

**PASANTÍA INSTITUCIONAL EN EL PROGRAMA DE CONSEJERÍA
INTEGRAL EN LACTANCIA MATERNA (CILAM)**

**DIANA MARCELA AGUILAR MARÍN
NATHALIA DÍAZ AGUDELO
KATHERINE GARCÍA TRUJILLO
JOSE LUIS VARGAS CEBALLOS**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE GRADO
SANTIAGO DE CALI
NOVIEMBRE 2020**

**PASANTÍA INSTITUCIONAL EN EL PROGRAMA DE CONSEJERÍA
INTEGRAL EN LACTANCIA MATERNA (CILAM)**

**DIANA MARCELA AGUILAR MARÍN
NATHALIA DÍAZ AGUDELO
KATHERINE GARCÍA TRUJILLO
JOSE LUIS VARGAS CEBALLOS**

**DOCENTE TUTOR. MSc.Esp.
VICTOR HUGO QUINTERO BAUTISTA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE GRADO
SANTIAGO DE CALI
NOVIEMBRE 2020**

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es el acto de amor más puro que una madre puede tener para con sus hijos y consiste en alimentar al recién nacido únicamente con leche materna durante sus primeros seis meses de vida, y de manera complementaria hasta los dos años.

En los últimos 5 años se ha observado un descenso progresivo de esta práctica que marca una línea transversal en el desarrollo de los niños y que los acompaña inclusive en la prevención de enfermedades crónicas que prevalecen en la adultez. Con base en el planteamiento anterior, cuatro estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Valle, que hicieron parte de la pasantía institucional en Consejería Integral en Lactancia Materna CILAM, durante el periodo febrero del 2018 a noviembre del 2020, diseñaron una estrategia mediada por el uso de las Tecnologías de la Comunicación y la Información TIC's para la promoción en la lactancia materna exclusiva en contextos donde no exista la posibilidad de cuidar de manera presencial.

Palabras Clave: *Lactancia materna exclusiva, Consejería, TICs, Enfermería, Cuidado integral, Virtualidad*

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS.....	12
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
5. MARCO REFERENCIAL.....	13
5.1. MARCO CONTEXTUAL.....	13
5.2. MARCO TEÓRICO.....	16
5.2.1 Teoría del cuidado humano de Kristen Swanson.....	16
5.2.2 Teoría de convertirse en madre de Ramona Mercer.....	25
5.3. MARCO CONCEPTUAL.....	27
5.4. MARCO LEGAL.....	59
6. METODOLOGÍA.....	70
6.1 Tipo de Estudio.....	70
6.2 Población.....	70
6.3 Criterios de inclusion y exclusion.....	70
6.4 Descripción de las actividades.....	70
6.4.1 Periodo de formacion teórico-práctica.....	71
6.4.2 Captaciones y consejerías.....	72
6.4.3 Visitas domiciliarias.....	74
6.4.4 Producción de medios audiovisuales.....	75-76
6.4.5 Creación de pagina web.....	77
6.5 Materiales (Instrumentos).....	78
6.6 Cronograma de actividades.....	81
6.6.1 febrero – marzo 2020. Encuentro posterior al paro del 2019.....	81
6.6.2 cronograma junio – agosto 2020.....	82
6.6.3 cronograma agosto – septiembre 2020.....	83
7. RESULTADOS.....	84
8. DISCUSIÓN.....	86
9. CONCLUSIONES.....	87
10. RECOMENDACIONES.....	88
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva es el proceso por el cual se alimenta al lactante únicamente con leche materna, sin ningún otro alimento sólido o líquido, incluyendo el agua, te, leche de fórmula o vaca. Este proceso de lactar exclusivamente con leche materna ha sido recomendado por múltiples organizaciones, entre ellas la OMS y UNICEF, quienes sugieren la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida como estrategia para reducir la mortalidad infantil.

Estas organizaciones se han dedicado los últimos decenios a analizar el impacto de la lactancia materna exclusiva sobre el bienestar del binomio madre-hijo, y en dicho proceso han podido divisar no solo la significativa reducción de la mortalidad infantil al implementar esta práctica, sino también la promoción del desarrollo sensorial y cognitivo y la protección que otorga la leche materna al lactante contra las enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas.¹ Estos son los beneficios de mayor impacto para la salud del lactante, sin embargo, la lactancia materna exclusiva posee otros beneficios como: el aporte adecuado de nutrientes según la madurez gastrointestinal y los requerimientos nutricionales para el óptimo crecimiento y desarrollo del lactante²; la inmunización pasiva que le brindara protección antiinfecciosa, disminuyendo la morbilidad por infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales; y la estimulación de los sistemas enzimáticos y metabólicos específicos, reduciendo la incidencia de patologías alérgicas y enfermedades inflamatorias del intestino. Así mismo, la lactancia materna exclusiva ofrece beneficios para la madre como: favorecer la involución uterina, ser un método anticonceptivo debido al retraso de la ovulación, reducir el riesgo de cáncer de mama y promover la pérdida de peso tras el embarazo³. Al evidenciar estos múltiples beneficios en cifras como “el riesgo de hospitalización por infecciones de vías respiratorias bajas en el primer año de vida, disminuye un 72% en los lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante más de 4 meses”⁴ expresa la importancia de promover la lactancia materna exclusiva para disminuir el impacto que genera no solo en el bienestar del lactante, sino también sobre la

¹ Kramer, M. S. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*. P. 413-420

² OMS, UNICEF. (2015). Breastfeeding counselling: A training course. Participant's Manual 1993. P. 5-6

³ L. de Antonio Ferrer (2015). Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 248

⁴ L. de Antonio Ferrer. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 248

madre, la familia y la sociedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se demuestra el impacto de la promoción de la lactancia materna exclusiva sobre la reducción de los riesgos para la salud del lactante y el óptimo desarrollo del binomio madre e hijo, la familia y la sociedad.

Basado en las afirmaciones anteriores, en el año 2014 en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle se inició la pasantía institucional de consejería integral en lactancia materna (CILAM), bajo la propuesta de la OMS que busca promover la práctica de lactancia materna exclusiva y la estrategia IAMI-I (Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia con enfoque integral) la cual plantea una metodología para la atención en salud y nutrición materno-infantil que contribuye a crear en las instituciones prestadoras de salud (IPS) un cambio de cultura, a partir de una política que promueve la atención integral continua, oportuna, segura, pertinente, cálida y humanizada⁵, y haciendo principal énfasis en el paso No. 6 que tiene como objetivo *“Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva a libre demanda durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más”*, con el propósito de contribuir al desarrollo del lactante, favorecer su neurodesarrollo, fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo y disminuir los indicadores de morbi-mortalidad del lactante⁶.

La pasantía institucional se guía bajo los postulados de la Teoría del cuidado de Kristen Swanson: estar con, hacer por, posibilitar, mantener las creencias y conocer, los cuáles se integran a la práctica desde la captación o momento de primer contacto con la mujer lactante y el recién nacido hasta seguimiento telefónico, que es el último momento de contacto bajo el marco de la pasantía institucional; este ejercicio se llevó a cabo en el Hospital Universitario del Valle en las salas de Parto y Puerperio, donde con el consentimiento de la madre se daba continuidad al proceso a través de la estrategia de visitas domiciliarias. Esta estrategia se desarrolló con éxito hasta el mes de febrero del 2020, en el mes siguiente en Colombia, el gobierno nacional decreta la cuarentena nacional a causa de la infección por el virus del SARS COV 2, COVID-19, lo cual impidió realizar este proceso de forma presencial, por lo tanto, se abordaron alternativas que permitieran dar continuidad a la pasantía institucional sin la

⁵ Farías-Jiménez, Patricia, Arocha-Zuluaga, Gina Paola, Trujillo-Ramírez, Kenny Margarita, Botero-Urbe, Inés. (2014). Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, con enfoque integral en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 326-329.

⁶ L. de Antonio Ferrer. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 244-245.

mediación del contacto físico; para ello se diseñó una estrategia mediada por las TICS para la promoción de la lactancia materna exclusiva. Se consideró que la mejor alternativa era la elaboración de una página web educativa, interactiva que permitiera promover la adherencia a la práctica de lactancia materna exclusiva, en el binomio madre-hijo de forma virtual, con el fin de continuar dando respuesta al paso N° 6 de la estrategia IAMI en esta eventualidad actual de salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, la OMS y Unicef han reconocido los múltiples beneficios que proporciona la lactancia materna exclusiva, y han generado recomendaciones que fomentan la adherencia a la misma desde el primer momento de vida, con el fin de que esta perdure en la exclusividad hasta los seis meses y de forma complementaria hasta los 2 años. Adicionalmente han promovido la recolección periódica de datos sobre lactancia (seguimiento) que permitan conocer la evolución de la misma, así como la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo.⁷ Gracias a estas acciones se ha podido visualizar un panorama de la adherencia a la lactancia materna, el cual nos muestra que a nivel nacional, según el Ministerio de salud de Colombia de cada 100 niños que nacen 72 inician la lactancia materna en la primera hora de nacidos, superando Colombia la meta establecida por la OMS y UNICEF de mejorar el indicador de inicio temprano de lactancia materna en al menos 70 por ciento⁸.

Esta cifra refleja la promoción de la lactancia materna a nivel institucional, desde el control prenatal hasta la atención en el puerperio; sin embargo, existen múltiples factores determinantes que influyen en la adherencia a la lactancia materna exclusiva, entre ellos encontramos: la edad, el nivel educativo, la educación sobre LM que recibe la madre, el empleo de la madre, el inicio de lactancia materna en los primeros 30 minutos posteriores al parto, el estrato socioeconómico, la salud materna, la cultura y el apoyo del padre⁹. Por consiguiente, la OMS y la UNICEF lanzaron en 1991 la “Iniciativa Hospitales Amigo del Niño” con el objetivo de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. Esta iniciativa está sustentada en los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que están descritos en la declaración conjunta de la OMS y la UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding, a partir de ello se han realizado múltiples intervenciones en diferentes naciones desde la década de los 90, y con el transcurrir del tiempo se han incrementado, con el fin de mejorar los indicadores de lactancia materna exclusiva.

En Colombia como en la mayoría de los países, las tasas de lactancia materna exclusiva están muy por debajo de las recomendadas por los organismos internacionales. La Encuesta Nacional

⁷ Hernández A. María T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. P. 223-226

⁸ ICBF, MSPS, INS (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>.

⁹ Chacon de Alba K., Andrade Leal B. Factores determinantes asociados a la intención de lactancia materna en un grupo de gestantes de Bogotá y cundinamarca. (2019). P. 18.

de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), reportó que para el año 2015 aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado con leche materna, cifra que aún está lejos de cumplir la meta internacional establecida por la OMS que indica una tasa mínima del 50%.

Para el 2017, la *Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna*, que evaluó las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, encontró que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva y sólo 23 países registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60%.¹⁰

Considerando que la lactancia materna exclusiva en Colombia en los últimos 5 años está por debajo de los indicadores establecidos por la OMS, es necesario que las instituciones de salud en sinergia con las instituciones educativas, desarrollen estrategias que promuevan la adherencia a la lactancia materna exclusiva. Las intervenciones deben ser innovadoras en el contexto actual de salud pública, con el fin de dar respuesta a la necesidades de las mujeres lactantes a través de las estrategias de promoción en lactancia materna, mejoren los indicadores de adherencia a lactancia materna exclusiva y ajustarse a las características de la población, de modo que se puedan ejecutar desde el ámbito académico e institucional a través de pasantías institucionales, donde se promueva el fortalecimiento de competencias, habilidades y sensibilidades en los estudiantes que sean de utilidad para ayudar en la resolución de problemáticas con alto impacto en la sociedad.

¹⁰ OMS. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. (2017). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>

3. JUSTIFICACIÓN

La Lactancia Materna es una forma única de proporcionar al lactante un alimento ideal para su sano crecimiento y desarrollo. En la última década se ha observado un descenso progresivo en la práctica de la lactancia materna en el mundo, fenómeno que ha tenido múltiples consecuencias sobre el crecimiento y desarrollo de la población infantil¹¹. Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben lactancia materna tienen una probabilidad de 6 a 10 veces mayor de morir durante los primeros meses de vida, en comparación con los niños que son alimentados con leche materna. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son entidades frecuentes y graves, entre los niños que son alimentados de manera artificial (con fórmula láctea).¹² Además de incidir de forma negativa en el desarrollo psicológico, cognitivo y motor del niño y en la ruptura del vínculo afectivo entre la madre y el hijo.

El abandono de la lactancia materna es de origen multicausal tales como: la disfunción familiar, la maternidad a edades tempranas (menores de 20 años), el bajo nivel de escolaridad y la primiparidad.¹³ Según Lopez et al (2013), los principales motivos para la suspensión definitiva de la lactancia en niños menores de dos años, son principalmente: “porque se les acabó la leche” o “por rechazo del niño”; y a partir de los 2 años por considerar que el niño tenía la edad para el destete, seguido por ocupación laboral de la mujer.¹⁴ En esencia todas las mujeres están en la posibilidad de amamantar, sin embargo el éxito de esta práctica se ve condicionado por el acceso a información de calidad, el apoyo de la familia, la pareja y la actuación del personal de salud. En la actualidad existe mayor difusión del conocimiento alrededor de la práctica de Lactancia Materna, como por ejemplo los múltiples beneficios para el recién nacido, la madre, la familia, la sociedad y el medio ambiente; desde el punto de vista

¹¹ Alzate Meza, M. C., Arango, C., Castaño Castrillón, J. J., Henao Hurtado, A. M., Lozano Acosta, M. M., Muñoz Salazar, G., ... & Vallejo Chávez, S. H. (2013). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia, 2009.

¹² Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010

¹³ Rivera Ledesma E, Bauta León L, Fornaris Hernández A, Flores Martínez M, Pérez Majendie R. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleyda Fernández". 2015. Rev haban cienc méd [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 20];16(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2075>

¹⁴ López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.

físico, psicológico, emocional y económico, por lo tanto es fundamental la promoción de esta práctica de manera asertiva y permanente.

La Consejería en Lactancia Materna permite el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la mujer lactante y su recién nacido a través de la aplicación de estrategias que facilitan el contacto humano y convierten a los profesionales en Enfermería en consejeros íntegros, proactivos y empáticos frente a la situación individual de cada familia, capaces de motivar y alentar a la madre en la adherencia a la práctica de la lactancia materna exclusiva, contribuyendo al logro del objetivo principal de la estrategia IAMI-I y al mejoramiento de los indicadores de lactancia en el mundo.

En el contexto actual de salud pública y ante los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social acerca de las conductas de aislamiento, es necesario diseñar y desarrollar nuevas estrategias que permitan promover la lactancia materna exclusiva. En consecuencia, la pasantía institucional de Consejería Integral en Lactancia materna (CILAM) transformó su estrategia presencial de visitas domiciliarias de una forma innovadora haciendo uso de las TICS; mediante el diseño de una página web que posibilita el acceso a información, material educativo y comunicación disponibles sincrónica o asincrónicamente, reemplazando el contacto físico por la interacción virtual, permanente, resolviendo las dudas de las usuarias de manera personalizada y ampliando el alcance de las estrategias de promoción a nivel geográfico y extra institucional.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Diseñar una estrategia mediada por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS) para la promoción de la lactancia materna exclusiva en contextos donde no exista la posibilidad de cuidar de manera presencial.

4.2 Objetivos Específicos

- Diseñar una página web enfocada en la promoción de la lactancia materna a través de la plataforma wix.
- Elaborar material audiovisual que exponga las temáticas de interés para la promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Consolidar la estrategia de consejería integral en lactancia materna mediante el uso de las TICS.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO CONTEXTUAL

En el mundo, solamente dos de cada cinco recién nacidos reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, es decir el 52 %¹⁵. En Colombia, para el 2015 el 72% de los bebés recibió leche materna en su primera hora de nacimiento, comparado con el año 2010 en donde el inicio temprano de la lactancia materna (lactancia en la primera hora de vida) había sido de 56.6%, hubo un aumento del 15,4% de acuerdo con la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN 2015¹⁶. En Cali durante el 2017 el promedio fue de 82% y en el 2018 de 83%.

Para el 2010, el 43% de los niños entre 0 y 6 meses en Colombia recibieron lactancia materna exclusiva, mientras que para el 2015 este porcentaje disminuyó a 36.1%. El promedio en Cali 38% y a nivel mundial de 40%.

Para el 2010, el 58,9% de niños recibieron lactancia materna durante el primer año de vida, en el 2015 la proporción fue del 52.2% lo que indica que hubo una reducción del 6.7% en este indicador. El promedio en Cali es de 57% y a nivel mundial en 74%.¹⁷

Hasta el 2010, el 32.5% de los niños en Colombia recibían leche materna hasta los 2 años de edad, en el 2015 esta proporción disminuyó 0.9% situándose en el 31.6%. El promedio en Cali 32% y a nivel mundial en 75%.

En Cali según el ENSIN 2015, el 72% de los recién nacidos inicio Lactancia Materna en la primera hora de vida, el 29% inicio durante el primer día de vida y el 23.5% recibió alimentos antes de empezar a lactar; no logrando alcanzar con ello las recomendaciones brindadas por la OMS: “Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los dos años de vida”.

Adicionalmente, varios estudios han demostrado que el éxito de la práctica de Lactancia Materna exclusiva, se encuentra condicionado por múltiples factores intrínsecos como el dolor mamario secundario a congestión o agrietamiento de los pezones, la mastitis o la producción escasa de leche y factores extrínsecos como el nivel socioeconómico, el desconocimiento de

¹⁵ Base mundial de datos de UNICEF, 2018

¹⁶ 2010 a 2015 ENSIN

¹⁷ Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países
Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría

las púerperas alrededor de las temáticas relacionadas con Lactancia Materna, la orientación ineficaz recibida por las madres durante la estancia hospitalaria, el retorno a las actividades laborales asociado al desconocimiento sobre estrategias para la prolongación de la lactancia materna incluso mientras trabajan.

En los últimos años, en Colombia se ha venido insistiendo en la recuperación de la lactancia, los esfuerzos de grupos de madres, padres y profesionales han permitido conocer que la causa principal del abandono está en el déficit de información prenatal y educación sobre la lactancia materna, la inseguridad de las madres y en la falta de apoyo familiar y social y el reingreso de las madres al campo laboral. Un estudio¹⁸ realizado en la ciudad de Medellín, Colombia, señala que el trabajar, y sobretodo hacerlo fuera del hogar, es un factor que conduce a las madres a no iniciar o a abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva, y reemplazarla con fórmulas lácteas, alimentación complementaria de inicio temprano y un mayor uso del biberón. Mientras que el permanecer en el hogar es un factor protector relacionado con aumento en la duración y mayor tasa de exclusividad en los primeros 6 meses.

Han sido estudiadas una variedad de métodos de promoción de la lactancia¹⁹, incluyendo los programas educativos para responder a la tendencia mundial de aumentar la duración de la lactancia y en general, se ha evidenciado que al fortalecer el conocimiento de las madres sobre los beneficios de la lactancia antes del parto, la técnica, el posicionamiento correcto, entre otros, se incrementarán las tasas y la duración de esta.

La promoción de la lactancia materna en el ámbito de la Atención Primaria se desarrolla de la siguiente manera:

Prenatalmente: En las clases de preparación para la maternidad y la paternidad se imparte una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología de la mama, higiene y cuidados, problemas más frecuentes, etc. Además, el contacto y apoyo entre madres y padres, que se establece de manera espontánea y natural tiene un efecto positivo significativo sobre las tasas de lactancia, tanto de inicio como de duración del amamantamiento. Este apoyo hoy en

¹⁸ López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.

¹⁹ Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 1.Nutrición infantil 2.Lactancia materna 3.Conducta alimentaria 4.Programas nacionales de salud 5.Política de salud 6.Pautas I. Organización Mundial de la Salud II.UNICEF

día se canaliza también a través de grupos locales, donde es conveniente incluir a la familia y personas allegadas en estas actividades de educación y soporte.

Post Natalmente: En la visita puerperal precoz del personal de salud desde el tercer a quinto día después del alta. La “subida de la leche” y las primeras dificultades reales se las van a encontrar las madres en el domicilio. El apoyo profesional en este momento es fundamental para tener éxito en la lactancia materna.

Dar el pecho no siempre es fácil, sobre todo las primeras semanas, y hasta que la producción de leche está consolidada, es necesario estar junto a la madre resolviendo sus dudas y dando ánimo.

La madre es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero el profesional de enfermería debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

Sin embargo, la totalidad de las acciones y estrategias mencionadas requieren del contacto físico para el cumplimiento de sus objetivos y esta posibilidad se descartó de nuestro contexto a partir del martes 24 de marzo del 2020, cuando se decretó la medida de aislamiento preventivo obligatorio para Colombia a causa de la pandemia global por el virus del Sars cov-2, Covid 19. Esta situación impulsó el uso de los medios interactivos y las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC's) como herramientas ideales para prevenir la propagación de la enfermedad, en escenarios como el cuidado de la salud, la educación, las compras y ventas, los trámites financieros, entre otros.

En el caso de la pasantía institucional en consejería integral en lactancia materna el uso de las TIC'S mejoró el acceso a información confiable, oportuna y actualizada, mediante el desarrollo de una estrategia más incluyente y de mayor alcance geográfico a diferencia de la presencialidad.

5.2 MARCO TEÓRICO

5.2.1 Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Basándonos en la Teoría del “Cuidado humano” de Kristen Swanson en la que se plantea que Enfermería es un cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se brinda mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas. Luego, enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia. El cuidado de enfermería, trasciende a la mejora de la persona y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, superar obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Además el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, ya que ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros.

Conocer: Esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la mujer, recién nacido y su familia, cuidar en el programa de lactancia materna, valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades.

Mantener las creencias: Creer en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia materna y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, definir lo importante y hacia dónde va a dirigido el cuidado durante la lactancia.

Estar con: Estar emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna, una presencia auténtica, una escucha atenta y una respuesta a dudas que surjan en este periodo.

Hacer por: Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar a la madre a ganar autonomía lo más rápido posible.

Posibilitar: Permitir a la madre el autocuidado, esto para facilitar el paso a través de transiciones de la vida como lo son la lactancia materna acompañada del nuevo rol de madre que debe asumir; permitiéndole tener su experiencia por medio de consejería, explicación,

generación de alternativas y retroalimentación. Así se asegura el bienestar de la madre y el hijo e hija a largo plazo.

Enfermería como disciplina, fundamenta su quehacer en el marco del cuidado humano, donde la educación en salud representa un elemento fundamental para el logro de dicho propósito, a través de ella, se impulsan procesos y conductas de cambio que promueven el bienestar y la salud de los individuos.

El profesional de enfermería se encarga de suministrar información concreta e importante a las madres buscando garantizar el éxito de la Lactancia Materna.

El reto es llevar la teoría a la práctica, desarrollando habilidades para acompañar y educar a las madres durante el proceso de lactancia, teniendo en cuenta las situaciones que estas mujeres experimentan a diario; por ejemplo la exposición permanente a la publicidad de sucedáneos de la LM, que permea cada vez con más fuerza los hogares y aprovecha el terreno fértil que le permiten la actitud de desconfianza e inseguridad de la madre hacia la lactancia y la angustia que les genera el pensar que el niño se va a “desnutrir” o “quedar con hambre” Se afirma que tener sensación de suficiente leche cuando la madre va a ser dada de alta puede influir positivamente en el ánimo y motivación para lactar, lo que puede mejorar su práctica.

En otros casos, la madre tiene un empleo fuera de casa y desconoce cómo amamantar al mismo tiempo que continúa trabajando. A veces la madre no recibe la ayuda necesaria, o las prácticas institucionales y los consejos que la madre recibe del equipo de salud y no respaldan la lactancia.²⁰

VINCULO MADRE E HIJO

El vínculo afectivo son los lazos emocionales que se establecen entre madre-hijo o padre-hijo; es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie.

Es algo que se da de manera inconsciente. No se provoca, sino que ocurre por instinto de protección hacia ese ser indefenso. Los lazos afectivos entre la madre y el padre y el hijo son cruciales para la supervivencia y desarrollo físico y emocional del bebé el cual implica que los padres sacrifican gran parte de su tiempo y dejan de hacer otras actividades para dedicarle el tiempo necesario al cuidado de su hijo.

²⁰ SWANSON. Kristen. 1993. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Vo. Number 4. Winter. Journal of Nursing Scholaship.

El niño desarrolla su capacidad de relación afectiva y respuesta futura al estrés a través de la satisfacción oportuna de sus necesidades ofreciéndole el pecho que es además del alimento es contacto, seguridad, protección, alivio del dolor, refugio y calor por parte de la madre, en este proceso participa la hormona oxitocina conocida como la hormona del comportamiento maternal, que contribuye a brindar y sentir amor y protección hacia el bebé además favorece la eyección de la leche materna respondiendo al estímulo de succión del recién nacido al alimentarse de su madre. otra hormona involucrada en este proceso es la prolactina encargada de la producción de la leche y hace que la madre esté más pendiente de su hijo. la madre responderá al llanto del bebé de manera inmediata si el bebé solo quería consuelo, lo obtendrá enseguida y se quedará tranquilo. Si tenía hambre, se sentirá saciado enseguida. Si se sentía solo, obtendrá protección del abrazo cariñoso de su madre mientras mama. Una y otra vez mientras dure la lactancia, que la OMS recomienda dos o más años.

Las bases de una relación de apego seguro del bebé con su madre son

- El establecimiento del vínculo afectivo madre hijo (embarazo deseado, parto respetado, contacto precoz).
- La preocupación maternal primaria (la atención de la madre durante los primeros meses está absolutamente centrada en su hijo, por un mecanismo de origen hormonal).
- La lactancia materna a demanda.

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a establecer una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente en su rol de madres. Es de gran importancia que se dé el contacto inmediatamente después del parto favoreciendo a que esta relación de vínculo afectivo se desarrolle satisfactoriamente, haciendo que los bebés lloran menos y beneficia el rápido y adecuado desarrollo esto cuando el recién nacido permanece cerca de su madre y es amamantado inmediatamente después de nacer. Las madres que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Tienen menor riesgo de abandonar o maltratar a sus bebés.²¹

²¹ Alba Lactancia Materna. (2020). Lactancia Materna, contacto y apego. Recuperado de <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>

Habilidades en consejería para lactancia materna adaptadas a los postulados de Swanson.²²

HABILIDAD DE CONFIANZA Y DAR APOYO	RELACIÓN CON POSTULADOS DE SWANSON	ACCIONES DE CUIDADO
Acepte a la madre lo que piensa y siente: permitir que la madre demuestre sus sentimientos, emociones y percepciones frente a la práctica de Lactancia Materna sin reducir sus preocupaciones, con ello se transmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería	Posibilitar Estar con	● Trate de encontrar un lugar cálido y tranquilo para la conversación. ● No criticar a la madre. ● Responder de manera neutral, sin ponerse de acuerdo pero sin estar en desacuerdo. ● Dar respuestas que muestren interés ● Cree espacios de diálogo con la madre donde ella pueda expresar lo que siente. ● Pídale a la madre que cuente acerca de ella y su bebé ● Pregunte a la madre cómo se siente lactando a su recién nacido. ● Ser empático en la relación enfermera- persona. ● Pídale a la madre que cuente acerca de ella y su bebé.

²² Arroyave, Adonaí; Bolaños, Maricel; Yela, Paola. (2016) Consejería Integral en Lactancia Materna “CILAM”. Páginas 2-214. Universidad del valle. Santiago de Cali.

Reconozca y elogie a la madre y él bebe si lo está haciendo bien: esto estimula a que continúe con las buenas prácticas, hace más fácil a que ella acepte sugerencias más tarde	Posibilitar Mantener las creencias	● No solo ver lo que la madre está haciendo de manera inadecuada, si no felicitarla cuando haga algo bien, esto refuerza la confianza en la madre, estimula a que continúe esas buenas prácticas.
Ofrezca ayuda práctica: Ofrecer ayuda, si la madre se siente cansada, sucia o incómoda, si tiene hambre y sed.	Hacer por	● Ayude a la madre después del nacimiento del recién nacido, cuando el niño empiece a mamar. ● Ayude a la madre a que se limpie y se ponga cómoda. ● Ofrecer algo caliente de tomar. ● Sostener el bebé mientras la madre se pone cómoda, o se baña, o va al baño. ● Ayude a la madre a acostarse en una posición cómoda. ● Muestre a la madre cómo sostener el pecho con su mano para ofrecerlo al bebé y las distintas posiciones que existen. ● Ayude a acomodar adecuadamente al recién nacido. ● Ayude a que intente diversas posiciones para alzar su recién nacido. ● Ayude a que el pezón este revertido, antes de que el niño succione.

		• Ayude al bebé a tomar el pecho. • Ayudar a la madre a aumentar su producción de leche: hidratación, relajación, alimentación.
Dar información pertinente y corta en el momento oportuno: usando un lenguaje sencillo, en términos familiares que permitirá a la puérpera ganar	Conocimiento	Diga las cosas que la madre pueda hacer hoy, no dentro de unas cuantas semanas.
	Posibilitar	Trate de darle solamente una información a la vez.

autonomía lo más rápido posible	Mantener las creencias	De información de manera positiva, que no parezca que la está criticando
	Estar con	● Explique que iniciar la lactancia puede ser difícil, pero con paciencia y persistencia puede lograrlo. ● Explique que el bebé succiona del pecho no del pezón.

Haga uno a dos sugerencias, no dé órdenes: esto permite a la madre a sensación de estar en control y le ayuda a sentirse más confiada	Posibilitar	● No ordene a la madre que haga algo. ● Sugíerale opciones sobre lactancia materna.
Use lenguaje sencillo	Posibilitar	● Use términos familiares para explicarle algo a la madre.
	Estar con	● Trate de no repetir preguntas.

HABILIDAD ESCUCCHAR Y APRENDER	RELACIÓN CON POSTULADOS DE SWANSON	ACCIONES DE CUIDADO
Use toda la comunicación no verbal que le resulte útil:haga sentir a la madre que usted está realmente interesado en su situación, lo cual la animara a expresarse.	Conocimiento	● Mostrar una actitud positiva. ● Tener una postura corporal que demuestre interés por lo que la madre refiere. ● Haga contacto físico apropiado. ● Tómese su tiempo para entablar una relación con la madre. ● Mantenga la cabeza al mismo nivel que la madre. ● Preste atención a lo que la madre refiere.

Haga preguntas abiertas: serán útiles para estimular el diálogo. Permitirá a la madre expresar lo que siente sin sentir limitación en ello y permitirá entender lo que significa para cada madre adentrarse en la práctica de lactancia materna, teniendo en cuenta sus miedos, inquietudes y percepciones, usando respuestas y gestos que muestren interés, valorando a la vez los logros que la madre obtenga durante este proceso.	Hacer por	Comenzar las preguntas con: ¿Cómo...? ¿Qué...? ¿Cuándo...? ¿Dónde...? ¿Por qué...? Evitar comenzar las preguntas con: ¿Es usted...? ¿Tiene...? ¿Hace...? ¿Dio...? que arrojaran respuestas de sí o no, y no será suficiente para saber todo cuanto se desea conocer como consejero en lactancia materna.
Use respuestas y gestos que muestren interés: es una forma de animar a la madre a hablar. Esto muestra que usted tiene interés en ella	Conocimiento o Estar con	● Levantar la cabeza al mismo nivel de la madre o sonreírle cuando ella está hablando. ● Dar respuestas simples como: “Mmmm”, “Ajá”, “Ya veo...”

Devolver el comentario a la madre: quiere decir que usted estuvo escuchando, animandola de ese modo a que diga más.	Conocimiento o Estar con	Repita lo que la madre dijo, pero de una manera ligeramente diferente. Por ejemplo, si la madre dice: “Mi bebé estaba llorando mucho anoche”. Usted podría decir: ¿Su niño la mantuvo despierta?
Dé muestras de empatía: muestre que entiende cómo se siente: es poder identificarse mentalmente con alguien.	Conocimiento o Estar con	Ponerse en el lugar de la madre y mirar las cosas desde su punto de vista. Por ejemplo si la madre dice: “Mi bebé quiere mamar a toda hora y me hace sentir tan cansada”, usted podría decirle: ¿Se siente muy cansada todo el tiempo?
Evite el uso de palabras enjuiciadoras.	Conocimiento o	Son aquellas como: correcto, incorrecto, mal, bien, suficiente, adecuadamente. A veces es necesario el uso de palabras enjuiciadoras “buenas” para aumentar la confianza de la madre en sí misma.

5.2.2 Teoría "convertirse en madre" de Ramona Mercer

Esta teoría propone que la adopción maternal se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos o sistemas: el **microsistema** (basado en la relación madre-hijo, la cual se ve influenciada por la relación madre-padre, el estrés, el apoyo social y el funcionamiento familiar), el **mesosistema** (incluye el entorno laboral de los padres, la escuela y los cuidados diarios) y el **macrosistema** (incluye las influencias sociales, políticas y culturales).

La teoría propone que la adopción maternal presenta las cuatro etapas siguientes:

Compromiso y preparación: empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo, la madre aprende las expectativas de adopción y fantasea sobre él.

Conocimiento, práctica y recuperación física: inicia cuando el niño nace e incluye el aprendizaje y su activación, durante las primeras dos semanas de haber nacido el bebé.

Normalización: comienza cuando la madre desarrolla maneras de realizar su adopción no transmitidas por el sistema social, basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros; desde la 2da semana hasta 4 meses de haber nacido el bebé.

Integración de la identidad maternal: cuando la madre interioriza la adopción, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia; aproximadamente a los 4 meses.²³

El camino hacia una nueva normalidad puede comenzar poco después del nacimiento, pero se vuelve predominante cuando la madre aprende los matices del comportamiento de su bebé.

La **etapa de compromiso, apego y preparación** en la que comienza el trabajo de una mujer para convertirse en madre tiene implicaciones a largo plazo. La participación activa de la mujer en esta etapa ha estado constantemente vinculada a una adaptación positiva a la maternidad . En esta etapa no se entra en contacto con la consejería, en esta investigación, pero futuras investigaciones podrían enfocarse en ella, ya que como la misma lo describe es la base para adquirir el rol así que se puede fortalecer la lactancia como un principio que debe tener la madre en sus acciones de cuidado al recién nacido, y se apropie de esta acción.

²³ Ladge, Jamie J. & Danna N. Greenberg (2015) Becoming A Working Mother: Managing Identity And Efficacy Uncertainties During Resocialization.

La madre pasa mucho tiempo en la **etapa de adquisición de conocimientos, de aprendizaje y de recuperación física**, aprendiendo del recién nacido y buscando las similitudes familiares, la integridad y el funcionamiento de las partes del cuerpo. Ella estudia las respuestas de su bebé hacia ella y hacia otros, y práctica por ensayo y error mientras aprende cómo consolar y cuidar a su bebé. En esta etapa se aplica el programa de consejería integral en lactancia materna en cada mujer lactante, ayudándole a tener conocimientos basados en la evidencia sobre el proceso de lactancia y que no sea solo un legado de conocimiento familiar y empírico. Por lo cual, implicaría la realización de la encuesta y las primeras 2 visitas, que se evidencian en la metodología del proyecto.

Al avanzar hacia una **etapa de nueva normalidad**, la mujer comienza a estructurar su maternidad para que se adapte a ella y a su familia de acuerdo a sus experiencias y logros futuros. Se ajusta a los cambios relacionados con su pareja, familia y amigos. Muchas reestructuraciones cognitivas ocurren mientras ella aprende las señales de su hijo, y lo que es mejor para él, y se ajusta a su nueva realidad. Esta etapa se contempla en la realización de las consejerías desde la tercera hasta la cuarta visita con los respectivos seguimientos telefónicos; ya que es la etapa donde la madre ya siente un poco más de confianza y puede desempeñarse con mayor tranquilidad en su rol de madre, y el programa de consejería intervendrá en las dudas e inconvenientes que presenta en este periodo, reforzando la confianza en el proceso de lactancia.

En el **logro de la identidad materna**, la madre ha establecido el conocimiento íntimo de su bebé de tal manera que ella se siente competente y cómoda en sus actividades maternas y siente amor por su bebé; ella se ha establecido. Una nueva normalidad se ha alcanzado en sus relaciones y su familia. La mujer experimenta una transformación de sí para convertirse en una madre, mientras ella se expande para incorporar una nueva identidad y asumir la responsabilidad y el futuro de su bebé. Al ser la última etapa, el programa de consejería integral en lactancia materna espera que sea alcanzada por las mujeres lactantes al término del periodo de consejería, es decir, que la mujer se apropie totalmente del proceso de lactancia, reconozca sus beneficios y haya realizado únicamente lactancia materna exclusiva.

Como se pudo observar, durante estas etapas la madre advierte cambios psicosociales, de ambientes externos e internos que ella incorpora, y a medida que va avanzando por cada etapa se va acoplado a convertirse en madre, lo cual hace que el apego de ella con el bebé se vea beneficiado, y de esta manera haya una fuerte adherencia a la lactancia materna exclusiva, estas etapas incluyen la **etapa de adquisición de conocimientos y la etapa de la nueva normalidad**, que según estudios es donde existe poca adherencia hacia la lactancia materna, esta se da alrededor de la 4 a 6 semana de nacimiento. Como lo expresa Ramona Mercer en su artículo

Becoming a mother versus Maternal Role Attainment: “Los sentimientos de apego por sus bebés fueron significativamente más altos a los 4 meses que en cualquier otro período de prueba”

De tal manera se debe propender que en estas etapas se establezcan acciones que deben fortalecer aún más esos cambios, como el apego de la mama hacia el bebé, y con esto incentivar una lactancia materna exclusiva.

Dentro de este periodo de transición hay cambios tanto en la madre como en el padre, por eso es importante hablar del rol del padre durante la lactancia. Juan lasarte, dice “Tras el parto, muchas madres se sienten superadas por las circunstancias; el cuidado de su bebé se hace una montaña, y su estado de ánimo puede estar en un nivel bajo. En este momento, el apoyo y la ayuda práctica del padre son muy importantes. Después, las madres prestan casi toda su atención al cuidado de su bebé y algunos padres se sienten desplazados, en situación de desventaja, y les cuesta entender qué y por qué está pasando. Pero hay muchas cosas que el padre puede hacer para contribuir al bienestar de su familia. Lo importante es mantener el diálogo con la pareja, saber cómo se siente el otro, escuchar y poner de manifiesto sus sentimientos, sus miedos y también sus deseos y sus alegrías. Poco a poco, la mujer se irá recuperando físicamente del parto, sintiéndose más segura como madre, y podrá empezar a interesarse de nuevo por su papel en la pareja, por disfrutar de ella, sin renunciar a su maternidad”.²⁴

5.3 MARCO CONCEPTUAL

PUERPERIO.

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno, el cual necesita de una estricta atención por parte del personal de salud.²⁵

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

²⁴ Ramona T. Mercer. (2004); Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.

²⁵ Orlando R Obstétrica y Ginecología. Citado [07/ Marzo/ 2015]. Ed. Ciencias Médicas, La Habana. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/218625319/Obstetricia-y-ginecologia-Rigol#scribd>.

- **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas postparto.
- **Puerperio temprano:** incluye la primera semana postparto.
- **Puerperio tardío:** abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional.

En el puerperio se afianza la educación que se le brindó a la madre en los distintos controles prenatales sobre los cuidados del recién nacido, entre los cuales se encuentra en primera instancia la lactancia materna. De allí que el puerperio sea el momento idóneo para realizar consejería en lactancia materna, partiendo del hecho de que aunque la capacidad de lactar es una característica de todos los mamíferos, para la mujer no constituye una conducta instintiva, sino que por el contrario es un hecho que se ha de aprender y practicar, y para su éxito y continuidad debe representar una experiencia agradable y placentera.²⁶

Muchos de los problemas asociados a la práctica de la lactancia materna aparecen en los primeros días del puerperio, aunque algunos de ellos pueden aparecer de forma más tardía, entre los problemas más frecuentes tenemos: grietas y dolor en los pezones, ingurgitación mamaria, obstrucción de los conductos lactíferos entre otros.²⁷ De su rápida y efectiva resolución dependerá la posibilidad de continuar amamantando sin dificultad por el tiempo que la madre decida.²⁸

La mayoría de estos problemas y dudas son casi siempre temporales y de fácil prevención y solución, con un correcto asesoramiento e intervención por parte de los profesionales de la salud, por tal motivo el personal auxiliar y profesional de enfermería debe ofrecer a la madre

²⁶ Martínez, Javiera, Valdés Verónica. [Citado el 20 de Diciembre de 2016]. Limitaciones de la lactancia materna y su impacto social: una revisión documental. Recuperado de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%2005.pdf>

²⁷ Rozas García, María Rosas. (jun.-jul. 2006). Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. [Base de datos on line] Vol.7 No. 1 p. 25-26. [Citado el 25 de Marzo de 2015]. Revista Matronas Profesional; Disponible en Federación de Asociaciones de Madronas de España.

²⁸ MINISTERIO DE SALUD DEL SALVADOR. [Citado 07 de marzo de 2015]. Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna. Recuperado de: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/POLITICA_LACTANCIA_MATERNA_FINAL.pdf

apoyo y orientación constante durante la estancia hospitalaria, lo que incluye promover el inicio temprano de la práctica de lactancia materna.²⁹

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL (IAMII)

La Estrategia (IAMII) es una iniciativa propuesta al país por El Fondo Internacional de Emergencia para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el fin de motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.³⁰

Surgió en Colombia a principios de 1990 a raíz del cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de Jefes de Países para la Infancia celebrada en la O.N.U., Nueva York, en septiembre de 1990, tuvo como propósito inicial recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil que contribuiría a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, a través del cumplimiento de los «Diez Pasos para una Lactancia Exitosa»³¹

El convertirse en una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia es un proceso que se inicia con la voluntad política de las entidades de salud y a través de una autoapreciación se establece una línea de base de sus prácticas vigentes con respecto a los siguientes diez pasos:

²⁹ COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. Citado el 25 Marzo de 2015. Lactancia materna: guía para profesionales. Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf.

³⁰ FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA UNICEF. Citado 03 de Mayo de 2015. Manual para su aplicación: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMII-. Recuperado de: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>.

³¹ MINISTERIO DE SALUD. UNICEF. Citado 6 de Septiembre 2014. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI integral. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WjyHPPKISOkJ:huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion_Ok/IAMI/LINEAMIENTOS%2520IAMI%25202011%2520\(9\)-FSFB.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WjyHPPKISOkJ:huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion_Ok/IAMI/LINEAMIENTOS%2520IAMI%25202011%2520(9)-FSFB.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co).

PASO 1: Voluntad política institucional

Disponer por escrito de una política institucional para la promoción, protección, atención y apoyo en salud y nutrición a la población materna e infantil, con enfoque de derechos y perspectiva diferencial, que garanticen la integralidad, calidad, y continuidad de la atención en los servicios y programas dirigidos a gestantes, madres, niñas y niños menores de 6 años y que se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución.

PASO 2: Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución

Capacitar a todo el personal que atiende la población materna e infantil, de tal forma que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional de salud y nutrición en favor de la mujer y la infancia, dentro del marco de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género.

PASO 3: Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.

Brindar a las mujeres gestantes y sus familias, educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la preparación para el cuidado en salud y nutrición de sus hijas e hijos, con énfasis en los recién nacidos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en la crianza.

PASO 4: Trabajo de parto y parto con calidad y calidez.

Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora

PASO 5: Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.

Brindar orientación y ayuda efectiva a las madres, padres y otros cuidadores sobre la promoción, protección y atención en salud, nutrición de las madres y de las niñas y niños recién nacidos, sean sanos o enfermos, con especial atención a las familias más vulnerables. Así como facilitar el registro civil al nacimiento y los controles posparto a la madre y al recién nacido.

PASO 6: Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna

Promover y dar apoyo efectivo a las madres y sus familias para poner en práctica la lactancia materna exclusiva, a libre demanda durante los primeros seis meses de vida, y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a las niñas y niños chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones posteriores que lo actualizan o modifican y la norma nacional que reglamenta la comercialización de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños

PASO 7: Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento

Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna, incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija. Además permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de todas las niñas y niños.

PASO 8: Atención Integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo.

Proveer atención integral en salud y nutrición a todas las niñas y niños menores de seis años que acuden a la institución, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y el desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas, y la orientación efectiva a madres, padres y sus familias sobre los cuidados acordes con la edad y condición de cada niña o niño atendido, respetando la diversidad y las diferencias.

PASO 9: Entornos protectores y espacios amigables.

Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, partiendo del reconocimiento de las usuarias y usuarios de los servicios como sujetos de derechos, a quienes se les garantiza la educación para la promoción de la salud, la lactancia materna, la nutrición y la alimentación adecuadas, y la prevención de la enfermedad. Así mismo, la información veraz, oportuna, completa y libre de presiones comerciales o de cualquier tipo, la no discriminación, la participación y el trato digno para todas las madres, padres, niñas, niños y familias que acuden a la institución.

PASO 10: Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS. Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones desarrolladas en los diferentes servicios institucionales, con las acciones que

madres, padres, familias y cuidadores realizan en sus hogares y comunidades, con el fin de favorecer el desarrollo infantil temprano de todas las niñas y niños.

Las actividades que realizaremos se encuentran encaminadas a fortalecer aspectos contemplados siguientes pasos de la estrategia IAMI:

PASO 3: Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.

PASO 5: Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.

PASO 6: Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna

Los pasos anteriormente seleccionados, serán abordados bajo el modelo de consejería en lactancia materna propuesto por la OMS y la UNICEF.

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Partiendo del hecho de que todos los agentes de salud, encargados de cuidar a las madres y a sus hijos en el período postnatal, juegan un papel clave en mantener la lactancia, la OMS establece una estrategia llamada “Consejería en Lactancia Materna”, la cual busca capacitar a los agentes de salud de todos los países, encargados del cuidado de madres y niños, dotándolos de las habilidades requeridas para apoyar y proteger la lactancia materna y así disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad infantil, sobre todo por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. El 55% de las muertes de lactantes latinoamericanos por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas serían evitables con la lactancia materna exclusiva de los menores de 4 meses y con la lactancia materna parcial o mixta de los lactantes de 4 a 12 meses.³² Por otro lado, la lactancia materna exclusiva puede evitar un 13% de todas las muertes

³² BETRÁN AP, De Onís M, LAUER JA, Villar J. (Aug. 2001). La Lactancia Materna y la Mortalidad Infantil en América Latina. Vol.10 No.2; Revista panamericana en salud publica [Bases de datos on line]. Disponible en Scielo public health.

de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo cual significa aproximadamente 52 000 muertes evitables en toda América Latina y el Caribe.³³

Cerca de 50%-60% de la mortalidad en menores de cinco años se debe a la malnutrición causada por alimentos complementarios inapropiados, a la alimentación posterior a una práctica de la lactancia materna inadecuada y al bajo peso al nacer; la leche materna, en especial la lactancia materna exclusiva proporciona la mayoría de los micronutrientes en cantidades adecuadas, al igual que los niveles necesarios de proteínas y carbohidratos. Lo que indica que la práctica de lactancia materna es la forma preventiva y eficaz para salvar vidas de los niños.³⁴

HABILIDADES DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Según Bárbara Knapp, las habilidades son definidas como la capacidad adquirida por aprendizaje, de producir resultados previstos, con el máximo de certeza y frecuentemente, con el mínimo dispendio de tiempo, energía, de ambas. Dentro del manual de consejería en lactancia materna, existen cuatro habilidades necesarias para el fomento y el éxito de la lactancia materna, dichas habilidades se encuentran agrupadas en parejas, las cuales poseen técnicas, diseñadas para el desarrollo y aplicación de las mismas.

1 . Habilidad de escucha y aprendizaje

Una madre lactante no siempre habla fácilmente sobre sus sentimientos; especialmente si es tímida o está con alguien a quien ella no conoce bien. Se necesita la habilidad de escuchar y de hacerle sentir que está realmente interesado en ella. Esto animará a la madre a decirle algo más y habrá menos posibilidades de que se encierre en sí misma y no exprese lo que le está pasando.

Para establecer una relación de escucha y aprendizaje por parte del personal de enfermería es necesario aplicar estas técnicas:

³³ LONDOÑO FRANCO, Angélica. MEJÍA LÓPEZ, María Shirley. (jul.-dic. 2010) Factores Relacionados con Lactancia Materna Exclusiva e Introducción Temprana de Leche Entera en Comunidades de Estrato Socioeconómico Bajo.]. Vol. 19 No. 9. Revista en gerencia y políticas en salud. [Bases de datos on line. p.3, [Citado el 02 de mayo de 2015] Disponible en Scielo.

³⁴ UNICEF REPUBLICA DOMINICANA. Agosto 2011. Lactancia materna [Citado el 2 de mayo de 2015]. Recuperado de: http://www.unicef.org/republicadominicana/resources_21274.html.

Técnica 1: Use toda la comunicación no-verbal que le resulte útil. La comunicación no-verbal significa que usted muestra su actitud con su postura, su expresión, etc. Es decir, a través del todo excepto del habla. La comunicación no-verbal útil le hace sentir a la madre que usted se interesa en ella, lo cual la animará a expresarse. Para ello mantenga la cabeza al mismo nivel que la de la madre, ponga atención a lo que ella habla, haga contacto físico apropiado.

Técnica 2: Haga preguntas abiertas. Las preguntas abiertas son útiles para estimular el diálogo. Para responderlas, la madre tendrá que aportar información general y descriptiva.

Las preguntas abiertas son útiles para comenzar una conversación, para continuar la conversación.

Técnica 3: Use respuestas y gestos que muestren interés. Otra forma de animar a la madre a hablar es usar gestos como asentir con la cabeza o sonreír, y dar respuestas simples como “Mmm...”, “Ajá...”, “Ya veo...”. Estos signos muestran que usted tiene interés en ella.

Técnica 4: Devuelva el comentario a la madre. Devolverle el comentario quiere decir que usted repite lo que la madre ha dicho para mostrar que la estaba escuchando, animando de ese modo a que diga más. Trate de decirlo de una manera ligeramente diferente.

Técnica 5: Dé muestras de empatía: muestre que entiende cómo se siente. Mostrar empatía es poder identificarse mentalmente con alguien: ponerse en su lugar, mirar las cosas desde su punto de vista.

Técnica 6: Evite el uso de palabras enjuiciadoras, como: correcto, incorrecto, mal, bien, bueno, suficiente, adecuadamente. Si usted usa estas palabras al preguntar, puede hacer sentir a la madre que está equivocada o que algo anda mal con su bebé.

2. Habilidad para reforzar la confianza y dar apoyo.

La madre lactante fácilmente pierde confianza en sí misma. Esto puede llevarla a ofrecer a su bebé alimentos innecesarios y ceder ante presiones de la familia o de los amigos para darle comidas artificiales. Es necesaria esta habilidad para ayudar a la mujer lactante a sentirse confiada y bien consigo misma. La confianza en sí misma puede ayudar a la madre a tener éxito con la lactancia. También le ayuda a resistir las presiones de las otras personas.

Es importante no hacer sentir a la madre que ella ha hecho algo mal. La madre cree fácilmente que algo está mal con su leche o que no está haciendo las cosas bien. Es importante evitar decirle a la madre lactante qué tiene que hacer.

Ayudar a cada madre a que ella misma decida qué es lo mejor para ella y para su bebé. Esto le aumenta la confianza en sí misma. Existen seis técnicas para reforzar la confianza y dar apoyo, estas son:

Técnica 1: Acepte lo que la madre piensa y siente. En ocasiones una mamá tiene una idea errónea con la cual no se está de acuerdo. Si usted está en desacuerdo con ella, o la crítica, le hará sentir que está equivocada. Esto reduce su confianza en sí misma. Si se está de acuerdo con ella, más tarde será más difícil que le sugiera algo diferente. Es más útil aceptar lo que ella piensa. Aceptar quiere decir responder de manera neutral, sin ponerse de acuerdo pero sin estar en desacuerdo.

Técnica 2: Reconozca y elogie lo que la madre y el bebé están haciendo bien. Nosotros, como agentes de salud, hemos sido entrenados para buscar los problemas.

Como consejeros debemos aprender a detectar y reconocer lo que las madres y los bebés hacen bien. El elogio de las buenas prácticas trae los siguientes beneficios:

- Le retuerza la confianza a la madre.
- La estimula a que continúe con esas buenas prácticas.
- Hace más fácil que ella acepte sugerencias más tarde

Técnica 3: Ofrezca ayuda práctica. Algunas veces es mejor dar ayuda práctica que decir algo. Por ejemplo:

- Cuando la madre se siente cansada, sucia, o incómoda.
- Cuando tiene hambre y sed.
- Cuando ya ha recibido una gran cantidad de consejos.
- Cuando usted desee demostrarle apoyo y aceptación.
- Cuando la madre tiene un problema que es netamente práctico.

Técnica 4: Dé una información pertinente y corta en el momento oportuno La información pertinente es aquella información que es útil para la madre ahora.

Cuando usted le dé información a la madre, recuerde los siguientes puntos:

- Dígale las cosas que puede hacer hoy, no dentro de unas cuantas semanas.
- Trate de darle solamente una o dos informaciones cada vez, especialmente si está cansada o ya ha recibido muchos consejos.

- Espérese hasta cuando haya reforzado su confianza, aceptando lo que dice y elogiando lo que ella y su bebé hacen bien.
- Dele información de una manera positiva, que no parezca que la está criticando.

Técnica 5: Use lenguaje sencillo. Use términos familiares sencillos para explicarles las cosas a las madres.

Técnica 6: Haga una o dos sugerencias, no dé órdenes. Tenga cuidado de no decir u ordenar a la madre que haga algo. Esto no le ayuda a tener confianza. En vez de eso, cuando le dé consejo a una madre, sugerir otras opciones. Esto la deja a ella con la sensación de estar en control y la ayuda a sentirse más confiada en sus propias habilidades.

ROL DE LA CONSEJERA(o)

Es fundamental que la consejera logre que la madre se sienta cómoda. La consejera debe tener cuidado para no monopolizar el intercambio de ideas y permanecer en silencio la mayor parte del tiempo, pero atenta para poder guiar y resumir la conversación.

La consejera además es responsable de:

- Alentar a las madres a hablar y ayudarse entre sí; enseñarles a escucharse mutuamente, recordándoles que hablen de a una por vez, sin conversaciones laterales y en voz baja, para que todas puedan beneficiarse de lo que se habla.
- Mantener activa la participación de las madres haciendo preguntas generadoras cuando la discusión se detiene.
- Actuar como facilitadora de los procesos educativos que viven las integrantes del grupo. Por ejemplo, si una madre hace una consulta, puede invitar a las otras madres a responder, estando atenta para reforzar la información correcta. Esta información debe ofrecerse únicamente cuando no surge espontáneamente de los miembros del grupo
- Las madres deben sentir que son bienvenidas con sus bebés.
- Lograr la identidad grupal: crear un nombre, un logo o un lema. Registrar los nombres de cada mamá y su bebé, su teléfono y su dirección.
- Es importante llevar un sistema de registro de datos que permitan realizar un seguimiento posterior.³⁵

³⁵ FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, UNICEF. Grupos de Apoyo para lactancia Materna. [Citado el 23 de Junio de 2015]. Recuperado de: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>.

CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA

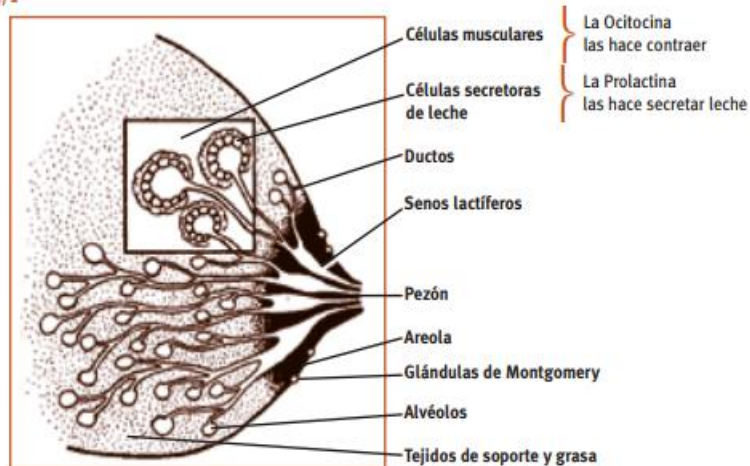
La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No sólo por su composición, sino también por el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé durante el acto de amamantar. La leche materna contiene todo lo que el niño necesita durante sus primeros meses de vida, protege al bebé frente a muchas enfermedades.

El bebé es un ser, que tiene capacidades y reactividad desde la época fetal. El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo. Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo.

Anatomía de la mama.

► ANATOMÍA DEL PECHO

FIGURA 7 - Diapositiva-Filmina 3/1



Se observa el pezón, la areola (área de piel oscura que rodea el pezón), en la cual se encuentran pequeñas glándulas de Montgomery, que secretan un líquido aceitoso para mantener la piel íntegra. Dentro de la mama están los alvéolos, los cuales son sacos muy pequeños hechos de células secretoras de leche, los cuales están mediados por una hormona llamada prolactina, que hace que dichas células produzcan leche. Alrededor de los alvéolos están las células musculares, las cuales se contraen y extraen la leche, por medio de una hormona llamada

Oxitocina. También existen pequeños tubos o conductos que transportan la leche desde los alvéolos hacia el exterior de la mama. Debajo de la areola los conductos se agrandan y forman los senos lactíferos, en donde se acumula la leche preparándose para cuando el niño inicie su lactancia. Estos conductos adelgazan de nuevo al pasar por el pezón. Los alvéolos secretores y los ductos están rodeados por tejido de apoyo y por grasa. La grasa y el otro tejido son los que le dan al pecho su forma y los que más contribuyen a hacer la diferencia entre mamas grandes y pequeñas.³⁶

Fisiología de la lactancia materna.

La producción y estimulación de la leche materna inicia cuando:

El bebé succiona del seno de la madre, en el pezón se originan impulsos nerviosos que van al cerebro en donde se encuentra la glándula pituitaria, encargada de estimular la secreción de una hormona llamada Prolactina, que como su nombre lo indica, es la encargada de la producción de la leche materna. Media hora después de la mamada, suben los niveles de prolactina en la sangre, esto permite que se continúe produciendo leche materna, se almacene en el seno y pueda estar disponible para la próxima toma del bebé. La succión del bebé, además de garantizar la producción.

La succión del bebé, además de garantizar la producción de leche materna, también estimula en el cerebro la glándula pituitaria, para que produzca otra hormona llamada Oxitocina que es la encargada de la eyección o salida de la leche materna, lo que también se conoce como el reflejo de “Bajada de la leche”.

Este reflejo es muy sensible y puede empezar a funcionar con solo recordar, tocar o sentir al bebé, aún antes que succione, provocando que la leche fluya abundantemente.

Por otra parte, la leche materna contiene una sustancia que puede disminuir o “secar” la producción de la leche. Esta sustancia funciona así, si el seno se llena de leche, el inhibidor frena la producción, pero si el seno se desocupa porque el bebé succiona o la leche materna es

³⁶ MORILLO, J.B. MONTERO, L. (Jun.2010). Lactancia Materna y Relación Materno Filial en Madres Adolescentes. [Bases de datos on line] No.19. En: Enfermería global.[Citado el 21 de Mayo de 2015]. Disponible en Scielo.

extraída, el inhibidor desaparece, de manera que el seno produce nuevamente más leche. Esta es la razón por la cual se puede disminuir la producción de leche materna.³⁷

Factores que intervienen en la producción de la leche materna.

Factores positivos:

- Madre acepta a su bebé.
- Sentimientos de amor de la madre para con su hijo.
- Confianza en el momento de lactar.
- Recordar, tocar o sentir al bebé, antes de succionar.
- Sensaciones tales como las que se obtienen al ver o escuchar el llanto del bebé.

Factores negativos:

- El dolor.
- Miedo.
- Preocupación.
- Dudas de la madre.
- El estrés.
- Rechazo hacia su hijo.

Tipos de lactancia materna.

- Lactancia materna exclusiva (LME): alimentación exclusiva por leche materna,
- Lactancia materna parcial o mixta (LM): alimentación por leche materna y preparados artificiales, independientemente de su proporción.
- Lactancia artificial (LA): alimentación del niño exclusivamente con preparados artificiales
- Lactancia materna total (LMT): inclusión de lactancia materna exclusiva y mixta.

Clases de leche materna.

La leche del prematuro.

³⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Guía del Capacitador. [Citado el 02 de Mayo de 2015]. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf.

Se produce en las mujeres que han tenido un parto pretérmino, contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, para el niño prematuro; ya que el niño tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna"

El calostro.

Es un líquido amarillento rico en proteína, vitaminas liposolubles y minerales, precursor de la leche materna. Es secretado por la glándula mamaria durante los últimos meses del embarazo y los tres a cuatro días que siguen al parto.

En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

El calostro le "proporciona al bebé todo lo que necesita", actuando como un laxante suave, preparando el aparato digestivo del bebé para recibir la leche materna o proporcionándole al bebé anticuerpos.

En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

La leche de transición.

Es la leche que se producen entre el quinto y décimo día después del parto aproximadamente, tiene un mayor contenido de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles que el calostro y, por lo tanto, suministra más calorías al recién nacido, adecuándose a las necesidades de éste conforme transcurren los días.

Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.

La leche materna madura.

Es secretada por las glándulas mamarias del décimo después del parto. Es la leche materna propiamente dicha. Le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que requiere para su normal desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses de vida, se recomienda hasta los dos años de edad, junto con la alimentación complementaria.

Nutrient es	CALO STRO	LECHE DE	LEC HE
----------------	--------------	-------------	-----------

		TRANSICI ÓN	MADU RA
Energía (Kcal.)	58	74	70
Proteínas (g)	2.3	1.6	1.05
Carbohid ratos (G)	5.3	6.6	7.0
Grasas (g)	2,9	3,5	4,2

Calcio (mg)	28	29 a 34	28
Hierro (mg)	0.04	0.04	0.04
Vitamina A (ug)	161	88	48

Vitamina C (mg)	7,2	7,1	5
--------------------	-----	-----	---

Composición de la leche materna.

AGUA: en un 98%

CARBOHIDRATOS: Lactosa, Oligosacáridos, Glicopéptidos, Factores bífidos.

LÍPIDOS

● **Vitaminas liposolubles:** (D,E,K,A), Carotenoides, Ácidos grasos, Fosfolípidos, Esteroles e Hidrocarburos, Triglicéridos.

● **Vitaminas hidrosolubles:** Biotina, Colina, Niacina, Folato, Inositol, Riboflavina, Tiamina, Vitamina B12, B6, C.

PROTEÍNAS: Lactoalbúmina. Lactoglobulina, Caseína, enzimas, Factores de crecimiento, Hormonas, Lactoferrina. Lisozima, IgAs.

NITRÓGENO NO PROTEICO: Amino-nitrógeno, Creatina, Glucosamina, Ácidos nucleicos, Nucleótidos, Poliaminas, Urea, Ácido úrico.

MINERALES E IONES: Cromo, Cobalto, Cobre, Flúor, Yodo, Hierro, Manganese, Molibdeno, Níquel, Selenio, Zinc, Bicarbonato, Calcio, Cloro, Citrato, Magnesio, Fosfato, Potasio, Sodio, Sulfato.

CÉLULAS: Epiteliales, Leucocitos, Linfocitos, Macrófagos, Neutrófilos.

Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna exclusiva es la alimentación del lactante mediante leche materna sin ningún otro suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las sociedades médicas recomiendan este tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida.

La leche materna es el alimento más adecuado para las necesidades del bebé, por encima de cualquier complemento de leche artificial.

La composición de la leche materna varía según el momento del día, durante la propia toma y según va creciendo el bebé, adaptándose de la mejor forma posible a las necesidades del lactante en cada fase de su desarrollo.

Esta adaptación se intenta imitar con las leches artificiales. Pero a pesar de los avances en este aspecto, la leche materna es superior también en la adaptación fisiológica.

Las necesidades del bebé han variado a los 6 meses de edad y precisa la complementación con otros alimentos sólidos y líquidos. La alimentación no será con leche materna de forma exclusiva, sino que precisará de complementos alimenticios. Hay que tener en cuenta que a pesar de introducir nuevos alimentos en la dieta del lactante, la leche sigue siendo su principal nutriente. Los organismos médicos recomiendan mantener la lactancia materna hasta los 2 años.

Lamentablemente se estima que menos del 40% de los lactantes en todo el mundo reciben leche materna como alimento exclusivo. Según la OMS, si todos los recién nacidos fueran amamantados en la primera hora de vida, y esta lactancia se mantuviera hasta los 6 meses de forma exclusiva y de forma complementaria hasta los dos años, podrían salvarse al año 800.000 vidas infantiles.

Existe gran cantidad de evidencia científica sobre los beneficios de la lactancia para el recién nacido, aunque no debemos olvidar los beneficios maternos que también existen.

Beneficios de la lactancia materna.

Beneficios para el bebé.

Es toda la nutrición que necesitará un infante durante los primeros 6 meses de su vida, y representa los siguientes beneficios:

Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo y se establece entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". Este apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

Prevención del maltrato: La primera forma de maltrato infantil es no satisfacer las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene mucho menos riesgo de acudir a alguna forma de maltrato.

Desarrollo y crecimiento: Provee nutrientes esenciales para el crecimiento acelerado del Sistema Nervioso Central en los dos primeros años de vida. Presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión y audición). Favorece el crecimiento y desarrollo físico e intelectual de los niños.

Organización sensorial: El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos.

Desarrollo intelectual: Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

Desarrollo Dentomaxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonoarticulación del lenguaje.

Inmunológicos:

- Presencia de oligosacáridos que participan en el sistema defensivo. Previene la enterocolitis necrotizante.
- Bifidobacterias que inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos. Inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios: la lactoferrina y las proteínas que enlazan los folatos y la vitamina B12.
- Factores estimuladores de la proliferación de colonias de leucocitos, como granulocitos y macrófagos y la fibronectina que estimula la función de los fagocitos.
- Inmunoglobulinas: fundamentalmente la Ig A secretora con mayor concentración en el calostro que la leche definitiva, la cual protege frente a gérmenes del tracto gastrointestinal de la madre: IgM, IgG, IgE, IgD, complemento (C3 y C4).
- Agentes inmunomoduladores: prolactina, Ig A secretora, Prostaglandina E2 y algunas citoquinas.
- Péptidos: derivados de la caseína que regula la motilidad gastrointestinal y otros como el Péptido inhibidor de la gastrina y la bombesina, que actúan sobre el crecimiento, maduración y regulación gastrointestinal.
- Lípidos: ciertos ácidos grasos de cadena media, mono y poliinsaturados ejercen una actividad antivírica, antibacteriana y antifúngica

Gastrointestinal y renal

- Satisface su sed y sus necesidades alimentarias.
- Disminuye el riesgo de diarrea
- Baja carga de solutos
- Presencia de lipasa estimulada por sales biliares que ayuda a la digestión intestinal de las grasas
 - Vaciamiento gástrico más rápido.
 - Presencia de factores tróficos y de maduración sobre el sistema gastrointestinal
 - La porción de galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.
 - Mejor absorción de grasas por su actividad lipolítica.
 - Enzimas: lisozimas, peroxidases con actividad bacteriostática y otras enzimas que actúan en el transporte y en la síntesis de los componentes de la leche materna o en los procesos de digestión y metabolismo de recién nacidos.
 - Factor de crecimiento epidérmico y factor de crecimiento semejante las insulinas favorecen la proliferación celular del epitelio intestinal y tienen actividad antiinflamatoria
 - Somatostatina tiene propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias en el tracto gastrointestinal
 - Promueve la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*, flora microbiana fermentativa que, al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Beneficios para la madre.

- El amamantamiento también protege la salud de la madre y promueve el comportamiento positivo del vínculo materno-infantil, estableciendo un fuerte lazo afectivo de apego
 - La mamá pasa más tiempo acariciando al bebé.

Beneficios a corto plazo

- Al producirse la succión del pezón se produce una serie de vías adherentes que activan el eje hipotálamo/hipófisis y a nivel de la neurohipófisis se libera Oxitocina. Esta actúa sobre los receptores de la Oxitocina que hay a nivel del útero provocando una serie de contracciones, comúnmente conocidas como “entuetos”, que ayudan a una rápida recuperación del tono y del tamaño uterino; también ayudan a la involución uterina, reduciendo así las hemorragias posparto y la mortalidad de las madres y la prevención de anemia.

- La madre pasa menos tiempo en la cocina (no hay que preparar leche artificial o fórmula y no hay biberones para lavar).
- La madre pierde menos días de trabajo, debido a que el bebé se enferma menos.
- La lactancia materna es más cómoda para viajar.

Beneficios a mediano plazo

- Recuperación más rápida de peso y silueta corporal. Durante el embarazo se acumulan grasas a nivel periférico y en el momento de la lactancia ocurre una movilización de esas grasas. Disminuye la síntesis de grasa a nivel periférico y aumenta la formación de lípidos para la leche.
- Periodo más largo de amenorrea. Al aumentar la producción de prolactina se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis lo que disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento, constituyéndose éste como un método anticonceptivo denominado MELA (método de amenorrea de la lactancia).
- El amamantar exclusivamente retrasa el regreso de la fertilidad y ayuda en el espaciamiento de los embarazos por el aumento en la producción de prolactina y se inhibe el eje hipotálamo-hipófisis lo que disminuye la posibilidad de tener otro embarazo en los primeros meses de amamantamiento. Se produce un 98% (si se cumple el MELA, el método de lactancia amenorrea).

Beneficios a largo plazo

- La lactancia materna disminuye el riesgo de contraer cáncer de mama. Por inhibición del eje hipotálamo-hipófisis que produce retardo en la aparición de la ovulación, y por ello un menor nivel de estrógenos que actúan a nivel mamario.
- Menor riesgo de cáncer de ovarios. Inhibe la ovulación: hay disminución de las gonadotropinas, del pico LH y por lo tanto son mayores los periodos de amenorrea.
- Menor riesgo de osteoporosis, fracturas de caderas y columna vertebral. Por aumento de la absorción de calcio.
- Favorece el ahorro de dinero y de tiempo al no tener que comprar ni preparar leches de fórmula o biberones
- Beneficios emocionales. Fortalece el vínculo de amor con él bebe al sentir confianza y afecto por su hijo.

Beneficios para el medio ambiente.

- Disminuye el uso de combustibles contaminan
- Evita la producción de desechos tóxicos (latas, cauchos, plásticos)
- No hay que empaquetar, no utiliza plásticos y no hay desperdicios
- Ahorra agua potable.
- No requiere almacenamiento o preservación
- No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación.
- No requiere envases, promoción, transporte ni preparación, no necesita de una fuente de energía.
- No requiere de utensilios especiales para suministrar.

Beneficios para la familia.

- La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero. Las economías son por concepto de costo de las leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes, por la reducción de enfermedades y sus costos de tratamiento, disminución de gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos y por reducción de costos de producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.
- Refuerza los lazos familiares: el amamantamiento del niño es una experiencia familiar. El padre, otros hijos o personas integradas a la familia, organizan su interacción en torno a la madre y su hijo y refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

Técnicas de amamantamiento.

A continuación se describen las técnicas de un buen agarre a la hora de lactar:

- Que el niño abra bien la boca.
- Que la areola se vea más por encima de la boca que por debajo de ella.
- Que el labio inferior esté evertido.
- Que el mentón esté en contacto con la mama.
- El niño debe estar bien sostenido abdomen – abdomen.

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola.

Posición de amamantamiento correcto.

1- La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”

2- La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua estimula los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (porque este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.

3- El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

4- Amamantar no debe doler, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.

5- Comprime el pezón, no masajea la areola, sale poca leche y se duerme o llora. La madre siente dolor lo que dificulta la eyección de la leche y el pezón sale aplastado después de la mamada. Se corrige retirando el niño del pecho, y poniéndolo luego de que abra bien la boca, e introduciendo pezón y areola dentro de la boca. Para retirar al niño del pecho se introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir.

El éxito de la lactancia materna depende en gran manera de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un adecuado acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

a) Posición del niño con la madre acostada o lateral. (Muy útil por la noche o en las cesáreas). Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre.

b) Posición tradicional o de cuna: La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.

c) Posición de cuna cruzada. (Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos). Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.

d) Posición de canasto, invertida o de rugby. (Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés). Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.

e) Posición sentada. (Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamas muy grandes). En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta. Posición sentada. La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El bebé mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, no el pecho al bebé.



Estimulación para la producción de la Leche Materna.

Es importante que la madre esté tranquila y relajada, se debe contar con el apoyo del padre del bebé, de un familiar o de otra persona, para practicar un masaje suave en la espalda, iniciando en el cuello y descendiendo lentamente por la espalda, haciendo presión en forma circular con las yemas de los dedos pulgar, a lado y lado de la columna, esto ayuda a relajar a la madre y por consiguiente garantiza la producción y la salida de la Leche Materna. También es conveniente colocar sobre los senos una toalla mojada con agua caliente, teniendo especial precaución de no producir quemaduras

Extracción de la leche materna.

Indicaciones:

Los motivos para sacarse la leche son numerosos, y entre ellos cabe destacar:

- Iniciar el flujo de leche para ayudar al bebé a tomar adecuadamente el pecho.
- Al principio de la lactancia, si el bebé es prematuro o está enfermo.
- Para aliviar la ingurgitación.
- Para extraer la leche cuando no es posible dar de mamar en una toma determinada.
- Para mantener la secreción cuando no es posible dar el pecho.
- Para guardar la leche y dársela al niño en otro momento.
- Para donarla a un banco de leche.
- Para extraer y desechar la leche temporalmente mientras se toma un determinado fármaco.
- Para ayudar a drenar el pecho en caso de obstrucción, mastitis.
- Para iniciar y establecer la producción de leche en caso de relactación o lactancia inducida.

Extracción manual de la leche materna.

El Ministerio de la Protección Social, emplea el manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna, el cual busca apoyar la labor de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, con el fin de garantizar una lactancia óptima al recién nacido. La extracción manual es la forma más fácil, segura, eficiente y económica de obtener la leche materna. El personal de salud, a través de la consejería, debe orientar y permitir que la madre se extraiga la leche de sí misma.

La madre puede extraer la leche materna en el hogar, en el trabajo, en el Jardín Infantil, en un grupo de apoyo o en cualquier otro sitio, lo más importante es que el lugar sea higiénico, tranquilo, cómodo y preferiblemente con privacidad. Los baños no son lugares seguros para la extracción de la leche materna.

Este tipo de extracción es ideal para los primeros días de post parto, las cantidades de calostro son muy pequeñas. Se pueden recolectar en una cucharita y ofrecerlas al niño.

Es una técnica utilizada en todo el mundo que permite a la mujer familiarizarse con su pecho y perder el miedo.

No muchas mujeres consiguen grandes volúmenes sin ayuda mecánica, pero aún así son bastantes las que prefieren este método, en vez de usar sacaleches, con óptimos resultados.

Pasos para la extracción manual de la leche materna.

- Iniciar con un masaje suave en forma circular con las yemas de los dedos, alrededor de cada seno para estimular los conductos lactíferos.
- Luego acariciar los senos con la yema de los dedos como si se peinaran. Colocar la mano en forma de C, de tal manera que el pulgar esté por encima de la areola (parte oscura que incluye el pezón), y el dedo índice por debajo de la areola, de tal manera que se pueda levantar el seno.
- Luego empujar los dedos pulgares e índice contra el tórax, presionando los conductos lactíferos que se encuentran por debajo de la areola y se pueden palpar como nódulos.
- Evitar deslizar los dedos sobre la piel de los senos, porque puede causar enrojecimiento y dolor.
- Los primeros chorros de leche materna que salen, se deben desechar, esto contribuye a la reducción del 90% de las bacterias que están presentes regularmente.
- Luego se deposita en un frasco de vidrio con tapa rosca de plástico, los cuales se han lavado previamente con agua limpia y jabón, y hervido por 10 minutos.
- Una vez finalizada la extracción es necesario colocar algunas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón, porque la leche del final de la extracción contiene sustancias que contribuyen a mantener la elasticidad de la piel y grasas que actúan como bactericidas, que evitan las infecciones, previene grietas y ayudan a la cicatrización.
- La extracción manual debe realizarse con la misma frecuencia con la que se alimenta al bebé, por lo tanto la madre debe disponer de tiempo para hacerlo, como mínimo de 30 minutos. El volumen de leche materna en cada extracción puede variar y no representa un problema o signo de alarma.

Conservación de la leche materna.

Los métodos de conservación más utilizados son:

A temperatura ambiente: Si se deja a temperatura ambiente la leche materna se conserva hasta por 4 horas; este tiempo garantiza el contenido de defensas o anticuerpos, que empiezan

a disminuir luego de las 4 horas al tener que eliminar las bacterias presentes en la leche materna y en el medio.

En nevera o refrigerador: La leche materna extraída se conserva en nevera o refrigerador por 12 horas, es recomendable no colocarla en la puerta de la nevera para evitar los cambios de temperatura que se producen cada vez que se abre y cierra la puerta.

En el congelador: La leche materna se puede conservar congelada por 15 días, para ello se recomienda no abrir y cerrar frecuentemente el congelador, de esta manera se evitan los cambios de temperatura que pueden hacer que la leche materna se descongele y se reproduzcan las bacterias que producen la contaminación y descomposición.

¿Cómo se acondiciona la temperatura en la leche materna refrigerada?

Cuando se vaya a utilizar la leche materna, que está congelada o refrigerada, no es necesario hervirla, es suficiente pasar directamente el frasco por el agua caliente hasta dejarla a temperatura ambiente.

Para ello puede calentar agua en una olla, retirarla del fuego y luego sumergir el frasco con la leche materna, teniendo cuidado que el agua no cubra la boca del frasco, de esta manera se evita que el agua penetre al envase que contiene la leche materna y se altere o contamine.

¿Cómo se transporta la leche materna extraída?

- Las madres que han extraído la leche materna en el trabajo o en un lugar diferente, pueden transportarla de manera segura, en una nevera de icopor con pilas refrigerantes congeladas o una botella de agua congelada.

- Si no se cuenta con este tipo de nevera, otra alternativa puede ser una bolsa limpia con hielo, en la cual se introducen los frascos bien tapados con la leche materna extraída. Una vez la madre llega al hogar puede ofrecer la leche materna al bebé o si prefiere la puede conservar refrigerada o congelada.

Situaciones especiales para la lactancia materna.

Situaciones en la madre.

Cirugía mamaria previa: Para aumentar el tamaño de las mamas, los implantes se colocan por detrás de la glándula mamaria, por ello en general no interfieren con la lactancia. En caso

de cirugía reductora se corre el riesgo de comprometer algunos conductos lactíferos e interferir con la innervación de la areola y el pezón. En algunas oportunidades las mujeres que han tenido este tipo de cirugía podrán presentar dificultades para mantener una adecuada producción de leche. A estas madres se les recomienda amamantar frecuentemente dependiendo de sus posibilidades y extraerse manualmente o por bomba después de la mamada para incrementar el estímulo de producción láctea.

Dolor: Principal síntoma de los problemas de lactancia, (no debe doler). La causa más frecuente de dolor en los pezones es el mal acoplamiento de la boca-pecho al mamar. El niño introduce solo el pezón en su boca y no la areola como corresponde, con lo cual el ejercicio de succión, se ejerce sólo en el pezón produciendo dolor. La succión disfuncional (disfunción motora oral) produce dolor aún con una buena posición de amamantamiento ya que depende del acople.

El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la Oxitocina, lo que provoca que el Recién Nacido, no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que se manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento.

Anemia: Una madre anémica que recibe tratamiento puede dar pecho sin ningún inconveniente. Ni la anemia ni el tratamiento la contraindican, más bien al contrario, el inicio inmediato de la lactancia aumenta la Oxitocina que produce la contracción uterina disminuyendo la hemorragia y el retraso de menstruaciones, ahorra hierro y aumentan los niveles de ferritina.

Diabetes: La lactancia materna es muy recomendable para la madre diabética, mejora su tolerancia a la glucosa y además se evitan las hipoglucemias del bebé ya que la leche contiene más glucosa. Las principales estrategias para mejorar la lactancia en estas pacientes consisten en que la madre realice un buen control metabólico, con pautas adaptadas de insulina, alimentación y ejercicio y dar el pecho a demanda, respetando el horario de comidas materno.

Epilepsia: La mayoría de los fármacos antiepilépticos son compatibles con la lactancia. En el caso de tomar fenobarbital hacer un destete progresivo. Valorar la situación de cada madre, con respecto a la frecuencia y el tipo de crisis[i].

Pezones planos o invertidos: Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puerpera requerirá de especial atención por parte del equipo de salud en la maternidad. Es de vital importancia e ideal, en estos casos que el recién nacido haga su

primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la Oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que la mama está blanda y el pezón-areola tienen forma cónica, de esta forma el niño aprenda a introducir el pezón correctamente dentro de su boca.

Si no ha sido posible colocar al niño al pecho en las primeras 24 horas y las mamas están muy llenas, previo al ofrecimiento del pecho al niño, debe extraerse un poco de leche de la mama para ablandar la zona areolar lo que ayudará a que el niño pueda tomar el pezón y con ello lograr un buen acople. No se recomienda usar el “Tensor de pezones” para hacerlo protruir antes de poner el niño a mamar pues su acción podría ser nocivo para la mama.

Cuando el pezón invertido es unilateral debe procurarse con mucha dedicación y paciencia a que resulte, mediante el estímulo del mismo niño, mientras no pueda acoplarse bien a este pecho. Debe procurarse la extracción de la leche de ese lado y dársela cuando tome del pecho que no tiene el problema.

Transmisión de agentes infecciosos a través de la leche materna.

Hepatitis B: El antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) se ha detectado en la leche de mujeres positivas para HB. Sin embargo, estudios realizados han indicado que la lactancia natural por parte de mujeres positivas para el HBsAg no aumenta de forma significativa el riesgo de infección en sus hijos.

Los niños nacidos de madres positivas para el HBsAg deben recibir inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y la vacuna contra la hepatitis B, combinación que elimina de forma eficaz cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia. La inmunoprofilaxis de recién nacidos únicamente con la vacuna contra la hepatitis B también confiere protección.

Sífilis: La presencia de lesiones cutáneas de sífilis en el pecho o en el pezón contraindica la lactancia materna, ya que pueden contener el treponema. El niño debe ser aislado de la madre y recibir tratamiento con penicilina G si lo precisa. Una vez que la madre complete el tratamiento y las lesiones cutáneas hayan curado, se puede reanudar la alimentación al pecho.

Virus del Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1) : Se han comunicado varios casos de transmisión del VHS-1 después de la lactancia en presencia de lesiones mamarias.

Las mujeres con lesiones herpéticas activas en las mamas han de evitar la lactancia natural mientras se mantenga esta condición; las lesiones activas en otras partes del cuerpo deben cubrirse convenientemente.

Rubéola: En la leche materna se han aislado cepas tanto naturales como vacunales del virus de la rubéola. Sin embargo, la presencia de rubéola en la leche materna no se ha asociado a una enfermedad significativa en los recién nacidos, y es más probable que la transmisión se produzca por otras vías. Así pues, las mujeres con rubéola o que han sido inmunizadas recientemente con la vacuna de virus vivos atenuados contra la rubéola no tienen por qué abstenerse de amamantar a sus hijos.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Se ha aislado de la leche materna y puede transmitirse a través de la lactancia natural. El riesgo de transmisión puede ser mayor en las mujeres que se infectan por VIH durante el período de lactancia (es decir, después del parto) que en aquellas con infección preexistente. En poblaciones donde el riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas y malnutrición es bajo, y existen fuentes alternativas de alimentación segura y eficaz, hay que aconsejar a las mujeres infectadas por VIH que se abstengan de amamantar a sus hijos y de donar leche. En las regiones en las que las enfermedades infecciosas y la malnutrición son causas importantes de mortalidad en las primeras etapas de la vida, la Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres amamenten a sus hijos con independencia del estado de la madre respecto al VIH. Si eventualmente se iniciará la lactancia materna, dos intervenciones deben siempre realizarse:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.
- Profilaxis antirretroviral ampliada para el niño (nevirapina sola o nevirapina con zidovudina) son eficaces en disminuir la transmisión.

Lactancia y sustancias psicoactivas.

Alcohol :El consumo de alcohol inhibe la liberación de Oxitocina y estimula la liberación de prolactina en la mamada siguiente. Esto produce que la ingesta real del niño es un 20% menor que lo habitual, y la madre siente sus pechos más llenos. En el caso de una adicción alcohólica, el lactante puede requerir medidas de protección por el riesgo que determina la conducta materna, además del potencial riesgo de intoxicación; otros efectos del consumo de alcohol, son la disminución de la duración del sueño total en el niño y un menor grado de desarrollo.

Tabaco: El efecto del consumo de tabaco sobre la fisiología de la lactancia y sobre riesgos potenciales en el niño son de gran significación. Los tiocianatos del cigarrillo inhiben la bomba

de sodio-yodo en la glándula mamaria, con lo que se observa una reducción a la mitad en la cantidad de yodo en la leche materna. Produciendo disminución de la disponibilidad de yodo para el lactante. El efecto es proporcional al grado de tabaquismo. Estudios sobre el sueño del bebé con consumo

de tabaco antes de amamantar, muestran una reducción del sueño activo, lo que podría estar relacionado con los trastornos de aprendizaje descritos en hijos de madres con consumo de tabaco. La nicotina inhibe directamente la actividad ponto-geniculo occipital e indirectamente las neuronas promotoras del sueño del área preóptica ventrolateral.

Marihuana: Excretada en la leche humana, los niveles alcanzan 8 veces los niveles plasmáticos; algunos de los componentes tienen vida media muy larga. Frente al consumo ocasional se recomienda suspender la lactancia por 24 horas. En consumo crónico la lactancia se suspende por 14 a 30 días. Uno de los aspectos preocupantes es la conducta materna y la percepción de cuidado con el bebé. Se ha reportado disminución del volumen de leche y alteraciones del desarrollo motor al año de edad.

Cocaína: Es excretada en la leche materna, por lo que en caso de consumo aislado la lactancia debe suspenderse por 24 horas. Se ha descrito intoxicación a través de la lactancia con irritabilidad, vómitos, diarrea, hipertensión, midriasis, taquicardia, agitación psicomotora y convulsiones.

Opiáceos

Heroína, morfina, meperidina, oxycodona

Pasa cantidad significativa a la leche materna. En el caso de la heroína, se absorbe escasamente por vía enteral. Se inhibe la eyección de leche. En consumo aislado suspender lactancia por 24 horas. El lactante puede presentar síntomas de intoxicación: somnolencia, apnea, depresión respiratoria, bradicardia; o de privación: temblores, inquietud, vómitos y mala tolerancia alimentaria.

Lactancia Artificial: También llamada leche de fórmula es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. La leche

artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna.³⁸

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), se definen como el conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios; que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como: voz, datos, texto, video e imágenes.³⁹

En Colombia el ministerio de TIC 's es la entidad que se encarga de diseñar, adoptar y promover las políticas, planes, programas y proyectos del sector de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

El desarrollo de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) han revolucionado a la sociedad actual, convirtiéndose en una herramienta de uso diario. Las TICs engloban al conjunto de tecnologías que permiten adquirir, implantar, almacenar, procesar y mostrar la información tanto en modo de voz como en forma de imágenes. A través de ellas, se están produciendo cambios agudos en la organización de la sociedad, la industria, la economía, así como en la actividad laboral actual, convirtiéndose en uno de los motores principales para su desarrollo y progreso. En este sentido, el ámbito de la salud no ha permanecido indiferente al auge de las TICs, ya que son empleadas en la prestación de servicios médicos, consejerías; etc.

Las TICs no sólo están haciendo posible un mayor acceso a la información sino que, también, permiten el desarrollo de modelos organizativos de salud que influyen en el diagnóstico, el control y el seguimiento de los pacientes, influyendo, directamente, sobre la promoción de la salud, la cual se centra en la propagación, a través de las redes sociales, de mensajes de autocuidado incidiendo, especialmente, en los jóvenes, ya que su acceso por las vías tradicionales es más reducido. Además, la publicación de revistas médicas, blogs de cuidados, etc. en las redes sociales permite que toda la sociedad tenga acceso a ella, otorgándoles la posibilidad de compartir sus experiencias y conocimientos para la promoción

³⁸ Lactancia artificial J. Dalmau Serra, B. Ferrer Lorente, I. Vitoria Miñana. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico. La Fe. Valencia.

³⁹ Art. 6 Ley 1341 de 2009, "Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones - tic-, se crea la agencia nacional de espectro y se dictan otras disposiciones".

de su salud. La información sobre salud en internet se conoce como e-Salud y ofrece, como principal ventaja, la inmediatez de respuesta sobre cualquier enfermedad o hábito nocivo para la salud. En contraposición, el acceso de los pacientes a la información médica a través de las TIC's ha creado un patrón de paciente diferente con más responsabilidad y participación en los aspectos relacionados con su propia salud que puede conducir no sólo a una circunstancia positiva en el que los pacientes adquieren los conocimientos y los gestionan guiados por la prescripción de un profesional, sino también a un lado negativo como es que los pacientes, desbordados de información, realicen una demanda de los servicios sanitarios irracional e innecesaria.⁴⁰

5.4 MARCO LEGAL

LEGISLACIÓN COLOMBIANA Y LACTANCIA MATERNA - ANTECEDENTES

Las acciones orientadas hacia la Lactancia Materna en Colombia datan de la década de los sesenta cuando se “capacita a grupos de madres y personal de salud en Lactancia Materna y alimentación complementaria”. Es en 1970 cuando el Gobierno Nacional logró integrar el trabajo de los sectores público y privado en la primera campaña nacional a favor de la lactancia materna, conocida como el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN).

Ley 07 de 1979, artículo 21, numeral 18: “El ICBF debe ejecutar los programas de nutrición que le corresponden dentro del plan de nutrición que señale el gobierno nacional”.

Resolución 5532 de 1980, en la cual se “establece como norma nacional para el fomento de la lactancia materna en las instituciones donde se prestan los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y del recién nacido”.

Decreto 1220 de 1980: “ratifica el compromiso internacional al cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

Ley 10 de 1990, que reglamenta el proceso de descentralización y financiación del sector. Esta ley permite a las instituciones desarrollar proyectos que favorezcan la lactancia materna como estrategia de eliminación del hambre y de la desnutrición infantil. Además crea el Plan

⁴⁰ INFLUENCIA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Federico Manuel Aranda Aranda, Silvia González Castillo, Raquel Roldán Roldán. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Obligatorio de Salud (POS), por medio del artículo 166 “se da prioridad a la atención materno infantil y a la Lactancia Materna”.

Ley 12 de 1991, creación del Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994. Esta es la primera política fijada por el Gobierno Nacional a favor de la lactancia materna, la cual “permitió el desarrollo de iniciativas regionales que permitieron disminuir los índices de morbilidad y mortalidad infantil”.

Ley 50 de 1990, la cual reforma el Código Sustantivo del Trabajo, Capítulo V, que establece una licencia remunerada de maternidad de 12 semanas, una de las cuales puede ser cedida al padre del niño(a) y estipula 1 hora diaria dentro del horario de trabajo de la madre para amamantar a su hijo(a) hasta los 6 meses de edad.

Decreto 1396 de 1992: reglamenta la creación del Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna.

Resolución 7353 de 1992, que establece la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), para la promoción de la lactancia materna a partir de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

Resolución 4288 de 1996, que define el PAB, el cual habla de las “acciones colectivas y de gran impacto en la comunidad, teniendo en cuenta que la lactancia materna es un factor protector de la salud, es una acción de obligatorio cumplimiento en salud pública, su práctica reduce el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, representa años de vida saludable, es altamente costo-efectiva, ética y socialmente aceptable”.

Resolución 3997 de 1996, Esta norma refiere en sus artículos que “las acciones de promoción y prevención para los menores de un (1) año, la educación a la madre y al cuidador sobre hábitos posturales, higiénicos y alimentarios, y de las funciones vitales (succión, deglución, respiración) todas ellas básicas en lactancia materna”. En su artículo 3º, se encuentra la propuesta para la “conformación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en cada Hogar Comunitario de Bienestar FAMI.

En noviembre de 1998, el ICBF, el entonces Ministerio de Salud y UNICEF presentaron el **Plan Decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008**, en él se establecieron cinco estrategias del Plan Decenal: coordinación, promoción, protección, apoyo, legal, que hable de la difusión y actualización de normas referentes al tema, y otra de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), a través de la creación de grupos de apoyo.

Resolución 0412 del 2000 del Ministerio de Salud, en donde se reglamenta la promoción y apoyo a la lactancia materna en los procesos de atención a la gestante, en el parto y en la atención al recién nacido, incluyendo programas especiales como la suplementación con micronutrientes a las gestantes y a los recién nacidos con bajo peso, y la atención de enfermedades como la obesidad y la desnutrición.

Ley 1098 de 2006, por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Especialmente el Art. 29, que establece "El Derecho al Desarrollo Integral en la Primera Infancia incluyendo la lactancia materna".

La anterior normativa ratifica la importancia que tiene la lactancia materna a nivel nacional, que ha llevado a que se ejecuten acciones en pro de la práctica de lactancia.

NORMATIVAS QUE PROTEGEN LA LACTANCIA MATERNA

La LEY 1822 del 2017 ⁴¹ empezó a regir a partir del pasado 4 de enero de 2017 y sigue vigente hasta la fecha. Esta Ley modifica los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo, así:

- Aumenta el periodo total de licencia de maternidad de 14 semanas a 18 semanas.
- Para madres de niños prematuros, aumenta igualmente el término general de duración a 18 semanas, a las cuales se les deberá sumar el tiempo equivalente a la diferencia entre la fecha gestacional y la de nacimiento a término.
- Modifica la licencia preparto. Esta licencia siempre ha estado contenida en el término total de la licencia de maternidad, siendo de 2 semanas que se podían tomar antes del parto, con la presente ley se cambia dicho término y se establece que será de 1 semana, pero se deja abierta la posibilidad para que por razones médicas se pueda tomar una semana adicional y ajustar las dos semanas antes del parto.

⁴¹ CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1822 DEL 4 DE ENERO DEL 2017. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201822%20DEL%204%20DE%20ENE%20RO%20DE%202017.pdf>

- Licencia de maternidad posparto. Esta Licencia tendrá una duración normal de diecisiete (17) semanas contadas desde la fecha del parto, o de dieciséis (16) o dieciocho (18) semanas por decisión médica, de acuerdo a lo previsto en el literal anterior.
- Dispone además que a la trabajadora que por alguna razón excepcional no disfrute de la licencia de maternidad, tendrá derecho al pago de las semanas que no disfrutó.
- Todas las provisiones y garantías establecidas en lo presente ley para la madre biológica, se hacen extensivas en los mismos términos y en cuanto fuere procedente o la madre adoptante, o al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad o muerte, asimilando la fecha del parto o lo de lo entrega oficial del menor que se ha adoptado, o del que adquiere custodia justo después del nacimiento. En ese sentido, la licencia materna se extiende al padre en caso de fallecimiento o enfermedad de la madre, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expirar el periodo de la licencia posterior al parto concedida a la madre.

Ley 1823 de 2017⁴², mediante la cual el Congreso de la República adopta la estrategia de las “Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas y empresas privadas”, esta con el fin de garantizar las condiciones adecuadas para la extracción y conservación de la leche materna, bajo normas técnicas de seguridad y de higiene, para que las madres puedan llevarla a sus hogares y disponer de ellas o para alimentar al bebé en su ausencia. El Ministerio de Salud y Protección Social estableció los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, así como las especificaciones técnicas de higiene, salubridad y dotación mínima que estas deben tener, mediante la **Resolución 2423 de 2018**. Además el Gobierno nacional, departamental, distrital y municipal, en uso de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, promoverá campañas y brindará capacitación para incentivar la lactancia materna en las trabajadoras de las entidades públicas y privadas.

REQUISITOS para la operación de la estrategia de Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral:

⁴² Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2423 de 2018. Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral. (2018) Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2423-de-2018.pdf>

- Designar un responsable de la operación de la Estrategia y la administración del espacio físico.
- Implementar un plan de capacitación dirigido a mujeres gestantes y madres en lactancia, con la opción de participación del padre o la familia, el cual se realizará por lo menos tres veces al año.
- Contar con un cronograma de capacitaciones, los asistentes a esta y el registro de la realización de estas.
- Debe disponer de mecanismos internos de difusión que permitan el acceso a la información por todos los miembros de la empresa o entidad.
- Deberán estar ubicadas en un lugar privado y exclusivo, cuyo entorno no presente problemas de polución, ruido, humedad u otras condiciones de inseguridad para la salud.
- Las dimensiones del ambiente serán establecidas por cada entidad pública y empresa privada.
- Debe ser un lugar bien iluminado y con buena ventilación.
- Debe contar con lavamanos dentro de la sala o en lugar cercano a las instalaciones de la misma.
- Se debe contar con un mesón o mesa de apoyo para soporte de los utensilios y frascos.
- Debe contar con instalaciones eléctricas que permitan la correcta conexión y seguridad de uso de los equipos utilizados.
- Congelador o nevera con congelador
- Sillas con respaldo y apoyabrazos de material de fácil limpieza y desinfección.

PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA 2010-2020⁴³

El Plan Decenal de Lactancia Materna se constituye en un instrumento principal de desarrollo de políticas centrales en la protección de los y las menores de dos años de edad, al aportar especificidad estratégica, técnica y operativa. Se espera que la aplicación del Plan consiga, en todo el país, una mejora de las prácticas e índices de lactancia (iniciación, exclusividad y duración), sustentados en transformaciones sociales de las familias, los padres, los cuidadores, los profesionales de salud y de la sociedad en general. Como una recomendación de salud global y pública, los niños deben ser exclusivamente amamantados durante los primeros seis meses de vida para conseguir un crecimiento, desarrollo

⁴³ Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Ministerio de la Protección Social -República de Colombia, Programa Mundial de Alimentos PMA de las Naciones Unidas, UNICEF, Acción Social -Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. 2010.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

y salud óptima. Por consiguiente, para conseguir sus requerimientos nutricionales cambiantes, los niños deben recibir comida complementaria segura y adecuada mientras la lactancia continúa hasta los dos o más años. Con estos puntos de partida, y asumiendo que los fines de política pública se relacionan directamente con los sujetos, en este caso los niños y las niñas menores de dos años de edad, el Plan Decenal se estructura, en términos de fines, en dos planos complementarios: uno de impactos relacionados, a los cuales contribuyen muchas más acciones incluidas en otros instrumentos, pero que de forma particular se ven determinados por las mejoras en la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia materna, y el otro de fines directos, atribuibles a la adecuada ejecución del Plan Decenal.

Impactos relacionados

- Disminución de la mortalidad infantil evitable por desnutrición.
- Disminución de los índices de desnutrición en menores de 2 años.
- Disminución de los años de vida perdidos relacionados con la desnutrición en menores de 2 años.

Fines directos

- Niños y niñas en Colombia reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Niños y niñas en Colombia a partir de los 6 meses siguen siendo amamantados hasta los dos años, simultáneamente con alimentación complementaria adecuada.

Objetivos generales del PDLM 2010-2020

- Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia materna con enfoque de derechos.
- Consolidar la gestión política para el apoyo, la promoción y la protección de la lactancia materna.
- Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la lactancia materna.

**PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (PNSAN)
2012 -2019.**

El objetivo de dicho Plan es, contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable brindando los elementos necesarios para avanzar hacia la articulación y convergencia de todas las acciones que permitan mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana.

El PNSAN fomenta estrategias de educación nutricional con el fin de prevenir y reducir la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, entre dichas estrategias se encuentran la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoviendo acciones encaminadas a brindar información y educación oportuna a las madres y sus familias sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo desde la primera hora de nacimiento para su práctica exitosa, con el fin de aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva y total como importante factor protector en la supervivencia, salud y nutrición de los niños menores de dos años, continuando con el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 que contempla tres grandes objetivos:

1. Fortalecimiento Institucional.

2. Transformaciones sociales.

3. Gestión Política.

Se desarrollarán las siguientes acciones:

- * Fortalecimiento de habilidades y competencias para la implementación de la consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil dirigida a agentes comunitarios, personal de salud y otros actores.

- * Educación al personal de salud (médicos, gineco obstetras, pediatras, enfermeras, nutricionistas, etc.) y estudiantes universitarios del área de salud, sobre el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con complementación alimentaria adecuada hasta los dos años de edad y más, así como las mejores prácticas para el amamantamiento; e incluir a los padres, abuelos y cuidadores en el proceso y sensibilizarlos sobre su importancia.

- * Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque integral – IAMII integral y el Método Madre Canguro.

- * Fortalecimiento en la implementación de estrategias que contribuyan al acceso a la leche materna para niños y niñas en condición de vulnerabilidad, tales como los Bancos de Leche Humana.

- * Fortalecimiento de las estrategias de apoyo co-munitario a la práctica de la lactancia materna

- * Estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna diseñadas para diversos públicos y utilizando todas las herramientas disponibles en la tecnología de la información y la comunicación.

- * El MSPS y el ICBF de manera conjunta fortalecerán las acciones para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a través de asistencia técnica para la implementación efectiva de las estrategias complementarias en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 en las entidades territoriales que lo soliciten.

Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 ⁴⁴

Con respecto a los datos presentados por la encuesta nacional de la situación nutricional de 2015 la implementación de la lactancia materna temprana aumentó en un 16.1% con respecto a la encuesta realizada en el 2010 que tenía un porcentaje de 56.6%. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.

Las regiones con mayor porcentaje de inicio temprano de lactancia materna son la andina Orinoquia y amazonia seguida de la pacífica con un promedio de 74.7%, el grupo poblacional indígena es el que implementa la lactancia materna como forma de alimento ideal para el crecimiento de sus hijos en sus primeros meses de vida.

Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018⁴⁵

⁴⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015; 2017]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf

⁴⁵ Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 02 de agosto de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y

“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

considerando:

Que conforme con el artículo 5° de la Resolución 429 de 2016, en consonancia con el artículo 6° de la Resolución 3202 del mismo año, se prevén como tipos de RIAS, la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud; la ruta integral de atención en salud para eventos específicos y la ruta integral de atención en salud de grupos de riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la ruta integral de atención para la población materno-perinatal.

ART. 1°—**Objetivo.** La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

ART. 2°—**Campo de aplicación.** Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, las entidades obligadas a compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la MAITE.

ART. 5°—**Talento humano para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.** Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir

mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, y las directrices para su operación. Disponibles en:
https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/resolucion_no.3280_de_20183280.pdf

perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.

ART. 6°—Monitoreo y evaluación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces y las direcciones territoriales de salud de carácter departamental y distrital, informarán anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud los resultados del monitoreo y evaluación, a fin de que esta adelante las acciones correspondientes al amparo de sus competencias

RUTA MATERNO – PERINATAL

La nueva normativa especifica los lineamientos técnicos para la “Ruta de promoción y mantenimiento de la salud” y la “Ruta materno-perinatal”, la cual tiene como objetivo mejores atenciones en el cuidado de la salud y el bienestar del binomio madre-hijo.

Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna

Objetivos: Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o personas significativas.

Población sujeto Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento. Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

Atenciones incluidas

Evaluar y promover la lactancia materna exclusiva.

Talento humano: esta atención debe ser realizada a través de una consulta por enfermería, medicina o por nutrición, cuyo responsable debe tener conocimiento y habilidades en valoración y consejería en lactancia materna mediante entrenamiento o experiencia probada. Los profesionales encargados de la atención a niños y mujeres en periodo de lactancia deben ser competentes en diferentes habilidades como la elaboración de historia clínica pediátrica, evaluación antropométrica y nutricional correcta, seguimiento de la lactancia materna y alimentación complementaria.

LACTANCIA MATERNA EN EL VALLE DEL CAUCA

Desde hace 20 años, la estrategia IAMI con enfoque integral hace parte del plan de desarrollo del Municipio de Cali, que en un principio se denominó Hospitales Amigos de los Niños y que actualmente es reconocida como Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMII). Su objetivo es contribuir en la disminución de la mortalidad materna-infantil y en consecuencia avanzar en el logro de los objetivos del milenio.

La Secretaria de Salud actualmente se ha posicionado con esta estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de la salud materna e infantil, que es aplicable a instituciones tanto ambulatorias como hospitalarias de cualquier nivel de complejidad y conjuga los diferentes indicadores tanto de estructura como de proceso y de resultado que son pertinentes en la atención de esta población. El convertirse en una institución amiga de la mujer y la infancia es un proceso que se inicia con la voluntad política tanto de la dirección Municipal de Salud, como de los directivos de las entidades públicas y privadas del sector.

Cali también cuenta con un Comité Interinstitucional de Lactancia Materna; el cual está conformado por el grupo de Salud Pública y Epidemiología de la Secretaría de Salud Municipal, quienes realizan una reunión mensual con el objetivo de promocionar, proteger y apoyar las actividades a desarrollar en la atención integral al niño con la práctica de la lactancia materna entre otros.

Para esta administración es importante promover y comprometer a todas las instituciones, la comunidad y los medios de comunicación para hacer de la práctica de la lactancia materna un verdadero compromiso social.

En Cali el Ministerio de la Protección Social presentó el Plan Decenal de Lactancia Materna para los próximos 20 años, que busca disminuir los índices de mortalidad infantil por desnutrición, a través de la práctica del amamantamiento de los niños menores de 2 años.

6. METODOLOGÍA

La Pasantía Institucional inició en el año 2014 en el marco del Proyecto de Consejería Integral en Lactancia Materna, dirigido a las madres lactantes del servicio de Partos y Puerperio del Hospital Universitario del Valle se continúa cada año con un grupo de cuatro estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad del Valle, que se encuentren cursando la asignatura trabajo de grado. La pasantía se desarrolla bajo la dirección del docente Víctor Hugo Quintero, Enfermero especialista en Materno Perinatal y Magíster en Enfermería Materno Infantil, y a partir de abril de 2019 contamos con la participación y asesoría de la docente Stella Aguirre, Enfermera Magíster en Enfermería Materno Infantil. Sin embargo, con el advenimiento del estado de emergencia a causa de la pandemia global por el virus del Sars Cov-2, COVID-19, no fue posible continuar con las estrategias preestablecidas; por lo tanto, la estrategia de intervención presencial se transformó en un modelo de intervención virtual, con el fin de dar continuidad a la pasantía institucional y promover la adherencia de las madres lactantes captadas en la Unidad de atención del parto y puerperio del Hospital Universitario del Valle.

6.1 Tipo de Estrategia: Pasantía Institucional - Modalidad presencial

6.2 Población

Madres lactantes captadas en los servicios de parto y puerperio del hospital Universitario del Valle que se encontraban con su recién nacido sano, y no tenían contraindicaciones para la lactancia.

6.3 Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión	● Primigestantes con el recién nacido a término sano en alojamiento conjunto y que no tengan contraindicaciones clínicas para la lactancia ● Que sean mayores de 15 años ● Que sean residentes en la ciudad de Cali.
-------------------------------	--

	● Que acepten el seguimiento por los estudiantes durante los 6 meses de lactancia materna exclusiva.
Criterios de exclusión	● Que el recién nacido no esté con ellas por motivos de salud y que tengan contraindicaciones para brindar lactancia materna. ● Una vez iniciado el proceso decidan retirarse

6.4 Descripción de las Actividades

Teniendo en cuenta la experiencia vivida con los grupos anteriores que hicieron parte de la presente pasantía, se tomó la decisión de implementar al inicio del proceso formativo de los pasantes un periodo de educación con el fin de evaluar y reforzar las habilidades de comunicación, herramientas para la visita domiciliaria, y proceso de consejería integral en lactancia materna en aras de promover el desarrollo de habilidades que les permitieran desempeñarse de una manera más fluida y segura durante la consecución de los objetivos de la misma. A continuación se describe cada uno de los ítems mencionados:

- Habilidades de comunicación
- Herramientas para la visita domiciliaria
- Proceso de consejería integral en lactancia materna

6.4.1 Periodo de formación teórico - práctica

Durante el periodo académico febrero - abril del 2019, se llevo acabo el componente teórico-práctico de la pasantía en Consejería Integral de Lactancia materna CILAM con cuatro estudiantes de séptimo semestre de Enfermería de la Universidad del Valle con una duración total de 20 horas (12 de teoría y 8 de práctica) el cual se desarrolló bajo el cumplimiento del siguiente cronograma:

TEMAS DESARROLLADOS	FECHA	DURACIÓN
Habilidades de comunicación	28 de febrero de 2019	4 horas
Habilidades de comunicación	21 de marzo de 2019	4 horas
Herramientas para la visita domiciliaria	28 de marzo de 2019	4 horas
Proceso de consejería integral en lactancia materna.	4 de abril de 2019	4 horas
Ejercicio práctico de observación y acercamiento con madres lactantes en la sala de puerperio del Hospital Universitario del Valle, Evaristo García.	11 de abril de 2019	4 horas
Ejercicio práctico de consejería real con madres lactantes.	25 de abril de 2019	4 horas

6.4.2 Captaciones y consejería

Durante el periodo académico septiembre - noviembre del 2019 iniciamos el proceso de captación de madres lactantes, consejería y seguimiento con el fin de dar continuidad a la pasantía institucional y la aplicación de las modificaciones realizadas a partir del proyecto piloto, para lo cual se definió el siguiente cronograma:

FECHA	ACTIVIDAD	HORA
Julio 26 de 2019	Reunión con el docente asesor - Victor Hugo Quintero	10:00 am - 12:00m
Agosto 02 de 2019	Reunión con los docentes de la pasantía y los estudiantes de décimo y octavo semestre. Conversatorio a partir de la experiencia y expresión de sentimientos, revisión de los instrumentos de captación, consejería y seguimiento.	10:00 am - 12:00m
Agosto 09 de 2019	Asistencia al 1er simposio departamental de Lactancia Materna, llevado a cabo en el Hospital Universitario del Valle.	8:00 am - 1:00 pm
Agosto 08 y 09 de 2019	Captación de madres lactantes en la Sala de puerperio del Hospital Universitario	2:00 pm - 5:00 pm No se llevo a cabo debido a dificultades administrativas para el ingreso de los estudiantes a la sala.
Agosto 16 de 2019	Reunión con el docente Víctor Hugo Quintero para revisión del documento base de la pasantía y recomendaciones para su modificación.	8:00 am - 12:00 m

Agosto 22 y 23 de 2019	Captación de madres lactantes en la Sala de puerperio del Hospital Universitario	2:00 pm - 5:00 pm
------------------------	--	-------------------

6.4.3 Visitas Domiciliarias

Las visitas se llevaron a cabo de la siguiente manera:

Primera visita a los 8 días postparto en la que se diligenció los siguientes documentos: Consentimiento informado , guía de valoración domiciliaria, valoración de senos maternos , valoración de red de apoyo, ficha de observación de las mamada, valoración de factores protectores y de riesgo durante la lactancia, encuesta de satisfacción . También se realizó educación con la ayuda del rotafolio en temas que para la primera visita fueron los más recurrentes, cómo: Convertirse en madre lactante, beneficios de la lactancia materna exclusiva, técnicas y posicionamiento correcto, mitos y creencias sobre la lactancia materna y cuidados del recién nacido.

Segunda visita: entre la 5ta y 6ta semana postparto, se aplica la guía de valoración domiciliaria, guía de valoración de la autoestima , encuesta de satisfacción y educación correspondiente con la ayuda del rotafolio, reforzando temas como los beneficios de la lactancia materna y la técnica y el posicionamiento correcto de amamantamiento, vacunación, peso, talla del bebé y la importancia de la red de apoyo en el proceso de la lactancia.

Tercera visita: Se realizaría entre la 13ava y 14ava semana postparto, se aplica guía de valoración domiciliaria, encuesta de satisfacción y educación correspondiente con la ayuda del rotafolio, recordando los beneficios y la importancia de la lactancia materna y alentando a las mamás a continuar lactando a su hijo.

Seguimiento telefónico: Se realizaría entre la 20ava y 22ava semana postparto, se aplica Guía de Valoración Telefónica y se brinda educación en temas como alimentación complementaria.

Quinta visita: Se realizaría entre la 26ava y 28ava semana postparto, se aplica guía de valoración, visita domiciliaria, inicio alimentación complementaria, encuesta de satisfacción,

entrega del diploma y cierre de la consejería de lactancia materna exclusiva y educación sobre la alimentación complementaria.

1) El paro de la universidad noviembre - febrero: Durante este periodo se suspendieron las actividades y se retomaron en febrero, empezamos a realizar nuevas captaciones y entre el 15 y el 24 de marzo, nos vimos obligados a detener nuevamente las actividades como consecuencia de la situación actual en salud pública.

2) Ante la imposibilidad de continuar se reevalúan los objetivos y se plantea una estrategia que permita dar respuesta al cumplimiento de los objetivos dentro del contexto actual de salud pública.

De ahí surge la reevaluación de la estrategia, innovando en la implementación de la misma pero en modalidad virtual.

Desarrollo de la estrategia:

Consejería virtual: Madres lactantes mayores de 15 años, captadas en los servicios de parto y puerperio del hospital Universitario del Valle que se encuentren con su recién nacido sano, que no tengan contraindicaciones para la lactancia, que acepten participar de la consejería a través de un medio de información virtual.

6.4.4 Producción de medios audiovisuales

1) Selección de las temáticas a incluir en la producción audiovisual: Se tomaron como referencia los nueve temas establecidos en el rotafolios de educación para las visitas domiciliarias y se distribuyeron entre los cuatro estudiantes para su producción. A continuación se relacionan los temas abordados en el rotafolios mencionado:

- ¿Qué está pasando en tu cuerpo?
- Beneficios de la lactancia materna exclusiva
- Técnicas y posiciones del correcto amamantamiento
- Mitos sobre la lactancia materna
- Tipos de lactancia, ¿Cuál es la mejor? mixta, natural, artificial.
- Extracción y conservación de la leche materna
- Reinicio de la lactancia materna exclusiva
- Autocuidado y nutrición

- Red de apoyo

2) Diseño de la estructura de los videos:

- Se definió el tiempo de duración aproximado de cada video de acuerdo a la extensión que implicaba el contenido teórico.

- Se determinaron unos elementos comunes para todos los videos como el logo de la universidad y de la escuela de Enfermería, el nombre de la pasantía.

- Los elementos como la música, la selección de imágenes y la grabación de audios se dejaron a consideración de los estudiantes con el fin de conservar la originalidad y esencia de cada uno de tal forma que pudiera expresarse la diversidad creativa.

- Se realizó una lista de programas y aplicaciones móviles y se seleccionaron aquellos que brindaban mayor versatilidad, eran fáciles de usar y que eran gratuitos y de libre acceso. A continuación se relacionan los programas seleccionados:

- Windows movie maker
- Power point
- Pow toon
- Canvas
- Moovly

3) Producción audiovisual: Finalmente cada estudiante realizó sus videos de forma independiente pero a su vez manteniendo la comunicación entre sí para compartir experiencias y resolver inquietudes.

6.4.4 Creación de la página web:

1) Aprestamiento para la creación de la página web:

- Selección de la plataforma para el desarrollo de la página web. Finalmente seleccionamos la plataforma wix

- Creación de la cuenta de correo electrónico exclusiva para la vinculación con la página web y las redes sociales asociadas a la página.
- Se realizó el curso virtual de 3 horas y media de duración para aprender a manejar la plataforma wix.
- Diseño de la página web de acuerdo a las herramientas disponibles en la versión gratuita de la plataforma wix. Se establecieron elementos como el color, la fuente a emplear, aplicaciones para el registro, anuncios, cuestionario evaluativo, textos e imágenes, horario de atención y chat.

2) Apertura de la página web: Con la cuenta de correo electrónico creada previamente se habilitó la cuenta en la plataforma wix y se enlazaron las redes sociales facebook e instagram con el fin de vincularlas de manera directa con la página web.

3) Desarrollo de la página web: Con el diseño previamente establecido se procedió a realizar el montaje de la página web conservando la armonía del color y los elementos determinados.

- Al entrar en la página se observa una pestaña de inicio donde podemos encontrar una presentación de la pasantía y el equipo de trabajo implicado.
- Encontramos luego una pestaña denominada “Nuestro trabajo” en donde exponemos fotos tomadas durante sesiones de captación en la sala de puerperio del Hospital Universitario del Valle, y visitas domiciliarias.
- En seguida se encuentra la pestaña denominada “Videos” que contiene el material audiovisual producido.
- Finalmente observamos la pestaña “Contáctanos” donde destaca la ubicación de nuestra Escuela de Enfermería, correos electrónicos y números de teléfono.

4) Montaje del material audiovisual producido: Para finalizar la creación de la página, se montaron los videos producidos por cada uno de los estudiantes de la pasantía con sus respectivos títulos y un mensaje de introducción.

6.5 MATERIALES (INSTRUMENTOS)

El material que se implementó durante la pasantía estuvo sujeto a cambios de acuerdo a los hallazgos que surgieron durante el proceso.

Para la implementación de la Consejería se contaba con el siguiente material:

● **Encuesta de captación:** Esta herramienta permite realizar un acercamiento inicial a la mujer, favoreciendo la recolección de la información para saber si cumple con los criterios de inclusión y hacer efectivo el proceso de captación.

● **Folleto educativo del programa:** En este se describen las actividades del programa y da información general sobre la lactancia materna exclusiva, se realiza entrega del folleto educativo una vez se terminó de aplicar la encuesta de captación, mostrándole el folleto se dio la educación sobre lactancia materna y brindándole información general sobre las actividades del programa CILAM, explicándole que si cumple con los criterios de inclusión del programa y ella está interesada en participar, recibirá una llamada para programar la visita domiciliaria. Para terminar, se preguntaba si hay alguna duda respecto a toda la información brindada

Para la realización de las visitas domiciliarias se utilizó el siguiente material:

● **Consentimiento informado:** Explica el programa, el objetivo, los beneficios y la implicación de participar o no. Se solicitó leer el consentimiento informado, se aclararon inquietudes y preguntar si existía alguna respecto al documento, y se procedía a firmar el documento dándole copia del documento a la madre.

● **Guía de valoración durante la visita domiciliaria:** Instrumento que permite obtener toda la información necesaria de la madre, el bebé y el proceso de lactancia. La cual consta de:

1. Historia clínica de lactancia. Conformada por 5 grupos de datos:

- ❖ Condición de la madre y planificación familiar
- ❖ Embarazo, parto, primeras comidas del bebé
- ❖ Salud y comportamiento del bebé
- ❖ Alimentación actual del bebé
- ❖ Situación familiar y social

Contiene las preguntas tal como se le deben hacer a la mujer y aquellas que están condicionadas tienen como distintivo un sombreado gris para facilitar su aplicación.

2. Lista de factores de riesgo y protectores durante el proceso de lactancia materna: este documento es una lista de chequeo que permite identificar diferentes acciones o situaciones que favorecen el proceso de lactancia o la ponen en riesgo. Esta lista se diligenció durante el análisis de cada caso y no durante la visita domiciliaria.

3. Guía de valoración de las mamas de la mujer lactante: se le explica a la madre que se le iban a observar los senos para identificar alguna anomalía, por lo que era necesario descubrirse. Idealmente la información se recolecta con la observación, si se hace necesaria la palpación, se solicitaba permiso para poder realizarlo. La ficha tiene unos ítems de selección y otros para describir los hallazgos usando unas figuras como convenciones en una imagen de los senos.

4. Guía de observación de la mamada: esta sección se realiza a través de la observación del acto de lactancia, solicitando a la madre que ponga a lactar a su hijo o hija y observando atentamente lo que ella hace, llenando así los ítems del documento

5. Guía de valoración del autoestima: guías diligenciadas en forma individual por la madre previa orientación del estudiante.

6. Valoración de la red de apoyo: que contiene tres (3) instrumentos diligenciados por el estudiante

- ❖ Apgar familiar
- ❖ Familiograma
- ❖ Ecomapa

Rotafolio: Instrumento utilizado para brindar educación a la madre y a la familia durante la visita domiciliaria, el cual contiene temas como:

1. ¿Qué está pasando en tu cuerpo?.
2. Beneficios de la lactancia materna exclusiva.
3. Técnicas y posiciones de correcto amamantamiento.
4. Mitos sobre la lactancia materna.
5. Tipos de lactancia materna ¿cuál es mejor?.
6. Extracción y conservación de leche materna.
7. Reinicio de la lactancia materna exclusiva.
8. Autocuidado y nutrición.
9. Red de apoyo.

Se brindaba información respecto a estos temas según las necesidades identificadas en cada grupo familiar, teniendo en cuenta también el interés particular de cada mujer.

Para el seguimiento telefónico se contaba con lo siguiente instrumentos:

Guía de valoración durante el seguimiento telefónico: Se diligencia durante la llamada telefónica. Permite obtener la información necesaria de la madre, el bebé, el proceso de lactancia posterior, aclarar dudas e identificar la necesidad de nuevas intervenciones.

Encuesta de satisfacción de la visita domiciliaria: Valora la percepción de las mujeres y sus familias acerca de la visita. Esta encuesta se realizó al final de cada visita, se hacía una breve explicación a las personas sobre su objetivo y se solicitaba diligenciar de manera individual.

6.6.2 Cronograma junio - agosto 2020

[illegible]

6.6.3 Cronograma agosto - septiembre 2020

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AGOSTO - SEPTIEMBRE 2020							
FECHA ACTIVIDADES	AGOSTO			SEPTIEMBRE			OBSERVACIONES
	DEL 1 AL 9	DEL 10 AL 20	DEL 21 AL 30	DEL 31 AL 13	DEL 14 AL 23	DEL 24 AL 30	
APERTURA DE LA CUENTA EN EL SERVIDOR WIX Y DESARROLLO DE LA PAGINA WEB							
PRUEBAS PRELIMINARES (PILOTO)							
AJUSTES							
LANZAMIENTO OFICIAL (SEGUNDA PRUEBA)							
EVALUACIÓN FINAL							
COMPONENTE ESCRITO							

7. RESULTADOS

Inicialmente, en el periodo de febrero 2018 a febrero de 2020, se llevó a cabo la estrategia de pasantía institucional con cuatro pasantes del programa de Enfermería de la Universidad del Valle; estrategia que captaba mujeres lactantes de la Unidad de Sala de Partos y Puerperio de un Hospital de tercer nivel de la ciudad Santiago de Cali, donde se captaron 48 binomios, para seguimiento a través de visitas domiciliarias consentidas, se caracterizó la población, se educó al binomio madre-hijo por medio de instrumentos previamente validados en la prueba piloto desarrollada por el grupo anterior de pasantes; dicha estrategia estaba programada para llevar a cabo 4 visitas domiciliarias y 2 llamadas de acompañamiento, las cuales no se realizaron debido a dos situaciones que tuvieron un impacto directo sobre el desarrollo de las actividades de consejería, primero, el paro de las actividades académicas por parte de los estudiantes de la Universidad del Valle y segundo, la situación actual de salud pública debido a la pandemia por COVID-19.

Durante el periodo siguiente se diseñó la estrategia mediada por las TIC'S, se incluyeron elementos significativos para el acceso a la información y la comunicación directa a través de la misma, como una descripción de la pasantía y el trabajo que realiza, el contenido audiovisual producido, un chat para la resolución de dudas e inquietudes de manera directa con los administradores de la página y la información de contacto.

Se desarrollaron 9 videos propuestos inicialmente con los temas considerados pertinentes e importantes para el desarrollo de la estrategia. Se usaron distintas aplicaciones para su elaboración de manera que el resultado fuera un material visual y auditivamente agradable y que permitiera la interactividad entre la madre lactante y con los pasantes.

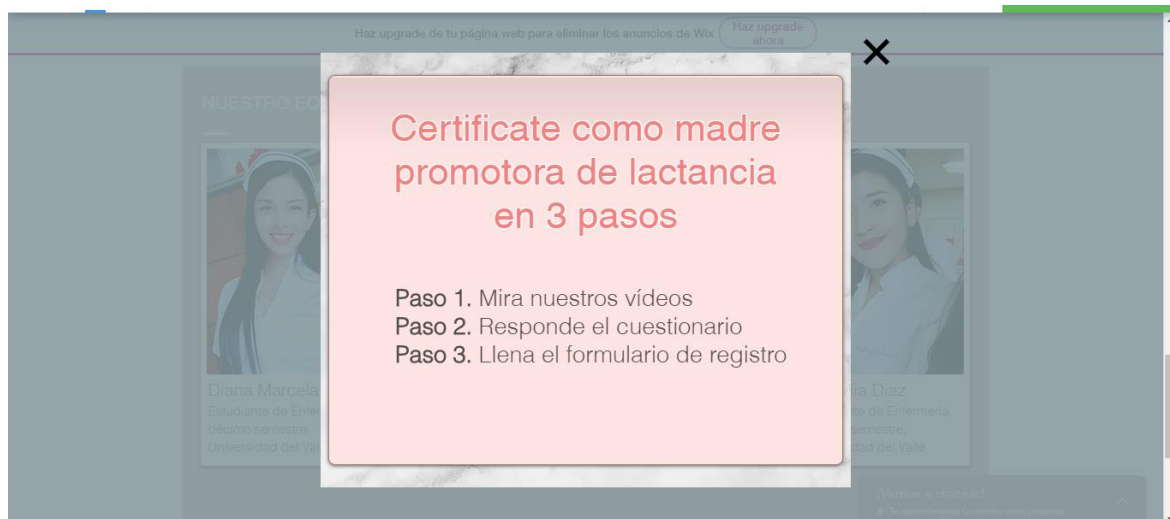
Se vinculó la página web con las redes sociales facebook e instagram, con el fin de mejorar el alcance geográfico y el acceso a la población de mujeres lactantes.

En nuestra experiencia como pasantes en Consejería en Lactancia Materna de la Escuela de Enfermería - Universidad del Valle en el periodo comprendido entre Febrero de 2018 y Febrero 2020, hemos atravesado por un proceso de transformación constante que nos ha permitido poner al servicio del binomio madre - hijo, un conjunto de conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de nuestra formación personal y profesional, que propenden por el cuidado integral del binomio.

Al trasegar por este camino nos hemos topado con bajas y altas, que nos han permitido crecer en todos los ámbitos que rodean el ser. Al inicio, con un enfoque hacia el fortalecimiento de

conocimientos cuyo objetivo consistió en incrementar la promoción en Lactancia Materna exclusiva, impartida desde la normatividad en salud. Conforme fuimos forjando nuestros conocimientos, y avanzamos en la consecución de logros plasmados al inicio de cada semestre, la interacción con el binomio madre-hijo, permeó de forma instantánea nuestra visión con respecto a la pasantía institucional, debido a que marcó una pauta importante en nuestro rol cómo futuros Enfermeros, haciéndonos conscientes de la importancia de sensibilizarnos ante las necesidades de todas y cada una de las personas bajo nuestro cuidado, pues solo entendiendo sus procesos de afrontamiento ante cada situación en salud podemos decir que estamos prestos a brindar cuidado desde la integralidad. demos a reconocer la importancia del contexto de las situaciones de salud para planear acciones de mejoramiento desde la investigación y encontrar mecanismos que permitan generar un impacto real.

Enlace de la pagina: <https://cilamunivalle.wixsite.com/lactanciamaterna>



8. DISCUSIÓN

La elaboración de esta estrategia como abordaje alternativo para garantizar la continuidad de la pasantía institucional CILAM en el contexto actual de salud pública es fundamental para responder a las necesidades evidenciadas en las mujeres lactantes con relación al apoyo y consejería en lactancia materna, y en cuanto a la necesidad evidenciada en los reportes emitidos por las instituciones referentes de salud nacional e internacional, contribuyendo en la mejoría de los indicadores de adherencia a la lactancia materna en múltiples escenarios y determinados periodos de tiempo.

El planteamiento y desarrollo de la estrategia implicó una amplia revisión de literatura, y la adquisición de nuevas habilidades en la elaboración de medios audiovisuales y el uso de tecnologías de la información, además de poner a prueba las capacidades de adaptación y gestión de los integrantes de la pasantía actual.

El uso de las TICS, en la consejería en lactancia materna constituye una herramienta para mejorar el impacto de las intervenciones de promoción, permitiendo mejorar el acceso y la efectividad de la información, mejorando los canales de comunicación, eliminando las barreras de acceso en las situaciones donde existen restricciones para el contacto físico.

“La tecnología se debe contemplar como una herramienta y no como el fin en sí misma. Permite la construcción de soluciones a problemas esenciales, que proporcionen a las madres lactantes mejoras tangibles en la calidad de su salud y la de sus hijos”.

De acuerdo a los objetivos que se trazaron al principio de esta experiencia formativa, las TIC's constituyen una herramienta potencial para reducir las limitaciones de acceso así como mejorar la eficiencia de los servicios de salud.

9. CONCLUSIONES

El uso de las TICS para la implementación de estrategias en la promoción de la lactancia materna exclusiva facilita el abordaje continuo en contextos de difícil acceso en los cuales no es posible el contacto físico.

Dar continuidad a la pasantía institucional mediante una estrategia virtual es imprescindible para seguir brindando respuestas a las necesidades latentes en la población de adherirse a la práctica de la lactancia materna, dado que esta resulta vital basados en el reconocimiento de los múltiples beneficios que otorga la misma al lactante, la madre, la familia y la comunidad.

Debido a los distintos cambios que acarrea el transcurrir del tiempo, y las transformaciones que nos exigen los mismos, y más en este momento, ante la presencia de la situación actual de salud pública que ha permeado la vida de cada uno de nosotros y que ha puesto a prueba nuestro carácter y nuestra capacidad de afrontamiento ante las dificultades; como futuros profesionales en salud, bajo el rol de cuidadores, nos dimos a la tarea de modificar la estrategia del Programa de Consejería en Lactancia Materna, haciendo una transición desde lo presencial con las visitas domiciliarias a la implementación de las TICS a través de la página Web, con miras a continuar en el proceso educativo con mujeres lactantes, mitigando las barreras de acceso, concluyendo que la puesta en marcha de la estrategia responde a los requerimientos actuales de la población y más en las madres y los lactantes, debido a que se necesita seguir educando e incentivando a la población, sea en su rol de madre, padre y familia, en los beneficios y la importancia de generar una vivencia positiva de lactancia materna exclusiva de nuestros bebés, así como la implementación de la misma como alimentación secundaria por 14 meses más, si se es posible.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la pasantía institucional en Consejería Integral en Lactancia Materna siga desarrollándose bajo modalidades que se adapten a los diferentes contextos.
- La herramienta diseñada en este trabajo puede ser modificada y mejorada de acuerdo a las necesidades que surjan de nuevos proyectos de desarrollo.
- Es importante que se considere el uso de otras herramientas tecnológicas como la vinculación con redes sociales, que permitan mayor difusión y un aprovechamiento óptimo de la página creada.
- Optimizar las funciones de la página web mediante la adquisición de un dominio propio que brinde mayor confiabilidad, mejore la visibilidad y la difusión en la red y facilite su promoción.
- Garantizar la aplicabilidad de la estrategia diseñada a través de una prueba piloto y la vinculación de los pasantes de semestres previos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Kramer, M. S. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*. P. 413-420
2. OMS, UNICEF. (2015). Breastfeeding counselling: A training course. Participant's Manual 1993. P. 5-6
3. L. de Antonio Ferrer (2015). Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 248
4. L. de Antonio Ferrer. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 248
5. Farías-Jiménez, Patricia, Arocha-Zuluaga, Gina Paola, Trujillo-Ramírez, Kenny Margarita, Botero-Urbe, Inés. (2014). Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, con enfoque integral en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 326-329.
6. L. de Antonio Ferrer. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* 2015. P. 244-245.
7. Hernández A. Maria T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. P. 223-226
8. ICBF, MSPS, INS (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>.
9. Chacon de Alba K., Andrade Leal B. Factores determinantes asociados a la intención de lactancia materna en un grupo de gestantes de Bogotá y cundinamarca. (2019). P. 18.
10. OMS. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. (2017). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>
11. Alzate Meza, M. C., Arango, C., Castaño Castrillón, J. J., Henao Hurtado, A. M., Lozano Acosta, M. M., Muñoz Salazar, G., ... & Vallejo Chávez, S. H. (2013). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia, 2009.
12. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010

13. Rivera Ledesma E, Bauta León L, Fornaris Hernández A, Flores Martínez M, Pérez Majendie R. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleyda Fernández". 2015. Rev haban cienc méd [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 20];16(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2075>
14. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.
15. UNICEF, Base mundial de datos de (2018)
16. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN, (2010 a 2015)
17. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna, (2016). Lactancia Materna en cifras: **Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países** ·
18. López B, Martínez L, Zapata N. (2013), Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: **un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín**. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 31(1): 117-126.
19. UNICEF, Organización Mundial de la Salud, OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: **1. Nutrición infantil, 2. Lactancia materna, 3. Conducta alimentaria, 4. Programas nacionales de salud, 5. Política de salud, 6. Pautas**.
20. SWANSON. Kristen. 1993. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Vo. Number 4.Winter. Journal of Nursing Scholaship.
21. Alba Lactancia Materna. (2020). Lactancia Materna, contacto y apego. Recuperado de <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>
22. Arroyave, Adonái; Bolaños, Maricel; Yela, Paola. (2016) Consejería Integral en Lactancia Materna "CILAM". Páginas 2-214. Universidad del valle. Santiago de Cali.
23. Ladge,Jamie J. & Danna N. Greenberg (2015) Becoming A Working Mother: Managing Identity And Efficacy Uncertainties During Resocialization.
24. Ramona T. Mercer. (2004); Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>
25. Orlando R Obstétrica y Ginecología. Citado [07/ Marzo/ 2015]. Ed. Ciencias Médicas, La Habana. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/218625319/Obstetricia-y-ginecologia-Rigol#scribd>.
26. Martínez, Javiera, Valdés Verónica. [Citado el 20 de Diciembre de 2016]. Limitaciones de la lactancia materna y su impacto social: una revisión documental. Recuperto de: Problemas en la lactancia.

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%2005.pdf>

27. Rozas García, María Rosas. (jun.-jul. 2006). Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. [Base de datos on line] Vol.7 No. 1 p. 25-26. [Citado el 25 de Marzo de 2015]. Revista Matronas Profesional; Disponible en Federación de Asociaciones de Madronas de España.
28. MINISTERIO DE SALUD DEL SALVADOR. [Citado 07 de marzo de 2015]. Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna. Recuperado de: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/POLITICA_LACTANCIA_MATERNA_FINAL.pdf
29. COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. Citado el 25 Marzo de 2015. Lactancia materna: guía para profesionales. Recuperado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf.
30. FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA UNICEF. Citado 03 de Mayo de 2015. Manual para su aplicación: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI-. Recuperado de: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>.
31. MINISTERIO DE SALUD. UNICEF. Citado 6 de Septiembre 2014. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI integral. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WjyHPPKISOkJ:huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion_Ok/IAMI/LINEAMIENTOS%2520IAMI%25202011%2520\(9\)-FSFB.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WjyHPPKISOkJ:huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion_Ok/IAMI/LINEAMIENTOS%2520IAMI%25202011%2520(9)-FSFB.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co).
32. BETRÁN AP, De Onís M, LAUER JA, Villar J. (Aug. 2001). La Lactancia Materna y la Mortalidad Infantil en América Latina. Vol.10 No.2; Revista panamericana en salud publica [Bases de datos on line]. Disponible en Scielo public health.
33. LONDOÑO FRANCO, Angélica. MEJÍA LÓPEZ, María Shirley. (jul.-dic. 2010) Factores Relacionados con Lactancia Materna Exclusiva e Introducción Temprana de Leche Entera en Comunidades de Estrato Socioeconómico Bajo.]. Vol. 19 No. 9. Revista en gerencia y políticas en salud. [Bases de datos on line. p.3, [Citado el 02 de mayo de 2015] Disponible en Scielo.
34. UNICEF REPUBLICA DOMINICANA. Agosto 2011. Lactancia materna [Citado el 2 de mayo de 2015]. Recuperado de: http://www.unicef.org/republicadominicana/resources_21274.html.
35. FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, UNICEF. Grupos de Apoyo para lactancia Materna. [Citado el 23 de Junio de 2015]. Recuperado de: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>.

36. MORILLO, J.B. MONTERO, L. (Jun.2010). Lactancia Materna y Relación Materno Filial en Madres Adolescentes. [Bases de datos on line] No.19. En: Enfermería global.[Citado el 21 de Mayo de 2015]. Disponible en Scielo.
37. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Guía del Capacitador. [Citado el 02 de Mayo de 2015]. Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide.pdf.
38. Lactancia artificial J. Dalmau Serra, B. Ferrer Lorente, I. Vitoria Miñana. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico. La Fe. Valencia.
39. Art. 6 Ley 1341 de 2009, “Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones - tic-, se crea la agencia nacional de espectro y se dictan otras disposiciones”.
40. INFLUENCIA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Federico Manuel Aranda Aranda, Silvia González Castillo, Raquel Roldán Roldán. Servicio Andaluz de Salud (SAS).
41. CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1822 DEL 4 DE ENERO DEL 2017. Disponible en:
<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201822%20DEL%204%20DE%20ENERO%20DE%202017.pdf>
42. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2423 de 2018. Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral. (2018) Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2423-de-2018.pdf>
43. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Ministerio de la Protección Social - República de Colombia, Programa Mundial de Alimentos PMA de las Naciones Unidas, UNICEF, Acción Social -Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. 2010. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
44. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015; 2017]. Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf
45. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 02 de agosto de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, y las directrices para su operación. Disponibles en:

https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/resolucion_no._3280_de_20183280.pdf