



POSGRADO EN ADMINISTRACION DE INSTITUCIONES DE SALUD

“EL INTERÉS PROFESIONAL DEL EQUIPO DE SALUD INCIDE EN
PROMOVER UNA ADECUADA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
EL SERVICIO DE GINECO/OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA DE TENA EN EL PERIODO
MAYO- OCTUBRE 2013”

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos Para obtener el
título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

MBA. Evelyn Yaninne Villalón Barbero

Autores

Alex Fabián Araujo Muñoz

Rosa Guadalupe Coba Cueva

María Paulina Polo Puente

Año

2014

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con los estudiantes, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

.....
MBA. Evelyn Yaninne Villalón Barbero
CI: 6.715.284-0

DECLARACION DE AUTORÍA DE LOS ESTUDIANTES

“Declaramos que este trabajo es original de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

.....
Dr. Alex Fabián Araujo Muñoz
Cl. 1500762073

.....
Lic. Rosa Guadalupe Coba Cueva
Cl. 1500753189

.....
BQF. María Paulina Polo Puente
Cl: 0603789850

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios por brindarnos sabiduría y paciencia, a nuestra Tutora MBA .Evelyn Villalón, por el apoyo incondicional que nos ha brindado durante el desarrollo de nuestro trabajo, a la coordinación de nuestro posgrado representados por Andrea y Felipe quienes siempre estuvieron prestos a atender nuestros requerimientos. Un agradecimiento fraterno al Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena por permitirnos realizar esta investigación dentro de la institución y así concluirla con éxito.

DEDICATORIA

Nuestra Gratitude a nuestros Padres por su amor, paciencia, confianza, fuerza y apoyo que nos ha permitido crecer y ser parte del portal que abrirá las puertas a nuevas experiencias.

RESUMEN

La leche materna constituye, por si sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o una niña desde su nacimiento hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años. Para lo cual el equipo de salud es la pieza fundamental para la adecuada lactancia materna exclusiva. La presente investigación tuvo por objetivo determinar el interés profesional del equipo de salud incide en la adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Ginecología, Obstetricia y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el periodo Mayo- Octubre del 2013, este trabajo tuvo como enfoque principal la investigación cualitativa, como modalidad básica fue la investigación de Campo. Se llegó a las siguientes conclusiones el monitoreo del conocimiento de temas básicos sobre la adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Gineco/Obstetricia y Neonatología del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, concluye que existe conocimientos no consolidados, lo que incide en un mal manejo sobre la adecuada lactancia materna exclusiva. El equipo de salud refiere que si tiene una política de lactancia materna; esta es que las madres solo deben dar el seno al recién nacido por lo menos hasta los 6 meses de edad. Los profesionales de salud realizan campañas periódicas sobre los beneficios y manejo de la leche materna, en la consulta externa y hospitalización de ginecología y neonatología.

Descriptor: Lactancia materna exclusiva, Leche materna, Hospital José María Velasco Ibarra, Ginecología, Neonatología.

ABSTRACT

Breast milk is, by itself, the best food and the best drink that can be exclusively a boy or girl from birth to six months and with other foods up to two years. To which the health team is the cornerstone for proper exclusive breastfeeding. This research aimed to determine the professional interest of the health team strikes the appropriate exclusive breastfeeding in the service of Gynecology, Obstetrics and Neonatology Hospital Jose Maria Velasco Ibarra de Tena in the period May to October 2013, this work had the principal focus of qualitative research as a basic research method was Country. Monitoring knowledge of basic issues about the appropriate exclusive breastfeeding in the service of Gynecology / Obstetrics and Neonatology Hospital José Maria Velasco Ibarra de Tena is reached the following conclusions, finds no consolidated knowledge, which affects poor management on the appropriate exclusive breastfeeding. The health team concerned if you have a breastfeeding policy, this is that mothers should only give the breast to the newborn until at least 6 months old. Health professionals conduct regular campaigns about the benefits and management of breastfeeding in the outpatient and inpatient gynecology and neonatology.

Descriptors: Exclusive breastfeeding, breast milk, Jose Maria Velasco Ibarra Hospital, Obstetrics, Neonatology.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Tema de investigación:.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Contextualización	3
1.2.2. Macro.....	3
1.2.3. Análisis crítico.....	9
1.2.4. Prognosis.....	11
1.2.5. Formulación del problema	11
1.2.6. Preguntas directrices	12
1.2.7. Delimitación del problema.....	12
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivo general.....	14
1.4.2. Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO II.	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	15
2.2. Fundamentación Filosófica	15
2.3. Fundamentación Legal	16
2.4. Categorías Fundamentales.....	18
2.5. Desarrollo.....	19
2.5.1. Alimentación infantil	19
2.5.2. Apoyo	19
2.5.3. Lactancia Materna: Breve Reseña en el Tiempo.....	20
2.5.4. Lactancia Materna	23
2.5.5. Leche Materna: Definición	24

2.5.6. Tipos de Leche Materna	25
2.5.7. Cualidades Inmunológicas de la Leche Materna	34
2.5.8. Potencial alergénico de la leche de vaca.....	34
2.5.9. Fórmulas lácteas	35
2.5.10. Lactancia materna exclusiva.....	35
2.5.11. Ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva.....	36
2.5.12. Beneficios de la Lactancia Materna	37
2.5.13. Lactancia Materna Exclusiva como políticas de Salud	39
2.6. Hipótesis	41
2.7. Señalamiento de variables de la hipótesis	41
CAPÍTULO III.	43
METODOLOGÍA	43
3.1. Enfoque.....	43
3.2. Modalidad básica de la investigación	43
3.3. Nivel o Tipo de Investigación	43
3.4. Población y muestra	44
3.5. Operacionalización de Variables	45
3.6. Recolección de la Información.....	47
3.7. Procesamiento y Análisis.....	48
CAPÍTULO IV.	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
4.1. Tabulación, Análisis e Interpretación de Datos.....	49
4.2. Verificación de la Hipótesis.....	64
CAPÍTULO V.	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones	66

CAPÍTULO VI	68
PROPUESTA	68
6.1. Datos Informativos	68
6.1.1. Título.....	68
6.1.2. Institución.....	68
6.1.3. Ubicación	68
6.1.4. Tiempo.....	68
6.1.5. Costo	68
6.1.6. Responsables:	68
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	69
6.3. Justificación	70
6.4. Objetivos	71
6.4.1 Objetivo General.....	71
6.4.2. Objetivos Especificos	71
6.5. Análisis de Factibilidad	71
6.6. Fundamentación Científica	72
6.7. Metodología: Modelo Operativo.....	74
6.8. Administración de la Propuesta	75
6.9. Previsión de la Evaluación.....	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Política de lactancia materna	49
Tabla 2: Realiza campañas periódicas sobre los beneficios de la leche materna	50
Tabla 3: Beneficios de la lactancia materna	51
Tabla 4: Ayuda en el inicio de la lactancia materna.....	53
Tabla 5: Uso de objetos artificiales de succión para recién nacidos	54
Tabla 6: Información sobre beneficios y ventajas de la leche materna	55
Tabla 7: Periodo mínimo de lactancia materna	57
Tabla 8: Riesgo por uso de fórmulas artificiales en la alimentación del niño	58
Tabla 9: Protección de la ley a la mujer trabajadora que amamanta	60
Tabla 10: Medicación contraindicada durante la lactancia materna.....	61
Tabla 11: Hasta el año de vida el niño debe ser alimentado con leche materna.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1: Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad por Países de América latina y el Caribe.....	4
Figura 2: Lactancia exclusiva (0-5 meses), según características seleccionada	7
Figura 3: Duración promedio de lactancia materna completa, según características seleccionadas.....	7
Figura 4: Categorías fundamentales	18
Figura 5: Política de lactancia materna	49
Figura 6: Realiza campañas periódicas sobre los beneficios de la leche materna.....	50
Figura 7: Beneficios de la lactancia materna	52
Figura 8: Ayuda en el inicio de la lactancia materna	53
Figura 9: Uso de objetos artificiales de succión para recién nacidos	54
Figura 10: Información sobre beneficios y ventajas de la leche materna.....	56
Figura 11: Periodo mínimo de lactancia materna.....	57
Figura 12: Riesgo por uso de fórmulas artificiales en la alimentación del niño.....	59
Figura 13: Protección de la ley a la mujer trabajadora que amamanta.....	60
Figura 14: Medicación contraindicada durante la lactancia materna.....	62
Figura 15: Hasta el año de vida el niño debe ser alimentado con leche materna.....	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Alta de lactancia.....	81
Anexo 2: Ministerio de salud, Unicef y ops promueven la lactancia materna...	85
Anexo 3: Programación general para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna en la provincia de napo.....	86
Anexo 4: Resumen del "código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna", o.m.s., 1.981	90
Anexo 5: Principales disposiciones del código y de las posteriores resoluciones de la asamblea mundial de la salud	92
Anexo 6: Marco legal coordinación nacional de nutrición msp	94
Anexo 7: Vigilancia del cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en ecuador....	96
Anexo 8: Técnicas de amamantamiento	98
Anexo 9: Lactancia materna y la medicación de la madre	103
Anexo 10: Tabaco y lactancia	128
Anexo 11: Lactancia materna exclusiva oms	129
Anexo 12: Código internacional de sucedáneos de la leche materna..	132
Anexo 13: Encuesta dirigida hacia a las madres lactantes	134
Anexo 14: XV encuesta dirigida hacia a las profesionales de la salud.....	136

INTRODUCCIÓN

“La intervención de Salud Pública en nutrición infantil involucra el trabajo en conjunto de varias áreas relacionadas con la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los nueve meses lo cual en Ecuador se ha implementado en un 43%, según la encuesta MSP (2012) y lactancia continua hasta los dos años de vida o más. Es importante dar cumplimiento al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

En el Ecuador, la comercialización de múltiples fórmulas lácteas para recién nacidos hace que la población use alternativas frente a los beneficios trascendentales para la salud de las personas y prevención de enfermedades, para el hijo y la madre.

La Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), establece que el 26.4% de recién nacidos ecuatorianos son amamantados dentro de la primera hora de vida, 39.6% menores de 6 meses de edad son amamantados exclusivamente (en las últimas 24 horas) y luego por 15.3 meses los infantes reciben leche materna.

Al alimentar con fórmula infantil a un lactante antes de su primera ingesta de calostro, se produce una disminución en la proliferación de la bifidobacteria intestinal, ocasionando mayor riesgo de infecciones intestinales”.(CICSLM, 2012).

La lactancia materna exitosa reduce el riesgo de infecciones agudas, promueve el desarrollo del coeficiente intelectual en el niño, lo cual crea el vínculo madre-hijo, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario en la madre.

El propósito es involucrar al personal de salud para llegar a una concientización de los beneficios del uso de la leche materna, los mismos que se ven enfocados en el bienestar del hijo y de la madre ya que implicara la

concientización de la población en busca de un objetivo en común, la unión familiar lo que involucra a una sociedad más comprometida a sus bienes y seguridad.

“La lactancia materna se ha incluido como una de las ocho metas que el Ministerio de Salud tiene que cumplir dentro del Plan Nacional del Buen Vivir y su meta es incrementar al 64 por ciento de mujeres que dan de lactar a sus hijos exclusivamente en los primeros seis meses de vida”(CICSLM, 2012), es por ello que del 1 al 7 de agosto se realizó la Semana Mundial de Lactancia Materna con el lema: *Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno*.

Es por ello que se ha escogido al Hospital José María Velasco Ibarra, Provincia de Napo, cantón Tena, el mismo que forma parte del Sistema Nacional de Salud, en el cual como campaña a nivel nacional se ha realizado prácticas integrales para el nacimiento, consejería en lactancia, técnicas de extracción de leche, problemas del seno durante la lactancia y prácticas para una adecuada alimentación complementaria, lo cual nos permitirá realizar nuestro estudio ya que queremos trabajar con su gente para lograr mejorar esta la calidad de vida de cada uno de sus habitantes.

CAPÍTULO I

Problema de Investigación

1.1. Tema de investigación:

El interés profesional del equipo de salud incide en promover una adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Ginecología del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el periodo Mayo- Octubre 2013.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

1.2.2. Macro

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo. Enseguida necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza, de los medios de comunicación y de las organizaciones patronales en los sitios de trabajo. De este modo se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna: nutrición, salud y apoyo en las tareas del hogar.

“La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida protege a los recién nacidos y lactantes contra la enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad y alienta el desarrollo sano del niño”. (UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009).

“Su promoción es la intervención más efectiva para prevenir la mortalidad

infantil y tiene muchos otros beneficios a corto y largo plazo, tanto para la salud de la madre como para el niño”. (OPS/OMS, 2008).

“Los niños y las niñas pequeños que viven en situaciones de vulnerabilidad en los países de la región de América Latina y el Caribe sufren de malnutrición en diversas formas. La magnitud y severidad del problema está estrechamente relacionada con la inequidad y la exclusión social de grupos es pacíficos destacándose los pueblos indígenas, grupos afro-descendientes y campesinos.

La situación de la Lactancia Materna en la Región como se observa en la gráfica, en nuestros países, principalmente en los países Andinos y Centroamericanos, la disparidad que con lleva a una mayor severidad del problema nutricional y la mortalidad de los bebes y de los niños y niñas pequeños, principalmente en áreas rurales, se oculta en los promedios”. (UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009).

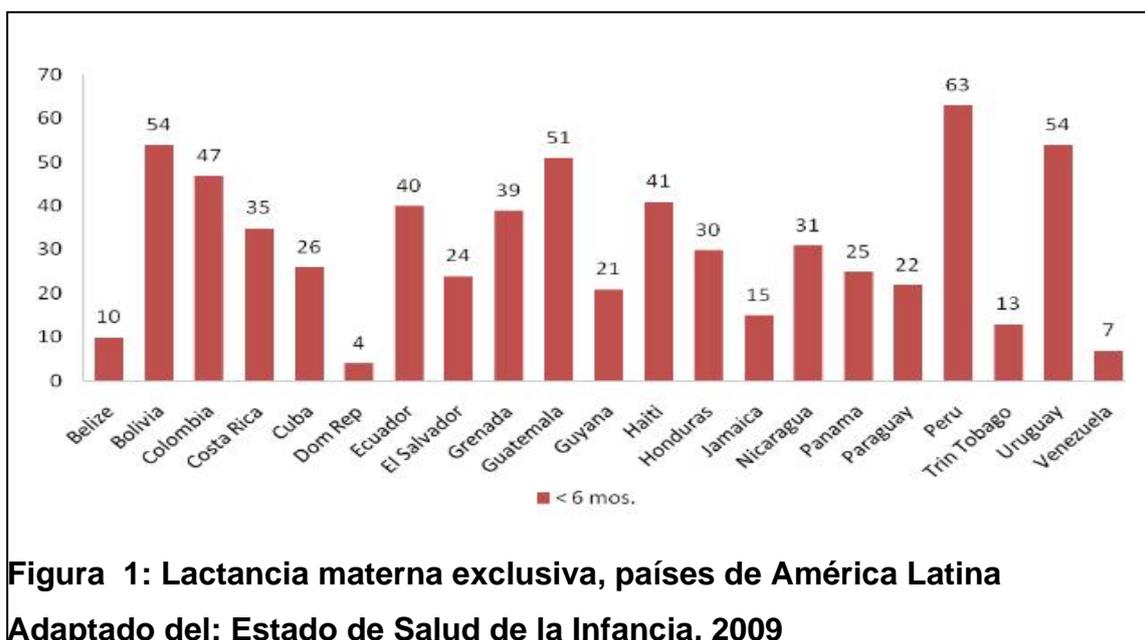


Figura 1: Lactancia materna exclusiva, países de América Latina
Adaptado del: Estado de Salud de la Infancia, 2009

“A pesar de las deficiencias existentes en la información disponible, se estima que en la Región de Latinoamérica y El Caribe solamente alrededor de 40% de los niños y niñas reciben leche materna exclusiva durante 6 meses.

El análisis por grupos de países constata que solamente 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ecuador está en una situación intermedia, con 40 % seguidos de Bolivia con 54% y Chile con 63%.

La importancia de los entornos favorables a los niños ha sido señalado como un factor clave por la Organización Panamericana de la Salud "Esto significa que los hospitales deben permitir a las madres acceso inmediato y sin limitaciones a sus recién nacidos y, en las comunidades, contar con expertos que puedan asesorar a las madres. También significa crear y mantener entornos laborales que sean favorables a la lactancia materna". Un ejemplo o concreto lo ha dado el Brasil al aprobar una ley nacional que establece seis meses para el permiso por maternidad, tomando el liderazgo en la promoción de las condiciones que hacen posible la lactancia materna".(UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009).

"En el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada, ya que se inicia en el 96.7 % de los recién nacidos. La proporción de madres que inician la lactancia durante la primera hora es mayor en la Sierra que en la Costa.

Las mujeres más pobres tienden a iniciar más temprano la lactancia que mujeres de los quintiles más altos. El 41.2 % de madres recibió consejería sobre lactancia materna, proporción que varía entre 48.3 % en áreas urbanas y 31.8 % en rurales. La duración promedio de la lactancia materna total es de 16.2 meses.

La lactancia completa (lactancia materna junto con otros líquidos pero sin el uso de otras leches), tiene una duración promedio de 4.1 meses y la lactancia exclusiva (lactancia materna sin el uso de otras leches ni otros alimentos), es de 2.7 meses.

La duración de lactancia total, completa y exclusiva, es más alta en el área rural que en la urbana, particularmente mayor en la Sierra que en la Costa.

Las madres indígenas exhiben una mayor duración en los tres tipos de lactancia materna. El 4.3 % de los niños menores de seis meses no está recibiendo leche materna. Sólo el 39.6 % de los niños menores de seis meses reciben lactancia exclusiva; ésta es más frecuente en el área rural, para los de madres del quintil más bajo y para los niños de madres que no trabajan.

El porcentaje que recibe lactancia exclusiva es mucho mayor en la Sierra que en la Costa, y más que el doble para niños de madres indígenas que para aquellos de madres mestizas. La complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado.

El 18.4 % de los niños menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante (consumo de agua u otros líquidos, excluyendo otras leches). Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, el 58.0 % de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa, el resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños en esas edades.

Entre los niños de 12 a 15 meses de edad, el 62.0 % está siendo lactado con cualquier tipo de lactancia y el 22.7 % entre los que tienen de 20 a 23 meses de edad". (CEPAR, 2004).

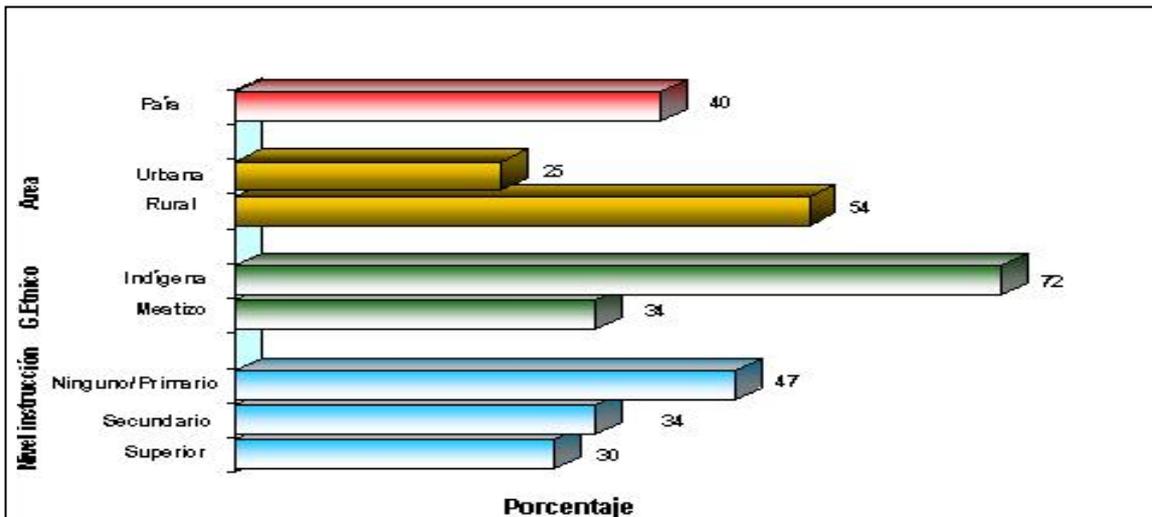


Figura 2: Lactancia exclusiva (0-5 meses), según características seleccionada

Adaptado del: ENDEMAIN, 2004

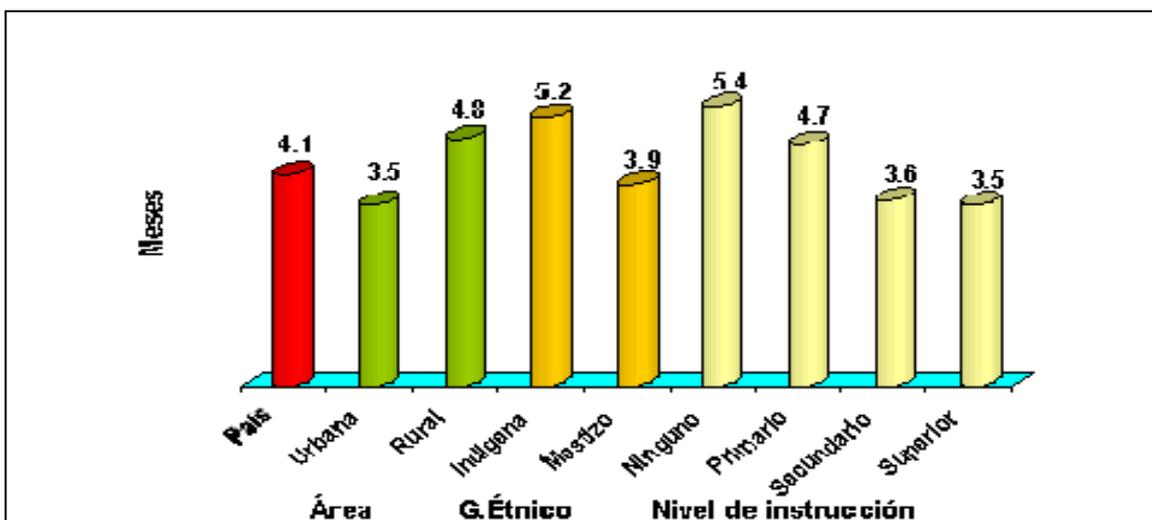


Figura 3: Duración promedio de lactancia materna completa, según características seleccionadas

Adaptado del: ENDEMAIN, 2004

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador destaca la lactancia materna como una política fundamental para erradicar la desnutrición infantil, constituye un objetivo estratégico del Plan Nacional del Buen Vivir que se desarrolla desde el año 2013 hasta el año 2017.

“Un reporte de la Encuesta Nacional y Nutrición realizada en 2012 (ENSANUT) indica que en Ecuador el 43,8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. La meta al 2017 es llegar al 64%. Entre 2010 y 2013 se crearon salas de apoyo a la lactancia materna y bancos de leche a favor de las madres que por motivos de salud no pueden dar de lactar a sus hijos. Estos están enfocados en promover la lactancia materna y disminuir la mortalidad y morbilidad infantil”. (PAOH, 2012).

El Ministerio de Salud Pública (MSP), con el objetivo de combatir la desnutrición infantil en el Ecuador, ha establecido una serie de acciones para proteger, promover y apoyar la lactancia materna; entre las cuales se destacan: distribución de materiales educativos en todas las unidades de salud del MSP, creación de grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario, apoyo y promoción de los bancos de leche humana e inauguración de lactarios institucionales en las provincias de Guayas y Pichincha.

Con el esfuerzo del personal de las Unidades Operativas del Distrito 15D01, se ha cumplido las actividades sobre la consejería para apoyar a las madres a iniciar la lactancia materna, dando a conocer sus beneficios, con el lema. “Apoyo a las madres que amamantan con amor: cercano, continuo y oportuno.

Del 31 de julio al 14 de agosto del 2013 se realizaron las actividades programadas para la promoción y prevención desde el subproceso de Nutrición y la cooperación de la Brigada Médica Cubana han apoyado el personal de salud, resaltando que la leche materna se adapta a las necesidades del bebé y es el alimento ideal para su adecuado crecimiento y desarrollo.

El acto de lanzamiento de la semana mundial de la lactancia materna en el Centro Materno Infantil Arosemena Tola con la explicación y socialización sobre “La Lactancia materna un derecho del niño, la madre, la familia y la comunidad”, las Ferias de Salud del; circuito 7 (Misahualli, Puerto Napo, Punibocana, Atahualpa) sede Misahualli, el circuito 9, el circuito 6 (Pano, Talag,

Shandia) sede SCS de Talag, el circuito 1 (Archidona, San Pablo y Amupakin,) sede Unidad Operativa Archidona, el circuito 2 (Cotundo, sardinas, Wawa Sumaco) sede Cotundo y la clausura este 14 de agosto con de los circuitos 4 y 5 que conforman (Paushiyacu, Casa del Diabético, Muyuna, Centro Urbano Tena, Centro Urbano Tena central, 21 de enero) sede Centro de Salud Urbano Satelital-Central.

Dentro de la actividad se ha dicho que la lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo durante los primeros meses de nacido; además se explicó sobre los componentes nutritivos que contiene la leche y lo beneficioso que resulta para el desarrollo del niño. Uno de los puntos que se trató fue los vínculos afectivos que se fortalecen entre el niño y su madre, durante este proceso se evitan numerosas enfermedades. Entre las enfermedades que se previene son la diabetes, arteriosclerosis, infarto de miocardio y la enfermedad de Crohn". (Boletín de Prensa N°. 073 del MSP - Napo, 2013).

Los beneficios de la lactancia materna no solo favorecen al bebé sino también aporta a numerosas ventajas a la madre como: pérdida de peso ganado durante el embarazo, tienen menor riesgo de hipertensión, disminuye el cáncer de mama y de ovario y disminuye el riesgo de tener osteoporosis en un futuro.

1.2.3. Análisis crítico

La no realización de lactancia materna exclusiva es de interés nacional, ya que en la actualidad han sucedidos 2 fenómenos: el éxodo de la mujer a las fuentes de trabajo y la industrialización de la leche de vaca, así como una desmedida promoción y publicidad de los alimentos infantiles, lo que ha llevado al abandono de la Lactancia Natural.

Recientemente muchos estudios han demostrado que la leche de vaca no es alimento inocuo para el ser humano, la masificación de su uso, en detrimento de la Lactancia Materna, ha traído un sinnúmero de problemas al hombre y su entorno como son:

- Alergias.
- Malnutrición.
- Micro hemorragia intestinales.
- Contaminación.
- Deformación de la estructura cráneo facial.
- No proporciona sustancias para el desarrollo de la inteligencia.
- Favorece la disrupción del vínculo madre – hijo.
- No permite el espaciamiento de los embarazos.
- Diabetes.
- Ateroesclerosis.
- Hipertensión arterial.
- Osteoporosis
- Litiasis.
- Nos protege contra el cáncer.
- Derrocha recursos económicos.

Si ponderamos lo que significa para una familia y para el país, alimentar a los niños con fórmulas a base de leche de vaca, nos quedaremos asombrados de lo que se gasta. Sólo en fórmula una familia gasta al mes el 35% del salario mínimo, sin contar los biberones, los pañales, el costo de consultas médicas y medicamentos cuando el niño se enferma, etc.

El país invierte, grandes cantidades de dinero, en importación de leches, en subsidio a los productores nacionales de leche, en seguridad alimentaria, en esfuerzos importantes para disminuir la morbi-mortalidad infantil y a otras edades, en rehabilitación oral, en rehabilitación de niños en situación irregular, en protección de los recursos naturales, sin saber que el mejor alimento es la

Lactancia Materna por su óptimo contenido nutricional, por su protección inmunológica para disminuir la morbi-mortalidad, por el vínculo afectivo indestructible que se genera entre la madre y el niño, garantizando individuos mentalmente sanos y emocionalmente estables; por el estímulo osteo muscular que se genera al amamantar, y que permite un buen desarrollo del macizo cráneo-facial, y en contraposición a todo esto, su mínimo costo, que sería en apoyo, educación y promoción de la práctica de la Lactancia Materna, que para algunos es casi desconocida, lamentablemente tenemos que enseñar a un mamífero a amamantar.

Por todo lo antes escrito debemos continuar reflexionando y tratando de revertir el proceso de socialización que nos llevó a olvidar la Alimentación Materna, la que la Naturaleza en su profunda sabiduría diseño para los Humanos.

1.2.4. Prognosis

Si el equipo de salud promueve una lactancia materna exclusiva inadecuada a futuro se tendrá una mayor afectación en la población como problemas en su desarrollo biológico, psicológico, social, además de un incremento de costos por el elevado consumo leches artificiales.

Por esto hay que emprender acciones que se encaminen a solucionar estos problemas y las enfermedades asociadas a la falta de lactancia materna exclusiva serán más frecuentes, lo que significa un gasto en salud cada vez mayor para el Estado.

1.2.5. Formulación del problema

¿Cómo interés del equipo de salud incide en promover una adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Gineco/Obstetricia y Neonatología del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el periodo Mayo- Octubre 2013?

1.2.6. Preguntas directrices

- ¿Cómo se está realizando la educación y promoción de la lactancia materna exclusiva?
- ¿Qué porcentaje de pacientes se retira del hospital con lactancia materna exclusiva?
- ¿Cómo incide el interés profesional en la lactancia materna exclusiva?
- ¿El interés profesional facilita la lactancia materna exclusiva post parto inmediato, durante la estadía de las pacientes en el hospital?
- ¿De qué factores depende que el equipo de salud cumpla con la lactancia materna exclusiva?

1.2.7. Delimitación del problema

- Delimitación de contenido
- Campo : Medicina
- Área : Lactancia (Ginecología / Obstetricia -Neonatología)
- Aspecto: Lactancia materna exclusiva
- Delimitación espacial: Tendrá lugar en el servicio
- Ginecología/Obstetricia y Neonatología del Hospital General José María Velasco Ibarra situado en el cantón Tena, provincia de Napo perteneciente a la Zona 2 de salud del Ecuador.
- Delimitación temporal: Se realizó en el periodo Mayo 2013- Octubre 2013.
- Unidades de observación: Personal de salud.

1.3. Justificación

La historia de la humanidad se circunscribe en hechos trascendentales, todo lo logrado hasta ahora ha sido en función de la lucha diaria que ha tenido el ser humano en el contexto de alcanzar el desarrollo; este desarrollo se relaciona directamente en el hecho de vivir bien, lograr un espacio en el estatus social,

que la sociedad se ha inventado como hecho cierto de ser personas de importancia, esto se basa en la correcta alimentación del ser humano desde su nacimiento hasta su vejez.

La lactancia materna exclusiva es un medio por el cual podemos prevenir muchas enfermedades, Ecuador es uno de estos Estados en el cual podemos aplicarla para así poder mejorar nuestras condiciones de vida, como es en la provincia de Napo. De esta manera la propuesta de este trabajo investigativo es original, ya que de la revisión realizada en textos no se ha realizado antes una investigación con el tema propuesto, y en zonas de gran pobreza relación al resto geográfico de la provincia.

Como es lógico la lactancia materna exclusiva es importante puesto que radica en determinar el por qué no se está realizando una lactancia materna adecuada, tratando desde luego de concienciar al equipo de salud en lo importante que representa este hecho en nuestro medio, ya que su interés no solo está en la salud colectiva de la población sino en el costo económico que ello representa.

En tal sentido la colaboración de quienes están inmersos en el desarrollo de ésta investigación es fundamental y su factibilidad está en el compromiso de su participación directa por eso el Hospital General José María Velasco Ibarra, brinda su apoyo irrestricto, además es factible porque las condiciones específicas del tema son propicias a obtener los resultados esperados.

Quienes han escogido una vocación de servicio colectivo como es la de brindar salud, deben hacer compromiso único que el ser humano es el centro de la vida, y la sociedad en la que vivimos es el reflejo de su existencia, por eso un pueblo sano será sinónimo de desarrollo y bienestar, en tal sentido la lactancia exclusiva en nuestro país y particularmente en la provincia de Napo consiste en asegurar un desarrollo adecuado de nuestra gente y así evitar cualquier enfermedad producida por el déficit de esta, el impacto socio-económico es

disminuir costos por el elevado consumo de leches artificiales y promover la lactancia materna, así beneficiara al Estado como a toda la población, en el ámbito psicológico, biológico y social, también al Ministerio de Salud Pública, en el hecho de que se pueda conocer por qué se está fallando la lactancia materna exclusiva en el país y desde luego al Gobierno Central para que enfoque su interés en este tema de gran importancia y mejorar las condiciones de vida de la población.

No obstante esta investigación constituye el inicio y una herramienta de consulta para próximas investigaciones al respecto, en la conciencia clara de brindar herramientas útiles para mejorar las condiciones de vida de nuestra población.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar si el interés profesional del equipo de salud incide en la adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Ginecología, Obstetricia y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra de Tena.

1.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar si se aplica el protocolo de enseñanza de la lactancia materna exclusiva.
- Educar y convencer acerca de los beneficios de una adecuada lactancia materna exclusiva.
- Determinar el interés profesional en la lactancia materna exclusiva.
- Analizar qué factores influyen para que el equipo de salud cumpla con la lactancia materna exclusiva.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

La fuente de investigación (equipo de salud), realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, sobre LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, concluye que “La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre. Se trata de un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo mientras fortalece el vínculo materno-filial”.

2.2. Fundamentación Filosófica

Esta investigación está basada en el paradigma Critico-Propositivo teniendo como finalidad determinar el compromiso del equipo de salud en la lactancia materna exclusiva comprendiendo los problemas que provoca en la salud de la personas si no existe esta, buscando así la solución para que pueda ser prevenido.

La visión de la investigación es determinar la forma de detectar oportunamente esta deficiencia para de ese modo poder ayudar al neonato y a la familia.

Esta investigación se fundamentó en la práctica de valores éticos y morales como respeto, la honestidad, la responsabilidad, la discreción y compromiso con cada una de las personas que han colaborado en el éxito de la misma, evitando emitir algún juicio de valor por el contrario con esta investigación se contribuyó con alguna alternativa de solución para que los profesionales brinden información adecuada sobre la lactancia materna exclusiva.

Se aplicó una metodología científica porque se explicó todo lo que se va a tratar en el documento. Por todo lo antes mencionado es una investigación

netamente cualitativa.

2.3. Fundamentación Legal

De acuerdo la **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR** promulgada en el año 2008 en su Capítulo VI acerca del Trabajo y Producción, Sección tercera de las Formas de trabajo y su retribución manifiesta:

Art. 332 .- “El Estado garantizará el respeto a los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, lo que incluye la eliminación de riesgos laborales que afecten la salud reproductiva, el acceso y estabilidad en el empleo sin limitaciones por embarazo o número de hijas e hijos, derechos de maternidad, lactancia, y el derecho a licencia por paternidad. Se prohíbe el despido de la mujer trabajadora asociado a su condición de gestación y maternidad, así como la discriminación vinculada con los roles reproductivos.” (..)

El **CÓDIGO DE TRABAJO** dispone, en su Capítulo VII, Del trabajo de mujeres y menores:

Art. 152.- “Toda mujer trabajadora tiene derecho a una licencia con remuneración de doce (12) semanas por el nacimiento de su hija o hijo; en caso de nacimientos múltiples el plazo se extiende por diez días adicionales. La ausencia al trabajo se justificará mediante la presentación de un certificado médico otorgado por un facultativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y, a falta de éste, por otro profesional; certificado en el que debe constar la fecha probable del parto o la fecha en que tal hecho se ha producido”(..)

Con respecto a la lactancia materna el Código de Trabajo menciona:

Art. 155.- “Guardería infantil y lactancia.- En las empresas permanentes de trabajo que cuenten con cincuenta o más trabajadores, el empleador establecerá anexo o próximo a la empresa, o centro de trabajo, un servicio de

guardería infantil para la atención de los hijos de éstos, suministrando gratuitamente atención, alimentación, local e implementos para este servicio.

Las empresas que no puedan cumplir esta obligación directamente, podrán unirse con otras empresas o contratar con terceros para prestar este servicio.

Durante los doce (12) meses posteriores al parto, la jornada de la madre lactante durará seis (6) horas, de conformidad con la necesidad de la beneficiaria. Corresponde a la Dirección Regional del Trabajo vigilar el cumplimiento de estas obligaciones y sancionar a las empresas que las incumplan.”(...)

2.4. Categorías Fundamentales

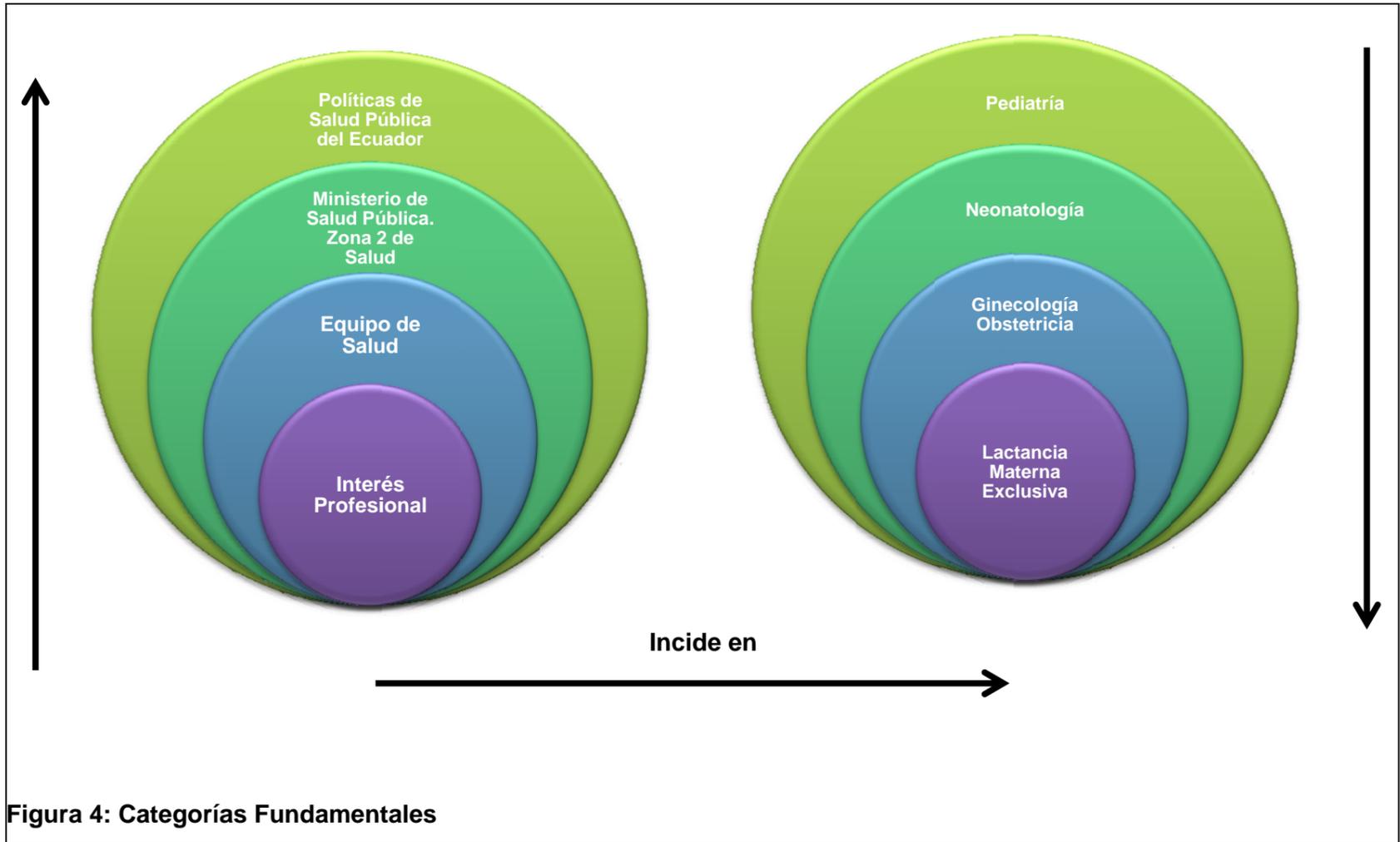


Figura 4: Categorías Fundamentales

2.5. DESARROLLO

El Equipo de Salud se define como “la asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias, la atención más integral de salud posible, con énfasis en la prevención y promoción de salud”.(Ministerio de Salud de Colombia, 2012).

“Con respecto a la lactancia toda mujer y su pareja tienen derecho a obtener de la persona de salud desde la etapa prenatal, información y las destrezas necesarias así como consejería sobre las ventajas y beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos que provee el amamantamiento en forma exclusiva hasta los nueve meses y las prácticas óptimas de alimentación complementaria. De igual manera deben ser orientadas sobre los riesgos que implica el uso de alternativas de alimentación, respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes.

2.5.1. Alimentación infantil

Para lograr el crecimiento y desarrollo óptimo, es importante la leche materna durante el primer año de vida, la práctica del amamantamiento debe ser exclusiva en los primeros seis meses de vida y se recomienda que se contenga hasta los dos años de edad. A partir de los seis meses debe ser acompañada de alimentos complementarios seguros e inocuos y de preferencia de procedencia casera”. (Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 1995).

2.5.2. Apoyo

“Las mujeres madres tienen derecho y la necesidad a ser apoyadas y estimuladas durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia materna, por parte de sus familias, la sociedad, lugares de trabajo y el Estado. Reciben

durante estas etapas información para desarrollar las capacidades necesarias para la administración de la producción, manipulación y almacenamiento de la leche humana”. (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2009).

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o una niña hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años. Los niños alimentados con leche materna son más inteligentes, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La lactancia con biberón, especialmente en las comunidades de bajos ingresos, representa una grave amenaza para la salud y la vida de millones de niños y niñas, por las dificultades para asegurar una higiene adecuada.

2.5.3. Lactancia Materna: Breve Reseña en el Tiempo

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo. En seguida necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza, de los medios de comunicación y de las organizaciones patronales en los sitios de trabajo.

De este modo se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna: nutrición, salud y apoyo en las tareas del hogar, desde la antigüedad se practica la lactancia materna, por ejemplo:

- “El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero.
- En toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, año 2000 A.C.

- En Esparta la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho. El hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado.
- En 1458 Thomas Muffett escribe sobre el uso medicinal y terapéutico de la leche materna para hombres y mujeres “en sus años de madures debilitados por la edad o la enfermedad”.
- En 1472 Paul Bagellardus escribe el primer incunable pediátrico: características de una buena nodriza, aconseja sobre el hijo, la diarrea y el vómito.
- Entre 1500-1700 las mujeres inglesas no amamantaban a sus hijos, de acuerdo a Fildes, quien revisó la historia de la alimentación infantil en Gran Bretaña.
- La lactancia era un método bien reconocido para retrasar un nuevo embarazo, pero se creía que estropeaba la figura y envejecía.
- En la Francia del siglo XVIII la alimentación infantil incluía: Lactancia Materna, Alimentación Artificial, Papilla y Nodrizas.
- A mediados del siglo XIX unos médicos iniciaron la búsqueda de un sustituto de la leche materna para reemplazar a las nodrizas. Soluciones a base de leche de vaca, azúcar y agua.
- En 1884 el Dr. A.V. Meigs, publicó un análisis entre la leche humana y leche de vaca. Se dedicó a mejorar la leche de vaca para igualarla a la humana, añadiendo agua de cal, grasa y azúcar que al ser esterilizada, el escorbuto y la desnutrición se hizo común.
- Pronto la industria arrebató la producción de alimentos infantiles a los médicos. Henri Nestlé, comerciante Suizo, combinó azúcar, harina de trigo con leche de vaca. Nestlé anunció su producto tan correcto científicamente que no dejaba nada que desear. Las madres se convirtieron en el objeto de la publicidad

En el siglo XX hay un renovado movimiento por la lactancia materna, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Se destacan:

- 1979: Reunión OMS – UNICEF sobre prácticas "de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- 1981: La AMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna.
- 1989: Declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.
- 1989 Ginebra Declaración conjunta UNICEF – OMS: Diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa:
 1. Disponer de una política
 2. Capacitar a todo el personal
 3. Capacitar a las gestantes sobre la lactancia materna
 4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
 5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia
 6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva
 7. Facilitar el alojamiento conjunto
 8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
 9. No dar a los niños biberones y chupos
 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo
- 1990: Declaración de Innocenti. Los hospitales amigos de los niños se acreditan al cumplir los diez pasos para una lactancia feliz.
- 1992: Conferencia internacional de nutrición y Plan de Acción de Nutrición. Roma.
- WABA, UNICEF, RED IBFAN entre otros, promueven la primera semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de agosto. Tema: "Hospitales amigos de los Niños." (UNICEF. Colombia, 2004).

2.5.4. Lactancia Materna

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". (León-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002, p. 110).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses. Sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete.

“El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo para no recibir leche materna es un incumplimiento de estos

derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un período relativamente corto”. (FAO, 2002).

“La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud”. (World Health Organization (WHO), 2013).

“La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas”. (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2005).

2.5.5. Leche Materna: Definición

La leche materna ha sido definida como un “fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas”.(Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2005).

“La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue

cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándoles nutriente en calidad y cantidad adecuadas. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos”. (World Health Organization (WHO), 2013).

2.5.6. Tipos de Leche Materna

“La leche humana es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla, se distinguen: el calostro, la leche de transición y la leche madura.

Calostro:

Propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por succión, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

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

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

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

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

Leche de Transición:

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

Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche Madura:

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pre-término) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado.

La leche de pre-término contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto (Lawrence, 1989) y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

Composición de la leche madura

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

- **Agua**

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

- **Proteínas:**

La leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lacto albúmina (de alto valor biológico para el niño), ser albúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas. Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna.

La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferro dependientes (*E. coli*), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño. La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias.

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. Entre ellos la taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del

cerebro y la retina.

- **Hidratos de carbono**

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

- **Las grasas:**

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos. La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados. Después del nacimiento, el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares. Esta inmadurez se compensa por las lipasas linguales y gástricas y además por una lipasa no específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares.

Cada día hay más evidencias que los factores dietéticos de la infancia están involucrados en el desarrollo posterior de la enfermedad cardiovascular.

- **Vitaminas:**

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

- **Vitaminas liposolubles**

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

- **Vitamina A.-** la concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

- **Vitamina K.-** la concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

- **Vitamina E.-** El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poli-insaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

- **Vitamina D.-** el contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz

solar.

- **Vitaminas hidrosolubles**

En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina B.

- La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.
- Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente altas. Las usuarias de anticonceptivos orales por largo plazo pueden presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche.

- **Minerales:**

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna.

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente.

- **Hierro.-**

El hierro de la leche humana se absorbe en un 70%, el de la leche de vaca un 30% y en los sustitutos sólo el 10%. En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente.

- **Zinc.-**

El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre.

- **Elementos traza.-**

En general el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza. Cobre, Cobalto, Selenio estos tres elementos tienen niveles más elevados en la leche humana que en la de vaca. La deficiencia de cobre, que produce una anemia microcítica hipocrómica y alteraciones neurológicas, ocurre solamente en los niños alimentados artificialmente.

El selenio se encuentra en mejores niveles en niños de tres meses de edad que se alimentan con leche materna exclusivamente. Los niveles de selenio de la leche humana varían ligeramente en las áreas donde los suelos son deficientes en selenio.

- Cromo, Manganeso, Aluminio Los niveles de estos minerales pueden ser hasta unas 100 veces mayores en la leche de vaca. Se ha postulado que pequeñas cantidades tienen algunos efectos en el aprendizaje posterior y en el crecimiento de los huesos.

- **Yodo.-**

Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. El uso tópico de

yoduros (ej.: curaciones de la piel o mucosas de la madre) puede afectar la función tiroidea de los niños amamantados, ya que el yodo se concentra en la leche.

- **Otras sustancias.-**

La leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.

- **Hormonas:**

Se pueden mencionar : oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

- **Nucleótidos:**

En la leche humana, están presentes nucleótidos, que afectan la absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que se incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I - II y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros).

- **Enzimas :**

Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales

biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.

2.5.7. Cualidades Inmunológicas de la Leche Materna

La leche materna no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce. El calostro y la leche madura tienen componentes anti-infecciosos tanto humorales como celulares. Son las inmunoglobulinas IgA, IgM, IgG, lisozima y otras enzimas, lactoferrina, factor bífido, interferón, gangliósidos, prostaglandinas y otras sustancias inmuno reguladoras.

2.5.8. Potencial alergénico de la leche de vaca

La beta-lactoglobulina, porción proteica más importante del suero en la leche de vaca, tiene un gran potencial alergénico. La hipersensibilidad a la leche de vaca es responsable de al menos el 20% de las alergias infantiles, debido a que la mucosa intestinal del lactante no tiene un mecanismo que impida el paso de proteínas enteras a la sangre. Se ha encontrado anticuerpos en la sangre y en las deposiciones de niños alimentados con leche de vaca.

Los síndromes alérgicos asociados con la leche de vaca incluyen gastroenteropatías, dermatitis atópica, rinitis, enfermedad pulmonar crónica, eosinofilia, alteración del crecimiento y muerte súbita. Se ha atribuido a una reacción anafiláctica a la leche de vaca como una de las causas de la muerte súbita. Los síntomas gastrointestinales incluyen cólicos, diarrea, sangre en las deposiciones, vómitos, pérdida de peso, mal absorción, colitis y alteración del

crecimiento.

2.5.9. Fórmulas lácteas

Todas las fórmulas lácteas (excepto la de soya) son preparadas a partir de la leche de vaca. Su formulación ha sido modificada progresivamente a medida que los estudios científicos aportan nuevos antecedentes sobre los distintos componentes específicos de la leche humana, pero ésta nunca podrá ser imitada.

2.5.10. Lactancia materna exclusiva

La lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

La OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.” (Buenas Tareas, 2013).

2.5.11. Ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva

“Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad.

- La lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial;
- La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante;
- El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones;
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño;
- La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización;
- La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos;
- La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño;
- Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

- **La lactancia materna también contribuye a la salud de la madre** inmediatamente después del parto, ya que ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto.
- A corto plazo, la lactancia materna retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario.” (FAO, 2002).

2.5.12. Beneficios de la Lactancia Materna

Para la Madre

- “Favorece el restablecimiento del vínculo madre hijo.
- Refuerzo de la autoestima.
- Menor sangrado post parto.
- Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias.
- Mayor espaciamiento entre embarazos.
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
- Menor depresión post parto.
- Más rápida recuperación física.
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, en viajes, etc.
- Ayuda a estilizar su silueta (utilizando la grasa de reserva post parto para producir leche).

Para el Niño

- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
- Nutrición óptima, especialmente del Sistema Nervioso Central.
- Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del R.N.
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante.

- Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de enfermedad celíaca.
- Menor incidencia de infecciones urinarias.
- Protección contra Diabetes Mellitus.
- Protección contra obesidad e hipercolesterolemia.
- Protección contra algunas formas de cáncer.
- Protección contra infecciones del oído medio en la primera infancia.
- Menor incidencia de problemas dentales y maloclusión.
- Asociación con inteligencia superior.
- Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad para defenderse más rápidamente de las enfermedades.
- Menor incidencia de maltrato infantil y abandono, por los lazos afectivos que se crean.
- No requiere suplemento vitamínico y mineral, ni agua u otros líquidos mientras tome pecho exclusivo.
- Menor incidencia de eccemas y otras afecciones de la piel.
- Menor incidencia de enfermedades intestinales del adulto, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn).

Para la Familia

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.
- Menor gasto en medicamentos, alimentos sustitutos, etc.
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
- Economía basada en que el costo de alimentar a una madre que amamanta es sensiblemente inferior al de alimentar a un niño con fórmula infantil.
- Posibilidad de utilizarlo como método anticonceptivo (Mela).

Para la Sociedad

- Perspectivas de una sociedad más sana en el futuro.
- Ahorro de tiempo y combustible.
- Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos.
- Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención primaria.
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres.
- Contribución al equilibrio ecológico.
- Disminución de la Morbi Mortalidad Infantil.
- Menor gasto por la adquisición de leches artificiales, tetinas y biberones.
- Desventajas del Uso de Biberón y Chupete.
- Perturbación del desarrollo del macizo cráneo facial y perjuicio de la postura corporal.
- Mayor frecuencia de diarreas, deshidratación, desnutrición y muerte.
- Mayor posibilidad de contraer infecciones y que éstas sean más graves.
- Menor posibilidad de contacto piel a piel.
- Confusión de pezón, por lo cual rechaza el niño el pecho.
- Mayor posibilidad de contaminación.
- Respuesta inadecuada (chupete) a la necesidad de contacto piel a piel con su madre.” (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 1995).

2.5.13. Lactancia Materna Exclusiva como políticas de Salud

“Las políticas pueden asumir el acto jurídico (leyes, decretos, resoluciones), planes, programas o declaraciones. Sin embargo no siempre son explícitas y en ocasiones sus expresiones formales, incluso son difíciles de identificar. Dentro de las políticas aparece un nuevo concepto que es el desarrollo de redes políticas que está cobrando mayor dinamismo y se produce como consecuencia: por un lado la intervención creciente del Estado en las sociedades avanzadas y por otro lado por el proceso de globalización”.(Salazar

& Sevilla, 2012, p. 5).

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas (Kramer M et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(4): 413-420).

La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding*.

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño describe las intervenciones esenciales para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva.

El Gobierno Ecuatoriano mantiene el firme compromiso de fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, incluida como meta en el Plan Nacional del Buen Vivir, 2013 – 2017, en cooperación conjunta del Ministerio

de Salud y el Ministerio Coordinador de Desarrollo social.

El Ministerio de Salud Pública destaca que en el año 2012 se incrementó la lactancia materna exclusiva al 43% y que una de las 8 metas incluidas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017 es el incremento al 64% de la lactancia materna exclusiva. Además esta institución gubernamental fomenta el apego precoz entre la madre y el recién nacido; salas de apoyo a la lactancia materna en lugares de trabajo; bancos de Leche Humana cabe mencionar que al momento existen 7 centros en el país. En Ecuador la lactancia materna no solo se la ve como una política nutricional sino como parte integral del desarrollo del niño o niña a que le asegura una vida sana y segura.

Entre los principales factores que contribuyeron al éxito de la lactancia materna en nuestro país se destacan los factores culturales, como la sensibilización entre niñas y adolescentes sobre la importancia de la lactancia materna como un acto de amor; y los factores laborales, relacionados con la generación de condiciones propicias favorables para que las madres trabajadoras puedan ejercer este derecho.

2.6. Hipótesis

El interés profesional del equipo de salud incide en promover una adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Gineco/Obstetricia y Neonatología del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.

2.7. Señalamiento de variables de la hipótesis

Unidades de Observación

- El equipo profesional de salud del Hospital General José María Velasco de la ciudad de Tena.

Variable independiente

- El interés profesional del equipo de salud.

Variable dependiente

- La lactancia materna exclusiva.

Termino de Relación

- Incide

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

Se utilizó como enfoque principal la investigación cualitativa, porque con esta se observó los hechos, interactuando con el personal de salud de manera directa, haciendo una descripción global del fenómeno a investigar, para llegar a un enfoque contextualizado del problema, que se basó en observación y encuesta para así desarrollar una solución al problema encontrado.

3.2. Modalidad básica de la investigación

La modalidad básica de la investigación fue de Campo ya que el estudio de los hechos se realizaron en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena en los servicios de Ginecología/Obstetricia y Neonatología, con el equipo de salud de forma directa, interactuando con su personal, conociendo la realidad de la situación y sus factores influyentes para el adecuado manejo de la lactancia materna exclusiva.

Es una investigación exploratoria - descriptiva porque nos permitió observar el fenómeno y conocer por qué no se realiza una adecuada lactancia materna exclusiva , con lo cual se puede determinar la falla del manejo y así valorar los efectos negativos en los neonatos y la madre, será un estudio transversal por que se realizará en el periodo Mayo 2013 – Octubre 2013.

3.3. Nivel o Tipo de Investigación

Es una investigación exploratoria – descriptiva porque permitió observar el fenómeno para evaluar el interés profesional del equipo de salud en promover una adecuada lactancia materna.

3.4. Población y muestra

Profesionales de la salud : Ginecología / Obstetricia y Neonatología
Pacientes : Madres asiladas en G/O

No se considera la necesidad de calcular una muestra.

Profesionales de la Salud

Médicos Tratantes	: 5
Médicos Residentes	: 10
Obstetras	: 5
Enfermeras	: 14
Aux. Enfermería	: 14
Pacientes	: 90

3.5. Operacionalización de Variables

Variable independiente: interés profesional del equipo de salud

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Es un grupo de personas con saberes y funciones diferentes, que comparten un mismo objetivo, responden a una organización y tienen un coordinador. Este grupo tiene la habilidad de brindar colectivamente con la sumatoria de voluntades, habilidades e intereses de todos sus integrantes, un servicio de salud más eficiente y efectivo, así presentando la preocupación que demuestra hacia sus pacientes, el médico, odontólogo, obstetra y enfermera.</p>	<p>Personas con funciones y objetivos para brindar un servicio de salud</p> <p>La preocupación del médico tratante.</p> <p>La preocupación del Médico Residente e interno de medicina.</p> <p>Preocupación del Obstetra.</p> <p>Preocupación de la Enfermera y Aux. de enfermería.</p>	<p>El conocimiento del personal de salud.</p> <p>El interés profesional.</p> <p>El compromiso en el adecuado manejo de la Lactancia materna.</p>	<p>¿Hay interés del equipo de salud en la lactancia materna exclusiva?</p>	<p>Observación</p> <p>Encuesta</p>	<p>Libro de registro</p> <p>Observar al equipo de salud en el postparto, en el manejo materno infantil.</p> <p>Cuestionario al personal de salud.</p>

Variable dependiente: lactancia materna exclusiva

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).	Riesgo de presentar una enfermedad	Vinculo madre e hijo	Hipoglicemias Desnutrición	Observación Encuesta	Libro de registro. Observar al equipo de salud en consulta con el paciente. Cuestionario a madres.

3.6. Recolección de la Información

Se utilizó la modalidad de Observación de campo y encuesta; es decir que la recolección de la información será en relación directa con el personal de salud de los servicios de Ginecología y Neonatología así como las madres asiladas en esta casa de salud durante el periodo descrito anteriormente.

<p>¿Para qué?</p>	<p>Con el fin de aportar información de cómo se está realizando la lactancia materna exclusiva como sugiere el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.</p> <p>Informar la realidad y el manejo de la lactancia materna exclusiva en el Hospital General José María Velasco Ibarra.</p> <p>Facilitar un manejo adecuado de la lactancia materna exclusiva y prevenir así enfermedades a la madre y el neonato y mejorar su calidad de vida.</p>
<p>¿A quiénes?</p>	<p>Al personal de salud</p> <p>A las madres</p>
<p>¿Sobre qué aspectos?</p>	<p>El interés profesional del equipo de salud en el adecuado manejo de la lactancia materna exclusiva.</p>
<p>¿Quiénes?</p>	<p>Alex Araujo, Rosa Coba, Paulina Polo.</p>
<p>¿Cuándo?</p>	<p>Mayo 2013- Octubre 2013.</p>
<p>¿Dónde?</p>	<p>Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.</p>
<p>¿Cuántas veces?</p>	<p>Por dos ocasiones para rectificar errores en caso</p>

	de haberlos.
¿Con que técnica?	Observación y Encuesta.
¿Con que instrumentos?	Cuestionario de la encuesta Registro específico
¿En qué situación?	Salas de las unidades de salud.

3.7. Procesamiento y Análisis

Según las sugerencias del Dr. Luis Herrera autor del libro Tutoría de la Investigación.

Con los datos recogidos se hará:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir una depuración de la información defectuosa.
- Repetición de la recolección en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- Tabulación de la información pregunta por pregunta, dato por dato a la luz del marco teórico y representada mediante tablas con las cifras obtenidas para luego obtener la relación porcentual con referencia al total estructurando el cuadro de resultados, luego se graficará los resultados mediante pasteles estadísticos para finalmente analizar e interpretar los resultados y de esta manera confirmar o no la hipótesis.

CAPÍTULO IV

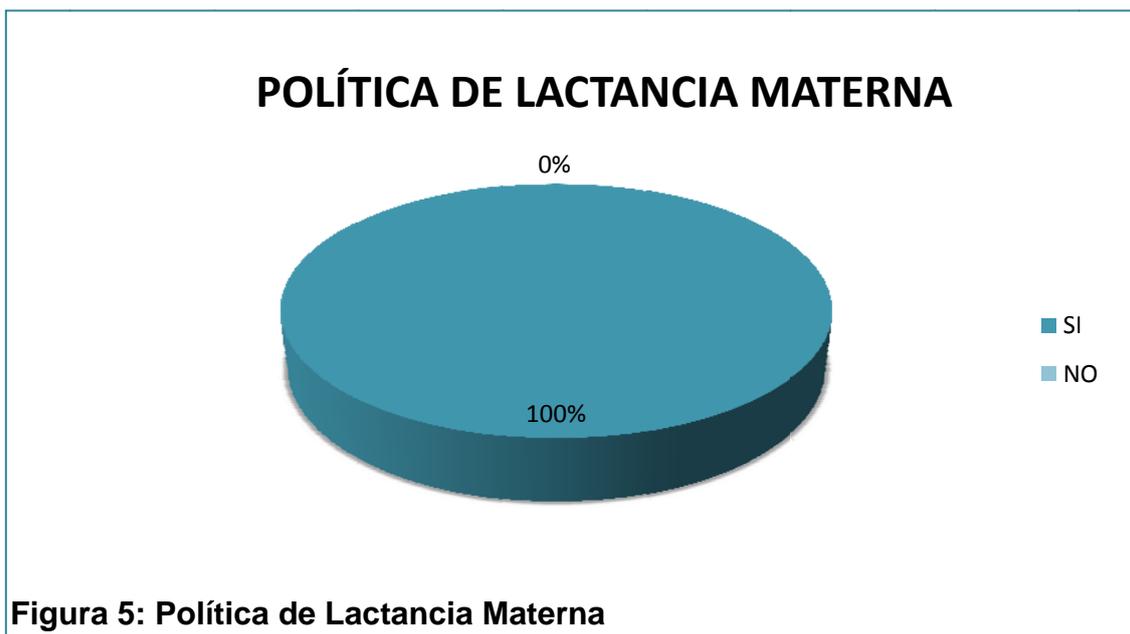
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Tabulación, Análisis e Interpretación de Datos

1. ¿El Hospital José María Velasco Ibarra tiene una política de Lactancia Materna?

Tabla 1: Política de Lactancia Materna

VARIABLE	f	%
SI	48	100
NO	0	0
TOTAL	48	100



ANÁLISIS: El 100% del personal de salud encuestado y que labora en el Hospital “José María Velasco Ibarra”, dice que si tiene una política de lactancia materna; esta es que las madres solo deben dar el seno al recién nacido por lo menos hasta los 6 meses de edad.

INTERPRETACIÓN: Todo el personal de salud sabe que la política de lactancia materna es exclusiva durante sus primeros 6 meses de edad.

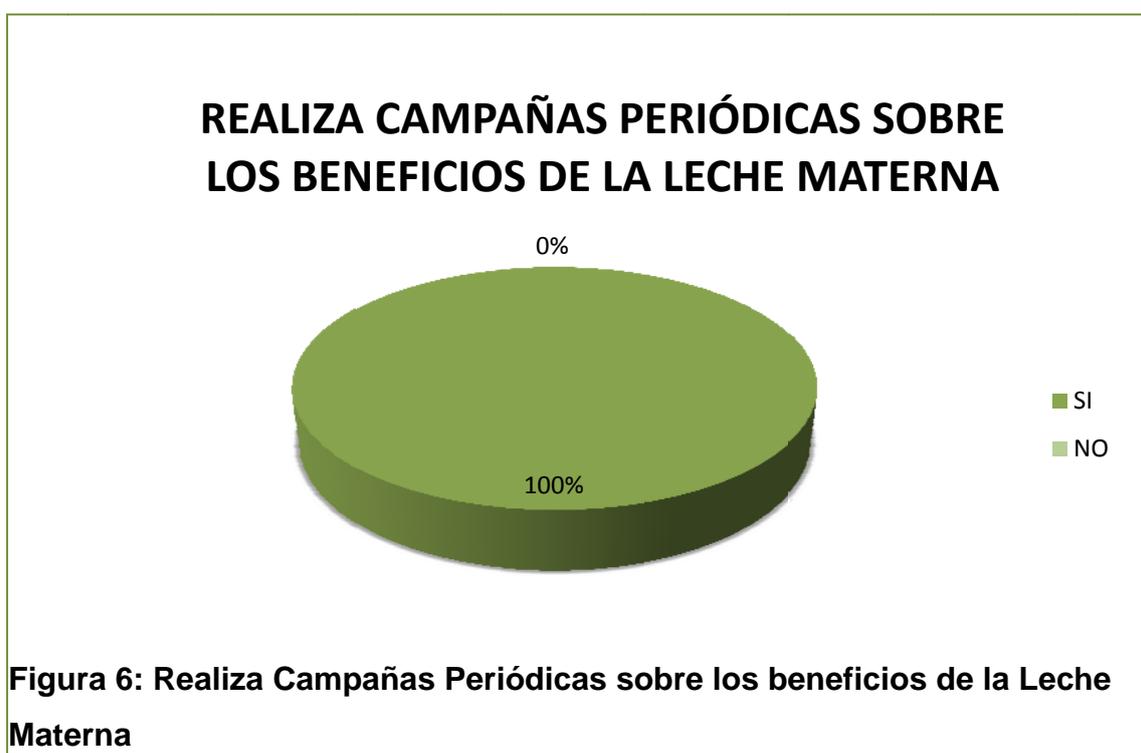
FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

2. ¿Su Unidad de Salud realiza campañas periódicas sobre los beneficios y el manejo de la leche materna?

Tabla 2: Realiza Campañas Periódicas sobre los beneficios de la Leche Materna

VARIABLE	f	%
SI	48	100
NO	0	0
TOTAL	48	100



ANÁLISIS: El 100% del personal de salud encuestado, realiza campañas periódicas sobre los beneficios y manejo de la leche materna, en la consulta externa y hospitalización de ginecología y neonatología.

INTERPRETACIÓN: Todo el personal de salud realiza campañas periódicas promocionando los beneficios de la lactancia materna exclusiva en la consulta externa de ginecología y neonatología, así como durante su estancia en hospitalización.

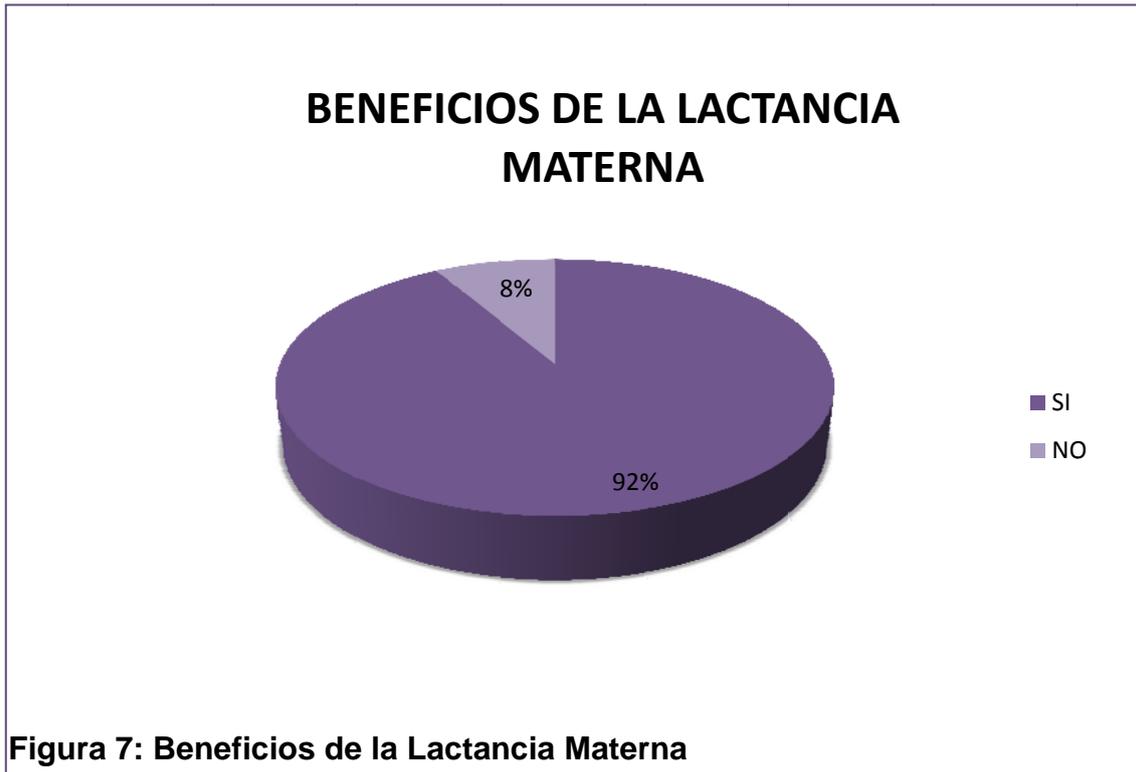
FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

3. ¿Usted informa a toda mujer embarazada que asiste a su servicio, sobre los beneficios de la lactancia materna?

Tabla 3: Beneficios de la Lactancia Materna

VARIABLE	f	%
SI	44	87
NO	4	13
TOTAL	48	100



ANÁLISIS: El 92% del personal de salud encuestado, señala informa a la mujer embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna, mientras que solo un 8% no informa debido a que no trabaja con la madre o le falta tiempo para hacerlo.

INTERPRETACIÓN: Observamos que el equipo de salud en su mayoría informa sobre los beneficios de la lactancia materna, mientras que una minoría no logra realizar esto por varias causas.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

4. ¿Ayuda a la madre a iniciar la lactancia materna durante la primera hora posterior al parto?

Tabla 4: Ayuda en el inicio de la Lactancia Materna

VARIABLE	f	%
SI	46	94
NO	2	6
TOTAL	48	100



ANÁLISIS: El 96% del personal de salud encuestado, ayuda a la madre a iniciar la lactancia materna durante la primera hora posterior al parto, mientras que un 4% no lo realiza.

INTERPRETACIÓN: el equipo de salud en su mayor porcentaje ayuda en inicio a su lactancia materna exclusiva mientras que una minoría no realiza este

procedimiento, por descuido, falta de tiempo o en los casos que no ameriten puesto que presentan alguna complicación durante el parto.

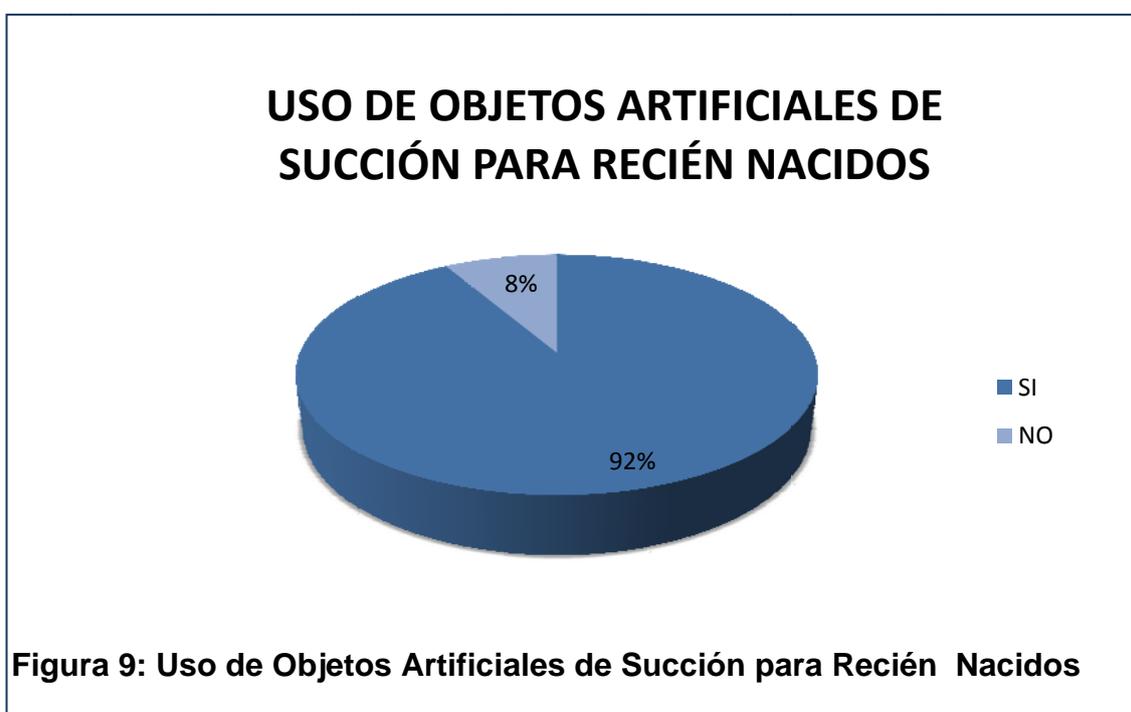
FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puentes.

5. ¿Recomienda a las madres, el uso de objetos artificiales de succión para los recién nacidos?

Tabla 5: Uso de Objetos Artificiales de Succión para Recién Nacidos

VARIABLE	f	%
SI	44	87
NO	4	13
TOTAL	48	100



ANÁLISIS: Del personal de salud encuestado, el 92% no recomienda a las madres, el uso de objetos artificiales de succión para los recién nacidos ya que causa problemas de salud, y el 8% lo recomienda aduciendo que sirve para formar los pezones o cuando tiene leche en exceso puede sacarse para guardarla.

INTERPRETACIÓN: la mayoría del equipo de salud no recomienda el uso de objetos artificiales para lactancia, pero una minoría recomienda utilizar para succionar y sacar la leche para refrigeración, pero no el uso de chupones, u otros aparatos que sustituyan su alimentación.

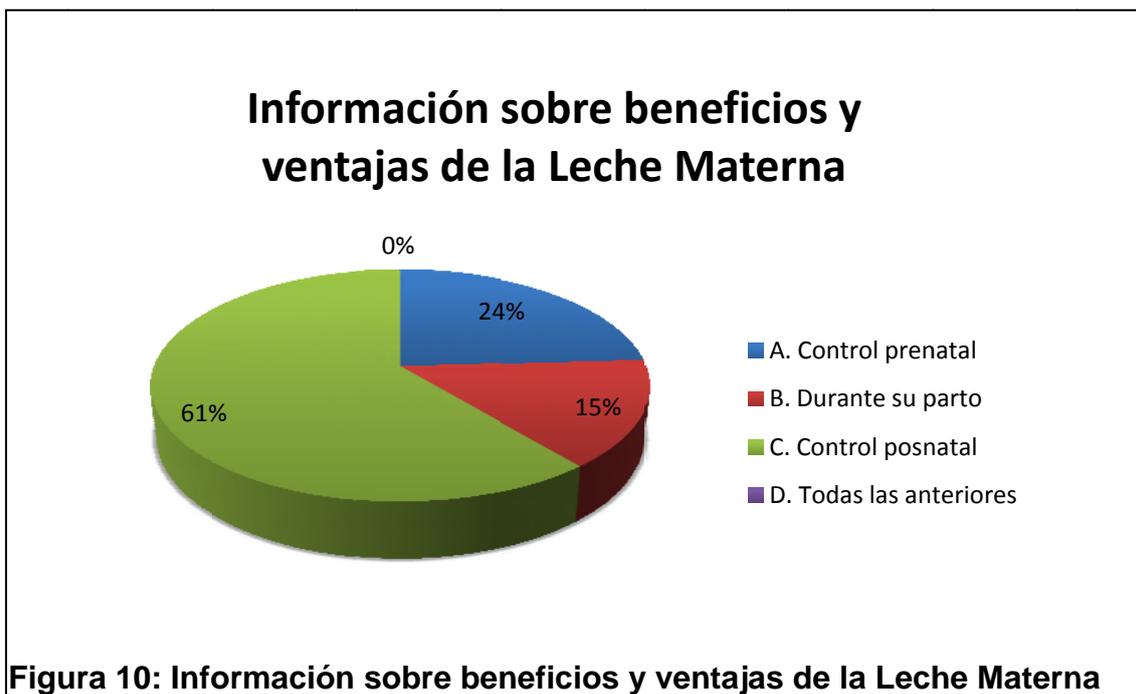
FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

1. ¿Cuándo ha recibido información en nuestro Centro de salud, sobre los beneficios y ventajas de la leche materna?

Tabla 6: Información sobre beneficios y ventajas de la Leche Materna

VARIABLE	f	%
A. Control prenatal	22	24
B. Durante su parto	13	15
C. Control posnatal	55	61
D. Todas las anteriores	0	0
TOTAL	90	100



ANÁLISIS: El 61% de madres encuestadas señala que ha recibido información sobre los beneficios y ventajas de la leche materna en el control posnatal, mientras que el 24% en el control prenatal y el 15% durante el parto.

INTERPRETACIÓN: observamos que la mayoría de las madres han recibido información de la lactancia en su control posnatal, un porcentaje moderado en el prenatal y el mínimo durante su parto.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

2. ¿Cuál es el período mínimo de lactancia materna que usted amamanta a su hijo/a?

Tabla 7: Periodo mínimo de Lactancia Materna

VARIABLE	f	%
A. 6 meses	25	28
B. 12 meses	59	65
C. 24 meses	6	7
D. 36 meses	0	0
TOTAL	90	100



ANÁLISIS: El 65% de madres contesta que el período mínimo de lactancia materna es hasta los 12 meses, el 28% hasta los 6 meses y un 7% hasta los 24 meses de edad.

INTERPRETACIÓN: la lactancia materna exclusiva es hasta los 6 meses, y en

esta pregunta observamos que la mayoría de las madres dan de lactar pasado este tiempo lo cual indica que tiene mal nutrición él bebe por su desconocimiento, pero solo una parte de ellas da de lactar adecuadamente a sus hijos.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

3. ¿Identifica usted los riesgos del uso de Fórmulas Artificiales en la alimentación de su hijo/a?

Tabla 8: Riesgo por uso de Formulas Artificiales en la Alimentación del Niño

VARIABLE	f	%
A. Desnutrición	11	12
B. Alergias	11	12
C. Infección	18	20
D. Todas las anteriores	45	50
E. desconoce	5	6
TOTAL	90	100

RIESGO POR USO DE FORMULAS ARTIFICIALES EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

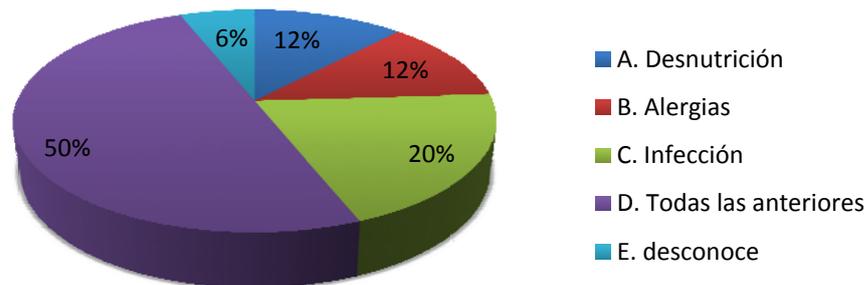


Figura 12: Riesgo por uso de Formulas Artificiales en la Alimentación del Niño

ANÁLISIS: El 50% de madres encuestadas identifica los riesgos del uso de Fórmulas Artificiales en la alimentación de los niños como causa de desnutrición, alergias e infección, el 20% como motivo de infección, el 12% de alergias y otro 12% de desnutrición, mientras que un 6% desconoce estos riesgos.

INTERPRETACIÓN: Observamos que la mayoría de las madres refieren un conocimiento de que la leche artificial no tiene los mismos compuestos que la leche materna lo cual predispone a tipos de infecciones, alergias y desnutrición, pero hay un mínimo que desconoce lo que puede causar en sus hijos.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

4. ¿Cómo protege la Ley a la mujer trabajadora que amamanta?

Tabla 9: Protección de la Ley a la mujer trabajadora que amamanta

VARIABLE	f	%
A. Tres meses de permiso y dos horas de periodo de lactancia hasta que el niño cumpla un año de edad.	23	25
B. Tres meses de permiso y cuatro horas de periodo de lactancia hasta que el niño cumpla seis meses de edad.	12	13
C. Tres meses de permiso y dos horas de periodo de lactancia hasta que el niño cumpla nueve meses de edad.	0	0
D. Seis meses de permiso y dos horas de periodo de lactancia hasta que el niño cumpla seis meses de edad.	0	0
E. Desconoce	55	62
TOTAL	90	100



ANÁLISIS: El 62% de madres encuestadas, desconoce la Ley que protege a la mujer trabajadora que amamanta, el 25% dice que tiene derecho a tres meses de permiso y dos horas de lactancia hasta que el niño cumpla un año de edad, el 13% señala que tiene derecho a tres meses de permiso y 4 horas de periodo de lactancia hasta que el niño cumpla 6 meses de edad.

INTERPRETACIÓN: el desconocimiento acerca de su derecho de maternidad es muy elevado por las madres, por que tan solo una parte de ellas refiere conocimiento sobre la ley de lactancia materna.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

5. ¿Conoce usted qué medicación está contraindicada durante el período de lactancia materna?, la misma que debe consultar a su médico.

Tabla 10: Medicación Contraindicada durante la Lactancia Materna

VARIABLE	f	%
A. Antidepresivos	12	13
B. Antiácidos	0	0
C. Antibióticos	6	7
D. Analgésicos	0	0
E. Desconoce	72	80
TOTAL	90	100

MEDICACIÓN CONTRAINDICADA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

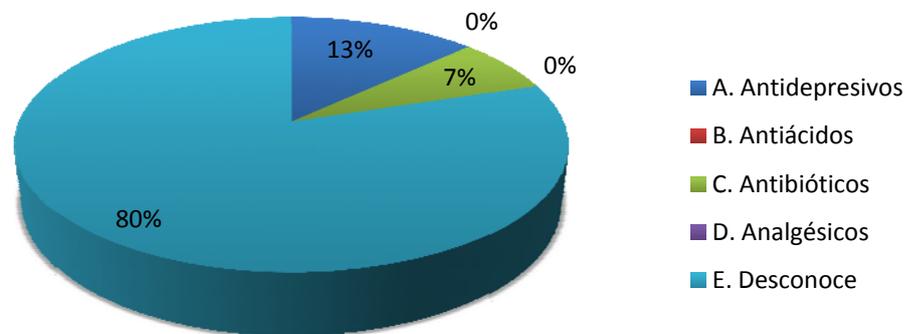


Figura 14: Medicación contraindicada durante la Lactancia Materna

ANÁLISIS: El 80% de madres encuestadas desconoce que medicación está contraindicada en el período de lactancia, un 13% señala los antidepresivos y un 7% los antibióticos.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de madres refiere desconocer que medicina afectaría a su hijo y tan solo una pequeña parte indica que las afectaría durante su periodo de gestación.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

6. ¿Cree usted que su niño desde su nacimiento hasta el año de vida, debe ser alimentado con leche materna?

Tabla 11: Hasta el año de vida el niño debe ser alimentado con Leche Materna

VARIABLE	f	%
SI	90	100
NO	0	0
TOTAL	90	100



ANÁLISIS: El 100% de madres encuestadas señala que el niño debe ser alimentado con leche materna desde su nacimiento hasta el año.

INTERPRETACIÓN: observamos que la mayoría de madres refieren que la lactancia debe ser durante el nacimiento hasta el primer año de vida, lo cual no es así y su exclusividad es durante los primeros 6 meses de vida posterior a lo cual se debe incluir a la alimentación diaria.

FUENTE: Personal de la salud del área de Ginecología y Neonatología del hospital José María Velasco Ibarra, Tena 2013.

AUTORES: Alex Fabián Araujo Muñoz, Rosa Guadalupe Coba Cueva, María Paulina Polo Puente.

4.2. Verificación de la Hipótesis

El interés profesional del equipo de salud si incide en el adecuado manejo de la lactancia materna exclusiva puesto que los profesionales que lo conforman se encuentran con conocimientos del tema no consolidados, por los cuales estos vacíos hacen que presente un desinterés en su adecuado manejo.

Existen varios factores que influyen en la no adecuada lactancia materna como por ejemplo complicaciones durante el parto, déficit de personal, la no adecuada educación de la gestante sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva por parte del equipo de salud en su periodo de embarazo.

Otro punto importante en la lactancia materna exclusiva, es la disposición negativa de la paciente para la lactancia tanto por su status socioeconómico como cultural, puesto que el personal de salud no mejora el vínculo de relación con los pacientes, explicándoles las ventajas o las consecuencias de la lactancia materna exclusiva.

Siendo así, si no mejoramos el interés profesional del equipo de salud en la adecuada lactancia materna exclusiva, esta seguirá afectando a nuestra

población en general además de aumentar gastos y tiempo en sus complicaciones.

Análisis de varianza de un factor						
ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	59,51405	1	59,5140	178,5332	1,0875E-05	5,987377
Dentro de los grupos	2,0001	6	0,3333			
Total	61,51415	7				
Hay diferencia significativa entre el interés profesional y la adecuada lactancia materna puesto que P es \ll a 0,05 Esto significa que la hipótesis se acepta						

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El monitoreo del conocimiento de temas básicos sobre la adecuada lactancia materna exclusiva en el servicio de Gineco/Obstetricia y Neonatología del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el periodo Mayo- Octubre 2013, concluye que existe conocimientos no consolidados, lo que incide en un mal manejo sobre la adecuada lactancia materna exclusiva.
- El equipo de salud refiere que si tiene una política de lactancia materna; esta es que las madres solo deben dar el seno al recién nacido por lo menos hasta los 6 meses de edad.
- Los profesionales de salud realizan campañas periódicas sobre los beneficios y manejo de la leche materna, en la consulta externa y hospitalización de ginecología y neonatología.

5.2. Recomendaciones

- Exaltar y perfeccionar los medios de información sobre la importancia y ventajas de la lactancia materna, para el equipo de salud.
- Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención en salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural por medio del equipo de salud para procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.
- Es necesario el conocer en el hospital su cobertura, alcances (logros) y limitaciones para una adecuada lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Título

Ciclo de conferencias del equipo de salud para una adecuada lactancia materna exclusiva.

6.1.2. Institución

Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.

6.1.3. Ubicación

Servicio materno infantil.

6.1.4. Tiempo

En un tiempo estimado de corto plazo, dependiendo desde el momento en que se aplique hasta obtener los resultados esperados.

6.1.5. Costo

Bajo costo, puesto que es una propuesta que no necesita inversión económica elevada para poder ser realizada.

6.1.6. Responsables:

- Alex Fabián Araujo Muñoz
- Rosa Guadalupe Coba Cueva
- María Paulina Polo Puente

6.2. Antecedentes de la Propuesta

La leche materna es el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o una niña hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años, siendo así que la lactancia materna es la leche extraída o de nodriza que permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Los niños alimentados con leche materna son más inteligentes, tienen menos enfermedades y se encuentran mejor nutridos que los que reciben otros alimentos, por ejemplo la lactancia con biberón representa una grave amenaza para la salud y la vida de millones de niños y niñas, por las dificultades para asegurar una higiene adecuada.

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo.

Necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza, de los medios de comunicación y de las organizaciones patronales en los sitios de trabajo. De este modo se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna, siendo así el Equipo de Salud la base fundamental para la adecuada lactancia materna exclusiva, este provee en cualquier ámbito a los pacientes y familias, la atención más integral de salud posible, con énfasis en la prevención y promoción de salud.

6.3. Justificación

Se ve en la necesidad de integrar a una educación continua e integral a los profesionales de salud con información actual, debido a que la adecuada lactancia materna exclusiva es de interés mundial y su mal manejo afecta a la población en general, en especial a países en desarrollo por ejemplo Ecuador.

La lactancia materna exclusiva es muy importante especialmente a nivel de Tungurahua puesto que un mal manejo afectaría a nuestro país, a su población y economía en gran medida, para lo cual es de gran importancia que se realice conferencias educacionales sobre este tema para así obtener una detección adecuado y oportuno manejo, tratando de concienciar al equipo de salud en la lactancia materna exclusiva y lo importante que representa esta en nuestro medio.

Será factible realizar estas conferencias por gran colaboración de las principales autoridades del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena y así como de su equipo de salud.

La misión de la Dirección Nacional de Nutrición y el Instituto, son las instancias referentes en los temas alimentario-nutricionales en el país, constituyéndose en un apoyo para la planificación sectorial e intersectorial en los temas de soberanía y seguridad alimentaria. Para el efecto: fomentan la investigación científica, divulgan los avances del conocimiento y brindan asesoría en los tópicos de su competencia; mantienen el tema alimentario nutricional en la agenda política, contribuyen al cumplimiento de las normas de alimentación y nutrición en el ciclo de vida de los nacionales; contribuyen a la formación de profesionales de más alto nivel técnico, científico y ético, en disciplinas relacionadas con la alimentación y nutrición humana en coordinación con las universidades y otras instituciones nacionales e internacionales; fortalecen los sistemas de información y comunicación; coordinan sus actividades con otras instancias afines, dentro del propio Ministerio y con otros organismos

gubernamentales y no gubernamentales, así como con los organismos internacionales, particularmente los de Naciones Unidas; promueven hábitos de vida saludable y movilizan recursos internos y externos.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Mejorar el interés profesional del equipo de salud en la adecuada lactancia materna exclusiva en el Hospital General José María Velasco de la ciudad de Tena, provincia de Napo.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Capacitar a los profesionales del equipo de salud en la adecuada Lactancia materna exclusiva.
- Incrementar la lactancia materna exclusiva.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva en el personal de salud.
- Motivar el interés profesional en la adecuada lactancia materna exclusiva.

6.5. Análisis de Factibilidad

Esta propuesta es factible realizarla debido a la colaboración que brinda el Hospital José María Velasco Ibarra y sus profesionales que son gente accesible de criterio formado y pensamiento amplio, para realizar las conferencias educativas sobre la adecuada lactancia materna exclusiva, es aplicable a corto o mediano plazo, siendo así beneficiados el equipo de salud puesto que estarían cumpliendo con lo que exige el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, mejorando la calidad de vida de nuestra gente, además de ayudar a disminuir enfermedades en nuestro medio y así disminuir los gastos del

gobierno en estas enfermedades. No necesita de costos económicos elevados para poder aplicarla por lo que en lo principal es el recurso humano y la voluntad lo que estará presente, ya que al querer mantener un manejo adecuado de la lactancia, se puede realizar a través de conferencias al equipo de salud en la cual se les incentivara el interés en su manejo al menos 1 vez cada 6 meses obligatoriamente, para tener una secuencia del interés del equipo de salud en la lactancia materna exclusiva.

A través de estas conferencias se creara conciencia en lo importante que representa la adecuada lactancia materna exclusiva en nuestro medio de vida para lo cual se dispondrá de materiales didácticos, pizarra, proyector, computadora, con el fin de que sea lo más enriquecedor para los profesionales de salud y en si para el beneficio de nuestra población.

6.6. Fundamentación Científica

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que

exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses. Sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete.

6.7. Metodología: Modelo Operativo

FASES	I	II	III
ETAPAS	Elaborar conferencias educativas sobre la adecuada lactancia materna exclusiva dirigidas al equipo de salud.	Gestionar el programa educacional.	Ejecución de las conferencias educativas.
METAS	Preparar material adecuado que sea claro y fácilmente entendible. Llevar a cabo la exposición	Conseguir la colaboración y aprobación del HJMVI	Conseguir que todo el personal de salud del HJMVI, cumpla con el programa de la adecuada lactancia materna exclusiva.
ACTIVIDADES	Recolección de información científica y precisa	Entrevista con el Director Médico del HJMVI	Estimular al personal de salud a que cumpla con el respectivo manejo de la lactancia.
RECURSOS	Materiales y humanos	Humanos y materiales	Humanos y materiales
PRESUPUESTO	\$100	-	-
RESPONSABLES	Los autores de la investigación.	Los autores de la investigación.	Los autores de la investigación.
TIEMPO	2 semanas	2 semanas	Anualmente

6.8. Administración de la Propuesta

Alex Araujo. Lic. Rosa Coba BQF. Paulina Polo	Recolección de información científica y precisa, preparando material adecuado que sea claro y fácilmente entendible para llevar a cabo la exposición.
Dr. Daniel Sandoval Ing. Edwin Tello	Autorizan el permiso para realizar estas conferencias dentro de la institución.
Personal de salud	Son el equipo de salud que recibirá la información clara sobre la adecuada lactancia materna exclusiva para así poder fortalecer sus conocimientos básicos sobre este tema.

6.9. Previsión de la Evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Qué evaluar?	El cumplimiento del programa de lactancia materna exclusiva por el equipo de salud.
¿Por qué evaluar?	Determinar si se está cumpliendo con la adecuada lactancia materna exclusiva.
¿Para qué evaluar?	Conocer si el programa cumple con sus objetivos.
¿A quiénes?	Al personal de salud
Indicadores	El interés del equipo de salud en la lactancia materna exclusiva.
¿Quién evalúa?	El autores de la investigación
¿Cuándo evaluar?	Al inicio y al final de cada conferencia.
¿Cómo evaluar?	De acuerdo al cumplimiento que exige el Ministerio de Salud Pública.
¿Con qué evaluar?	Observación Encuestas

REFERENCIAS

Alba Lactancia Materna, 2012

Alba Lactancia Materna: Posturas y posiciones para amamantar (2012) URL:
<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/> . Descargado 15/09/2013.

Boletín de Prensa N°. 073 del MSP - Napo, 2013

Dpto. Comunicación, Imagen y Prensa. MSP Napo. (20 de Agosto de 2013).
 BOLETIN DE PRENSA N.-073. Actividades desarrolladas por la semana de la lactancia materna en el Distrito de Salud 15D01. Tena, Napo, Ecuador: MSP. Napo.

Buenas Tareas, 2013

Buenas Tareas (04/2013). Ensayos. Materna: La Leche Humana, Composición y Beneficios URL:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Materna/24590069.html> Descargado 01/06/13.

CEPAR, 2004

ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, 2004, Informe Final, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), Ecuador 2004, URL:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/12_lactnutricion.pdf. Descargado 01/05/13

CICSLM, 2012

Ministerio de Salud Pública del Ecuador-Coordinación Nacional de Nutrición y UIDE: Vigilancia del Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en Ecuador (2012). URL: <http://www.uide.edu.ec/NOTICIAS/NUTRIOLOGIA/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS.pdf> Descargado 01/09/13

CICSLM-UNICEF, 1981

UNICEF-Nutrición: Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, 1981. URL: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html Descargado 15/09/2013.

FAO, 2002

Depósitos de Documentos de la FAO 2002: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo, Lactancia Materna: URL: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm> Descargado 01/09/13.

Lactancia Materna y Medicación de la Madre Revisión OMS/UNICF 1995 Facultad de Medicina de la Universidad Buenos Aires. (1995). MSPBA URL: <http://www.fmed.uba.ar/mspba/drogaslm.htm#ClasUt> Descargado 15/09/2013.

León-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002, p. 110

León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington: OPS.

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 1995

Congreso Nacional del Ecuador. (11/10/95). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. URL: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/LEY-DE-FOMENTO-APOYO-Y-PROTECCION-A-LA-LACTANCIA-MATERNA.pdf> Descargado 01/08/13.

Ministerio de Salud de Chile, 2010

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Protección de la Salud: Lactancia Materna URL: http://web.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_lactanciamaterna/saludinmigrantespresentacion.html Descargado 01/06/12

Ministerio de Salud de Colombia, 2012

Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia: Glosario Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario (09/2012). URL: www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Glosari

o%20Manual%20de%20Acreditación%20en%20Salud%20Ambulatorio
%20y%20Hospitalario.pdfDescargado 01/09/13.

Ministerio de Salud de la Nación , Argentina 1995

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (1995): Propuesta Normativa Perinatal: Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna Tomo III. URL: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/4-TOMOIII.pdf>Descargado 01/09/13.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2013

Facultad de Medicina de la Universidad Buenos Aires, última actualización 23/01/13. URL: <http://www.fmed.uba.ar/mspba/codigo.htm>Descargado 01/08/13.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2012

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (30/11/2012). MSP, UNICEF y OPS promueven la Lactancia Materna URL: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-unicef-y-ops-promueven-la-lactancia-materna/>Descargado 01/08/13.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2009

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (09/2009). Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial N° 217/09: URL: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/lactanciamaterna.pdf-1.pdfDescargado 01/09/13

OPS/OMS, 2008

Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), Retomando el tema de la Lactancia Materna en la Región de América Latina y el Caribe - Un Compromiso de Unicef (2009) URL: http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdfDescargado 01/08/13.

PAOH, 2012

Pan American Health Organization (PAOH), (16/08/2012). Centro de Medios, Prensa Nacional: URL:http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=cate

gory&layout=blog&id=703&Itemid=356&limitstart=5Descargado 01/09/13.

Salazar & Sevilla, 2012, p. 5

Salazar, M., & Sevilla, M. (2012). Propuesta de una Campaña de Comunicación Institucional y Relaciones Públicas para socializar el Proyecto "Desnutrición Cero", dirigido a mujeres embarazadas y con niños de hasta un año de edad de las parroquias rurales de Pichincha (...). Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad de las Américas.

UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009

UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009: Retomando el tema de la Lactancia Materna en la Región de América Latina y el Caribe - Un Compromiso de Unicef. URL:

http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf Descargado 01/08/13

UNICEF. Colombia, 2004

UNICEF. Colombia. (2004): Historia de la Lactancia Materna URL: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm> Descargado el 01/09/13

World Health Organization (WHO), 2013

Organización Mundial de la Salud 2013. Programas y Proyectos. Nutrición: Lactancia Materna URL:

http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ Descargado el 01/06/13.

Organización Mundial de la Salud 2013: Temas de Salud: Lactancia Materna:

URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/> Descargado el 01/09/13.

ANEXOS

ANEXO 1. ALTA DE LACTANCIA

“Así como se otorga el alta obstétrica y el alta neonatal, debe otorgarse el alta de lactancia que asegure que el vínculo madre hijo se ha establecido, y que la técnica de amamantamiento es la adecuada. De esta forma no se pondrá innecesariamente en riesgo la salud del niño y la posibilidad de ser amamantado sin dificultades.

Cuatro ítems pueden medir la correcta técnica de lactancia:

- Alineación céfalo corporal del bebé (cabeza no flexionada o de flexionada, "panza con panza").
- Boca bien abierta, tomando la mayor parte de la aréola.
- Compresión aréolar correcta y efectiva.
- Deglución audible u observable cada dos o tres succiones.

La observación completa de la escena (modo de tomar al bebé, mirada, tono de voz, comentarios) darán idea de posible dificultad actual y permitirán realizar un diagnóstico técnico y vincular.

La madre se retirará de la institución con los turnos del 1º control Neonatal y Puerperal otorgados y una referencia clara de dónde dirigirse en casos de problemas de lactancia.

PECHO EXCLUSIVO

Mientras el bebé se alimente sólo con pecho, idealmente hasta el sexto mes de vida, no requiere (en condiciones normales) la administración de agua, jugos, tés, vitaminas ni minerales.

La cantidad de agua que el organismo requiere para su correcto funcionamiento está contenida en la leche materna que el pequeño toma,

siendo el aporte de otros líquidos causa frecuente de contaminación e infecciones digestivas evitables.

DESTETE

Es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento distinto de la leche materna, y culmina con la definitiva suspensión del pecho.

Desde el punto de vista madurativo, la capacidad de tolerancia digestiva para proteínas heterólogas, además de la adecuación psico motriz para su aceptación, se lograría recién a partir de los seis meses de edad. Se debe considerar además que la dentición temporaria comienza (término medio) a dicha edad, culminando luego de los dos años de vida.

En cuanto a la prolongación de la lactancia materna, se sabe que el desarrollo del sistema nervioso humano requiere de ciertas sustancias específicas contenidas en la leche materna (tales como ácidos grasos de cadena larga). Dado que a los dos años se logra aproximadamente un 75% de desarrollo de la masa cerebral del adulto, llegar hasta esta edad con el aporte de dichas sustancias sería adecuado y necesario.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, y continuada hasta los dos años (Resolución WHA 47.5 de la 47 Asamblea Mundial de la Salud, del 9 de mayo de 1994).

Por otra parte el destete significa también un mutuo aprendizaje y ensayo de otra forma de comunicación, que por lo tanto requiere un tiempo particular para cada día, y que debe ser abordado en forma muy cuidadosa, respetando las pautas socioculturales de cada población.

A los requerimientos nutricionales se le suman, pues, requerimientos psicoafectivos que el niño pequeño no puede regular a voluntad. A través del tiempo, la experiencia de su inmediata satisfacción inicial nutrirá la capacidad infantil de aceptar este paulatino alejamiento, que por otra parte debe ser también elaborado por la madre.

PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Podemos entender entonces que el contacto madre-niño a través del pecho sea no sólo el producto de una necesidad nutricional desde lo biológico, sino también desde lo afectivo y emocional.

Respetar el tiempo particular, observar posibles dificultades en el crecimiento de esta relación especial entre ambos, y por sobre todo apoyar a la familia y particularmente a la madre en su decisión respecto del destete, informando adecuadamente y anticipando posibles problemas, constituirían acciones adecuadas del equipo de salud.

INTRODUCCIÓN DE OTROS ALIMENTOS:

Si bien esta Norma no abundará en detalles sobre el particular, es importante recalcar algunos aspectos:

- Los alimentos de destete deben ser de alto valor energético, y se seleccionarán de acuerdo a las costumbres y recursos de cada región.
- Es recomendable la preparación de los alimentos en el hogar y no el empleo de productos industriales para bebés. Estos últimos son generalmente costosos, contienen conservantes, su sabor y consistencia son homogéneos, lo que no favorece la iniciación del lactante en el reconocimiento de sabores y texturas.
- No deberían emplearse alimentos ni bebidas industrializadas, ya que también contienen conservadores que pueden perjudicar al lactante.

- Tampoco se recomiendan las frutas en almíbar, por ser excesivamente dulces. El acostumbramiento a alimentos con alto contenido de azúcar puede distorsionar la incipiente noción de sabor del niño.
- En el caso de niños con antecedentes familiares de enfermedad celíaca se aconseja retrasar la incorporación de productos a base de trigo, avena, cebada y centeno, hasta después del octavo mes de vida. En igual período conviene incorporar también otros alimentos de origen animal potencialmente alergénicos como la clara de huevo y los pescados (sólo se recomendaría su inclusión más temprana en el caso de aquellos niños sin acceso a otras fuentes proteicas).
- No se recomienda agregar sal a la comida en general y se deben seleccionar alimentos de bajo contenido de sodio, a fin de reducir el riesgo de hipertensión arterial en la edad adulta.
- Las fuentes más frecuentes de contaminación son las manos sucias, el agua, los utensilios, los propios alimentos o los recipientes usados en la preparación y conservación.
- Un bebé que es amamantado no requiere la utilización de biberón para la administración de ningún tipo de líquido.”

Para mayor información al respecto se sugiere consultar al Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños.-Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud. Dirección de Maternidad e Infancia. Reimpresión 1996.” (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 1995).

ANEXO 2: MINISTERIO DE SALUD, UNICEF Y OPS PROMUEVEN LA LACTANCIA MATERNA.

“El Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de combatir la desnutrición infantil en el Ecuador, ha establecido una serie de acciones para proteger, promover y apoyar la lactancia materna; entre las cuales se destacan: distribución de materiales educativos en todas las unidades de salud del MSP, creación de grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario, apoyo y promoción de los bancos de leche humana e inauguración de lactarios institucionales en las provincias de Guayas y Pichincha.

En el mismo sentido, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF, se han realizado eventos de sensibilización dirigidos, especialmente, a mujeres embarazadas y madres de bebés recién nacidos como la campaña “Tu leche es amor” y el acto de nombramiento de la cantautora ecuatoriana Karla Kanora como Embajadora de Buena Voluntad de UNICEF, realizado el día jueves 29 de noviembre, quien contribuirá especialmente en el tema de promoción y fomento a la lactancia.

La Economista Ruth Lucio, Coordinadora General de Desarrollo Estratégico en Salud del Ministerio, expuso en el evento que la lactancia materna no sólo proporciona al recién nacido todos los nutrientes que necesita en su crecimiento y desarrollo físico evitando la desnutrición, sino que reduce la mortalidad infantil y contribuye al desarrollo emocional de los niños y niñas por el contacto con su madre.” (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2012).

ANEXO 3: PROGRAMACIÓN GENERAL PARA LA CELEBRACIÓN DE LA SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PROVINCIA DE NAPO.

Del 6 al 14 de agosto de 2013

“Desde 1992, la WABA (Alianza Mundial Pro Lactancia Materna) implementó la Celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, instaurada oficialmente por OMS/UNICEF y destinada a fomentar la lactancia materna y mejorar la salud de los bebés de todo el mundo.

Como marco a esta celebración anual la WABA diseña un lema que oriente las acciones de promoción para cada año. El lema para este año es “Comprendiendo el Pasado y Planificando el Futuro” orientado a mirar atrás y comprender qué ha pasado y por qué, para luego decidir qué más hacer para que todas las mujeres puedan alimentar y cuidar de manera óptima a sus bebés, hijos e hijas.

Actualmente la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna es el movimiento social más extendido en defensa de la lactancia materna. Se celebra en más de 120 países, del 1 al 7 de agosto, aniversario de la Declaración de Innocenti.

Incorporándose a esta celebración, el Ministerio de Salud Pública a través de la Coordinación Nacional de Nutrición, orienta sobre algunas actividades que contribuyan a una promoción nacional que sinergice todos los esfuerzos en pro de incrementar las tasas de lactancia materna en la población.

Para esta celebración el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Nutrición sugiere que con los lineamientos de esta Semana Mundial se preparen actos provinciales y locales contando ahora con la participación de otros prestadores de servicios de salud, además de otros sectores que atienden a lactantes y

niños pequeños, como es el caso del Ministerio de Inclusión Económica y Social, a través de sus Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), organizaciones de la sociedad civil y otras afines a las actividades previstas.

Los festejos por la SMLM 2013, se realizarán del 1 al 7 de agosto del presente año en todo el país, y pueden extenderse hasta el 11 de agosto. Estos eventos estarán presididos por las respectivas autoridades zonales y provinciales.

Las líneas estratégicas a la luz del lema de la SMLM 2013, es el apoyo a la madre para el éxito en su lactancia materna exclusiva y continua hasta los 2 años de vida del niño o más. Muchas madres pueden tener un buen comienzo en su experiencia de amamantar, pero luego de semanas o meses después del parto, dejan de amamantar y bajan las tasas de lactancia materna.

Cuando las madres no están frecuentando los centros de salud, es un momento clave para que funcione el sistema de apoyo comunitario. El soporte para mantener la lactancia puede brindarse de varias maneras. Tradicionalmente, la familia da un gran apoyo. Pero, conforme cambian las sociedades, en particular con la creciente urbanización, se necesita un círculo ampliado de apoyo, que puede estar integrado por personal de salud capacitado, consejeros, consejeras en lactancia, líderes de la comunidad o amistades que son madres también y por los padres o parejas, compañeros, compañeras.

Por lo manifestado se solicita que los equipos de salud durante la SMLM planifiquen acciones de consejería madre a madre o consejerías grupales, dentro y fuera de la Unidad de Salud, considerando también en estas actividades, grupos de madres lactantes y/o gestantes, padres, familias ampliadas, cuidadores de niños que se encuentren en instituciones cuidadoras de niños (CIBVs, Centros infantiles del Municipio, Empresas) o comunidades donde se reúna a mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y cuidadores de niños pequeños.

Objetivo general

Crear conciencia ciudadana sobre la importancia de la Lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas mediante la aplicación de las técnicas de información, educación y comunicación dirigida a la población mediante la coordinación interministerial e intersectorial.

Objetivos específicos

- Promover la participación de la comunidad en las prácticas de consejería dirigida las madres en las unidades de salud mediante técnicas lúdicas.
- Contribuir a la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y fomentar la continuación hasta los dos años.
- Difundir por los medios de comunicación los beneficios de la lactancia materna para la madre, el niño, la familia y la comunidad mediante mensajes radiales y spots televisivos.
- Promover la participación de las instituciones públicas y privadas en el fomento y protección de la lactancia materna a nivel comunitario e institucional.

Metas:

Celebrar la SEMANA MUNDIAL DE LACTANCIA MATERNA EN TODOS LOS CIRCUITOS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NAPO mediante la organización de casa abiertas con participación interinstitucional.

Participantes:

- Funcionarios públicos de las instituciones públicas y privadas
- Delegaciones de instituciones educativas.
- Organizaciones sociales.
- Madres comunitarias
- Personal de unidades de salud.

La lactancia materna es la estrategia de menor costo en la disminución de la mortalidad infantil; por tanto, contar con información de base que apoye la formulación de políticas y estrategias de promoción a la lactancia materna es relevante para la implementación de estrategias para mejorar la salud integral de los niños y las niñas.” (Boletín de Prensa N°. 073 del MSP - Napo, 2013).

ANEXO 4: RESÚMEN DEL "CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA", O.M.S., 1.981

OBJETIVO:

"Proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución".

PRODUCTOS COMPRENDIDOS:

- Fórmulas Infantiles.
- Otros Productos Lácteos, Cereales (en papillas), Mezclas de Verduras, Tés o Jugos para Bebés (cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente la leche materna).
- Leches llamadas "De Seguimiento".
- Biberones y Tetinas.

RESPONSABILIDADES DE LOS FABRICANTES Y DISTRIBUIDORES:

- Conocer y respetar el Código.
- No entregar muestras de productos al público ni a los agentes de salud.
- No realizar promoción de los productos en los servicios de salud.
- No realizar publicidad de los productos destinada al público.
- No dar incentivos económicos ni materiales a los agentes de salud.
- La información destinada a los trabajadores de salud debe ser Científica y Objetiva, y no debe llevar implícita la idea de que la alimentación con biberón es equivalentes o superior a la lactancia materna.

- Las Etiquetas de los productos deben señalar claramente la superioridad de la leche materna así como el riesgo para la salud del uso de sucedáneos, y la necesidad de consultar a un agente de salud antes de su utilización. (La O.M.S. ha declarado que las fórmulas para bebés deben ser consideradas MEDICAMENTOS, y por lo tanto se utilizarán Bajo Receta y Vigilancia Médica; esta aseveración implica que no constituyen Opciones respecto de la leche materna).

RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES DE SALUD:

- Conocer, aplicar y hacer respetar el Código.
- No aceptar incentivos económicos o materiales de los fabricantes y distribuidores.
- Promover la lactancia natural.
- No aceptar muestras ni entregarlas al público.

RESPONSABILIDADES DE LOS GOBIERNOS Y AUTORIDADES DE SALUD:

- Controlar que se respete el Código.
- Promover la creación de leyes que faciliten dicho control.
- Impedir la promoción de los productos en las instituciones de salud.
- Producir el material informativo y educativo en relación a la alimentación materna infantil, y controlar la difusión de todo material no oficial al respecto.
- Adquirir por los canales normales de comercialización las pequeñas cantidades de sucedáneos de la leche materna que puedan ser necesarios en una institución de salud (resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud).(Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2013).

ANEXO 5: PRINCIPALES DISPOSICIONES DEL CÓDIGO Y DE LAS POSTERIORES RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

1. “Los gobiernos tienen la responsabilidad de proporcionar información sobre alimentación infantil. Las donaciones de material informativo por los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna solamente deben hacerse a petición y con la aprobación por escrito de la autoridad gubernamental competente.
2. No hay que realizar publicidad de sucedáneos de leche materna para el público.
3. No entregar muestras o regalos, directa o indirectamente, a las madres o a sus familiares.
4. No hacer ventas por medio de representantes de la compañía a las madres, directa o indirectamente.
5. No dar regalos o muestras personales a los trabajadores de la salud, con excepción de las muestras que están sujetas a evaluación de profesionales o de investigación a nivel institucional. Los trabajadores de salud no deben dar muestras a las mujeres embarazadas o madres de lactantes y niñas o niños pequeños.
6. La información entregada a los trabajadores de salud debe ser científica y objetiva.
7. El apoyo financiero a los profesionales de la salud no debe crear conflictos de interés.
8. Toda la información para las madres debe incluir los beneficios de la lactancia materna y los costos y riesgos de la alimentación artificial.
9. No promocionar los productos regulados por el Código en los centros, subcentros de salud y hospitales, incluyendo los suministros gratuitos.
10. No utilizar palabras como “humanizado”, “maternizada” o similares términos, imágenes y textos que idealicen la alimentación artificial en las etiquetas.

11. Efectuar declaraciones nutricionales y de salud no está permitido en los sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos específicamente previstos en la legislación nacional.
12. En la Resolución 34.22 de la AMS, de 1981, se adopta el Código Internacional, enfatizando que la adopción y el cumplimiento del Código Internacional son requerimientos mínimos; insta además a los Estados miembros a adaptarlo a la legislación, las normas y otras medidas adecuadas en el nivel nacional.
13. La Resolución 35.25 de la AMS, de 1982, reconoce que la comercialización de sucedáneos de la leche materna contribuye a un incremento de la alimentación artificial e insta a una renovada atención para implementar y monitorear el Código Internacional, tanto en el nivel nacional como internacional.
14. La Resolución 49.15 de la AMS, de 1996, pide a los Estados miembros que aseguren que:
 1. Los alimentos complementarios no sean comercializados ni usados de una manera que pueda socavar la lactancia exclusiva y sostenida.
 2. Cualquier apoyo financiero que se dé a los profesionales de salud no vaya a crear conflictos de interés.
 3. La vigilancia del cumplimiento del Código se haga de forma independiente, transparente y libre de intereses comerciales.” (CICSLM, 2012).

ANEXO 6: MARCO LEGAL COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN MSP

“VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA EN ECUADOR

La Resolución 54.2 de la AMS, de 2001, establece la recomendación mundial de lactancia materna exclusiva por seis meses, con introducción posterior de alimentos complementarios y continuación de la lactancia natural hasta los dos años o más.

La Resolución 55.25 de la AMS, de 2002, aprueba la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y de niñas y niños pequeños, que insta a las empresas a: 1. Asegurar la calidad de sus productos, y 2. Cumplir con el Código y las resoluciones pertinentes de la AMS, además de las medidas nacionales.

Además, reconoce el papel que tienen las prácticas óptimas de alimentación infantil en la reducción del riesgo de obesidad. Y advierte que las intervenciones con micronutrientes no deben socavar la lactancia materna.

La Resolución 58.32 de la AMS, de 2002, pide a los Estados miembros que: 1. Aseguren que no se hagan afirmaciones sobre nutrición y salud en las etiquetas o la información de sucedáneos de la leche materna, a menos que así lo autorice la legislación nacional. 2. Estén conscientes del riesgo de contaminación intrínseca de las fórmulas infantiles en polvo, y aseguren que el mismo sea declarado en las etiquetas. 3. Aseguren que el apoyo financiero y los incentivos para programas y para los profesionales de salud que trabajan en el ámbito de la alimentación de lactantes y niñas y niños pequeños no creen conflictos de interés.

La Resolución 59.21 de la AMS, de 2006, conmemora el aniversario número 25 de la adopción del Código. Aplauda la Declaración de Innocenti 2005, y pide a la OMS que movilice la asistencia técnica para la implementación del Código y su vigilancia.

Documentos internacionales que respaldan el cumplimiento de las recomendaciones dispuestas en el Código.

Así como el Código Internacional, existen otros documentos internacionales que amparan e impulsan a los Estados miembros a generar acciones para promover la lactancia y vigilar el cumplimiento del Código, entre estos documentos se incluyen:

- Declaración de Innocenti en la protección, la promoción y la ayuda del amamantamiento (WHO y Unicef 1990).
- Estrategia global para la alimentación del lactante y el niño o niña (WHO 2003).
- Declaración de Innocenti 2005: 15 años después. En la alimentación del lactante y el niño o niña (WHO 2005).
- La Estrategia Global para la Alimentación del lactante y los niños y niñas pequeños reafirma la importancia del Código Internacional, y pide a los gobiernos establecer y supervisar medidas para su cumplimiento y el de las resoluciones posteriores y, cuando sea apropiado, consolidarlas o adoptar nuevas medidas.

Leyes, decretos y reglamentos incorporados a la legislación ecuatoriana que amparan el cumplimiento del Código.

El 15 de noviembre de 1983, mediante Decreto Ejecutivo 2215 del Gobierno del Ecuador, publicado en el Registro Oficial 619, se expiden las regulaciones concernientes a la comercialización de fórmulas alimenticias para lactantes y niños y niñas menores de un año.” (CICSLM, 2012).

ANEXO 7: VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA EN ECUADOR

“El 25 de febrero de 1993, mediante Acuerdo Ministerial 1003, publicado en el Registro Oficial 135, se dispone que en el plazo de un año, todas las instituciones públicas y privadas deberán transformar sus prácticas materno infantiles, para que se implementen los diez pasos para una lactancia exitosa; apoyando el establecimiento de Bancos de leche materna a nivel público y privado.

El 2 de agosto de 1993, con base en el Acuerdo Ministerial 1003, se firma el Código de Conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes y sucedáneos de leche materna, acordando cumplir con lo estipulado en el CICSLM.

El 27 de octubre de 1995 se expide la Ley 101 de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, promulgada en el Registro Oficial 814, del 1 de noviembre del mismo año.

El 9 de noviembre de 1999 se expide el reglamento de la Ley de Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, instancia que ampara el cumplimiento de la normativa del Código y el retiro de toda propaganda de estos productos en los servicios de salud.

El 14 Septiembre del 2009 se expide la Política Nacional de Lactancia Materna, que garantiza el ejercicio del derecho de niños y niñas a la lactancia materna, como el medio más idóneo para asegurar una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.

Política 3: Impulsar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna mediante:

- a) La adaptación del marco jurídico vigente y posterior para fortalecer las herramientas e instrumentos técnicos y legales para la aplicación del CICSLM.
- b) La vigilancia y control, por parte del MSP, para el cumplimiento obligatorio del CICSLM en las instituciones públicas y privadas relacionadas.
- c) La ejecución, por parte de los Directores de las unidades de salud pública y de la red complementaria, en la responsabilidad del cumplimiento obligatorio del CICSLM en lo referente a:
 - I. Eliminación de biberones y administración de soluciones glucosiladas por vía oral en el recién nacido normal.
 - II. Limitación de la prescripción médica de fórmulas lácteas a casos excepcionales que las requieran.
 - III. La prohibición de distribuir muestras de fórmulas lácteas y su promoción como sustitutos de la lactancia materna, así como aceptar cualquier beneficio de la industria de sucedáneos de la leche materna.
- d) La regulación y el control de la publicidad de sucedáneos de la leche materna, en medios de comunicación masiva y espacios públicos y privados por parte del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones de control relacionadas.” (CICSLM, 2012).

ANEXO 8: TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

“Sabemos de la importancia de la lactancia en el recién nacido, tanto en la alimentación y desarrollo del bebé, como el apego y el desarrollo psicomotor.

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola, que es uno de los puntos más importante que se les refuerza a las madres.

La succión provoca la secreción de una hormona, llamada prolactina. Esta hormona inicia la producción de leche y provoca la secreción de otra hormona, llamada oxitocina.

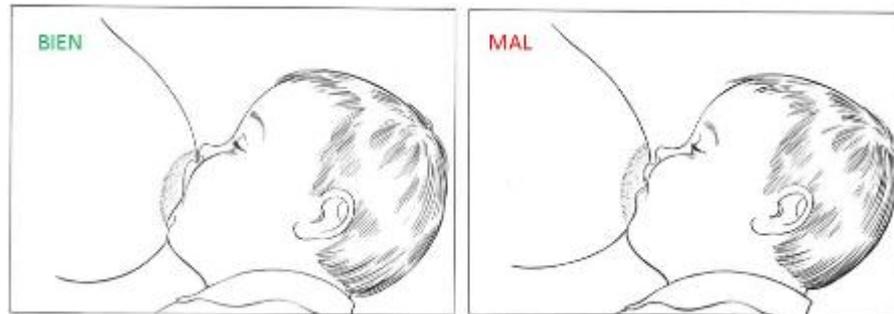
La oxitocina provoca el “reflejo de salida de la leche” de las glándulas mamarias. La leche es exprimida desde la glándula mamaria hacia los conductos galactóforos y luego al pezón.

La segunda parte para una lactancia exitosa se basa en una posición materna cómoda, es decir que la madre esté en un lugar tranquilo, y en un lugar agradable donde dar pecho.

Veamos paso a paso:

1. La madre debe sentarse cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre sus piernas apoyando la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C” (esta posición de la mano es muy importante, ya que las madres tienden a colocar sus dedos en tijera para tomar parte del pezón e introducirlo dentro de la boca del bebé, siendo incorrecto ya que al tener presionada así la mama, la eyección de la leche se ve disminuida).

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



El amamantar no duele, si duele hay que revisar si el labio inferior quedó invertido y corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.

Para retirar al bebé del pecho se coloca el dedo índice o meñique en la comisura de la boca del niño para liberar el pezón, esto evita el vacío que ayuda a lastimar y sensibilizar los pezones.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

Postura:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición:

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame. También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.



Postura sentada – Posición estirado: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.



Postura sentada – Posición “de rugby”: El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.



Postura sentada – Posición caballito: En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre. Poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatic (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.



Postura estirada – Posición estirado (en paralelo): En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea. También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.



Postura “a cuatro patas” – Posición “boca arriba”: Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario. Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

Recordarle a cada uno que no hay una única manera de amamantar, se pueden adquirir nuevas posiciones, siempre con la comodidad de ambos y en un ambiente de amor.” (Alba Lactancia Materna, 2012).

ANEXO 9: LACTANCIA MATERNA Y LA MEDICACIÓN DE LA MADRE

La administración de medicamentos a la madre lactante puede representar un riesgo potencial tanto para el lactante como para la propia lactancia. Es por ello, que ante la decisión de instaurar un tratamiento o ser consultados sobre los mismos, resulte interesante poder contar con información actualizada que ayude a tomar decisiones sobre el fármaco a utilizar o a valorar la conveniencia de mantener la lactancia materna o interrumpirla.

No obstante, a pesar de las recomendaciones, es necesario resaltar que cada caso debe ser considerado de forma individual sopesando entre beneficios para la madre y riesgos para el lactante.

Además, hay que tener en cuenta que la información que se ofrece es limitada al estar basada en notificaciones de efectos adversos y en casos clínicos, que está sujeta a modificaciones y que algunos principios activos se han clasificado en 2 categorías por no disponerse de suficiente información o por existir controversia entre los autores.

En general, a la hora de seleccionar un fármaco en la madre lactante habría que tener presentes las siguientes consideraciones:

- Escoger el más seguro entre las diferentes alternativas
- Elegir preferentemente el que no se excrete en leche materna
- Administrar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible
- Usar los de vida media corta, evitando los de liberación prolongada y la asociación

Conceptos generales

<p>Contraindicadas para la lactancia:</p>	<p>Drogas para el tratamiento de cáncer (anti metabolitos);</p> <p>Sustancias radioactivas (suspender lactancia temporariamente)</p>
<p>Continuar amamantando:</p> <p>Posibles efectos colaterales (monitorear al bebé)</p> <p>Usar drogas alternativas si fuera posible</p> <p>Monitorear al bebé por ictericia</p> <p>Usar drogas alternativas (puede disminuir la producción de leche)</p> <p>Seguros a dosis usuales Controlar al bebé</p>	<p>Drogas psiquiátricas y anticonvulsivantes</p> <p>Cloranfenicol, tetraciclinas, metronidazol, antibióticos del tipo quinolonas (p.eciprofloxacina)</p> <p>Sulfonamidas, clotrimoxazol, Fansidar, dapsona</p> <p>Estrógenos, incluyendo contraceptivos que contengan estrógenos; diuréticos del tipo tiazida; ergometrina</p> <p>Drogas más comúnmente usadas: analgésicos y antipiréticos: tratamientos breves de paracetamol, AAS, ibuprofeno; dosis ocasionales de morfina y petidina; la mayoría de los medicamentos para la tos y resfríos;</p> <p>antibióticos: ampicilina, cloxacilina y otras penicilinas, eritromicina;</p> <p>antituberculosos, antileprosos (ver</p>

	<p>dapsona arriba), antimaláricos (excepto mefloquina, Fasindar), antihelmínticos, antimicóticos;</p> <p>broncodilatadores (p.e. salbutamol), corticoides, antihistamínicos, antiácidos, drogas para la diabetes; la mayoría de los antihipertensivos, digoxina, suplementos nutricionales de iodo, hierro, vitaminas.</p>
--	--

Clasificación utilizada:

1. Compatible

Estas drogas no poseen teóricamente contraindicaciones conocidas para su empleo, y son consideradas seguras para que la madre que las toma pueda continuar amamantando.

2. Compatible. Monitorear bebé

Las drogas clasificadas de esta forma podrían causar teóricamente efectos colaterales en el bebé, pero éstos no son observados habitualmente o sólo se producen en casos esporádicos. Se debe informar a la madre sobre la posibilidad de ocurrencia de estos efectos colaterales, la baja frecuencia de los mismos, y advertir sobre la importancia de consultar rápidamente ante tal situación.

Si ocurre un efecto colateral se deberá suspender la medicación y de ser necesario hallar una alternativa. Si la madre no pudiera suspender la medicación ella debería suspender la lactancia temporalmente y administrar una leche artificial a su bebé con vasito, cucharita u otro medio (no biberón). No obstante deberá continuar extrayéndose su leche en forma manual a fin de no disminuir su producción, y retornar a la lactancia natural tan pronto como pueda suspender la medicación.

3. Evitar si es posible

Las drogas clasificadas de esta manera han sido reportadas como causantes de efectos colaterales en el bebé frecuentemente, especialmente si aquellos efectos han sido importantes. Use estas drogas cuando ello sea realmente esencial para el tratamiento de la madre y no se disponga de una alternativa más segura. De a la madre instrucciones precisas acerca de los síntomas que debería controlar en su bebé. Si ocurre algún efecto colateral suspenda la medicación. Si la madre no pudiera suspender la medicación ella debería suspender la lactancia temporalmente y administrar una leche artificial a su bebé con vasito, cucharita u otro medio (no biberón). No obstante deberá continuar extrayéndose su leche en forma manual a fin de no disminuir su producción, y retornar a la lactancia natural tan pronto como pueda suspender la medicación.

4. Evitar

Las drogas se clasifican de esta forma cuando pueden ocasionar serios efectos colaterales en el bebé. No deberían administrarse a una madre mientras amamanta. Si la madre necesita imperiosamente ese medicamento deberá suspender la lactancia mientras dure el tratamiento.

5. Evitar si es posible. Puede inhibir la lactancia

Estas drogas disminuyen la producción de leche y, de ser posible, deberían evitarse. Sin embargo si una madre recibe una de estas drogas por corto período de tiempo no necesitaría recurrir a otro tipo de leche y suspender la lactancia. Ella podría compensar la menor producción estimulando a su bebé a succionar más frecuentemente.

Algunas consideraciones particulares

La seguridad de ciertas drogas depende también de la edad del bebé. Aquellos prematuros y/o menores de 1 mes poseen una capacidad de absorción y excreción diferente de las de los niños mayores. Así será necesaria una mayor precaución en estos casos. Para algunas drogas existe información específica en relación a la edad del bebé, que puede hallarse en la lista que sigue.

Usted podría necesitar emplear alguna droga que no se halle en la presente lista. De no tratarse de una droga que pertenezca a la categoría donde la contraindicación es clara (p.e. citostáticos), indique a la madre continuar amamantando y adviértale que regrese tan pronto como advierta algún signo de anormalidad en su bebé.

Tipo de droga	Recomendación respecto de la Lactancia Materna
<p>1. Anestésicos</p> <p>Si un procedimiento requiere anestesia, ayude a la madre a extraerse su leche y guardarla en un refrigerador a fin de permitir que el bebé sea alimentado con esa leche, por medio de un vaso, mientras la madre se opere y recupere de la anestesia.</p>	
<p>1.1 Anestésicos generales y oxígeno</p>	
diazepam	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
ether	Compatible
halothano	Compatible
ketamina	Compatible
óxido nitroso	Compatible
oxígeno	Compatible
thiopental	Compatible

1.2 Anestésicos locales	
bupivacaína	Compatible
lidocaína	Compatible
1.3 Medicación preoperatoria	
atropina	Compatible. Monitorear bebé
hidrato de cloral	Compatible si dosis única. Monitorear bebé
diazepam	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
morfina	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
prometazina	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
2. Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroides y antigotosos	
2.1 No-opiáceos	
Ibuprofeno y paracetamol poseen la mejor documentación de seguridad durante la lactancia materna.	
ácido acetil salicílico	Compatible. Evitar tratamientos largos. Monitorear bebé
allopurinol	No se dispone información
colchicina	Evitar si es posible. Podría alterar la leche materna
ibuprofeno	Compatible
indometacina	Evitar si es posible. Monitorear bebé por convulsiones
Paracetamol	Compatible

2.2 Analgésicos opiáceos

Dosis únicas de la mayoría de los opiáceos son excretadas en leche materna en bajas concentraciones. Dosis repetidas pueden resultar en acumulación en el bebé.

Evitar dosis repetidas, especialmente si el bebé es prematuro o menor de 4 semanas.

Evitar drogas de esta categoría en bebés que hayan tenido un episodio de apnea, bradicardia o cianosis.

Si se da durante el parto, el bebé puede nacer somnoliento, lo cual puede interferir con el inicio de la lactancia materna.

Codeína	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
morfina	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
petidina	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé

3. Antialérgicos y drogas usadas para anafilaxia

clorfenamina	Evitar en lo posible. Monitorear bebé
dexametasona	Compatible en dosis únicas. Desconocido efecto en trat. prol.
epinefrina	No se dispone información
hidrocortisona	Compatible en dosis únicas. Desconocido efecto en trat. prol.
prednisolona	Compatible

4. Antídotos y otras sustancias usadas en envenenamientos

4.1 Generales

carbón activado	Compatible
ipecacuana	Compatible

4.2 Específicos

atropina	Compatible. Monitorear bebé
----------	-----------------------------

deferoxmina	No se dispone información
dimercaprol	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes. Monitorear bebé
metionina	No se dispone información
azul de metileno	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes. Monitorear bebé
naloxona	No se dispone información
penicilamina	No se dispone información
azul de prusia	No se dispone información
nitrate de sodio	No se dispone información
tiosulfato de sodio	No se dispone información
edetato cálcico de sodio	No se dispone información

5. Antiepilépticos

Bebés amamantados de madres que reciben antiepilépticos algunas veces pueden presentar signos de somnolencia. Para las madres que deben recibir anticonvulsivantes hay frecuentemente alguna alternativa. Es esencial que ellas tomen su medicación y puedan estar alertas para cambiarla rápidamente si fuera necesario. La lactancia materna es habitualmente posible, pero el bebé debe ser monitoreado. Será de ayuda buscar la menor dosis posible dentro del rango terapéutico.

carbamazepina	Compatible. Monitorear bebé
diazepam	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
etosuximida	Evitar si es posible. Monitorear bebé
fenobarbital	Compatible. Monitorear bebé
ácido valproico	Compatible. Monitorear bebé
fenitoína	Compatible. Monitorear bebé

6. Anti infecciosos	
6.1 Antihelmínticos	
6.1.1 Antihelmínticos intestinales	
<p>Existe limitada información disponible sobre el uso de estas drogas. Sin embargo, ellas actúan en el intestino de la madre y sólo pequeñas cantidades son absorbidas y pasan a la circulación general. Deben ser consideradas compatibles con la lactancia materna.</p>	
levamisol	Compatible
mebendasol	Compatible
niclosamida	Compatible
piperazina	Compatible
praziquantel	Compatible
pirantel	Compatible
tiabendazol	Compatible
6.1.2 Antihelmínticos específicos	
albendazol	Compatible
6.1.3 Antifiláricos	
dietilcarbamazina	No se dispone información
ivermectina	No se dispone información
suramin sodio	No se dispone información
6.1.4 Anticistosomales	
metrifonato	Compatible
oxamniquina	Compatible
praziquantel	Compatible

6.2 Antibacterianos

Si la droga es excretada en leche, es posible que altere la flora intestinal del bebé. Monitorear al bebé por trastornos intestinales tales como cólicos o diarrea. Si ello ocurre suspenda la medicación y escoja una alternativa. Continuar amamantando.

6.2.1 Penicilínicos

La Lactancia materna es habitualmente segura. Teóricamente, las penicilinas pueden causar una reacción alérgica en los niños. Si el bebé presenta una erupción, podría ser un signo de alergia. Suspenda la medicación y escoja otra si fuese necesario. Continúe amamantando. Alerta a la madre acerca que dicho medicamento no debería darse al bebé en el futuro.

amoxicilina	Compatible
-------------	------------

ampicilina	Compatible
------------	------------

bencil penicilina benzatínica	Compatible
-------------------------------	------------

bencil penicilina procaínica	Compatible
------------------------------	------------

cloxacilina	Compatible
-------------	------------

fenoximetil penicilina	Compatible
------------------------	------------

piperacilina	Compatible
--------------	------------

6.2.2 Otros antibacterianos

cloranfenicol	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes. Monitorear bebé
---------------	---

eritromicina	Compatible
--------------	------------

gentamicina	Compatible. Monitorear bebé
-------------	-----------------------------

metronidazol	Evitar si es posible.
--------------	-----------------------

espectinomicina	No se dispone información
-----------------	---------------------------

sulfadimidina	Compatible. Evitar si es posible en < 1 mes y prematuros
---------------	--

trimetroprima + sulfametoxasol	Compatible. Evitar si es posible en < 1 mes y prematuros
--------------------------------	--

tetraciclina	Evitar si es posible. Trat. de 7-10 días puede ser seguro
ciprofloxacina	Evitar si es posible hasta que exista mayor información
clindamicina	Evitar si es posible. Monitorear bebé
doxiciclina	Evitar si es posible. Trat. de 7-10 días puede ser seguro
nitrofurantoína	Compatible. Evitar en prematuros y déficits de G-6-Fosfato
trimetoprima	Compatible
6.2.3 Drogas antileprosas	
clofazimina	Compatible
dapsona	Compatible. Monitorear bebé. Evitar en déficits de G-6-Fosf.
rifampicina	Compatible
6.2.4 Drogas antituberculosas	
Si el bebé desarrolla ictericia importante, suspenda o cambie la droga si fuera posible. De no ser posible se debería considerar la posibilidad de alimentar al bebé en forma artificial.	
etambutol	Compatible. Monitorear bebé
isoniacida	Compatible. Monitorear bebé
piracinamida	Compatible. Monitorear bebé
rifampicina	Compatible. Monitorear bebé
rifampicina + isoniacida	Compatible. Monitorear bebé
estreptomina	Compatible. Monitorear bebé
tioacetona + isoniacida	Compatible. Monitorear bebé
6.3 Drogas antimicóticas	
anfotericina	No se dispone información
griseofulvina	No se dispone información

ketoconazol	No se dispone información
nistatina	Compatible
flucitosina	No se dispone información
6.4 Drogas antiprotozoarias	
6.4.1 Antiamebianos y anti giardiásicos	
diloxanida	No se dispone información
metronidazol	Evitar si es posible
cloroquina	Compatible. Monitorear bebé. Evitar en déficit de G-6-Fosf.
6.4.2 Drogas anti leishmaniasis	
antimoniato de meglumina	Compatible
pentamidina	Compatible
6.4.3 Drogas antimaláricas	
cloroquina	Compatible. Monitorear bebé. Evitar en déficit de G-6-Fosf.
primaquina	Compatible. Monitorear bebé. Evitar en déficit de G-6-Fosf.
quinina	Compatible. Monitorear bebé. Evitar en déficit de G-6-Fosf.
mefloquina	No se dispone información
sulfadoxina + pirimetamina	Compatible. Evitar en < 1 mes, prematuros y déf. G-6-Fosf.
tetraciclina	Evitar si es posible. Trat. de 7-10 días puede ser seguro
proguanil	No se dispone información
6.4.4 Drogas antitripanosómicas	
melarsoprol	No se dispone información
pentamidina	No se dispone información
suramin sódico	No se dispone información

eflornitina	No se dispone información
benznidazol	No se dispone información
nifurtimox	No se dispone información
6.5 Repelentes de insectos	
dietiltuolamida	Compatible. Evitar contacto directo del bebé con el repelente
7. Antimigrañosos	
ácido acetil salicíco	Compatible. Evitar tratamientos largos. Monitorear bebé
ergotamina	Evitar si es posible. Monitorear bebé
paracetamol	Compatible
propranolol	Compatible. Monitorear bebé
8. Antineoplásicos e inmunosupresores	
8.1 Drogas inmunosupresoras	
La lactancia materna está contraindicada mientras la madre recibe alguna de las siguientes drogas.	
azatioprima	Evitar lactancia materna
ciclosporina	Evitar lactancia materna
8.2 Drogas Citotóxicas	
La lactancia materna está contraindicada mientras la madre recibe alguna de las siguientes drogas.	
bleomicina	Evitar lactancia materna
cisplatino	Evitar lactancia materna
ciclofosfamida	Evitar lactancia materna
citarabina	Evitar lactancia materna
dacarbazina	Evitar lactancia materna
dactinomicina	Evitar lactancia materna
doxorubicina	Evitar lactancia materna
etoposida	Evitar lactancia materna

fluorouracilo	Evitar lactancia materna
mercaptipurina	Evitar lactancia materna
metotrexato	Evitar lactancia materna
procarbazina	Evitar lactancia materna
vinblastina	Evitar lactancia materna
vincristina	Evitar lactancia materna
folinato cálcico	Compatible
8.3 Hormonas y anti hormonas	
dexametasona	Compatible en dosis únicas. Desconocido efecto en trat. prol.
etinilestradiol	Evitar en lo posible, puede inhibir lactancia
prednisolona	Compatible
tamoxifeno	Evitar
9. Drogas antiparkinsonianas	
biperideno	No se dispone información
levodopa + carbidopa	No se dispone información. Puede inhibir lactancia
10. Drogas que afectan la sangre	
10.1 Drogas antianémicas	
sales ferrosas	Compatible
sales ferrosas + ácido fólico	Compatible
ácido fólico	Compatible
hidroxicobalamina	Compatible
hierro dextrán	Compatible
10.2 Drogas que afectan la coagulación	
desmopresina	Compatible
heparina	Compatible
fitomenadiona	Compatible

protamina sulfato	No se dispone información
warfarina	Compatible
11. Productos sanguíneos y sustitutos plasmáticos	
No se dispone de información acerca de las drogas de esta sección. No obstante deberían considerarse compatibles con la lactancia materna.	
11.1 Sustitutos plasmáticos	
dextrán 70	Compatible
polygelina	Compatible
11.2 Fracciones plasmáticas para usos específicos	
albúmina humana	Compatible
factor VII concentrado	Compatible
factor IX concentrado	Compatible
12 Drogas cardiovasculares	
12.1 Drogas antianginosas	
trinitrato de gliceril	No se dispone información
dinitrato de isosorbide	No se dispone información
nifedipina	Compatible
propranolol	Compatible. Monitorear bebé
atenolol	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes y prematuros. Monitorear
12.2 Drogas antiarrítmicas	
lidocaína	Compatible
propranolol	Compatible. Monitorear bebé
verapamilo	Compatible
atenolol	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes y prematuros. Monitorear
procaínamida	Compatible, pero no existe información acerca de uso prolongado
quinidina	Compatible

12.3 Drogas antihipertensivas	
hidralazina	Compatible, pero no existe información acerca de uso prolongado
hidroclorotiazida	Compatible
nifedipina	Compatible, pero no existe información acerca de uso prolongado
propranolol	Compatible. Monitorear bebé
atenolol	Evitar si es posible, sobre todo en < 1 mes y prematuros. Monitorear
captopril	Compatible
metildopa	Compatible
reserpina	Evitar
nitroprusiato de sodio	No se dispone información
12.4 Digitálicos	
digoxina	Compatible
digitoxina	Compatible
12.5 Drogas usadas en shock vascular	
dopamina	No se dispone información
12.6 Antitrombóticos	
ácido acetil salicílico	Compatible. Evitar tratamientos largos. Monitorear bebé
estreptoquinasa	No se dispone información
13. Drogas dermatológicas	
13.1 Antimicóticos tópicos	
ácido benzoico + ácido salicílico	Compatible
miconazol	Compatible
nistatina	Compatible
tiosulfato sódico	Compatible
selenio sulfídico	Compatible

13.2 Drogas anti infecciosas	
violeta de genciana	Compatible
mupirocina	Compatible
neomicina + bacitricina	Compatible
sulfadiacina plata	Compatible
13.3 Anti inflamatorios y antipruriginosos	
betametasona	Compatible
loción de calamina	Compatible
hidrocortisona	Compatible
13.4 Astringentes	
diacetato de aluminio	Compatible
13.5 Agentes queratoplásticos y queratolíticos	
benzoil peróxido	Compatible
coaltar	Compatible
ditranol	Compatible
fluorouracilo	Evitar
podofillum	Compatible
ácido salicílico	Compatible
13.6 Escabicidas y pediculicidas	
benzoato de bencilo	Compatible
permetrina	Compatible
13.7 Agentes bloqueantes ultravioletas	
ácido p-aminobenzoico, factor 15	Compatible
benzofenones, factor 15	Compatible
óxido de zinc	Compatible
14. Agentes de diagnóstico	
14.1 Drogas oftálmicas	

fluoresceína	Evitar en lo posible, sobre todo en < 1mes y prematuros
tropicamida	No se dispone información
14.2 Medios de contraste	
amidotrizoate	Compatible
sulfato de bario	Compatible
ácido iopanoico	Compatible
compuestos yodados	No se han reportado efectos; no obstante existen dudas con el yodo
iotroxato de meglumine	Compatible
15. Desinfectantes y antisépticos	
15.1 Antisépticos	
<p>Sustancias para aplicaciones tópicas que contienen iodo deberían emplearse con precaución durante la lactancia, ya que el iodo podría absorberse y concentrarse en la leche materna alcanzando niveles tóxicos para el bebé.</p> <p>Los suplementos nutricionales dados a la madre y que contienen iodo son, no obstante, seguros.</p>	
clorohexidina	Compatible
peróxido de hidrógeno	Compatible
yodo	Evitar en lo posible aplicaciones repetidas. Monitorear bebé
15.2 Desinfectantes	
hipoclorito de calcio	Compatible
glutaral	Compatible
16. Diuréticos	
<p>Grandes dosis de tiazidas de acción corta así como dosis usuales de diuréticos de lazo o tiazidas de acción larga pueden inhibir la lactancia y deberían evitarse de ser posible.</p>	
amiloride	Evitar en lo posible

furosemida	Evitar en lo posible
hidroclorotiazida	Evitar en lo posible
manitol	Compatible
espironolactona	Compatible
17. Drogas gastrointestinales	
17.1 Antiácidos y otros antiulcerosos	
hidróxido de aluminio	Compatible
cimetidina	Evitar en lo posible. Faltan datos sobre uso prolongado
hidróxido de magnesio	Compatible
17.2 Antieméticos	
metoclopramida	Evitar en lo posible. Faltan datos sobre uso prolongado
prometacina	Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
17.3 Antihemorroidales	
anestésicos locales, astringentes y antiinflamatorios	Compatibles
17.4 Antiinflamatorios	
hidrocortisona	Compatible en dosis únicas. Faltan datos sobre uso prolongado
sulfasalazina	Evitar en lo posible, sobre todo en bebés con déficit de G-6-F
17.5 Antiespasmódicos	
atropina	Compatible. Monitorear bebé. Puede inhibir lactancia
17.6 Catárticos	
senna	Compatible
17.7 Drogas usadas en diarrea	

sales para rehidratación oral	Compatibles
codeína	Compatible en dosis únicas. Evitar repetición. Monitorear bebé
18. Hormonas, otras drogas endócrinas y anticonceptivos	
18.1 Hormonas adrenales y sustitutos sintéticos	
dexametasona	Compatible en dosis únicas. No hay información s/ uso prolongado
hidrocortisona	Compatible en dosis únicas. No hay información s/ uso prolongado
prednisolona	Compatible
fludrocortisona	No se dispone información
18.2 Andrógenos	
testosterona	Evitar
18.3 Anticonceptivos	
<p>La provisión de contraceptivos orales (incluyendo los que contienen sólo progesterona) se desaconseja durante las primeras seis semanas post parto, a fin de evitar la exposición de los bebés a ellos. Si se desea emplear algún método, la primera elección sería la de los no hormonales.</p>	
18.3.1 Anticonceptivos orales	
etinilestradiol + levonorgestrel	Evitar en lo posible. Puede inhibir lactancia
etinilestradiol + noretisterona	Evitar en lo posible. Puede inhibir lactancia
acetato medroxiprogesteronadepot	Compatible desde 6 semanas post parto
noretisterona	Compatible desde 6 semanas post parto
enentato de noretisterona	Compatible desde 6 semanas post parto
18.3.2 Dispositivos intrauterinos	
dispositivos que contienen cobre	Compatibles
18.3.3 Métodos barrera	

condón con o sin espermicida (nonoxinol)	Compatible
diafragma con espermicida (nonoxinol)	Compatible
18.3.4 Esrógenos	
etinilestradiol	Evitar si es posible. Puede inhibir lactancia
18.4 Insulina y otros antidiabéticos	
Algunas mujeres requieren dosis reducidas de algunas de las drogas de esta categoría durante la lactancia.	
insulina inyectable	Compatible
tolbutamida	Compatible
intermediarios activos de la insulina	Compatible
18.5 Inductores de la ovulación	
clomifeno	Evitar
18.6 Progestágenos	
noretisterona	Compatible
18.7 Hormonas tiroideas y drogas antitiroideas	
levotiroxina	Compatible
ioduro de potasio	Evitar
propiltiouracilo	Compatible
19. Inmunológicos	
19.1 Agentes diagnósticos	
tuberculina (PPD)	Compatible
19.2 Sueros e inmunoglobulinas	
inmunoglobulina humana anti-D	Compatible
suero antiescorpión	No hay información disponible
inmunoglobulina antitetánica	Compatible

suero anti veneno	No hay información disponible
antitoxina diftérica	Compatible
inmunoglobulina humana normal	Compatible
inmunoglobulina antirrábica	Compatible
19.3 Vacunas	
19.3.1 Para inmunización universal	
BCG	Compatible
DPT	Compatible
DT	Compatible
triple viral (rubeola, sarampión, paperas)	Compatible
paperas	Compatible
poliomielitis (inactiva)	Compatible
poliomielitis (Sabin)	Compatible
tetanos	Compatible
19.3.2 Para grupos específicos	
hepatitis B	Compatible
gripe	Compatible
meningococo	Compatible
rabia	Compatible
rubeola	Compatible
tifoidea	Compatible
fiebre amarilla	Compatible
20. Relajantes musculares (periféricos) e inhibidores de la colinesterasa	
galamina	Compatible
neostigmina	Evitar en lo posible en combinación con atropina
suxametonio	Compatible
piridostigmina	Compatible
bromuro de vecuronio	Compatible

21. Preparados oftalmológicos	
21.1 Agentes antiinfecciosos	
gentamicina	Compatible
idoxuridina	Compatible
nitrate de plata	Compatible
tetraciclina	Compatible
21.2 Agentes antiinflamatorios	
prednisolona	Compatible
21.3 Anestésicos locales	
tetracaína	Compatible
21.4 Mióticos y antiglaucoma	
acetazolamida	Compatible
pilocarpina	Compatible
timolol	Compatible
21.5 Midriáticos	
atropina	Compatible
epinefrina	Compatible
22. Ocitócos y antiocitócos	
22.1 Ocitócos	
ergometrina	Compatible en dosis únicas. Evitar repetición. Puede inhibir lactancia
oxitocina	Compatible en tratamientos cortos. Evitar uso prolongado
22.2 Antiocitócos	
salbutamol	Compatible
23. Soluciones para diálisis peritoneal	
soluciones intraperitoneales adecuadas	Compatible

24. Drogas psicoterapéuticas	
amitriptilina	Compatible en dosis superiores a 150 mg/día
clorpromacina	Evitar si es posible. Monitorear bebé
diazepam	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
flufenacina	Evitar en lo posible. Monitorear bebé
haloperidol	Evitar en lo posible. Monitorear bebé
carbonato de litio	Evitar en lo posible. Monitorear bebé
25. Drogas activas en el tracto respiratorio	
25.1 Antiasmáticos	
aminofilina	Compatible. Monitorear bebé
beclometasona	Compatible
epinefrina	No hay información disponible
salbutamol	Compatible
cromoglicato	Compatible
efedrina	Compatible. Monitorera bebé
25.2 Antitusivos	
codeína	Compatible. Evitar dosis repetidas. Monitorear bebé
26. Soluciones correctoras de disturbios del agua, electrolitos y estado ácido base	
26.1 Rehidratación oral	
sales de hidratación oral	Compatibles
cloruro de potasio	Compatible
26.2 Parenteral	
glucosa	Compatible
glucosa con cloruro de sodio	Compatible

cloruro de potasio	Compatible
cloruro de sodio	Compatible
bicarbonato de sodio	Compatible
lactato de sodio	Compatible
26.3 Misceláneas	
agua para inyecciones	Compatible
27. Vitaminas y minerales	
ergocalciferol	Compatible. Monitorear si se utilizan dosis terapéuticas
yodo	Compatible. Evitar su empleo en drogas sistémicas
nicotinamida	Compatible
piridoxina	Compatible
retinol	Compatible
riboflavina	Compatible
fluoruro de sodio	Compatible a dosis nutricionales
tiamina	Compatible
ácido ascórbico	Compatible. Monitorear bebé en trat. prolongados
gluconato de calcio	Compatible

Lactancia Materna y Medicación de la Madre Revisión OMS/UNICF 1995.

ANEXO 10: TABACO Y LACTANCIA

Extraído de R. Lawrence “La Lactancia Materna” Según estudios realizados las madres fumadoras eligen la lactancia artificial con más frecuencia que la materna. En otro estudio se observó que el 41% de las mujeres abandonan el tabaco durante el embarazo. Se ha demostrado que la nicotina interfiere con el reflejo de eyección, pero no parece alterar la lactancia ya iniciada. Las mujeres que fuman entre 10 y 20 cigarrillos al día tienen de 0,4 a 0,5 mg/L de nicotina en la leche.

Los cálculos indican que esto equivaldría a una dosis de 6 a 7,5 mg de nicotina para un adulto. En el adulto, la dosis letal está entre 40 y 60 mg. Puesto que la ingiere a lo largo de todo el día, el lactante puede metabolizar la nicotina en el hígado y excretarla a través del riñón. La vida media de la nicotina en la leche de las fumadoras es de 95 minutos. Sin embargo en estudios realizados con grupos de fumadoras con lactancia natural y artificial, frente a no fumadoras con lactancia natural y artificial, se obtuvo el siguiente resultado: Si la madre fuma y da el pecho su hijo tiene menos neumonías que los de las madres fumadoras que dan biberón.

De lo cual se deduce que necesitan más la lactancia materna los hijos de las fumadoras. Siempre es más recomendable la lactancia materna aunque la madre sea fumadora, pero evitando fumar en presencia del hijo, pues a través del aire también pasan contaminantes al hijo.

ANEXO 11: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA OMS

«La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:



- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas (Kramer M et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(4): 413-420).

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding*. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica.

La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud.

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del lactante en el contexto de la infección por VIH. Las aptitudes básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de capacitación para trabajadores sanitarios del primer nivel en materia de AIEPI, en el que se combinan aspectos preventivos y asistenciales.

La evaluación del asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados y los agentes de salud comunitarios en materia de lactancia materna ha demostrado que se trata de una intervención eficaz para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño describe las intervenciones esenciales para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva. (WorldHealth Organization (WHO), 2013).

ANEXO 12: CÓDIGO INTERNACIONAL DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

“La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con el objetivo de proteger y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. Desde entonces, la aprobación de diversas resoluciones adicionales ha definido y fortalecido las estipulaciones del Código.

El Código estipula que no se debe llevar a cabo ninguna forma de promoción de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas en la población en general; que ni los establecimientos sanitarios ni los profesionales de la salud deberían desempeñar funciones de fomento de los sucedáneos, y que no se debería suministrar muestras gratis de esos productos a las mujeres embarazadas, a las nuevas madres y a las familias. Todos los gobiernos deberían incorporar el Código en sus normas jurídicas. Desde 1981, 65 países han aplicado todas o algunas de estas estipulaciones y resoluciones del Código así como estipulaciones relevantes de la Asamblea de Salud Mundial. Más de 20 países ya poseen proyectos de ley que esperan ser aprobados. UNICEF colabora con legisladores y abogados a fin de que en más países se pongan en vigencia el Código y otras normas y leyes de protección de la maternidad.

A continuación, algunos ejemplos de estrategias originales de aplicaciones del Código:

En Irán, el Gobierno se ha hecho cargo del control de la importación y venta de los sucedáneos de la leche materna. Esos productos sólo pueden ser adquiridos mediante una receta médica y los envases deben llevar una etiqueta genérica, ya que está prohibido el uso en los mismos de marcas, ilustraciones y mensajes publicitarios.

En la India, los envases de los sucedáneos de la leche materna deben contener en el panel central de la etiqueta una clara advertencia sobre los perjuicios que pueden ocasionar los alimentos artificiales.

En Papúa Nueva Guinea la venta de biberones, tazas, tetinas y chupetes está sometida a estrictos controles y rige la previsión de publicitar esos productos, así como los sucedáneos de la leche materna.

Las personas interesadas en la aplicación o el fortalecimiento del Código en el ámbito local deberían ponerse en contacto con el Comité Nacional de Lactancia Materna, la oficina de UNICEF o el Comité Nacional en pro de UNICEF de sus respectivos países.” (CICSLM-UNICEF, 1981).

ANEXO 13: ENCUESTA DIRIGIDA HACIA A LAS MADRES LACTANTES

**HOSPITAL “JOSE MARIA VELASCO IBARRA”
GINECOLGIA - OBSTETRICIA Y NEONATOLOGIA
INVESTIGACION DE SALUD: INTERÉS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA
LACTANCIA MATERNA**

FECHA: _____

A. Encierre en un círculo su respuesta.

1.- ¿Cuándo ha recibido información en nuestro Centro de Salud, sobre los beneficios y ventajas de la Leche Materna?

- a. Controles Prenatal
- b. Durante su Parto
- c. Control Posnatal
- d. Todas las Anteriores

2.- ¿Cuál es el periodo mínimo de Lactancia Materna que usted amamanta a su Hijo/a?

- a. 6 Meses
- b. 12 Meses
- c. 24 Meses
- d. 36 Meses

3.- ¿Identifica usted los riesgos del Uso de Formulas Artificiales en la alimentación de su hijo?

- a. Desnutrición
- b. Alergias
- c. Infección

d. Todas las Anteriores

4.- ¿Cómo protege la Ley a la mujer Trabajadora que amamanta?

- a. Tres meses de permiso y dos horas de periodo de Lactancia hasta que el niño cumpla un año de edad.
- b. Tres meses de permiso y cuatro horas de periodo de Lactancia hasta que el niño cumpla seis meses.
- c. Tres meses de permiso y dos horas de periodo de Lactancia hasta que el niño cumpla nueve meses de edad.
- d. Seis meses de permiso y dos horas de periodo de Lactancia hasta que el niño cumpla seis meses.

5.- ¿Conoce usted que medicación está contraindicada durante el periodo de lactancia materna?, la misma que debe consultar a su medico

- a. Antidepresivos
- b. Antiácidos
- c. Antibióticos
- d. Analgésicos

6.- ¿Cree usted que el niño desde su nacimiento hasta el año de vida, debe ser alimentado con leche materna?

SI NO

¿Por qué?.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**ANEXO 14: XV ENCUESTA DIRIGIDA HACIA A LAS PROFESIONALES DE LA SALUD****HOSPITAL "JOSE MARIA VELASCO IBARRA"
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA****INVESTIGACION DE SALUD: INTERÉS DEL EQUIPO DE SALUD EN LA LACTANCIA MATERNA**

FECHA: _____

Por favor marque con una X su respuesta y en algunos casos de su explicación.

1.- ¿El Hospital José María Velasco Ibarra tiene una Política de Lactancia Materna?

SI NO

¿Cuál es?.....

2.- ¿Su Unidad de Salud realiza campañas periódicas sobre los beneficios y el manejo de la Leche Materna?

SI NO

¿Dónde?.....

3.- ¿Usted informa a toda mujer embarazada que asiste a su servicio sobre los beneficios de la Lactancia Materna?

SI

NO

¿Por qué?.....

4.- ¿Ayuda a la madre a iniciar la Lactancia Materna durante la primera hora posterior al Parto?

SI

NO

5.- ¿Recomienda a las madres, el uso de objetos artificiales de succión para los recién nacidos?

SI

NO

¿Porqué?.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN