

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

**LACTARIO DOMICILIARIO PARA REDUCIR EL ABANDONO A LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TRABAJADORAS QUE ACUDEN A
LA MATERNIDAD DEL HCSC.**
www.digital.iaa.ve
MARZO - JUNIO AÑO 2015

Autor: Christian M. Núñez

Tutor científico: Dr. Vicente Franco

Tutor metodológico: Dr. Marco Labrador

San Cristóbal, Octubre de 2015

**LACTARIO DOMICILIARIO PARA REDUCIR EL ABANDONO A LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TRABAJADORAS QUE ACUDEN A
LA MATERNIDAD DEL HCSC.**

MARZO - JUNIO AÑO 2015

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
CHRISTIAN MICHAEL NÚÑEZ PINEDA, C.I. V- 18.255.587, ANTE EL CONSEJO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
PEDIATRA PUERICULTOR.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POSTGRADO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

www.bdigital.ula.ve

Autor: Christian Michael Núñez Pineda

Médica Egresada de Universidad de los Andes. Facultad de medicina extensión Táchira. Médico Residente Postgrado Puericultura y Pediatría

Tutor científico: Dr. José Vicente Franco Soto. Médico especialista en puericultura y pediatría. Especialista Infectología pediátrica. Profesor de infectología y Bioestadística del postgrado pediatría y puericultura, escuela de medicina extensión Táchira Universidad de los Andes. Presidente de la filial Táchira de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

Tutor metodológico: Dr. Marco A. Labrador R. Médico especialista en puericultura y pediatría. Especialista en gestión de políticas de RRHH para la salud. Profesor de metodología de la investigación. Jubilado Activo escuela de medicina extensión Táchira Universidad de los Andes.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi familia.

Mi madre Marina, mi padre Jesús, y mis hermanos Linda y Jesús, quienes cerca o en la distancia me brindaron su apoyo incondicional, su amor y comprensión al emprender tan ardua tarea que hoy se ve materializada en un logro más. Gracias a ustedes que son el pilar de mi esencia.

A la Universidad de los Andes.

Por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional de salud y ahora especialista en el área de Pediatría y Puericultura.

A mi tutor científico.

Dr. Vicente Franco, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos tanto de bioestadística como de lactancia materna, que ayudan en conjunto a formarte como persona e investigador.

A mi tutor metodológico.

Dr. Marco Labrador, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación han logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito, así como han incentivado el inicio de una línea de investigación en mi carrera como médico.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional: Dra. Alix Caycedo, por sus consejos y apoyo incondicional. A mi amigo, compañero y novio Dr. José Arcadio Sanguino, por su paciencia, amor y orientación para la realización de este trabajo.

Finalmente a los **doctores y maestros**, aquellos que marcaron cada etapa de éste camino universitario, y todas aquellas personas que de una u otra forma han formado parte de mi vida profesional a las que quiero agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía. Gracias por formar parte de este logro, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	11
ANTECEDENTES	11
MARCO TEORICO	13
PROPUESTA.....	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
MATERIALES Y METODOS	19
TIPO Y MODELO DE INVESTIGACIÓN.....	19
POBLACIÓN Y MUESTRA	20
UNIDAD DE ANÁLISIS	21
VARIABLES.....	22
MATERIALES	22
PROCEDIMIENTO.....	23
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25
RESULTADOS	26
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXO 1	44
ANEXO 2	45
Encuesta de selección al programa de lactarios domiciliario servicio de maternidad HCSC 2015	45
ANEXO 3	48
Protocolo de apoyo y Promoción de la Lactancia Materna y creación lactario domiciliario en servicio de maternidad y consulta de pediatría	48
ANEXO 4	60

Cuestionario de verificación domiciliaria de madres trabajadoras seleccionadas al programa de lactarios domiciliario en el servicio de maternidad HCSC 2015. **60**

www.bdigital.ula.ve

LACTARIO DOMICILIARIO PARA REDUCIR EL ABANDONO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TRABAJADORAS QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD DEL HCSC.

MARZO - JUNIO AÑO 2015

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva es ideal para el recién nacido por su aporte nutricional, inmunológico y emocional para su crecimiento y desarrollo. Se ha determinado que, el trabajo es el factor más influyente que condiciona el abandono. Se hace necesario evaluar el impacto del lactario domiciliario para reducir el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras en el Hospital Central de San Cristóbal-Venezuela (HCSC). **Métodos:** Estudio experimental, prospectivo, transversal y analítico realizado en el Servicio de Maternidad del HCSC. Aplicándose encuestas se seleccionaron madres trabajadoras de la localidad dispuestas a lactar, ejecutándose un programa de promoción de lactancia materna y lactario domiciliario, posteriormente verificándose la continuidad del programa en su domicilio durante dos meses, el cual, se comparó con madres trabajadoras que nunca han recibido información. **Resultados:** El 100% de las madres realizaron el lactario posterior al programa de capacitación, de ellas, sólo el 72,3% continuó con la lactancia materna exclusiva y el lactario, en comparación con un 40% del grupo control madres que no recibieron información ($p \leq 0,001$). La primera limitación para la instauración del lactario fue la avería de la nevera con un 2%. Los factores asociados al abandono del lactario y la lactancia fueron escasa cantidad de leche materna y la insatisfacción alimentaria del lactante. Estudiándose así otras variables epidemiológicas. **Discusión:** La mayoría de las madres trabajadoras lograron elaborar el lactario domiciliario, permitiendo mantener la lactancia materna exclusiva, sin embargo el grupo de las madres que lo abandonaron, fueron por causas diferentes al trabajo, correspondiéndose con otros estudios.

Palabras clave: lactancia, lactarios, trabajadoras, abandono, madres.

LACTARY HOUSE TO REDUCE CHURN EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN WORKERS ATTENDING THE MATERNITY HCSC.

APRIL - JUNE 2015

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding is ideal for the newborn for its nutritional, immunological and emotional growth and development for their contribution. It has been observed that the work is the most influential factor determining abandonment. It is necessary to assess the impact of home Lactary to reduce the abandonment of exclusive breastfeeding working mothers in the Central Hospital of San Cristobal, Venezuela (HCSC). **Methods:** Experimental, prospective, transversal and analytical study in the Maternity Service HCSC. Applying polls those working mothers of the town willing to breastfeed, applying a program to promote breastfeeding and infant milk house, then verifying the continuity of the program at home for two months, which was compared with working mothers they were selected that have never received information. **Results:** 100% of mothers performed the post-training program, of these, only 72.3% milk feeders continued exclusive breastfeeding and infant milk, compared with 40% in the control group mothers received no information ($p \leq 0,001$). The first limitation for the establishment of Lactary was the fault of the refrigerator at 2%. The factors associated with abandonment of infant milk and breastfeeding were insufficient amount of breast milk and infant food dissatisfaction. And other epidemiological variables under study. **Discussion:** Most working mothers were able to prepare the house Lactary, allowing maintain exclusive breastfeeding, however the group of mothers who dropped out were for various reasons work, corresponding to other studies.

Keywords: breastfeeding, milk feeders, workers, abandonment, mothers.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación es muy importante para el desarrollo físico y psicológico del bebé desde el momento de su concepción. La leche materna es el alimento más recomendado para el recién nacido por sus características nutricionales, poseer anticuerpos, además de favorecer la seguridad emocional y afectiva de la madre al bebé a través del contacto físico (1).

Una adecuada nutrición y patrones de lactancia son factores determinantes para la salud durante la infancia (1). Se ha descrito que los niños menores de seis meses tienen de cinco a diez veces más posibilidades de enfermar si son alimentados con fórmulas lácteas y un riesgo mayor de déficit nutricional (2, 3). Así mismo, la lactancia se ha asociado con una reducción en la tasa de mortalidad infantil, así como de la morbilidad por enfermedades infecciosas (4).

En contraste con las ventajas de la lactancia materna, es notable la disminución creciente de su práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en rurales (5). Existe una gran desinformación en lactancia materna, una situación agravada por la existencia de múltiples factores que conspiran en general contra la lactancia natural, como son: la presión social, la influencia detractora de mitos o leyendas urbanas, la publicidad por parte de las empresas que elaboran sucedáneos de la leche materna y la falta de apoyo oportuno que adolecen las madres. Dichos factores disminuyen la confianza de las madres haciéndolas dudar de su capacidad para mantener la lactancia. En nuestro país la prevalencia de abandono de lactancia materna a los seis meses en el 69.12%(5,6).

A nivel nacional, en el ámbito de mujer, lactancia y trabajo, existe una política de promoción, protección y apoyo en materia de lactancia materna, que ha generado desde el año 2000, una Normativa Legal de Protección a la Lactancia en la Madre Trabajadora, la Maternidad y la Paternidad en Venezuela (6). La Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría apoya esta política, ratificándola mediante la publicación de dos instrumentos: el Código de Ética de Promoción y Defensa de la Lactancia Materna (7) y el Decálogo de la Lactancia Materna para el Pediatra (8); así como con la realización, en el marco de Convenios SVPP/UNICEF, de los Talleres de Abordaje y Defensa de la Lactancia Materna para Pediatras (2009-2012) y de los Talleres de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna para la Implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño - IHAN - OMS / UNICEF (9). Sin embargo, de esta recomendación a todos los países del mundo;

no se cumple satisfactoriamente, incluso en culturas con altas tasas de amamantamiento (10).

Según UNICEF, en Venezuela (2010), a pesar de los beneficios de la lactancia materna, la tasa de mujeres que alimentan a sus bebés de forma exclusiva es menor al 30%, siendo múltiples las causas intervinientes, entre estas las dificultades en la promoción y apoyo a la lactancia en los centros de salud (11).

En un estudio realizado en Cuba en el año 2014, sobre la caracterización de los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva, se encontró que las principales causas del abandono de la lactancia referidas por las mujeres fueron la incorporación al trabajo (28,2%) y al estudio (23,9%) respectivamente. Como se establece anteriormente, tanto en nuestro país, como en otros países latinoamericanos se ha visto un alto índice de abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras (12).

Es importante resaltar los resultados arrojados en una investigación previa realizada por el autor en nuestro estado, específicamente en el Hospital central de San Cristóbal (HCSC), en septiembre – noviembre el año 2014, en el cual se aplicó una encuesta sobre los factores que condicionan el abandono de la lactancia materna exclusiva, orientada a las madres que acudieron al servicio de maternidad; En donde se encontró, en primer lugar, el trabajo materno como causa de abandono de lactancia materna, con un 57%, seguido por la cantidad de leche insuficiente con un 18% y la decisión materna en un 11%; (13) correlacionándose con el resto de trabajos publicados tanto en nuestro país como en Argentina y México (14, 15).

Así mismo, se notó una alta desinformación acerca de la lactancia materna, y de cómo mantenerla aun iniciando las actividades laborales (13). Al existir desconocimiento de la práctica adecuada de lactancia y de alternativas como la creación de banco de leche domiciliario, el ordeño de la mama en casa y en el sitio de trabajo, es probable que dicha causalidad perpetúe el hecho de la sustitución de un alimento que es de vital importancia para el recién nacido y lactante menor, por un sucedáneo de la leche materna que acarrea consecuencias de salud negativas (alergias en intolerancia a algunos alimentos, deshidratación, anemia ferropénica, desnutrición infantil, depresión del sistema inmune y déficit en el rendimiento académico) que afectan a la población infantil por ser un grupo vulnerable (14, 15).

Se hace necesario realizar un protocolo que permita responder la siguiente formulación del problema:

¿La creación de un lactario domiciliario reducirá el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras de la localidad atendidas en la maternidad del HCSC?

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El abandono de la lactancia materna exclusiva, dificulta asegurar la continuidad adecuada de la alimentación del niño, aumentando de esta manera los casos de mal nutrición, enfermedades diarreicas y gastrointestinales en los pacientes pediátricos. Así mismo, se rompería el vínculo afectivo madre- hijo que tiene implicaciones psicológicas importantes en el desarrollo estructural, conductual y cognitivo del niño. Además de ello, aumentarían los costos en alimentación debido a la administración de sucedáneos de la leche materna.

La realización de un programa que incluya la creación de lactarios domiciliarios para hijos madres trabajadoras de San Cristóbal y, que practiquen la lactancia materna exclusiva tiene importancia por la relevancia social que representa debido al abandono de dichas prácticas lo cual aflige a nuestro país y al mundo. El conocimiento que se puede transmitir a través de este programa mediante actividades de promoción y apoyo para la lactancia materna exclusiva ayudará a todas aquellas madres trabajadoras que están dispuestas a lactar a sus hijos, para mantener en el tiempo dicha práctica y evitar que sea suspendida a la hora de reintegrarse a sus respectivos trabajos o durante el ejercicio del mismo.

Las promotoras de lactancia materna cumplirán un rol muy importante y decisivo en la sensibilización, concienciación y a su vez contribuirá a disipar dudas y lograr el cambio de actividades negativas, favoreciendo un mejor vínculo afectivo entre el binomio madre e hijo logrando complacencia profesional. Así mismo, la orientación de las madres trabajadoras que practican la lactancia materna exclusiva para la realización de lactarios domiciliarios será una manera de incentivar a las comunidades y crear conciencia de la importancia de los beneficios del banco de leche para una futura intervención en otras instituciones tanto públicas como privadas de dicha práctica.

ANTECEDENTES

Las madres que amamantan pueden encontrar motivos inesperados para separarse de sus recién nacidos, sin embargo es más frecuente que las mujeres necesiten extraer y almacenar su leche para eventos planeados, flexibilidad en su estilo de vida y regresar al trabajo. El conocimiento de cómo almacenar y manejar

apropiadamente la leche materna es esencial para el éxito de la lactancia materna. (16)

La leche humana es un alimento vivo, fresco, con muchas propiedades antioxidantes, antibacterianas, prebióticas, probióticas y estimuladoras del sistema inmune, además de nutrientes. Aunque algunos de estos nutrientes y propiedades saludables cambian con el almacenamiento, hay buena evidencia de que el almacenamiento de la leche materna puede ser seguro, permitiendo proporcionar una nutrición óptima para el niño cuando no puede ser amamantado o no hay disponibilidad de leche recién extraída (16). En la actualidad existen varios estudios que avalan el éxito de la creación de bancos de leche tanto a nivel institucional como domiciliario entre ellos se pueden citar los siguientes:

M. Gormaz y cols, publicaron un artículo titulado “Actividad de un banco de leche humana implantado en una unidad neonatal”, España 2011, donde se reconoce que la leche materna es el alimento de elección para los lactantes, por sus múltiples beneficios sobre la salud incluso a largo plazo. En las situaciones en que no se dispone de leche de madre propia, la leche de madre donada es una alternativa válida. Así mismo se afianza el conocimiento con la revisión sistemática y el metaanálisis de Boyd y la revisión Cochrane de Quigley, quienes han hallado un menor riesgo de Enterocolitis necrotizante en los niños alimentados con leche materna que en los alimentados con leche de fórmula. De allí se concluyen las bondades de la práctica de la lactancia tanto a nivel domiciliario como a nivel intrahospitalario para el manejo preventivo de enfermedades que se desarrollan en el prematuro (17).

Lic. Marta Puente, en su tesis titulada “Banco de leche humana: donantes y características del producto donado. Implicaciones para la actuación enfermera”. Universidad de Zaragoza, España 2012, realizó un estudio descriptivo observacional de las donaciones de leche recibidas en el Banco de leche de Aragón (2011- 2012), donde se planteaba conocer las características de las madres donantes de leche y del producto donado, haciendo referencia además a la valoración de la aplicación de las medidas de asepsia por parte de la donante. En el 27,11% de las donaciones se observó una contaminación bacteriana. El 77,78% de los gérmenes corresponden a gram positivos, mientras que el 22,22% son bacterias gram negativas. Se concluyó que era necesario incidir en las medidas que tienen como objetivo asegurar la asepsia del procedimiento para reducir la alta tasa de contaminación, y plantear visitas domiciliarias para comprobar el seguimiento de las instrucciones (18).

Marta Herrera, en su artículo titulado “Puesta en marcha del Primer Banco de Leche Humana en el Hospital Materno-Infantil San Pablo, Asunción, Paraguay” (BLHHSP), Paraguay 2013, Se demostró que la alimentación con leche materna disminuye las complicaciones de los niños de muy bajo peso y prematuros. Sin embargo, no siempre la madre produce suficiente cantidad de leche para su niño y es por esa necesidad que nacieron los Bancos de Leche, considerados una estrategia importante para disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil. En este artículo se detallan los distintos procedimientos que se llevan a cabo en el BLHHSP, la experiencia de estos primeros años, y el delineamiento de los proyectos futuros de proveer regularmente de leche de Banco a otros servicios de Neonatología, tanto públicos como privados de todo el país (19).

Menezes G y cols. Realizaron un estudio donde se evaluaban los procedimientos de la extracción domiciliaria y el transporte de la leche humana asociados con su control de calidad. Brasil 2014, participaron 48 donadoras fichadas en el Banco de Leche Humana del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Uberlândia. Se realizaron observaciones durante visitas domiciliarias según la lista de cotejo elaborada teniendo en cuenta las normas técnicas, las cuales se asocian con los controles físico-químicos y microbiológicos. Los resultados sugieren que la mayoría de las donadoras asimilaron las orientaciones del equipo del banco de leche y realizaron los procedimientos de manera satisfactoria. Con este estudio se demostró que la extracción y la recolección domiciliaria es una forma segura y eficaz para la obtención de leche humana en donación. (20)

MARCO TEORICO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna exclusiva (LME) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la alimentación al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, independientemente de la administración de vitaminas y medicamentos, recomendándose su empleo durante los primeros 6 meses (5, 21,22).

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche humana se le considera un tejido vivo. Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales. Son responsables de las respuestas inmunológicas y antiinfecciosas mediadas por

células, de la síntesis de lactoferrina, lisozina, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón (23).

Las células no son destruidas en el tracto gastrointestinal del bebé y conservan toda su capacidad fagocítica. La concentración celular es mayor en el calostro y decrece a los 4 o 5 días. La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas, se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé (23).

- ✓ **Proteínas:** La taurina, interviene en el sistema nervioso central y actúa como modulador del crecimiento y estabilizador de las membranas (34). Se dividen en proteínas del suero (60%) y caseína (40%). La caseína, con su acción inmunomoduladora participa en la creación del *Lactobacillus Bífidos*, para la formación de la flora intestinal. La Alfa lactalbúmina, se encuentra en mayor proporción y es de alto valor nutritivo. La Lactoferrina, determina una acción bacteriostática, especialmente contra la *Escherichia coli* (23, 24).
- ✓ **Las Inmunoglobulinas:** son las responsables de la inmunidad humoral. En el calostro, las IgA e IgM tienen concentraciones muy altas que caen a los 4 ó 5 días. No ocurre lo mismo con la IgG (23,24).
- ✓ **Hidratos de carbono:** La lactosa es predominante. Disacárido cuya única fuente es la leche. Su función es energética. Propiedades específicas: poder osmótico; favorece el crecimiento de la flora acidófila junto al factor bífido (23).
- ✓ **Grasas:** Constituyen el 50% de las calorías totales que recibe el bebé. Tiene funciones inmunológicas e intervienen en la formación de la mielina. Su composición varía con la dieta. Existen ácidos grasos saturados (45%) e insaturados (55%). Los poliinsaturados son importantes para la estabilidad de las membranas y la síntesis de prostaglandinas (23).
- ✓ **Vitaminas:** La concentración de vitaminas liposolubles en la leche depende de la dieta materna, no así las hidrosolubles (23).
- ✓ **Minerales:** El aporte de sodio, cloro y potasio es menor que en otras leches. El calcio, magnesio, cobre, hierro y zinc son de alta biodisponibilidad (23).
- ✓ **Propiedades antialérgicas** La proteína de la leche humana es específica de modo que no es alérgica (23).

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

El consumo de leche materna produce beneficios para el recién nacido y su madre. No se ha obtenido sustituto que la igual (25, 26).

En el bebé

- ✓ El acto de amamantar crea y mejora la relación madre-hijo.
- ✓ Tiene factores de crecimiento cerebral.

- ✓ La digestión de la leche materna es más fácil y eficiente, ya que contiene lipasa y transmite inmunidad pasiva y disminuye la gravedad de las alergias.
- ✓ Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis.
- ✓ Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita.
- ✓ Disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto.
- ✓ Tiene la proporción ideal de nutrientes y disminuye el riesgo de obesidad.

En la madre

- ✓ Evita hemorragias después del parto y mejora la mineralización ósea.
- ✓ Reduce las posibilidades de adquirir cáncer de mama y de ovario.
- ✓ La prolactina le ayuda a conciliar rápidamente el sueño.

Aspectos prácticos

- ✓ La leche materna está relativamente siempre disponible para el bebé.
- ✓ La leche materna está siempre a 37°C.
- ✓ La cantidad de leche producida se adapta a las necesidades del bebé.

ANTECEDENTES DE LOS BANCO DE LECHE HUMANA Y LOS LACTARIOS

A principios del siglo XX surgieron los primeros bancos de leche, pero debido a múltiples causas, como la inserción de la mujer en el mundo laboral, la medicalización del embarazo y el parto y, sobretodo, el desarrollo de las formulas artificiales, la lactancia materna paso a ser un segundo plano. Por otro lado, la epidemia de SIDA hizo que muchos bancos de leche cerraran sus puertas ante el miedo a la transmisión de la infección a través de la leche. (17, 27, 28)

Gracias a los avances en la ciencia y tecnología, y al gran número y diversidad de estudios que han confirmado los múltiples beneficios de la Leche Materna, se ha impulsado a su almacenamiento en los llamados Bancos de Leche Humana (BLH), una de las mejores ideas como opción alternativa cuando una madre no puede alimentar directamente al pecho a su hijo. (17, 27, 28)

BANCO DE LECHE HUMANA INSTITUCIONAL

Se define como un centro especializado responsable de la promoción y apoyo a la leche materna, y de la recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación de leche de madre donada, a cualquier niño que lo precise. (29)

LACTARIO INSTITUCIONAL

Son servicios que apoyan a la madre para alimentar a sus hijos o hijas con leche materna, directamente del seno u obtenida mediante extracción manual o mecánica almacenándose de tal manera que permita, bajo su manejo adecuado, la posibilidad de alimentar a su propio niño con su leche materna. (29)

LACTARIO COMUNITARIO

Servicios vinculados con consultorios populares, hogares y multihogares de cuidado diario, casas comunitarias y otros espacios locales, en donde se apoya a la madre para alimentar a su bebe con leche materna manual. Allí se conserva para ser suministrada al niño con los requerimientos básicos que permitan mediante su manejo adecuado la posibilidad de alimentar al niño con leche materna (30).

BANCO DE LECHE CASERO O DOMICILIARIO

La madre también puede extraer y almacenar su leche en casa, para que el cuidador lo alimente con la leche de su propia madre. Este tipo de almacenamiento es llamado también lactario casero y es una excelente opción cuando por ejemplo la madre debe retomar sus actividades laborales fuera de casa, o cuando por alguna emergencia deba dejar a su hijo al cuidado de otro, quien podrá ofrecer esta leche (29).

LOS BANCOS DE LECHE HUMANA PROMUEVEN LA LACTANCIA MATERNA

Los bancos de leche por sí mismos contribuyen a promocionar la lactancia materna y con ello la salud infantil. Además, puede resolver, de manera transitoria, los problemas de alimentación del recién nacido hasta que su madre le pueda dar el pecho en el posparto inmediato y, de esta forma hacer posible el estudio y el perfeccionamiento de técnicas que colaboran en el mantenimiento de la lactancia, como la extracción de la leche o su conservación. La experiencia en otros países ha demostrado que la instauración de un banco de leche materna aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado. (16,29)

PREPARACIÓN PARA ALMACENAMIENTO DE LECHE HUMANA

1.- Lavado de las manos: Se deben lavar las manos con agua y jabón o con un limpiador para manos sin necesidad de agua, si las manos no aparentan estar sucias, antes de extraer la leche (16, 30, 31, 33).

2.- La extracción de la leche puede ser realizada con la mano o por medio de una bomba sacaleche, siempre cuidando las normas de higiene.(16, 30).

3.- Recipientes de almacenamiento. Los recipientes de vidrio y polipropileno con tapa, parecen ser similares en sus efectos en la adherencia de nutrientes a la superficie del recipiente, la concentración de Ig A y el número de células blancas viables almacenadas en la leche (16, 32).

4.- Esterilidad de los recipientes: no necesitan ser esterilizados. Pueden ser lavados en agua jabonosa caliente. Si el jabón no está disponible, entonces es preferible agua hirviendo (16).

5.- No es necesario lavar los senos ni los pezones antes de la extracción (16).

ALMACENAMIENTO DE LECHE HUMANA

1.- La leche fresca recién extraída puede ser almacenada con seguridad a temperatura ambiente (10-29°C). Para temperatura ambiente entre 27°C y 32°C, 3-4 horas puede ser un límite razonable (30, 33).

2.- La leche humana es segura a 15°C solo por 24 horas , lo que sería equivalente a un paquete/bolsa azul con hielo en una hielera (33).

3.- Es seguro refrigerar la leche humana (4°C), ya sea evaluando la capacidad bactericida de la leche almacenada como un marcador para la calidad de la leche o midiendo el crecimiento bacteriano en las muestras de leche almacenada. (31, 33).

4.- El congelar leche humana extraída (- 20°C) ha demostrado ser seguro por lo menos por 3 meses. Las vitaminas A, E, y B, proteínas totales, grasa, enzimas, lactosa, zinc, inmunoglobulinas, lisozima y lactoferrina, generalmente se preservan cuando se congela la leche humana. Debe ser almacenada en la parte de atrás del congelador para evitar el recalentamiento intermitente al momento de abrir la puerta del mismo (33).

5.- Después de que un recipiente se llena con leche humana, se debe dejar un espacio en la parte superior del recipiente para permitir la expansión cuando se congele. Se recomienda almacenar (2-4 onzas) para evitar desperdiciar (32, 33).

6.- Trate de evitar agregar leche caliente a leche que ya se ha enfriado o a leche congelada, para evitar el recalentamiento de leche ya almacenada (33).

7.- Puede que la leche humana almacenada tenga olor y sabor alterados debido a la actividad de la lipasa, una enzima que degrada la grasa en ácidos grasos (32).

Se proporciona un resumen de las guías para el almacenamiento de leche en la **ANEXO 1: Tabla 1.**

EL USO DE LA LECHE HUMANA ALMACENADA

- 1.- La leche fresca es mejor que la congelada. Use primero la leche con más tiempo en el refrigerador o la del congelador (16).
- 2.- El bebé puede tomar la leche fría, a temperatura ambiente o caliente, según preferencia del niño (16, 30).
- 3.- Es mejor descongelar la leche humana ya sea en el refrigerador durante la noche, bajo chorro de agua caliente, o colocándola en un recipiente que contenga agua caliente (30). Estudios hechos sobre descongelamiento de leche humana en el microondas muestran que es difícil controlar la temperatura en el microondas, lo que causa que la leche se caliente de manera desigual (31, 32).
- 5.- No se recomienda recongelar la leche humana que ya ha sido descongelada.
- 6.- El tiempo de duración que la leche puede ser mantenida a una temperatura ambiente una vez que el bebé se haya alimentado, es de 1-2 horas (16, 32).
- 8.- No debe alimentarse al bebé con leche humana de apariencia fibrosa, fétida o purulenta (16).

PROPUESTA

ELABORAR Y EJECUTAR UN PROGRAMA PARA LA CREACIÓN DE UN LACTARIO DOMICILIARIO PARA REDUCIR EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES TRABAJADORAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HCSC MARZO - JUNIO AÑO 2015.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el impacto del lactario domiciliario para reducir el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras de la localidad atendidas en la maternidad del HCSC marzo - junio año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el porcentaje de madres trabajadoras que han recibido información sobre la elaboración de un lactario domiciliario.
- Elaborar y ejecutar un programa para la creación de un lactario domiciliario para hijos de madres trabajadoras de san Cristóbal, que practican la lactancia materna exclusiva.

- Comparar el porcentaje de madres trabajadoras que continúan con la lactancia materna posterior al programa de promoción de lactancia y lactario domiciliario con aquellas que no contaron con ese recurso.
 - Determinar la principal limitación que presentan las madres al momento de realizar el lactario domiciliario.
 - Identificar los factores que afectan la instauración de los lactarios domiciliarios.
 - Determinar la Influencia del grado de instrucción materno en la elaboración del lactario domiciliario.
- Establecer la Influencia del nivel socioeconómico materno en la elaboración del lactario domiciliario.

MATERIALES Y METODOS

TIPO Y MODELO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación:

La investigación es de tipo **EXPERIMENTAL**, en vista de que en este caso el investigador va a intervenir en el conocimiento y las practicas que tienen las madres trabajadoras sobre la lactancia materna y la elaboración del lactario domiciliario. Según la planificación de toma de datos; es de tipo **PROSPECTIVO**, ya que los datos serán recogidos a propósito de la investigación manteniendo un sesgo de medición.

Según en periodo y secuencia es **TRANSVERSAL**, debido a que la variable de estudio será medida en una sola ocasión.

Según el número de variables de interés, es **ANALÍTICO**, ya que el análisis de la investigación será bivariado. Así mismo, se plantea y se pone a prueba una hipótesis.

Nivel de Investigación:

El nivel de investigación es **APLICATIVO** porque se plantea resolver un problema el cual ya está reportado en investigaciones previas, como es el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras, implementando la técnica del lactario domiciliario.

Diseño de la Investigación:

El diseño de la investigación es de tipo experimental, específicamente un **EXPERIMENTO**, en vista de que se realizó la comparación entre un grupo control y un segundo grupo al cual se intervino a propósito de la investigación, realizando una asignación aleatoria.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Está constituida por todas aquellas madres trabajadoras que fueron egresadas del servicio de maternidad Hospital Central de San Cristóbal dispuestas a la lactancia materna exclusiva y que residen en la ciudad, durante el periodo de marzo y junio 2015. Se calculó el tamaño de la muestra mediante el paquete estadístico y las unidades muestrales se escogieron mediante muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para aplicar el programa del lactario domiciliario.

Criterios de inclusión

1. Madres trabajadoras dispuestas a la lactancia materna exclusiva.
2. Domiciliadas sólo en el ámbito de San Cristóbal.
3. Firmen un consentimiento informado y que acepten la visita a su casa de la promotora de lactancia materna del MPPS para el seguimiento supervisado y registrado en lista de cotejo o de verificación.
4. Disponibilidad de nevera.

Criterios de exclusión

1. Madres que aportaron sucedáneos de la leche materna, agua, jugos y cualquier otro alimento en los primeros 6 meses de vida.
2. Madres que no trabajan.
3. Madres que no están dispuestas a lactar.
4. Madres que no vivan en el ámbito de san Cristóbal.
5. No tenga nevera.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Madres trabajadoras dispuestas a la lactancia materna exclusiva, que vivan en el ámbito solo de san Cristóbal, que firmen un consentimiento informado y que acepten la visita a su casa de la investigadora / promotora de lactancia materna del MPPS para el seguimiento supervisado y registrado en lista de cotejo o de verificación. Actualmente según estadísticas del año 2014, el Hospital central de San Cristóbal atiende 4.438 nacimientos al año, y un 20% de las madres son trabajadoras, pero solo un 12% de las mismas vienen del casco de la ciudad, que corresponde aproximadamente a 576 madres.

Grupo Estudio: La muestra basándonos en un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95%, así como la proporción de la característica en un 50%, para tres meses se calculó una muestra de 108 madres. Se realizaron 684 encuestas durante el periodo febrero – abril, excluyéndose 559 las cuales no cumplieron con los criterios de inclusión, siendo seleccionadas 135 madres para la aplicación del programa de lactario domiciliario y su posterior seguimiento supervisado durante dos meses, de las cuales, se excluyeron 5 de ellas por cambios domiciliarios (2), domicilios que no pudieron ubicarse (2) y viaje materno (1).

Grupo Control: Madres trabajadoras que lactan y que no recibieron consejería sobre la lactancia materna exclusiva, las cuales fueron seleccionadas a través de una encuesta realizada por la autora, en una investigación anterior sobre los factores asociados al abandono de la lactancia materna en madres que acuden al

servicio de maternidad del mismo hospital (HCSC). Del total de madres entrevistadas, 150 eran trabajadoras de la localidad, y 90 de ellas abandonaron la lactancia materna en los dos primeros meses. Es importante resaltar, que todos los lactantes estaban siendo alimentados exclusivamente con lactancia materna durante su estancia hospitalaria, conducta que se aplica por tener la categoría de “Hospital amigo de la madres y el niño”.

VARIABLES

De acuerdo a la relación que existe entre las variables se clasifica de la siguiente manera:

Variable Dependiente:

- Lactancia materna exclusiva en trabajadoras.
- Abandono.

Variable Independiente:

- Lactarios.

Variable interviniente:

- Nivel socioeconómico.
- Grado de instrucción.
- Paridad.
- Antecedente de lactancia.
- Conocimiento sobre lactarios.

MATERIALES

- 5 Resmas de papel para fotocopiar las encuestas de pre selección, Protocolo de apoyo y Promoción de la Lactancia Materna y creación lactario

domiciliario, y cuestionarios de verificación en lista de cotejo domiciliario de los lactarios.

- Proyector digital y computador portátil personal, como equipo electrónico de apoyo para proyectar la presentación digital del protocolo durante las charlas educativas sobre la realización de los lactarios, las cuales tuvieron una duración de 45min aprox.
- Envase recolector de leche (demostración en las charlas).
- Etiquetas de identificación para envase (demostración en las charlas).
- 4 Lapiceros.
- Promotora de lactancia materna (estudiante de postgrado de pediatría y puericultura) legalmente certificada por UNICEF con el curso teórico-práctico de Promotor de lactancia materna dictado en el 2014 en el Hospital Central de San Cristóbal.
- Enfermera de servicio de maternidad, quien ayudaron a coordinar la actividad dentro del servicio y fueron colaboradoras en las charlas educativas.
- Recursos financieros fueron aportados por el autor.

PROCEDIMIENTO

Se realizó una encuesta la cual se aplicó en el servicio de maternidad para la selección de las madres trabajadoras dispuestas a la lactancia materna exclusiva y que residen en San Cristóbal. La encuesta estuvo constituida por un cuestionario autoestructurado, estandarizado, de preguntas sencillas abiertas y cerradas, la cual fue aplicada de manera que la madre sea entrevistada en una sola oportunidad (Anexo 2). En dicha encuesta se firmó el consentimiento informado y la aceptación de la madre a la visita domiciliaria de la investigadora / promotora de lactancia materna del Ministerio Popular Para la Salud (MPPS) para el posterior seguimiento supervisado y registrado en la lista de verificación y confirmar los avances del programa.

Al total de madres trabajadoras que cumplieron con los criterios de inclusión, se le aplicó el protocolo de educación sobre lactancia materna exclusiva y las pautas para la realización del lactario domiciliario.

La aplicación del protocolo se realizó en dos periodos de tiempo. Primero se les capacitó a las madres del grupo estudio, en una sesión intrahospitalaria y posteriormente se realizó el seguimiento domiciliario durante el primer y segundo mes.

El protocolo de educación sobre la lactancia materna exclusiva y las pautas para la realización del lactario domiciliario fue aportado por parte de la investigadora y promotora de la lactancia materna del MPPS a las madres trabajadoras mediante sesiones educativas, con una duración de 45min, las cuales se realizaron mensualmente a nivel intrahospitalario según el número de participantes captadas en las encuestas, donde se especificó varios tópicos, entre ellos; la importancia de la lactancia materna, las medidas de asepsia y antisepsia que se debe tomar antes de extraer la leche materna, entre otros, así mismo se explicó cómo extraer correctamente la leche materna y los cuidados para su respectiva recolección y almacenamiento en casa. Entre otros elementos, se estableció el tiempo que puede estar almacenada la leche materna, el cual dependerá del grado de refrigeración. Además de eso, se instruyó a las madres en el calentamiento de la leche almacenada para su posterior uso y el tiempo que debe permanecer luego de descongelada para su consumo. Todas estas pautas están explícitas en un protocolo que fue entregado impreso a todas las madres trabajadoras participantes en el estudio y explicado en la charla inicial por personal capacitado (Anexo 3).

Posteriormente, se evaluó mensualmente durante dos meses al grupo en su domicilio a cargo de la investigadora, para identificar el desarrollo y dudas del protocolo del lactario domiciliario y así, confirmar su situación frente la lactancia materna exclusiva. Dicha visita tuvo una duración de aproximadamente 15 a 20min, en la cual se hizo uso de preguntas abiertas para averiguar si las madres habían presentado dificultades con la realización y utilización del lactario así como

determinar las causas por las cuales se abandonó el mismo. Se hizo reforzamiento de las prácticas de la lactancia materna. Cada una de las visitas finalizó con el llenado de un cuestionario (Anexo 4).

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

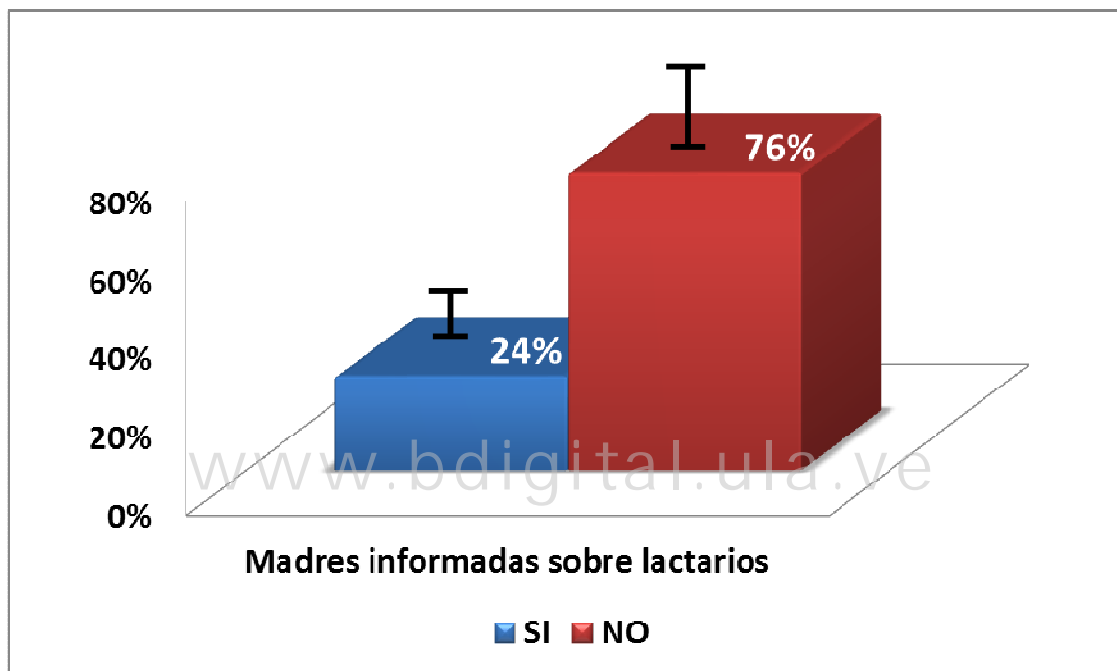
Los resultados conseguidos del grupo de estudio fueron comparados posteriormente con los obtenidos del grupo control ya reportados en la investigación anterior y de esa manera correlacionar las variables. Los mismos fueron vaciados en una base de datos realizada Excel y en el programa SPSS 20, donde se validó la hipótesis general con el cálculo del Chi cuadrado.

Así mismo, se estudiaron otras variables como el porcentaje de información que tenían las madres antes de ingresar al programa, las principales dificultades que tuvieron al implementar el lactario en su domicilio y los diferentes factores relacionados con el abandono de la lactancia en aquellas madres que realizaron sus lactarios, la relación del abandono con el nivel socioeconómico y grado de instrucción.

Dichos datos se evaluaron mediante la técnica del paloteo y a través de tablas se obtuvieron las frecuencias y porcentajes con su respectivo intervalo de confianza del 95%, para determinar la comparabilidad de estas variables con el grupo estudio que abandono los lactarios y la lactancia. Los resultados fueron presentados en gráficos de sectores y barras.

RESULTADOS

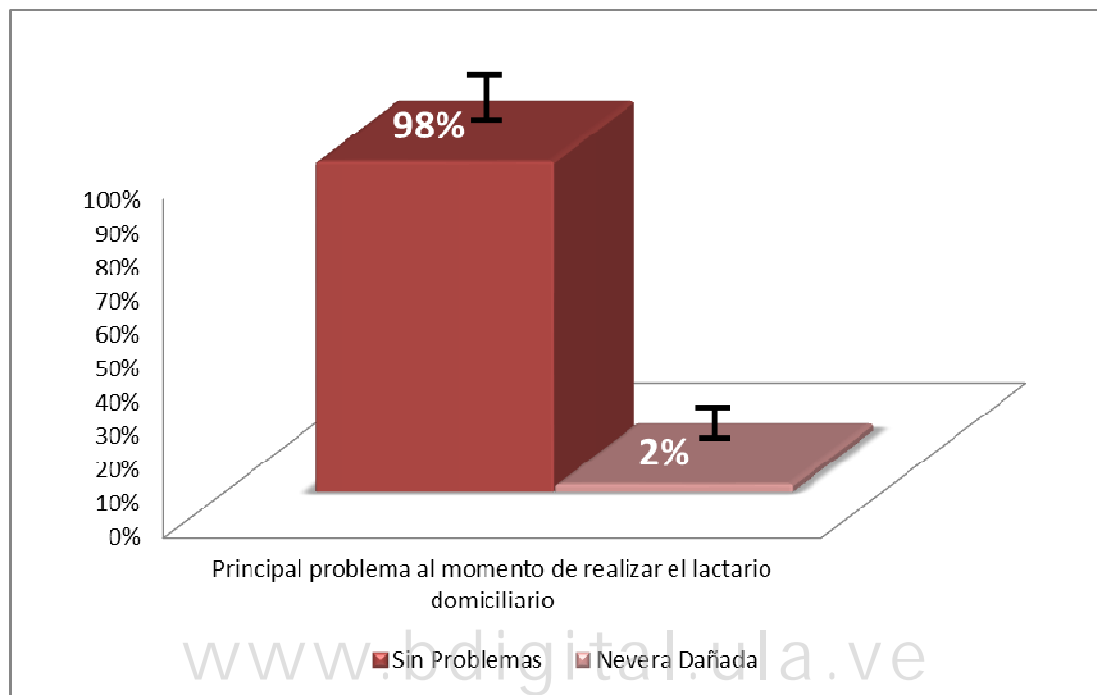
Gráfico # 1. Distribución de las madres trabajadoras informadas sobre lactarios antes de entrar al programa del lactario domiciliario en el servicio de maternidad del HCSC marzo- junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

En el gráfico # 1. Se puede evidenciar que en un 76% (n=99) (CI: 67% a 82%) las madres trabajadoras de la localidad no se encontraban informadas sobre la creación y uso de lactarios domiciliarios.

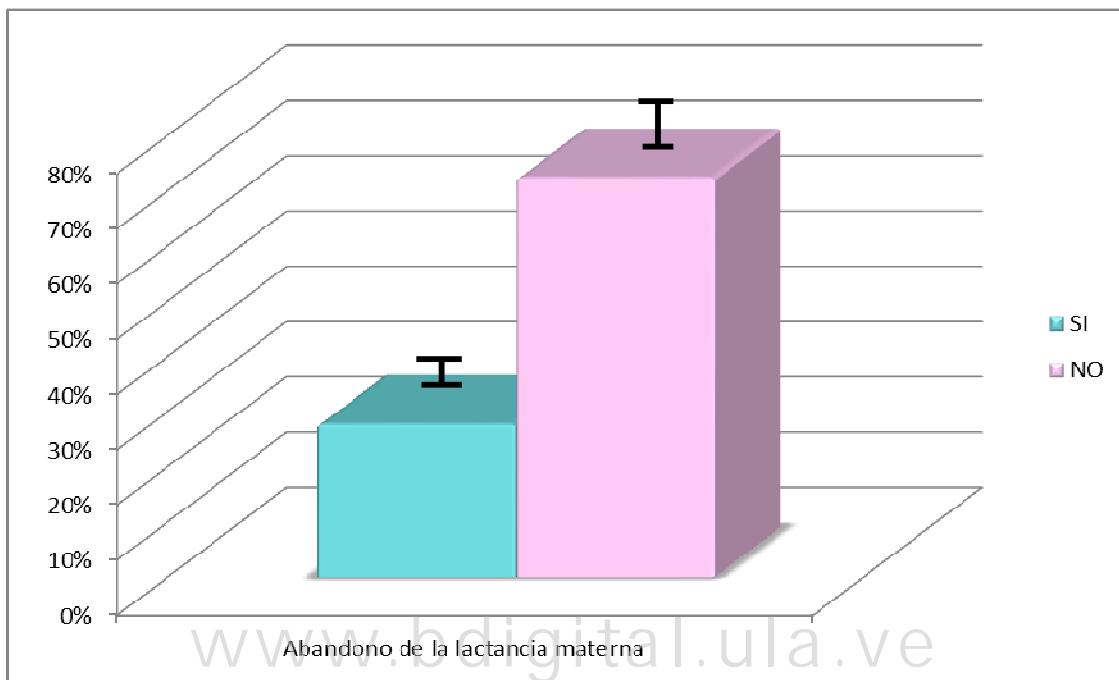
Gráfico # 2. Principal problema al momento de realizar el lactario domiciliario en madres trabajadoras que lactan en San Cristóbal marzo- junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

Al momento de realizar el lactario domiciliario el único elemento que limitó la continuidad de este último fue que el medio de refrigeración del mismo se averió, impidiendo así la continuidad de las madres en el estudio lo que representó un 2% (n=3) (CI: 0,8% a 6,8%) de la muestra estudiada.

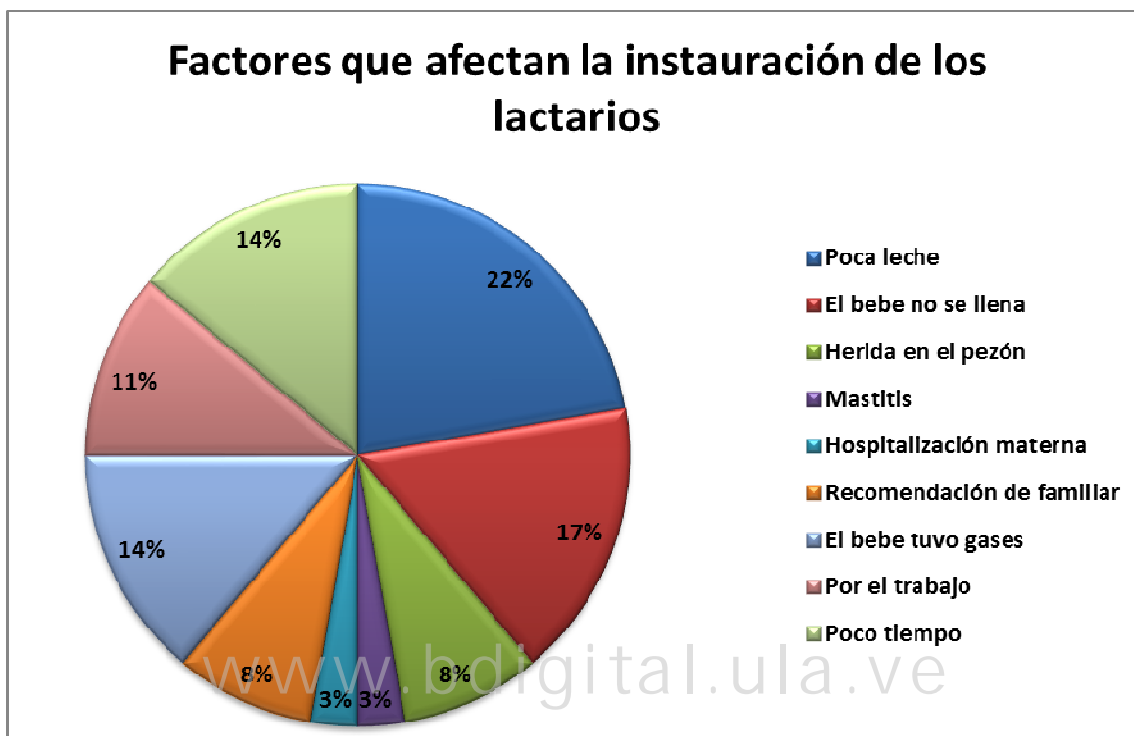
Gráfico # 3. Distribución de Madres trabajadoras que realizaron lactarios y abandonaron la lactancia materna, en San Cristóbal marzo- junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

En este gráfico se determina que el 72% (n=94) (CI: 62% a 78%) de las madres trabajadoras de la localidad realizaron y continuaron satisfactoriamente el programa de lactario domiciliario.

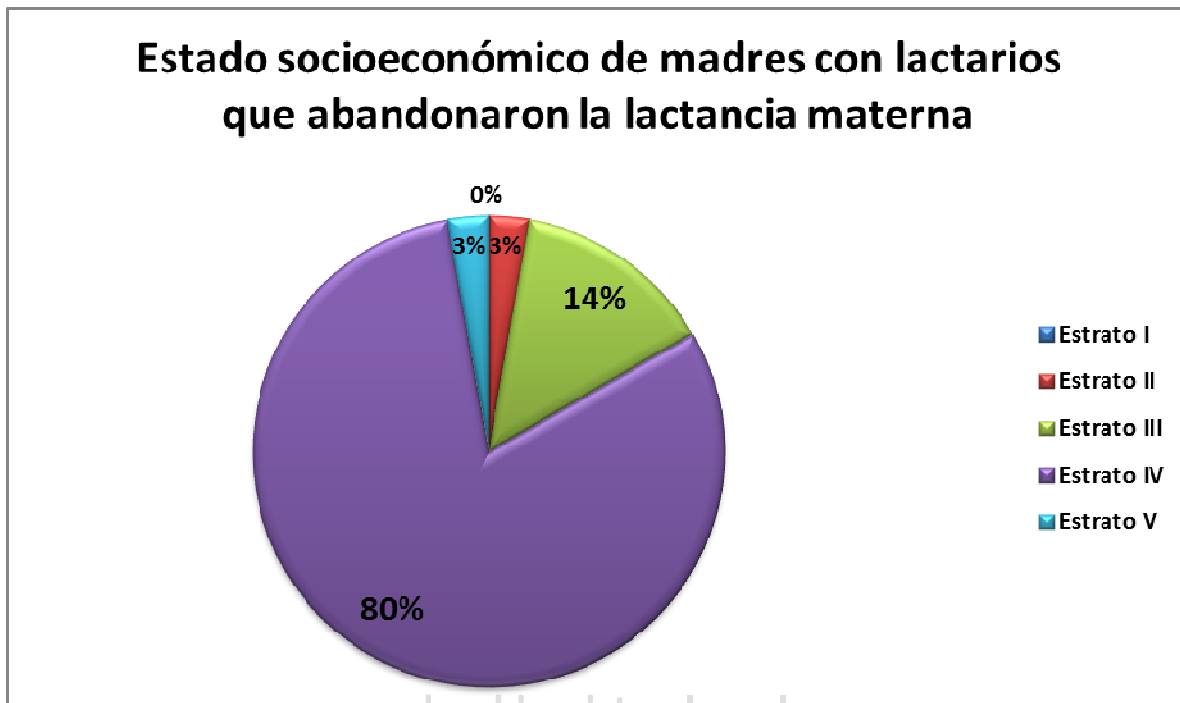
Gráfico # 4. Distribución de factores que afectan la instauración de los lactarios domiciliarios y el abandono de la lactancia materna en madres trabajadoras de San Cristóbal marzo-junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

En el gráfico 4. Se plantean las diferentes causas por las cuales las madres trabajadoras de la localidad abandonaron los lactarios domiciliarios, estableciéndose como principal causa la extracción de escasa cantidad de leche materna con un 22% (n=8) (CI: 11% a 38%), seguida de la insatisfacción alimentaria del lactante en un 17% (n=6) (CI: 7% a 31%) y se comparten el tercer lugar con 14% (n=5) tener poco tiempo para mantener la lactancia y porque él bebe tuvo gases (CI: 6% a 28%).

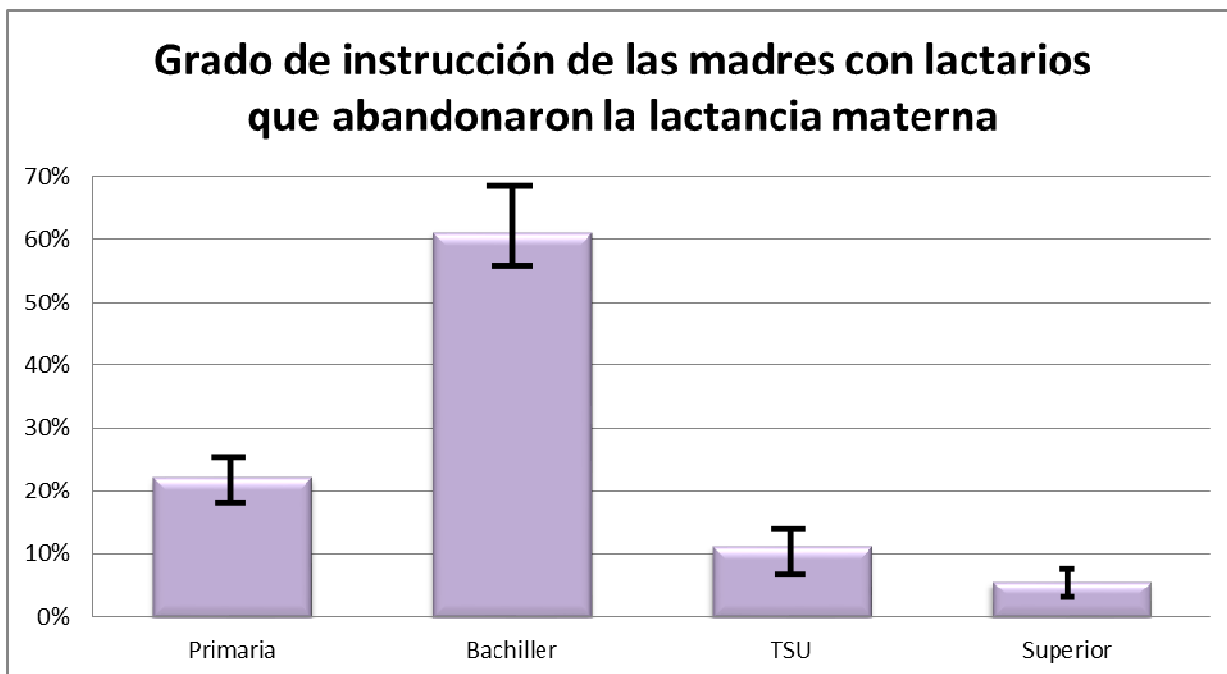
Gráfico # 5. Distribución del estado socioeconómico de madres con lactarios que abandonaron la lactancia materna en San Cristóbal marzo-junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

El nivel socioeconómico establecido por la escala de Graffar demuestra que las madres trabajadoras de la localidad del **estrato I** fue del **0%** (n=0) (CI: 0% a 9%), sin embargo el estrato que se asoció con mayor número de abandono de los lactarios domiciliarios fue el **estrato IV** seguido del **estrato III** con un **80%** (n=29) (CI: 69% a 90%) y **14%** (n=5) (CI: 6% a 28,6%) respectivamente.

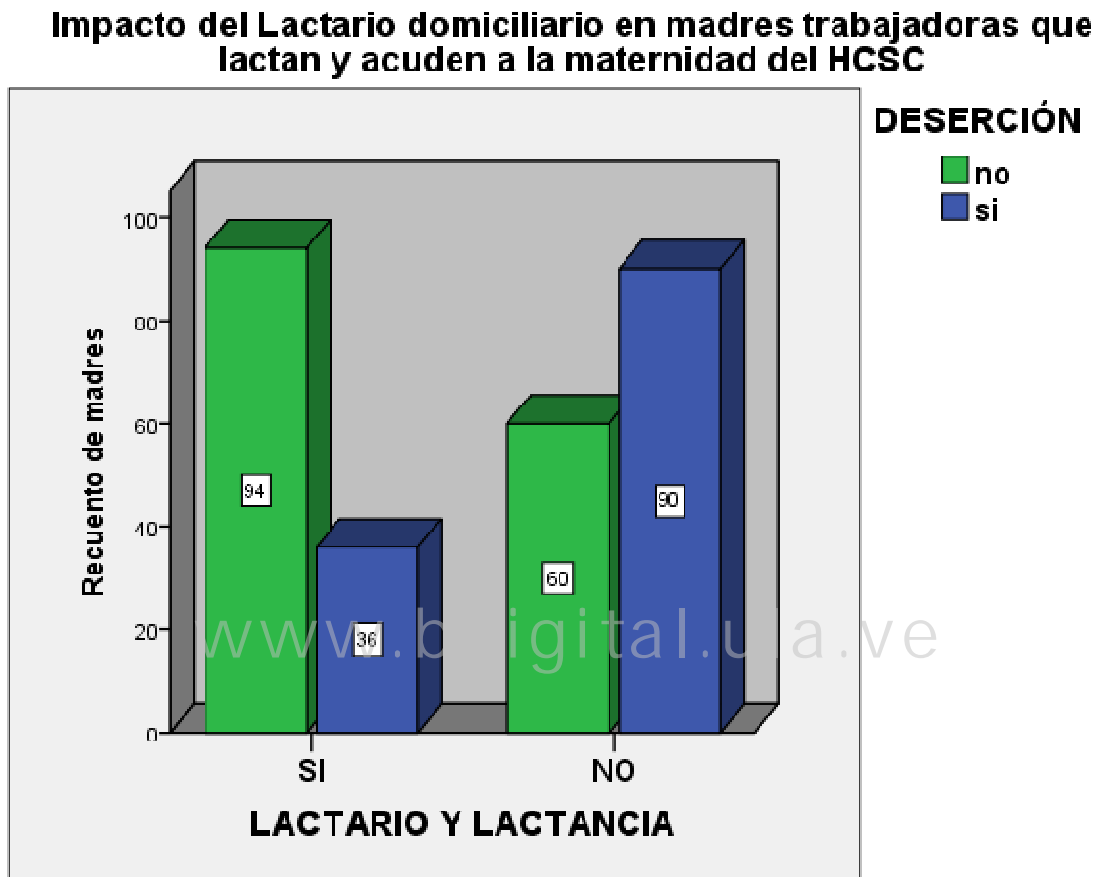
Gráfico # 6. Distribución del grado de instrucción de madres con lactarios que abandonaron la lactancia materna en San Cristóbal marzo-junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

En cuanto a la relación del abandono de los lactarios domiciliarios y el grado de instrucción de la madre se evidenció que la mayoría de las madres cursaban con el título de **bachiller** en un **61%** (n=22) (CI: 44% a 75%), seguida por aquellas con la **primaria completa** en un **22%** (n=8) (CI: 11% a 38%) y, en un pequeño porcentaje las que contaban con formación **universitaria TSU** en un **11%** (n=4) (CI: 4% a 25%).

Gráfico # 7. Impacto del lactario domiciliario en madres trabajadoras de la localidad que lactan y acuden a la maternidad del HCSC marzo-junio 2015.



Fuente: Encuesta aplicada a madres del servicio de maternidad del HCSC.

La frecuencia de **madres trabajadoras** del grupo estudio con **lactario y que NO desertaron** de la lactancia materna exclusiva fue de **72,3% (n=94)**, mientras que para las madres trabajadoras del grupo control las cuales no tenían lactario se encontró 40% (n=60) de abandono, lo cual es estadísticamente significativa ($p \leq 0,001$).

DISCUSION

La lactancia materna es un acto de amor, natural y fisiológico que comenzó desde tiempos muy remotos con nuestros antepasados, la gran mayoría de las madres quieren amamantar a sus hijos, sin embargo no reciben la información correcta y el apoyo necesario requerido.

Estableciéndose que la lactancia materna representa un costo alto para el ente gubernamental en cuanto a lo que se refiere a inversión de fórmulas lácteas así como evitar enfermedades procedentes de la mal nutrición y riesgo de enterocolitis en los recién nacidos, y lactantes como neumonía y diarrea, y condiciones graves más adelante como diabetes, obesidad entre otras (4,5), se ha recomendado a través de la UNICEF en el año 2013 la inversión en lactancia materna.

Por ser este trabajo un estudio piloto en la localidad, se hace difícil compararlo con otros realizados anteriormente, por distintas variables como lo es que, los países desarrollados invierten en lactarios hospitalarios y cuenta con asociaciones encargadas de brindar información sobre cómo realizar tales lactarios durante el período prenatal; y en los países latinoamericanos se les brinda mayor atención a los bancos de leche y a los lactarios hospitalarios, es por tal motivo que los lactarios domiciliarios no cobran importancia al momento de estudiarlos.

El país latinoamericano con más experiencia sobre bancos de leche y lactarios institucionales es Brasil. El Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Uberlândia en el 2014, realizó un estudio donde se evaluaban los procedimientos de la extracción domiciliaria y el transporte de la leche humana asociados con su control de calidad, donde se obtuvo al igual que en ésta investigación, que la mayoría de las madres asimilaron la orientación del equipo del banco de leche y realizaron los procedimientos de manera satisfactoria. Con este estudio se demuestra que la extracción y la recolección domiciliaria es una forma segura y eficaz para la obtención de leche humana y la elaboración de lactarios (20).

En tal sentido, la investigación se centra en la utilidad del lactario domiciliario para reducir el abandono de la lactancia materna exclusiva en todas aquellas madres de San Cristóbal, quienes por su condición de trabajadoras se les hace más complicado continuar con ésta práctica, problemática que fue comprobada en la investigación anterior, donde se observó que había un gran porcentaje de madres trabajadoras que abandonaban la lactancia materna en los dos primeros meses (13, 14). Con el presente estudio se demostró que la promoción intensa de la lactancia materna a madres trabajadoras, consigue resultados eficaces, traduciendo promoción como capacitación de las madres y el apoyo permanente en elaboración de lactarios y mantenimiento de la lactancia materna.

Se comprobó en esta ocasión que la orientación y las visitas domiciliarias cursan con efectos positivos en el logro de la lactancia materna exclusiva, demostrándose que a los dos meses de seguimiento un gran porcentaje de madres alimentaban exclusivamente a sus hijos, en contraste con el número de madres que no recibieron la orientación adecuada en la investigación anterior y en el estudio brasileño (13, 20). Los estudios de seguimiento, demuestran que las madres lactantes necesitan capacitación personalizada y apoyo permanente. Se requiere adiestrar eficazmente inicialmente a cada madre, sin embargo muchas de ellas pueden presentar dificultades. Es allí donde el seguimiento marca la diferencia (19, 20).

El 100% de las madres que participaron en éste estudio realizaron satisfactoriamente el lactario domiciliario, sin embargo, se observó que un porcentaje mínimo no prosiguió con el estudio por cursar con averías en el instrumento de refrigeración. Durante los meses de seguimiento siguientes se determinó que el 21% de las participantes abandono el programa, lo cual no cumple con el periodo de lactancia materna exclusiva establecido en 06 meses, se hace necesario por ende un estudio socioeconómico más extenso que dilucida los motivos reales del abandono del programa.

Entre las causas que expresaban las madres de abandono de los lactarios se establece en orden de frecuencia la poca extracción de leche, la insatisfacción del

lactante posterior a la ingesta de leche, seguidas a su vez por la escases de tiempo para la lactancia, las fisuras en el pezón, la mastitis, la hospitalización materna, abandono por recomendación de algún familiar o conocido entre otras. Lo anteriormente expresado demuestra falta de conocimiento de la comunidad donde se desenvuelve la madre, así como comunicación insuficiente con el investigador en el sentido que gran parte de las madres que abandonaron el programa si se hubiese tratado a tiempo pudiesen haber continuado con el mismo.

El nivel socio económico de la madre se relacionó con una mayor deserción en aquellas que presentaban un estrato de Graffar IV siendo nulo o ausente en aquellas con un estrato I. Lo que se relaciona con la necesidad de la madre de reincorporarse al ámbito laboral y de esta manera abandonar el lactario domiciliario. Se hace necesario por ende realizar un estudio de extensión donde de determine un mayor número de ítems socioeconómicos.

La relación del grado de instrucción de la madre con el abandono de los lactarios, es de esperarse que fuese el mayor porcentaje en aquellas con menor grado de instrucción que en este trabajo sería el de la primaria completa, sin embargo son las bachilleres las que presentan el mayor número de abandono de la lactancia materna relacionado a que la mayor proporción de madres trabajadoras presentaban tal nivel de instrucción.

Se hace necesario que para determinar el alcance real del lactario domiciliario este debe ser seguido por al menos 6 meses que es periodo que abarca la lactancia materna exclusiva, sin embargo para alcanzar tal fin, es indispensable capacitar personal que realice visitas domiciliarias recurrentes que corroboren el adecuado uso de los lactarios, así como aclarar las dudas de las madres participantes evitando así la deserción del programa, implicando a su vez un mayor uso de recurso humano así como capacitación del mismo.

CONCLUSIONES

- ✓ La instauración del lactario domiciliario, así como la capacitación y el apoyo permanente a las madres trabajadoras reduce significativamente el abandono a la lactancia materna exclusiva, brindándole beneficio a todos los hijos lactantes de éstas últimas de ser alimentados de una manera adecuada y de esa manera evitar enfermedades diarreicas y respiratorias en el primer año de vida.
- ✓ Existe un gran número de madres trabajadoras que han recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna pero no han recibido información acerca de la realización de lactarios como alternativa para mantener la lactancia materna exclusiva una vez que, se han incorporado a sus actividades cotidianas.
- ✓ Una vez que se ha educado a las madres trabajadoras en la técnica de amamantamiento, extracción, recolección y almacenamiento de la leche materna, se reducen las limitaciones y mitos para la instauración del lactario domiciliario, facilitando de ésta manera la prolongación del tiempo de lactancia así como la incorporando de otros familiares en esta práctica.
- ✓ El grado de instrucción y el estado socioeconómico, no influyen en el logro de mantener la lactancia materna exclusiva a través de la instauración de los lactarios domiciliarios.
- ✓ Los factores que afectan la instauración de los lactarios domiciliarios, como sensación de que el niño no se llena, poca extracción de leche, fisuras del pezón y otros no significan un problema para la creación del lactario domiciliario.

- ✓ El factor principal de abandono de la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras con lactarios, se encontró la sensación de que el niño no se llena.
- ✓ El pediatra cumple un rol muy importante en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, es por ello que como promotor debe brindar el mayor apoyo e incentivar tanto a las madres como a los familiares que la rodean para mantener ésta práctica.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

- ✓ La promoción de la lactancia materna exclusiva es imprescindible por su efecto protector ante las principales causas de morbimortalidad como son las enfermedades respiratorias agudas y diarreicas en lactantes menores, es por ello que, se hace necesario aumentar el apoyo y la participación continua a las madres trabajadoras en talleres educativos, tanto dentro del Hospital Central de San Cristóbal como en las localidades más cercanas de manera que se logre una cobertura más extensa de la que tenemos actualmente.
- ✓ Planificar medidas específicas por parte de las autoridades competentes para motivar y fomentar la educación sobre la realización de lactarios domiciliarios y lactarios comunitarios, donde haya la participación activa de familiares y amigos cercanos a la madre.
- ✓ Capacitación del personal de salud, administrativo y social, que labora en este centro para incrementar sus niveles de conocimientos y poder impartirlos a quienes lo requieran y de esta manera disminuir los mitos acerca de la lactancia y el uso de lactarios domiciliarios.
- ✓ Capacitar y sensibilizar a las madres trabajadoras y lactantes durante su estancia hospitalaria, para que ellas aconsejen y promocionen la lactancia materna exclusiva y la creación de lactarios en sus comunidades, puesto que sería una medida práctica y eficaz, contando siempre con el apoyo y asesoramiento del personal de salud.
- ✓ Apoyar a nivel gubernamental a todas las madres lactantes que actualmente trabajan exigiendo el cumplimiento de la normativa legal por parte de los patronos, en pro de la lactancia materna en los centros laborales, exigiendo un sitio idóneo para la extracción y recolección de la leche materna durante las horas laborales.
- ✓ Informar al personal administrativo, asistencial y representantes de la comunidad, sobre los resultados obtenidos en la presente investigación y de esta forma establecer medidas que logren ampliar los conocimientos

sobre la implementación de lactarios domiciliarios en toda la región y el país, con la finalidad de lograr reducir el porcentaje de madres trabajadoras que anualmente abandonan la lactancia materna exclusiva en Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFIA

1. Correa F, Abanto J, Maia A, Carvalho T, Bonecker M, Correa M. **“Patrones de lactancia en bebés, su primer contacto con el azúcar y el dentista”**. [internet] Acta Odontol Venez 2010 [consultado el 08 abril de 2014]; 48(2): 1-11. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art16.asp>
2. Carvajal C, Hernández F, Argil M. **“Lactancia materna en el primer semestre y la salud de los niños en el primer año de vida”**. [internet] Rev Mex Pediatr 2004; 71 (5): 217-221. [Consultado: 18 Abril 2014]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2004/sp045b.pdf.
3. Sánchez Jaeger, A, Barón M, Solano L, Guerrero A, Díaz N. **“Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos”**. [internet] Arch Latinoam Nutr 2008; 58(3): 228-233. [Consultado: 29 diciembre 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222008000300003&script=sci_arttext
4. Bobadilla P, Mendieta G. **“Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos”**. [internet] Arch Inv Mat Inf 2013; 5 (2): 56-62. [Consultado: 18 Abril 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>.
5. Delgado-Becerra Aída, Arroyo-Cabrales Leyla María, Díaz-García Myriam Alicia, Quezada-Salazar Claudia Angélica. **Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención**. [internet] Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2006; 63(1): 31-39. [Consultado: 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100005&lng=es.
6. Niño Evelyn Mercedes. Normativa legal de protección a la lactancia materna en Venezuela. [Internet]. Arch Venez Puer Ped 2013; 76(4): 162-168. [Consultado: 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000400006&lng=es.
7. **Código de Ética para la Promoción y Defensa de la Lactancia Materna**. [Internet]. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría: Comisión de Lactancia 2013; 16 p. [Fecha de consulta: Junio 2013]. Disponible en: <http://www.svpediatria.org>.

8. **Decálogo de la Lactancia Materna para el Pediatra.** [Internet]. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría: Comisión de Lactancia 2013. 1 p. [Fecha de consulta: Junio 2013]. Disponible en: <http://www.svpediatria.org>.
9. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral. **Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño.** Curso de 20 horas para el Personal de la Maternidad. [Internet]. OMS/UNICEF 2008; 321p. [Fecha de consulta: Agosto 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/.
10. Flores AL, Bustos M, González R, Mendoza H. **Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos.** [Internet]. Arch Med Fam 2006; 8 (1): 33-39. [Consultado: 18 de Abril 2014]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf.
11. UNICEF .Venezuela. **Campaña de lactancia materna 2010.** [Internet]. Sala de prensa. [Consultado el 10 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/media_19079.htm.
12. Allison Ojeda Susana, Elías Mejías Yamilex, Ramírez Céspedes Odalis, Vázquez Obregón Annie, Campo del Riego Magali. **Caracterización de factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva.** CCM [Internet]. 2014 Sep. 18(3): 574-576. [citado 2015 Ene 10] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300025&lng=es.
13. Núñez C, Franco V, Labrador M. **Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de maternidad del HCSC septiembre – noviembre 2014.** Universidad de los Andes, núcleo Táchira, anteproyecto de tesis, postgrado de puericultura y pediatría Hospital Central de San Cristóbal, Edo Táchira, Venezuela, año 2014.
14. Navarro, M., Duque M., Trejo J. **Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras,** [internet]. Revista Mexicana, julio- agosto 2003, Vol.45.No.4.p.276-284. [Consultado: 18 de Abril 2014]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10645406.pdf>.
15. Flores, G. 2001. **Conceptos actuales en la lactancia materna.** [internet]. URL.p.s/n . [citado 2015 Ene 10] Disponible en: <http://redmedica.com.mx>.
16. Liebert M. **“ABM Protocolo Clínico # 8: Almacenamiento de Leche Humana. Información para el Uso Casero en Bebés a Término”.** [internet]. Medicina de la lactancia materna. Volumen 5, Número 3, 2010. 287 [consultado 28 diciembre 2014] Disponible en: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%208%20-%20Spanish_USE.pdf.
17. M. Gormaz, V. Roqués, J. Dalmau, M. Vento, E. Torres, I. Vitoria. **“Actividad de un banco de leche humana implantado en una unidad neonatal”.** [internet]. Servicio de Neonatología. Unidad de Nutrición Infantil. Hospital

- Universitario «La Fe». Valencia. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(6): 283-287 [consultado 12 de enero 2015] Disponible en: http://gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/283-7%20NUTRICION_Baja.pdf.
18. Puente M. Hijós L. **“Banco de leche humana: donantes y características del producto donado. Implicaciones para la actuación enfermera”**. [internet]. Tesis de grado enfermería, Universidad de Zaragoza, escuela de enfermería HUESCA, España, Abril 2012. [consultado 12 de enero 2015]. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/7183>
19. Herrera Marta, Berganza Emilia, Giménez Soledad, Cardozo Dominga, Jiménez Victoria. **“Puesta en marcha del Primer Banco de Leche Humana en el Hospital Materno-Infantil San Pablo, Asunción, Paraguay”**. [internet] Pediatr. (Asunción). 2013 Diciembre; 40(3): 253-260. [consultado 10 de enero 2015]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032013000300008&lng=en.
20. Glória Menezes, M Sc, Lígia de Lima-Cavalcanti, MD. **“Evaluación de la recolección domiciliar realizada por un banco de leche humana de un hospital universitario de Brasil”**. [internet]. salud pública de México / vol. 56, no. 3, mayo-junio de 2014. [consultado 10 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v56n3/v56n3a9.pdf>.
21. Turnbull-Plaza B, Escalante-Izata E, Klunder-Klunder M. **Papeles de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva**. [internet]. Rev Med Inst Mex de Seguro Soc 2006; 44 (2): 97-104. [consultado 12 de enero 2015]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im062b.pdf
22. Dra. Pallás C. **Promoción de la lactancia materna**. [internet] PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Octubre 2009. [consultado 15 de febrero 2015]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf
23. Shellhorn C, Valdés V. **La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca**. [Internet]. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995. [consultado 15 de febrero 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
24. Salinas E. **Anatomía y fisiología de la Glándula mamaria en la lactancia materna**. [internet] 2011. [consultado 28 diciembre 2014]. Disponible en: http://www.encolombia.com/libreria-digital/lsalud/lactancia-materna/lactancia_anatomia23/

25. Delgado A, **Lactancia materna, guía práctica para profesionales**. [Internet]. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. 2011. [consultado 12 de enero 2015]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
26. UNICEF. **Lactancia materna**. [internet]. Ecuador 2012. [consultado 12 de enero 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf
27. Bejarano J., **N.D. "El banco de leche humana y el lactario hospitalario"**. [internet]. Revista Gastrohnutp Año 2013 Volumen 15 Número 1 Suplemento 2 (enero-abril): S30-S40. [consultado 10 de enero 2015]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6002/1/21%20el%20banco.pdf>.
28. N.R. García-Lara. O. García-Algar y C.R. Pallás-Alonso. **"Sobre bancos de leche humana y lactancia materna"**. [Internet]. Revista Anales de Pediatría (Barc). 2012;76(5):247---249. [citado 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3931712&orden=348609&info=link>.
29. Coll Sasha. **"Bancos de leche Humana"**. [internet]. Revista nutrisimon. Caracas 2012. [citado 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.nutrisimon.proyectos.usb.ve/node/140>.
30. MPPS. **"Curso de lactarios comunitarios"**. [internet] Programa nacional de lactancia materna. Venezuela 2014 [citado 26 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=424&Itemid=673
31. Slutzah M, Codipilly CN, Potak D, et al. **"Refrigerator storage of expressed human milk in the neonatal intensive care unit"**. [internet] J Pediatr 2010;156:26–28. [citado 28 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783003>
32. Calvo Javier. **"Estándares de la asociación española de bancos de leche"**. [Internet] Servicio de Neonatología, hospital 12 de Octubre, Madrid [citado 26 de Enero de 2015]. Disponible en: http://aeblih.org/media/upload/arxius/4_Reunion_AEBLH/AEBLH%20estandares%20Dr.%20J%20Calvo.pdf
33. Dra. M. Gormaz. Dr. J.Salcedo. E. Nogarotto, M. Miranda. MC López Mendoza, R. Sirvent, A. Ramón, Dra. D. Silvestre. **"Conservación de la leche humana donada"**. [Internet] Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia España, 2012. [citado 26 de Enero de 2015]. Disponible en: http://aeblih.org/media/upload/arxius/4_Reunion_AEBLH/Dra%20Gormaz%20Valencia.pdf

ANEXO 1

TABLA 1. GUIAS PARA EL ALMACENAMIENTO DE LECHE

Lugar de almacenamiento	Temperatura	Recomendación de máxima duración de almacenamiento
Temperatura ambiente	16-29° C (60 -85° F)	3-4 horas óptimo 6-8 horas aceptable en condiciones muy limpias
Refrigerador	< 4°C (39°F)	72 horas óptimo 5-8 días bajo condiciones muy limpias
Congelador	< -17°C (0°F)	6 meses óptimo 12 meses es aceptable

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 2

Encuesta de selección al programa de lactarios domiciliario servicio de maternidad HCSC 2015

Instrucciones Generales

Estimada Madre

A continuación se les presentan una serie de preguntas para la selección al programa de lactarios domiciliarios orientado a madres trabajadoras dispuestas a la lactancia materna exclusiva que acuden al servicio de maternidad del hospital Central de San Cristóbal. Por lo cual agradecemos su colaboración.

1. Lea detenidamente cada pregunta antes de contestar.
2. Si no entiende alguna pregunta y el cómo va a responder, pida ayuda.
3. Responda con la mayor sinceridad posible.
4. Encierre con un círculo la respuesta correcta (respuesta única).

Consentimiento informado

1. Esta Ud. de acuerdo con la aplicación de este cuestionario, el cual será utilizado como instrumento en la recolección de datos para criterios de inclusión en la participación de la aplicación de un programa para la elaboración de un lactario domiciliario, asistir mensualmente a la consulta de pediatría durante la investigación y al mismo tiempo aceptar la visita a su casa de las promotoras de lactancia materna del MPPS para el seguimiento supervisado y registrado en lista de cotejo o de verificación del lactario.

- a) SI
- b) NO

Datos Personales y grado de instrucción

1. Nombre:
2. Teléfono:
3. Procedencia de la madre:
 - a. San Cristóbal.
 - b. Fuera de San Cristóbal.
4. ¿Cuántos partos (niños vivos) ha tenido ud?
 - a) 1 parto
 - b) 2 partos.
 - c) 3 o más partos.

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a) Primaria
 - b) Bachiller
 - c) TSU
 - d) Superior
4. ¿trabaja?
 - a) Si
 - b) No
5. ¿Dónde trabaja?
 - a) Fuera del hogar
 - b) Dentro del hogar
6. ¿Disponibilidad de Nevera?
 - a) Si
 - b) No

Nivel de información Previa

1. Recibió Ud. información sobre la lactario domiciliario?
 - a) Si
 - b) No

Nivel socioeconómico

Escala Graffar

Profesión del jefe del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria. 2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía
Nivel de instrucción de la esposa(o) o cónyuge	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabetas (con algún grado de instrucción primaria). 5. Analfabetas.

Principal fuente de ingreso del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. 3. Sueldo Mensual. 4. Salario semanal, por día. Entrada a destajo. 5. Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

TOTAL	ESTRATO SOCIAL
4-6	I
7-9	II
10-12	III
13-16	IV
17-20	V

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 3

Protocolo de apoyo y Promoción de la Lactancia Materna y creación lactario domiciliario en servicio de maternidad y consulta de pediatría

Objetivo General

- Determinar la utilidad del lactario domiciliario para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras que acuden a la maternidad del HCSC marzo - junio año 2015.
- Reconocer las ventajas de la Lactancia Materna para la salud de la madre y del hijo, y compromiso en ofrecer ayuda y apoyo profesional de alta calidad a las madres que amamantan.

VENTAJAS:

- Contiene todos los nutrientes adecuados para el desarrollo del bebé.
- Contiene anticuerpos que ayudan al sistema inmunitario.
- Favorece el vínculo afectivo madre e hijo.
- Es cómoda, económica y ecológica.

El protocolo será de aplicación en todas las madres trabajadoras que salen del hospital central de San Cristóbal dispuestas a la lactancia materna exclusiva, que vivan en san Cristóbal y que laboran lejos de su hogar, durante el periodo de marzo y junio 2015.

Al ingreso en la institución

- Se preguntará a la madre como quiere alimentar a su hijo, y se anotará en la historia del Recién Nacido

“la decisión tomada por la madre es respetable, solo en caso de duda o indecisión se le aconsejará la lactancia materna. Si decide dar leche artificial se le prestará todo el asesoramiento pertinente”

- Preguntar si la madre tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que pueda interferir con la lactancia, y consultar con el pediatra si hay dudas.

- Se favorecerá el contacto piel con piel (que ya viene instaurado del servicio de partos) y no se retirará al RN del contacto con la madre hasta las 2 horas de vida del RN.
- Se valorará la postura y forma de cogerse el niño, **interviniendo si es necesario.**
- Se explicará el procedimiento (detallado en el punto de lactancia materna).
- Se le explicará a la madre las normas básicas de lactancia materna:
 - El RN tomará el pecho a demanda, cuantas más frecuentes son las mamadas los primeros días más éxito tendrá la lactación.
 - No se deben establecer horarios de mamadas rígidos ni limitar la duración.
 - Se favorecerá la comodidad para madre e hijo, comentar los beneficios del calostro.
- No realizar dobles pesadas, excepto por indicación del pediatra, ya que en cada mamada la cantidad e incluso la calidad de la leche en cuanto a proporción de grasas, proteínas... es diferente y esta medida crea mucha ansiedad en la madre.
- No se ofrecerá la aportación de líquidos suplementarios (agua, sueros orales, infusiones ni leches artificiales) al RN, a menos que sea estrictamente necesario y comunicarlo al pediatra posteriormente. Si fuera necesario, es mejor dárselo en vaso, cucharilla o cuentagotas en lugar del uso del biberón.
- No se ofrecerán a los RN chupetes o tetinas si son alimentados a pecho, sobre todo en las 2 primeras semanas de vida.
- Se comentará a la familia que es necesaria la tranquilidad tanto para la madre como para el niño en el momento del amamantamiento.
- En niños con riesgo de hipoglucemia (menores de 2500 gr. y mayores de 4000 gr. o hijos de madre diabética) se puede ofrecer suero glucosado después de las mamadas durante las primeras 48 horas de vida, y siempre que los resultados de los controles de glucemia así lo hagan necesario.
- Se explicará la importancia de las tomas nocturnas, evitando largos periodos de ayuno en el RN.
- Higiene del pecho: es suficiente con la ducha diaria. No usar cremas ni pomadas para los pezones.

- Se vigilará la buena evolución de la lactancia materna en el primer día de vida.
- Se le ofrecerá toda la ayuda e información necesaria tanto a la madre como al padre y/o familia directa.

Durante los días de ingreso en el servicio

Aprovechar el pase de visita para preguntar si tiene problemas con la lactancia o alguna duda al respecto. En caso de no ser posible en ese momento, pasar a lo largo del turno para recabar la información y estar disponible siempre antes del pase de los pediatras por el servicio.

- Si tiene problemas o dudas volver más tarde y ayudar o aconsejar a la madre, y si no lo conseguimos, pedir ayuda a algún compañero
- Si hay algún problema, comentarlo con el pediatra al pase de visita y con el personal de enfermería del siguiente turno.

“Las madres fumadoras, partos gemelares, por cesárea y con niños prematuros o menores de 2500 gr. son las que más ayuda y consejos del personal de enfermería van a necesitar para poder ofrecer lactancia materna con éxito”

“Evitar todo tipo de comentario o frases que hagan aumentar la inseguridad de la madre (el niño se queda con hambre, no tiene leche...)”

Lactancia Materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los recién nacidos los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Si es necesario, ayudar a la madre a conseguir una lactancia materna satisfactoria.

OBJETIVO

Alimentar al RN con la leche de su propia madre.

PROCEDIMIENTO:

1. Preparar a la madre.

2. Preparar al niño.

3. Informar a la madre de la técnica:

- Realizar siempre lavado de manos previo.
- Colocar al niño en posición correcta y cómoda para ambos.
- Comprobar la correcta colocación del RN.
- Comprobar la correcta posición para la succión del bebe. El RN tiene que coger el pezón y parte de la areola mamaria.
- Verificar la succión del RN.
- Indicar a la madre que primero ofrezca un pecho y una vez vacío, le ofrezca al niño el otro pecho; si este quiere, lo tomará. No forzar.
- Preguntar a la madre si el RN ha tomado bien y si ha tomado alimento solo de un pecho o de ambos.
- Indicar a la madre que en la próxima toma debe iniciar la alimentación del RN con el pecho que haya finalizado la toma anterior.
- Revisar los pechos de la madre por si fuera necesaria la extracción de leche para el completo vaciado del pecho.

❖ Utilización de pezoneras

Recomendación de pezoneras en el caso de:

- Mejorar el agarre del bebé al pecho cuando la madre tiene pezones planos.
- Ayudar a infantes que sufren de confusión de mamadera a que acepten el pecho.
- Ayudar al agarre a un bebé prematuro.
- Ayudar a bebés con problemas de succión.

Problemas Especiales

INGURGITACIÓN MAMARIA

- Informar a la madre que es normal, y en unos días se resuelve; decirle que con la lactancia a demanda mejora porque el niño ayuda a vaciar el pecho.

- Se puede poner frío entre tomas, y calor local antes de las tomas, o si se quiere sacar la leche.
- Es bueno hacer masaje en el pecho con la ducha de agua caliente para facilitar el vaciado.
- Si con lo anterior no es suficiente, decirle que se puede sacar un poco de leche manualmente o con sacaleches, explicando el funcionamiento del mismo.
- Si la ingurgitación es muy importante, el niño puede tener problemas para cogerse, entonces es bueno sacar antes de la toma un poco de leche.

GRIETAS EN EL PEZÓN

- Vigilar si el niño se coge bien al pecho: la boca del RN abarca el pezón y parte de la areola.
- Exprimir un poco de leche al final de la toma y ponerla sobre el pezón y areola, dejándola secar al aire.
- No lavar el pezón mucho, y no poner pomadas ni cremas.

NIÑO QUE DUERME MUCHO

- Aunque la administración ideal es a la demanda, es necesario un mínimo de 7 tetadas al día para asegurar un buen funcionamiento de la lactancia materna. Si el niño duerme sistemáticamente mucho, habrá que despertarlo hacia las 3h30' o máximo de 4 horas. Comentar esta situación con el pediatra en el pase de visita.

MADRE CON NIÑO INGRESADO EN NEONATOS / UCI PEDIÁTRICA

- Explicarle a la madre que aunque el niño este ingresado, si quiere puede darle de mamar (siempre que no haya contraindicación médica).
- Si la madre no puede desplazarse a neonatos / UCI pediátrica y el niño no puede salir a maternidad, explicarle la forma de sacarse la leche para ir estimulando el pecho, y lo que se saque entregarlo a la enfermera o auxiliar de neonatos / UCI pediátrica para poder dárselo al RN (el calostro es muy importante, aunque sea poco).
- En cuanto la madre pueda, animarla a que pase al servicio de neonatos / UCI pediátrica para poder ver a su hijo, y ponérselo al pecho si es posible.
- En el momento del alta de la madre, si el niño está ingresado se le facilitará la permanencia en el servicio para seguir la lactancia, siempre que la disponibilidad de camas así lo permita.

“Es un error dar de entrada un biberón a un niño que está tomando pecho solo porque llora. Si alguna vez hay que dar algún líquido al niño, hacerlo con jeringa, cuchara o vasito”.

Extracción de leche materna

Es una ayuda a la lactancia natural que facilita la estimulación con el objetivo de obtener un flujo regular de leche y llegar así a un amamantamiento continuado.

OBJETIVO:

- Obtener un flujo de leche regular y llegar a un amamantamiento continuado.
- Aliviar la ingurgitación mamaria.
- Ayudar a la madre en caso de existir pezones invertidos.
- Mantener la secreción de leche en RN separados de la madre.

EQUIPO:

- La madre.
- Enfermería / persona auxiliar.
- Sillones.
- Nevera / Congelador.

MATERIAL:

- Extractores manuales o eléctricos.
- Biberones (preferiblemente de plástico).
- Cierres para biberones (en su defecto tetinas de un solo uso).
- Etiquetas autoadhesivas.
- Rotuladores / bolígrafos de tinta indeleble.

PROCEDIMIENTO GENERAL

- Realizar lavado de manos.
- Enseñar a la madre la técnica a utilizar.
- Desechar las primeras gotas de leche, con el objetivo de reducir el nivel de contaminación.

- Masajear suavemente el pecho. El procedimiento NO debe resultar doloroso NI aparecer marcas rojas (ver dibujo 1).
- Preparar el material a usar.
- Probar y prácticas antes de decidir qué tipo de sacaleches se va a emplear.
- Colocar la copa del sacaleches (independientemente del modelo) bien acoplada al pecho.
- Comprobar la correcta colocación y el funcionamiento del extractor.
- Proceder a la extracción.
- Identificar el recipiente con: nombre y apellidos, fecha y hora de extracción.
- Realizar lavado de manos.
- Recoger todo el material utilizado.
- Guardar la leche extraída en la nevera.
- Usar (siempre) la más antigua primero.
- Anotar todo el procedimiento en el libro de registro.

EXTRACCIÓN MEDIANTE SACALECHES MANUAL

- Lavado de manos.
- Desechar las primeras gotas de leche, para reducir el nivel de contaminación.
- Masajear suavemente el pecho (ver dibujo 1/esquema más abajo), no debe doler ni deben aparecer marcas rojas.
- Colocar la copa del sacaleches bien acoplada al pecho.
- Una vez extraída la leche vaciarla en el recipiente estéril (preferiblemente usar recipientes de plástico).
- Rotular el recipiente, con nombre, apellidos, fecha y hora de extracción.
- Terminar con lavado de manos.

EXTRACCIÓN DE LECHE MEDIANTE BOMBA MECÁNICA O ELÉCTRICA

- Lavado de manos.
- Desechar las primeras gotas de leche para evitar la contaminación.

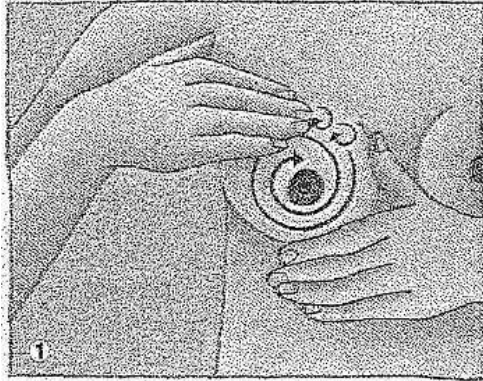
- Masaje suave del pecho (ver dibujos más adelante), no debe doler ni dejar marcas rojas.
- En el uso de bombas eléctricas, las partes que entren en contacto con la leche DEBEN ser estériles o desechables.
- PRECAUCIÓN: la leche **nunca** debe refluir hacia el motor o los tubos que **no estén estériles**.
- No se debe sobrepasar los 10 minutos de succión, para evitar dañar el pecho.
- Colocar la copa del sacaleches bien acoplada al pecho.
- Una vez extraída la leche vaciarla en el recipiente estéril (preferiblemente usar recipientes de plástico).
- Rotular el recipiente, preferiblemente de plástico, con nombre, apellidos, fecha y hora de extracción.
- Terminar con el lavado de manos.

SI EL NIÑO SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO NEONATOS / UCI PEDIÁTRICA

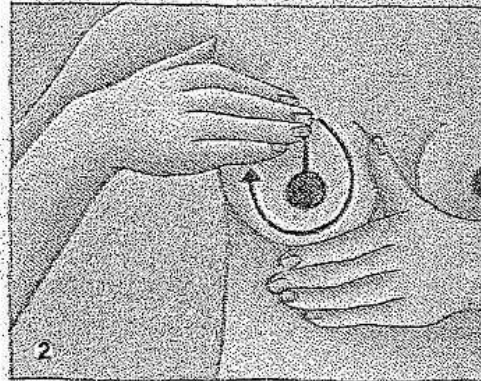
- Inicialmente se realizará ½ hora antes de las tomas cuando al bebe se le de leche materna a causa de su enfermedad y no pueda ponerse al pecho.
- En los *niños que maman*, la extracción se realizará *después de la toma*, siempre y cuando la madre tenga el pecho lleno o note molestias.
- En el caso de que la madre tenga el pecho lleno y duro y esto pueda dificultar la succión al bebe, una pequeña extracción se realizará antes de la toma.

Horario de EXTRACCIÓN	Horario de LACTANCIA
05:30	06:00
08:30	09:00
11:30	12:00
14:30	15:00
17:30	18:00
20:30	21:00
23:30	24:00

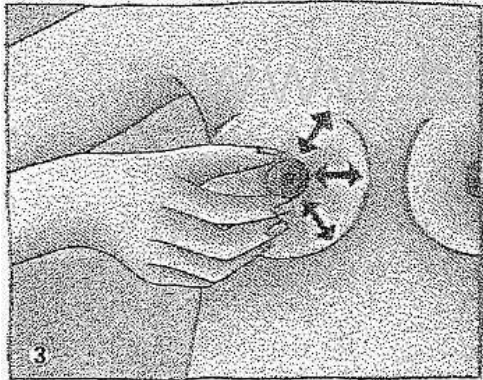
DIBUJO 1



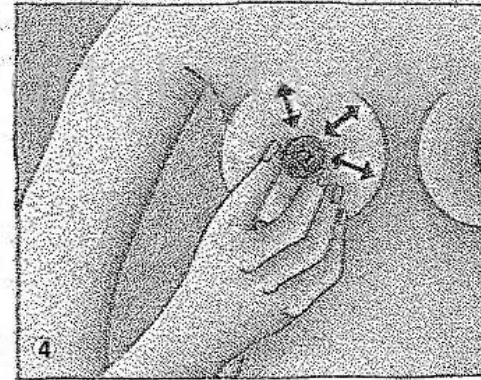
Sácate leche del pecho con un masaje: con 3 ó 4 dedos, haz movimientos circulares, al tiempo que dibujas un círculo tras otro desde el exterior del pecho hacia la areola. Para sacar la leche del pecho mediante masajes es necesario practicar un poquito.



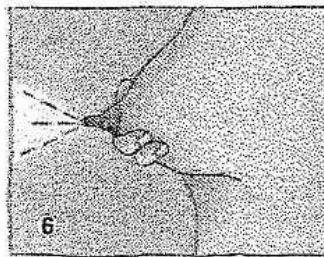
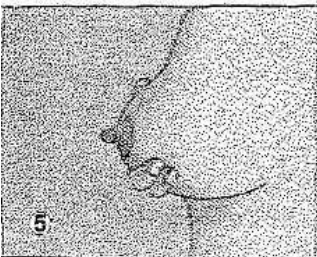
Ahora, frota el pecho con toda la superficie de la mano, moviéndola poco a poco desde todos los bordes del pecho hacia el pezón. ¡Sacar leche del pecho con este masaje no debe doler!



Pon el pulgar (por encima de la areola) y el índice (por debajo) por detrás de la areola. Frota suavemente, dando un masaje en sentido horizontal al pecho (ver ilustraciones 5 y 6).



Cambia la posición del pulgar y del índice respecto al pecho, para asegurarte que se vacían todas los alvéolos de leche. No presiones el tejido del pecho y no tires del pezón.



Cuando estés sacando leche del pecho con el masaje, tus dedos deben estar siempre en contacto con la piel. Mueve el pulgar y el índice hacia delante, como si quisieras dejar huellas. Esto te permitirá ejercer una suave presión en los alvéolos de leche y vaciarlos.

Almacenamiento de la leche materna

- Lavado de manos.
- Utilización de envases de plástico, estériles o bien bolsas diseñadas para el almacenamiento de la leche.
- Rotular el recipiente con nombre, apellidos, fecha y hora de extracción.

CALOSTRO: A temperatura ambiente entre 27 y 32 grados, se mantiene aceptable para su uso entre 12 y 24 horas.

LECHE MADURA: (normal)

- A 15° se mantiene aceptable para su uso 24 horas.
- Entre 19° y 22° se mantiene 10 horas.
- A partir de los 25° solo se mantiene aceptable para su uso entre 4 y 8 horas.
- Refrigerada entre 0° y 4° se mantiene aceptable para su uso entre 5 y 8 días.

LECHE CONGELADA

- En los congeladores, que están dentro de la misma nevera, dura la leche 2 semanas.
- En los congeladores tipo combi (neveras de dos puertas), la leche puede aguantar entre 3 y 4 meses.
- En los congeladores comerciales (arcones), puede durar 6 meses, si la temperatura alcanzada es de -19°.
- NO se debe almacenar la leche materna en la puerta del congelador, ya que la temperatura es menos estable.
- La leche que ha estado en la nevera dos días o menos puede ser congelada.

Calentamiento de la leche materna

Refrigerada y congelada:

- Poner al baño maría o bajo el grifo de agua caliente.
- NO HERVIR NI PONER AL MICROONDAS.
- Agitar antes de probar la temperatura.
- Desechar la leche materna ya calentada si no se ha de usar o administrar.
- Anotar el procedimiento en los registros de enfermería.

Administración de la leche materna

OBJETIVO:

Facilitar la administración de la leche materna al niño.

EQUIPO:

- Enfermería / Auxiliar.
- Madre.
- RN.

MATERIAL:

- Vasos (de plástico).
- Cucharas (de plástico).
- Jeringas.
- Biberones cuchara.

PROCEDIMIENTO:

- Adiestrar tanto a las madres como a los cuidadores, en la administración al RN de la leche extraída con vaso. Cucharita, jeringa o biberón cuchara para evitar así confusiones en la succión y daños al pezón de la madre por una mala técnica.
- Anotar en los registros personales la cantidad de leche administrada y/o complementada. Y con qué tipo de sistema (jeringa, cuchara, vaso...).

OBSERVACIONES

- En los extractores eléctricos se recomienda una presión máxima de 200 mmHg para iniciar el flujo de la leche (la presión media de succión de un lactante normal es de 50/155 mmHg con un pico máximo de 220 mmHg).

- Si se usa bomba eléctrica, las partes que entren en contacto con la leche deben ser desechables o poder esterilizarse.
- Es práctico usar en los sacaleches eléctricos conexiones para ordeñar los dos pechos a la vez.
- Hay que tomar de forma rutinaria muestras para cultivo, tanto de la leche materna como de las bombas eléctricas.
- Guardar registro de todas las usuarias de bombas extractoras.
- La extracción de leche materna es una técnica que requiere aprendizaje y práctica.
- La madre que amamanta debe ser instruida en esta técnica antes de necesitar usarla.
- Es obligación del personal sanitario conocer esta técnica y adiestrar a la madre en su uso.
- La utilización de pezoneras será solo en casos especiales (pezones planos o invertidos y las indicaciones ya citadas anteriormente).

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 4

Cuestionario de verificación domiciliaria de madres trabajadoras seleccionadas al programa de lactarios domiciliario en el servicio de maternidad HCSC 2015.

Instrucciones Generales

A continuación se les presentan una serie de preguntas para la verificación domiciliaria de las madres trabajadoras seleccionadas al programa de lactario domiciliario en servicio de maternidad del hospital Central de San Cristóbal. Las siguientes preguntas serán formuladas y llenadas por la investigadora y promotora de la lactancia materna que realiza la visita.

Datos de identificación

1. Nombre:

Datos sobre el lactario Domiciliario

1. Realizó el lactario?
 - a. Si
 - b. No
2. Cual fue el principal problema o limitación para la realización del lactario?
3. Mantiene la lactancia materna exclusiva?
 - a. Si
 - b. No
4. De ser la respuesta anterior negativa, diga las causas por las cuales abandono el lactario y la lactancia materna exclusiva