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
SI	184	51%
NO	174	49%
Total	358	100%

Nota: El N cambia a 358, hubieron 2 nacimientos de gemelares.

GRAFICO 14



Fuente: Entrevista

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados de esta investigación, se puede observar que su población se caracteriza por estar constituida por recién nacidos de término, sin patología asociada. Un alto porcentaje de ellos realizó contacto piel con piel e inició precozmente la lactancia en la primera hora de vida. De este modo, si consideramos el 100% de los recién nacidos que permanecieron en alojamiento conjunto, y que fue muy baja la población que presentó dificultades para iniciar la lactancia naturalmente, se hubiera esperado encontrar una prevalencia de lactancia materna exclusiva más elevada; sin embargo alcanzó tan solo el 52%.

Cabe destacar que el apoyo brindado por el equipo de salud no logró superar el 50% de esta población. Del mismo modo, la frecuencia de la alimentación estuvo pre-establecida a pesar de existir políticas que sustentan la libre demanda.

Todo esto es un indicador de la importancia que tiene la capacitación y formación de los recursos que asisten al binomio al momento de brindar información y apoyo para mejorar la prevalencia de la lactancia.

La orientación sobre métodos y técnicas adecuadas de amamantamiento, aumentan la prevalencia de su prolongación en el tiempo.³ La oportunidad de captar, orientar a la madre y su familia, sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna, deben ser realizadas en el primer nivel de atención durante la gestación. Éste es el momento oportuno, donde la usuaria se encuentra receptiva a incorporar nuevos conocimientos que contribuyan a mejorar el bienestar y la salud de su hijo/a. De esta manera surgen múltiples oportunidades de evacuar dudas sobre mitos o dificultades previas, que puedan interferir en la alimentación y cuidados del recién nacido/a.

³ Lawrence Ruth, Una guía para la profesión médica, Cap.VI, pp233, Elsevier Mosby 6ta.edición2007.

Como observó Dennis en su bibliografía publicada en 1990-2000, los profesionales sanitarios pueden constituir una fuente negativa de apoyo, en relación a la lactancia materna;

Debe existir una política institucional consensuada, de público conocimiento, que cumpla con la normativa ministerial. La misma debe estar impresa, accesible y visible al público en general. Por lo tanto deben realizarse cursos de actualización, capacitación a los integrantes del equipo de salud periódicamente.

La información a brindar a la usuaria debe ser clara, precisa y con lenguaje accesible a la población hacia quien va dirigida. Es importante reforzarla, con folletería impresa, medios audiovisuales, clases de parto y visitas a la maternidad previo al fin de la gestación.

El cumplimiento de esta política, debe ser evaluada por los equipos de supervisión.

Según Ruth Lawrence, la mejor ayuda que podemos brindar a la madre y su hijo/a es no hacer nada solo observar. Esto no es posible ya que la cultura natural de amamantamiento, se ha deteriorado. "La lactancia materna debe ser considerada como un acto que tiene que ser aprendido por las mujeres y protegidos por la sociedad"⁴.

CONCLUSIONES

Debido a que la Institución no cuenta con una política escrita sobre la lactancia materna, que sustente programas de orientación, capacitación y apoyo dirigida al equipo de salud; resulta difícil lograr un consenso en el apoyo para una lactancia exitosa.

Considerando los datos obtenidos en este estudio respecto a la lactancia materna exclusiva y observando que tanto la población materna como de recién nacidos no presentaban patología que impidiera una instalación

⁴ Lawrence Ruth, Una guía para la profesión médica, Cap.1, pp24, Elsevier Mosby 6ta. edición 2007.

adecuada, se infiere que la baja prevalencia de ésta podría estar vinculado a factores externos al binomio.

Por tal motivo y considerando la importancia que tienen los Recursos humanos de enfermería, para lograr el éxito de una lactancia materna y que se prolongue en el tiempo, es relevante considerar la actualización y capacitación permanente del personal que asiste al binomio.

SUGERENCIA

Como equipo investigador planteamos algunas interrogantes que serían de utilidad para profundizar en futuras investigaciones

- En que consistía el apoyo que se brindaba en la lactancia materna de parte del equipo de salud.
- Desde que momento del embarazo se abordó el tema de la lactancia materna y por quien estuvo dado.
- Cual sería el rol del padre y como se posiciona frente a la lactancia materna.
- Dado el nivel de instrucción que presenta la población estudiada se cuestiona porque solo el 52% lacta de forma exclusiva.
- Si el 64% de la población no tuvo dificultad en instalar la lactancia materna porque solo el 52 da lactancia materna exclusiva.

Si consideramos a su vez que la implementación de ésta política y su puesta en funcionamiento es de bajo costo para la institución y alto impacto en la salud de la población infantil y materna, debería pensarse en programas de capacitación y actualización de la información en consejería materna a los recursos humanos que asistan al binomio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feldman R, Eidelman AI: Intervention Programs for Premature Infants. How and Do They Affect Development? *Clin Perinat* 1998; 25: 613-26.
2. González, I;B.Pileta, 2002.Lactancia Materna.*Rev.Cubana Enfermer*.18(1):15-22
3. Hernández Sampieri, Metodología de la Investigación 5ta. Edición McGraw Hill México 2010.
4. Hernández G, Kimelman M, Montino O: Salud mental peri natal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1283-9.
5. Jasinskiene E, Samuclsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 2004; 20:150-7.
6. Kennell JH: The Human Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 367-70.
7. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 2002. 10.1002/14651858.CD003517.
8. Lucas A, Morley, R.Cole TJ et.al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 339:261, 1992.
9. Levin A: Viewpoint: Human Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr* 1999; 88: 353-5.

10. Marrese AM: El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería. *Medicina Perinatal y Neonatal* (Centro de Investigaciones Perinatales Universidad de Chile) 1996; 1: 15-21.
11. Ministerio de Salud , Secretaria de atención de Salud, Departamento de Programas Estratégicos Atención Humanizada del Recién Nacido Bajo-Peso Método Canguro, 2da. Edición Brasilia DF 2011.
12. Mortenson EL, Michelson KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence, *JAMA* 2002; 287: 2365-2371
13. Muñoz, H. 2001. Lactancia Natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107
14. Oddy WH, Sly PD, De Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003; 88:224-8.
15. Pineda, Metodología de la Investigación, 3era. Edición, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2008
16. Rigas, A., Rigas, B., Glassman, M., Yen, Y. Y., Lan, S., Petridou, E., Hsieh, C. C. and Trichopoulos, D. Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. 1993. *Ann Epidemiol.* 3: 387-392.
17. Righard L., Alade MO: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336:1105, 1990.
18. Ruth Lawrence, Lactancia Materna, Una guía para la profesión médica, 6ta. Edición, España, Elsevier Mosby, 2007

19. Saarinen UM: prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. Acta Paediatr Scand 71:567, 1982.
20. Sadauskaite 2004 Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z,
21. Stedman, Diccionario de Ciencias Médicas, 25ª. Edición, Buenos Aires, Argentina, Panamericana S.A. 1048:1993
22. http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol_18_01_02/enf03102.pdf
23. http://www.msp.gub.uy/uc_3184_1.html
24. <http://www.msp.gub.uy/endocasociado.aspx?6618,23237>
25. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
26. <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>
27. http://www.unicef.org/uruguay/.../uy_media_encuesta_de_lactancia.pdf

ANEXO

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se trabajó con un Universo de población finito y accesible, estuvo compuesto por trescientos cincuenta y seis usuarias y trescientos cincuenta y ocho Recién Nacidos.

En cuanto a las características de los recién nacidos se observó que el 55% correspondió al sexo masculino.

Según el tipo de parto, el 57% fue vía vaginal y el 43% por cesárea.

El 55% de los recién nacidos tuvieron contacto piel con piel en sala de partos y el 70% inició la lactancia materna en la primera hora.

El 36% de las usuarias presentó dificultad en la instalación de la lactancia; el 46% recibió apoyo para resolverla.

El 99% realizaron lactancia materna, solo el 52% lo hicieron exclusivamente.

Para recolectar la información primaria⁵, se realizó una entrevista semi estructurada personal, a las usuarias ingresadas en alojamiento conjunto, durante el período de internación.

Esta entrevista permitió obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervinieron en la investigación.

Estuvo compuesta por veintisiete preguntas de respuestas cerradas dicotómicas y selección múltiple.

Las fuentes de información secundarias⁶ se obtuvieron de la hoja SIP⁷ de la Historia clínica materna, para validar la información que brindó la usuaria.

PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS

Con la información recolectada se construyó una base de datos en Excel, lo que permitió procesar la información a través de tablas de frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales

⁵ Fuentes primarias de información son aquellas que se obtiene la información por medio de contacto directo con el sujeto de estudio, como ser entrevistas, observación, cuestionario, encuestas, entre otras.

⁶ Fuentes secundarias de información se refiere a la obtención a través de documentos de diferentes tipos: Historias clínicas, expedientes académicos del estudiante, datos de un censo, estadísticas de morbilidad y mortalidad entre otros.

⁷ Historia Clínica materna y del Recién Nacido CLAP/SMR-OPS-OMS

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra Materno Infantil

Unidad de Perinatología
Banco de Previsión Social

Características de la alimentación
en los Recién Nacidos Normales de Término
Junio-Septiembre 2011

Autores:

Br. Batista Silvia C.I.:

Br. Bosc Magela C.I.:

Br. Sánchez Adriana C.I.:

Br. Trelles Quilma C.I.:

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Tutor
Prof.Lic.Mercedes Pérez

Protocolo de Tesis Final de Investigación
Licenciatura en Enfermería
Generación 2009

INDICE	Pág.
Introducción.....	03
Antecedentes.....	04
Marco Teórico.....	05
Objetivos.....	09
Metodología.....	10
Plan de análisis.....	16
Bibliografía.....	17
Cuadro de Gannt.....	19
Anexos.....	20

INTRODUCCION

"La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos específica de cada especie"⁸. "Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el hijo/a, con efecto en ambos, el éxito de esta depende de la conducta del lactante combinada con la conducta materna, estimulada por el apoyo social, guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre".⁹

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de vida para todos los niño/as; contiene todos los nutrientes esenciales para la alimentación, así como factores de crecimiento que contribuyen al desarrollo de los anticuerpos necesarios para reforzar la inmunidad.

La lactancia a nivel nutricional ha sido tomado como punto crítico de acción por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *United Nations International Children's Emergencia Fund* (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas) (UNICEF), en la proyección y acuerdo logrados en la "Asamblea Mundial de las Naciones Unidas en 1990" con los objetivos desarrollo del Milenio, en mejora de la disminución de la mortalidad infantil en menores de 5 años.

Se realizará un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, cuyos objetivos serán identificar las características de la alimentación del Recién nacido normal de término así como conocer las particularidades de la atención en el puerperio inmediato vinculadas al establecimiento de la lactancia; con el propósito de generar antecedentes de información respecto a éstas y futuros proyectos.

Para la recolección de los datos como fuente primaria de información se utilizará la entrevista y como instrumento un cuestionario, compuesto de

⁸ Gonzalez, I;B Pileta, 2002.Lactancia Materna Rev.Cubana Enfermer. 18(1):15-22

⁹ Muñoz, H.2001.Lactancia natural.Neonatología Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile.pp.100-107.

veintisiete preguntas estructuradas, dicotómicas.(Ver Anexo I). Como fuente secundaria la Historia clínica.

Este proyecto se desarrollará en el 1er. Piso de Alojamiento conjunto, de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social; en el período comprendido entre el 01 de Junio y el 30 de Septiembre de 2011.

Antecedentes, justificación y planteamiento del problema.

Es importante informar sobre los beneficios de la lactancia y de las ventajas para la madre, el recién nacido y la sociedad. El inicio precoz y la orientación sobre métodos y técnicas adecuadas de amamantamiento aumenta las probabilidades de su prolongación en el tiempo.

La encuesta realizada por RUANDI (Red Internacional de Grupos pro alimentación infantil) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Uruguay año 2007 y publicada en Setiembre 2007, muestra que la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en el primer mes alcanzaba el 91,3%, y al 6 to. mes era del 31.6%.¹⁰

En muchos países desarrollados, las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas han sido evaluadas en estudios caso-control, cohortes y en estudios de mortalidad, en niños atendidos de forma ambulatoria como hospitalizados. Todos los resultados muestran claramente que la Lactancia Materna induce un efecto protector, especialmente los primeros 6 meses de vida¹¹. En un ensayo clínico realizado con asignación aleatoria y control se observó que el cambio de leche de Vaca por leche de soja no dio lugar a este efecto protector. La incidencia de Otitis Media Aguda en lactantes alimentados a través de fórmulas lácteas artificiales es extraordinariamente mayor que la observada en los alimentados con Lactancia Materna; no solo debido a los constituyentes

¹⁰ Encuesta de Lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños/as menores de 24 meses. RUANDI-UNICEF-MSP Montevideo, septiembre 2007.

¹¹ Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2002. 10.1002/14651958.CD003517.

protectores de la Leche Materna sino también al proceso de succión de la mama, que protege al oído interno.¹²

Estudios epidemiológicos han revelado menor incidencia en linfoma infantil, de Diabetes insulino dependiente, de Diabetes tipo II¹³ y Enfermedad de Crohn¹⁴ en los lactantes alimentados con Lactancia materna exclusiva al menos durante 4 meses, que los alimentados mediante formulas lácteas artificiales.

Oddy WH observaron una disminución significativa de Asma infantil a la edad de 6 años si la Lactancia Materna exclusiva se mantenía al menos 4 meses¹⁵.

Lucas et al. y otros investigadores demostraron que los lactantes prematuros alimentados con leche materna a través de una sonda de alimentación, presentaron un grado de desarrollo mayor a los 18 meses, y a los 7 y 8 años que los lactantes de edad gestacional y peso al nacer comparables alimentados mediante formulas lácteas artificiales administradas a través de sonda de alimentación¹⁶.

Los trabajos de Mortenson y otros investigadores han permitido demostrar la incidencia que tiene la lactancia materna sobre el desarrollo intelectual y motor de los niños amamantados y no amamantados así como posibles explicaciones biológicas para la relación causa efecto entre ellos¹⁷.

¹² Saaninen UM: prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 71:587, 1982

¹³ Sadauskaitė 2004 Sadauskaitė-Kuehns V, Ludvigsson J, Paldiga Z, Jasinskiene E, Samulesson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 2004; 20:150-7.

¹⁴ Rigas, A., Rigas, B., Glassman, M., Yen, Y. Y., Lan, S., Petridou, E., Hsieh, C. C. and Trichopoulos, D. Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol.* 3: 387-392

¹⁵ Oddy WH, Sly PD, De Klerk NH, Landau LJ, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003; 88:224-8.

¹⁶ Lucas A, Morley, R, Cole TJ et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 339:261, 1992.

¹⁷ Mortenson EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Rehnisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287: 2365-2371

Por todo lo expuesto es importante identificar las características de la alimentación de los Recién Nacidos Normales de Término, que se encuentren ingresados en el alojamiento conjunto de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social.

MARCO TEORICO

La Lactancia Materna es la práctica óptima de alimentación del neonato y niño/a pequeño, de forma exclusiva hasta los seis primeros meses de vida; continuándola hasta por lo menos los dos años incluyendo otros alimentos.¹⁸

Para favorecer el inicio y continuación de esta práctica es importante que exista una política de cuidado integral y humanizado a la usuaria, durante todas las etapas que conllevan al nacimiento. El proporcionar un ambiente cálido, tranquilo y acompañado; generan seguridad y confort a la madre favoreciendo las condiciones del inicio precoz de la lactancia y fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y su hijo/a. En este contexto se ha descubierto el papel de la beta-caseína en la leche materna; que se transforma en beta-casomorfina¹ en el intestino del Recién Nacido. Esto contribuye a crear la dependencia hacia su madre como lo hacen las caricias y el contacto piel con piel.¹⁹

El contacto piel con piel del recién nacido/a sobre el abdomen de la madre, brinda un ambiente térmico óptimo regulando la temperatura corporal del neonato/a hasta 1,5° C para lograr la eutermia²⁰.

Favorece la estimulación sensorial adecuada del Recién Nacido; reduce el stress²¹ y el dolor en los mismos²².

¹⁸ Ruth Lawrence Lactancia Materna 6ta.edición Elsevier, Barcelona 2007 capítulo I Pág. 2-3.

¹⁹ De la familia de las Endorfinas. (Ver Anexos).

²⁰ Muñoz, H. Lactancia natural. Neonatología. Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile 2001. Pág. 100-107

²² Ruth Lawrence Lactancia Materna 6ta.edición Elsevier, Barcelona 2007, capítulo I Pág. 231-238; 242-244.

²¹ Atención Humanizada del Recién Nacido Bajo-Peso Método Canguro, Ministerio de Salud Secretaría de atención de Salud, Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas, Atención Humanizada del Recién Nacido Bajo-Peso Método Canguro Brasilia DF. 2011 Pág. 20-21.

Estabiliza los parámetros de saturación, frecuencia respiratoria y cardíaca del neonato/a.²³

Luego de seccionar el cordón umbilical, le permite arrastrarse hasta la mama, localizando el pezón.²⁴ Esta secuencia de acontecimientos comienza cuando el lactante está en reposo, mirando a su madre e iniciando sin ayuda la succión de la mama, logrando la impronta natural del mismo.

Esta estimulación sensorial de la boca del recién nacido con la areola y pezón desencadenan la liberación de hormonas de gran importancia para el binomio. Esto conlleva a la Lactogénesis I, presente desde las doce semanas antes del parto; disminuyendo la concentración de Progesterona y elevando la de Prolactina.

Este proceso fisiológico de producción láctea, se desencadena mediante el estímulo de la lengua del lactante sobre la areola y pezón de la mama.

A tal efecto, esto desencadena la liberación de Prolactina por la Adeno-hipófisis y de Oxitocina por la Neurohipófisis. Este estímulo de succión después del parto aumenta la producción y liberación de la Oxitocina; disminuyendo el tiempo de sangrado, contracción de la fibra mio métrica y oclusión de los vasos sangrantes del lecho placentario, favoreciendo la involución uterina.²⁵

En estos primeros dos a tres días luego del nacimiento, el inicio de la producción de la leche no depende del estímulo externo, sea succión o extracción, sino de un proceso hormonal.

La Lactogénesis II, ocurre a los tres a cuatro días luego del nacimiento con aumento de la producción de leche y hasta el final de la lactancia,²⁶ en esta etapa es fundamental el vaciado total de la mama para mantener y aumentar la producción láctea.

²³ Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM, Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002; Apr, 109(4):590-3

²⁴ Ruth Lawrence *Lactancia Materna* 6ta edición Elsevier Barcelona 2007 capítulo VI Pág. 232-236.

²⁵ UNICEF, s.f. *Nutrición Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna* 1995.

²⁶ *Lactancia Materna* Ruth Lawrence 6ta edición capítulo III Pág. 69.

En la Lactogénesis III ó Galactopoyesis, se produce la modificación en la composición de la leche(leche de transición), que se continúa a lo largo de diez días, luego se transforma en leche madura.²⁷

El inicio de la lactancia materna, dentro de los primeros cuarenta-cuarenta y cinco minutos de vida, desempeña una función clave en lograr la impronta natural al pecho materno, no solo favoreciendo la instalación, sino su prolongación en el tiempo.

La leche humana, es un tejido vivo que contiene los nutrientes necesarios para un buen crecimiento y desarrollo. Es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades del niño/a; conteniendo el agua necesaria, sin requerir Ingesta de otros líquidos. Siempre está a la temperatura adecuada y la cantidad es regulada por la respuesta hormonal de la madre, a las necesidades del niño/a. La composición de la leche depende de la edad gestacional; de la fase de la lactancia y del momento de la lactada.

Las características de la leche prematura son diferentes a la de la leche de término.

El calostro, se secreta en pequeños volúmenes que oscilan entre dos a veinte mililitros los primeros días.

Posee un color particular amarillento debido a su alto contenido en Beta carotenos; las concentraciones de sodio, potasio y cloruros son superiores a los de la leche madura. Las proteínas, las vitaminas liposolubles y los minerales aparecen en porcentajes superiores a los de la leche transicional y madura. La inmunoglobulina A secretoria (IgAs, Secretory Immunoglobulin A) y la lactoferrina aumentan su concentración.

También aumentan los azúcares complejos (Oligosacáridos), lo que incrementa el efecto de protección contra la infección en esta etapa.

El calostro es rico en vitamina A liposoluble, carotenoides y vitamina E; posee propiedades anti-inflamatorias.

²⁷ Lactancia Materna Ruth Lawrence 6ta.edición Capítulo III Pág.72-76.

Facilita el establecimiento de la flora de *Lactobacillus Bifidus* en el tracto digestivo facilitando así la expulsión de meconio.

El meconio contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus Bifidus* y representa el primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido,²⁸ también contiene abundantes Anticuerpos (Ac) que ofrecen protección frente a las bacterias y virus existentes en el canal del parto y asociados a otras formas de contacto humano. Contiene antioxidantes que pueden actuar como elementos quelantes de los metabolitos reactivos del oxígeno producido por los neutrófilos²⁹.

La leche de transición, es la producida entre las etapas de calostro y de leche madura.

La concentración de inmunoglobulinas totales disminuye, mientras que aumenta la de lactosa y lípidos, también el contenido calórico total. Las vitaminas hidrosolubles muestran un aumento y las liposolubles disminuyen hasta las observadas en la leche madura.

La leche madura, se secreta luego de la leche de transición y dura hasta el final de la lactancia materna; posteriormente comienza la involución de la glándula mamaria.

Muchos nutrientes presentan en esta etapa un descenso gradual en su concentración de aproximadamente el diez al treinta por ciento, durante el primer año de la lactancia. Algunos, como el Cinc, descienden en forma marcada.³⁰

La fluctuación diurna más notable es el aumento en la concentración de grasas, mientras que el Hierro puede aumentar ligeramente.³¹

²⁸ Lactancia Materna Ruth Lawrence 6ta. Edición capítulo Capítulo IV, pag.111-182.

²⁹ Buescher ES, McIlheran SM: colostrum antioxidants: Separation and characterization of two activities in human colostrum. *J.Pediatr Gastroenterol Nutr* 14:47, 1992.

³⁰ Rogers IS, Emmett P, Holding J. The growth and nutritional status of the breast-fed infant. *Early Hum Dev* 1997; 49(Suppl):S157-S174

³¹ Ronayne de Ferrer P. Leche humana: II. Factores que modifican su volumen y composición. *Arch Argent Pediatr* 1993; 91:238-245.

También las proteínas pueden sufrir pequeños cambios durante el día y durante el curso de la mamada. El Calcio no presenta variaciones.³²

La leche madura sigue cambiando con el tiempo; de acuerdo al momento de la lactada, leche de inicio es diferente de la leche final; ya que esta última tiene la particularidad de contener una concentración mayor de lípidos.

Entre los beneficios que otorga la lactancia materna al recién nacido/a, encontramos el Ácido Docosaheptaenoico (DHA, Docosaheptaenoic Acid) importante para su desarrollo cerebral óptimo.³³

Entre otras ventajas brinda una nutrición óptima, aportando toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas, contiene proteínas, energía y micro nutrientes de alta calidad; los cuales son capaces de absorberse con facilidad.³⁴

Brinda protección inmunológica frente a infecciones agudas, menor incidencia en Linfoma Infantil, Diabetes Insulina Dependiente Tipo II y Enfermedad de Crohn.³⁵

La leche materna es de fácil digestión, se aprovechan al máximo todos los nutrientes y no produce estreñimiento, ni sobre carga renal, además reduce el riesgo de Enterocolitis Necrotizante (NEC).³⁶

Así mismo, el lactante demuestra mayor precocidad en el desarrollo psicomotor y mayor coeficiente intelectual a la edad de ocho años.³⁷

La lactancia materna a libre demanda, favorece el aumento de la frecuencia de las tomas y de la ingesta de leche. Reduce la pérdida de peso del Recién Nacido por debajo del cuatro por ciento.³⁸

³² Prentice A. Constituents of human milk. Food and Nutr Bull 1996; 17:305-316.

³³ Lactancia Materna Ruth Lawrence 6ta.edición capítulo XVI Pág.111-128.

³⁴ Biazquez M. Ventajas de la lactancia materna. Rev. Med. Naturista. 2000 (1):44-49

³⁵ Davis MK : Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. In international Union Against Cancer(IUCC,WHO)Workshop:Nutritional morbidity in children with cancer.Mechanisms, measures and management . Int. J. Cancer 11(suppl):29, 1996.

Koletzko S, Sherman P, Corey M et. Al: Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. Br Med J 298:1617, 1989.

Virtanen SM, Resanen L, Aro A, et al: Infant feeding in Finnish children less than 7 years of age with newly diagnose IDDM. Childhood Diabetes in Finland Study Group. Diabetes Care 14:415, 1991.

³⁶ JAYANTHI,S; P. SEYMOUR, JW. PUNTIS, MD. STRINGER. Necrotizing enterocolitis after gastroschisis repair. J. Pediatr Surg. 1998. 33(5): 705-7.

³⁷ Gonzalez, I. ,B.PILETA. Lactancia materna. Rev. Cubana Enfermería 2002; 18(1): 16-22.

Mejora el desarrollo máxilo facial debido a la maduración de las futuras funciones bucales, masticación, expresión mimética y fono articulación del lenguaje, dependiendo del equilibrio funcional que exista de la succión-deglución-respiración. Por lo tanto, los lactantes amamantados exclusivamente tienen un mejor desarrollo del arco dental, paladar y otras estructuras faciales³⁹.

La evidencia científica, ha demostrado diversas ventajas de la lactancia materna para la madre, entre ellas se destacan la reducción de la hemorragia post-parto y disminución del tiempo en la recuperación del útero. Esto se debe, a que la liberación de Oxitocina durante la lactancia, contrae las fibras musculares miométriales⁴⁰.

La pérdida de peso de la madre y reducción de la circunferencia de la cadera se producen en un período mas corto.⁴¹ Así mismo la disminución de la incidencia de cáncer de mama⁴², protección frente al cáncer de ovario⁴³, menor riesgo de Osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada.⁴⁴

En cuanto a las ventajas para el sistema de salud, la familia y la sociedad, se ha visto una reducción a la mitad del costo durante el primer año de vida.

Por consiguiente, los niños/as con lactancia materna, se hospitalizan en menor número que los alimentados por formula infantil.⁴⁵ Lo cual conlleva, a la

³⁸ Avoa y Fisher, *Pediatrics* Effect of frequent breast feeding on early milk production and infant weight gain. (1990);72(3):307-311.

³⁹ Rondón, Rosa, Zambrano, Gabriel, Guerra, María Elena, *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, ISSN: 1317-5823-RIF:J-31033493-5-(2012)Caracas-Venezuela.

⁴⁰ Ruth Lawrence *Lactancia materna Una guía para la Profesión médica* Elsevier Barcelona 2007, Cap VII 258-269.

⁴¹ Kramer F et al. Breastfeeding reduces maternal lower-body fat. *J Am Diet Assoc* (1993); 494:29-33

⁴² Miches et al. *Lancet* (1995); 347 : 431-6.

⁴³ Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, et al. (1994). Lactation and reduced risk of premenopausal breast cancer. *New Eng J Med* 330(2): 81-87.

⁴⁴ Gwinn et al. *J Clin Epidemiol* (1990); 43 :659-68.

⁴⁵ Cumming RG, et al Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* (1993); 22-4:884-91.

Eisman J. Relevance of pregnancy and lactation to osteoporosis? *Lancet* 1998;352:604-5.

Fox KM, et al reproductive correlates of bone mass in elderly women. *J Bone & Min Res* (1993); 8-8:901-06.

Kritz-Silverstein D. Et al. Pregnancy and lactation as determinants of bone mineral density in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* (1992); 136-9: 1052-59.

⁴⁵ Gupta A and Rohde J (1993). Economic Value of Breastfeeding in India. *Economic and Political Weekly*. June 26: 1390-1393.

disminución de la morbi-mortalidad de los lactantes, en relación a los alimentados con fórmula infantil.⁴⁶

La lactancia materna, se consolida en un ahorro para la familia, ya que se evita el gasto en adquirir fórmulas infantiles.⁴⁷ Así mismo, ofrece un método anticonceptivo natural, Método Amenorrea de la Lactancia (MELA) , siempre que la madre realice lactancia materna exclusiva de día y de noche con amenorrea de cincuenta y seis días del puerperio⁴⁸.

Objetivo General

- Identificar las características de la alimentación de los Recién Nacidos Normales de Terminación durante el alojamiento conjunto.

Objetivo específico

- Caracterizar la población de los Recién Nacidos Normales de Terminación.
- Características de la atención en puerperio inmediato vinculadas al establecimiento de la lactancia.
- Identificar el tipo de alimentación.

Woolridge M(1995).UK Baby Friendly Initiative. Calculating the Benefits of Breastfeeding. London, United Kingdom: UNICEF UK (draft)

⁴⁶ Cohen R, Mitek RG (1995). Comparison of maternal Absenteeism and Illness Rates Among Breastfeeding and formulafeeding Women in two Corporations. American Journal of Health Promotion, 10(2):148-152.

⁴⁷ Biron P (1994). The Economic value of Breastfeeding in France. Les Dossiers de l'Obstétrique,218 :10-13.

Nature (1990). The Economic Value of Breastfeeding : Four Perspectives for Policymakers Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series. 1(1):16. September.

⁴⁸ De Cetina, C.,P.REYES. La Amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. Salud Pública Mex. 1996 38:58-63.

MATERIAL Y METODO.

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que recoge y analiza los datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables, por ende centrándose en los datos susceptibles de cuantificar, es transversal, ya que recolecta los datos en un momento único y su propósito es describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado y descriptivo, ya que examina las características de la alimentación de los recién nacidos normales de término y de los cuidados de la atención en el puerperio inmediato.

Para caracterizar la población materna se considerarán las siguientes variables:

Edad materna, Nivel de Instrucción, estado civil y paridad.

Para caracterizar la atención en el puerperio inmediato se medirán las siguientes variables: contacto piel con piel en el momento del nacimiento, inicio precoz en la primer hora de nacido, permanencia del Recién Nacido Normal de Término en alojamiento conjunto, dificultades en la instalación de la lactancia, recibió apoyo para resolver las dificultades si las tuvo.

Para caracterizar la población de los Recién Nacidos Normales de Término se medirán las siguientes variables: sexo del Recién Nacido, Peso de Nacimiento, tipo de parto y edad gestacional.

Para describir el tipo de alimentación de los RNNT serán utilizadas las siguientes variables:

Tipo de alimentación recibida durante la internación en alojamiento conjunto, si se realizó a libre demanda o no.

Caracterización de la población materna

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a contar desde el nacimiento de una persona.

Definición operacional: Se obtendrá de la historia clínica de la madre.

Se definirán 3 categorías:

Adolescente 15 a 19 años

Adulta 20 a 40 años

Adulta madura 41 a 44 años

Escala: Discreta

Nivel de Instrucción:

Definición Conceptual: Es el grado mas elevado de estudios realizados por un individuo mediante la educación formal.

Definición Operacional: Se obtendrá de la historia clínica materna.

Se definirán 7 categorías:

1. Primaria completa
2. Primaria incompleta
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Terciaria completa
6. Terciaria incompleta
7. Universitaria incompleta

Escala: Cualitativa Ordinal, politómica.

Estado Civil

Definición Conceptual: Se denomina a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, adquiriendo deberes y derechos.

Definición Operacional: Se preguntará en el momento de la entrevista.

Se definirán 4 categorías:

1. Soltera
2. Casada
3. Divorciada

4. Unión estable

Escala: Nominal cualitativa, politómica.

Paridad

Definición Conceptual: Antecedentes obstétricos, número de gestas que tuvo la mujer.

Definición operacional: Se obtendrá de la historia clínica de la madre.

Se definirán 4 categorías:

1. Primigesta
2. Secundigesta
3. Tercigesta
4. Multipara.

Escala: cualitativa, ordinal, politómica.

Caracterización de la atención en el puerperio inmediato

Contacto piel con piel en sala de partos

Definición Conceptual: Primer contacto directo del Recién Nacido sobre el abdomen de su madre en sala de partos.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

0. No
1. Si

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Inicio de la Lactancia Materna en los primeros 60 minutos

Definición Conceptual: Inicio precoz del amamantamiento en los siguientes 60 minutos de nacido.

Definición operacional : Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

0. No
1. Si

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Permanencia del Recién Nacido en alojamiento conjunto

Definición conceptual: El recién nacido permanece las 24 horas en la habitación con la madre desde el nacimiento hasta el egreso de ambos.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

0. No

1. Si

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Dificultad en la instalación de Lactancia Materna

Definición conceptual: Imposibilidad de iniciar naturalmente la lactancia materna.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

0. No

1. Si

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Apoyo a la lactancia

Definición conceptual: intervención que realiza el equipo de salud para orientar y corregir dificultades que impidan el inicio de la Lactancia Materna.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

0. No

1. Si

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Caracterización de la Población de los Recién Nacidos

Sexo

Definición conceptual: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos, dando por resultados la especialización de organismos en variedad de masculino y femenino.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista .

Se definirán 2 categorías:

0. Femenino

1. Masculino

Escala: Cualitativa, Nominal, Dicotómica

Peso al Nacer

Definición conceptual: Primer medida de peso realizada inmediatamente después del nacimiento.

Definición operacional: Se obtendrá de la historia clínica del recién nacido.

Se definirán 3 categorías:

2000-2999gramos

3000-3999gramos

4000-4999gramos

Escala: Discreta

Tipo de Parto

Definición conceptual: Procedimiento por el cual se extrae el producto de la gestación del útero materno al exterior.

Definición operacional: Este dato se obtendrá de la Historia clínica materna.

Se definirán 3 categorías:

1. Parto Vaginal

2. Forceps

3. Cesárea

Escala: Cualitativa, nominal

Edad Gestacional

Definición conceptual: Duración de la gestación calculada desde la fecha de la última menstruación hasta el nacimiento del producto.

Definición operacional: Este dato se obtendrá de la historia clínica materna.

Se definirán 5 categorías:

1. 37 sem
2. 38 sem
3. 39 sem
4. 40 sem
5. 41 sem

Escala: Discreta

Caracterización del tipo de alimentación de los Recién Nacidos

Alimentación del Recién Nacido Normal

Definición conceptual: Tipo de alimentación que recibe el recién nacido durante su estadía en la maternidad.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 3 categorías:

1. Pecho Directo (PD)
2. Pecho Directo + Leche Modificada (PD+LM)
3. Leche Modificada (LM)

Escala: Cualitativa Nominal Politémica

Frecuencia de la alimentación

Definición conceptual: Periodicidad con la cual el recién nacido recibe el alimento.

Definición operacional: Se preguntará a la madre en el momento de la entrevista.

Se definirán 2 categorías:

Libre demanda:

0. No

1. Sí

Escala: Cualitativa, nominal dicotómica

Universo

Se trabajará con el Universo, en su totalidad.

Criterios de Inclusión:

Se incluirá a todos los Recién Nacidos Normales de Término (mayor o igual a 37 semanas de Edad Gestacional al momento del nacimiento), que se realicen en la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social y que hayan permanecido en el alojamiento conjunto entre el 1 de junio y 30 de septiembre de 2011.

Método de recolección de datos e instrumento.

La recolección de la información primaria⁴⁹ se obtendrá mediante una entrevista semi estructurada personal a las usuarias que ingresen en el alojamiento conjunto; la misma se completará durante el período de internación en la Unidad de Perinatología. Esta herramienta permitirá obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la investigación. Estará compuesta por 27 preguntas de respuestas cerradas (dicotómicas y de selección múltiple), y 1 de respuesta abierta.

Se confeccionará un consentimiento informado donde la usuaria firmará si está de acuerdo con dicha entrevista asentido por el Comité de Ética de la Unidad de Perinatología.

Las fuentes de información secundarias⁵⁰ se obtendrán a través del Carné Perinatal CLAP(Centro Latinoamericano Asistencia Perinatal)⁵¹ del universo de estudio, para corroborar la información que brinde la usuaria.

Los resultados se presentarán mediante las siguientes tablas

⁴⁹ Fuentes primarias de información son aquellas que se obtiene la información por medio de contacto directo con el sujeto de estudio, como ser entrevistas, observación, cuestionario, encuestas, entre otras.

⁵⁰ Fuentes secundarias de información se refiere a la obtención a través de documentos de diferentes tipos: Historias clínicas, expedientes académicos del estudiante, datos de un censo, estadísticas de morbilidad y mortalidad entre otros.

⁵¹ Carné Perinatal CLAP/SMR-OPS-OMS

Tabla 1: Caracterización de la población materna en estudio según edad, nivel de instrucción, paridad, estado civil.

Variable	Tipo de Variable	Representación gráfica
Edad	Cuantitativa, discreta	Histograma
Nivel de Instrucción	Cualitativa, ordinal politómica	Histograma
Estado civil	Cualitativa, nominal politómica	Histograma
Paridad	Discreta	Histograma

Herramienta medición: Entrevista

Tabla 2: Caracterización de los Recién nacidos normales de término,(sexo, peso de nacimiento, tipo de parto, edad gestacional); caracterización según atención en puerperio inmediato(contacto piel con piel, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, permanencia del recién nacido en el alojamiento conjunto, dificultad en la instalación de la lactancia, apoyo para resolver las dificultades de la instalación); caracterización según el tipo de alimentación del recién nacido(tipo de alimentación del recién nacido, frecuencia de la alimentación).

Variable	Tipo de Variable	Representación Gráfica
Sexo	Cualitativa, nominal, dicotómica	Diagrama de sectores
Peso de nacimiento	Discreta	Histograma
Tipo de Parto	Cualitativa, nominal politómica	Diagrama de sectores
Edad gestacional	Discreta	Histograma
Contacto piel con piel	Cualitativa, nominal, dicotómica	Diagrama de sectores
Inicio en la primera hora	Cualitativa, nominal,	Diagrama de sectores

	dicotómica		
Permanencia del recién nacido en alojamiento conjunto	Cualitativa, dicotómica	nominal,	Diagrama de sectores
Dificultad en la instalación de la lactancia materna	Cualitativa, dicotómica	nominal,	Diagrama de sectores
Apoyo para resolver las dificultades de la instalación	Cualitativa, dicotómica	nominal	Diagrama de sectores
Tipo de alimentación que recibió el recién nacido/a	Cualitativa, Politémica	nominal	Diagrama de sectores
Frecuencia de la alimentación del recién nacido	Cualitativa dicotómica	nominal	Diagrama de sectores

Herramienta medición: Entrevista

Con los datos que se obtengan se construirá una base de datos, en programa Excell, quien permitirá procesar la información a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Se utilizará esta herramienta ya que permitirá sistematizar los resultados y obtener una visión numérica, sintética y global del estudio planteado.

BIBLIOGRAFÍA

28. Feldman R, Eidelman AI: Intervention Programs for Premature Infants. How and Do They Affect Development? Clin Perinat 1998; 25: 613-26.
29. Gonzalez, I;B.Pileta, 2002.Lactancia Materna.Rev.Cubana Enfermer.18(1):15-22
30. Hernández Sampieri, Metodología de la Investigación 5ta. Edición McGraw Hill México 2010.
31. Hernández G, Kimelman M, Montino O: Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Rev Méd Chile 2000; 128: 1283-9.
32. Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. Diabetes/Metabolism Research and Reviews 2004; 20:150-7.
33. Kennell JH: The Humane Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 367-70.
34. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, 2002. 10.1002/14651858.CD003517.
35. Lucas A, Morley, R.Cole TJ et.al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 339:261, 1992.
36. Marrese AM: El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería. Medicina Perinatal y Neonatal (Centro de Investigaciones Perinatales Universidad de Chile) 1996; 1: 15-21.
37. Mortenson EL, Michelson KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence, JAMA 2002; 287: 2365-2371
38. Levin A: Viewpoint: Human Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 353-5.

39. Muñoz, H. 2001. Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107
40. Oddy WH, Sly PD, De Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study. Arch Dis Child. 2003; 88:224-8.
41. Pineda, Metodología de la Investigación, 3era. Edición, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2008
42. Rigas, A., Rigas, B., Glassman, M., Yen, Y. Y., Lan, S., Petridou, E., Hsieh, C. C. and Trichopoulos, D. Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. 1993. Ann Epidemiol. 3: 387-392
43. Ruth Lawrence, Lactancia Materna, Una guía para la profesión médica, 6ta. Edición, España, Elsevier Mosby, 2007
44. Saarinen UM: prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. Acta Paediatr Scand 71:567, 1982.
45. Sadauskaite 2004 Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z,
46. Stedman, Diccionario de Ciencias Médicas, 25ª. Edición, Buenos Aires, Argentina, Panamericana S.A. 1048:1993
47. http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf03102.pdf
48. http://www.msp.gub.uy/uc_3184_1.html
49. <http://www.msp.gub.uy/endocasociado.aspx?6618,23237>
50. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
51. <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>
52. http://www.unicef.org/uruguay/.../uy_media_encuesta_de_lactancia.pdf

CUADRO DE GANNT

CRONOGRAMA	MESES												
	Marzo- Abril		Mayo				Junio-Setiembre						
Presentación de nota a Institución Unidad de Perinatología (BPS) solicitando autorización para desarrollar investigación	X												
Comunicación oficial autorizando por parte de la Gerencia de U de P a realizar el Trabajo de Investigación		X											
Búsqueda y análisis bibliográfico del tema seleccionado			X	X									
Realización de Protocolo				X	X								
Entrega de Protocolo a Docentes Tutores para evaluar y luego aprobación del mismo						X	X						
Trabajo de campo, recolección de información								X	X	X	X	X	X

DETERMINACION DE LOS RECURSOS

Recursos Humanos:

4 estudiantes de la Facultad de Enfermería, carrera escalonada, transito horizontal, generación 2009.

Recursos Materiales:

De uso:

- Alojamiento conjunto de la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social.
- Computadoras
- Impresora
- "Pen-drive".

De consumo:

- Hojas A4
- Carpeta
- Lápiz
- Marcadores

Recursos Financieros:

- Transporte diario 9600 Pesos Uruguayos.

Útiles :

- 4000 Pesos Uruguayos

ANEXO 1

Reseña histórica de la Lactancia materna.

La historia recoge que los primeros biberones fueron cuernos de vaca ahuecados, que usaban como mamila ubres de vaquillas, las que se descomponían con rapidez a pesar de ponerlas en alcohol. Con el tiempo se inventó la mamila de hule, lo que mejoró la higiene de la alimentación artificial, en el siglo XVIII existían teorías que apuntaban las bondades de la lactancia, William Mosso, cirujano de la Maternidad de Liverpool en 1794, escribió que se había observado repetidamente que el alimento que se proporcionaba en la lactancia seca (lactancia artificial), causaba cólicos, soltaba los intestinos y que era muy difícil dar sustituto adecuado del pecho. Por lo tanto, no era de extrañar que hubiera niños que no pudieran mantenerse o existir sin él.¹

La Lactancia materna ha sido tema de controversia en las diferentes culturas, entre los años 1500 y 1700 en Gran Bretaña las mujeres no lactaban a sus hijos dado que pensaban que estropeaban su figura, así como preferían procrear de 12 a 20 hijos antes que darles de comer. La opinión de los maridos sobre la forma de alimentación era muy fuerte. Las nodrizas fueron sustituidas por la alimentación mediante cereales o harina, los cuales se les administraba con una cuchara en forma de gachas.

Debido a esta práctica la tasa de mortalidad era casi del 100%.

La condesa viuda de Lincoln preocupada por estas cifras y valorando su mala experiencia personal de haber tenido 18 hijos, quienes habían sido alimentados a pecho por nodrizas, de los cuales solo 1 sobrevivió; y viendo luego que su nuera amamantaba a su propio hijo, se dio cuenta del error cometido y señaló en 1662 "la obligación de que las mujeres den de mamar a sus hijos".

Hace un llamamiento público a la reflexión de las mujeres de evitar sus errores cometidos por el bien de los niños; "No debemos ser tan perversas como para apartar de nosotras a nuestros propios hijos; no debemos ser tan duras de corazón como para arriesgar a nuestro tierno hijo a que sea alimentado por un

pecho ajeno; no debemos ser tan crueles como para hacer que una mujer pobre deje de lado a su propio hijo para alimentar al hijo de una mujer más rica, impidiéndola que le ame para dedicar todos sus cuidados al otro niño"¹.

A finales del siglo XVIII en Inglaterra cambiaron las tendencias hacia la alimentación por amas de cría "Nodrizas" y la alimentación artificial, debido en parte a que los médicos llamaron la atención sobre la salud y el bienestar y a que las mujeres tomaron decisión sobre la alimentación de sus Recién Nacidos.

A mediados del siglo XIX, un colectivo de médicos se dispuso a investigar la fabricación de un sustituto de la leche materna para prescindir de las amas de cría. Las prácticas de la lactancia materna, amamantamiento por nodrizas o amas de cría y/o alimentación por sustitutos los cuales se basaban en su mayoría por leche de vaca complementada con azúcar y agua.

El Dr. William Cumming uno de los investigadores reconoció que estos preparados tenían un contenido bajo en "mantequilla", lo que generaba una "deficiencia de nutrientes nerviosos". Para resolver esta situación añadió nata a la leche y después agua alcalinizada para elevar el pH, haciendo la solución más digerible.

En 1884 otro investigador Dr. A.V. Meigs publicó un estudio comparativo sobre leche de vaca y humana muy preciso; intentó mejorar la leche de vaca alcalinizando, endulzando y agregando grasas para tratar de lograr características similares a la leche humana. Realizó el hervido del preparado para esterilizarlo pero observó gran incidencia de Escorbuto¹.

Los médicos comenzaron la investigación dando paso a los Químicos quienes se dedicaban al campo de la alimentación infantil.

En este tiempo Henry Nestlé fabricó un alimento basándose en harina de trigo que previamente había sido cocinada con malta y adicionó azúcar, a leche de vacas suizas alimentadas en los prados alpinos.

Este empresario dirigió la campaña publicitaria a las madres indicando que serían ellas las que le venderían el producto.

Se creó de esta forma una industria para la elaboración de un sustituto de la leche materna. El mercado floreciente y la no-exigencia de los consumidores sobre la realización de estudios de investigación o experiencia previa de seguridad en su uso; llevo a alejar a las nodrizas de las crianzas y amamantamiento.

A fines de siglo XIX la ciencia era equiparada a progreso por lo cual hubo un incremento en el uso de los brebajes utilizados como nutrientes de la alimentación infantil.

Se describían como preparados según fundamentos científicos aunque nunca eran documentados.

La comercialización y medicalización de los cuidados del lactante hicieron que la alimentación artificial no solo fuera aceptada por muchas mujeres sino algo natural y necesario. avances tecnológicos que modificaron las tendencias sociales, médicas y nutricionales de todo el mundo. (Revolución industrial).

Esta revolución propició cambios no solo a nivel nutricional y sanitario de la población sino también en el cambio de patrón, composición y conformación de la familia. Familias pequeñas y alejadas de sus generaciones anteriores.

En tanto la ciencia de la nutrición desarrolla su tecnología sobre la base de ofrecer y ejercer una dependencia del producto que elaboraba, logrando el convencimiento de que este alimento procesado, cubría los requerimientos nutricionales adecuados para un óptimo desarrollo y de calidad superior a la leche materna.

La emancipación de la mujer en el siglo XX quedó representada por pelo corto, faldas cortas, uso de anticonceptivos, cigarrillos y sus senos se transformaron en símbolo sexual. La moda era la lactancia artificial.

Fue recién después de la segunda mitad del siglo que las mujeres comenzaron a interesarse por su salud y la de sus hijos, a interiorizarse sobre los beneficios de la lactancia materna participando en grupos de ayuda y apoyo existentes en la sociedad como la Liga de la Leche, ICEA (Internacional Childbirth Education Association).

Facultad de Farmacia
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Bryant¹ observó que: las redes sociales, la familia y vecinos influyen fuertemente en las decisiones sobre la lactancia materna, uso de biberones e incorporación de alimentos sólidos.

Los medios de comunicación, y el mercadeo han influido en el convencimiento de que una mejor nutrición se logra a través de los preparados industriales, mejorando sus presentaciones comerciales, incluso violando el CICSLM (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna) con imágenes de Ositos de peluche.

Según la recomendación mundial de salud pública, OMS-UNICEF instan a los Estados Miembros a promover, fomentar y apoyar la Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y su continuidad hasta por lo menos los 2 años de vida.

"Ciertamente Levin y sus colaboradores no son los únicos que han intentado humanizar la atención neonatal, y hay muchos investigadores -sin contar a los creadores del método canguro y del PCDEIRN- que han diseñado programas de intervención con miras a este objetivo. Experiencias de alojamiento conjunto se han efectuado también en Sudáfrica, Etiopía, Buenos Aires, Inglaterra y Santiago de Chile, notándose en ellas mejorías significativas en la alimentación al pecho, aceptabilidad más precoz de las madres por involucrarse en los cuidados de sus hijos, y mejor comunicación entre los padres y el equipo médico, todo lo cual redundó en mejor sobrevida en el primer año."

A nivel internacional en 1981 la Asamblea Mundial de la Salud dictó el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, por el cual se establece que los sustitutos de la leche materna, las mamaderas y los chupetes no deben ser promocionados públicamente, ni en el sistema de atención de salud, ni los profesionales de la salud deben promocionarlo, así como no facilitar muestras gratuitas a las mujeres embarazadas, madres o miembros de la familia.

En 1989 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF), que la lactancia materna debería ser la única manera de alimentar a los recién nacidos por lo menos hasta los seis meses de vida.

En Diciembre de 1991 la Organización Mundial de la Salud y la United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF) propusieron la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el niño (INHM), fomentando la Lactancia Materna Exclusiva a través del cumplimiento de los 10 pasos para una Lactancia Feliz.

Con la finalidad de mejorar la situación de salud y nutrición de la población de los niños/as menores de dos años, y de acuerdo con las Iniciativas internacionales; en Uruguay se dicta la Norma Nacional de Lactancia, Ordenanza Ministerial 217/2009 del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁵². Conjuntamente, se nombra un Coordinador Nacional de Lactancia Materna quien tendrá el cometido de llevar adelante la organización de los programas de salud.

Estudios epidemiológicos revelan menor incidencia en linfoma infantil, de Diabetes insulino dependiente, de Diabetes tipo II⁵³ y Enfermedad de Crohn⁵⁴ en los lactantes que se alimentan con Leche Materna exclusiva al menos durante 4 meses, que los que se alimentan mediante formulas lácteas artificiales.

Buenas Prácticas de Alimentación

⁵² Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Niñez, Norma Nacional de Lactancia Materna, Ordenanza Ministerial 217; Editorial IMPO Montevideo-Uruguay Abril 2009

⁵³ Sadauskaitė 2004 Sadauskaitė-Kuehne V, Ludvígsson J, Padaiga Z, Jasinskėne E, Samuėsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 2004, 20:150-7.

⁵⁴ Rigas, A., Rigas, B., Glassman, M., Yen, Y. Y., Lan, S., Petridou, E., Hsieh, C. C. and Trichopoulos, D. Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. 1993. *Ann Epidemiol.* 3: 387-392

Pautas implementadas por OMS-UNICEF para el desarrollo de la Iniciativa Hospital Amigo de la Infancia (IHAN) lanzada en 1992 .

A través de su practica promueve, protege y apoya la lactancia materna exitosa.

10 pasos hacia una Lactancia materna exitosa.

1. Disponer de una politica por escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que este en condiciones de poner en práctica esa Política.
3. Informar y formar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo.
6. No dar a los Recién Nacidos mas que leche materna sin ningún otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA:

Montevideo,

YO he recibido información sobre el trabajo de investigación. sobre "Prevalencia de Lactancia Materna en la internación, seguimiento a los 30, 60 y 120 días de vida del Recién Nacido".que realizarán para su internado de la licenciatura de enfermería y factible de publicación en Congresos referidos al tema "Lactancia" a nivel nacional y/o internacional, las Enf. Quilma Trelles, Silvia Batista, Magela Bosc y Adriana Sánchez en la Unidad de Perinatología del BPS en el período comprendido entre Marzo y Setiembre 2011.

La misma consiste en recabar información sobre forma y tipo de alimentación que recibe el RN y lactante.

Los datos recabados son anónimos y serán guardados por el BPS en el Servicio del CR-LHO en formato papel de forma confidencial.

Puedo rechazar en cualquier instancia de convocación, y negarme a contestar la misma.

Firma de la Sra.:

Fecha:

Firma de quien recaba el consentimiento:_____

Contacto en caso de informar negativa o dudas que surjan:

Adriana Sánchez

adsanchez@bps.gub.uy

Datos Generales/Administrativos.

Nº entrevista:

Nombre y Apellido:

CI.:

Domicilio:

Teléfono :

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA:

Montevideo,

YO he recibido información sobre el trabajo de investigación, sobre "Prevalencia de Lactancia Materna en la internación, seguimiento a los 30, 60 y 120 días de vida del Recién Nacido".que realizarán para su internado de la licenciatura de enfermería y factible de publicación en Congresos referidos al tema "Lactancia" a nivel nacional y/o internacional, las Enf. Quilma Trelles, Silvia Batista, Magela Bosc y Adriana Sánchez en la Unidad de Perinatología del BPS en el período comprendido entre Marzo y Setiembre 2011.

La misma consiste en recabar información sobre forma y tipo de alimentación que recibe el RN y lactante.

Los datos recabados son anónimos y serán guardados por el BPS en el Servicio del CR-LHO en formato papel de forma confidencial.

Puedo rechazar en cualquier instancia de convocación, y negarme a contestar la misma.

Firma de la Sra.:

Fecha:

Firma de quien recaba el consentimiento:_____

Contacto en caso de informar negativa o dudas que surjan:

Adriana Sánchez

adsanchez@bps.gub.uy

22040935 / 098861343

ENTREVISTA "PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA"

FN: Edad:

1. Estado Civil:
2. Constitución del núcleo familiar:
 Con quien vive: Pareja Hijos ____
3. Prestador de Salud: Público Privado ____
4. Profesión/ocupación: _____
5. Trabaja fuera del hogar, cuantas horas: Público ____ Privado ____
6. Nivel de Instrucción: Primaria C_ I_ Secundaria C ____ I ____ Terciaria
 C_ I_ Registrar mayor nivel alcanzado o ultimo año cursado.
7. AP: Diabetes ____ Hipertensión ____ Asma ____ Trastornos de la
 Coagulación ____
 Alergias ____ Cirugía de mamas ____
8. Medicación durante la gestación: Recibió suplemento con Fe ____ / Ac.
 Fólico otros _____
 Medicación actual:
9. VDRL: Se realizó, Sí ____ No ____ HIV Se realizó, Sí ____ No ____ HEP. B
 Se realizó, Sí ____ No ____
 Estreptococo B Hemolítico: Positivo ____ Negativo ____ No se
 realizó ____ Inmunización Vigente (antitetánica) : Sí ____ No

Ex. Mamas: Normal Si ___ NO ___ PAP Normal Si ___ NO ___

Control Odontológico Normal: Si ___ No ___

10. Numero de controles Prenatales: _____

11. Horas de descanso: más de 6 horas _____ menos de 6 hs. _____

12. Hábitos de riesgo: Fuma: si ___ No: ___ Cuantos _____

Alcohol: Si ___ No _____

Droga: Si ___ No _____ Cual _____ Frecuencia _____

13. AO: Gestaciones Previas _____ Parto Vaginal _____ Cesáreas _____ Aborto _____

Fecha de última gesta: _____

Embarazo actual

FUM:

FPP:

Fecha Nacimiento:

PN: _____ Fórceps: _____ Cesárea: _____

Peso del RN:

14. EGC:

Apgar : 1º min 5º min.

SOBRE LA LACTANCIA

15. Tuvo contacto piel con piel en Sala de Partos: Si ___ No ___

16. ¿Prendió su bebe a pecho directo la 1er hora de nacido? Si ___ No ___

Antes de las 6 hs.: Si ___ No _____

17. Durante la internación estuvo siempre su BB con usted ? Si ___
 No ___ ¿ Porque?
18. ¿ Tuvo dificultades para prenderlo? Si ___ No ___
 ¿ Recibió apoyo para la Lactancia?: Si ___ No ___
20. ¿Cómo alimentó a su BB estando internada? PDE ___ PD+LM ___ LM

21. ¿Si fue a pecho exclusivo lo hizo a libre demanda? Si ___ No ___
22. Utilizó tetinas Si ___ No ___.
23. Chupete Si ___ No ___
 ¿En caso afirmativo quien se lo aconsejó?
24. En cuanto a sus mamas, presentaron cambios que dificultaron la
 alimentación de su BB?
 Si ___ No ___ ¿Cuales?: Dolor ___ Ingurgitación ___ Grietas ___
 Otros. ___
25. ¿Recibió a su entender la ayuda adecuada para resolverla? Si ___ No ___
26. ¿Recibió información sobre los beneficios de la lactancia? Si ___ No ___
 Oral ___ Escrita ___ Ambas ___
27. ¿En que momento?: Durante el embarazo: Si ___ No ___ ¿Quien?
 Pediatra ___
 Obstetra-Partera ___ Enfermera ___ Lic.
 Enf. ___ Otros. ___

En alojamiento conjunto: Si ___ No ___ ¿Quién?

Pediatra ___

Obstetra-Partera ___ Enfermera ___ Lic.

Enf. ___ Otros. ___

Al egreso de la maternidad: Si ___ No ___ ¿Quién?

Pediatra ___

Obstetra-Partera ___ Enfermera ___ Lic.

Enf. ___ Otros. ___

Fue visitada por el Centro Recolector de LH:

Sí ___ No ___

¿Le entregaron folleto explicativo? Sí ___ No ___

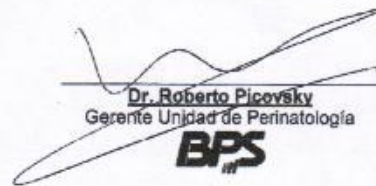



**DIRECCION TECNICA de PRESTACIONES
GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD
Gerencia de Unidad de Perinatología**

Montevideo, 18 de marzo de 2013

De: Gerencia de Unidad de Perinatología

La Gerencia de la Unidad de Perinatología, y la Gerencia Técnica de Salud del Banco de Previsión Social, autorizan que se utilice la información recabada (datos estadísticos) en el estudio realizado en el sector Alojamiento Conjunto de la Unidad de Perinatología en el periodo comprendido entre Junio y Setiembre 2011, con motivo de la realización de la TFI para la Licenciatura en Enfermería denominado: "Características de la alimentación de los Recién Nacidos Normales de Término".


Dr. Roberto Picovsky
Gerente Unidad de Perinatología


RP/ag