



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
Sede: Cruz Roja San Rafael



Carrera: Licenciatura en Enfermería

---

---

**“CARACTERÍSTICAS DE LA LACTANCIA EN  
RECIEN NACIDOS EN ESTADO CRÍTICO”**

**AUTORAS**

BARAHONA STELLA  
RINALDI ALEJANDRA  
ZAMBRANA HILDA

---

---

DICIEMBRE 2009

## **ADVERTENCIA**

El presente trabajo es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UN Cuyo y no puede reproducirse total o parcialmente, por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, sin expreso consentimiento de la mencionada Escuela o de las autoras.

## APROBACIÓN

Trabajo aprobado el: ...../...../.....

Nota:.....

Tribunal Examinador

Presidente:.....

Vocal:.....

Vocal:.....

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, que nos acompaña y ayuda en momentos en que bajamos los brazos.

A todas las madres que colaboraron con la información necesaria y sus vivencias compartidas.

A nuestras familias incondicionales en todo momento

A las compañeras de trabajo que colaboraron sin ningún interés

A la doctora Susana Acosta Médica Jefa del Servicio de pediatría, por su enorme colaboración, orientándonos en el tema, lactancia, que tanto la apasiona, referente y ejemplo de perseverancia y constancia.

## PRÓLOGO

Me complace presentar este trabajo de investigación sobre lactancia materna en Recién Nacidos en estado crítico y su incidencia a largo plazo puesto que la temática abordada por el equipo de alumnas rescata y promueve para nuestras comunidades el fortalecimiento de la CULTURA DE LA LACTANCIA NATURAL.

Cuando hablamos de lactancia materna es por demás sabido que no solo implica la sustancia de supervivencia que va a alimentar al RN sino y por sobre todo el "ACTO" que en si misma encierra a una díada (madre- hijo) en situación de vulnerabilidad y sensibilidad lo cual requiere del apoyo especializado del equipo de profesionales que actuaran sobre la misma.

Puesto que representa indefectiblemente un beneficio biopsicosocial en el desarrollo psicomotor del RN, la lactancia materna representa un verdadero y genuino contacto inicial del niño y su familia lo cual conforma otra de las grandes ventajas de su utilización y puesta en marcha.

Este documento, rico en su contenido, por el origen que desde la praxis cotidiana fue elaborado por sus autoras, manifiesta en lo profundo, la necesidad de poner en escena la urgencia de un trabajo multidisciplinario y transdisciplinario en materia neonatal.

Esta escrito en lenguaje sencillo y de fácil comprensión, lo cual habilita la lectura a todo trabajador de la salud y a aquel lector curioso implicado en la temática. Por su contenido se deja entrever un nuevo enfoque dado a la prestación de servicios de salud, e implicando a la Lactancia Materna como ejemplo típico de Promoción de Salud y Prevención de la Enfermedad desde cualquier punto de vista.

Para los trabajadores de salud inexpertos en el tema, el presente trabajo de investigación facilitara la orientación sobre el manejo de las dificultades que suelen presentarse en la madre lactante y el RN de alto riesgo y a los expertos, les servirá como recordatorio de las pautas o guía inmediata para tratar los problemas planteadas por ellas. En el hallaran una rica fuente de conocimiento actualizados sobre lactancia natural en RNPT y RN bajo peso lo cual intenta unificar criterios que servirán como consulta

sobre las técnicas y procedimientos a la hora de resolver dificultades que se presentan en el amamantamiento y periodo de internación todo sustentado desde la experiencia y exposición de casos clínicos.

Cabe destacar que son fundamentales para el éxito de la lactancia para prematuros y RN en estado crítico, la motivación, educación y apoyo a las madres y su familia durante la hospitalización del hijo, con el fin de ser sostén y promotor transdisciplinario de las potencialidades de la díada y su entorno en estado crítico.

Este trabajo rico en marco teórico y experiencias nos obliga a optimizar criterios multidisciplinario lo cual solo llegara a tener éxito, en la medida en que todos los implicados trabajemos con seriedad, rigor, creatividad, empatía y respeto. Para ello debemos asumir cada uno de nuestros roles, no olvidando que el gran objetivo que nos une es la mejor atención a nuestros neonatos, sus familias y la comunidad.

Lic. Anahí Sánchez Campóo

-Terapia psicomotriz neonatal –

MP 413

## ÍNDICE GENERAL

<b>ADVERTENCIA</b> .....	II
<b>APROBACIÓN</b> .....	III
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	IV
<b>PRÓLOGO</b> .....	V
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	VII
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b> .....	IX
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>PARTE I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
Justificación del problema .....	4
Problema de estudio .....	6
Objetivo General .....	6
Objetivos Específicos .....	6
<b>MARCO TEORICO</b> .....	7
1. LACTANCIA MATERNA. Beneficios .....	8
2. LACTOGÉNESIS .....	9
• Algunos datos anatómicos de interés.....	9
• Aspecto externo.....	9
• El pezón.....	10
• Afecciones del pecho.....	10
• La areola.....	12
• Interior de la mama.....	12
• Anatomía de la succión .....	13
• Regulación de la síntesis, secreción y expulsión de leche.....	13
• Marcadores de la lactogénesis II. Subida de leche .....	16
• Papel del vaciado en la lactogénesis II.....	16
• Regulación del volumen de leche producido.....	17
• Factores y situaciones que condicionan retraso en la lactogénesis.....	18
3. COMPOSICION DE LECHE MATERNA.....	19
• Composición de leche de madre pre termina( LMPT) .....	20
• Variaciones a lo largo de la lactancia .....	22
4. RECOLECCION Y ALMACENAMIENTO .....	24
5. POBLACION DE SEGUIMIENTO: DEFINICIONES.....	26
• Definición de prematuréz.....	26

• Definición de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) .....	27
• Definición de asfixia perinatal .....	29
6. LACTANCIA MATERNA EN SALA DE CUIDADOS ESPECIALES .....	31
• Decisión de proporcionar leche para alimentación de lactantes .....	31
• Asesoramiento a madres de lactantes internados, acerca del inicio de la lactancia .....	32
• Establecimiento y vigilancia de leche para madres de lactantes en la sala de cuidado especial .....	33
7. EL ROL EDUCADOR DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES .....	36
• Intervenciones de enfermería para promover el amamantamiento o la extracción de leche materna .....	37
• Consideraciones sobre el equipo de salud – enfermería .....	39
• Parar para pensar.....	40
• Las etapas de los padres y la lactancia.....	41
<b>PARTE II DISEÑO METODOLOGICO .....</b>	<b>45</b>
Tipo de estudio .....	46
Universo y Muestra .....	46
Instrumento para la recolección de datos .....	46
Aplicación del instrumento .....	46
Procesamiento de los datos .....	46
<b>PARTE III RESULTADOS O CONCLUSIONES .....</b>	<b>47</b>
Gráficos y Comentarios .....	48
DISCUSION .....	93
CONCLUSION .....	95
PROPUESTAS.....	96
<b>ANEXO .....</b>	<b>97</b>
TABLAS MATRIZ .....	98
FICHA DE ESTUDIO.....	101
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>102</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>103</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico nº 1 Distribución de la población estudiada según diagnóstico .....	48
Tabla y Gráfico nº 2 Distribución de la población Según la edad gestacional .....	49
Tabla y Gráfico nº 3 Distribución de la población estudiada Según el peso .....	50
Tabla y Gráfico nº 4 Distribución de la población estudiada Según edad materna.....	51
Tabla y Gráfico nº 5 Distribución de la población estudiada Según estado civil materno .....	52
Tabla y Gráfico nº 6 Distribución de la población estudiada Según número de gestas maternas .....	53
Tabla y Gráfico nº 7 Distribución de la población estudiada Según tipo de parto materno.....	54
Tabla y Gráfico nº 8 Distribución de la población estudiada Según patología materna .....	55
Tabla y Gráfico nº 9 Distribución de la población estudiada Según amamantamiento previo .....	56
Tabla y Gráfico nº 10 Distribución de la población estudiada Según tiempo de amamantamiento.....	57
Tabla y Gráfico nº 11 Distribución de la población estudiada según primer contacto visual y tacto, entre el binomio Madre – Hijo, expresado en horas.....	58
Tabla y Gráfico nº 12 Distribución de la población estudiada según inicio De la estimulación de las mamas maternas, expresado en horas.....	59
Tabla y Gráfico nº 13 Distribución de la población estudiada según Comienzo del plan calostro, expresado en horas .....	60
Tabla y Gráfico nº 14 Distribución de la población estudiada según primer contacto piel a piel entre el binomio Madre – Hijo, expresado en horas.....	61
Tabla y Gráfico nº 15 Distribución de la población estudiada según Primera succión, expresado en horas .....	62
Tabla y Gráfico nº 16 Distribución de la población estudiada según Tipo de alimentación a los 7 días de vida .....	63
Tabla y Gráfico nº 17 Distribución de la población estudiada según Tipo de alimentación a los 14 días de vida .....	64
Tabla y Gráfico nº 18 Distribución de la población estudiada según Tipo de alimentación a los 21 días de vida .....	65
Tabla y Gráfico nº 19 Distribución de la población estudiada según Tipo de alimentación a los 28 días de vida .....	66
Tabla y Gráfico nº 20 Distribución de la población estudiada según Tipo de alimentación a los 35 días de vida .....	67
Tabla y Gráfico nº 21 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 7 días de internación.....	68
Tabla y Gráfico nº 22 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 14 días de internación.....	69
Tabla y Gráfico nº 23 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 21 días de internación.....	70
Tabla y Gráfico nº 24 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 28 días de internación.....	71
Tabla y Gráfico nº 25 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 35 días de vida.....	72
Tabla y Gráfico nº 26 Distribución de la población de neonatos PEG Según tipo de alimentación a los 7 días de vida .....	73

Tabla y Gráfico nº27: Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 14 días de vida .....	74
Tabla y Gráfico nº 28 Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 21 días de vida .....	75
Tabla y Gráfico nº 29 Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 35 días de internación .....	76
Tabla y Gráfico nº 30 Distribución de la población de neonatos asfixiado grave según tipo de alimentación a los 7 días de internación.....	77
Tabla y Gráfico nº 31 Distribución de la población de neonatos asfixiado grave según tipo de alimentación a los 14 días de internación.....	78
Tabla y Gráfico nº 32,33 y 34 Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 21, 28 y 35 días de internación .....	79
Tabla y Gráfico nº 35 Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria .....	80
Tabla y Gráfico nº 36 Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 15 días del alta hospitalaria .....	81
Tabla y Gráfico nº 37 Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 30 días del alta hospitalaria .....	82
Tabla y Gráfico nº 38 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria .....	83
Tabla y Gráfico nº 39 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 15 días del alta hospitalaria .....	84
Tabla y Gráfico nº 40 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 30 días del alta hospitalaria .....	85
Tabla y Gráfico nº 41,42 y 43 Distribución de la población de neonatos peg según tipo de alimentación a los 7, 15 y 30 días del alta hospitalaria .....	86
Tabla y Gráfico nº 44 Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria .....	87
Tabla y Gráfico nº 45 Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 15 y 30 días del alta hospitalaria.....	88
Tabla y Gráfico nº 47 Distribución de la población estudiada total según tipo de alimentación en los 35 días de vida.....	89
Tabla y Gráfico nº 48 Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación en los 35 días de vida.....	90
Tabla y Gráfico nº 49 Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación en los 35 días de vida .....	91
Tabla y Gráfico nº 50 Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación en los 35 días de vida.....	92

## INTRODUCCIÓN

Cuando una pareja deciden tener un hijo se imaginan que será un bebe a termino sano, activo, que inmediatamente se incorporara a la familia. Estas expectativas se truncan bruscamente si el bebe nace antes de tiempo o su situación al nacer es crítica, estos neonatos serán separados inmediatamente de los padres. Ante esta situación es muy probable que los padres experimenten sentimientos de “duelo”, culpa, rechazo y/o preocupación, los avances en neonatología, han conseguido reducir la mortalidad neonatal de forma significativa en todos los países desarrollados. La incubadora mantiene la temperatura corporal y, al mismo tiempo los aísla del entorno para ser más difíciles las infecciones. Los respiradores lograron sacar adelante a los neonatos con el síndrome de distres respiratorio.

Las nutriciones parenterales nos permitieron alimentarlos sin el riesgo de la entero colitis necrotizante, que se presentaba en los prematuros patológicos alimentados con leche artificiales. Ahora los prematuros salen muy pronto del estado critico y permanecen mucho tiempo en buenas condiciones en las incubadoras

Hasta hace poco los prematuros permanecían encerrados en la incubadora, y no debían tocarse, no fueran que se infectaran. En estas condiciones era difícil establecer vínculos afectivos entre los niños prematuros y sus padres.

En 1979, los doctores Rey y Martínez del hospital de San Juan de Dios de Bogota, Colombia, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocarle en contacto piel a piel entre los pechos de su madre, denominado método de la madre canguro (MMC)

Se han descrito numerosas ventajas del MMC sobre el método tradicional (incubadora): mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, mayor supervivencia, menor numero de infecciones, facilita y prolonga la lactancia materna, aumento de la confianza de las madres que se sienten motivadas a acariciarlos y así

comenzar la estimulación somato- sensorial. El contacto íntimo es muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre e hijo<sup>1</sup>.

La leche de la propia madre es la alimentación preferida para el prematuro por su composición única, la mayor biodisponibilidad de sus componentes, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Así amamantando a su hijo, le nutre y protege.

Para lograr mejores resultados es necesario implementar programas de apoyo en las unidades de cuidado intensivo neonatales (UCIN) para que las madres puedan extraerse leche y mantener su producción. Las enfermeras neonatales, quienes permanecen las 24 hs junto a los bebés y sus familias, deben desarrollar habilidades para acompañarlos en la transición a la alimentación directa al pecho. Solo la comprensión y el convencimiento del personal de UCIN sobre los beneficios de la alimentación específica harán posible la creación de estas alternativas en cada institución<sup>2</sup>.

El siguiente trabajo de investigación, se realiza en el hospital Teodoro J. Schestakow, ubicado en la Ciudad de San Rafael, Provincia de Mendoza, Argentina. Específicamente en el Servicio de Neonatología. Se divide en tres partes

En la primera parte se realiza el planteamiento del problema, donde también se encuentra el marco teórico. En la segunda parte se realiza el diseño metodológico. Y en la tercera y última parte se encuentran los resultados expresados en tablas y gráficos, con los comentarios respectivamente; la discusión; conclusión y propuestas planteadas por sus autoras

---

<sup>1</sup> Gert F. Kirsten, Nils J. Bergman y F. Mary Hann. Cuidado canguro por parte de la madre en la sala de cunas. Clínicas pediátricas de Norteamérica, lactancia materna, parte II atención de la lactancia materna, 2001.

<sup>2</sup> Lic. Maria Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 9. Revista Enfermería Neonatal.2001

**PARTE I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La importancia de la lactancia natural en la promoción integral del ser humano ha sido ampliamente demostrada a través de observaciones clínicas, estudios de laboratorio y de campo<sup>3</sup>.

Se ha logrado confirmar el valor incomparable de la leche humana por sus propiedades excepcionales: valor nutricional único, propiedades antiinfecciosa exclusiva y bajo costo<sup>4</sup> en comparación a cualquier otro tipo de alimentación.

La lactancia natural no es lo mismo en un recién nacido cuando ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal<sup>5</sup>. El apego madre – hijo se ve obstaculizado por la necesaria separación que la internación impone.

En los últimos años, en el servicio de neonatología del hospital Teodoro J Schestakow, hemos observado un aumento de nacimientos antes de término, que con ayuda de los avances tecnológicos han logrado disminuir la morbimortalidad de los neonatos y de otros que nacen en situaciones críticas. Estos pacientes necesitan de un personal capacitado para su supervivencia, pero también es importante el vínculo madre hijo que se logra mediante lactancia materna, con sus múltiples beneficios.

El rol de la enfermera neonatal es la intermediaria entre la madre y el bebe, por este motivo es importante estar capacitado sobre este tema.

Las madres necesitan contar con el apoyo y la información necesaria, para lograr con éxito el vínculo único.

Las madres de nuestra población estudiada concurren al servicio de neonatología del hospital Teodoro J. Schestakow cada 3 hs, siendo el primer horario a las 9 hs de la mañana y el último a las 21 hs.

---

<sup>3</sup> Lefebure F, Ducharme M: incidente and duration of lactation and lactational performance Q mong mothers of low birth weight and term infants. CMA/140: 11159-1164, 1998

<sup>4</sup> Sesión 1 por que la lactancia materna es importante. Consejería en la lactancia materna: curso de capacitación. Suiza, 1993

<sup>5</sup> Paula P. Meier. Lactancia materna en la sala de cunas de cuidado especial. Clínicas pediátricas de Norteamérica, lactancia materna, parte II, atención de la lactancia materna, 2001

El servicio de neonatología cuenta con un lactario, donde se encuentran los biberones estériles, heladera para el almacenamiento, donde las madres dejan los biberones con la leche extraída previamente se le coloca una gasa y rotulo con el apellido, hora y fecha. También en el lugar se encuentra una mesada donde se limpian los biberones.

Al ingresar la madre por primera vez, se le entrega la indumentaria adecuada para el ingreso al servicio; la enfermera le explica el procedimiento de higiene y la acompaña hasta donde se encuentra su bebe.

Si al neonato no se le indica pecho materno y su alimentación es por medio de sonda nasogastrica, se le explica a la madre el procedimiento de extracción y almacenamiento.

Como el servicio no cuenta con un banco de leche, solo se conserva la leche materna 24 hs

Durante la mañana el servicio cuenta con dos licenciadas en estimulación temprana que también colaboran con la lactancia.

Las enfermeras del servicio trabajan en forma continua concientizando a las madres sobre los beneficios de la lactancia, de las cuales algunas fueron capacitadas con anterioridad sobre el tema a través de cursos específicos sobre el tema. Las enfermeras que han ingresado en los últimos años, no han tenido esa posibilidad porque los cursos no se dictan actualmente; se capacitaron a través de sus mismas compañeras.

El hospital cuenta con dos habitaciones con tres camas cada una. Se encuentran en el cuarto piso, denominado internación conjunta, para la internación de las madres que permiten estar cerca de sus bebés y así favorecer que las madres puedan concurrir cada tres horas al servicio para extracción de leche o para el amamantamiento.

Los neonatos de la población estudiada antes de obtener el alta hospitalaria pasan por un breve tiempo en internación conjunta con su madre y así observar su evolución de cerca.

## **PROBLEMA DE ESTUDIO**

¿Pueden lograr una lactancia materna exclusiva predominante los recién nacidos en estado crítico: prematuros, pequeños para la edad gestacional, asfixiados graves; del servicio neonatal del hospital Teodoro J. Shestakow, San Rafael, Mza, investigando esto durante los meses de Enero a Mayo del 2009?

## **OBJETIVO GENERAL**

➤ Determinar el grado en que la lactancia materna se realiza en recién nacidos gravemente enfermos en el servicio de neonatología del Hospital Teodoro J. Shestakow ingresados durante los meses de enero a mayo del 2009.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la evolución de la lactancia en prematuros, PEG y asfícticos graves durante los 35 primeros días de vida
- Establecer si hay relación entre el primer contacto materno y la buena evolución del recién nacido
- Determinar la evolución de la lactancia a partir del alta hospitalaria durante 30 días

# **MARCO TEORICO**

## LACTANCIA MATERNA

La OMS, la UNICEF y la Asamblea mundial de la salud recomiendan la lactancia materna exclusiva por alrededor de 6 meses y complementada hasta avanzado el segundo año. A esta conclusión se llegó luego de una revisión sistemática de la evidencia sobre los beneficios de este tipo de alimentación para recién nacidos y lactantes, en la que se encontró que los niños con lactancia exclusiva por 6 meses se enfermaban menos de diarrea de los que recibían alimentación mixta desde los 3 a 4 meses, y no presentaban déficit en su crecimiento. Más aun, sus madres presentaban un periodo mas largo de amenorrea de lactancia.

Existe evidencia sólida de que la lactancia reduce tanto la mortalidad como el riesgo y severidad de una variedad de enfermedades infecciosas, entre las que se encuentran: bacteriemia, meningitis bacteriana, diarrea, infecciones respiratorias, enterocolitis necrotizante, otitis media y cáncer de mama pre- menopausico de la madre que amamanta, así como espaciamiento de los embarazos. Existe evidencia probable, ya que la mayoría de los estudios encuentra asociación, de menor riesgo de infección urinaria, algunas leucemias infantiles, enfermedades inflamatorias del tubo digestivo, enfermedad celiaca y muerte súbita. Y quienes amamantan tienen mejor desarrollo cognitivo e inteligencia en la edad adulta, así como menor riesgo de obesidad. Las madres presentan probabilidad de menor riesgo de cáncer de mama posmenopáusico, cáncer de ovario y artritis reumatoidea<sup>6</sup>.

El contacto piel con piel y la lactancia inmediata, dentro de la primera hora después del parto, reduce la hemorragia de la madre por mejor retracción uterina, ayuda a la recién nacido a regular la temperatura, a conservar energía, a la adaptación de la respiración, a reducir el llanto y a iniciar conductas de succión que favorecerán el establecimiento de una

---

<sup>6</sup> Hamosh, M. human milk composition and function in the infant. Semin Pediatric Gastroenteral Nutrition, v3, p4-8, 1992

lactancia exitosa. Además favorece el establecimiento de la a pego de la madre con su hijo<sup>7</sup>.

## **LACTOGÉNESIS**

Buena parte de las dificultades surgen en los primeros días y dependen de que en la especie humana – a diferencia de otros mamíferos – la producción abundante de leche tarda en aparecer unos días tras el parto. Teóricamente, este retraso va en contra de los intereses metabólicos del recién nacido y de hecho provoca un freno en su ganancia de peso del que tarda varios días en recuperarse. A este periodo lo denominamos lactogénesis - II, y representa el momento mas crítico para el éxito de la lactancia.

Cuanto mejor conozcamos los factores que afectan la puesta en funcionamiento de la mama, mejor podremos ayudar a las madres con dificultades.

### **Algunos datos anatómicos de interés**

#### **Aspecto externo**

El tamaño y la forma de la mama son muy variables.

Depende del contenido en tejido graso y conectivo, por lo que hay poca relación entre el tamaño de las mamas y la capacidad para producir leche. Se ha comunicado que las mujeres obesas tienen riesgo de retraso en la lactogénesis II, y que algunas con poca grasa corporal pueden fabricar leche con menor contenido lipídico, que compensan produciendo un volumen superior, por lo que el aporte calórico final no se afecta.

---

<sup>7</sup> José Luís Tapia I. Álvaro González M. Lactancia materna capítulo 17. Neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008

## **El pezón**

Juega un papel importante durante los primeros días. Facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, hace de esfínter de los conductos glandulares y es el origen de estímulo sensorial que activan secreciones hormonales.

Hay grandes diferencias en la forma y tamaño de los pezones de las mujeres, así como en la piel que los cubre. Algunos plantean dificultades para iniciar la lactancia, pero si las madres son advertidas durante el embarazo, afrontan mejor el problema tras el parto.

## **Afecciones del pecho**

Hay varias afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar:

- Pezones planos o invertidos, y pezones largos o grandes
- Ingurgitaciones (también llamada plétora, abotagamiento o distensión)
- Conductos obstruidos y mastitis.
- Pezones inflamados y fisuras del pezón.

El diagnóstico y el manejo de estas afecciones del pecho son importantes tanto para aliviar a la madre, como para permitir que la lactancia continúe.

Hay muchas formas y tamaños diferentes de pechos. Los bebés pueden amamantarse de casi todos ellos.

### Diferencias de pechos llenos e ingurgitados

Pechos lleno	Pechos ingurgitados
Calientes	Dolorosos
Pesados	Edematosos
Duros	Tensos, especialmente el pezón
La leche fluye	Brillantes
No hay fiebre	Pueden estar rojos
	La leche no fluye
	Puede haber fiebre por 24 horas

### Problemas y molestias frecuentes

- Pezones dolorosos y apariencia de grietas: Se pueden presentar por una mala técnica, en general por que el niño solo succiona el pezón y no la areola. En ocasiones se utilizan cremas especiales para las grietas, lavando bien el pezón antes de la toma para que el niño no perciba ningún sabor desagradable. Es muy útil para las grietas dejar que se seque la leche sobre el pezón. En caso de molestia intensa o dolor, se podría extraer la leche en alguna toma para dar tiempo a que mejoren las grietas.
- Congestión mamaria: Durante los primeros días, el niño no mama lo suficiente para vaciar los pechos, por lo que es posible que la leche se almacene y resulte doloroso. Las mamas aumentan de tamaño y están duras y tensas, y la piel está brillante y distendida. Es conveniente dar un masaje en forma circular en las mamas antes de la toma, y una vez que el niño haya finalizado, se puede extraer la leche si los pechos están muy cargados y doloridos. Es beneficioso el uso de un sujetador suave y aplicar bolsas de hielo en los pechos.
- La mastitis: Es una inflamación de las glándulas mamarias que puede ir acompañada de infección, por lo que si las mamas están rojas, calientes y muy dolorosas hay que consultar con el médico.

- Producción insuficiente de la leche: Es aconsejable dar de mamar con más frecuencia, ofreciendo ambos pechos en cada toma y no poniéndole tiempo límite a cada uno de ellos, para que vacíe completamente cada mama. Además en estos casos es necesaria una buena alimentación materna, descanso y tranquilidad<sup>8</sup>.

### **La areola**

Es la porción de piel que rodea al pezón. Tiene gran cantidad de células sudoríparas y sebáceas. Las glándulas sebáceas de la areola son voluminosas, resaltan como pequeños granos en la superficie y segregan una sustancia que lubrica y protege la piel del pezón y la areola durante la lactancia. Se les llama tubérculos de Montgomery o de Morgani.

### **Interior de la mama**

El tejido glandular de la mama esta formado por gran numero de alvéolos, en los que se elabora la leche y un sistema de conductos, que la conduce hacia el exterior. En número de 8 a 12, a lo largo de todos los conductos hay fibras musculares miopiteliales que provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la lecha hacia el pezón.

Los alvéolos y conductos que drenan a un mismo conducto galactóforo forman un lóbulo. En cada mama se estima que hay entre 15 y 25 lóbulos.

La disposición anatómica de las ramificaciones de los conductos (ángulo de la bifurcación), la presión de alvéolos adyacentes o de reacciones inflamatorias locales pueden influir en que algunos segmentos de la mama tengan mas dificultades para vaciarse y puedan provocar en algunas madres cuadros de retención de leche recurrentes, o incluso mastitis de repetición.

---

<sup>8</sup> UNICEF/NUT/93.3 distrib. general original ingles. Consejería en lactancia materna, curso de capacitación, Pág. 57. Organización mundial de la salud, 1993.

El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo de crecimiento del árbol de conductos.

La mama esta preparada para fabricar leche y de hecho se puede detectar pequeñas cantidades de lactosa y alfa, lacto albúmina en sangre y orina. A esta etapa se la denomina lactogénesis I.

### **Anatomía de la succión**

Independientemente de la forma y tamaño de la mama o del pezón, lo realmente importante es que se produzca el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión resulte efectiva.

La expresión de los alvéolos por la musculatura que lo envuelve, y el ordeño que realiza la lengua del niño. Este movimiento de expresión es complementado con otro de aspiración consiguen vaciar la leche de los senos.

Si el niño introduce solamente el pezón en la boca, no podrá ordeñar con su lengua los senos lactíferos, y la succión perderá eficacia porque aprovechara solo la aspiración. Este es el motivo de que los pezones muy grandes puedan resultar más problemáticos que los planos.

También es importante la posición de la cabeza del niño respecto al pecho. Si el niño es se ve forzado a rotar su cabeza hacia el pecho, no podrá llevar a cabo una succión correcta, vera dificultada la deglución y estirará del pezón de la madre provocando la aparición de grietas.

Un error frecuente es empujar la cabeza del niño desde atrás, para forzarle a que se aproxime al pecho. Generalmente el niño responde estirando el cuello hacia atrás, y alejándose del pecho.

### **Regulación de la síntesis, secreción y expulsión de leche**

La leche es secretada de forma continua a la luz alveolar, donde se almacena entre las tomas hasta la siguiente succión. La cantidad de leche

que pasa al niño depende, por un lado, de la rapidez de la síntesis y secreción y por otro, de la eficacia en el vaciado.

### Regulación central de la producción de la leche

Depende básicamente de la actuación de hormonas: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormonas de crecimiento, insulina y suprarrenales.

### Prolactina (PRL)

La PRL es la hormona más importante de la lactancia, tanto durante el desarrollo de la glándula en los primeros meses de embarazo como durante la lactogénesis. Durante el embarazo las elevadas cantidades de progesterona y de lactógeno placentario bloquean la acción de la PRL sobre la mama, impidiendo la producción abundante de leche. PRL y lactógeno placentario utilizan los mismos receptores en las glándulas mamarias.

Unas horas después del parto desaparece la lactógeno placentario, y en unos días disminuye la concentración de progesterona, permitiendo que la PRL se fije a los receptores de la mama. Esto explica que una vez iniciada la producción abundante de leche, la progesterona no sea capaz de inhibir la acción de la PRL.

La secreción basal de PRL tiene un ritmo circadiano con incremento nocturno que depende del sueño y no de la hora del día. A esta secreción basal se añade otra liberación en forma de pulsos, variables en número y duración a lo largo del día. El ritmo circadiano se mantiene durante la lactancia, por lo que los niveles más altos se consiguen por la noche, a pesar de que haya más número de toma diurna.

Tras el parto, el estímulo más efectivo para la liberación de PRL es la succión o la estimulación táctil del pezón. En algunas mujeres este estímulo solo es eficaz durante la lactancia, la succión simultánea de los dos pezones y el aumento de la succión pueden duplicar la liberación de PRL.

### Oxitocina (OXT)

Debido a la gran tensión superficial que se opone al movimiento de la leche en los conductos pequeños, la presión negativa que origina la succión hace que la luz de los conductos se colapse obstruyendo el vaciado de los alvéolos. La contracción de las células mioepiteliales que envuelven los alvéolos consigue con relativa facilidad expulsar la leche hacia conductos de calibre superior en los que la succión si resulta efectiva. Esta contracción depende de la OXT. Igual que la PRL, la OXT se libera en respuesta el estímulo del pezón, bien por succión o manipulación, pero la OXT se pueden liberar además por estímulo visuales, sonoros o simplemente emocionales, generalmente relacionados con el bebé.

La OXT guarda una relación peculiar con el estrés. Por un lado se sabe que el estrés y la ansiedad alteran el reflejo de eyección de la OXT.

### Progesterona. Insulina. Corticoides

La caída en los niveles de progesterona tras el parto es necesaria para que el epitelio mamario inicie la producción de la leche. De hecho, la retención de fragmentos placentarios que mantiene elevados los niveles de la lactogénesis.

Aunque con un papel menos relevante, es necesaria la presencia de niveles adecuados de insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores de crecimiento, para el correcto funcionamiento de la mama. De hecho, las mujeres obesas, las que padecen diabetes insulino dependiente o las que reciben tratamiento con corticoides antes del parto, presentan retrasos en la lactogénesis. Que explica que las madres de muchos prematuros tengan dificultades para conseguir una buena producción de leche.

### Regulación local de la producción de leche

Los factores locales cobran importancia a partir del tercer día postparto. A partir de entonces el vaciamiento de los alvéolos es imprescindible para que se mantenga la producción de leche.

No hay que olvidar que la simple presión negativa de la succión no es suficiente para vaciar los alvéolos, especialmente al inicio de la lactancia, y que un buen vaciado exige un adecuado reflejo oxitócico.

### **Marcadores de la lactogénesis II. Subida de leche.**

Entre los cambios que tienen lugar en la mama tras el parto, el más llamativo para las madres es la lactogénesis II - subida de leche- (en otros idiomas la leche baja, llega, fluye o aparece. Las madres notan que las mamas aumentan de tamaño, están calientes y duelen. Es la expresión del aumento masivo en la síntesis de casi todos los componentes de la leche. El dolor suele ser moderado aunque en alguna ocasión pasa casi desapercibido y en otras llega a ser muy intenso. No hay relación entre la intensidad de la percepción de la subida de leche y la producción posterior de la leche por el pecho.

La subida ocurre entre 50 y 73 horas después del nacimiento, pero hasta un 25% de las madres perciben la subida después de las 72 horas. En ese momento, el niño extrae alrededor de 20cc de leche en cada toma. El retraso en la subida de leche se asocia a mayor pérdida de peso del niño, y a mayor riesgo de abandono de la lactancia.

### **Papel del vaciado en la lactogénesis II**

Varios trabajos demuestran que los cambios de la lactogénesis ocurren iguales y en los mismos tiempos en las madres que ofrecen el pecho desde el primer día como en las que no inician la succión porque no desean amamantar.

El vaciado forzado de las mamas utilizando un sacaleches eléctrico antes del tercer día, no solo no aumento el volumen de leche producido sino que afecto negativamente la duración de la lactancia en madres con cesárea. Parece admitido que el vaciado de leche es necesario a partir del

momento que ocurre la subida de leche, pero no está tan claro que lo sea antes de ese momento.

Estas evidencias no contradicen la recomendación de que se debe iniciar la lactancia lo antes posible y amamantar con frecuencia los primeros días, ya que de esta forma se consigue un buen acoplamiento boca-pecho, se corrigen los errores de posición antes de que la succión sea realmente efectiva, y se mejora el conocimiento recíproco entre la madre y el hijo. De hecho, la eficacia de estas normas se traduce en mejores índices de lactancia, tanto a corto, como a largo plazo.

Aunque el vaciado frecuente no sea necesario, sí podría ser importante la eliminación de un factor inhibidor local, presentes en los alvéolos antes del parto, que bloquearía la actuación hormonal sobre las células mamarias. Bastaría con vaciar tan solo 5 a 10cc de calostro, para retirar este factor del alvéolo, lo que exigiría algún episodio de succión o expresión alveolar.

Hasta que se defina mejor la repercusión de cada conducta, se debe continuar alentando a las mujeres a iniciar la lactancia lo antes posible y hacerlo de forma frecuente durante los primeros días pero evitando que succionar o vaciar el pecho se convierta en una urgencia que pueda crear situaciones incómodas para la madre en sus primeras experiencias de amamantar.

### **Regulación del volumen de leche producido**

Una vez iniciada la producción abundante de leche, el organismo de la madre no tiene mecanismo para regular el volumen que produce. La cantidad de leche depende casi exclusivamente de la eficacia de la succión. Una succión vigorosa por un bebé grande consigue mayor producción que si la succión es realizada por un bebé adormilado o con poco estrés. Y si la mujer amamanta a gemelos producirá el doble del volumen habitual.

## **Factores y situaciones que condicionan retraso en la lactogénesis**

Desde que se comprobó que el retraso en la lactogénesis aumenta el riesgo del abandono de la lactancia, se han llevado a cabo bastantes estudios para conocer los factores que condicionan ese retraso.

La causa mas frecuente de retraso al estrés de la madre y del niño durante el parto y postparto. El nivel de estrés ha sido confirmado tanto por determinaciones de cortisol en saliva de la madre antes, durante y después del parto. Los grupos de mayor riesgo de estrés son: las madres primíparas – sobre todo si tienen hijos grandes -, los partos prolongados, extenuantes o con maniobras dolorosa, las madres que llevan muchas horas sin dormir antes del parto, y las que necesitan cesárea urgente por sufrimiento fetal.

En la madre el estrés actúa bloqueando el reflejo oxitócico que limita el vaciado alveolar y la eliminación de los factores de inhibición locales. Pero el estrés también afecta al niño tanto por el sufrimiento cerebral como por las medicaciones administradas a la madre, la adaptación al pecho de su madre y provocando una succión débil. En ocasiones, la falta de succión del niño se convierte también en motivo de estrés para la madre.

Otros factores asociados a retraso en la subida de leche son la succión defectuosa del niño durante las primeras 24 horas, la prematuridad y el bajo peso de nacimiento, los pezones planos o invertidos, la administración de líquidos suplementarios o leche artificial el segundo día de vida y el uso de chupete.

La mayor utilidad que ofrece conocer esta relación, es poder prevenir a la madre de que va a ocurrir un retraso en la subida de leche, para evitar una dosis añadida de estrés por el retraso. Además, la identificación de estos grupos de riesgo permite establecer programas de ayuda extra a estas madres hasta que la lactogénesis se complete con éxito.

En las madres de recién nacidos pre término la producción más baja de leche puede deberse en parte al uso de corticoides antes del parto<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Jesús Martín-Calama. Lactogénesis. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid, 2004

## COMPOSICION DE LECHE MATERNA

La leche humana es el alimento más aconsejable y completo para el lactante, siendo la fuente principal de nutrientes y de factores inmunológicos para el desarrollo y crecimiento del recién nacido. La leche materna es un alimento funcional: vivo, cambiante y humano.

Los constituyentes de la leche humana interactúan y cambian adaptándose a las necesidades de crecimiento y desarrollo de los niños, de acuerdo a esto, se tratan de diferenciar distintos tipos de leche para recolectar y administrar. Esto permitirá elegir distintos tipos de leche para distintas circunstancias de necesidad del bebe.

La composición presenta pocas variaciones entre individuos, pero si a lo largo del curso de la lactancia y en cada mamada.

La leche materna contiene células vivas como macrófagos y linfocitos, entre otras, y una gran variedad de factores biológicos activos, como Ig A, lactoferrina, B<sub>12</sub> y un gran número de hormonas como esteroides, tiroxina, gonadotrofinas, prolactina, eritropoyetina, melatonina, etc. La mayor fuente de carbohidratos de la leche humana es la lactosa, fácilmente digerible.

El calostro, la primera secreción producida por la glándula mamaria, se inicia generalmente a las 18 a 24 hs después del parto; posee un alto tenor calórico, proteico (inmunoglobulinas, particularmente Ig A) sodio, potasio, anticuerpos y menos grasas y lactosa que la leche madura.

Las pruebas de laboratorio demostraron una gran actividad antimicrobiana en la leche humana contra las bacterias y virus como la Echerichia coli, Staphylococcus aureus, Estreptococos de los grupo B y D y Haemophilus influenza. Ofrece protección contra la diarrea infecciosa, contra infecciones respiratorias y del oído; reduce la incidencia de enterocolitis necrosante.

La leche final de la mamada contiene mayor cantidad de grasa. Alrededor del 50% del total calórico de la leche humana proviene de las grasas, que sirven de fuente de energía para el recién nacido y ayudan al

proceso de mielinización de los nervios y al desarrollo del sistema nervioso central; y para las grasa procedentes de la L. H. son mejores absorbida ya que en ella se encuentra la lipasa que desempeña un papel activo en la absorción.

La leche materna es fuente de proteínas mas digeribles el 100% es absorbido por el organismo. Esto ocurre por que alrededor del 40% de las proteínas es caseína y el 60% es lacto albúmina. La caseína tiene mayor poder buffer, lo que reduce la acidez perturbando la digestión a nivel gástrico.

La presencia de lactoferrina, proteína que aumenta la absorción de hierro. Esta sustancia no esta presente en la formula lácteas.

Los estudios efectuados en el decenio de 1970 sugieren que la leche producida por las madres que tuvieron parto prematuro tenía composición diferente de la leche de las madres con parto de término<sup>10</sup>.

## **Composición de la leche de madre pre termina (LMPT)**

### Beneficios Nutricionales

Se prefiere la leche materna para alimentar a los RNPT a causa de su composición biodisponibilidad aumentada de nutrientes, presencia de hormonas, enzimas y factores de crecimiento.

La LMPT, de las primeras tres a cuatros semanas presenta mayores concentraciones de los nutrientes, excepto grasas, lactosa y energía. Después de las primeras semanas el nivel de proteínas decae y hace necesario enriquecer la leche materna para los RNPT con peso menor de 1500grs.

---

<sup>10</sup> Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 120. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003

El patrón de ácidos grasos esenciales de LMPT beneficia en su adecuada proporción la composición de la membrana celular del cerebro, retina y eritrocitos.

Aporta el 50% de las calorías en la leche y la absorción se ve facilitada por la particular estructura de los glóbulos grasos de la L.H. (en tanto, el bebé sea alimentado con leche recién extraída). Los distintos pasos de extracción, almacenamiento, transporte, congelamiento o pasteurización (todavía no utilizada en Argentina) alteran estas propiedades.

Generalmente los niños prematuros tienen la capacidad de absorber más del 90% de la lactosa de la leche de su madre.

LMPT contiene concentraciones de vitaminas A; 2 a 3 veces mayores que la leche materna de término (LMPT). La biodisponibilidad de hierro es alta y la relación calcio-fósforo de 2:1.

La LM tiene un tiempo de vaciamiento gástrico de 20 a 40 minutos por presencia de triglicéridos de cadena mediana, polímeros de glucosa y almidones.

Pueden afirmarse que los RNPT alimentados exclusivamente con LM alcanzan más rápidamente el aporte enteral completo.

La baja carga de solutos favorece la función renal.

### Beneficios inmunológicos

La ingesta precoz de calostro está asociada a un mejor índice de infecciones comparadas con la alimentación temprana con L.F. (leche de fórmula)

Se describen menor cantidad de episodios de enteritis necrotizante (ENC, diarrea, alergias y de infecciones urinarias). Se ha descrito que aquellos bebés alimentados con LM y que han desarrollado ENC, presentaron cuadros menos severos con menor incidencia de perforación intestinal durante el curso de la enfermedad.

Factores específicos en la LH tales como la IgA, secretoria, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, factores de crecimiento y componentes

celulares, estimulan las defensas en el RNPT. Es esperable que la exposición de la madre que tuvo contacto piel a piel con su hijo al ambiente de la UCIN le permite producir anticuerpos específicos contra los gérmenes hospitalarios que va a transmitir al bebé internado, a través de su leche.

#### Beneficios en el neurodesarrollo.

La función visual se ve favorecida por la ingesta de LH debido a la presencia de ácidos grasos y de factores antioxidantes como beta caroteno, taurina y vitamina E. Aún con presencia de rinopatía en RNPT, su gravedad e índice de necesidad de cirugía por láser fue inferior

#### Beneficios vinculares

Actualmente se sabe que el crecimiento y el desarrollo de los bebés no depende solamente de la nutrición, aún en el caso de los RNPT en estado de alto riesgo biológico la extracción de leche sostenida y posterior amamantamiento de estos bebés puede describirse como una “vacuna psicoafectiva” a través de la cual la madre hace suyo al niño gestado y nacido antes de lo esperado<sup>11</sup>.

### **Variaciones a lo largo de la lactancia**

#### Leche para prematuros

Si el embarazo no llega a término (antes de las 37 semanas de gestación) la madre produce leche con características especiales: un 20% más de nitrógeno, más ácidos grasos de cadena larga, media y corta, más sodio, cloro y hierro. Posee iguales concentraciones de lípidos y azúcares.

#### El calostro

Segregado en los primeros 3 a 7 días de posparto (salvo en la madre de un prematuro que su leche puede tener características de calostro hasta los 21 días de nacido). Es un líquido viscoso amarillento que contiene más

---

<sup>11</sup>Lic. María Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 12. Revista Enfermería Neonatal.2001

células, mas proteínas, vitaminas liposolubles y sodio, siendo rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretora (recubren el epitelio intestinal y previenen la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos) contiene menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura.

### Leche de transición

De color blanquecino azulado. E segregada luego del calostro hasta el 10° a 14° día (hasta que se considere la lactancia como establecida).

### Leche madura

Segregada después de la leche de transición, es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores. Su composición varía no solo en cada madre sino también de un seno a otro en la misma madre, en el momento del día y durante la misma tetada. Es más rica en grasas y calorías que el calostro y la leche de transición.

La leche de pre término posee mayor concentración de proteínas, sodio, calcio, lípidos, vitamina A y D y una selección de propiedades anti infecciosas. Estas diferencias están ajustadas a las necesidades singulares del prematuro y desaparecen después del primer mes de lactancia, cuando la leche de pre término se asemejará en su composición a la leche materna de término.

Otros nutrientes como calcio, sodio, potasio, fósforo, vitamina liposolubles A y D y pequeñas cantidades de vitamina K<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Dr. Gustavo H. Sager. Bancos de leche humana pasteurizada capitulo2.Programa Nacional de actualización pediátrica.2009

## RECOLECCION Y ALMACENAMIENTO

La extracción de leche materna es esencial para las madres de los recién nacidos enfermos o prematuros en el periodo en que están imposibilitados de mamar. Es importante destacarles a las madres que la cantidad de leche obtenida con la extracción depende del método que use.

El objetivo principal de la extracción consiste en mantener la estimulación de los mecanismos de producción de leche, muchas madres se tornan ansiosas y preocupadas cuando la cantidad de leche que producen les parece pequeña debemos asegurar que algunas "gotas" suministradas al recién nacido

Extracción de leche materna por un periodo breve u ocasional: se recomienda el uso de una bomba saca leche manual o usar extracción manual para aquellas madres que solo necesitaran retirar la leche por menos de una semana o que presentan alguna ingurgitación mamaria y necesitan aliviar la presión.

Extracción de leche materna por un periodo prolongado: se aconseja en estas circunstancias el uso de una bomba eléctrica debido a que se aproximan a la acción rítmica y a la presión moderada que ocurren durante el amansamiento

Extracción manual: a causa del costo de estas bombas .muchas instituciones enseñan alas madres a extraer la leche con la mano .este método se ha mostrado eficaz pues existe contacto piel a piel y porque los movimientos de extracción manual se asemejan a los de los maxilares del recién nacido cuando este succiona, ayudando así en la estimulación de la secreción.

Técnica:

1- Ubicarse cómodamente, usar técnicas de relajación, pensar en el bebe.

2-Lavarse las manos para disminuir las posibilidades de contaminación de la leche extraída.

3-Para estimular la salida de leche, masajear las mamas en forma circular desde la base hasta la areola

4-Colocar el dedo pulgar en el borde superior de la areola: mantener los dedos fijos sobre la piel.

5-Realizar una compresión rítmica en dirección a los pezones

6-Alternar la mama cuando el flujo de leche disminuye o cesa

Intervenciones de enfermería en la extracción y almacenamiento

1) Seleccionar el método más adecuado para retirar la leche.

2) Orientar a las madres sobre la importancia del lavado de manos antes de iniciar el procedimiento

3) Orientar a las madres para el uso de medios que faciliten la secreción.

4) Extraer leche cada 2 a 3 horas por día y cada 4hs por la noche.

5) Mantener la leche refrigerada si se va usar dentro de las 24hs o ponerla en freezer o congelador Para consumo posterior.

6) Almacenar la leche en recipientes o frascos de vidrio o de plástico limpio (esterilizarlos) cerrar bien la tapa.

7) Identificar cada frasco con el nombre del recién nacido, fecha, hora de extracción de leche.

8) Cada vez que se extraiga la leche usar un recipiente separado para conservarla, no agregar leche retirada a la extraída previamente<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 123. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003

## **POBLACION DE SEGUIMIENTO: DEFINICIONES**

### **DEFINICION DE PREMATUREZ**

El parto prematuro es la única causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. La reducción mencionada se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro. La prematurez es el resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios. Estas son: partos prematuro idiopático, parto prematuro resultante de la rotura prematura de membranas (rpm) en embarazos de pre término y parto prematuro por indicación médica que resulta de la extracción fetal por causa materna y /o fetal. La consideración de otros tres grupos es relevante por que tiene implicancias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Hay una serie de condiciones que constituyen factores pres disponibles para parto prematuro.

Durante los últimos años las investigaciones conducidas en el área de trabajo de parto prematuro han modificado los conceptos tradicionales el parto prematuro se concibe hoy como un síndrome .es decir una condición causada por múltiples patologías cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas antes de las 37 semanas de gestación Evidencias clínicas anatomopatológicas microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitidas identificar hasta hoy las siguientes causas: infección intraamniótica, isquemia útero placentaria,

Malformaciones fetales sobre distensión uterina factores inmunológicos y estrés para el caso de infección existe convincente evidencia de que ella juega un papel fundamental.

El tratamiento clásico consiste en reposo tocos líticos e inducción de madurez pulmonar en la actualidad el diagnóstico precoz de la infección intrauterina se ha transformado en otro elemento terapéutico importante en el manejo de las pacientes con amenaza de parto prematuro nuevos estudios han mostrado que las modificaciones cervicales detectadas por US trasvaginal permiten la detección de casos con riesgos de iniciar un trabajo de parto prematuro. Nuevas técnicas para el diagnóstico de madurez pulmonar han permitido diferir o adelantar extracción fetal minimizando las complicaciones neonatales la forma como la prematuridad puede producir daño es a través de la exposición a la vida extrauterina de un niño a uno no preparado para ella. el impacto de la vida extrauterina puede afectar como un todo al neonato desde la nutrición la regulación térmica la respiración hasta el desarrollo neurológico la enfermedad de membrana hialina (EMH) es una expresión de la inmadurez pulmonar y mientras más prematuro es el parto mayor es el riesgo de que ella ocurra la EMH y su secuela la displasia bronco pulmonar (DBP), están entre las principales causas de morbilidad en niños cuyo peso al nacer es <1.500gs por otra parte, estas patologías provocan elevados costos por esa razón, cualquier intervención que reduzca la frecuencia o la severidad de la enfermedad genera altas expectativas en el ambiente obstétrico neonatal<sup>14</sup>

## **RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)**

Es la consecuencia de la supresión del potencial genético fetal que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas.

En cualquier de estos casos, RCIU implica una restricción anormal del crecimiento en un individuo (feto) que tiene un potencial de desarrollo mayor.

Dado que el potencial de crecimiento no es conocido para cada niño, se ha definido como criterio diagnóstico de RCIU la localización bajo un

---

<sup>14</sup> José Luis Tapia I. Álvaro González M. Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido capítulo 2. neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008

percentil determinado en las curvas estándares de peso. Es conveniente que estas curvas sean elaboradas en la misma población que se está evaluando para evitar un diagnóstico poco preciso.

La aplicación del percentil 10 (p10) como límite inferior implica aceptar que cerca del 10% de los RN normales serán clasificados como RCIU, y que por lo tanto, el porcentaje de niños pequeños para la edad gestacional (PEG) se incrementa a expensas de RN normales

Los fetos con RCIU presentan una mortalidad perinatal 5 a 10 veces mayor que la población normal pueden presentar muerte fetal así como mayor probabilidad de asfixia neonatal y otras patologías neonatales (capítulo 3: crecimiento fetal y restricción del crecimiento intrauterino) muchas son las patologías y factores de riesgo que se conjugan para que un feto presente RCIU su diagnóstico se basa en medición de altura uterina y la estimación clínica y de US de peso fetal al confirmarse esta condición las posibles etiologías específicas que podrían explicar el crecimiento anormal son múltiples el mayor problema de la utilización del p10 de crecimiento como indicador de riesgo de morbimortalidad es que muchos fetos sobre p10 pueden estar sometidos a un proceso patológico que pueda alertar su bienestar fetal y estar con riesgo de muerte antes de ver alterado su crecimiento en este sentido los métodos de evaluación del bienestar fetal pueden utilizarse también para fetos con crecimientos normal y así lograr diagnosticar casos con riesgo perimetral .

En años recientes se ha desarrollado un creciente interés en investigar la contribución del RCIU en la predisposición del individuo a desarrollar enfermedades en su vida adulta estudios epidemiológicos realizados por Baker y cols. Han señalado la relación existente entre el peso al nacer y enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2 (barker.1993 y 1995) hay diversos estudios que han demostrado una asociación entre bajo peso de nacimiento y resistencia a la insulina en la vida adulta (GODFREY Y COLS) también se ha encontrado una asociación entre bajo peso de nacimiento e hipertensión arterial en adultos y niños prepúberales (LAW Y SHIELL).

En particular RCIU es una condición que incluye muchas etiologías que puede diagnosticarse y cuyo diagnóstico precoz permite disminuir la morbimortalidad perinatal<sup>15</sup>.

## **ASFIXIA PERINATAL**

La asfixia perinatal es una de las principales causas de morbimortalidad del feto y del RN afectando a niños de término y pre término consiste en la alteración de la oxigenación fetal la que puede manifestarse clínicamente en el parto se considera principalmente resultado de un trabajo de parto patológico sin embargo hay evidencias de que muchos fetos presentan un deterioro de la unidad feto placentaria ante parto que requieren extracción fetal sin trabajo de parto y que cumplen los criterios clínicos de asfixia perinatal sugeridos en la actualidad esta patología tiene grandes implicaciones médico – legales que han requerido de evaluaciones sistemáticas para reducir sus riesgos de ocurrencia

La definición de asfixia esta en el capítulo 11: Asfixia perinatal las consecuencias de la asfixia producen una falla multiorgánica en el feto y RN. Los efectos mas graves son lesiones cerebrales de tipo hemorrágico o hipóxico isquémico según se trate de niños prematuros o de término desde un punto de vista fisiopatológico cuando los niveles de oxígeno bajan de 18 mmHg en la sangre fetal este realiza una serie de adaptaciones que tienen como objetivo beneficiar los territorios mas nobles tales como: el SNC, corazón y glándulas suprarrenales. Para ello recurre a mecanismos de vasodilatación central vasoconstricción periférica. la vasoconstricción favorece una actividad metabólica de tipo anaeróbico que conduce a la acumulación de lactato e ion hidrogeno. La muerte fetal ante parto observa cuando los mecanismos de compensación son sobrepasados por periodos prolongados y con pH muy inferiores a 7,0.

---

<sup>15</sup> José Luis Tapia I. Álvaro González M. Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido capítulo 2. neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008

El periodo del parto y expulsivo son los de mayor riesgo para la asfixia perinatal desde un punto de vista obstétrico. La principal acción a realizar debe ser el evitar la exposición del feto en trabajo de parto a un insulto anóxico prolongado. La evaluación de la condición fetal permite anticiparse en identificar aquellos fetos que tienen una reserva respiratoria disminuida y que pueden sufrir con más facilidad asfixia durante el trabajo de parto. Según el resultado de esta evaluación se considera la realización de una cesárea o se le dará una prueba de trabajo de parto vigilando atentamente el bienestar fetal otra condición obstétrica de riesgo corresponde a la infección intramniótica, ya sea con membranas integra o rotas. El diagnóstico precoz de estas condiciones permitirá evitar desastrosas consecuencias para el recién nacido<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> José Luí Tapia I. Álvaro González M. Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido capítulo 2. neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008

## **LACTANCIA MATERNA EN SALA DE CUIDADOS ESPECIALES**

Las madres cuyos hijos ingresan a la sala de cuidados especiales, sea debido a la prematurez o a otros padecimientos de alto riesgo, experimentan muchas barreras emocionales y fisiológicos para el inicio de la lactancia y la conservación de la misma. Aunque hay mucha investigación para guiar la prestación de servicios de amamantamiento intrahospitalario para esta población, pocas instituciones han integrado esta información hacia políticas y procedimientos que optimen los resultados de la lactancia materna. En el presente artículo se revisan estas intervenciones basadas en datos verificables dentro de un marco temporal para proporcionar servicios de lactancia materna para prematuros y otros lactantes que tienen trastornos médicos, quienes son atendidos en la sala de cuidados especiales.

### **Decisión de proporcionar leche para alimentación de lactantes**

#### Barreras para el inicio de la lactancia

En todo Estados Unidos, las madres que dan a luz a lactantes que ingresan en cuidados especiales tienen menos probabilidades de iniciar la lactancia que las madres de productos a término, saludables. Este resultado es en especial preocupante debido a pruebas que sugieren que los beneficios de la leche humana para la salud tienen importancia especial para lactantes con alteraciones inmunitarias, prematuros y de alto riesgo. Con frecuencia, los miembros de la familia y los profesionales del cuidado de la salud recomiendan a estas madres que no inicien la lactancia porque creen que proporcionar leche generará demasiado estrés cuando se combina con la ansiedad y las molestias que rodean al embarazo y el parto de alto riesgo. A menudo se informa de modo erróneo a las madres que los medicamentos necesarios para tratar padecimientos de alto riesgo son incompatibles con el amamantamiento. Aún otras mujeres preguntan si

tendrán la capacidad para producir la cantidad suficiente de leche de composición adecuada para lactantes frágiles, en especial si la madre ha experimentado complicaciones del embarazo y el parto.

Las pruebas no apoyan disuadir la lactancia en cualquiera de estas situaciones. Los datos de varios estudios indican que el suministro de leche para las alimentaciones de lactantes ayuda a las madres a afrontar el estrés emocional que circunda a la experiencia vivida. En una investigación, las madres informaron que el suministro de leche fue “la única conexión y el único derecho tangible” que tuvieron con sus hijos cuando el personal de salud asumió otras actividades de prestación de cuidado. Pocos padecimientos maternos, complicaciones del embarazo, o farmacoterapia posparto son incompatibles con el suministro de leche para lactantes en la unidad de cuidados, y no hay una base científica para suponer que estas mujeres producen una cantidad insuficiente de leche, o leche de calidad inferior.

### **Asesoramiento a madres de lactantes internados, acerca del inicio de la lactancia**

Cuando nace el lactante, muchas mujeres (en especial las que dieron a luz de manera prematura) no han tomado la decisión final en cuanto proporcionar leche, y la mayoría desconoce los beneficios de la leche humana para la salud de los lactantes frágiles desde el punto de vista médico. Los médicos que comentan estos beneficios con las madres deben separar la decisión de proporcionar leche, del compromiso con la lactancia materna exclusiva a largo plazo. Muchas madres que no han planeado amamantar se muestran entusiastas con respecto a extraer leche durante dos o tres semanas, de modo que sus hijos puedan recibir calostro, y alcanzar alimentaciones por vía enteral completas con su leche; después pueden suspender el bombeo si lo desean. Las madres de prematuros pequeños por lo general producen una cantidad de leche varias veces mayor que el que los lactantes consumen a diario durante las primeras dos o tres semanas de

vida. Esta leche adicional puede congelarse, de modo que tres semanas de extracción de leche pueden proporcionar al lactante alimentaciones con leche exclusiva de la madre durante varias semanas a partir de entonces.

Datos del programa de servicios de lactancia materna Rush Mothers' Milk Club ilustran el efecto que los médicos pueden tener sobre la decisión de una madre de proporcionar leche para un lactante internado en cuidados especiales. En una revisión retrospectiva de expedientes médicos de 202 lactantes elegibles, con peso muy bajo al nacer (>1500 g) durante un periodo de 24 meses, de 1997 a 1998, los datos revelaron que 74,4% de las madres con bajos ingresos (elegibles para el Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children) y 70,7% de aquellas con ingresos altos, iniciaron la lactancia, según quedó de manifiesto porque los lactantes recibieron alimentaciones con la leche. Aunque la mayoría de las mujeres con ingresos altos indicó que había intentado alimentar al pecho materno en el momento del nacimiento del niño, cerca del 40% de las mujeres de bajos ingresos informo que había tomado la decisión de proporcionar leche solo luego que un neonatólogo, una enfermera, o madre dentro del servicio comentó con ellas los beneficios de la leche humana para su lactante específico.

### **Establecimiento de una cantidad adecuada de leche y conservación de la misma**

Las madres de lactantes internados en unidad de neonatología confrontan muchas barreras fisiológicas y emocionales para establecer una cantidad adecuada de leche y conservarla. Estas mujeres deben empezar en etapas tempranas, y extraer la leche con frecuencia con una bomba para las mamas a fin de estimular la secreción de prolactina y oxitocina; y, sin embargo, muchas se están recuperando de embarazos complicados y partos doloroso, y experimentan estrés abrumador en reacción al estado de sus neonatos, todo lo cual interfiere con estas hormonas de la lactancia. Los

médicos pueden utilizar intervenciones no farmacológicas y farmacológicas que estimulan de manera óptima la producción de prolactina y oxitocina.

### **Establecimiento y vigilancia de leche para madres de lactantes en la sala de cuidado especial**

Con frecuencia, las madres solo extraen gotas de leche con cada bombeo durante las primeras 24 a 48 horas después del parto, pero la mayoría produce cantidades sensibles de medición hacia las 72 horas después del parto. Durante los primeros días, cuando las mujeres solo extraen gotas de leche, deben bombear ocho veces al día durante alrededor de 10 a 15 minutos; aun así, después que la leche empieza a fluir (por lo general entre los días tres y cinco luego del parto), las madres necesitan utilizar la bomba durante dos minutos consecutivos después que se liberan las últimas gotas de leche. Este procedimiento quizá requiera 20 a 30 minutos, pero asegura que las mamas se vacíen por completo.

El vaciamiento incompleto de las mamas proporciona una leche con bajo contenido de grasa y calorías, porque no se extrae por completo la leche ulterior, y si se practica esto durante varios días, el volumen de leche disminuye

#### Extracción de leche al lado de la cuna del lactante

Puede recomendarse a las madres que bombeen al lado de la cuna del lactante, de modo que puedan ver a su hijo y tocarlo en tanto extraen la leche. Esta intervención se basa en investigación más temprana que mostró importantes aumentos de la cantidad de leche cuando las madres de pretermino incorporaron técnicas de imaginación y de relajación en los procedimientos de extracción de leche. En clínica, las madres de lactantes internados comentan que el único momento en que en realidad se relajan es cuando están con su hijo. Asimismo, el bombeo al lado de la cuna permite a las madres extraer leche con frecuencia durante visitas a la unidad, sin tener que pasar tiempo lejos de sus niños en una “sala de bombeo”. Por último,

cuando una madre bombea al lado de la cuna, la enfermera puede observar la técnica que utiliza la madre, y ofrecer sugerencias y estímulo que resultarían imposibles si la madre estuviera en otro cuarto.

### Cuidado canguro

Se muestra promisorio como un galactogogo potente para madres de lactantes en la unidad de cuidados intensivos, en especial cuando se utiliza para prevenir problemas con el volumen de leche, más que para tratarlos. Incluso los lactantes de menor tamaño, intubados, pueden colocarse en cuidado canguro con sus madres cada día durante las primeras dos semanas luego del nacimiento, cuando es tan crucial el establecimiento de una producción abundante de leche.

### Succión en la mama vaciada

Tan pronto como se ha desentubado al lactante, puede iniciarse la succión en la mama vaciada. En primer lugar, la madre vacía por completo las mamas con la bomba para estas últimas.

Después se coloca al lactante en la mama para que succione de una manera no nutritiva, similar a lo que ocurriría con un chupador comercial. Además de proporcionar un tipo diferente de estimulación de las mamas para la madre que esta acostumbrada únicamente a las sensaciones de una bomba, una serie de estudios ha documentado los efectos beneficiosos de la succión no nutritiva para lactantes a término y prematuros. En el programa Rush Mothers' Milk Club, los lactantes que pesan menos de 1000 g (a menudo con presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP] nasal) se colocan, con ambas pieles en contacto directo, sobre la superficie de las mamas de la madre para que reciban calor, y se permite que succionen de manera no nutritiva antes de sobrealimentación forzada por medio de sonda esofágica y durante la misma.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Richard J Schanler, MD. Lactancia materna en la de cunas de cuidado especial. Pag 429. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Lactancia materna, parte II. Atención de la lactancia materna, México, D. F., 2001

## **EL ROL EDUCADOR DE ENFERMERIA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

Aunque el cuidado intensivo neonatal y el desarrollo tecnológico han permitido el aumento de la sobrevivencia de los prematuros más pequeños. En una sociedad de contraste como lo es en la República Argentina, La evolución y futuro de un niño prematuro dependerá del lugar donde le tocó nacer. La sobrevivencia, sobre todo, la calidad de su vida posterior, tendrá una clara relación con la atención neonatal recibida.

La distribución del personal de Enfermería calificado muestra una concentración en las grandes ciudades; la relación enfermera – pacientes un indicador de la calidad de atención.

La actual distribución de recursos perpetúa la desigualdad en la salud infantil y fragmenta “oficialmente” el mundo de los neonatos entre los que reciben todo lo que necesitan para prevenir y curar, y los que nada o casi nada reciben, con una amplia gama de grises entre ambos extremos, lo que genera discapacidades y muertes evitables.

Las enfermeras han aprendido las habilidades técnicas y han desarrollado la experiencia necesaria para participar en forma activa del cuidado intensivo neonatal. Paulatinamente, en la evolución de la profesión, se han hecho cargo de mayores responsabilidades con expansión del propio rol y, a su vez, algunas tareas que Enfermería hacía artesanalmente fueron reemplazadas por la tecnología.

Cabe preguntarse, frente a estos avances, que lugar queda para el cuidado holístico del niño y la familia. La respuesta surge entre los sonidos de alarma, el ciclado de los reparadores, y se resume en la imagen de una mamá que apoya a su bebé sobre su pecho mientras una enfermera se inclina sobre ambos para ayudarlos.

Sin una atención centrada en la familia, humanizada, respetuosa, que facilite los recursos propios de los padres frente al nacimiento anticipado del hijo, no es posible hacer un lugar para la lactancia. Una madre puede brindar

la leche para su hijo enfermo cuando lo hace suyo. Aquí está el desafío posible, donde la lactancia no es un objetivo en sí, sino un puente para favorecer este vínculo único.

Cuando ingresa un recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, junto con él, se recibe a sus padres en estado de máxima desorganización interna, expuestos al impacto emocional de la internación de su hijo que acaba de nacer. Se ven enfrentados a una realidad diferente de la que imaginaron y se encuentran en un mundo lleno de tecnicismos, preocupaciones, gente apurada y, sobre todo, un bebé pequeñito, frágil, lleno de cables y sondas que, según les explican, lo ayudan a vivir.

Entre ellos y el bebé...la incubadora que lo contiene, un acrílica que separa, que pone los límites. Comienza entonces el camino para reconocerse en el hijo y hacerlo suyo. Del éxito de este proceso dependerá la supervivencia afectiva de este niño y su pertenencia a una familia.

El equipo de la Unidad enfrenta el desafío de tener que manejar sus propias emociones en un ambiente de constante estrés y, al mismo tiempo, acompañar a la familia facilitando el despliegue de los recursos de cada uno frente a la internación del bebé. El apego madre – hijo se ve obstaculizado por la necesaria separación que la internación impone.

Dentro de este contexto, la lactancia no es un objetivo nutricional en sí mismo, sino que puede ser un herramienta para el Equipo, si se sabe tomarla para favorecer el proceso de relación en esa día. No hay lactancia posible sin una madre que haga suyo al hijo.

Nos parece importante citar a Raquel Nacimiento Tamez quien habla de Intervenciones de enfermería para promover el amamantamiento o la extracción de leche materna.

Intervenciones	Fundamentación
Equipo de salud preparado y entrenado en el proceso de amantamiento y/o de extracción de leche materna mediante conferencias y programas de	Cada profesional involucrado en la orientación y el apoyo de la madre que decide amamantar y/o extraer la leche artificialmente debe estar

entrenamiento, que deben incluir: principios básicos de anatomía y fisiología de la lactación, beneficios de la leche materna y del amantamiento, extracción artificial y almacenamiento de la leche materna, técnicas para el almacenamiento y problemas mas comunes durante este proceso.	informado para poder ofrecer orientación cuando sea necesario.
Establecer rutinas y procedimientos que apoyen y promuevan la lactancia materna	Es fundamental que exista consistencia en las informaciones provistas en todos los niveles profesionales que tengan contacto directo con el binomio madre – hijo en UCI neonatal.
Orientar a las madres que no tengan condiciones para amantar al recién nacido para que inicien la extracción de leche artificialmente	El comienzo de la estimulación de la lactancia en las primeras horas o durante la primera semana del posparto estimula la secreción de prolactina, que es fundamental en el establecimiento del suplemento de leche materna.
Comenzar con el uso de la leche materna por vía de sonda gástrica ni bien el recién nacido se encuentre estabilizado.	El uso de leche materna, incluso a través de la sonda gástrica, estimula el esfuerzo materna para proveer la leche para su bebe y también le da la sensación de que esta colaborando para su restablecimiento.
Cuando el estado y la madurez del recién nacido lo permitan, ofrecer la oportunidad para el amantamiento.	Las posibilidades para el éxito del proceso de amantamiento aumentan proporcionalmente en relación con el periodo en que este se inicia; cuanto mas temprano, mayores posibilidades de éxito <sup>18</sup> .

<sup>18</sup> Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 121. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003

## **Consideraciones sobre el equipo de salud – enfermería**

En el ambiente de la UCIN se torna claramente necesario el trabajo multidisciplinario.

Para poder tomar la lactancia como una parte de estas acciones preventivas vinculares, es necesario partir del convencimiento de que la leche humana es el mejor alimento para los bebés. Numerosos argumentos científicos lo avalan, pero el Equipo debe entenderlo para trabajar a su favor. Debe considerarse que se trabaja para la lactancia desde el mismo momento en que se recibe al bebé en la Unidad. Mediante un posicionamiento correcto en la incubadora, promoviendo su tono flexor, ayudándolo a llevar sus manos a la línea media, calmándolo con la succión no nutritiva, en síntesis, brindando cuidados individualizados que lo ayuden a organizarse y favorezcan su neurodesarrollo. En esta etapa se previenen o se instalan futuros problemas en la succión-deglución.

La enfermera representa la verdadera figura identificable, sustitutiva de los cuidados maternos que la madre deberá aprender. Los padres piensan que la enfermera es la más cercana al bebé, lo toca y sabe cómo ayudarlo. Son vistas como las “verdaderas nutridoras”. A medida que pasan los días, los padres creen que las enfermeras hablan su mismo idioma y pueden dar informaciones más comprensibles y confidenciales que los médicos. Pueden tutearse en el trato cotidiano y, con el tiempo, crean una corriente de dependencia; “con ellas es mejor estar bien...”. Las madres que permanecen más tiempo en la Unidad conocen las costumbres de cada turno. Las enfermeras actúan como dueñas de casa, definen cuándo se puede entrar o cuándo se puede salir del sector. Para los padres se dificulta expresar críticas respecto de alguien que tiene a cargo el cuidado del propio hijo, vivido en algún sentido, como expropiación. Se establece así una relación de afecto-temor.

## **Parar para pensar**

En el devenir de la urgencia de la UCIN pareciera que las cosas son así y nadie tiene tiempo de reflexionar sobre la forma de trabajo ni la practica profesional. Solo se puede hacer, y hacer mucho, en el menor tiempo posible porque puede ingresar otro paciente en cualquier momento. El que para, pierde el ritmo, el tiempo. Las normas constituyen un refugio seguro para muchas enfermeras. Sin embargo, a veces no pueden satisfacer las necesidades de la familia. Se dice que se elaboran planes individualizados de cuidados para los bebes, sin embargo, las familias deben cumplir una serie uniforme de reglas.

Es necesario recuperar la oportunidad de elaborar vivencias y emociones: para interactuar positivamente con los colegas y para comprender las necesidades de cada familia. Este lugar de crecimiento puede darse en los pases de sala, en la toma conjunta de decisiones sobre los pacientes. Cada servicio podrá crear los espacios de reflexión sobre el trabajo diario acordes a su modalidad.

Cuando los profesionales de una Unidad deciden trabajar incluyendo a los padres, convendrá tener en cuenta los siguientes puntos:

Hacerlos sentir bienvenidos y participarlos de los cuidados de su bebe.

Favorecer el contacto piel a piel.

Ofrecer residencia para madres.

Proveer lactario adecuado y política de apoyo a la Lactancia Materna

Permitir el ingreso de abuelos y parientes cercanos cuando la internacion es prolongada

Según la Lic. Maria Cristina Malerba se puede describir las etapas de los padres y la lactancia

PRIMERA ETAPA: IMPACTO DEL NACIMIENTO-INGRESO A LA UCIN			
Bebe	Padres	Enfermería	Lactancia
Estado crítico. Intervenciones invasivas: ARM- catéteres- medicación EV. Ayuno Monitorización	Shock inicial Confusión – frustración. Sufrimiento visceral	Contención emocional Sostén de la esperanza. Información precisa.	Ofrecer a la madre información sobre la importancia de comenzar a estimularse desde el primer día. Invitarla a visitar a su bebe. Brindar ayuda técnica: facilitar bomba de extracción mecánica o manual. Comenzar en forma progresiva hasta 7-8 extracciones diarias. Entregar instructivo o material escrito.

SEGUNDA ETAPA: NEGACION DE LA REALIDAD			
Bebe	Padres	Enfermería	Lactancia
Estado crítico o estable. Continúa con tratamientos invasivos. Sonda orogastrica. Puede comenzar con nutrición	“No puede ser que esto me este pasando a mi” Dificultad para comprender la información.	Disponibilidad informativa. Paciencia para repetir información mil veces. Respeto de sus tiempos. Estimulación del vínculo.	Reiterar información y apoyo a la madre para que progrese y mantenga la extracción de calostro. Sostén para la etapa de la

enteral mínima.			<p>bajada de leche. Suele coincidir con alta materna: regreso a la casa sin el bebe.</p> <p>Asesoramiento para mantener la extracción de leche en el hogar-,su transporte y almacenamiento</p>
-----------------	--	--	--

TERCERA ETAPA: ENOJO E IMPOTENCIA			
Bebe	Padres	Enfermería	Lactancia
Estado crítico o estable, aun encuitados intensivos.	Enojo e impotencia:”Esto es injusto”. Pueden aparecer conflictos con el Equipo, agresividad, critica:”La enfermera de la mañana es mala”	Momento de estrés del Equipo. Cuidado de la relación con los padres. Ayuda y escucha para disipar angustias y temores.	<p>Promover la mayor permanencia posible de la madre junto al bebe.</p> <p>Favorecer el ingreso de la familia a la Unidad (padres, hermanos, abuelos)</p> <p>Brindar espacios cómodos (sala de estar, residència para madres, comidas..)</p> <p>Extracción de leche en el Lactario.</p> <p>Facilitar la interrelación con las otras madres que se extraen leche(intercambio de experiencias, solidaridad, Identificación.)</p>

CUARTA ETAPA: TRISTEZA, INTERACCION CON EL HIJO REAL			
Bebe	Padres	Enfermería	Lactancia
<p>Estado estable, descomplejización. Mayor requerimiento de leche de la madre. Pide estar en brazos más tiempo.</p>	<p>Depresión. Culpa, Dolor. Cansancio físico. “Esto nos esta pasando a nosotros”</p>	<p>Estimulación de la autoestima y la capacidad maternal. Sostén de la madre como referente más cercano del Equipo.</p>	<p>Comienza a aumentar la producción de leche si la mama persiste en extracciones frecuentes. Etapa de mayor acercamiento al hijo: comienza a comprender las necesidades del bebe Reconocer la lactancia como evento que une nutrición, abrazo, contacto físico, y amor</p>

QUINTA ETAPA: REEQUILIBRIO			
Bebe	Padres	Enfermería	Lactancia
<p>En cuna, “en engorde”  Pasaje de la sonda a la succión.  Mayor interacción con los padres</p>	<p>Mayor estabilidad  Apego al bebe:”Me cuesta dejarlo”  Desplazamiento de las preocupaciones: aumento de peso, probable alta, relación con los otros hijos.  Preparación para el regreso al hogar con el bebe.</p>	<p>Estimulación del vínculo a través de la lactancia.  Respeto por el estilo personal de crianza de cada familia.  Facilitación del camino hacia el alta.</p>	<p>Ansiedad materna por el progreso de peso.  Frente al alta, la madre puede tener disminución de la producción de leche, se siente temerosa y angustiada:  ¿Seré capaz de cuidarlo en casa?  Celos o competencia con las enfermeras:  “Saben cuidar al bebe mas que yo”  Ayuda técnica para resolver problemas de succión.  Búsqueda de la mejor lactancia posible para esta día<sup>19</sup>.</p>

<sup>19</sup> Lic. Maria Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 12. Revista Enfermería Neonatal.2001

**PARTE II**  
**DISEÑO METODOLOGICO**

### Tipo de Estudio.

El presente trabajo se encuadra en un tipo de diseño cuantitativo observacional y descriptivo.

### Universo y Muestra

El servicio de neonatología se encuentra ubicado en el primer piso, del Hospital Teodoro J. Schestakow

Para nuestro estudio se tomaron 22 neonatos (19 prematuros, 2 pequeños para la edad gestacional y 1 asfixiado grave) y 20 madres.

### Instrumento para la recolección de datos

Los datos se obtuvieron mediante fichas realizadas con el asesoramiento de la doctora Susana Acosta Jefa del servicio de Pediatría. El instrumento fue llenado con la colaboración de las madres, a quienes se les informo y firmaron el consentimiento; datos extraídos de las historias clínicas de los neonatos y datos extraídos de las hojas de enfermería.

### Aplicación del instrumento

La aplicación del instrumento se realizo del mes de enero a mayo del presente año. Durante el transcurso de la internación del neonato se realizo su seguimiento y luego treinta días más a partir del alta hospitalaria a través del consultorio externo de neonatología y por vía telefónica.

La aplicación del mismo estuvo a cargo de las investigadoras con colaboración de las enfermeras - compañeras del servicio de neonatología.

### Procesamiento de los datos

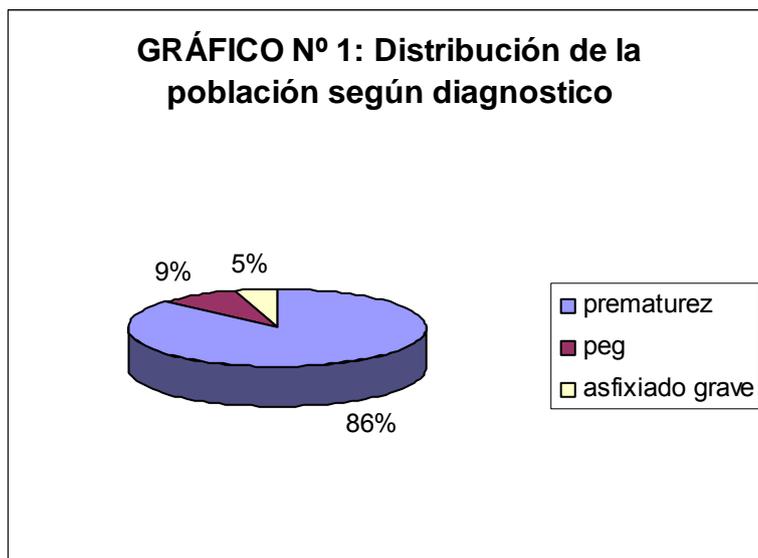
El procesamiento de los datos se realizo durante el mes de junio. El mismo estuvo a cargo de las investigadoras. Los resultados cuantitativos se expresan mediante estadística descriptiva.

**PARTE III**  
**RESULTADOS Y PROPUESTAS**

**TABLA N° 1:** Distribución de la población estudiada según diagnostico.

Población estudiada	F	fr%
Prematurez	19	86%
Peg	2	9%
asfixiado grave	1	5%
total de neonatos	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



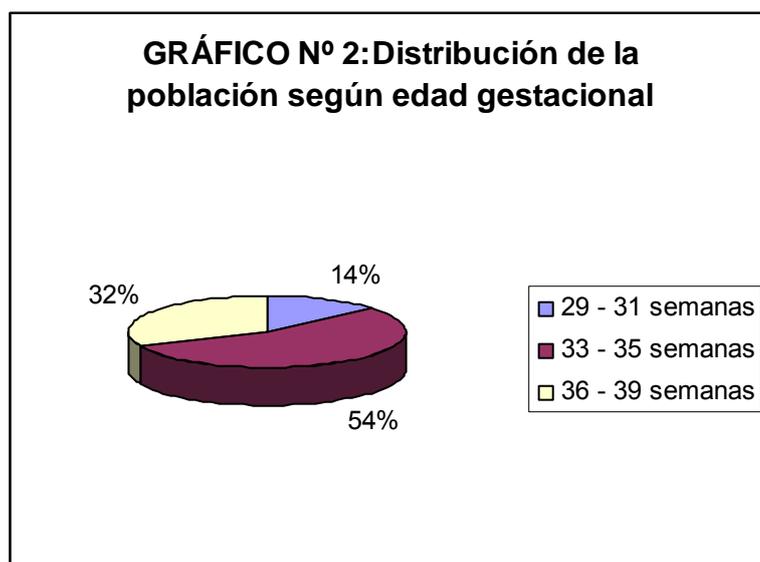
N=22

Comentario: La tabla n° 1 nos indica que dentro de la población estudiada, los prematuros son los que prevalecen con los 86%, seguidos de los pequeños para la edad gestacional con un 9% y por ultimo los asfixiados graves con un 5%.

**TABLA N° 2:** Distribución de la población según la edad gestacional.

Edad gestacional de la población estudiada	F	fr%
29 - 31 semanas	3	14%
33 - 35 semanas	12	54%
36 - 39 semanas	7	32%
total de neonatos	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



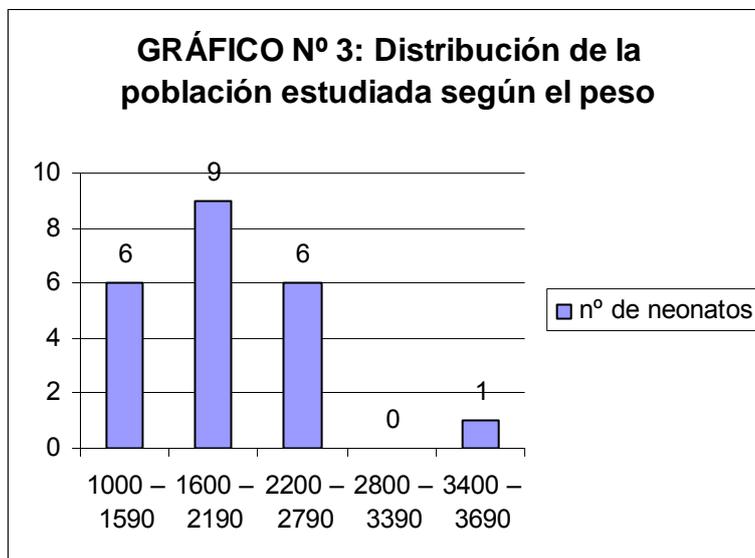
N=22

Comentario: Según la tabla n° 2, los neonatos de 33 a 35 semanas de gestación son los que mayor porcentaje tiene con el 54%, lo siguen los de 36 a 39 semanas con el 32% y por último los de 29 a 31 semanas con el 14% del total de la población.

**TABLA N° 3:** Distribución de la población estudiada según el peso.

Intervalo de frecuencia( peso)	F	fr %
1000 – 1590	6	27%
1600 – 2190	9	41%
2200 – 2790	6	27%
2800 – 3390	0	0%
3400 – 3690	1	5%
total de neonatos	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



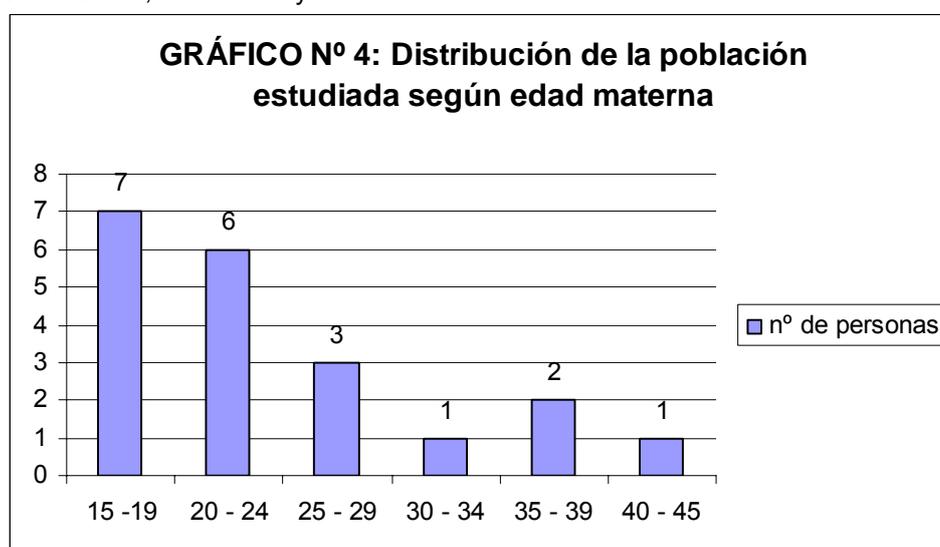
N=22

Comentario: Según la tabla n° 3 de la población estudiada el mayor porcentaje del peso al nacer fue de 41% son los que pesaron de 1600 a 2190 kg. El menor porcentaje fue los que pesaron de 3400 a 3690 kg.

**TABLA N° 4:** Distribución de la población estudiada según edad materna

Intervalo de frecuencia (edad)	F	fr %
15 -19	7	35%
20 – 24	6	30%
25 – 29	3	15%
30 – 34	1	5%
35 – 39	2	10%
40 – 45	1	5%
Total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



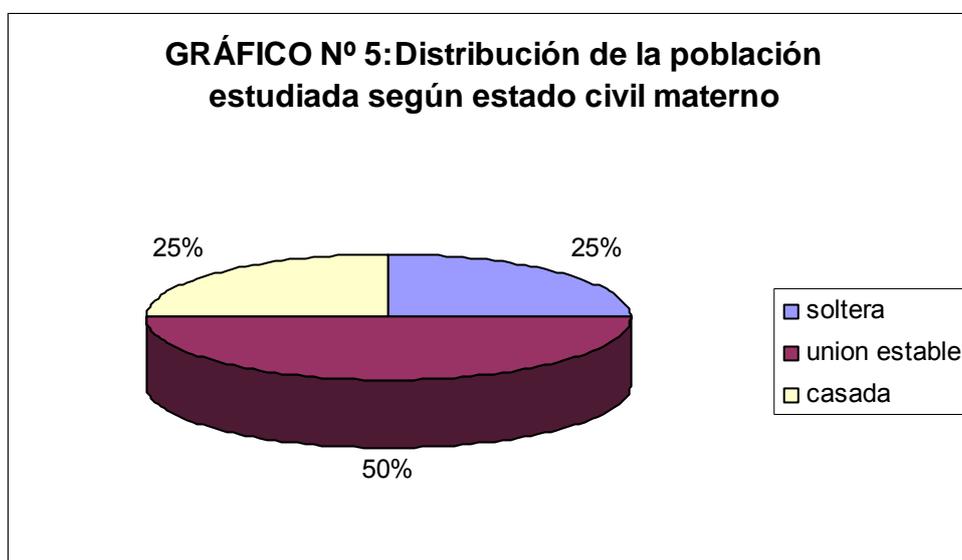
N=20

Comentario: Según la tabla n° 4 la edad de las madres de la población estudiada que mayor porcentaje representan son las que tienen entre 15 a 19 años, con un porcentaje del 35%, estos números nos indican que estamos ante madres adolescentes; de este grupo de madres el 71% lograron la lactancia exclusiva Y las madres cuya edad representa el menor porcentaje son las que tiene entre 30 a 34 años y 40 a 45 años estos últimos números indican que estamos ante madres añosas. Las edades de las madres de la población estudiada son diversas.

**TABLA Nº 5:** Distribución de la población estudiada según estado civil materno

Estado civil	F	fr%
soltera	5	25%
unión estable	10	50%
casada	5	25%
total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



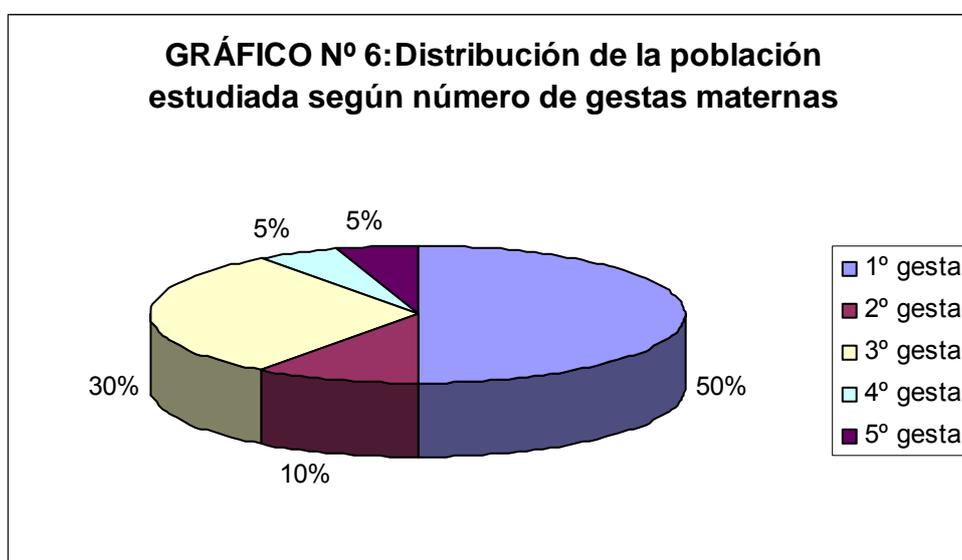
N=20

Comentario: Según la tabla nº 5 el 50% de las madres de la población estudiada se encuentran en unión estable, el 25% son casadas y el otro 25 % son solteras; de este grupo de madres el 60% lograron la lactancia exclusiva.

**TABLA N° 6:** Distribución de la población estudiada según número de gestas maternas

N° de gestas	F	fr%
1° gesta	10	50%
2° gesta	2	10%
3° gesta	6	30%
4° gesta	1	5%
5° gesta	1	5%
total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



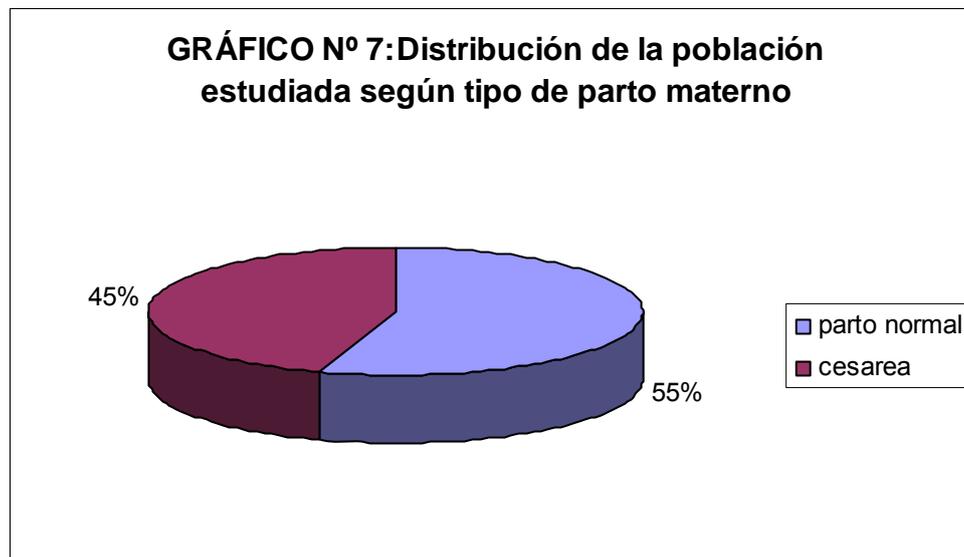
N=20

Comentario: Según la tabla n° 6 el mayor porcentaje de madres según número de gestas son primigestas con el 50%; de este grupo de madres lograron la lactancia el 50%. Estos números nos indican que la mayoría de las madres no habían tenido experiencia en la lactancia materna.

**TABLA Nº 7:** Distribución de la población estudiada según tipo de parto materno

Tipo de parto	F	fr%
parto normal	11	55%
cesárea	9	45%
total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



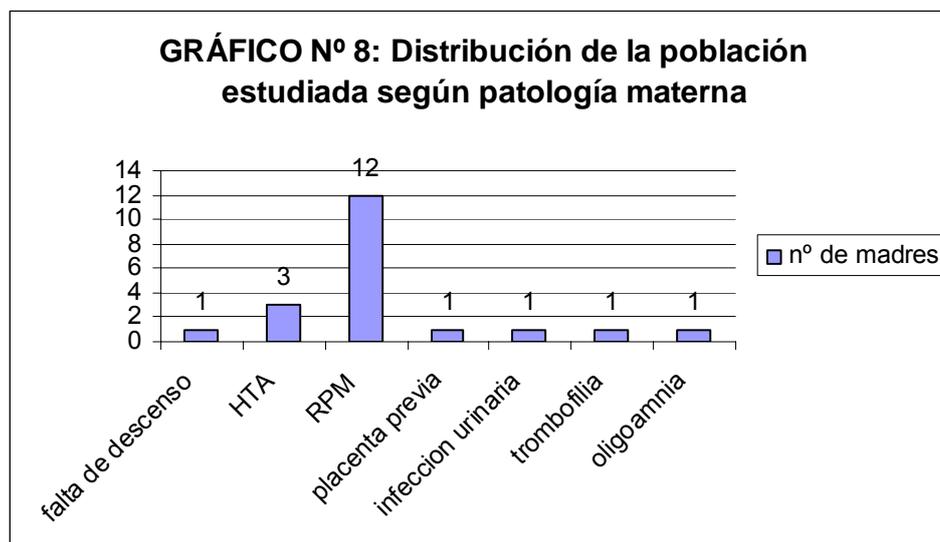
N=20

Comentario: Según la tabla nº 7 nos indica que el 55% nacieron por parto normal y el 45% por cesaria; de este grupo de madres solo el 33% lograron la lactancia exclusiva, por haber pasado por el quirófano, el binomio se separa, la madre necesita recuperarse para conocer a su bebe que se encuentra internado en el servicio de neonatología.

**TABLA N° 8:** Distribución de la población estudiada según patología materna

Patología	F	fr%
falta de descenso	1	5%
HTA	3	15%
RPM	12	60%
placenta previa	1	5%
infección urinaria	1	5%
Trombofilia	1	5%
Oligoamnia	1	5%
Total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



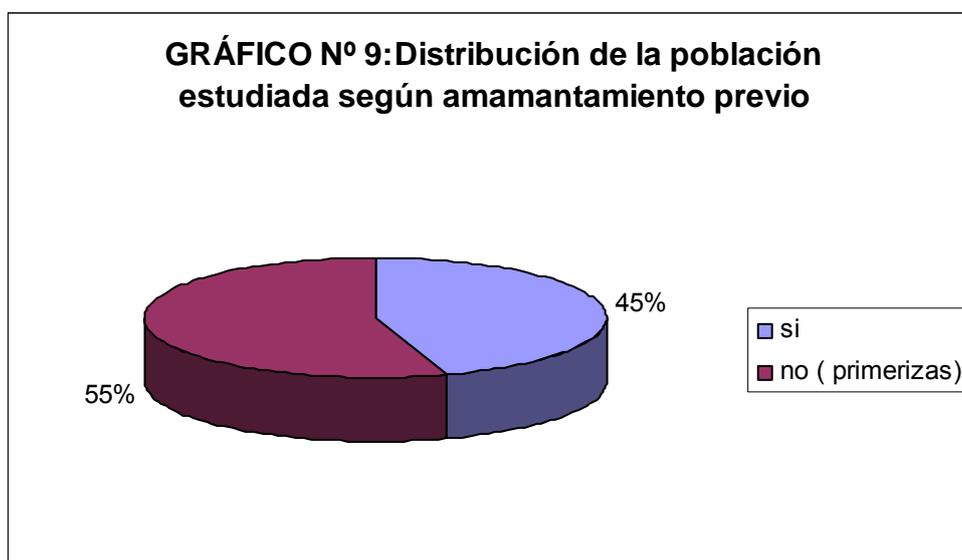
N=20

Comentario: Según la tabla n° 8 nos indica que el predominio de la patología materna fue la ruptura prematura de membrana con el 60%. Esta patología desencadena el trabajo de parto antes de tiempo, en nuestra población, del cual nacieron neonatos prematuros. La segunda patología predominante es la hipertensión arterial con el 15 % de la población total.

**TABLA N° 9:** Distribución de la población estudiada según amamantamiento previo

Amamantaron	F	fr%
Si	9	45%
no (primerizas)	11	55%
Total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



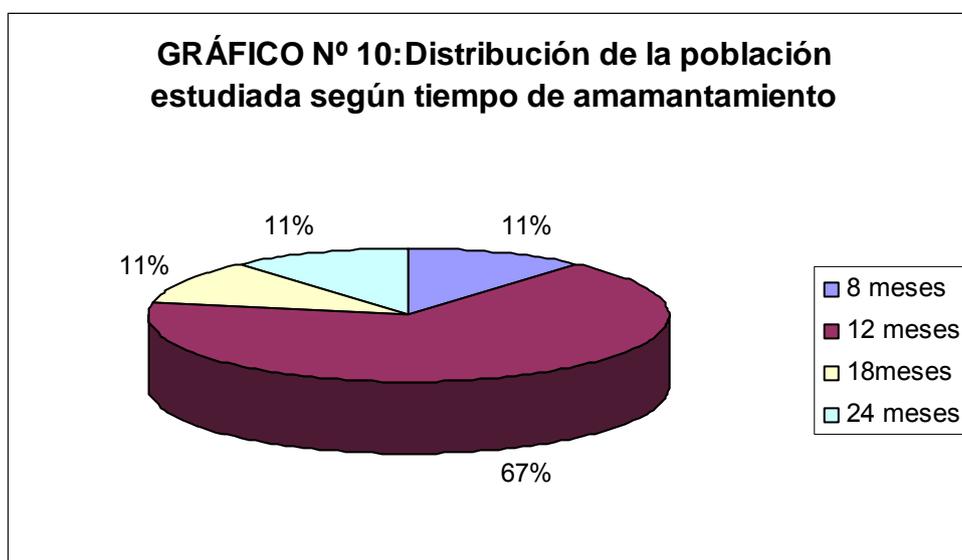
N=20

Comentario: La tabla n° 9 nos indica que el mayor porcentaje es del 55% cuyas madres no amamantaron previamente por ser madres primigestas.

**TABLA N° 10:** Distribución de la población estudiada según tiempo de amamantamiento

Tiempo de amamantamiento	F	fr%
8 meses	1	11%
12 meses	6	67%
18 meses	1	11%
24 meses	1	11%
Total	9	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



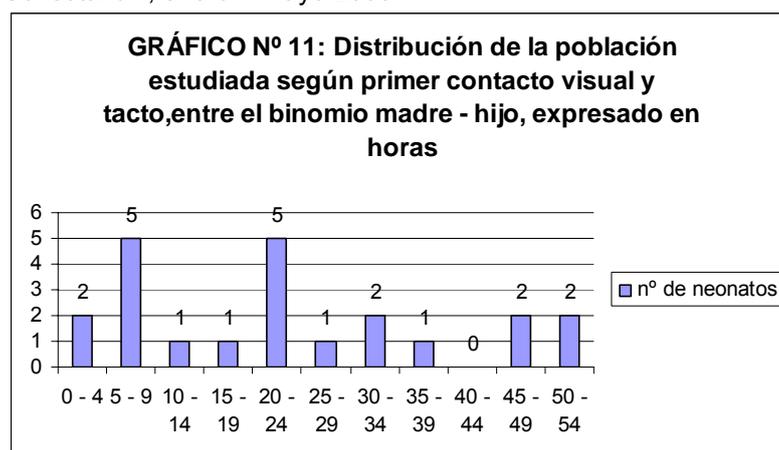
N=9

Comentario: La tabla n° 10 nos indica que en el grupo de las madres que amamantaron previamente, el mayor tiempo de amamantamiento fue de 12 meses con el 67%. Cumpliendo con los 6 meses de amamantamiento mínimo que establece la lactancia materna.

**TABLA N° 11:** Distribución de la población estudiada según primer contacto visual y tacto, entre el binomio Madre – Hijo, expresado en horas.

Intervalo de frecuencia (horas)	F	fr%
0 – 4	2	9%
5 – 9	5	23%
10 – 14	1	4,5%
15 – 19	1	4,5%
20 – 24	5	23%
25 – 29	1	4,5%
30 – 34	2	9%
35 – 39	1	4,5%
40 – 44	0	0%
45 – 49	2	9%
50 – 54	2	9%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



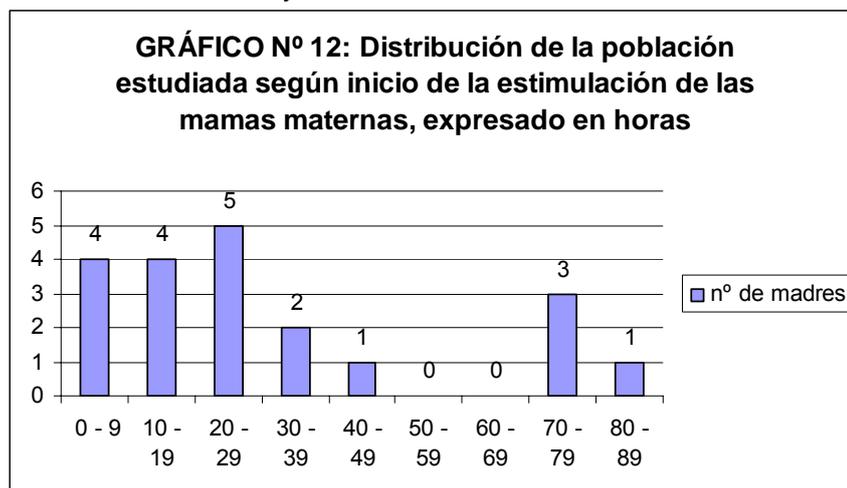
N=22

Comentario: La tabla N° 11 Nos indica que el primer contacto visual y táctil, entre el binomio madre- hijo en su mayor porcentaje fue del 23%, que representa el intervalo de 5 – 9 hs, también el intervalo de 20 – 24 hs obtuvo el 23% el cual nos refleja el tiempo mínimo en conectarse dicho binomio; o sea que la mayoría de los neonatos se contactaron con sus madres dentro de las 24 hs. Los neonatos que tardaron en contactarse con su madre se encuentran en el intervalo de 50 – 54 hs y representan el 9%; la madre que se encuentra en este intervalo, inicio el contacto tardío porque su parto realizo en otro departamento y los bebes fueron derivados a nuestro establecimiento, no lograron la lactancia exclusiva, su alimentación es mixta.

**TABLA Nº 12:** Distribución de la población estudiada según inicio de la estimulación de las mamas maternas, expresado en horas

Intervalo de frecuencia ( horas)	F	fr%
0 – 9	4	20%
10 – 19	4	20%
20 – 29	5	25%
30 – 39	2	10%
40 – 49	1	5%
50 – 59	0	0%
60 – 69	0	0%
70 – 79	3	15%
80 – 89	1	5%
Total	20	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Shestakow, enero – mayo 2009



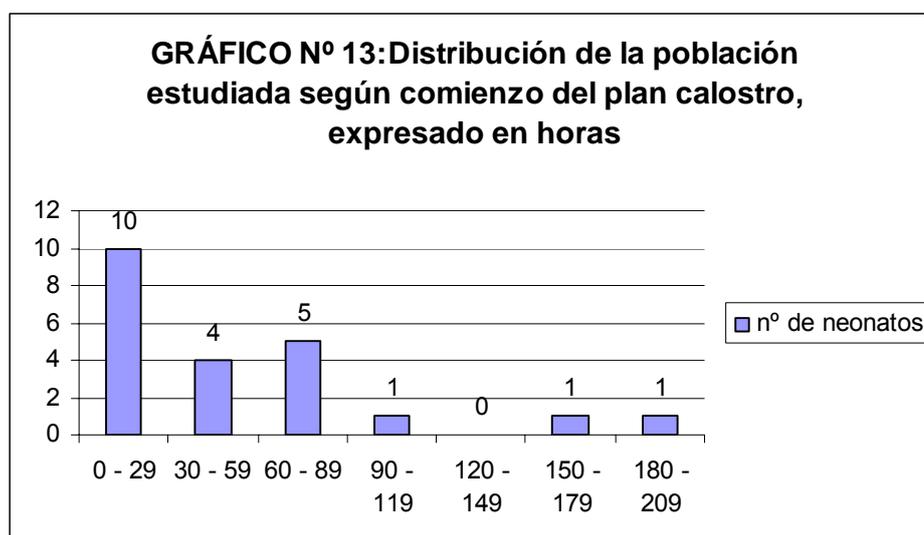
N=20

Comentario: La tabla nº 12 establece el inicio en que las madres comienzan con la estimulación de las mamas para la extracción de leche materna con un tiempo de 20 a 29 horas con un porcentaje del 25% este representa el mayor porcentaje, el intervalo de 80 – 89 hs es el que mas distanciado esta, con el momento del nacimiento de su bebe, representa el 5%, uno de los menores porcentaje; la madre que se encuentra en este intervalo, inicio la estimulación tardía porque su parto se realizo en otro departamento y los bebes fueron derivados a nuestro establecimiento , los primeros días presento un rechazo para conocer a sus bebes, esta madre no logro la lactancia exclusiva.

**TABLA N° 13:** Distribución de la población estudiada según comienzo del plan calostro, expresado en horas

Intervalo de frecuencia ( horas)	F	fr%
0 – 29	10	44%
30 – 59	4	18%
60 – 89	5	23%
90 – 119	1	5%
120 – 149	0	0%
150 – 179	1	5%
180 – 209	1	5%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



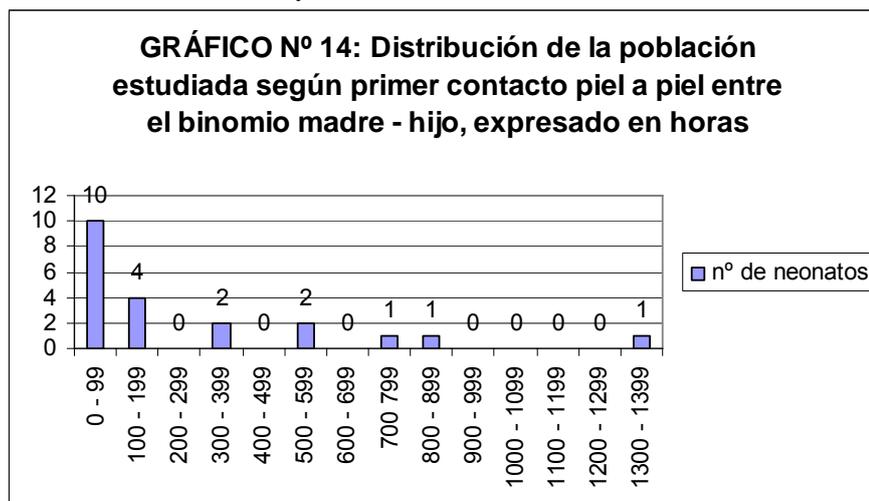
N=22

Comentario: La tabla n° 13 refleja que el máximo porcentaje es el 44% de neonatos que comenzaron con plan calostro a pocas horas de su nacimiento, representa el intervalo de 0 – 29 hs. El intervalo que está más alejado al momento del nacimiento es el de 180 – 209hs que representa el 5% que también representa uno de los menores porcentajes, el neonato que se encuentra en este intervalo es el único que se encuentra en la población de asfixiado grave; no logró su alimentación con pecho exclusivo.

**TABLA N° 14:** Distribución de la población estudiada según primer contacto piel a piel entre el binomio Madre – Hijo, expresado en horas.

Intervalo de frecuencia(horas)	F	fr %
0 – 99	10	47%
100 – 199	4	18%
200 – 299	0	0%
300 – 399	2	10%
400 – 499	0	0%
500 – 599	2	10%
600 – 699	0	0%
700 799	1	5%
800 – 899	1	5%
900 – 999	0	0%
1000 – 1099	0	0%
1100 – 1199	0	0%
1200 – 1299	0	0%
1300 – 1399	1	5%
Total	21	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



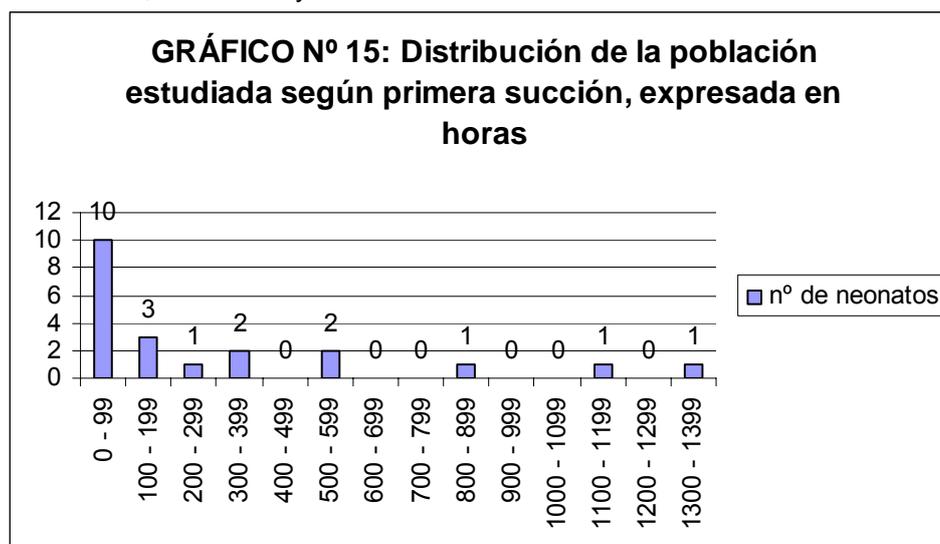
N=21

Comentario: La tabla n° 14 nos indica que el contacto piel a piel en forma temprana fue del 47% el cual representa el intervalo de 0 – 99 hs, favoreciendo el vínculo entre dicho binomio madre-hijo. Uno de los menores porcentajes lo obtuvo el intervalo de 1300 – 1399 hs con el 5%, que también es el más alejado del momento del nacimiento; el neonato prematuro que se encuentra en este intervalo, por su patología respiratoria no se lo sacaba de la incubadora, pero logró la lactancia exclusiva.

**TABLA N° 15:** Distribución de la población estudiada según primera succión, expresada en horas

Intervalo de frecuencia (horas)	F	fr%
0 – 99	10	47%
100 – 199	3	13%
200 – 299	1	5%
300 – 399	2	10%
400 – 499	0	0%
500 – 599	2	10%
600 – 699	0	0%
700 – 799	0	0%
800 – 899	1	5%
900 – 999	0	0%
1000 – 1099	0	0%
1100 – 1199	1	5%
1200 – 1299	0	0%
1300 – 1399	1	5%
Total	21	

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



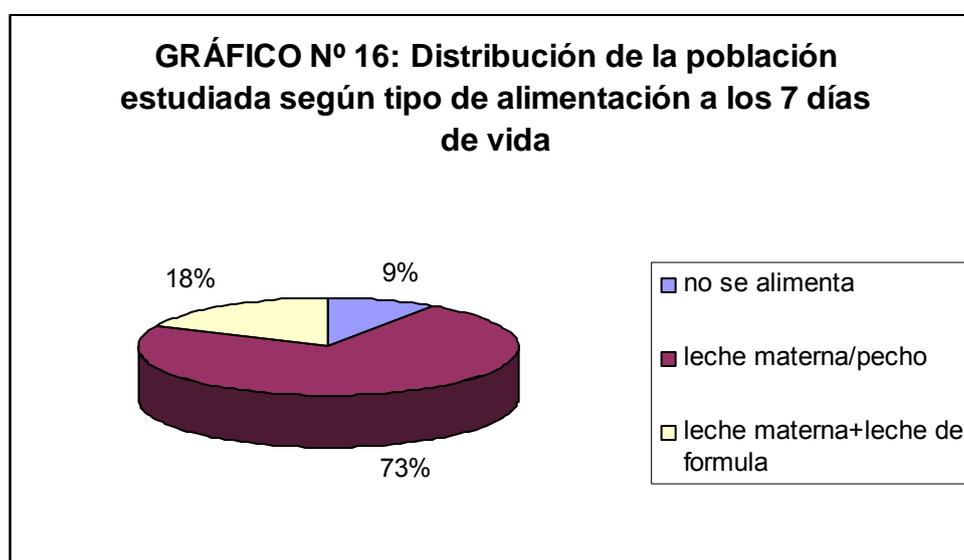
N=21

Comentario: La tabla n° 15 nos muestra el 47%, que representa el intervalo de 0 – 99 hs, como máximo porcentaje de neonatos que realizaron su primera succión en relación a horas de su nacimiento. Uno de los menores porcentajes lo obtuvo el intervalo de 1300 – 1399 hs con el 5%, que también el mas alejado del momento del nacimiento; es el mismo neonato prematuro que por su patología respiratoria no salía de la incubadora. Esto nos indica una semejanza de resultados con el primer contacto piel a piel entre el binomio, donde según los números se ha logrado la succión en ese momento.

**TABLA N° 16:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 7 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
No se alimenta	2	9%
leche materna/pecho	16	73%
leche materna+leche de formula	4	18%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



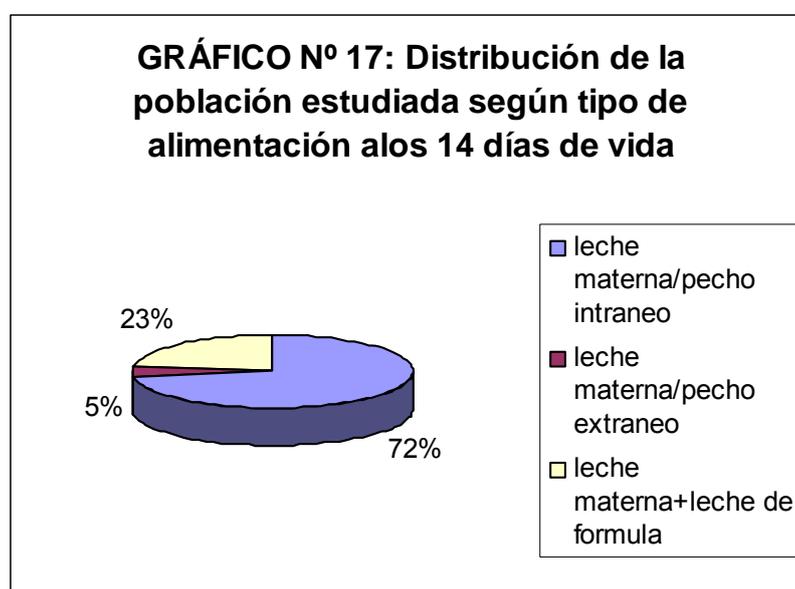
N=22

Comentario: La tabla n° 16 nos indica que según el tipo de alimentación a los 7 días de vida, el máximo porcentaje es la leche materna /pecho con el 73%.

**TABLA N° 17:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 14 días de vida

Tipo de alimentación	F	Fr%
Leche materna/pecho intranet	16	73%
leche materna/pecho extraneo	1	4%
leche materna+leche de formula	5	23%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



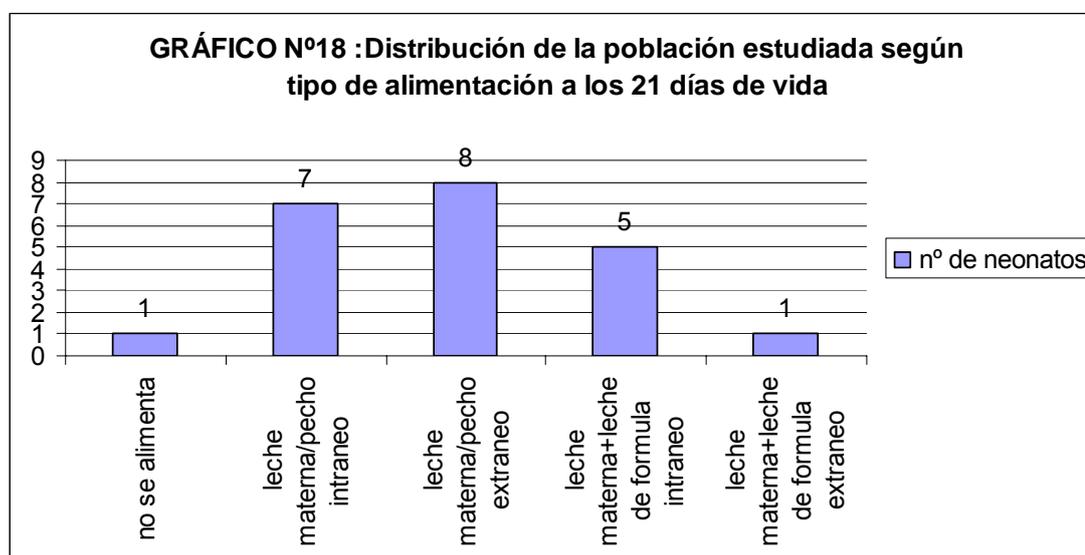
N=22

Comentario: La tabla n° 17 nos indica que según el tipo de alimentación a los 14 días de vida con el 77% de neonatos, son alimentados con leche materna /pecho, este aumenta respecto a los primeros 7 días. El 23% se alimenta con leche materna mas complemento.

**TABLA N° 18:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 21 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho intraneo	7	32%
leche materna/pecho extraneo	8	35%
leche materna+leche de formula intraneo	5	23%
leche materna+leche de formula extraneo	1	5%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



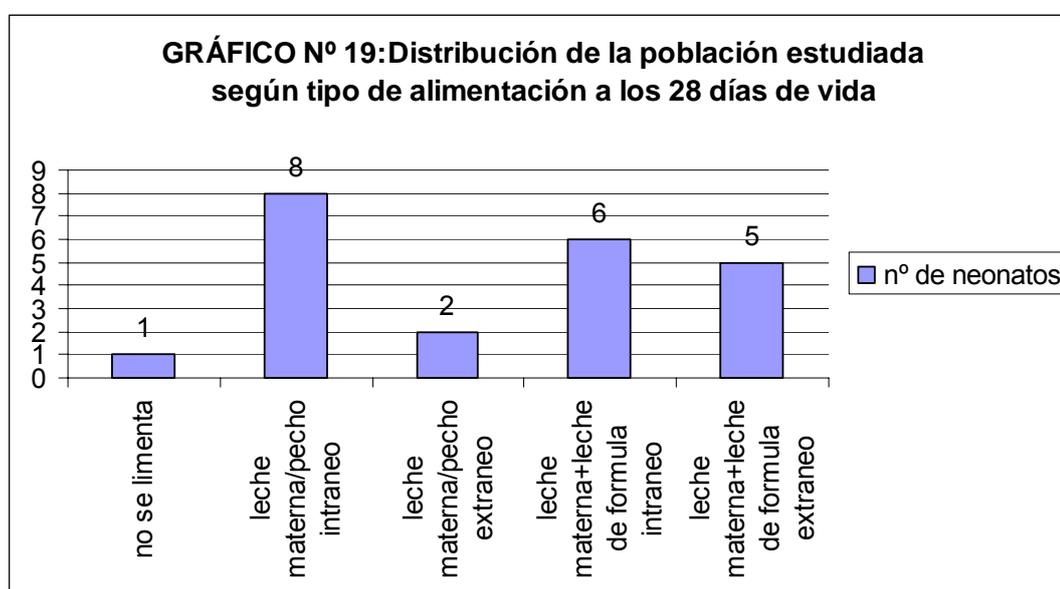
N=22

Comentario: La tabla n° 18 nos indica que el máximo porcentaje se alimento con leche materna/ pecho leche con el 67% y el 28% representa, que se alimento con leche materna + leche de formula a los 21dias de vida. Predomina la lactancia exclusiva.

**TABLA N° 19:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 28 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho intraneo	8	36%
leche materna/pecho extraneo	2	9%
leche materna+leche de formula intraneo	6	27%
leche materna+leche de formula extraneo	5	23%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



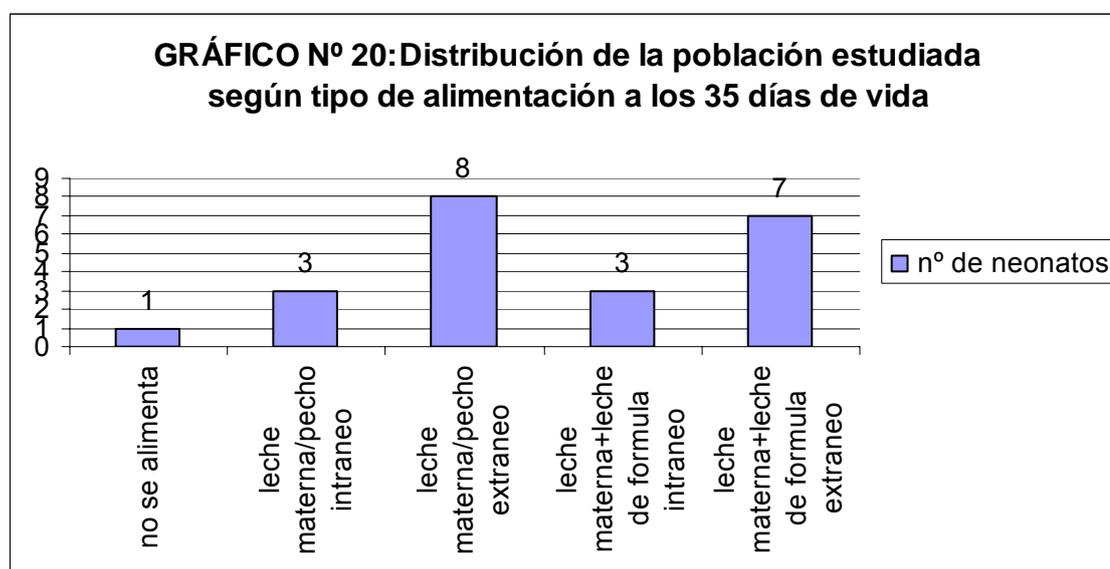
N=22

Comentario: La tabla n° 19 nos indica el predominio de leche materna + leche de formula con el 50%, con una mínima diferencia respecto a leche materna/ pecho que representa el 45%.

**TABLA N° 20:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 35 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho intraneo	3	14%
leche materna/pecho extraneo	8	36%
leche materna+leche de formula intraneo	3	14%
leche materna+leche de formula extraneo	7	32%
Total	22	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=22

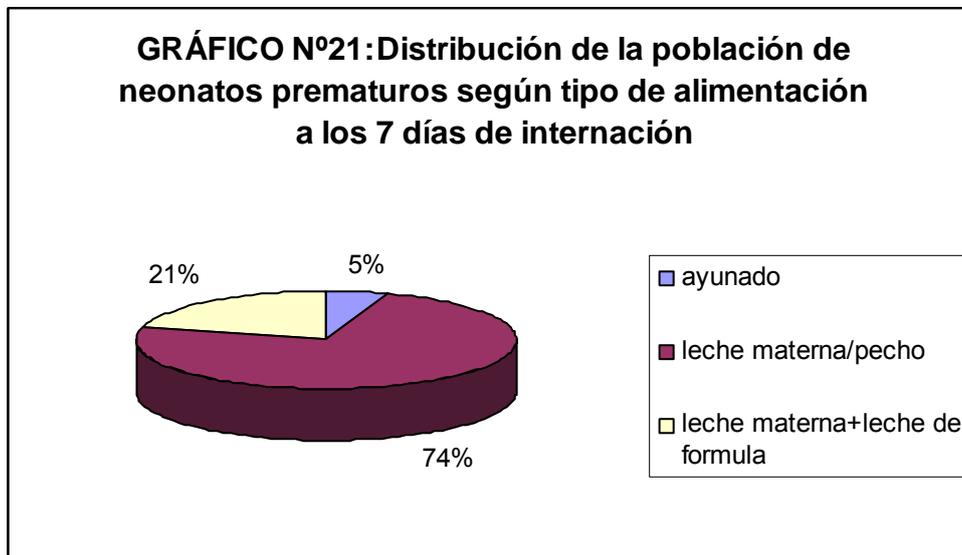
Comentario: La tabla n° 20 nos indica el predominio de leche materna/pecho con el 50%, con una mínima diferencia respecto a leche materna+leche de formula que representa el 46%.

## PREMATUROS

**TABLA Nº 21:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 7 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
Ayunado	1	5%
leche materna/pecho	14	74%
leche materna+leche de formula	4	21%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



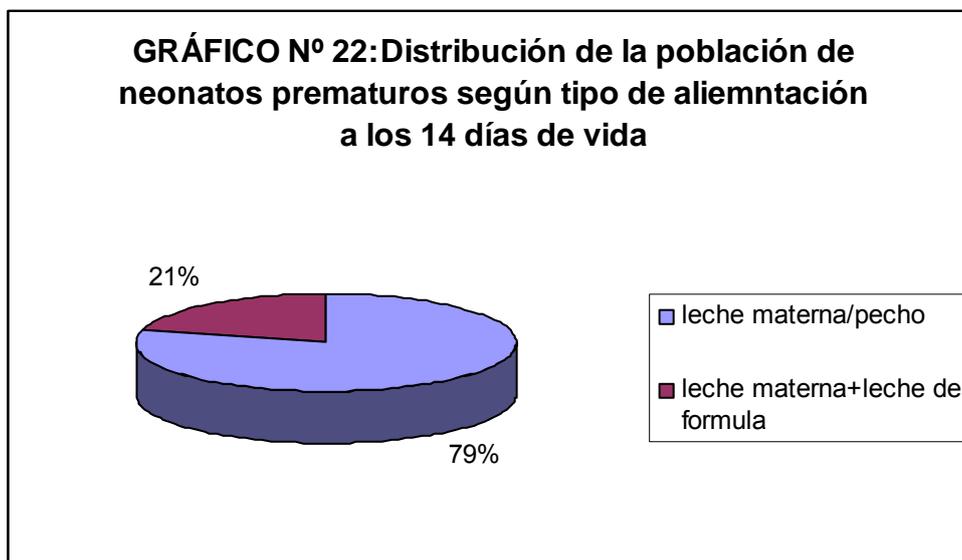
N=19

Comentario: La tabla nº 21 nos indica que la mayoría de los prematuros logro la alimentación con leche materna/pecho con el 74% del total de la población.

**TABLA N° 22:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 14 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	15	79%
leche materna+leche de formula	4	21%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



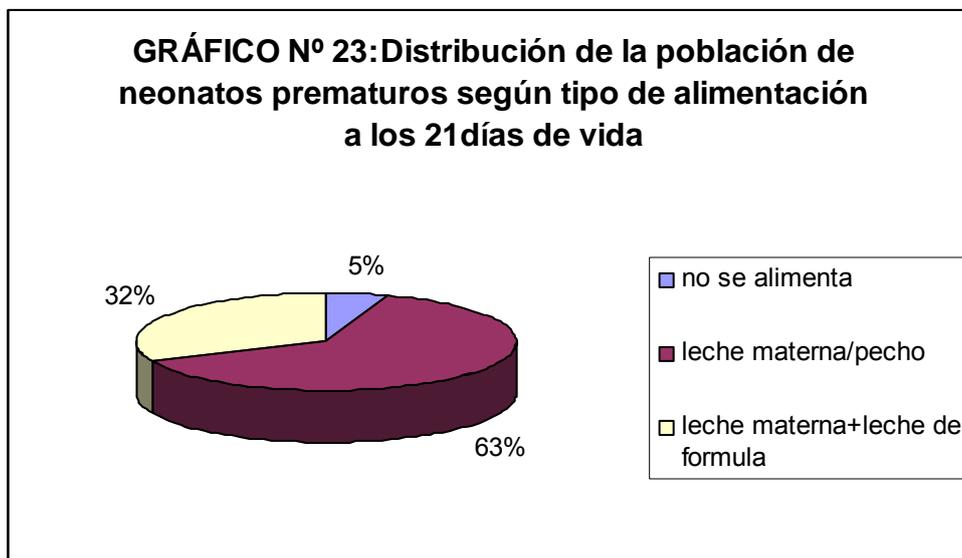
N=19

Comentario: La tabla n° 22 representa que el predominio en los prematuros de la leche materna/pecho continuo con el 79% del total de esa población.

**TABLA N° 23:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 21 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho	12	63%
leche materna+leche de formula	6	32%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



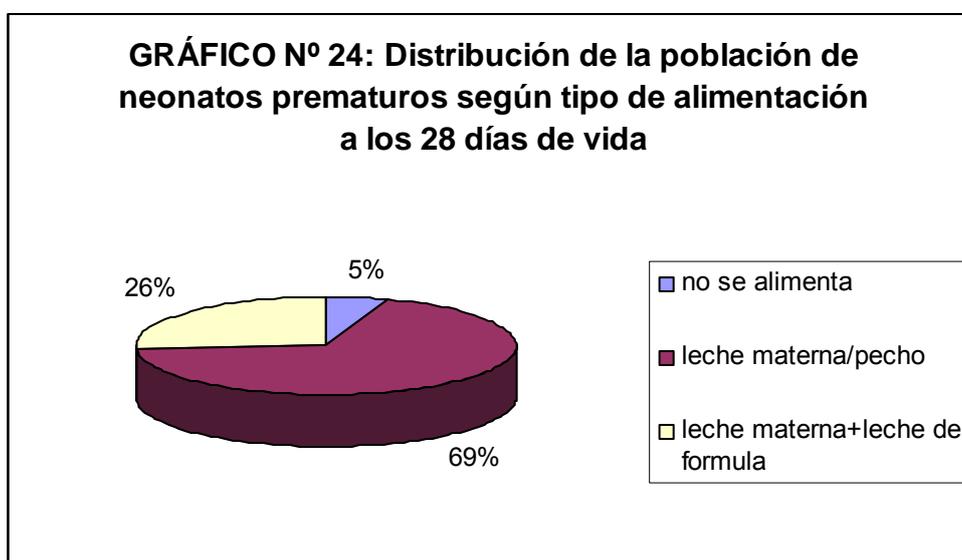
N=19

Comentario: La tabla n° 23 el porcentaje mayor es de leche materna/pecho con el 63% pero es menor respecto del grafico anterior que representa la alimentación hasta los 14 días.

**TABLA Nº 24:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 28 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho	13	69%
leche materna+leche de formula	5	26%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



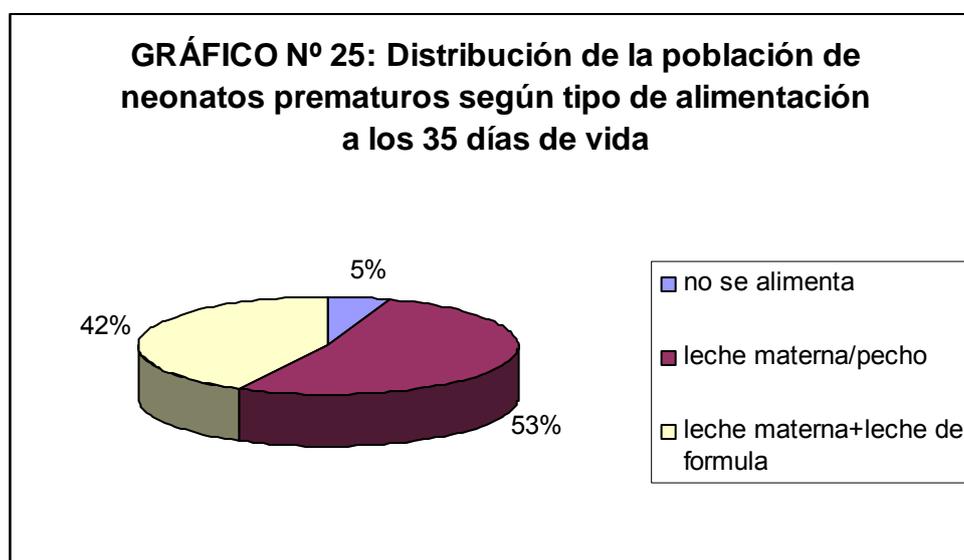
N=19

Comentario: La tabla nº 24 representa un aumento de la lactancia materna exclusiva con un porcentaje del 69% a los 28 días de vida en esta población.

**TABLA N° 25:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 35 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
no se alimenta	1	5%
leche materna/pecho	10	53%
leche materna+leche de formula	8	42%
Total	19	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=19

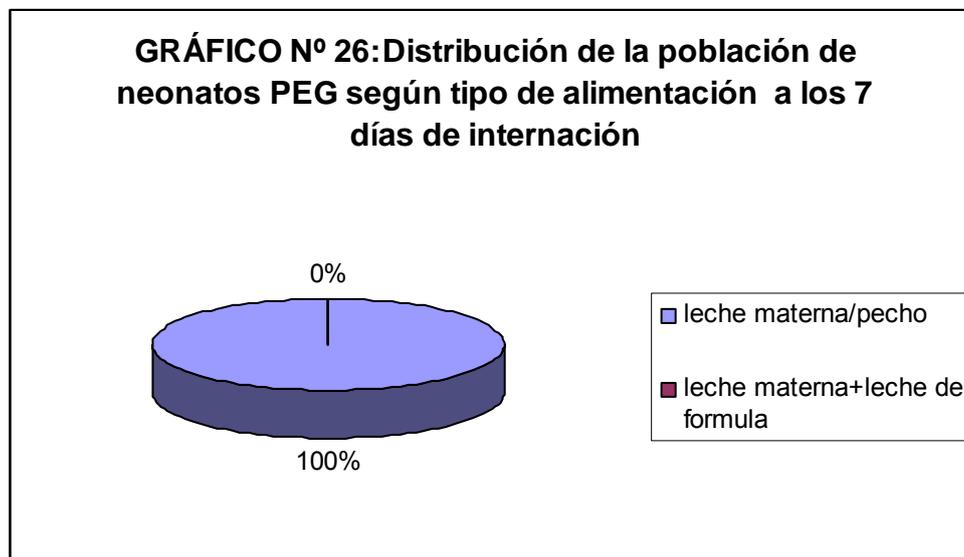
Comentario: La tabla n° 25 continua el predominio de la lactancia exclusiva en los prematuros con el 53%, aunque disminuye respecto a el grafico de los 28 días de vida.

### PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTIONAL (PEG)

**TABLA Nº 26:** Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 7 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	2	100%
leche materna+leche de formula	0	0%
Total	2	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



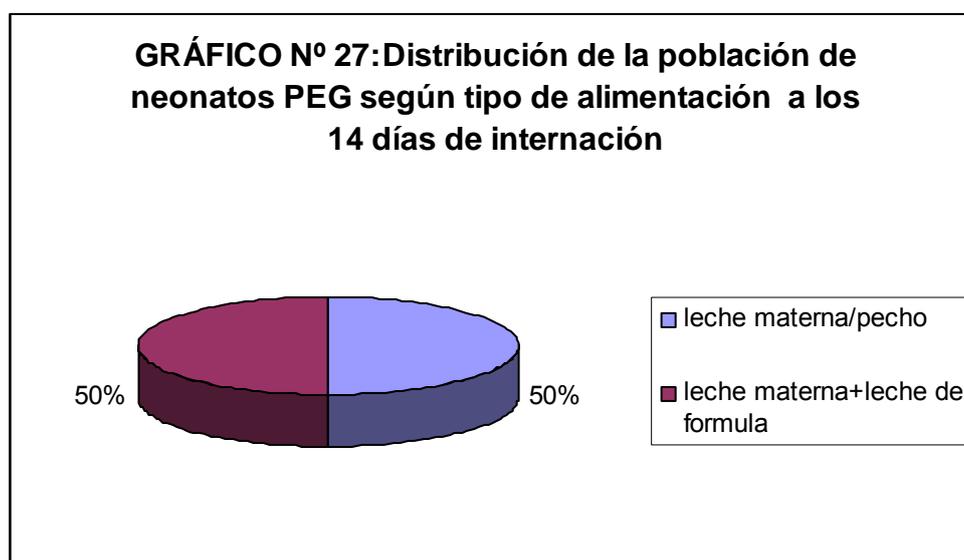
N=2

Comentario: La tabla nº 26 nos indica que los pequeños para la edad gestacional lograron la lactancia exclusiva con el 100% del porcentaje a los 7 días de vida.

**TABLA N° 27:** Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 14 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	1	50%
leche materna+leche de formula	1	50%
Total	2	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



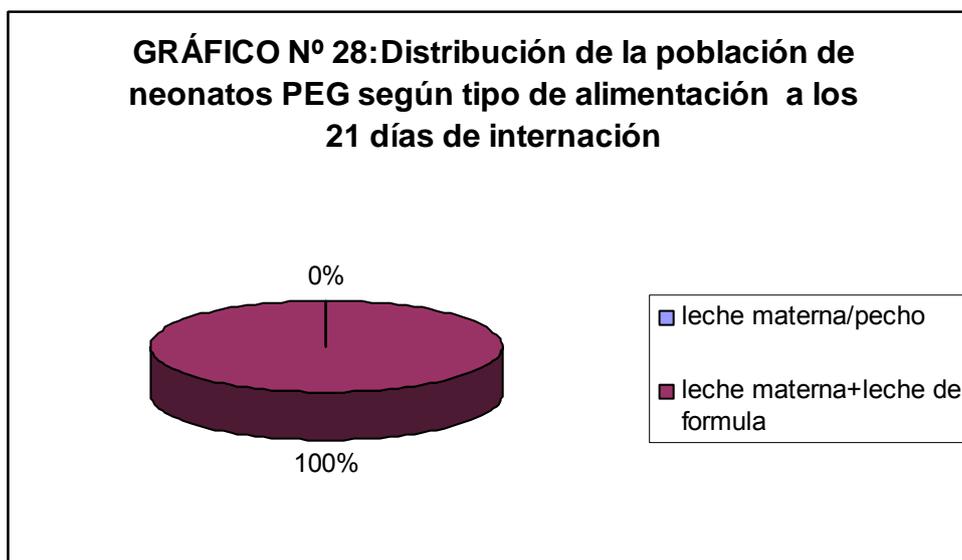
N=2

Comentario: La tabla n° 27 nos indica que los 14 días de internación la lactancia exclusiva disminuye respecta a la anterior quedándose con el 50%; el otro 50% logra su alimentación con complemento.

**TABLA N° 28:** Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 21 días de vida

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	0	0%
leche materna+leche de formula	2	100%
Total	2	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



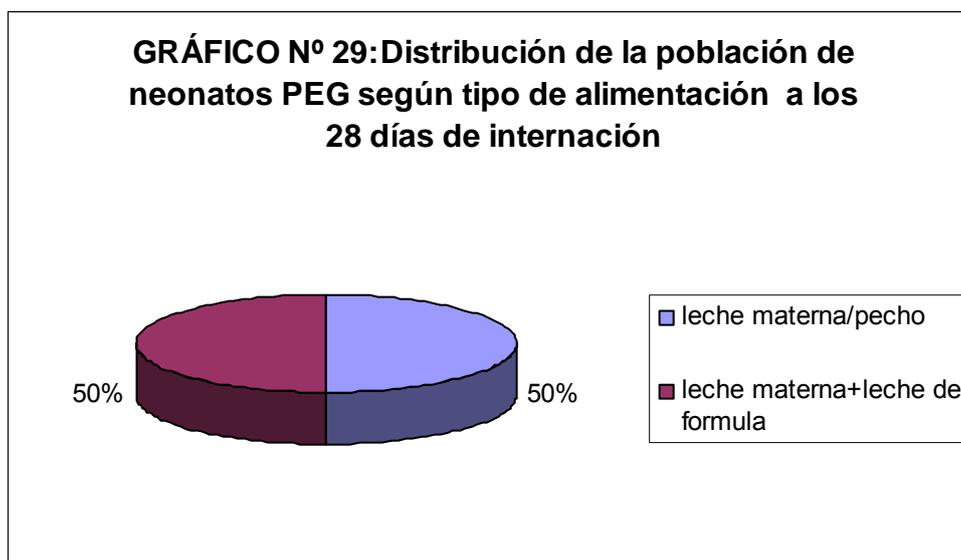
N=2

Comentario: La tabla n° 28 nos indica el predominio absoluto de la lactancia con complemento con el 100% del porcentaje en dicha población

**TABLA N° 29:** Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación a los 35 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	1	50%
leche materna+leche de formula	1	50%
Total	2	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=2

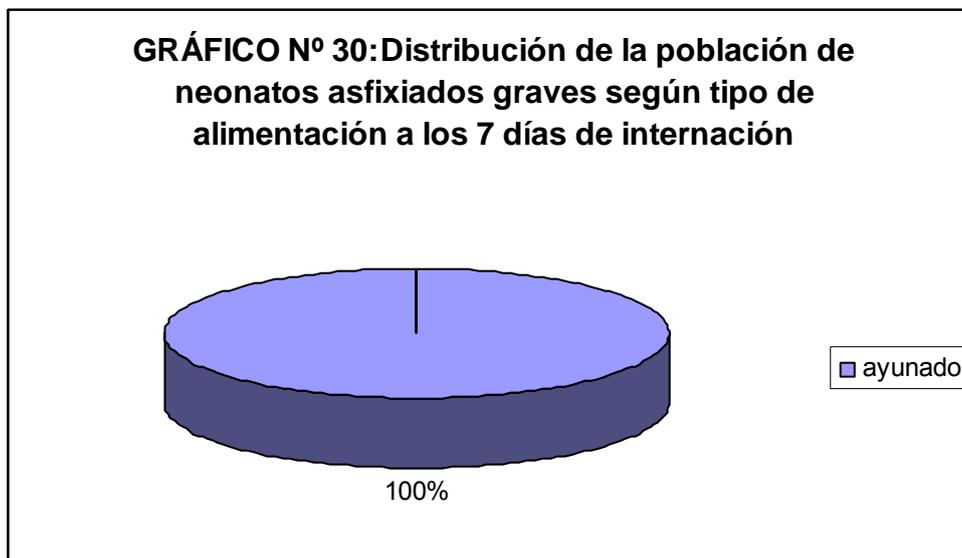
Comentario: La tabla n° 29 representa que a los 28 días de internación vuelve a obtener el 100% del porcentaje la lactancia exclusiva.

## ASFIXIADO GRAVE

**TABLA Nº 30:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 7 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
Ayunado	1	100%
Total	1	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



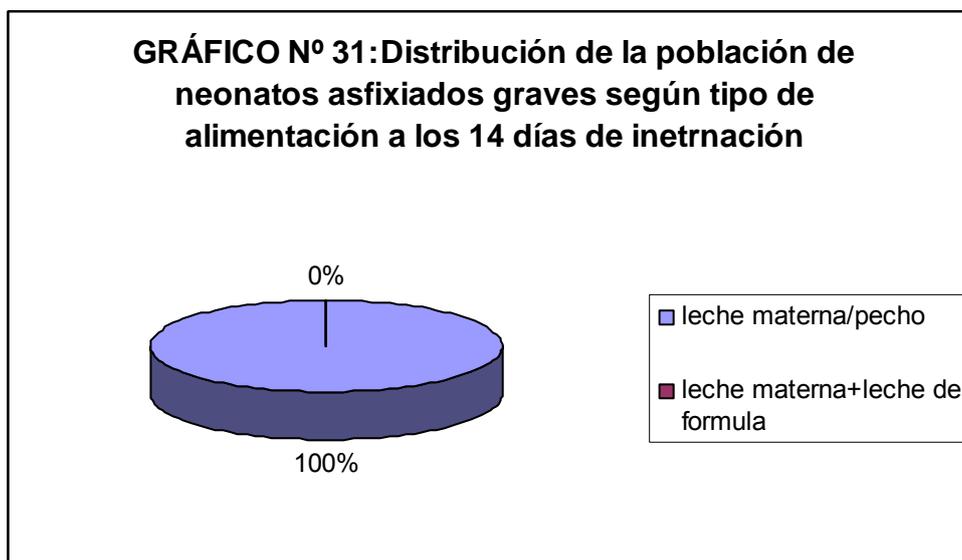
N=1

Comentario: La tabla nº 30 nos indica que el 100% de la población que nos representa un neonato, a los 7 días estuvo ayunado.

**TABLA N° 31:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 14 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	1	100%
leche materna+leche de formula	0	0%
Total	1	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



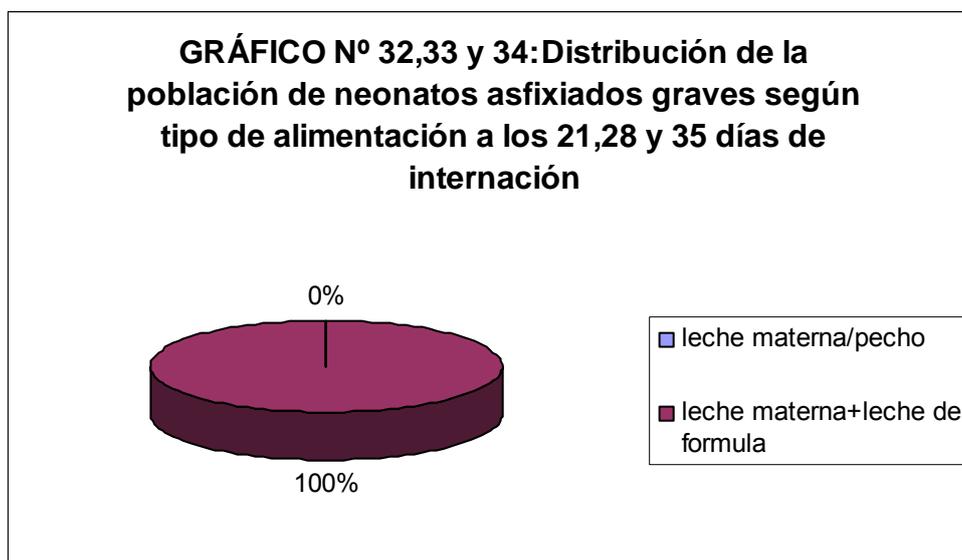
N=1

Comentario: La tabla n° 31 nos indica que a los 14 días se logra la lactancia exclusiva con el 100% del porcentaje

**TABLA N° 32,33 y 34:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 21, 28 y 35 días de internación

Tipo de alimentación	F	fr%
leche materna/pecho	0	0%
leche materna+leche de formula	1	100%
Total	1	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=1

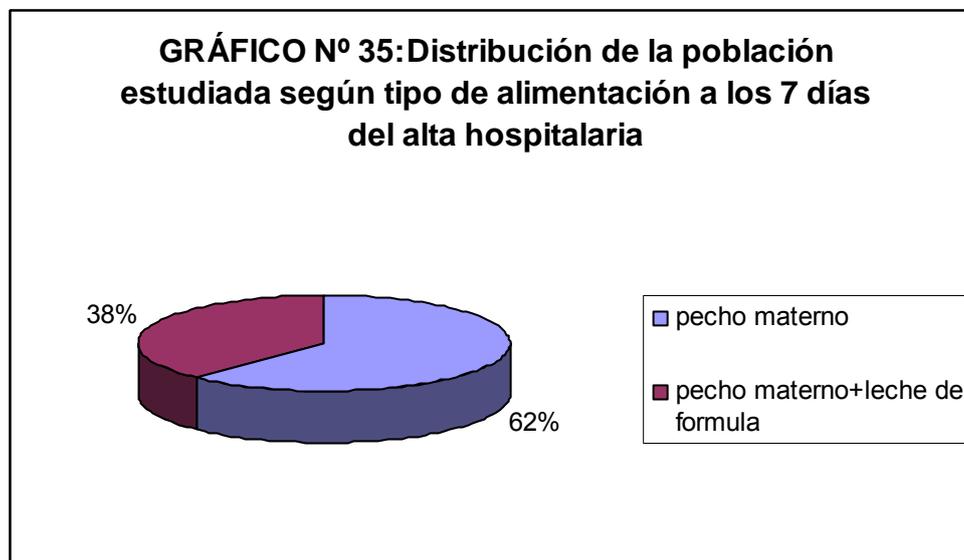
Comentario: La tabla n° 32 también representa las tablas y gráficos 33 y 34 por tener los mismos porcentajes, nos indica que a los 21, 28 y 35 días de internación el 100% del porcentaje de esta parte de la población se alimento con lactancia materna mas complemento con leche de formula.

## EXTRANEIO

**TABLA Nº 35:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	13	62%
pecho materno+leche de formula	8	38%
Total	21	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



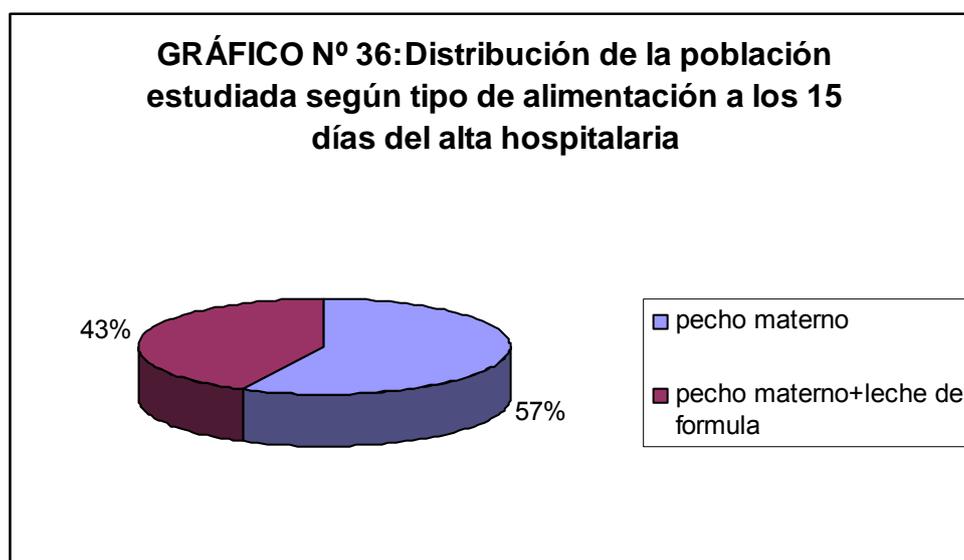
N=21

Comentario: La tabla nº 35 nos indica que el mayor porcentaje a los 7 días del alta hospitalaria fue la lactancia exclusiva la predominante con el 62%

**TABLA N° 36:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 15 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	12	57%
pecho materno+leche de formula	9	43%
Total	21	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



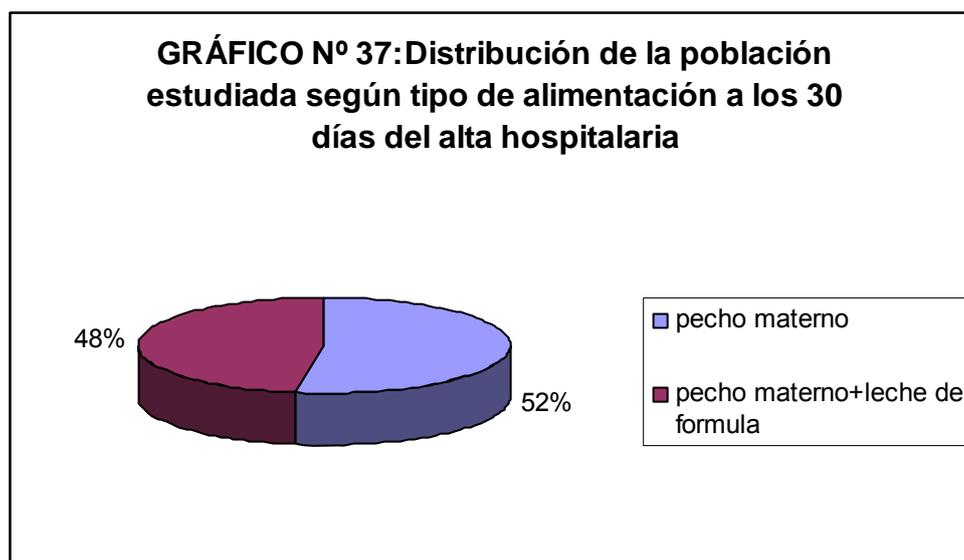
N=21

Comentario: La tabla n° 36 el mayor porcentaje a los 15 días del alta hospitalaria lo mantiene la lactancia exclusiva, aunque el porcentaje disminuye respecto al anterior donde se evaluó la alimentación hasta los 7 días

**TABLA N° 37:** Distribución de la población estudiada según tipo de alimentación a los 30 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	11	52%
pecho materno+leche de formula	10	48%
Total	21	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



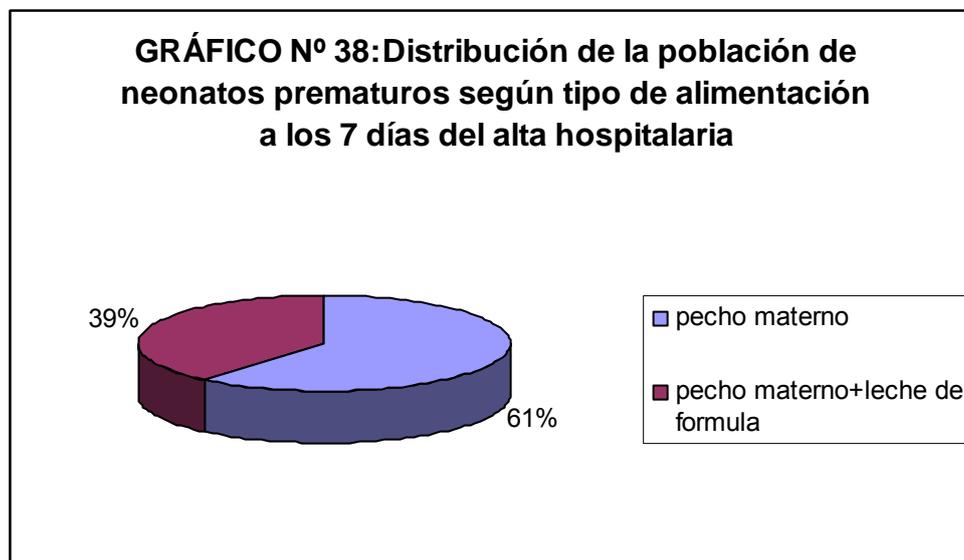
Comentario: La tabla n° 37 nos indica que el mayor porcentaje a los 30 días del alta hospitalaria lo sigue manteniendo la lactancia exclusiva con el 52%, aunque el porcentaje disminuye respecto al anterior donde se evaluó la alimentación hasta los 15 días.

## PREMATUROS

**TABLA Nº 38:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	11	61%
pecho materno+leche de formula	7	39%
Total	18	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



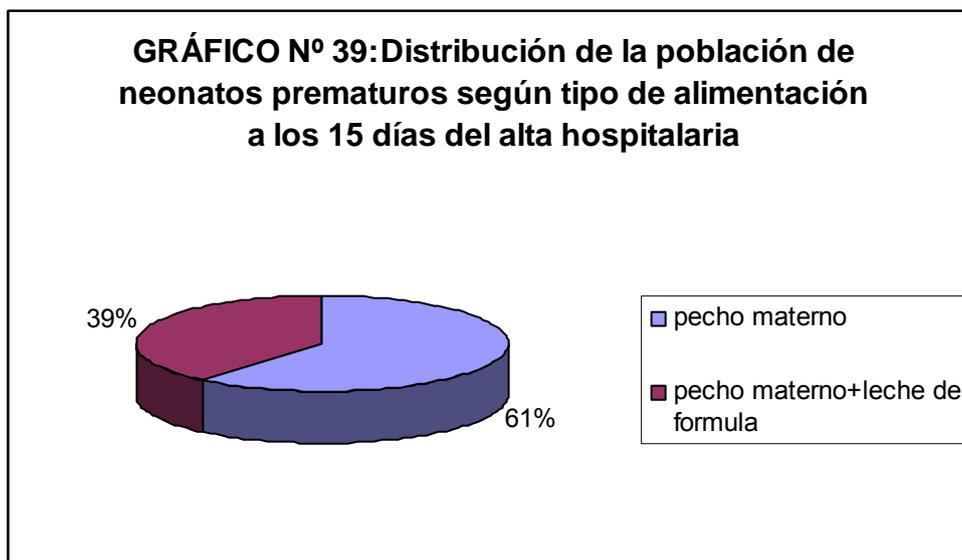
N=18

Comentario: La tabla nº 38 nos indica que predomina la lactancia materna en los prematuros a los 7 días del alta hospitalaria con el 61%.

**TABLA N° 39:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 15 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	11	61%
pecho materno+leche de formula	7	39%
Total	18	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



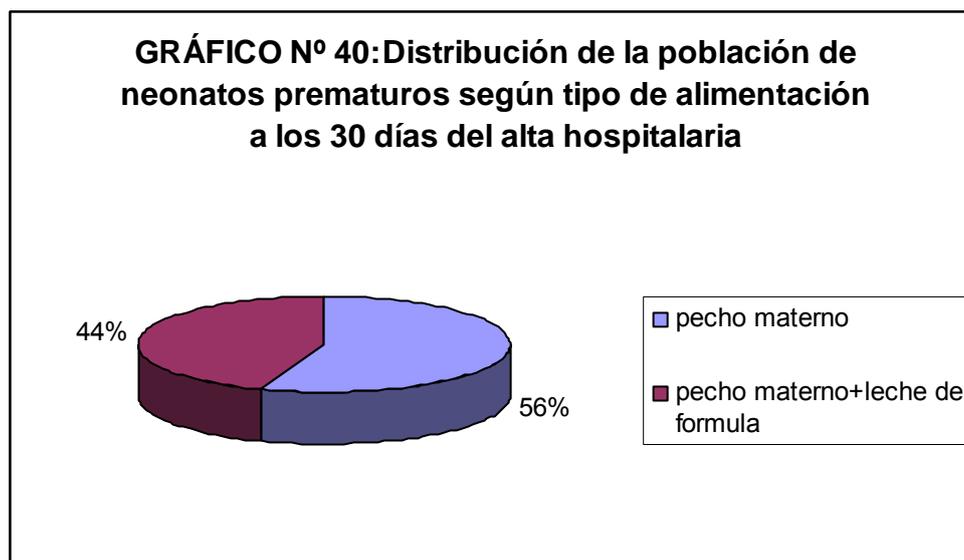
N=18

Comentario: La tabla n° 39 nos indica que predomina la lactancia materna en los prematuros a los 15 días del alta hospitalaria con el 61% manteniendo el mismo porcentaje que a los 7 días el alta.

**TABLA Nº 40:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación a los 30 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	10	56%
pecho materno+leche de formula	8	44%
Total	18	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=18

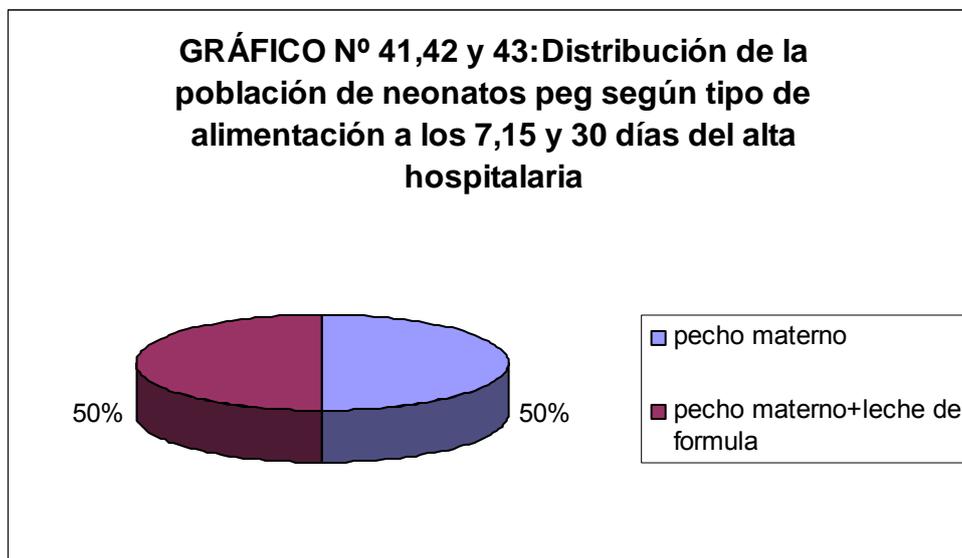
Comentario: La tabla nº 40 nos indica nuevamente el predominio de lactancia materna a los 30 días del alta hospitalaria con el 56%, aunque hay un menor porcentaje respecto a la tabla anterior donde se evaluó la lactancia hasta los 15 días.

### PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTIONAL (PEG)

**TABLA Nº 41,42 y 43:** Distribución de la población de neonatos peg según tipo de alimentación a los 7, 15 y 30 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	1	50%
pecho materno+leche de formula	1	50%
Total	2	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=2

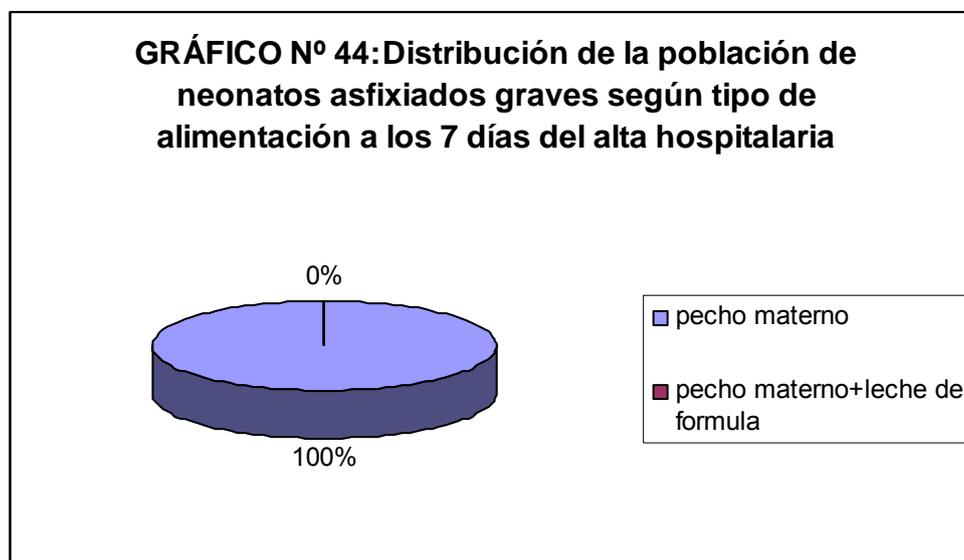
Comentario: La tabla nº 41 también representa las tablas y gráficos nº 42 y 43 por tener los mismos porcentajes, nos indica que el valor del pecho materno y el pecho materno mas complemento son equivalentes con un porcentaje del 50% para cada tipo de alimentación.

## ASFIXIADO GRAVE

**TABLA N° 44:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 7 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	1	100%
pecho materno+leche de formula	0	0%
Total	1	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



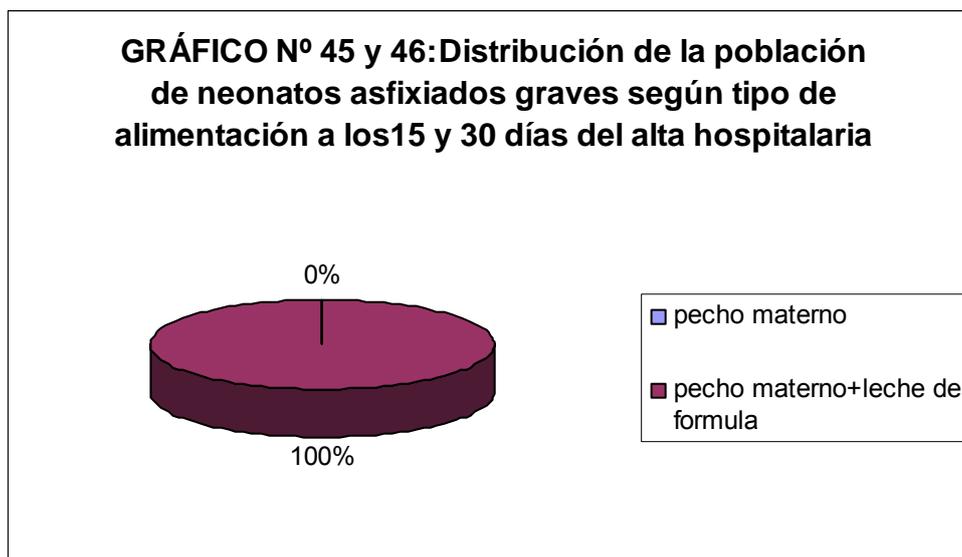
N=1

Comentario: La tabla n° 44 nos indica que el 100% se alimenta con pecho materno exclusivo, nos referimos a un solo paciente con estas características dentro del estudio.

**TABLA N° 45:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación a los 15 y 30 días del alta hospitalaria

Tipo de alimentación	F	fr%
pecho materno	0	0%
pecho materno+leche de formula	1	100%
Total	1	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=1

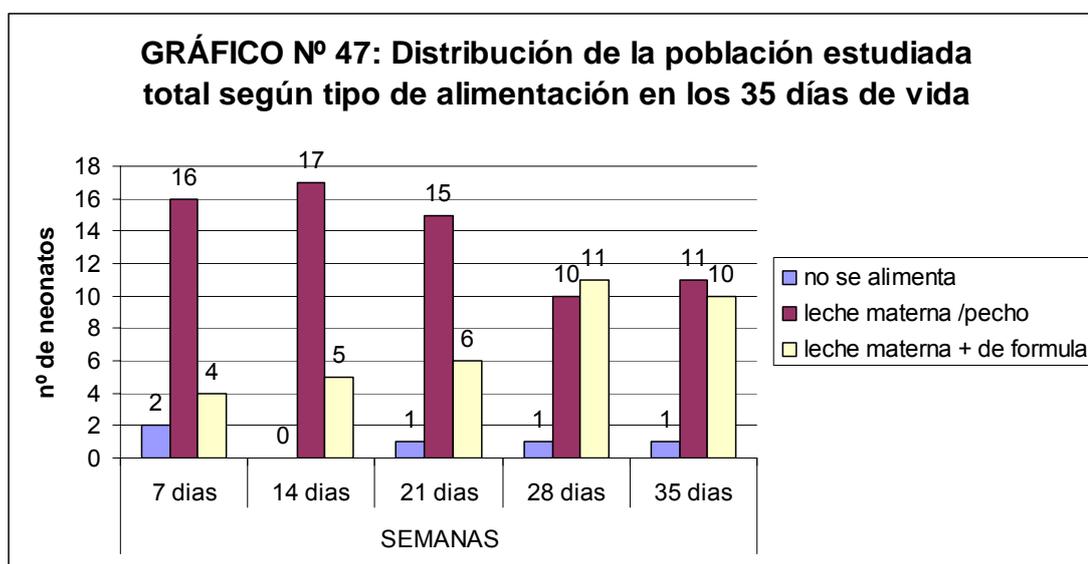
Comentario: La tabla n° 45 también representa a la tabla y grafico n° 46 por tener los mismos porcentajes, nos indica que predomina con el 100% del porcentaje, la alimentación de pecho materno con complemento de leche de formula.

## RESUMEN DE GRÁFICOS

**TABLA Nº 47:** Distribución de la población estudiada total según tipo de alimentación en los 35 días de vida

TIPO DE ALIMENTACION	SEMANAS				
	7 días	14 días	21 días	28 días	35 días
no se alimenta	2	0	1	1	1
leche materna /pecho	16	17	15	10	11
leche materna + leche de formula	4	5	6	11	10
Total	22	22	22	22	22

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



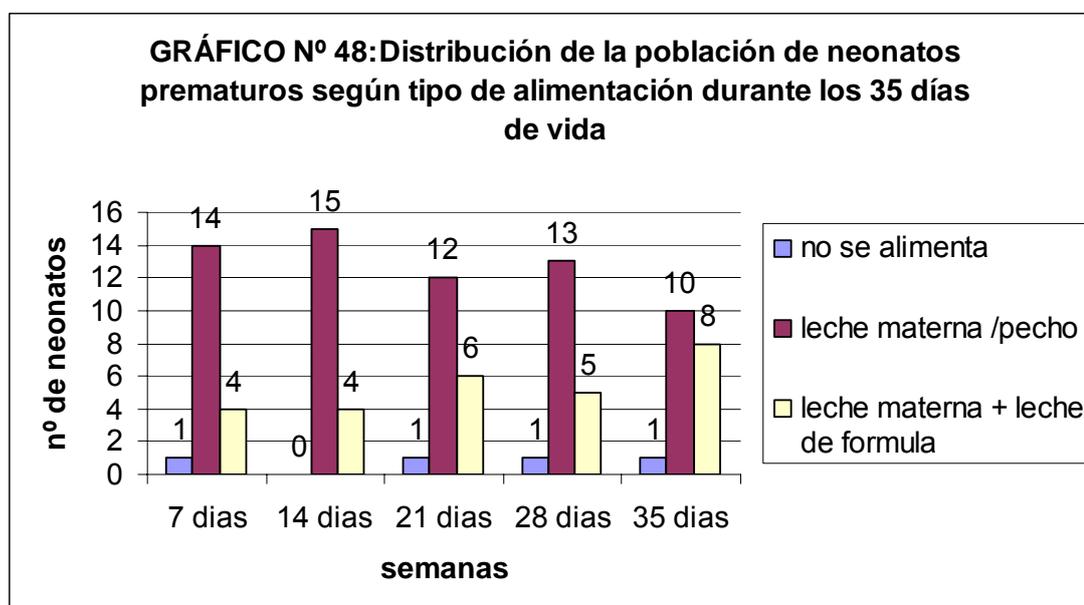
N=22

Comentario: el gráfico nº 47 representa la variación de la alimentación del total de la población estudiada predominando la leche materna/pecho durante 4 semanas de 5 semanas de seguimiento. Se puede ver en las últimas dos semanas un aumento de leche materna + fórmula. Coincide con un aumento importante de neonatos con alta hospitalaria como se puede ver en los gráficos 19 y 20.

**TABLA N° 48:** Distribución de la población de neonatos prematuros según tipo de alimentación en los 35 días de vida

TIPOS DE ALIMENTACION	SEMANAS				
	7 días	14 días	21 días	28 días	35 días
no se alimenta	1	0	1	1	1
leche materna /pecho	14	15	12	13	10
leche materna + leche de formula	4	4	6	5	8
Total	19	19	19	19	19

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Shestakow, enero – mayo 2009



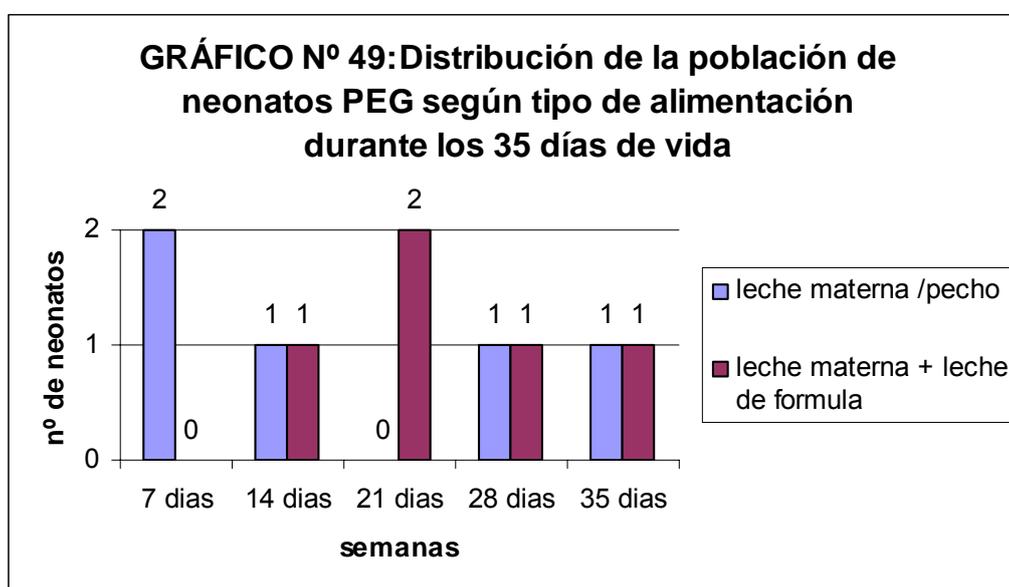
N=22

Comentario: el grafico n° 48 representa el predominio de la leche materna/pecho durante las 5 semanas de seguimiento podemos decir que a nuestra población estudiada nacer con prematurez no afecto que se alimentaran con pecho exclusivo aunque el porcentaje fue mayor las primeras semanas.

**TABLA N° 49:** Distribución de la población de neonatos PEG según tipo de alimentación en los 35 días de vida

TIPOS DE ALIMENTACION	SEMANTAS				
	7 días	14 días	21 días	28 días	35 días
leche materna /pecho	2	1	0	1	1
leche materna + leche de formula	0	1	2	1	1
Total	2	2	2	2	2

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



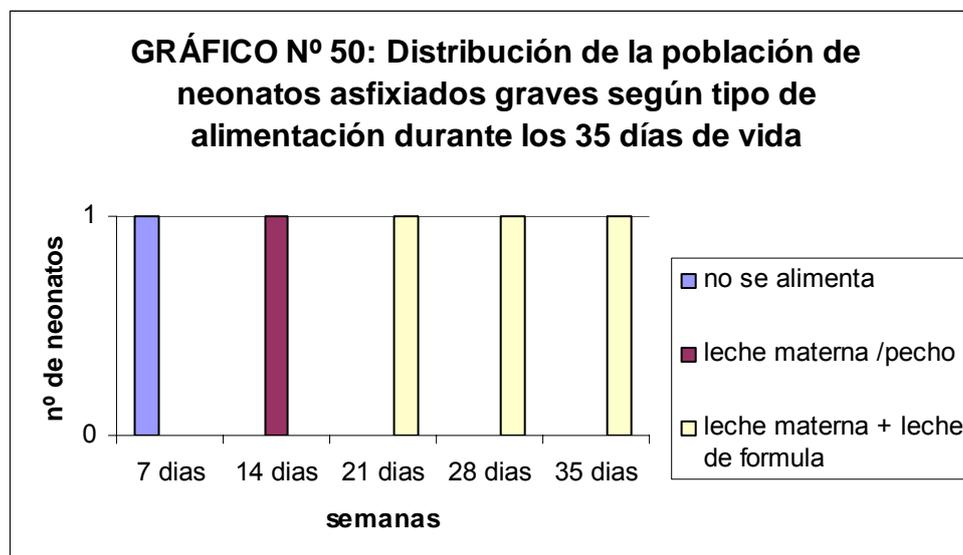
N=22

Comentario: el grafico n° 49 representa la variación de alimentación de la población estudiada de neonatos PEG durante las 5 semanas de seguimiento terminando con porcentaje equivalente para cada tipo de alimentación.

**TABLA Nº 50:** Distribución de la población de neonatos asfixiados graves según tipo de alimentación en los 35 días de vida

TIPOS DE ALIMENTACION	SEMANAS				
	7 días	14 días	21 días	28 días	35 días
no se alimenta	1	0	0	0	0
leche materna /pecho	0	1	0	0	0
leche materna + leche de formula	0	0	1	1	1
Total	1	1	1	1	1

Fuente: datos obtenidos por las autoras en Servicio de neonatología, Hospital Teodoro J. Schestakow, enero – mayo 2009



N=22

Comentario: el grafico nº 50 representa el seguimiento durante los 35 días del único asfixiado grave de la población estudiada, podemos decir que esta patología afecto el pecho exclusivo predominando la leche materna + leche de formula.

## DISCUSION

Dentro de la población estudiada los prematuros son los que prevalecen con el 86%, según la edad gestacional abarca desde un recién nacido de 29 semanas hasta un recién nacido de 39 semanas.

El primer contacto visual y táctil entre el binomio madre e hijo en su mayor porcentaje fue del 46% dentro de las 24 hs de vida. El 44% de los neonatos comenzaron con el plan calostro dentro de las 29 hs; también hubo un neonato que se tardó en comenzar el plan calostro que el neonato asfixiado grave (no logro la lactancia exclusiva).

El 47% de los neonatos tuvieron su primer contacto piel a piel dentro de las 99hs, también se logro la succión en ese momento; también hubo neonatos que tardaron en contactarse y gran parte de estos neonatos no lograron la lactancia exclusiva.

### Madres de la población estudiada

Según la edad, la mayoría son madres adolescentes con el 35%; de este grupo el 71% lograron la lactancia exclusiva.

Según el estado civil, el 25% son solteras; de este grupo de madres el 60% lograron la lactancia exclusiva.

Según número de gestas el 50%, son primigestas; de este grupo de madres el 50% lograron la lactancia exclusiva

Podemos decir que a pesar de estos factores ser madre adolescente, ser soltera y ser primigesta; la lactancia exclusiva predominó.

Según el tipo de parto el 45% nacieron por cesaría; de este grupo de madres solo el 33% lograron la lactancia exclusiva; pudo haber afectado la separación del binomio por un tiempo mas prolongado en relación con el parto normal, y la recuperación que necesita la madre para poder movilizarse. Este factor afectó la lactancia materna en nuestra población estudiada.

Según la patología de la madre predominó la ruptura prematura de membrana con el 60%, esta patología desencadenó el trabajo de parto antes de tiempo en nuestra población del cual nacieron neonatos prematuros.

#### Según el tipo de alimentación durante los 35 días

A los 7 días de vida predominó la leche materna / pecho con el 73%. Este porcentaje aumenta a los 14 días de vida con el 77%. A los 21 días de vida disminuye a un 67%. A los 28 días de vida predomina la lactancia materna+leche de fórmula con el 50%, con mínima diferencia respecto a leche materna / pecho que representa el 46%. A los 35 días de vida predomina la lactancia materna con el 50%, con una mínima diferencia respecto a leche materna+leche de fórmula que representa el 46%.

#### Población de neonatos prematuros

En los 35 días de vida predominó la lactancia exclusiva.

#### Población de peg

Durante los 35 días de vida fue variando el predominio y terminó con el 50% leche materna y el otro 50% alimentación mixta.

#### Población de asfixiado grave

Comienza con la lactancia exclusiva en la primera semana y termina con el predominio de leche materna más leche de fórmula.

## CONCLUSION

Los resultados obtenidos y discutidos en este trabajo demuestran un predominio de la lactancia materna, a pesar de un importante porcentaje de madres adolescentes, primigestas y solteras factores que no afectaron a la lactancia en nuestra población

Podemos decir que favoreció la lactancia exclusiva en nuestro trabajo, el contacto piel a piel y comenzar con el plan calostro a pocas horas de vida, esto pudo realizarse porque las madres pudieron acudir al servicio a pocas horas del alumbramiento ya que predominó el porcentaje del parto normal.

Dentro del grupo de madres que tuvieron cesaría no predominó la lactancia exclusiva, podemos decir que este factor influyó, porque este grupo de madres tardó más horas en acudir al servicio y contactarse con su bebé. Hubo un caso donde el contacto fue muy tardío por decisión propia, de la madre, estos gemelos no lograron la lactancia exclusiva; al igual que el neonato que más tardó en comenzar el plan calostro, debido a su patología de asfixiado grave.

En su larga estadía las madres contaron con el apoyo del hospital al brindarles, un lugar denominado internación conjunta, donde se pueden quedar las madres de lugares alejados, permitiéndole también el estadío en forma ambulatoria a madres que viven en lugares no tan alejados, ya que concurren al servicio cada tres horas. Se les ofrece el servicio de dos profesionales en estimulación temprana que trabajan con las madres, todas las mañanas.

También contaron con el apoyo de las enfermeras del servicio, algunas capacitadas con cursos realizados sobre lactancia y otras capacitadas por las mismas enfermeras del servicio con más experiencia en neonatología; ya que este tema es tan importante para las enfermeras del servicio de neonatología como el tratamiento para su recuperación. Se realiza una educación continua permanente sobre lactancia materna, a las madres, tratando de brindarles apoyo y contención emocional.

## **PROPUESTAS**

### **Nivel jerárquico y Enfermería**

- Idear un programa de seguimiento y capacitación en lactancia materna en el servicio de neonatología del hospital Teodoro J. Schestakow
- Crear banco de leche

### **Enfermeras**

- Permitir la capacitación y la formación del personal de salud mediante la educación continua sobre lactancia materna

### **Madres**

- Proveer a las madres del servicio información sobre lactancia materna en folletos. Al ingreso de su bebe a neonatología; para su orientación e información con fundamentación sobre las normativas del servicio
- Brindar atención psicológica con un especialista dentro del hospital, para sentirse contenidas, aconsejadas y acompañadas, para que no decaigan en la ardua tarea de la extracción de leche y así mantener la producción y cumplir con el objetivo final del alta del recién nacido con lactancia materna exclusiva.
- Implementar talleres para las madres que se encuentran en internación conjunta (pintura, tejido, manualidades, etc.), en el tiempo que no están dentro del servicio, como modo de terapia para su distracción, con la finalidad de disminuir el estrés de la internación.

# **ANEXOS**

**TABLA MATRIZ - Datos madre**

N° de madres	Ficha	Edad	Edad gestacional	N° de gesta	Patología de madre	Tiempo de amamantamiento
1	1	18	Soltera	1°	Cesaria. falta descenso.	–
2	2 3	21	U. Estable	2°	Cesaria. HTA	18 meses
3	4	33	Casada	3°	Cesaria. Anterior	12 meses
4	5 6	23	Soltera	1°	Parto normal	–
5	7	37	Casada	5°	Cesaria. HTA	12 meses
6	8	42	U. Estable	3°	Parto normal	12 meses
7	9	24	U. Estable	3°	Cesaria. Oligoamnio	24 meses
8	10	21	U. Estable	1°	Cesaria. Placenta previa	–
9	11	17	Soltera	1°	Parto normal RPM	–
10	12	36	U. Estable	3°	Parto normal s/ patología	12 meses
11	13	27	Casada	1°	Cesaria. HTA	–
12	14	16	U. Estable	1°	Parto normal	–
13	15	17	Soltera	1°	Parto normal s/ patología	–
14	16	16	U. Estable	1°	Parto normal Inf. Urinaria	–
15	17	15	U. Estable	1°	Parto normal s/ patología	–
16	18	16	Soltera	1°	Parto normal s/ patología	–
17	19	28	Casada	4°	Cesaria. RPM	1 año
18	20	21	U. Estable	3°	Parto normal s/ patología	12 meses
19	21	27	Casada	3°	Cesaria.trombofilia	–
20	22	20	U. Estable	2°	Parto normal s/ patología	8meses

**TABLA MATRIZ - Datos neonatos**

Ficha	Patología	Edad gestacional	Peso	Ítems 1	Ítems 2	Ítems 3	Ítems 4	Ítems 5
1	Ax. Grave	37	3.600	30	48	181	538	538
2	Prematuro G. 1	34	1.650	21	21	27	42	42
3	Prematuro G. 11	34	1.180	21	21	27	384	384
4	Prematuro	37	2.200	34	34	34	34	34
5	Prematuro G. 1	33	1.750	52	84	84	504	576
6	Prematuro G. 11	33	1.950	52	84	84	360	384
7	PEG	36	1.890	12	12	36	36	36
8	PEG	39	1.400	6	9	72	115	163
9	Prematuro	37	2.250	26	26	26	36	36
10	Prematuro G. 1	30	1.000	17	17	44	768	1176
11	Prematuro	35	2.280	4	7	25	25	25
12	Prematuro	29	1.400	20	20	29	1344	1344
13	Prematuro	36	1.700	48	72	72	72	72
14	Prematuro	33	1.840	8	72	96	144	144
15	Prematuro	34	2.000	36	36	78	144	240
16	Prematuro	35	2.250	7	12	15	15	15
17	Prematuro	35	2.580	1	10	10	10	10
18	Prematuro	37	1.800	8	8	26	26	26
19	Prematuro grave	33	1.000	48	72	168	816	816
20	Prematuro	34	2.000	6	6	48	168	168
21	Prematuro	35	2.000	24	24	24	264	264
22	Prematuro	31	1.250	24	24	24		

Seguimiento durante los 35 días de vida: Intraneos y **Extraneos**

Días	LM/ pecho	Ayunado/No se alimenta	LM + complemento
0 – 7	2,3,4,7,8,9,10,12,13 14,15,16,18,20,21,22	1,19	5,6,11,17
8 – 14	1,2,4,5,6,8,9,10,12,13 14,15,16,18,19,20,22		3,7,11,17,21
15 – 21	4,5,6,9,10,12,13,14,15 16,17,21	19	1,2,3,7,8,11,18,20 22
22 – 28	2,4,5,6,8,9,10,12,13 15,16,17,19,20,21	22	1,2,3,7,11,14,18
29 – 35	8,9,10,12,13,15,16,17 18,19,21	22	1,2,3,4,5,6,7,14,20

Neonatos expresados en números de fichas

Referencia según color

Intraneos color negro

Extraneos color rojo

Fallecido color rojo oscuro

Extraneos / 30 días después del alta hospitalaria.

Días	Pecho	Pecho + complemento
7	1,4,8,9,10,12,13,15, 16,17,18,19,21	2,3,5,6,7,11,14,20
15	4,8,9,10,12,13,15 16,17,18,19,21	1,2,3,4,5,6,7,11,14,20
30	8,9,10,12,13,15,16,17 18,19,21	1,2,3,4,5,6,7,11,14,20

Neonatos expresados en números de fichas

Edad materna: adolescentes

Ficha: 1 - 9 - 12- 13 – 14 – 15- 16

Estado civil: solteras

Ficha: 1 – 4 – 9 – 13 – 16

Referencia según color

Leche materna / pecho

Leche materna + leche de fórmula

Nº. de gestas: primigestas

Ficha: 1 – 4 – 8 – 9 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16

Tipo de parto: Cesárea

Ficha: 1 – 2 – 3 – 5 – 19 – 17 – 7 – 8 – 11

## FICHA DE ESTUDIO

FICHA CONFECCIONADA Y UTILIZADA

NOMBRE Y APELLIDO MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Nº DE GESTAS: \_\_\_\_\_ AMAMANTAMIENTO (Tiempo): \_\_\_\_\_  
ESTADO DE LAS MAMAS: \_\_\_\_\_ PATOLOGIA MADRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO E INGRESO RN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL RN: \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ EG: \_\_\_\_\_ PATOLOGIA: \_\_\_\_\_

A CUANTAS HORAS DEL NACIMIENTO PRIMER CONTACTO VISUAL Y TACTO:

A CUANTAS HORAS DEL NACIMIENTO ESTIMULACION DE LAS MAMAS:

COMIENZO DE PLAN CALOSTRO:

A CUANTAS HORAS DEL NACIMIENTO PRIMER CONTACTO PIEL A PIEL:

A CUANTAS HORAS DEL NACIMIENTO PRIMERA SUCCION:

DISPONIBILIDAD DE LA MADRE A LACTAR: Mala – Regular – Buena – Muy Buena

### **SEGUIMIENTO DE LACTANCIA INTRA - NEONATOLOGIA:**

#### **DIAS:**

0-7

8-14

15-21

22-28

29-35

36-42

43-49

50-56

### **SEGUIMIENTO DE LACTANCIA CONSULTORIO – NEONATOLOGIA:**

.....  
FIRMA MADRE

## GLOSARIO

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatal

MMC: Método de la madre canguro

OMS: Organización mundial de la salud.

UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia.

LMPT: Leche de madre pre terminó

RMPT: Recién nacido pre terminó

LH: Leche humana

L F: Leche de formula

ENC: Enteritis necrotizante

IgA: Inmunoglobulina A

OXT: Oxitocina

PRL: Prolactina

LACTOGENESIS 1: Cambios necesario para que una mama adulta se convierta en una secretora la segunda mitad del embarazó, pero altos niveles progesterona actual del freno.

LACTOGENESIS II: Cambios para que se inicie la secreción abundante de leche. Ocurre tras el alumbramiento la placenta y de la desaparición de la progesterona

RPM: Rotura prematura de membrana

EMH: Enfermedad de membrana hialina

DBP: Displasia bronco pulmonar

RCIH: Restricción de crecimiento intra uterino

P10: Percentil 10

SNC: Sistema nervioso central

US: Ultrasonido

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gert F. Kirsten, Nils J. Bergman y F. Mary Hann. Cuidado canguro por parte de la madre en la sala de cunas. Clínicas pediátricas de Norteamérica, lactancia materna, parte II atención de la lactancia materna, 2001.
2. Lic. Maria Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 9. Revista Enfermería Neonatal.2001
3. Lefebure F, Ducharme M: incidente and duration of lactation and lactational performance Q mong mothers of low birth weight and term infants.CMA/140: 11159-1164,1998  
Sesión 1 por que la lactancia materna es importante. Consejeria en la lactancia materna: curso de capacitación. Suiza,1993
4. Paula P. Meier. Lactancia materna en la sala de cunas de cuidado especial. Clínicas pediátricas de Norteamérica, lactancia materna, parte II, atención de la lactancia materna,2001  
Hamosh, M. human milk composition and function in the infant. Semin Pediatric Gastroenteral Nutrition, v3, p4-8, 1992
5. José Luís Tapia I. Álvaro González M. Lactancia materna capitulo 17.Neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008
6. UNICEF/NUT/93.3 distrib. General original ingles. Consejeria en lactancia materna, curso de capacitación, Pág. 57. Organización mundial de la salud, 1993.
7. Jesús Martín-Calama. Lacto génesis. Lactancia Materna: guía para profesionales.Madrid,2004
8. Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 120. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003
9. Lic. Maria Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 12. Revista Enfermería Neonatal.2001
10. Dr. Gustavo H. Sager. Bancos de leche humana pasteurizada capitulo2.Programa Nacional de actualización pediátrica.2009
11. Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 123. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003

12. José Luis Tapia I. Álvaro González M. Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido capítulo 2. Neonatología. Tercera Edición, Santiago de Chile, 2008
13. Richard J Schanler, MD. Lactancia materna en la de cunas de cuidado especial. Pag 429. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Lactancia materna, parte II. Atención de la lactancia materna, México, D. F., 2001
14. Raquel Nacimiento Tamez. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo Pág. 121. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Editorial medica panamericana 2ª edición. Bs. As. 2003
15. Lic. Maria Cristina Malerba. Rol educador en enfermería en el fomento de la lactancia materno en la UCIN Pág. 12. Revista Enfermería Neonatal. 2001.