



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

**“Análisis de prevalencia de Lactancia
Materna exclusiva en niños prematuros”**

Tesista: Sendra Mailén Clara

Título a obtener: Lic. En Nutrición

Licenciatura en Nutrición

Febrero 2024

Agradecimiento

A mis padres Moni y Jorge, a mi abuela, porque siempre confiaron en mí, siempre me brindaron todo su amor y me enseñaron a nunca bajar los brazos, por su gran ayuda y ser mi sostén siempre.

A mi pareja y mis hijos Bianca y Mateo, por comprender mis noches y días de estudio, y brindarme su amor incondicional.

A mis amigas que siempre me incentivaron, y me ayudaron muchas veces con los niños para que pudiera tener tiempo para estudiar.

A mis compañeras de estudios, que con el tiempo se transformaron en grandes amigas, siempre alentando y brindando su asistencia todo el tiempo, sin ellas hoy no hubiera llegado a esta instancia. Gracias por todos esos momentos de turbulencias que vivimos cursando esta hermosa carrera.

Y mi agradecimiento a los Profesores de UAI por hacerme sentir siempre parte de esta institución, animar a que vayamos por mucho más siempre y por brindar su ayuda en cada momento donde más lo necesitábamos. Disfrute mucho de sus clases y todos sus conocimientos.

Gracias.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación se centró en analizar el conocimiento de las madres de niños prematuros, sobre lactancia materna exclusiva. Indagar si ellas saben la importancia y los beneficios de la leche materna en niños que no hayan nacido a término y del consumo temprano del calostro.

Sabemos que, por diferentes estudios, la leche materna es diferente en cuanto a su composición nutricional; al menos las primeras semanas; para cumplir con las necesidades particulares de cada niño. La leche prematura es más alta en proteínas y minerales, y contiene diferentes tipos de grasa que pueden digerir y absorber con más facilidad. La grasa en la leche humana ayuda a mejorar el desarrollo del cerebro y tejidos neurológicos del niño, lo que es especialmente importante para los niños prematuros.

Los neonatos prematuros que son amamantados tienen menos probabilidad de desarrollar infecciones intestinales que los niños que son alimentados con leche de fórmula. La leche que produce en los primeros días, conocida como el calostro, contiene altas concentraciones de anticuerpos que ayudan al niño a combatir las infecciones. Aún si no puede amamantarse todavía, sacarse la leche materna desde el principio le garantizará un suministro cuando sea necesario.

El trabajo se realizó mediante un estudio descriptivo, trasversal y cuali-cuantitativo en un Hospital Privado del Partido de Pilar, provincia de Buenos Aires. Para dicho estudio se analizó una población de 33 madres de niños prematuros que pasaron por el sector de neonatología de dicha institución.

La técnica utilizada fue un cuestionario cerrado-multiopcional anónimo de 7 preguntas de manera estructurada.

Al finalizar la investigación se analizaron los datos obtenidos, encontrando afirmativa mi hipótesis.

Palabras Claves: Lactancia Materna- Prematuros- Calostro - Niños

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| <i>Capítulo 1.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Historia de la Lactancia Materna.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Lactancia Materna</i> | <i>10</i> |
| <i>Situación actual de la Lactancia Materna en Argentina.....</i> | <i>11</i> |
| <i>Definición de lactancia e importancia de la leche materna</i> | <i>12</i> |
| <i>Fisiología de la Lactancia</i> | <i>13</i> |
| <i>Secreción Láctea: El Proceso</i> | <i>14</i> |
| <i>Composición química de la Leche materna</i> | <i>17</i> |
| <i>Propiedades nutricionales de la Leche Materna.....</i> | <i>19</i> |
| <i>El Calostro: el mejor remedio de los primeros días</i> | <i>21</i> |
| <i>Situaciones maternas y del niño que interfieren con la lactancia.....</i> | <i>24</i> |
| <i>Comparación de las fórmulas infantiles con la leche de vaca y la leche humana ..</i> | <i>25</i> |
| <i>Capítulo 2.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Niños Prematuros: su desarrollo.</i> | <i>28</i> |
| <i>Factores que predisponen a la Prematures</i> | <i>29</i> |
| <i>Edad gestacional y viabilidad.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Alimentación del Prematuro</i> | <i>32</i> |
| <i>Formulas Para Prematuros</i> | <i>34</i> |
| <i>Indicación de suplementos durante el período posalta</i> | <i>35</i> |
| ANTECEDENTES DEL TEMA..... | 36 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 38 |
| HIPÓTESIS..... | 38 |
| OBJETIVOS..... | 38 |
| MARCO METODOLÓGICO | 39 |
| <i>Área de Estudio.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Tipo de Estudio</i> | <i>39</i> |
| <i>Población y Muestra.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Instrumento de recolección de datos</i> | <i>40</i> |
| <i>Técnica de Recolección de datos.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Variables</i> | <i>41</i> |
| <i>Procedimiento</i> | <i>43</i> |
| TRABAJO DE CAMPO..... | 43 |

| | |
|---------------------------|----|
| CONCLUSIÓN | 62 |
| BIBLIOGRAFIA | 64 |
| ANEXOS | 68 |

INTRODUCCIÓN

La alimentación de los recién nacidos con leche materna ocurre desde tiempos inmemorables y así evolucionó el género humano. Sin embargo, luego de la segunda guerra mundial, el amamantamiento fue disminuyendo marcadamente, en especial por los efectos de la era tecnológica, que generó en la población la falsa suposición que las fórmulas lácteas podían reemplazarla. (1)

A principios de los años sesenta, en algunos de los países desarrollados, solo un 25-30% de las madres amamantaban. Esto generó una gran preocupación, en especial a los médicos pediatras. A través de múltiples acciones la lactancia materna se ha ido recuperando progresivamente. En años posteriores, hubo muchos avances acerca de los aspectos protectores de la leche materna que contribuyeron a conocer cada vez más sus mecanismos en el recién nacido (1). Así surgió la impresionante variedad de beneficios, sobre todo, en niños prematuros.

Los prematuros son bebés que llegaron a este mundo, antes de la semana 37 de gestación, inclusive la misma. Son bebés que necesitan muchos cuidados, ya que son muy vulnerables a contraer infecciones y enfermedades, durante el primer año de vida. Muchos estudios avalan la diferencia de la composición de la leche de madres que tuvieron niños pretérmino y aquellas que sus bebés han nacido a término.

Se demostró que el consumo temprano de calostro y de leche materna, en estos niños, produjo una disminución muy marcada de sepsis y, por ende, una disminución de la mortalidad infantil.

Por eso es necesario señalar, que este sólo podría darse si nosotros participamos en la lactancia materna. Debemos asumir que es imprescindible estimular a las madres previo al nacimiento y en especial motivar a aquellas que tienen un parto prematuro para que conozcan su enorme importancia en una mejor evolución de sus bebés en el corto y largo tiempo, hasta la edad adulta.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Historia de la Lactancia Materna

La Lactancia Materna ha sido durante toda la existencia del ser humano, el único alimento que el recién nacido, a término o prematuros podrían recibir para sobrevivir. Así es que, desde la aparición del hombre en la tierra, no se ha concebido otro tipo de alimento, para las primeras etapas de la vida. (6)

Es por eso, que después de muchos años e investigaciones, se llegó a la conclusión que la Lactancia Materna es la forma más óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan; en el equilibrio adecuado; así como brindando protección contra las enfermedades. (7)

El accionar de la lactancia se remonta desde años, y se observa muchas modificaciones a lo largo de los siglos. Tomando como primera etapa la civilización antigua; antes del cristianismo; podemos pensar que, en Europa, los arqueólogos han encontrado recipientes para alimentación con boquillas, en tumbas de niños, antes de 2000 aC. (6)

El símbolo de Hammunabi en 1800 aC; que es un código cargado de leyes inscriptas en una piedra por el Rey de Babilonia; tenía regulaciones sobre las conocidas Nodrizas, donde sostenía que las mismas debían ser remuneradas. Ellas eran aquellas mujeres que criaban y amantaban a lactantes, que no eran hijos propios, sino de madres de la alta sociedad, que no querían brindar Lactancia materna, debido que generaba un desgaste para ellas. Estas amas de crianza o de leche; como solían llamarlas; debían alimentar a pecho a esos niños como mínimo por dos años hasta aproximadamente los 4 años. (6)

En Esparta, que era una ciudad de la antigua Grecia, la esposa del Rey estaba impuesta a amantar a su hijo mayor y su otro hijo por una nodriza. Eso generó que el rey tomara la decisión de que a su segundo hijo lo destronaba del reino, porque fue alimentado por una mujer que no era su madre. (6)

Se observó que, en varios escritos, se describían posturas para amantar y cuidados de los bebés, enfermedades, mortalidad y hasta se nombraba la calidad de la leche. (6)

En Egipto la lactancia era considerada un horror, las nodrizas solo eran usadas para servir a los faraones.

En Roma se practicaba la misma, pero era considerada símbolo del envejecimiento prematuro de las mujeres. (6)

Cuando empleamos el término nodriza, cabe destacar que el pago que le efectuaban por dar de mamar a otros niños, era cobrado por sus cónyuges y más de una vez dejaban a sus propios hijos para ir a realizar ese trabajo o amantaban a los criados y a sus hijos también. Para ser una dama de crianza, se debía reunir ciertas características, debían ser jóvenes de entre 25 y 30 años de edad, ser amable, de familias con buen antecedentes y sobre todo gran producción láctica. El que contaba con una nodriza en casa era una familia privilegiada porque no todas podían acceder a eso. Se creía que ellas formando ese vínculo con los niños que daba de mamar, hacía que se creara un vínculo que era bien visto por las familias que las contrataba, logrando muchas veces salir de ese lugar de esclavas, a formar otro lugar en esas familias. (6)

Acá destacas que muchas veces las nodrizas también se llevan a estos niños de clase alta a criarlos a sus casas. Pero se empezó a observar que aumentaba la mortalidad infantil, que podría ser ocasionada por asfixia, por infecciones, por la falta de higiene. (6)

El famoso Aristóteles (384-322 aC), también se interesaba por la lactancia y describió métodos para considerar cuál de las leches era mejor, si la de la propia madre o la de las nodrizas, llegando a la conclusión, de que la leche de los primeros días luego del nacimiento de los niños, no debería tomarse. (7)

En China Antigua, por orden de su emperador, se escribió un libro de medicina donde se establecía que la lactancia debía ser un acto que se debería llevar a cabo dos años después del nacimiento o hasta que se decidiera tener otro hijo. (6)

A partir del siglo XIII al XIX, en Francia, no solo se seguía usando el servicio de las nodrizas, sino que ahora se comenzaba a usar leches de diversos animales y hasta preparados de cereales. Lo que en Francia en el siglo XVI era una práctica únicamente de los aristócratas, se extendió en el siglo XVII a la burguesía y como consiguiente se comenzó a observar en las clases populares para el siglo XVIII, algunas mujeres dependen de esa leche de pago, ya sea para salir a trabajar y que otras miren a sus hijos y los amamenten o para el simple hecho de cumplir con las obligaciones que les demanda la sociedad. (7)

Para ese entonces; en 1780, de 21.000 niños nacidos en París, solo 1800 eran alimentados por sus propias madres, el resto eran lactados por nodrizas. (7)

A partir del siglo XVIII se reglamentó en Europa ciertas disposiciones que favorecieron a la protección del niño amantado por nodrizas y a ellas mismas, abonando por sus servicios prestados. Hasta que en 1769 se creó la primer Oficinas de Nodrizas, dependiente del gobierno, que entre 1770 y 1776, convoco a más de 15.000 amas de crías. (7)

Los países bajos por el poco poder adquisitivo, durante los siglos XVI y XVII, fueron los excluidos de las reglas que se venían dando en cuanto a la lactancia. Se observó que la buena madre, que mejor vista por el público, era aquella que daba de mamar a sus propios hijos, sin necesidad de la contratación de una nodriza. Esto se vio íntimamente relacionado, con la disminución de la mortalidad infantil y, por ende, menos ama de crías, que en países vecinos. (7)

En el año 1890 se comienzan a mejorar la fabricación y conservación de las leches artificiales, que fue desplazando de a pocos el sistema de nodrizas. (7)

A partir de 1890 el desarrollo de diversas mejoras en la fabricación y conservación de la leche artificial va desplazando poco a poco este sistema de crianza. Los descubrimientos de Luis Pasteur (1822-1895) contribuyo a la desaparición de la lactancia mercenaria a partir de 1900, si bien el modelo persistió aisladamente mucho tiempo después: el primer banco de leche humana data de 1910 en Bosto, hubo nodrizas internadas para niños hospitalizados en la maternidad de hospital francés de Baudeloc hasta 1946 y se encuentran partidas para gastos de nodrizas en el presupuesto de muchas clínicas suecas hasta 1950. (7)

La mortalidad infantil bajo el sistema de nodrizas, que era muy elevado. En el siglo XVIII la taza de moralidad infantil era de 109 en los niños amamantados por sus madres, de 170 en los amamantados por nodrizas a domicilio, 381 cuando las nodrizas se, los llevaban amamantar a sus casas. (7)

Argumentos sin fundamentos científicos acerca de características físicas (posibles parecidos, enfermedades) y espirituales (carácter, personalidades) trasmitidas por la leche, junto a las alarmantes cifras de mortalidad descritas, hasta que médicos, humanistas, filósofos, sacerdotes, moralistas, científicos, y políticos de toda Europa hayan clamado en los últimos seis siglos contra la lactancia mercenaria. (7)

En Francia surge la primera y más influyente campaña contra la lactancia

Mercenaria del filósofo Rousseau (1712-1778) quien, en contraste con esto, abandono a sus cinco hijos en un hospital, afirma que la lactancia materna une con firmeza a madres e hijos, cohesiona la familia y proporciona los fundamentos para la regeneración social. (7)

La pasión que Rousseau inspiró por la lactancia traspasó barreras sociales y políticas, así como fronteras nacionales. En Francia y Alemania se promulgaron a fines del siglo XVIII leyes y ayudas económicas en pro del amamantamiento de los propios hijos. (7)

Resulta interesante poder analizar la opinión de muchos pensadores, médicos o no, que desde la antigüedad clásica han urgido a las madres a amamantar a sus hijos, ha tenido tan poca influencia, en especial entre las clases acomodadas, fundamentalmente urbanas. (7)

Toda una serie de creencias populares y erróneas teorías, muchas de ellas sustentadas por los mismos médicos que apoyaban la lactancia materna, además de una serie de factores socioeconómicas y religiosos, modas y estilos de vida, contribuyeron a un rechazo de la lactancia materna entre las clases medias y altas de muchos países de la Europa de los siglos XV a XIX. (7)

Todos estos factores contribuyen a crear una baja opinión social del amamantamiento, al que se lo considera indigno, vergonzoso, propio de clases inferiores o de animales. Además, como tantas otras cosas, la decisión de si los propios hijos serán o no amantados por su madre es del marido. De esta manera, en la Europa de estos siglos se pone de moda la lactancia mercenaria por medio de nodrizas o madres de leche, sienta las mujeres del pueblo, las únicas que amamantaban a sus hijos y, mediante transacciones económica, a los hijos de las clases acomodadas. (7)

Las altas tasas de mortalidad infantil derivadas de esta practicas obligaron a la creación de un sistema de legislación extremadamente minucioso de la lactancia mercenaria, que no podía impedir sin embargo la extrema rotura del vínculo materno filial, por no decir la carencia total del mismo que este régimen implicaba, pese que el griego Plutarco Queronea (46-120dC), habría subrayado las ventajas afectivas de la lactancia materna: ... *"esta convivencia en la alimentación es un vínculo que refuerza el afecto..."*. (7)

Lactancia Materna

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.

En décadas anteriores, a las madres se les solía indicar que le ofrecieran el pecho al bebé, pero también les era indicado algún complemento, y en muchas ocasiones, sobre todo en el sector privado, se separaba a las madres de los hijos poniéndolos en salas cuna para ser observados, lo cual provocaba un impacto negativo en la producción de leche por parte de la mamá y la prendida al pecho por parte del bebé. Al mismo tiempo, se empieza a fomentar y promocionar el uso de fórmulas infantiles. (7)

Todos aquellos niños que por decisión de los padres o por recomendación médica no reciban leche materna, deben consumir una fórmula láctea apropiada para cada caso, ya que, de lo contrario, aumentará el riesgo de que el niño desarrolle anemia, de que ni consuma una cantidad adecuada de nutrientes o que su riñón se vea sobrecargado con excesiva carga de solutos. (7)

Hoy en día, existen numerosos estudios, muchos de ellos avalados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que recomiendan, que siempre que sea posible, el bebé debe ser prendido al pecho durante las primeras horas de su nacimiento, para fomentar la bajada de leche de la mamá, y por los beneficios biológicos y psicoafectivos que esto genera. Además, también se recomienda, en la medida que sea posible, alimentar al bebé únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses (Lactancia materna exclusiva) y continuarla hasta los 2 años, complementando con otros alimentos (alimentación complementaria).(7)

Esto es importante porque está demostrado que la lactancia materna y su continuación después de los 6 meses, disminuye la mortalidad infantil y es un factor preventivo de múltiples afecciones. (7)

Situación actual de la Lactancia Materna en Argentina

Datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), realizada por El Ministerio de Salud de la Nación en el año 2019, indica que en todo el país el 96,9% de los niños iniciaron la lactancia materna al nacer. Más de la mitad de los niños (56,5%) fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos. Muchos no iniciaron LM, los principales motivos reportados por las madres fueron “nunca pudo prenderse al pecho” (47,5%), “nunca tuve leche” (28,9%) y “me lo indicó el médico por un problema

de salud mío” (11,2%). Lamentablemente la lactancia materna exclusiva (LME) sólo estuvo presente en el 43,7% de los niños menores de 6 meses. (8)

La frecuencia de lactancia materna exclusiva resultó inferior a medida que aumentó la edad del lactante. Al momento de la encuesta el 10,7% de los niños menores de 6 meses no recibía lactancia materna. La edad promedio de abandono de la LM fue de 6,3 meses. Los principales motivos de abandono referidos fueron “me quedé sin leche”, “el/la niño/a dejó solo/a” y “el/la niño/a se quedaba con hambre”. El 72,3% de las madres reportó amamantar al niño/a libre demanda y un 6,4% de los niños recibía leche de una nodriza. (8)

Durante los primeros 6 meses lo ideal es que el niño sea alimentado solo con leche materna, no solo por los beneficios que presenta para la madre y para el bebé, sino porque el niño ya es capaz de succionar y deglutir, pero no de soportar cargas osmolares de nutrientes a nivel renal ni de digerir ciertas proteínas o nutrientes aportados por otros alimentos, por lo tanto, la forma de alimentar al bebé y progresar con diferentes alimentos y consistencias, va a depender del desarrollo y madurez del bebé. (9)

Definición de lactancia e importancia de la leche materna

La lactancia materna es el proceso vital mediante el cual la madre provee un tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no solo nutricionales sobre la diada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, sino también inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido. (10)

La OMS, junto con UNICEF, define distintos tipos de lactancia:

→ **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** El lactante no recibe ningún otro alimento más que leche materna

→ **Lactancia Materna Predominante (LMP):** El niño es amamantado y recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua.

→ **Lactancia Materna Parcial:** El niño recibe leche materna y además otros alimentos. La leche materna contiene nutrientes en calidad y cantidad adecuados, es de fácil digestión, protege al bebé contra innumerables infecciones y está siempre disponible. (10)

La composición de la leche materna presenta variaciones a lo largo de la lactancia y también a lo largo de cada mamada.

- ❖ Calostro: es un fluido viscoso rico en proteínas, minerales y anticuerpos en una proporción mayor a la leche madura, aportando unas 65 kcal cada 100 ml.
- ❖ Leche de transición: Leche secretada del día 7 al 14
- ❖ Leche madura: Secretada después de las primeras 2 semanas y se produce en mayor cantidad. (1)

Fisiología de la Lactancia

En la etapa de la lactancia el desarrollo mamario experimenta cambios estructurales, acorde a la edad materna y su aparato reproductor. (10)

El cuerpo de la mama se divide en Parénquima y Estroma. (10)

Dentro de ese parénquima podemos encontrar racimos formados por lóbulos mamarios, con sus respectivos conductos galactóforos, que desembocan en el pezón de manera independiente. Cada lóbulo se subdivide en lobulillos y cada uno de estos contienen entre 10 a 100 alvéolos o unidades secretoras. Cada uno de estos están rodeado por células mioepiteliales que se contraen por acción de la oxitócica. (10)

El estroma en cambio contiene tejido conectivo, tejido graso, vasos, nervios y conductos linfáticos. La porción glandular está rodeada por tejido adiposo, que hace que esta tenga contacto suave y forma redondeada. (10)

En cuanto a la piel que rodea a la mama, es delgada, elástica y contiene vellos, glándulas sebáceas y sudoríparas. (10)

El pezón puede ser pequeño o grande, protráctil o retráctil, plano o invertido. En el vértice del mismo, se encuentra la desembocadura de los conductos galactofóros. Su sistema muscular fibroelástico participa en la contracción de la areola y la erección del pezón, generan así el vaciamiento de los conductos durante la lactancia. (10)

El pezón está rodeado por la areola, área pigmentada circular de tamaño variable. En el borde de la areola se aprecia los tubérculos de Morgagni, donde se abren las glándulas sebáceas, las cuales liberan sustancias bacteriostáticas, las cuales se encargan de lubricar y proteger la areola durante la gestación y la lactancia. Esta sustancia liberada, es la encargada de guiar al lactante hacia el pecho, como respuesta al olfato del bebé, sumado al color de la areola, que es un signo visual importante para bebé. (10)

Las inervaciones mamarias provienen de fibras motoras, sensitivas y autónomas. La estimulación de estas fibras sumado a los receptores, llegan al hipotálamo e inducen la síntesis de prolactina en la adenohipófisis y la liberación de la oxitocina por la neurohipófisis. (10)

Existen hormonas que regulan la producción láctea. Estas son la prolactina y la oxitocina, secretadas cuando el bebé succiona el pecho. (9 ,10)

Prolactina: necesaria para la secreción de leche por parte de las células alveolares. El nivel de esta hormona se incrementa durante el embarazo para fomentar el crecimiento y desarrollo del tejido mamario como preparación para la producción láctea. También se incrementa cuando el lactante succiona. A su vez, durante la noche se produce una mayor cantidad de prolactina. (9,10)

Los niveles de prolactina tienen su nivel máximo a los 30 minutos después del inicio de cada mamada, por lo que su principal función es producir leche para la siguiente mamada. Por este motivo, la importancia de prender el bebé al pecho lo antes posible, porque la mamada es lo que estimula la producción de leche.

Oxitocina: esta hormona provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan y produce que la leche almacenada fluya y llene los conductos. Esta hormona se produce más rápidamente que la prolactina, por tal motivo provoca que la leche que se encuentra en el pecho fluya durante la toma actual y favorece que el lactante obtenga la leche con mayor facilidad. (9 ,10)

La oxitocina inicia su acción cuando la mamá tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre al bebé (tocar u oler al bebé, escuchar el llanto, etc.). Es importante conocer esto, porque de acá resulta la importancia de mantener al bebé y a la mamá siempre unidos y mantener también el contacto piel a piel. (9,10)

Secreción Láctea: El Proceso

La actividad de la glándula depende de la interacción de muchos factores nerviosos y endocrinos complejos. Algunos influyen en el desarrollo de las glándulas mamarias hasta alcanzar el estado funcional (Mamogénesis), otros en el establecimiento de la secreción láctea (Lactogénesis) y otros en el mantenimiento de la lactancia (Galactopoyesis).

En el ser humano, la mama se desarrolla y se prepara durante el embarazo para cumplir su función de alimentar al bebé. Las glándulas mamarias están preparadas para la lactancia desde la semana 16 de gestación, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactiva por el equilibrio de las hormonas inhibidoras; especialmente el factor inhibidor de la prolactina, que se acumula en la anterohipófisis. En las primeras horas y días post parto, la mama responde a los cambios hormonales y al estímulo de la succión, produciendo y secretando leche.

- ✓ **MAMOGÉNESIS:** al comienzo del embarazo las hormonas lúteales y placentarias producen un marcado aumento de la gemación y ramificación de los conductos y de la formación de lobulillos. El lactógeno placentario (HPL), la prolactina y la gonadotropina coriónica contribuyen a este crecimiento acelerado. La prolactina es indispensable para el complejo desarrollo de los lobulillos y alvéolos.
- ✓ **LACTOGÉNESIS:** se han descrito dos estadios de la lactogénesis,
 1. La Lactogénesis I: es el inicio de la secreción de leche, que se da unas 12 semanas antes del parto y se caracteriza por el inicio de la capacidad de las glándulas mamarias para segregar leche. Las células secretoras, altamente irrigadas, extraen agua, hidratos de carbono, aminoácidos, lípidos, vitaminas, minerales y otras numerosas sustancias de la sangre mamaria, convirtiéndolas en leche.
 2. La Lactogénesis II: se da con la bajada de leche que se inicia a continuación de la expulsión de la placenta y es estimulado por la caída de los niveles de estrógenos y progesterona, y el mantenimiento de los niveles de prolactina. Esta hormona es la principal en la biosíntesis de leche y por esto es considerada como hormona lactogénica.
- ✓ **GALACTOPOYESIS:** la regulación de la producción de leche depende sobre todo de la demanda del niño. La extracción de la leche de los pechos, facilita su producción continua; a la inversa; la falta de una adecuada extracción tiende a limitar la síntesis.

La leche producida en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente, y por lo tanto no se encuentra disponible para los niños. Para que la leche fluya, es necesario la acción de la oxitocina.

En respuesta a la succión, esta hormona liberada por la hipófisis posterior, induce al reflejo de eyección láctea por contrario de las células mioepiteliales, que rodean los alvéolos y conductillos proximales.

Durante la mamada se producen varios reflejos eyectolácteos. Dado que el reflejo es simultáneo para ambas mamas, es posible que gotee leche de un pecho mientras el niño succiona el otro. Al producirse dicho reflejo el neonato cambia su ritmo de succión, de rápida a lenta, estableciendo ciclos de succión- deglución- respiración de un segundo cada uno.

Atraves de la oxitocina, estas vías aferentes están tan bien establecida que la eyección puede ocurrir cuando la madre simplemente piensa en el bebé, o escuchar su llanto. En contraste el estrés o los trastornos nerviosos, provocan la liberación de adrenalina a nivel de las glándulas mamarias y noradrenalina el sistema nervioso central; ambas hormonas pueden potencialmente inhibir el reflejo de eyección y los niveles de prolactina, reduciendo la cantidad de leche disponible para el lactante.

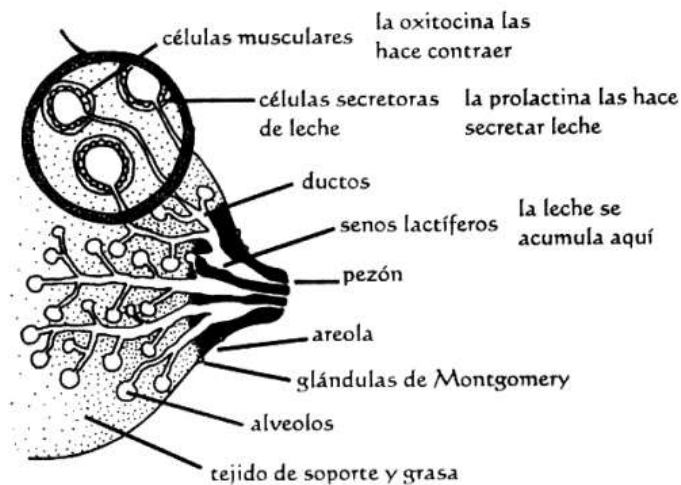
La oxitocina tiene otra función muy importante: la contracción del útero materno. La contracción uterina ayuda al control del sangrado postparto, con el consiguiente ahorro de hierro y favorece a la involución del útero.

Para que la lactancia se produzca en forma adecuada, es necesario que el bebé presente 3 reflejos muy importantes que son: reflejo de búsqueda, reflejo de succión y reflejo de deglución.

Reflejo de búsqueda: presente en el bebé a partir de la semana 32 de gestación. Se produce cuando algo toca los labios o mejillas del lactante, éste abre la boca colocando la lengua hacia abajo y hacia adelante.

Reflejo de succión: cuando algo toca el paladar, el bebé empieza a succionar.

Reflejo de deglución: cuando la boca del lactante se llena de leche, este es capaz de deglutirlo. (Paso desde la boca a la faringe y luego al esófago)



Fuente: Anatomía mamaria. Libro Nutrición del Niño Sano. Jessica Lorenzo y col. 2007

Composición química de la Leche materna

Grasas: tiene aproximadamente 3,5g de grasa cada 100 ml. Contiene ácidos grasos polinsaturados de cadena larga; cuatro veces mayor en la leche de humana que en la de vaca; muy importantes para el desarrollo neurológico del niño. Se observa valores de grasa bajos en madres con estado nutricional deficitario. (9)

El alto contenido de colesterol juega un rol importante en la maduración en los mecanismos de aceleración, y se ha demostrado que la leche materna tiene un rol protector en el desarrollo de hipercolesterolemia. Es también importante para la mielinización del sistema nervioso central. (10)

La grasa de la leche materna es muy bien absorbida, esto determina que la pérdida fecal de calcio y de vitaminas liposolubles sea moderada. (10)

A lo largo del día, debido al ritmo circadiano de la secreción de prolactina, el contenido graso es más alto a la mañana que a la noche. (10)

A lo largo de la mamada, entre la leche que obtiene el niño en el primer minuto de succión y a los 1º minutos, puede haber diferencias de hasta 3 veces en el contenido de lípidos. (10)

Hidratos de carbono: el más predominante es la lactosa, la cual es sintetizada en las glándulas mamarias a partir de la glucosa. Representa aproximadamente el 30 %, que es superior al de la leche de vaca. Además, la leche humana contiene cantidades mínimas de glucosa, oligosacáridos, y glicoproteínas.

El contenido de hidratos de carbono no tiene cambios durante la lactancia, ni durante cada toma.

La lactosa cumple funciones esenciales para el crecimiento del recién nacido, como, por ejemplo, contribuye a mantener la acidez del medio intestinal, intensificando la absorción de calcio. Se metaboliza a galactosa, la que luego se convierte en galactolípidos, necesarios para el desarrollo del sistema nervioso central. También una función importante es que ayuda al crecimiento de los lactobacilos bifidos, que predominan en la flora fecal de los niños amamantado. (9,10)

Proteínas: La proteína de la leche materna contiene un equilibrio de aminoácidos que hace que sea mejor aceptada y digerida que las proteínas contenidas en cualquier leche animal. La leche materna, presenta 2 grupos de proteínas: la caseína y las proteínas del suero; con un alto porcentaje de B caseína, mientras que en la leche de vaca la mayor proporción es de A caseína. (9,10)

La proteína del suero contiene lactalbúminas, lactoferrina, lisosimas, albúminas e inmunoglobulinas. La que más predomina es la α - lactoalbúmina.

- Cistina: el contenido de este aminoácido es elevado en la leche humana. Es esencial en neonatos y prematuros, quienes carecen de la enzima cistionasa, necesaria para sintetizar cisteína a partir de la metionina. (10)
- Taurina: otro aminoácido azufrado presente en la leche materna. El recién nacido no puede sintetizarla, dependiendo de su aporte diario a través de la leche. (10)
- Inmunoglobulina A: es la más dominante entre las inmunoglobulinas de la leche materna y protege las superficies mucosas de las vías respiratorias y del tracto gastrointestinal de la invasión de patógenos. (10)
- Lactoferrina: es una proteína ligada al hierro, encontrada en grandes cantidades en la leche materna. Contribuye a que el niño alimentado a leche materna, este protegido contra *Escherichia Coli* y *Candida albicans*. Estos dos microorganismos requieren de hierro para poder crecer. Como la lactoferrina capta el hierro, genera un efecto bacteriostático, sobre el crecimiento microbiano. (10)
- Lizosimas: es otra proteína láctea con actividad bacteriana. Su contenido se incrementa durante la lactancia. (10)
- Albúmina sérica: solo desempeña el rol nutricional del aporte de aminoácidos. (9)

- **Lipasa:** es estimulada por las sales biliares, aun con la baja concentración presente en el neonato. Complementa la acción de la lipasa lingual y pancreática. Permanece activa a nivel del tracto gastrointestinal y logra un grado de hidrólisis de las grasas, el glicerol y ácidos grasos libres. Estos pueden representar factores significativos en el alto grado de absorción las grasas presentes en la leche materna. (9)

Vitaminas y minerales: La leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a excepción de la vitamina D, por lo que el bebé deberá ser expuesto a la luz solar para generar vitamina en forma endógena.

Con respecto a los minerales, el hierro y zinc se encuentran en bajas cantidades, pero la biodisponibilidad es más elevada que en otras leches, por tal motivo, aquellos niños que nacieron a término y tienen adecuadas reservas de hierro, no necesitaran suplemento. (9)

Agua: la leche materna aporta toda el agua que el bebé necesita, por tal motivo se mantendrá bien hidratado, y no será necesario que ingiera líquidos aparte.

Las propiedades anti infecciosas principales de la lecha materna se encuentran en la fracción sérica, es decir en el suero proteico.

La leche materna también contiene hormonas y péptidos tróficos como hormonas de crecimientos, insulina, factores de crecimiento, entre otros. (9)

La leche de los diferentes mamíferos, tiene composiciones adaptadas a las características inmunológicas, digestivas, metabólicas y velocidad de crecimiento de las respectivas crías.

Propiedades nutricionales de la Leche Materna

Como ya se comentó con anterioridad, la lactancia materna ofrece innumerables beneficios no solo para la madre y el niño, sino también para toda la sociedad. Existen ventajas inmunológicas, nutricionales, económicas y beneficios en desarrollo psicosocial del niño

Alguna de las ventajas que presenta la lactancia materna en comparación son las siguientes.

Para la madre

- Favorece el restablecimiento del vínculo madre-hijo
- Refuerza la autoestima
- Menor sangrado posparto
- Menor riesgo subsiguiente de padecer anemias
- Mayor espaciamiento entre embarazos porque posterga la primera ovulación postparto
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico
- Menor depresión postparto
- Mayor practicidad para la alimentación nocturna, viajes, fuera del hogar, etc.
- Involución uterina más rápida.
- Recuperación del peso previo a la gestación más rápida.

Para el Niño

- La leche llega en forma estéril y a temperatura ideal.
- Mejor adaptación gastrointestinal.
- Favorece la instalación de una flora intestinal adecuada que impide la proliferación de bacterias patógenas.
- Menor incidencia de procesos infecciosos: gastrointestinales otitis media, respiratorios, infección urinaria, sepsis y meningitis bacteriana.
- Menor tasa de hospitalización por infecciones respiratorias de vías bajas.
- Reducción del riesgo de enfermedades crónicas: asma, dermatitis atópica, enfermedad celíaca, obesidad, diabetes, enfermedad de Crohn, leucemia.
- Menor incidencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial e hipercolesterolemia.
- Mejora el desarrollo psicomotor, emocional y social
- Desarrollo de una personalidad más segura e independiente
- Proporciona una nutrición óptima, importante para el crecimiento y desarrollo.

- Menor incidencia de desnutrición infantil
- Disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante
- Menor incidencia de problemas dentales

Para la familia

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.
- Menor gasto en medicamentos
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.

Para la sociedad

- Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro
- Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos
- Menor gasto de atención en patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres
- Disminución de la morbimortalidad infantil
- Menor gasto por adquisición de leches artificiales, tetinas y mamaderas. (9)

El Calostro: el mejor remedio de los primeros días

El calostro, constituido por anticuerpos maternos e inmunoglobulinas que protegen al recién nacido contra los procesos infecciosos y sus beneficios, va más allá del periodo neonatal. Existen reportes en la literatura de que en algunos países se considera un tabú y que es inadecuado para los neonatos, en donde la percepción y la creencia es la siguiente: de que es malo, que no alimenta y hasta que hace daño al niño; que es un líquido que se debe desechar”. Las prácticas existentes de separar al recién nacido de la madre inmediatamente después del nacimiento, no favorecen la lactancia, así como tampoco el inicio de la vía oral con soluciones diferentes a la leche materna o con fórmulas infantiles.

(14)

La leche materna, al contener una gran cantidad de elementos inmunológicos, se considera la primera vacuna que recibe el niño después del nacimiento.

El calostro, es un fluido viscoso rico en proteínas y minerales, que aporta aproximadamente 67 Kcal. La relación proteína-suero es de 80:20. Puede aparecer calostro en la mujer embarazada, ya desde el quinto mes de embarazo. (9)

Contiene altas concentraciones de inmunoglobulina A, disminuyendo en la segunda y tercera semanas; baja proporción de hidratos de carbono, bajo contenido de grasas. (14).

Al ser el calostro un promotor de la salud, se han detectado en él factores que interfieren con la enterotoxigenicidad de bacterias enteroinvasivas, así como su eficacia contra algunos virus, como es el rotavirus, con elevadas concentraciones de factores de protección, entre los cuales encontramos el factor bífid, los componentes C3 y C4 del complemento, cuya concentración es más baja que en el suero, y la lactoferrina, con un contenido elevado (6mg/mL), el cual disminuye hacia el quinto día; lisozimas, lactoperoxidasa a-lactoalbúmina, b-lactoalbúmina, caseínas, enzimas, factores de crecimiento, hormonas, linfocitos T y B y otras inmunoglobulinas también están presentes.(14)

Cabe destacar algo de suma importancia es que la lactoferrina, es más elevada en madres de niños prematuros que aquellos nacidos a término. (1)

El calostro administrado en prematuros muy pequeños, ha merecido mucha atención y son varios los estudios que demuestran sus notables beneficios, en especial en la reducción de las enteritis necrosante, que están presente entre el 5 y 10 % de los prematuros con pesos inferiores a 1500kg, probablemente sea de mayor impacto ya que disminuye una elevada mortalidad. (1)

La ingesta temprana del calostro tiene grandes beneficios para el niño:

- ✓ Facilita la prona eliminación del meconio.
- ✓ Favorece la implantación precoz de una flora intestinal con predominio de bifidobacterias.
- ✓ Provee un aporte importante de Ig A secretoria y lactoferrina que dificulta el anclaje de los gérmenes enteropatógenos.
- ✓ El amansamiento temprano calma la ansiedad posparto del recién nacido y provee alimentación de hidratación temprana, con lo que se logra menos descenso de peso postparto. (9)
- ✓ Si el calostro se administra por vial orofaríngea, también se beneficia la mucosa digestiva alta. (4)
- ✓ Absorción de citoquinas a través de los tejidos linfoides. (4)

- ✓ Brinda agentes bioterapéuticos para la prevención de infecciones. (4)

Estudios realizados por licenciadas en enfermería de una neonatología, sostienen que la absorción de calostro a nivel orofaríngeo, podría mejorar la función del sistema inmune a través del estímulo del tejido linfoide asociado a las mucosas, proporcionando una barrera de protección local y benéficos a nivel sistémicos. (4)

Estas enfermeras repiten dicho estudio y comparan con otros, y siguen observando y afirmando que el calostro materno contiene factores estimulantes del sistema inmunológico, que son insuficientes en los prematuros y que cuando se administran por vías orofaríngea, se reduce también el tiempo hasta alcanzar la nutrición enteral total. (4). Siguiendo con este estudio mencionado, el calostro en los recién nacidos extremadamente prematuros, que no tuvieron expuestos a los factores de crecimiento del líquido amniótico, durante el último trimestre, etapa en la que el feto traga aproximadamente 750ml por día. Una variedad de factores de crecimiento en este líquido ingerido, duplican el peso de la mucosa intestinal durante este tiempo. El calostro con un factor de crecimiento, componentes antiinflamatorios y antiinfecciosos similares al líquido amniótico, es el nutriente que facilita la transición de la nutrición intrauterina a la extrauterina en los mamíferos. Para los recién nacidos prematuros extremos, la administración temprana de calostro ayuda a compensar el período acortado de ingesta de líquido amniótico. (4)

Hay una relación inversa entre la duración de la gestación y la concentración de los agentes de defensa en el calostro materno. (4)

El calostro también diferente de la leche madura, tiene concentraciones más altas de inmunoglobulina A, factor de crecimiento, lactoferrina, citoquinas antiinflamatorias, oligosacáridos, antioxidantes y otros componentes protectores (4)

Las bacterias benéficas proporcionadas por la leche materna pueden actuar como semillas en el intestino del recién nacido, seleccionando futuras generaciones de bacterias que regulan el metabolismo y mejoran la función inmune. (4)

Por eso con base en lo anterior, es muy importante promover la lactancia desde la sala de partos; incluso desde la etapa prenatal, concientizando a las madres sobre la importancia del inicio temprano de la lactancia, de todos los beneficios que el calostro les puede dar a sus hijos, incorporado a que esta práctica les permitirá estimular la producción de leche materna y continuar con la lactancia materna exclusiva.

Situaciones maternas y del niño que interfieren con la lactancia

Situación de la madre (9)

Algunas situaciones personales hacen que la lactancia pueda estar contraindicada en forma transitoria o permanente, según las condiciones de los profesionales; madres en cuidados intensivos, con psicosis, depresión severa, enfermedades mentales severas. estas situaciones pueden poner en riesgo la vida de la madre y del niño.

- ✓ HIV (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida): el sida puede pasar a leche materna y contagiar al niño, si este no se ha contagiado durante la gestación.
- ✓ Cáncer: La continuidad de la lactancia depende del tratamiento y del estado general de la madre. Las drogas que se utilizan para el tratamiento quimioterápico, pasan a la leche materna y pueden perjudicar al bebé.
Amantar después de un cáncer mamario tratado, no significan riesgos.
- ✓ Lesiones mamarias por herpes simples: puede considerar una condición de tipo parcial transitoria al amamantamiento por la mama afectada.
- ✓ Tuberculosis: puede contraindicarse de manera transitoria también, pero no a la leche materna. El recién nacido debe ser tratado y puede recibir leche materna protegiéndolo del contacto con la vía aérea de la madre.
- ✓ Varicela: transitoria si la madre presenta síntomas. No presenta una contraindicación a la leche materna.
- ✓ Drogas contraindicadas: ciertos antibióticos, cocaína, morfina, heroína

Situación del Niño (9)

- ✓ Galactosemia: contraindicada de forma completa y permanente debido a que el niño presenta carencias de la enzima que metaboliza la galactosa.
- ✓ Fenilcetonurico: condición permanente que contraindica de forma parcial el uso de leche materna ya que contiene niveles muy bajos de este aminoácido. Este niño puede recibir leche materna como complemento a las fórmulas especiales sin fenilcetonuria, siempre que se monitoreen sus niveles plasmáticos.
- ✓ Lesiones orales del niño por herpes simples: contraindicación completa y transitoria al amansamiento mientras el niño presenta las lesiones, por el riesgo de contagiar a la madre. Ellas pude extraer su leche y administrasela.

Conservación de leche humana

- ✓ Temperatura Ambiente: 12 horas
- ✓ Heladera 3 días
- ✓ Congelador: 3 meses
- ✓ Freezer: 1 año (10)

Así como la leche materna tiene todos los ingredientes necesarios, en calidad y cantidad, para proporcionar el desarrollo adecuado del niño, puede transformarse en excelente medio de cultivo para los microorganismos que comprenden su microbiota. (9)

El crecimiento de microorganismos un medio depende de una serie de factores, entre los cuales merecen destacarse: la presencia de barreras físicas o químicas, la concentración de nutrientes, la temperatura y la actividad del agua. Entre otros. Cuando más favorable sea la condición del medio en el que se encuentran, menor será el tiempo de generación, y, en consecuencia, mayor será la velocidad de crecimiento. (9)

Para crecer los microorganismos dependen de la velocidad de las reacciones enzimáticas que ocurren en el citoplasma. Una de las maneras de afectar el crecimiento microbiano es a través de la reducción de la temperatura, pues una reacción enzimática siempre ocurre a una temperatura ideal. Se puede decir que la temperatura de 7 grados es considerada límite para el crecimiento de patógenos en la leche humana debajo de este valor no se conoce ningún patógeno que pueda desarrollarse. (9)

Cuando la leche humana es sometida a temperatura de congelación, más allá de la reducción de la velocidad de las reacciones enzimáticas, ocurre reducción de la actividad del agua. El agua libre, antes disponible para el crecimiento microbiano, ahora se transforma en agua químicamente ligada, formando cristales de hielo, tornándose indispensable para los microorganismos. Por esta razón el producto mantenido bajo congelación soporta un período de almacenamiento mayor que aquel refrigerado. (9)

Comparación de las fórmulas infantiles con la leche de vaca y la leche humana

Como ya se ha mencionado anteriormente, el alimento por excelencia durante por lo menos los primeros 6 meses de vida, es la leche materna. Sin embargo, existen diversas situaciones, que hacen que el bebé no pueda ser amamantado, ya sea por decisión de los propios padres, por recomendaciones médicas, o por falta de información ofrecida a los padres sobre la lactancia, que hacen que esta no se realice en forma correcta.

En todos estos casos, se suelen utilizar para alimentar al bebé fórmulas infantiles o leche (generalmente de vaca). (9,10)

Cuando esto sucede, la primera opción a la que se suele recurrir, es al uso de fórmulas infantiles, ya que, si bien no aportan la misma calidad o cantidad de nutrientes que la leche materna, está modificada y adicionada para que sea lo más parecida posible. Sin embargo, no va a aportar factores antiinfecciosos como ocurre con la leche materna, por lo que estos niños, pueden presentar mayor riesgo de infecciones y alergias. Estas leches suelen ser muy caras y no estar disponibles para toda la población. (9,10)

En otras ocasiones, suele utilizarse leche de vaca, por lo general en polvo, diluida y adicionada con azúcar. En este caso, la leche contará con múltiples deficiencias y sus nutrientes se encuentran dispuestos de una manera menos digerible para el bebé. (10)

Fórmulas infantiles: Un niño que no es alimentado con leche materna, deberá consumir leches modificadas apropiadas para su edad ya que en caso contrario aumenta el riesgo del niño de presentar anemia, que exista una deficiencia de nutrientes en cuanto a calidad o cantidad. (10)

Según el código alimentario las fórmulas o sucedáneos de la leche materna, son especialmente fabricados para satisfacer por sí solos, las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros meses de vida, hasta la introducción de una alimentación complementaria apropiada. Estas fórmulas pretenden asemejarse lo más posible a la leche materna, y generalmente están formuladas a partir de leche de vaca con múltiples modificaciones y adición de nutrientes. Para casos especiales, también existen leches formuladas a partir de derivados de la soja. La selección de la fórmula dependerá de la edad del niño, el estado nutricional, los requerimientos nutricionales, funcionalidad del aparato digestivo, patologías asociadas y costo. (10)

La utilización de Fórmulas debe estar prescrita por un médico, y será la primera opción a utilizar en caso que por alguna razón no se pueda amamantar al bebé, o la madre no pueda extraerse la leche. (10)

Entre los distintos tipos de fórmulas ofrecidas podemos encontrar:

FÓRMULAS DE INICIO A BASE DE LECHE DE VACA: son fórmulas poliméricas basadas en proteína de leche de vaca de base intacta. Indicada para aquellos niños menores de 6 meses que no sean o no puedan ser amamantados. (11)

FÓRMULAS PARA LACTANTES DE BAJO PESO: Son fórmulas específicas con mayor contenido calórico, proteico con fósforo y vitaminas A y D. Están indicadas en aquellos niños nacidos prematuros con edad corregida a los 6 meses que no sean amamantados; prematuros con menos de 1000 g al nacer; prematuro con ascenso de peso insuficiente. (11)

FÓRMULAS SIN LACTOSA: La lactosa es sustituida por otro carbohidrato, generalmente la maltodextrina. Indicada para aquellos niños diagnosticados con intolerancia a la lactosa. (11)

FÓRMULAS A BASE DE SOJA: Están formuladas con aislado de proteína de soja. No contienen lactosa y están indicadas para niños con galactosemia; lactantes o mayores de 6 meses que presenten diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca, o hijos de padres vegetarianos que no pueden ser amamantados y no desean ofrecer alimentos que tengan leche de vaca en su composición. (11)

Como se puede observar, todas estas fórmulas están indicadas para situaciones específicas y sólo en casos que no pueda ser amamantado, aunque hoy en día, muchos son los casos en los que se indican este tipo de fórmulas ya sea con la causa de promocionar productos o laboratorios obteniendo beneficios personales, así también por falta de información de las madres que abandonan la lactancia antes de tiempo teniendo que recurrir a este tipo de fórmulas. (11)

Leche de vaca: Este alimento tiene múltiples deficiencias con respecto a la leche materna, por lo cual, solo se recomienda su uso en aquellos casos en que las opciones anteriores por algún motivo no puedan utilizarse. (10)

La leche de vaca, además de no contener factores antiinfecciosos muy importantes para el bebé, posee mayor cantidad de proteínas, siendo éstas difíciles de digerir, además presenta deficiencia de otros nutrientes importantes como son ciertas vitaminas (A y C), ácidos grasos esenciales importantes para el desarrollo neurológico del niño y además, si bien el hierro se encuentra en proporciones similares a la leche materna, este se encuentra menos biodisponible, por lo que estos niños serán más propensos a presentar una deficiencia de hierro e incluso llegar a una anemia. (10)

En aquellos casos en los que se utilice esta leche, se deberá ofrecer diluida, con azúcar y en algunos casos también puede agregarse aceite. Tanto el porcentaje de dilución como el agregado de azúcar y aceite, dependerá de la edad del niño:

Niños de 0 a 6 meses:

Leche de vaca entera diluida al 50% con 7% de azúcar.

Leche de vaca entera diluida al 50% con 5% de azúcar y 2% de aceite.

Niños de 6 meses a 1 año:

Leche de vaca entera diluida $\frac{2}{3}$ con 5% de azúcar.

Niños mayores de 1 año.

Leche de vaca entera sin diluir.

Fuente: Adecuación de la leche de vaca. Nutrición del niño sano. Jesica Lorenzo y col. Argentina, 2007 (10)

Capítulo 2

Niños Prematuros: su desarrollo.

Los prematuros son los que nacen con menos de 37 semanas de gestación. Lo que significa que el niño recién nacido no está totalmente maduro para comenzar la vida extrauterina por lo que necesita cuidados especiales. (13)

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas. (15)

Un parto prematuro es una situación que la madre gestante vive como algo inesperado. Un bebé prematuro tiene padres prematuros. Por lo tanto, la emocionalidad de ese nacimiento puede estar ligada a sentimientos como angustia, miedo o tristeza. (15)

Más allá de la complejidad del cuadro clínico del niño y de su grado de prematurez, es importante saber que en todos los casos el acompañamiento de la madre, del padre o de alguien que represente un lazo afectivo, es fundamental en la disminución del estrés de la internación y en la recuperación. (15)

A nivel mundial se estima que la incidencia de nacidos prematuros es de aproximadamente un 10%, lo que supone unos 15 millones de niños por años. (16)

La proporción de nacidos prematuros, en particular prematuros tardíos es creciente. En Argentina en 2019, sobre un total de 625.441 nacidos vivos, 55.709 nacieron antes de la semana 37 de gestación, lo que representa una tasa de 8,9%. A lo largo de la última década se observa un incremento en la tasa de prematuros de más de 10 puntos porcentual. (17)

La prematurez es una causa importante de morbimortalidad, constituyendo la primera causa de muerte entre los menores de 5 años. Los avances tecnológicos y humanos en el control obstétrico del estado fetal y posnatal, han permitido mejoras significativas de

supervivencia, sin embargo, el riesgo de complicaciones y muerte continúan siendo elevadas, particularmente en los nacidos extremadamente prematuros (menos de 28 semanas de gestación) y los de extremo bajo peso (peso menor a 1000gr). (16)

Resulta importante diferenciar los distintos tipos de prematuros, ya que no solo condicionara el tipo de enfermedad a la que predisponen, sino también la gravedad de las mismas. (16)

Factores que predisponen a la Prematures

El recién nacido pasa por un medio líquido termoestable en su etapa fetal a un medio aéreo al nacer, lo cual favorece la pérdida de calor corporal. (16).

Se debe evitar la pérdida de calor o hipotermia como la hipertermia, ya que ambas se han demostrado como factores que aumentan el riesgo de morbimortalidad. (16)

La mejor forma de mantener el calor corporal, es hacer una transición térmica adecuada, mediante el contacto piel a piel. En el recién nacido que esto no es posible, se recomienda el uso de una cama térmica y el secado con toallas pre- calentadas. Además, en prematuros menores a 32 semanas, se debe mantener una temperatura ambiente mayor a 26° grados. (16)

Hay ciertos factores que condicionan la llegada de un bebe prematuro, pueden ser maternos, del feto o de la placenta. El siguiente cuadro nos describe algunos de ellos:

| FACTORES ANTEPARTO | FACTORES INTRAPARTO | FACTORES POSTPARTO |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| Diabetes materna | Cesáreas urgentes | Hipotermia |
| Hipertensión | Macrosomías (RCIU) | Apnea |
| Anemia | Trabajo de parto prematuro | Bradycardia |
| Hemorragias en el 2° o 3° trimestre | Líquido amniótico meconial | Dificultad para respirar |
| Infecciones maternas | Anestesia general | Hipoperfusión |
| Antecedentes de embarazos pretérmino o múltiples | Narcóticos 4 Hs. antes del parto | Hemorragias a través del cordón |

| | | |
|--|---------------------|--------------------------------|
| Medicamentos (litio, magnesio, bloqueadores adrenérgico) | Prolapso del cordón | Anomalías congénitas |
| Abuso de drogas y tabaquismo | Placenta previa | Factores de riesgos infeccioso |
| Malformaciones fetales | Rotura uterina | Trauma obstétricos |
| Gestantes no controladas | | |
| Edad materna menor a 16 años o mayor a 35 años | | |
| Anormalidades uterinas | | |

Fuente: Copyright SENO. Protocolos. Junio 2023

Edad gestacional y viabilidad

Antes de poder determinar la prematuros, debemos conocer que es la edad gestacional, es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está la gestación. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. (18)

Para la clasificación según edad gestacional se adopta la clasificación propuesta por la OMS, que define como prematuro a todo niño nacido antes de la semana 37 de gestación o menos de 259 días a partir del primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro puede subdividirse según la edad gestacional:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas)
- Prematuros moderados (32 a 34 semanas)
- Prematuro tardío (34 a 37 semanas). (19)

La prematuridad también está condicionada por el peso del niño al nacer:

- Bajo peso: menos de 2500gr
- Muy bajo peso: menos de 1500gr
- Extremadamente bajo peso: menos de 1000gr. (16)

Los nacidos extremadamente prematuros y muy prematuros son el grupo de mayor riesgo de mortalidad, así como de secuelas a corto y largo plazo.

Mención especial merecen los nacidos en el límite de la viabilidad, que se refiere a la posibilidad de vida luego del nacimiento. (16)

- **35-37 semanas de EG:** supervivencia 98-100%
- **30-34 semanas de EG:** supervivencia 95%, secuelas 15%.
- **28-29 semanas de EG:** supervivencia 80-85%, secuelas 30%.
- **Edad Gestacional < 28 semanas:** supervivencia 50-70 %, secuelas > 50%. (20)

La incertidumbre que rodea a los resultados referentes a la morbimortalidad grave y la vida futura de estos niños, hace que el manejo de los mismos sea un desafío en la que la toma de decisiones debe basarse en condiciones tanto clínicas como éticas. (16)

Se acepta la previlidad como la etapa más temprana de la madurez fetal en la que existe una probabilidad razonable de sobrevivir fuera del útero materno. Si bien la OMS establece un límite inferior de viabilidad en la semana 22 de gestación, o 500gr de peso o 25cm de longitud al nacer, la mayoría de las unidades neonatales, inician la reanimación a partir de la semana 24 de gestación. Para aquellos recién nacidos con una edad gestacional entre la semana 23-24, la decisión de reanimar o no, será compartida con los padres.

En cuanto a los recién nacidos muy prematuro y/o muy bajo peso, así como los extremadamente prematuros, las complicaciones más comunes a corto plazo, incluyen afecciones respiratorias, como la displasia broncopulmonar; visuales como la retinopatía del prematuro; digestivas destacada por su gravedad la enterocolitis necrosante, pero sin que podamos olvidar otras más leves y frecuente como las dificultades alimentarias, afecciones neurológicas, hemorragias interventriculares. A largo plazo se han descrita parálisis cerebral con discapacidad motora y alteraciones neurocognitivas, dificultades en el aprendizaje y en las relaciones sociales. (16)

Hablamos de prematuros moderados o formas leves, donde incluye algunas de las patologías típicas de la prematures. En general las medidas de actuación, serán similares a las de los grupos anteriores mencionados.

Los prematuros tardíos, que son otro grupo, pueden ser capaces de succionar o de mantener su temperatura corporal aceptablemente, sin embargo, no debemos obviar que no son recién nacidos a término. Si bien, la mayoría evolucionan favorablemente, algunos pueden presentar diversos problemas tras el nacimiento asociado a la prematurez (distrés respiratorio, dificultada para alimentarse, hipoglucemia, entre otras) o tras el alta (ictericia, pérdida excesiva de peso), por eso se debe mantener una vigilancia clínica estrecha. (16)

Alimentación del Prematuro

Mientras el prematuro se encuentra en el sector hospitalario recibe alimentación de diferentes formas dependiendo de las semanas de gestación y de su peso al nacer. Es posible que los prematuros muy pequeños, necesiten obtener su nutrición y líquidos por vía intravenosa.

La leche materna constituye el mejor alimento para todos los bebés recién nacidos, especialmente los prematuros, incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Es importante destacar acerca de la leche materna que contiene anticuerpos que ayudan a prevenir que los bebés se enfermen, así como nutrientes que lo ayudan en su crecimiento y desarrollo. Es importante mencionar que la leche materna cambia a medida que crece el bebé, para adaptarse a sus requerimientos. Durante los primeros días posteriores al parto, los senos de la madre producirán una leche materna espesa y amarillenta llamada calostro, la cual posee los nutrientes y anticuerpos que el bebé necesita en esa etapa, razón por la que es fundamental que se alimente del calostro, aunque solo produzca unas gotas. Realmente, el cuerpo de la madre comienza a producir leche materna alrededor de tres a cuatro días después del parto. En los casos en donde no se pueda amamantar al bebé se le puede dar leche de fórmula o bien, leche materna de una donante. En el caso de los niños prematuros, la alimentación debe estar recomendada y vigilada por un profesional de la salud para cubrir todas sus necesidades y garantizar un crecimiento y desarrollo saludable. (21)

Las siguientes pueden ser formas de alimentar al bebé prematuro:

- ✓ Leche materna, ya sea directamente del pecho o bien, si el niño no puede ser amamantado, se le puede dar leche materna que se sacó de los senos, en una mamadera.
- ✓ Leche materna o leche de fórmula en mamadera
- ✓ Leche materna o leche de fórmula a través de una sonda de alimentación. (21)

La sonda de alimentación es un tubo que va al estómago del niño para darle alimentos cuando todavía no puede alimentarse normalmente. Dependiendo del problema médico del bebé, puede necesitar una sonda de gastrostomía (también llamada tubo G), una sonda nasogástrica (también llamada tubo NG) o una sonda orogástrica (también llamada tubo OG). El tubo G va directamente al estómago del bebé. El tubo NG va por la nariz del bebé, pasando por el esófago y hasta el estómago. El tubo OG va por la boca del bebé, pasando por el esófago y hasta el estómago. (21)

La vía intravenosa se usa para bebés que son demasiado pequeños o que están muy enfermos. El médico el bebé coloca un pequeño tubo en una vena de la mano, pie, u ombligo del bebé, por medio de los cuales se le dan líquidos y nutrientes importantes. (21)

Independientemente de la forma que sea alimentado el niño, seguimos afirmando que la leche humana es el alimento con mayores beneficios para los niños prematuros. En el 7º Congreso de Lactancia Materna en Argentina, donde se reunieron muchos profesionales determinaron benéficos muy importante de la leche materna como, por ejemplo:

- Vaciamiento gástrico más rápido.
- Mejoras en la motilidad gastrointestinal.
- Asociación con una reducción de la incidencia de enterocolitis necrozantes y sepsis de aparición tardía.
- Los lactantes prematuros alimentados con leche humana mejoran el resultado del desarrollo neurológico en comparación con los lactantes alimentados con leche artificial. Esta asociación ha sido sostenida en el lactante con extremadamente bajo peso al nacer.
- La leche materna para alimentar a los recién nacidos tiende a mejorar el desarrollo visual con menos retinopatía del prematuro. (23)

La Asociación Española de Pediatría, realizaron una serie de recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío, donde con respecto a la alimentación proponen:

- Conocer las intenciones de la madre respecto a la lactancia materna, así como su experiencia y nivel de conocimientos.
- Asesoramiento e información, sobre las ventajas de la lactancia materna.
- Especial atención y apoyo a madres con experiencia previa desfavorable de lactancia materna.
- Facilitar contacto piel con piel precoz e ininterrumpido tras el nacimiento, preferiblemente hasta la primera toma.
- Ofrecer 10-12 tomas diarias.
- Monitorización diaria de signos vitales, diuresis y deposiciones.
- Apoyo al inicio de la lactancia.
- Valoración diaria de al menos una toma de leche materna: por un profesional adiestrado (consultor en lactancia), coordinación de succión, deglución y

respiración, ingesta de leche y vaciado de mamas, pezoneras de silicona si succión ineficaz o escasa transferencia de leche, solucionar dudas y ansiedades maternas.

- Control diario de peso.
- Evitar pérdida excesiva de peso, que no debe superar el 3% el primer día de vida o el 7% en los 3 primeros días.
- Suplementos bajo prescripción médica. Preferiblemente de leche de la propia madre, leche materna donada o fórmula artificial, individualizando en cada caso.
- Utilizar sonda en el pecho, vasito, técnica de finger feeding o mamadera, dependiendo de las habilidades maternas e intenciones en el tipo de alimentación del recién nacido.
- Iniciar extracción periódica de leche materna, preferentemente en las primeras 12h de vida, si madre e hijo son separados. Hasta conseguir lactancia adecuada, recomendar vaciado completo de los pechos tras cada toma.
- Asesoramiento en técnicas de extracción. (21)

Observando todos estos puntos importantes, es de suma atención plantear la alimentación del niño luego del alta hospitalario. El principio fundamental del apoyo nutricional es que el consumo debe satisfacer las necesidades, que, en el caso del prematuro, implican el crecimiento y el desarrollo óptimos. (22)

Independiente de la forma en que es alimentado un niño, el crecimiento debe monitorizarse de manera estrecha después de salir del hospital para que recupere su percentil original del peso al nacer hacia 1 a 2 meses de edad corregida (que es la edad que hubiera tenido él bebe si hubiera nacido a las 40 semanas (24)); por lo tanto, la suplementación debe instituirse si es necesario. (22)

Formulas Para Prematuros

En caso de ser necesaria la utilización de fórmulas, se realizará según la siguiente recomendación:

- En el caso de prematuridad extrema, patología perinatal severa, restricción inicial del crecimiento, patologías crónicas, frecuentes reinternaciones o aquellos niños que no han llegado en los seis meses postérmino a recuperar sus parámetros antropométricos (crecimiento compensatorio), recibirán una fórmula pretérmino hasta la normalización de sus parámetros antropométricos o hasta los seis meses

de edad corregida. A partir de allí recibirán una fórmula de inicio o continuación según la edad corregida de ese momento. (19)

- En prematuros sanos la fórmula pretérmino debe utilizarse hasta las 40 semanas o hasta alcanzar los 3.500g de peso, para luego reemplazarse por una fórmula posalta. La fórmula posalta debe mantenerse hasta los seis meses postérmino, momento en el cual podría reemplazarse por una fórmula de inicio para recién nacido de término, siempre y cuando todos los parámetros (peso, longitud corporal y perímetro cefálico) se encuentren por encima del percentil 25. (19)

Las fórmulas posalta ofrecen aportes de proteínas y minerales superiores a las fórmulas de inicio, pero con menor carga calórica que las fórmulas de prematuros, favoreciendo de esta forma el crecimiento lineal y de masa magra. La leche entera de vaca no es recomendable durante el primer año de vida teniendo en cuenta el contenido inadecuado de nutrientes para el lactante. (19)

Indicación de suplementos durante el período posalta

Hierro: Todos los lactantes prematuros deben ser suplementados con hierro, siendo el preparado aconsejable el sulfato ferroso. La suplementación se realizará teniendo en cuenta el peso de nacimiento: En recién nacidos prematuro (1500 - 2500 g): 2 mg/kg/día, comenzando antes del 2º mes de vida. En recién nacidos prematuro de muy bajo peso (750 - 1500 g): 3-4 mg/kg/ día, comenzando después de las 2 semanas de vida. En recién nacidos prematuro de peso extremadamente bajo (< 1500 g): 2-3 mg/kg/día, comenzando a las 2 semanas de vida. El hierro profiláctico puede administrarse como gotas de sulfato ferroso, fórmula de prematuros o leche humana fortificada. (19)

Vitaminas: La leche artificial para prematuros y los suplementos para enriquecer la leche materna suelen contener todas las vitaminas; no obstante, el contenido absoluto varía entre los diferentes productos. Es preciso verificar que los productos locales cumplan con las ingestas recomendadas: los suplementos para enriquecer la leche materna frecuentemente no contienen suficientes vitaminas liposolubles para satisfacer las recomendaciones. Los lactantes en quienes su dieta parcial o total consiste en leche materna no enriquecida deben recibir un suplemento multivitamínico que contenga las vitaminas A, D y C, así como tiamina y riboflavina. Los preparados multivitamínicos son selectivos y rara vez contienen todas las vitaminas. (19)

ANTECEDENTES DEL TEMA

El artículo “El calostro y la leche materna en el periodo neonatal. Sus beneficios siguen aumentando”, escrito por José Marian Ceriani Cerdera diserta el beneficio del consumo temprano de calostro en niños prematuros. Comenta que la composición de macro y micro nutrientes, del mismo, ha llamado mucho la atención por la importancia que tomo en la reducción de las enfermedades intestinales; muy recurrentes en estos niños; logrando reducir los porcentajes de mortalidad infantil. (1)

Muchas veces el consumo de antibióticos de forma preventiva; sin causa alguna; en esa población, perjudican la flora intestinal de los niños, generando así la aparición de patógenos, que pueden ser mortales. (1)

El texto sostiene que debemos dar a conocer a las madres, los múltiples benéficos de la lactancia materna. (1)

Otro enunciado “Lactancia Materna e Inmunidad. Nuevos Aspectos”, redactado por Dr. Norma Rossato, nos explica sobre las propiedades inmunológicas de la leche materna. Las barreras inmunes que brinda una neutralización de los patógenos, generando la reducción de infecciones a nivel intestinal. Comenta que, si todos los niños recibieran lactancia materna exclusiva los primeros 4 meses, se reducen hasta un 56% la hospitalización. (2)

El índice de neurodesarrollo, está íntimamente relacionada con la cantidad de leche materna que los prematuros consumen, de forma exclusiva. (2)

Se explicó que la vulnerabilidad de ciertas enfermedades, puede darse de acuerdo al género del niño; es decir; en este caso las niñas no amamantadas serian el grupo de más riesgo de padecer enfermedades pulmonares severas. (2)

De todas formas, el articulo intenta explicar el alto riesgo que se genera en estos niños no amantados. (2)

Siguiendo con la misma línea de información, un estudio analiza la “Comparación entre la ganancia de peso de neonatos prematuros alimentados con lactancia materna exclusiva (con énfasis en la fracción emulsión) y los de lactancia mixta o sucedáneos”. (3)

Podemos explicar que el mismo trata de una publicación de cohorte analítico y observacional, en un grupo prematuros que consumieron lactancia materna exclusiva comparando con aquellos que realizaron una alimentación mixta con sucedáneo. (3)

Los resultados obtenidos fueron que se verifico un aumento de peso y tallas en aquellos niños alimentados con leche materna exclusiva, a comparación de los que consumieron una alimentación mixta. (3)

Se podría obtener mayores resultados si se realiza una adecuada educación para las madres de estos niños, para que puedan saber sobre las diferentes técnicas de extracción y los beneficios que les generan a sus hijos el consumo temprano de su leche. (3)

La siguiente publicación, Uso de calostro como terapia inmunológica en recién nacidos prematuros. Parte II, representado por la Lic. Cristina Malerba, comenta sobre los benéficos de la administración de calostro por vía orofaríngea en recién nacidos de alto riesgo, que no son alimentos ni por succión ni por vía oral, generando un mecanismo de protección. A diferente de la leche madura; tiene concentraciones más altas de IgA secretora, factores de crecimiento, lactoferrina, citoquinas antiinflamatorias, oligosacáridos, antioxidantes y otros compenetes protectores. Brinda bacterias beneficiosas para un correcto funcionamiento de la flora intestinal a nivel inmunitario. (4)

La leche materna es un recurso económico y accesible, al que deberían acceder todos los niños prematuros en cuidados intensivos de nuestro país. (4)

PLANTEO DEL PROBLEMA

La lactancia materna exclusiva en estos niños; sobre todo en aquellos que consumen el calostro de las primeras horas; puede prevenir la aparición de enfermedades y complicaciones, sobre todo a nivel intestinal.

Frecuentemente vemos muchos infantes que consumen fórmulas específicas para prematuros; cual pude ocurrir por varios factores; que pueden influir a la hora de determinar las posibles complicaciones actuales y a futuro.

Observamos en los estudios leídos, las diferencias que se manifiestan en niños que consumen lactancia materna exclusiva y los niños alimentados a sucedáneos.

Ahora después de observar lo leído e informarnos del tema, podemos plantearnos ¿Reciben lactancia materna exclusiva los niños prematuros?

JUSTIFICACIÓN

En las primeras décadas se creía que la lactancia por medios de fórmulas era mucho más adecuada de la que producían las madres. (1)

En la actualidad, sabemos que la leche materna es fundamental para la maduración y el correcto desarrollo, dado que los protege de enfermedades intestinales muy graves, así como de infecciones comunes. (2)

La falta de conocimiento sobre lactancia materna; por parte de las madres de niños prematuros; hace que muchas veces no se conozcan los beneficios de su consumo, no saben lo fundamental que es en las primeras horas de vida del niño, favoreciendo a reducir la mortalidad. Muchos estudios han demostrado que niños alimentados a pecho exclusivo, ganaron más peso y talla, que aquellos que solo consumen fórmulas. (3). El abandono de la lactancia materna, está en principal medida asociado a la falta de información, y un factor a tener en cuenta es la edad materna; a menos edad; más precoz es el abandono de la misma. (5)

Desde la visión inmunológica, se sabe que la absorción del calostro; hace que se aporten más nutrientes esenciales que la leche humana; teniendo mayor concentración de los mismos. Actualmente la recomendación de la lactancia materna exclusiva en niños pretérmino; ofrecería un alto beneficio; ya que cada madre produce; de forma personalizada (4); la cantidad y calidad adecuada a la necesidad de estos niños.

HIPÓTESIS

Los niños prematuros reciben lactancia materna exclusiva.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Analizar la prevalencia de lactancia materna en niños prematuros, del Partido de Pilar, provincia de Buenos Aires

Objetivos Específicos

- ✓ Cuantificar la frecuencia del consumo de lactancia materna exclusiva.
- ✓ Detallar el consumo de calostro en las primeras horas de vida.
- ✓ Evaluar conocimiento sobre lactancia materna
- ✓ Identificar tipo de alimentación sino consumen lactancia materna exclusiva.
- ✓ Analizar el nivel de prematuros de los niños.

MARCO METODOLÓGICO

Área de Estudio

El mencionado trabajo, se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el Hospital Privado X, Partido de Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Tipo de Estudio

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, este estudio es retrospectivo con un diseño de tipo transversal, por el período y la secuencia del mismo. (12)

De acuerdo con el análisis y alcance de los resultados, es un estudio descriptivo de tipo cuali-cantitativo. (12)

Es una investigación cualitativa porque tiene como fin aumentar la calidad y objetividad de la información. Y es cuantitativa porque puede expresarse a través de cifras. (12)

Población y Muestra

Se debe plantear el diseño metodológico de forma clara y sencilla, nuestro Universo, Población y Muestra. (12)

Universo: todos los niños nacidos en el Hospital X del Partido de Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Población: La población estuvo compuesta por 38 bebés prematuros que se encuentran en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) del Hospital X del Partido de Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Muestra: 33 niños prematuros que se encuentran en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) que consumen lactancia materna exclusiva, del Hospital X del Partido de Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Criterios de exclusión

- ✓ Niños que se encuentren en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) que no sean prematuros.

Criterio de Inclusión

- ✓ Prematuros extremos: menos de 28 semanas de gestación. (14)
- ✓ Muy prematuros: entre 28 y 32 semanas de gestación. (14)
- ✓ Prematuros moderados a tardíos: entre 32 y 37 semanas. (14)

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario cerrado- multiopcional anónimas de 7 preguntas de manera estructurada, las cuales tenían diferentes opciones para poder así realizar mi evaluar impresas en hoja A4, se llevó adelante consultando a madres de niños prematuro; para poder valorar si realizan lactancia materna exclusiva o no, y si cuentan con el conocimiento sobre los beneficios del consumo temprano de la misma, con escalas medibles, para poder cuantificar dichas respuestas.

Esta encuesta con una proporción variada de preguntas, permiten disponer de la primera reacción de los individuos.

El entrevistador tiene ese interrogatorio, poco extenso, el cual se realizó con cierta libertad, de acuerdo a las características de las personas a entrevistar.

Esto permitió también que podamos escuchar otras opciones y opiniones, oír sus historias de vida, ya que muchas de las madres entrevistadas hacen tiempo largos que permanecen al cuidado de sus niños.

Técnica de Recolección de datos

Las encuestas fueron realizadas durante los meses de octubre y noviembre de 2023. Se llevaron a cabo durante varios días de las semanas, dentro del margen de horario donde las mamás no ingresaban a la neonatología, en los momentos donde ellas permanecían en

la sala de espera, a la salida del lactario, en los instantes de pase médico donde debían retirarse en un lapso de tiempo del sector de neonatología. Por tal motivo concurrí diferentes días y horarios.

Varias de ellas fueron entrevistadas en un lugar de residencia temporario; cercana al hospital; donde permanecían allí porque sus residencias permanentes estaban a mucha distancia.

Variables

- Frecuencias de consumo de lactancia materna exclusiva.
- Conocimientos de las madres a cerca de la lactancia y sus beneficios.
- Nivel de prematurez
- Consumo de fórmulas infantiles si no realizan lactancia materna exclusiva
- Tiempo de conservación de leche materna

Frecuencia de consumo de lactancia materna exclusiva: se evaluó la cantidad de niños que consumen únicamente lactancia materna exclusiva en las primeras horas de vida.

Conocimiento de las madres a cerca de la lactancia: se estimó el conocimiento a través de una escala subjetiva, donde la sumatoria de las respuestas, me brindan, la información correspondiente. Se tuvo en cuenta y se categorizaron, solo la cantidad de respuestas correctas, de la siguiente manera:

- Si respondieron entre 6 a 7 respuestas correctas, se considera que la personas tiene conocimientos acerca del tema.
- Si respondieron ≤ 5 respuestas correctas, se considera que la persona no tiene conocimientos acerca del tema.

Nivel de prematurez: se mide en rangos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, se evalúan en subcategorías según la edad gestacional, que oscila de la manera siguiente:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- Muy prematuros (28 a 32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

Consumo de fórmulas Infantiles: a través de la pregunta número 3 del cuestionario, se puede determinar el consumo de fórmulas o no.

Tiempo de conservación de leche materna: se analizó esta variable en horas, meses y año. Para la categorización, se utiliza como referencia los siguientes datos:

- Temperatura ambiente: 12 hs.
- Heladera: 3 días
- Congelador: 3 meses
- Freezer: 1 años

Datos obtenidos de la fuente del libro *Nutrición del Niño Sano* de la autora Jessica Lorenzo y colaboradores, edición 2007.

Luego se categorizará las respuestas de las madres de los niños prematuros sobre el conocimiento de la conservación de la leche materna, se pudo determinar:

Temperatura ambiente:

- ✓ Adecuada: 12hs de conservación.
- ✓ Inadecuado: menor o mayor a 12 hs.

Heladera:

- ✓ Adecuado: 3 días de conservación
- ✓ Inadecuado: menor o mayor de 3 días.

Congelador:

- ✓ Adecuado: 3 meses de conservación
- ✓ Inadecuado: menor o mayor a 3 meses.

Freezer:

- ✓ Adecuado: 12 meses o 1 años de conservación.
- ✓ Inadecuado: menor o mayor a 12 meses o 1 años de conservación.

Procedimiento

Durante el mes de octubre y noviembre de 2023 se asistió al Hospital X, preferentemente a la Unidad de cuidados intensivos neonatal, del Partido de Pilar, provincia de Buenos Aires. Previo a la encuesta, se explicó a cada madre la finalidad de la misma y se preguntó si eran madres de niños prematuros y si deseaba participar de la encuesta. Aquellas que accedieron, en primera instancia se les hizo firmar el consentimiento y se procedió a repartir la encuesta.

Se explicó a cada madre la forma de completar la encuesta, se aseguró la confidencialidad de los datos y se dio el tiempo necesario para que puedan responder con tranquilidad, quedando a disposición para que pudieran consultar ante cualquier duda o inconveniente.

En la encuesta realizada se indagó a cerca del conocimiento que ellas tienen sobre lactancia materna y si ellas brindan a sus niños una lactancia materna exclusiva u otro tipo de alimentación.

Una vez recolectados los datos, se analizaron y fueron procesados utilizando como herramienta el programa informático Microsoft Excel. Estos datos fueron presentados en cuadros, los cuales fueron expresados en forma de porcentaje y gráficos de barra. Se compararon las distintas respuestas para poder llegar a facilitar la lectura de los resultados, y así poder observar si mi hipótesis es refutada o no.

Con respecto a la evaluación del conocimiento, se tuvieron en cuenta la cantidad de respuestas correctas (en este caso se evaluó la respuesta SI y No, como punto de partida). Luego se realizaron distintas tablas utilizando para los mismos el programa Microsoft Word, sumando los gráficos realizados en Excel, con el fin de presentar la información de manera clara y sencilla.

TRABAJO DE CAMPO

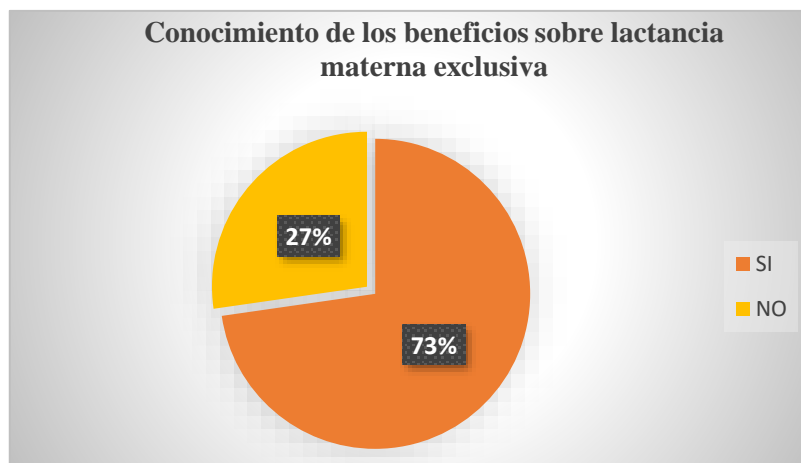
1. Indicador: Conocimiento sobre los beneficios de la Lactancia materna exclusiva

Cuadro N° 1

| Respuesta | Frecuencia | % |
|------------------|-------------------|----------|
| Si | 24 | 73 |
| No | 9 | 27 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 1:



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Según el Gráfico N°1, se determinó que el total de las madres encuestadas (n=33); el 73% (n= 24) refiere, que, si conocen los benéficos de la lactancia materna exclusiva, mientras que el 27% restante (n=9) respondió no tener información sobre las mismos.

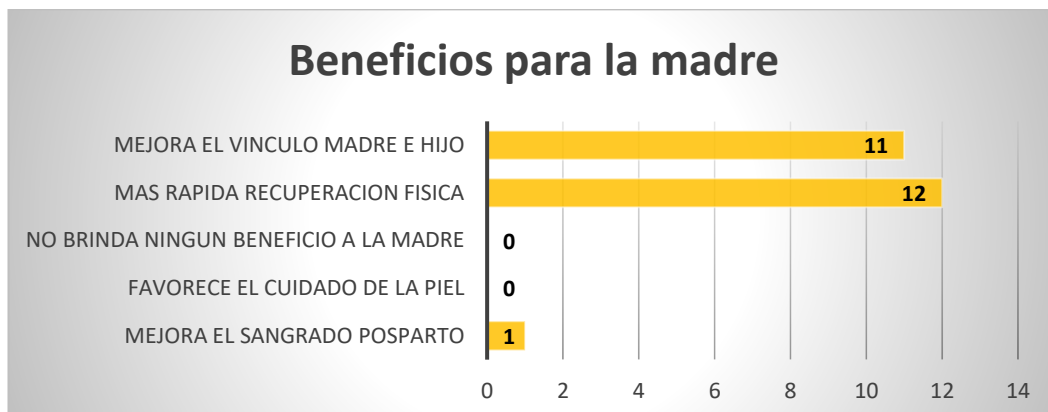
1.1 Indicador: Beneficios para la madre

Cuadro N° 1.1

| Opciones | Frecuencia | % |
|---------------------------------------|------------|-------|
| Mejora el sangrado post parto | 1 | 4,16 |
| Favorece el cuidado de la piel | 0 | 0 |
| No brinda ningún beneficio a la madre | 0 | 0 |
| Más rápida recuperación física | 12 | 50 |
| Mejora el vínculo madre e hijo | 11 | 46,83 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N°1.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Se realizó un ítem de opciones; para las respuestas afirmativas (n=24); teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para las madres.

Del total de respuesta afirmativa; el 50% (n=12) respondió que la lactancia materna ayuda a una mayor recuperación física, 45,83% (n=11) contestó que mejora el vínculo madre e hijo y el 4,16% (n=1) objeto que mejora el sangrado posparto. El resto de las respuestas son nulas.

1.2 Indicador: Beneficios para el niño

Cuadro N° 1.2

| Opciones | Frecuencia | % |
|--|------------|-------|
| Nutrición óptima para el sistema nervioso central | 19 | 79,16 |
| Menos incidencia de sufrir desnutrición y muerte súbita | 3 | 12,5 |
| Aparición de alergias alimentarias e infecciones respiratorias | 0 | 0 |
| No ayuda desarrollar psicomotor, social y emocional | 0 | 0 |
| Protege contra Obesidad y Diabetes | 2 | 8,33 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N°1.2



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

La representación gráfica de los datos recolectado nos da la siguiente información; donde el 79,16% (n=19) respondieron que la nutrición óptima para el sistema nervioso central. Seguida por un 12,5% (n=3) que consideran importante la protección contra obesidad y diabetes, y como último dato se encontró que el 8,33% (n=2) respondió que el beneficio del consumo de lactancia materna exclusiva en niños, se relaciona con menos incidencia de sufrir desnutrición y muerte súbita. El resto de las opciones fueron invalidas.

2. Indicador: Conocimiento sobre el Calostro

Cuadro N° 2

| Respuesta | Frecuencia | % |
|-----------|------------|----|
| Si | 21 | 64 |
| No | 12 | 36 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

En el siguiente gráfico N°2 se contempla que el 64% (n=21) de las mujeres tiene conocimiento sobre que es el calostro, y el 36% (n=12) manifiestan no saber del tema.

2.1 Indicador: Tiempo de consumo del calostro

Cuadro N° 2.1

| Tiempo | Frecuencias | % |
|-------------|-------------|----|
| 1° Día | 6 | 29 |
| 2° y 3° Día | 11 | 52 |
| 1 Semana | 4 | 19 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 2.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Del 64% (n= 21) de respuestas afirmativas, se visualizó que del gráfico N°2.1, el 29%(n=6) de las mujeres manifestó que el calostro es la leche del primer día de vida del bebé; el 52% (n= 11) es representado por la mayoría de las respuestas que aprecian al calostro como la leche del segundo y tercer día luego del nacimiento. Y solo el 19%(n=4) considera al “oro líquido” la leche que se da durante la primera semana de vida del bebe.

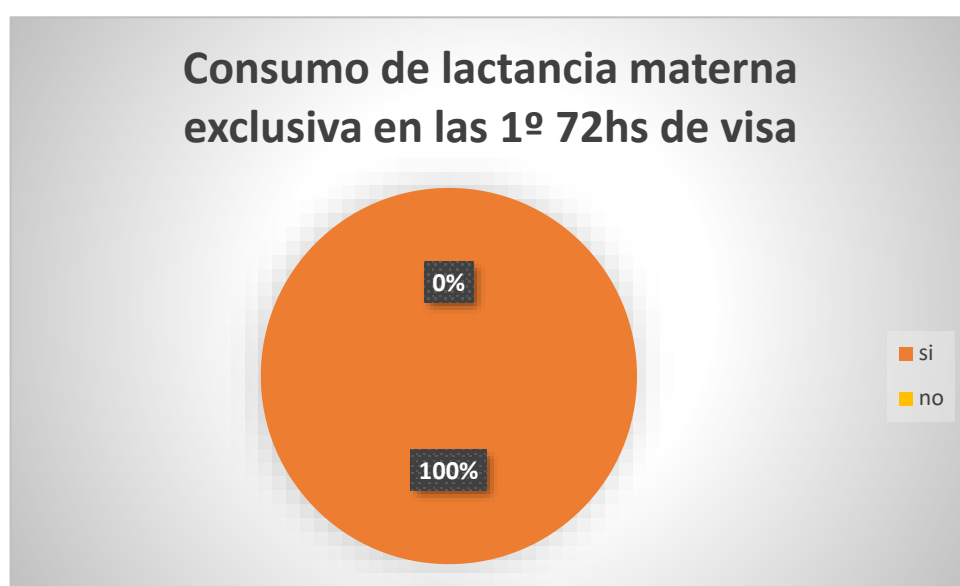
3. Indicador: Alimentación con lactancia materna exclusiva las primeras 72hs de vida

Cuadro N° 3

| Respuesta | Frecuencia | % |
|-----------|------------|-----|
| Si | 33 | 100 |
| No | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 3



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

En el gráfico N° 3 se observó que las repuestas afirmativas predominaron en un 100% (n= 33), siendo así que la alimentación con lactancia materna exclusiva se cumple durante las primeras 72hs de vida.

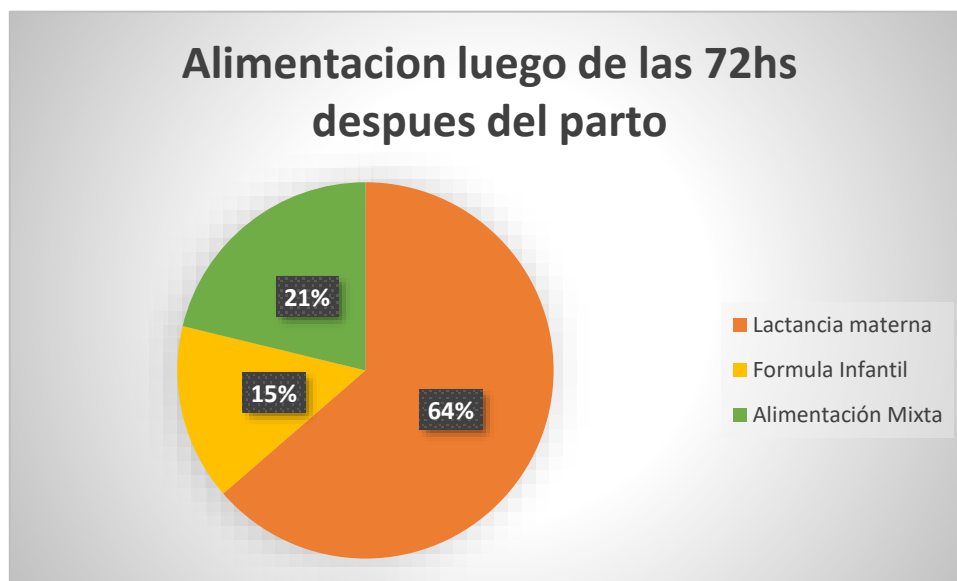
3.1 Indicador: Tipo de alimentación luego de las 72 hs de vida

Cuadro N° 3.1

| Tipos de Alimentación | Nº de respuestas | % |
|-----------------------|------------------|-------|
| Lactancia materna | 21 | |
| Formula Infantil | 5 | 41,6 |
| Alimentación Mixta | 7 | 58,33 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 3.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

En este gráfico N°3.1 se contempla las respuestas, teniendo en cuenta la alimentación luego de las 72hs después del parto. Representando el 64% (n=21), manifiestan seguir consumiendo lactancia materna exclusiva. Seguido por el 21% (n=7), donde llevan un tipo de alimentación mixta; es decir alterna leche materna con fórmulas infantiles. Y por último nos encontramos con el 15% (n=5) donde las madres comentan que recurren a la fórmula.

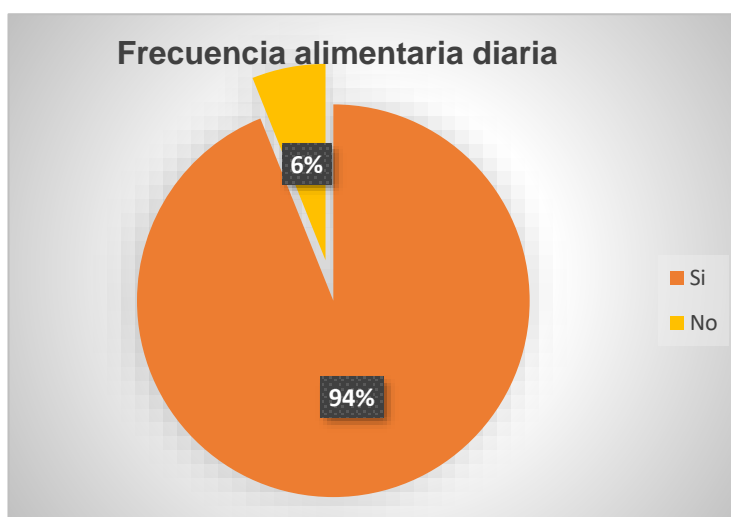
4. Indicador: Frecuencia alimentación diaria

Cuadro N° 4

| Respuestas | Frecuencia | % |
|------------|------------|----|
| Si | 31 | 94 |
| No | 2 | 6 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 4



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que el 94% (n= 31) si tiene conocimiento sobre la cantidad de veces que deben alimentar a sus niños de forma diaria, a diferencia de la muestra restante representada por un 6% (n=2) que manifiestan no saber del tema.

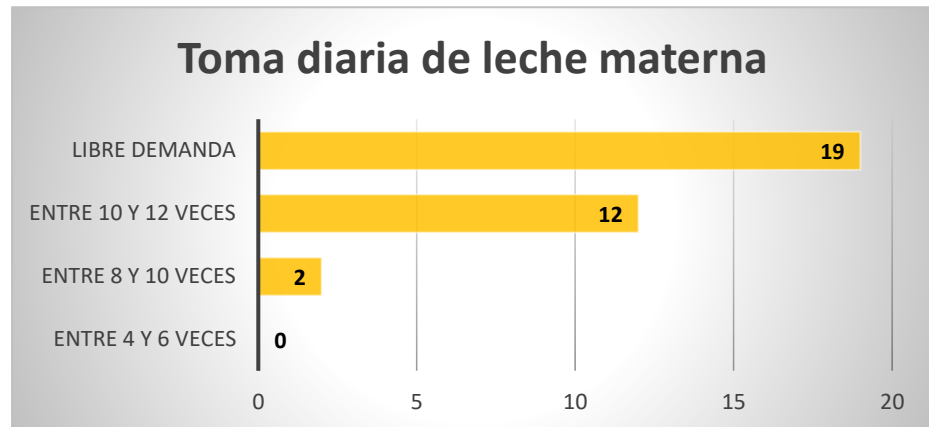
4.1 Indicador: Raciones diarias

Cuadro N° 4.1

| Frecuencia | Respuesta | % |
|---------------------|-----------|-------|
| Entre 4 y 6 veces | 0 | 0 |
| Entre 8 y 10 veces | 2 | 6,45 |
| Entre 10 y 12 veces | 12 | 38,7 |
| Libre demanda | 19 | 61,29 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 4.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Los datos más relevantes del gráfico 4.1 muestra que la opción libre demanda representa el 61,29% (n=19) del total de las respuestas afirmativas. Seguido por el 38,70% (n=12) que concluyen que lo ideal es alimentar a sus niños entre 10 y 12 veces diarias. Un porcentaje de 6,45% (n=2) manifestó que entre 8 y 10 veces diarias, sería lo correcto. El resto de las opciones tuvieron una respuesta nula.

5.Indicador: Inicio de Lactancia materna

Cuadro N° 5

| Respuestas | Frecuencias | % |
|------------|-------------|-----|
| Si | 33 | 100 |
| No | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N°5



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Por lo visualizado en el gráfico N°5, de la totalidad de mujeres sondeadas, el 100% (n=33) expuso saber cuándo se inicia la lactancia materna.

5.1Indicador: Tiempo de inicio de la lactancia materna

Cuadro N° 5.1

| Respuestas | Frecuencias | % |
|--|-------------|-------|
| Inmediato luego del parto | 29 | 87,87 |
| Dentro de las 6 hs. luego del parto | 0 | 0 |
| Dentro de las 24 hs. después del parto | 4 | 12.12 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 5.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Por consiguiente, lo que podemos observar en el gráfico N°5.1, es que solo el 88% (n=29) opina que la leche materna debe darse de inmediato finalizado el parto. Otras madres indagadas exponen que un 12% (n=4) responden que el inicio de la lactancia debe ser dentro de las 24 horas luego del alumbramiento. La opción restante es nula.

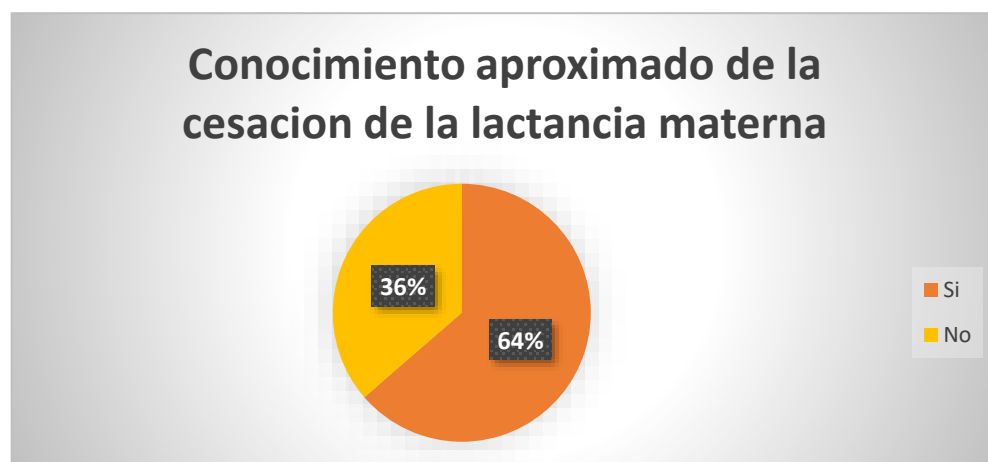
6. Indicador: Conocimiento aproximado de la cesación de la lactancia materna

Cuadro N°6

| Respuestas | Frecuencias | % |
|------------|-------------|-------|
| Si | 21 | 63,63 |
| No | 12 | 36,36 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N°6



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

De acuerdo a lo que se observó en el gráfico N°6, podemos ver reflejado que el 64% (n=21) de las personas indagadas, conocen sobre la edad de finalización de la lactancia materna y el 36% (n=12) no saben bien específicamente.

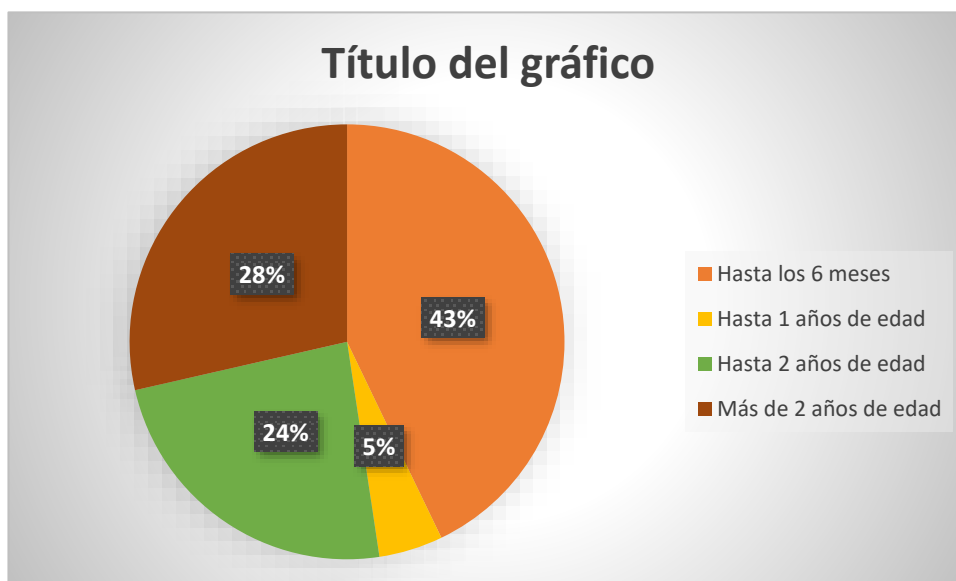
6.1 Indicador: Edad

Cuadro N° 6.1

| Respuestas | Frecuencias | % |
|-----------------------|-------------|-------|
| Hasta los 6 meses | 9 | 42,85 |
| Hasta 1 años de edad | 1 | 4,76 |
| Hasta 2 años de edad | 5 | 23,80 |
| Más de 2 años de edad | 6 | 28,5 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N°6.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Según este estudio se observó, que el 43% (n=9) de las mujeres encuestadas, sostienen que la lactancia materna debe finalizar a los 6 meses de vida. Otras madres manifestaron que la lactancia debe ser hasta los 2 años de edad, representando el 24% (n=5); el 28% (n=6) opinaron que se debe extender hasta más de 2 años de edad y como último dato sondeado, solo el 5% (n=1) expuso que se debe brindar lactancia materna hasta 1º años de vida.

7. Indicador: Conocimiento del tiempo de conservación de la leche materna

Cuadro N° 7

| Respuestas | Frecuencias | % |
|------------|-------------|-------|
| Si | 19 | 57,57 |
| No | 14 | 42,42 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 7



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Se observó que el 58% (n=19) manifiestan saber sobre cómo conservar la leche materna, siendo que el 42% (n=14) no tiene conocimiento sobre cómo mantener la leche humana.

7.1 Indicador: Tiempo de conservación

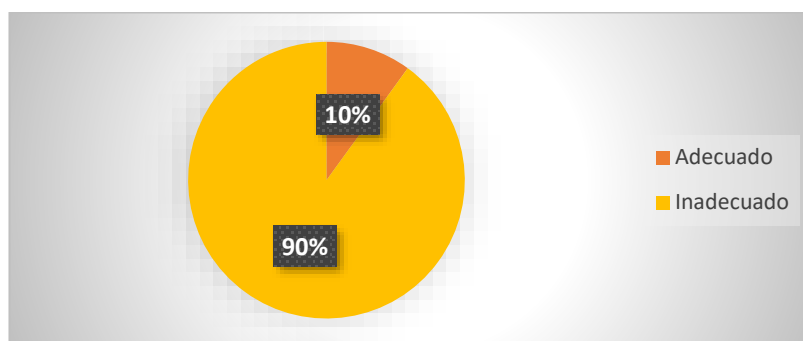
A Temperatura Ambiente

Cuadro N° 7.1

| Categoría | % |
|------------|----|
| Adecuado | 10 |
| Inadecuado | 90 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Gráfico N° 7.1



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023.

Se observa en este gráfico que el 90% (n= 30) tiene un conocimiento inadecuado sobre la conservación a temperatura ambiente de la leche materna. A diferencia del 10% (n=3) que respondieron tener la información correcta sobre la preservación de la misma.

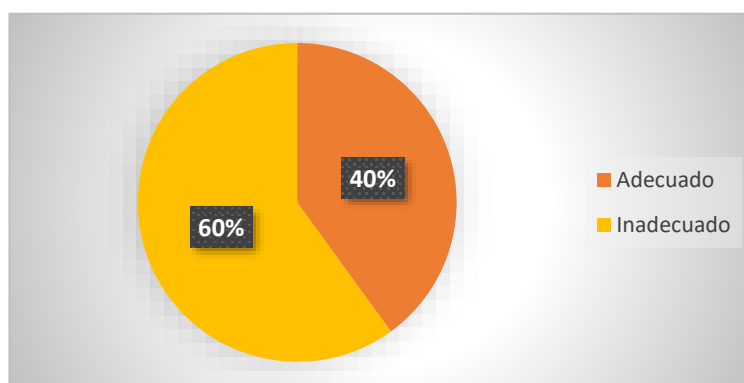
En la Heladera

Cuadro N° 7.2

| Categoría | % |
|------------|----|
| Adecuado | 40 |
| Inadecuado | 60 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 7.2



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Según este estudio, se determinó que el 60% (n= 20) tiene un concepto inapropiado de la conservación de la leche materna en la heladera. El 40% (n=13) del total de mujeres encuestadas, respondió si saber sobre el tema.

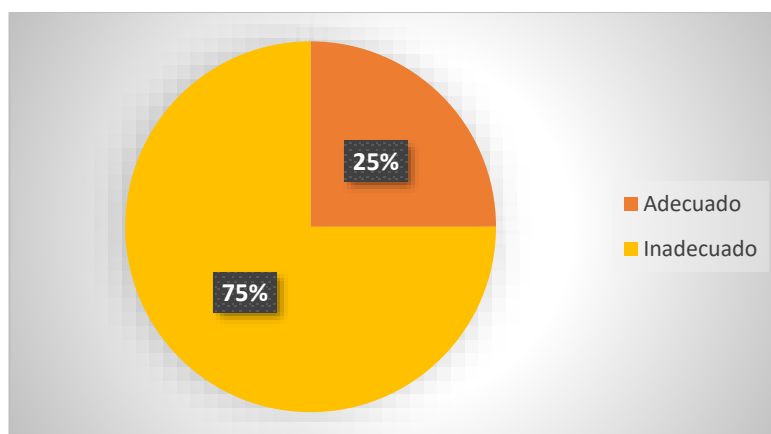
En congelador

Cuadro N° 7.3

| Categoría | % |
|------------|----|
| Adecuado | 25 |
| Inadecuado | 75 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 7.3



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

De las mujeres sondeadas en este trabajo de investigación, se determinó que el 75% (n=25) tiene desconocimiento sobre el mantenimiento de la leche humana en el congelador. El 25% (n=8) representa a las madres que si reportan tener conocimiento.

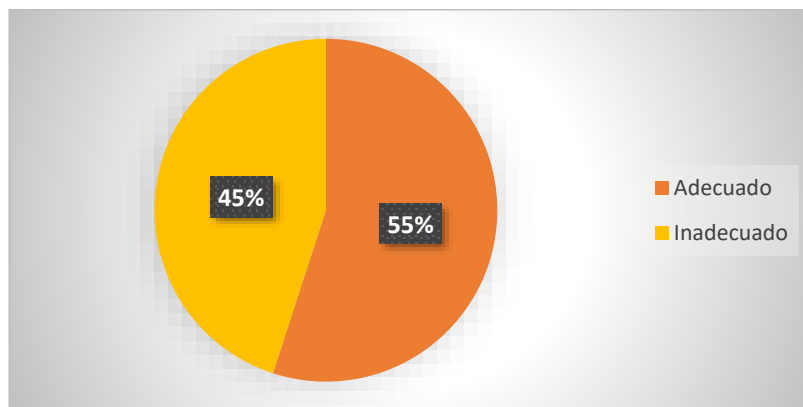
En el Freezer

Cuadro N° 7.4

| Categoría | % |
|------------|----|
| Adecuado | 55 |
| Inadecuado | 45 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 7.4



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Como último punto de conservación que se evaluó en este análisis, se pudo observar que el 55% (n=19) si sabe que la leche humana se conserva durante un año en el freezer. El 45% (n=15) del total, respondieron de forma inadecuada.

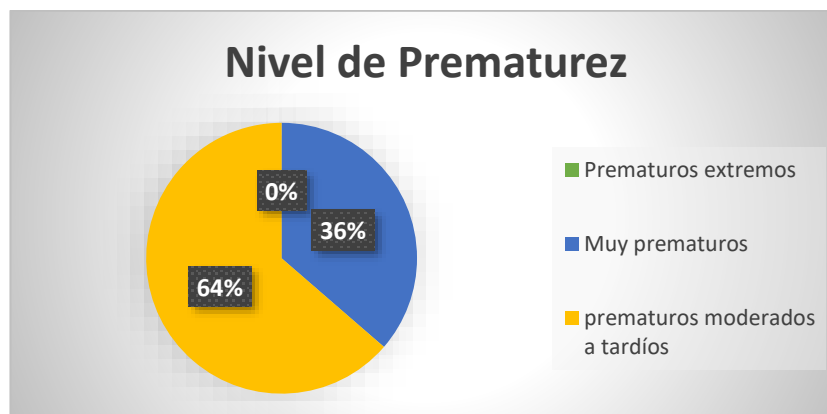
Nivel de Prematures

Cuadro N° 8

| Nivel de Prematures | % |
|--------------------------------|----|
| Prematuros extremos | 0 |
| Muy prematuros | 12 |
| prematuros moderados a tardíos | 21 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 8



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

El último punto observado en este estudio es el nivel de prematuros de los niños del Hospital X del Partido de Pilar, de la provincia de Buenos Aires. Se recolecto lo Sifuentes datos:

- Prematuros extremos: 0% (n=0), donde en el momento de la toma de información no se registraron niños dentro de esta subcategoría.
- Muy prematuros: 36% (n=12) se registró al momento de la investigación, que dentro de la neonatología se encontraban niños nacidos entre la semana 28 y 32 de edad gestacional.
- Prematuros moderas a tardíos: representando este grupo con el 64% (n=21) los niños nacidos entre la semana 32 y 37 semanas de gestación.

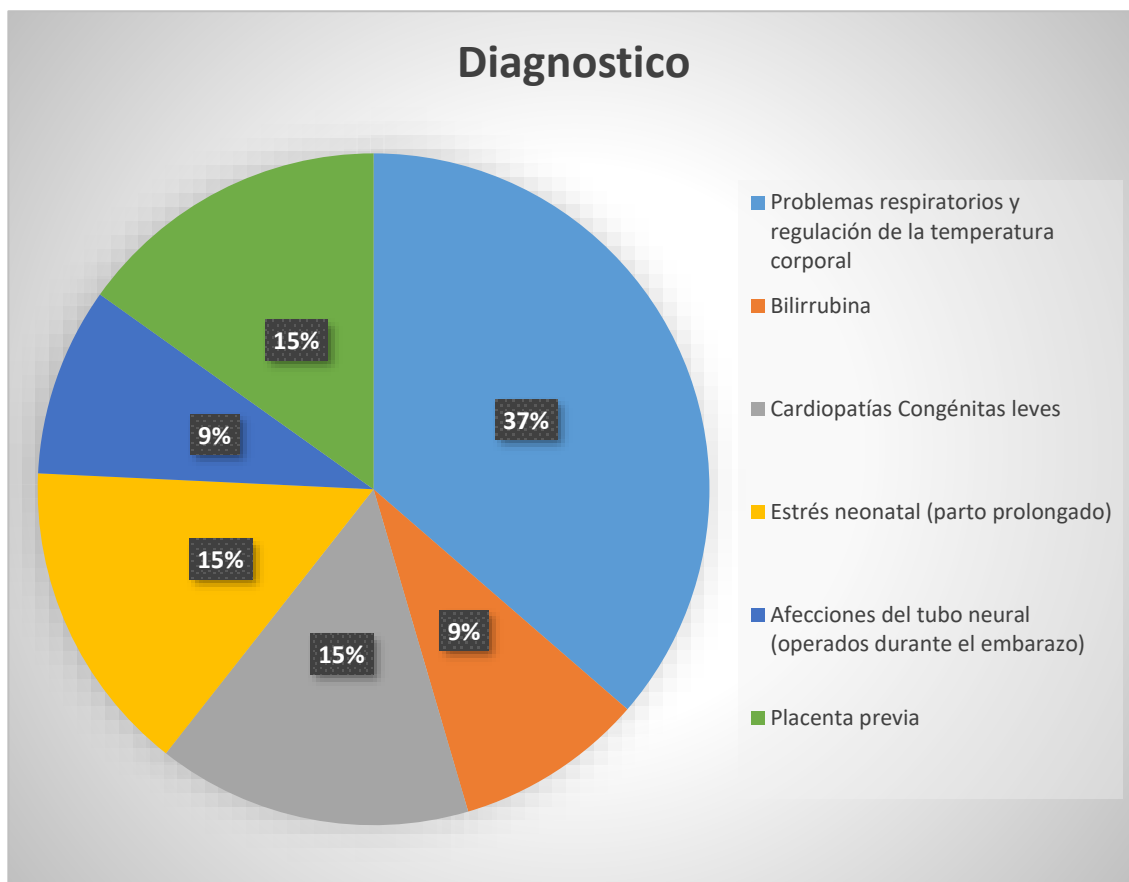
Diagnósticos de los bebés Prematuros

Cuadro N° 9

| AFECCIONES DE LOS PREMATUROS | Frecuencia |
|---|-------------------|
| Problemas respiratorios y regulación de la temperatura corporal | 12 |
| Bilirrubina | 3 |
| Cardiopatías Congénitas leves | 5 |
| Estrés neonatal (parto prolongado) | 5 |
| Afecciones del tubo neural (operados durante el embarazo) | 3 |
| Placenta previa | 5 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

Gráfico N° 9



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, 2023

CONCLUSIÓN

Dar lecha materna a un recién nacido prematuro, es todo un desafío posible y definitivamente es una forma efectiva de mejorar su salud, su crecimiento y su desarrollo; ya que son niños que no cuentan con una madures adecuada, a diferencias de los nacidos a término.

Las madres de los niños prematuros producen leche que tiene una composición nutricional diferente; en las primeras semanas; diseñada para cumplir con las necesidades nutricionales de ese bebe.

Apoyándome sobre la base de la investigación realizada, puedo afirmar que mi hipótesis planteada es validad, porque fue verificada; a través de las variables medidas; donde se observó que las madres de neonatos prematuros si tiene conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva.

A través de las encuestas realizadas, observe que el 73% tienen información sobre la lactancia materna exclusiva y cuáles son los beneficios tanto para ellas como para sus hijos. Esto me lleva afirmar que entienden la importancia del consumo de lactancia materna en las primeras horas de vida y sobre todo del consumo del calostro.

Al encontrarme con estos porcentajes, puedo inferir que el 100% de los niños ingieren lactancia materna exclusiva durante las primeras 72hs luego del parto, lo que está íntimamente relacionado con las respuestas mencionadas anteriormente.

Pude visualizar que solo 11 madres representadas por el 58,33% no realizan lactancia materna exclusiva luego de las 72hs después del parto, pero si se alimentan de forma mixta; es decir consumen leche humana e intercalan con fórmulas infantiles.

En este trabajo de campo también pudimos medir el nivel de prematurez de la muestra adquirida; que al momento de indagar; se encontró que la mayoría de los niños, se encuentran representados dentro de la subcategoría de prematuros moderados a tardíos, representados con un 64%, siendo que estos pueden ser amamantados sin inconveniente alguno. También pudimos descifrar a través de las encuestas; cual eran los motivos por lo que estos bebes permanecían en la neonatología.

Algo muy interesante a destacar de los datos obtenidos del estudio, es que ninguna de las mujeres encuestadas, contaban con información certera sobre el tiempo de conservación de la leche materna. Visualizando esta situación, se realizó un folleto brindando

aclaraciones correctas sobre este tema y se entregó al personal de salud para que pueda ser abordado por todas las madres embarazadas.

Como futura Licencia en Nutrición, recomiendo que se proporcionen más información; tanto a las madres como al personal de salud; sobre todo los privilegios de la lactancia materna en las primeras horas de vida; ya que esta es la mejor medicina para los bebés, mejorando su crecimiento y desarrollo a corto y largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ceriani Cernadas José M. El calostro y la leche materna en el periodo neonatal: Sus beneficios siguen aumentando. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2018 Ago [citado 2022 Abr 29]; 116(4): 234-235. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752018000400001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.234>
- 2- Rossato Norma. Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2008. Oct [citado 2022 Abr 29]; 106(5): 385-386. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000500001&lng=es.
- 3- Velásquez-Barahona Gloria. Comparación entre la ganancia de peso de neonatos prematuros alimentados con lactancia materna exclusiva (con énfasis en la fracción emulsión) y los de lactancia mixta o sucedáneos. rev.fac.med. [Internet]. diciembre de 2014 [consultado el 28 de abril de 2022]; 62 (suplemento 1): 29-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000500004&lng=en.<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3sup.40740> .
- 4- Malerbao, María. Uso de calostro como terapia inmunológica en recién nacidos prematuros. Parte II. Revista Enfermería Neonatal [Internet]. 2018 [citado el 1 de Abril de 2018].26;16-22.pdf. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1EI-nBKjbmL55plyDH8u6QBELc8QqmVo/view>
- 5- Robles Mirabal Violeta, Fonseca León Yenisleidy, Serrano Díaz Catalina Adelina, Barrios Rodríguez Tania, Kin Rodríguez Galia, Álvarez Rodríguez Caridad Guadalupe. Conducta de lactancia. Consultorio Médico de la Familia No. 16. Policlínico “Manuel Piti Fajardo”. Rev.Med.Electron. [Internet]. junio de 2019 [citado el 17 de junio de 2022]; 41 (3): 655-668. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300655&lng=en.

- 6- Hernández Gamboa, Eduardo. Genealogía Historia de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Activa en Costa Rica [en línea] 2008, No 15 [Setiembre 2008-marzo 2009^l. Disponible World Wide Web: [file:///H:/Users/Usuario/Documents/Downloads/Dialnet-GenealogiaHistoricaDeLaLactanciaMaterna-2745761%20\(1\).pdf](file:///H:/Users/Usuario/Documents/Downloads/Dialnet-GenealogiaHistoricaDeLaLactanciaMaterna-2745761%20(1).pdf)
- 7- MONOGRAFIA DE LA A.E.P, "Lactancia Materna": guía para profesionales". Edit. Ergon. Barcelona. 2004.
- 8- Secretaria de Gobierno de Salud, Presidencia de la Nación. "Encuesta Nacional de Nutrición y Salud". Edit. 2º Encuesta. Buenos Aires. Septiembre. 2019.
- 9- MARIA ELENA TORRESANI, "Cuidado nutricional pediátrico". 2º. ed. 3ª reimpresión. Edit. Eudeba. Buenos Aires, Argentina. 2010
- 10- JESSICA LORENZO- M. ELISA GUIDONI, DIAZ MARISOL, MARENZI MARIA SOLEDAD, LESTINGI MARIA EUGENIA, LASIVITA JULIETA, et al. "Nutrición del niño sano" 1º ed. Reimpresión de le edición 2007. Edit. Corpus. Rosario, Argentina.2007.
- 11- ESTEFANIA MAYANS FÉRNANDEZ. Lactancia Materna en Prematuros. Revista Narrativa. Facultad de Medicina. Madrid. [trabajo de grado]. 2017. file:///C:/Users/Usuario/Desktop/UAI/Articulos%20para%20tesis/articulos%20de%20mi%20tessis/mayans_fernandez_estefaniatfg.pdf
- 12- ELIA BEATRIZ PINEDA, EVALUZ DE ALVARANO, FRANCISCA H. DE CANALES, "Metodología de la Investigación". 1ra edición 1986, 2da edición 1994. Ed. Organización Panamericana de Salud, Washington, E.U.A,1994
- 13- Lic. Carlos Casais. Nivel de satisfacción de madres de bebés recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe [tesis] 2013.

- 14- OPS. Nacidos prematuros. Febrero 2018. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20prematuros%20se%20dividen,tard%C3%ADos%20\(32%20a%2037%20semanas\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20prematuros%20se%20dividen,tard%C3%ADos%20(32%20a%2037%20semanas))
- 15- Leyla María Arroyo-Cabrales. El calostro: Un buen inicio en la vida. Revista de Perinatología y reproducción humana [internet].2010. Volumen 24, Número 4 pp 219-220.Octubre-diciembre 2010. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip104a.pdf>
- 16- SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA. Ministerio de Desarrollo Social. “Bebes prematuros: partos y nacimiento”. Argentina. Noviembre 24 de 2020. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bebes_prematuros.pdf.
- 17- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA. Protocolo de la Sociedad Española de Neonatología. Madrid. 2023. <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
- 18- POLITICA INTEGRAL PARA LA PREMATUREZ.Mil días, Cuidar para Trasformar. Argentina. Noviembre 2021. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/POL%C3%8DTICA%20INTEGRAL%20para%20la%20PREMATUREZ%202021.pdf>
- 19- REVISTA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA. Estimación de la Edad Gestacional. Vol.23.Número 3. Buenos Aires. 2003. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91223310.pdf>
- 20- NUTRICION DEL NIÑO PREMATURO. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud República Argentina. 2015. https://www.sap.org.ar/docs/comites/cefen/nutricion_prematuros_2016.pdf

- 21- Hübner G María Eugenia, Ramírez F Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Ago [citado 2024 Feb 17] ; 130(8): 931-938. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000800015>.
- 22- REVISTA CIENTIFICA MUNDO DE LA INVESTIGACION Y EL CONOCIMIENTO. Revista Cuidados y alimentación del Recién Nacido Prematuro. Vol3, núm 3. España. Noviembre. 2019. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/686/1024>
- 23- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE PREMATUROS LUEGO DEL ALTA. 5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas. Dra. Carola Saure Servicio Nutrición y Diabetes Hospital J.P. Garrahan. Argentina.2014. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Gastro%20Hepato%20Nutri/PDFs/Saure.Seguimiento.pdf
- 24- 7° CONGRESO ARGENTINA DE LACTANCIA MATERNA. Estrategias para favorecer la recuperación de peso en los prematuros pequeños. Corrientes. Septiembre. 2012. https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/lactancia/ppt/arg_es_estrategias.pdf
- 25- Castellanos-Garrido Adriana Lucía, Alfonso-Mora Margareth Lorena, Campo-Gómez María Paula, Rincón-Niño Geraldine, Gómez-Patiño María Carolina, Sánchez-Luque Yuly Natalia. Edad motora versus edad corregida en infantes prematuros y con bajo peso al nacer. rev.fac.med. [Internet]. Abril de 2014 [consultado el 18 de febrero de 2024]; 62(2):205-211. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200006&lng=en. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n2.45376>

ANEXOS

ENCUESTA

Semana de Gestación:

1. ¿Usted conoce los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva en la madre y el niño?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

Marque con un X lo que usted considere correcto

| MADRE | | HIJO | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Mejora el sangrado post parto | | Nutrición óptima para el sistema nervioso central | |
| Favorece al cuidado de la piel | | Menos incidencia de sufrir desnutrición y muerte súbita | |
| No brinda ningún beneficio a la madre | | Aparición de alergias alimentarias e infecciones respiratorias | |
| Más rápida recuperación física | | No ayuda desarrollo psicomotor, social y emocional | |
| Mejora el vínculo madre e hijo | | Protege contra Obesidad y Diabetes | |

2. ¿Conoce que es el "Calostro"?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

Si la respuesta es SI, ¿qué tiempo lo consumió su bebé?

.....

3. ¿Su bebé se alimenta con Lactancia Materna Exclusiva durante las primeras 72hs de vida?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

En caso que la respuesta sea Si, después de las 72hs luego del parto que alimentación continua

| | |
|--|--|
| Lactancia materna exclusiva | |
| Fórmula Infantil | |
| Alimentación Mixta (Leche materna + fórmula) | |

4. ¿Sabes cuántas veces por día debés amantar a tu niño?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

En caso de que la respuesta sea SI, ¿Cuántas veces por día?

| | |
|---------------------|--|
| Entre 4 y 6 veces | |
| Entre 8 y 10 veces | |
| Entre 10 y 12 veces | |
| Libre demanda | |

5. ¿Conoces cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

En caso que la respuesta sea SI

| | |
|------------------------------|--|
| De inmediato luego del parto | |
| Dentro de las 6 Hs | |
| Dentro de las 24 HS | |

6. ¿Sabés hasta que edad se debe dar Lactancia Materna?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

En caso de que la respuesta sea SI, las opciones son las siguientes:

| | |
|-------------------|--|
| Hasta los 6 meses | |
| Hasta el 1° año | |
| Hasta los 2° años | |
| Más de 2 años | |

7. ¿Sabés cómo se conserva la leche materna?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

En caso de que SI, en que tiempo

| | Tiempo |
|------------------------|--------|
| A temperatura Ambiente | |
| En heladera | |

| | |
|---------------|--|
| En congelador | |
| En freezer | |

8.

| | |
|---------------------------|--|
| Semanas de gestación | |
| Diagnóstico del prematuro | |

| Preguntas | Puntajes |
|-----------|----------|
| 1 | 2 |
| 2 | 1,5 |
| 3 | 2 |
| 4 | 1,5 |
| 5 | 1 |
| 6 | 1,5 |
| 7 | 0,5 |

| Preguntas | Total |
|-----------|-------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |

Puntaje final: