

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN

NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERÍA para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto



LA REVOLUCIÓN
CIUDADANA
Avanza!



Ministerio de Salud Pública





NORMAS,
PROTOCOLOS
Y CONSEJERÍA
para programas
de atención
nutricional
durante el
embarazo y parto

contenido

NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERÍA para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto



NORMAS Y PROTOCOLOS NUTRICIONALES para la atención de la mujer embarazada



MANUAL DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL para la atención de la mujer embarazada



PROTOCOLO para la implementación de prácticas integrales del parto

Acuerdo Ministerial



Ministerio de Salud Pública

No. 00000413

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE: mediante Registro Oficial 449 de 20 de octubre del 2008, se publicó la Constitución de la República del Ecuador, aprobada mediante referéndum por el pueblo ecuatoriano.;

QUE: la Constitución de la República del Ecuador manda:

"ART.- 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios, de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";

"Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.";

"Art.- 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional en salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las actividades del sector.";

QUE: el Art. 6, numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud", y en el numeral 6: "Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.";

QUE: el Código de la Niñez y adolescencia establece en el Capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: "El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.";

Av. República de El Salvador N° 36-64 y Suecia – Teléfono: 593 (2) 3-814400
www.msp.gov.ec



Ministerio de Salud Pública

00000413

QUE: El Plan Nacional para el Buen Vivir 2006-2013 establece en su Objetivo 8: "Afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad"; en la Política 3.4: "Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural"; y, numeral h: "Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades pueblos y nacionalidades"; y en sus Metas: 3.4.2, "Disminuir en un 35% la mortalidad materna al 2013", y 3.4.3, "Disminuir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013.";

QUE: con fecha 20 de agosto del 2008, se expidió el Acuerdo Ministerial 0000474, donde se declara al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los Capítulos Normativos que lo integran, como política pública prioritaria para el sector salud;

QUE: con Memorandos Nos. SNS-13-176/2011 de 14 de marzo del 2011 y SSS-11-2011-613 de 3 de mayo del 2011, el Subproceso de Medicina Intercultural y el Subproceso del Modelo de Atención Integral, respectivamente, solicitan la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 y 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTÍCULO 17 DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Declarar al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los Capítulos Normativos que lo integran, como Política Pública prioritaria para el sector salud.

Art. 2.- Aprobar y autorizar la publicación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los Capítulos Normativos de la Norma y Protocolos de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran:

1. Normas y Protocolos de Atención Materna.
2. Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
3. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.
4. Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.
5. Guía Metodológica del Parto Culturalmente Adecuado.
6. Manual de Consejería Nutricional para la atención de la Mujer Embarazada.
7. Protocolo para la implementación de Prácticas Integrales del Parto.
8. Normas y Protocolos nutricionales para la atención de la mujer embarazada.

Av. República de El Salvador N° 36-64 y Suecia – Teléfono: 593 (2) 3-814400
www.msp.gov.ec

G



Ministerio de Salud Pública

00000413

Art. 3.- Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes, para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud, tanto públicas como privadas.

Art. 4.- Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los Capítulos Normativos de la Norma y Protocolos de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, de Control y Mejoramiento de la Gestión de los Servicios de Salud, de Mejoramiento de la Salud Pública, del Subproceso de Medicina Intercultural, del Subproceso del Modelo de Atención Integral y el Consejo Nacional de Salud, en los ámbitos de su competencia.

Art. 5.- Derógase expresamente el Acuerdo Ministerial 00000474 de 20 de agosto del 2008.

Art. 6.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, de Control y Mejoramiento de la Gestión de los Servicios de Salud, de Mejoramiento de la Salud Pública, del Subproceso de Medicina Intercultural, del Subproceso del Modelo de Atención Integral y el Consejo Nacional de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a

14 Mayo 2011

**David Chiriboga Allnutt
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA**



	Nombre	Area	Cargo	Fecha	Sumilla
Revisado	MAC	Asesoría Jurídica	Director	13/05/2011	
Elaborado	Dra. EHC	Asesoría Jurídica	Servicios	13/05/2011	

3

PROTOCOLO
para la
implementación
de prácticas
integrales del
parto



Presentación

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos los estadios del ciclo de vida se puede observar que déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano, provocando consecuencias indeseables en su salud y, por ende, en su nutrición en el corto y largo plazo. Por estas consideraciones la Organización Mundial de la Salud invitó a todos los estados miembros a implementar acciones en el campo de la nutrición y a incluirlas en los Objetivos del Milenio.

La Nutrición en Salud Pública puede ser definida como la ciencia que estudia la relación entre dieta y salud en el nivel poblacional, así como el desarrollo de intervenciones nutricionales en el nivel comunitario, con el objeto de mejorar el estado de salud de las poblaciones.*

A la luz de este concepto, se evidencia una problemática nutricional en nuestro país, que se demuestra en las estadísticas vitales: cuatro de las diez primeras causas de muerte corresponden a patologías relacionadas con la nutrición; entre estas, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas e isquémicas del corazón; sin que se hayan superado las patologías producto de déficits nutricionales, como la desnutrición y la anemia. Estas últimas afectan a un alto porcentaje de la población de niños y niñas menores de cinco años y a mujeres durante su periodo gestacional.

Los antecedentes descritos anteriormente revelan la importancia de la nutrición para la salud de la población y la responsabilidad del sector salud, en la implementación de programas dirigidos a revertir estos problemas.

* Royo Bordonada, M. Nutrición en Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2007.

Como parte de estos programas, es necesario desarrollar normas, protocolos y manuales de procedimiento orientados a estandarizar los procesos de atención a las personas afectadas por los diferentes problemas nutricionales.

Este documento que hoy presentamos, ha sido elaborado, con el sustento de la evidencia científica y sobre la base de las recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud. Adicionalmente, ha sido revisado por profesionales de la salud de los sectores público y privado, colegas de instituciones internacionales, profesores universitarios y personal técnico provincial que han sumado sus esfuerzos por el interés común de disponer de una norma de atención clínica preventiva, que establezca los procedimientos de atención, a partir de parámetros estandarizados.

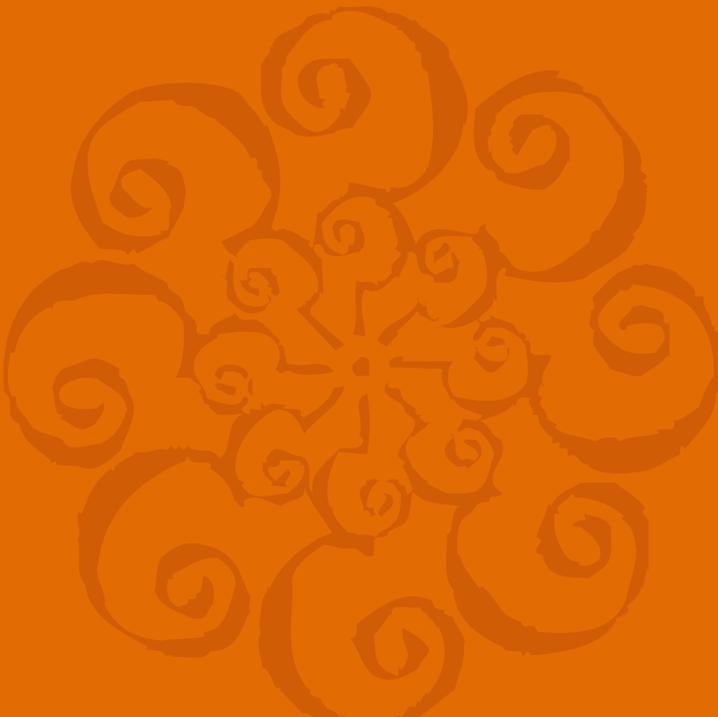
El propósito del material es que sirva como fuente de consulta permanente para el personal de salud que trabaja en las unidades de atención públicas y privadas, así como de profesionales que trabajan en sectores comprometidos con la solución de problemas nutricionales, tales como el Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, entre otros. Del mismo modo, resulta útil para médicos, enfermeras, nutricionistas, educadores y quienes estén interesados en el tema.

Las autoridades del Ministerio de Salud, los técnicos y responsables de la Coordinación Nacional de Nutrición, agradecemos a cada uno de los especialistas en las diferentes áreas de salud y nutrición que han participado en revisar los documentos preliminares y en sugerir nuevos contenidos para alcanzar la producción del presente y en especial a los autores detallados a continuación, Consejería para embarazadas: Nutrición y Embarazo a la Dra. Patricia Mogrovejo, Normas y Protocolos Nutricionales para la atención de la mujer embarazada a la Dra. Patricia Mogrovejo y al Lic. Ramón Mero y Normas y Protocolos para la Implementación de Prácticas integrales del Parto a la Dra. Isabel Dávila Arteaga, Esperamos que contribuyan al trabajo diario de atención en los servicios de salud.

Dra. Rocio Caicedo

Coordinadora Nacional de Nutrición

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**PROTOCOLO para la
implementación de prácticas
integrales del parto**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DEL ECUADOR**

**COORDINACIÓN NACIONAL
DE NUTRICIÓN**

Revisión Técnica

Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

Organización Mundial de la Salud

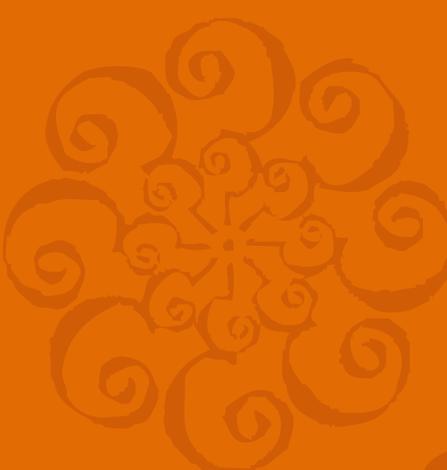
Sociedad Ecuatoriana de Pediatría

Hospital Carlos Andrade Marín

Hospital Enrique Garcés

Hospital Metropolitano

2010



RECONOCIMIENTO:

La Coordinación Nacional de Nutrición agradece el apoyo financiero del Ministerio de la Coordinación para el diseño gráfico del documento.



Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre que no sea alterada y citen los créditos correspondientes.

Diseñado e Impreso en Quito- Ecuador



contenido

Introducción	7
Marco legal	10
Definiciones	12
Contacto inmediato piel a piel o apego precoz	12
Lactancia precoz	12
Pinzamiento oportuno del cordón umbilical	12
Prácticas integrales del parto	12
Objetivos	12
General	12
Específicos	12
Procedimientos	13
Pinzamiento oportuno de cordón umbilical	13
–Ventajas/beneficios del pinzamiento oportuno del cordón umbilical	15
–Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical sobre el volumen sanguíneo y los niveles de hierro sérico	15

– Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical en recién nacidos prematuros	17
– Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical en las madres	17
• Apego precoz	19
– Ventajas/beneficios del apego precoz	22
– Beneficios del apego precoz para la lactancia materna y el vínculo afectivo	22
– Otros beneficios del apego precoz para el niño o la niña	22
– Beneficios del apego precoz para la madre	23
– Desventajas de la separación temprana	23
• Lactancia precoz	24
– Ventajas/beneficios de la lactancia precoz	25
– Ventajas inmunológicas	26
– Ventajas a largo plazo	27
– Ventajas intelectuales	27
– Ventajas para la madre	28
– Ventajas ecológicas y económicas	28
– Algunas desventajas del consumo de fórmula infantil	29
Anexos	32
– Anexo N.º 1 - Diez pasos en hospitales	32
Bibliografía	33



contenido

tablas y gráficos

- **Tabla N.º 1**
Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones, 2009 8
- **Tabla N.º 2**
Prevalencia de anemia en el Ecuador 17
- **Tabla N.º 3**
Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo del pinzamiento oportuno del cordón umbilical para los recién nacidos y sus madres 18
- **Tabla N.º 4**
Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo del contacto precoz, piel a piel, entre la madre y el recién nacido 24
- **Tabla N.º 5**
Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo de la lactancia precoz 29
- **Tabla N.º 6**
Impacto final de la fórmula 30
- **Gráfico N.º 1**
Niveles de hierro a los seis meses de edad 16
- **Algoritmo** para el pinzamiento oportuno del cordón 14
- **Algoritmo** para el apego precoz y la lactancia materna inmediata 21
- **Algoritmo** para implementar prácticas integrales durante la atención del parto 31

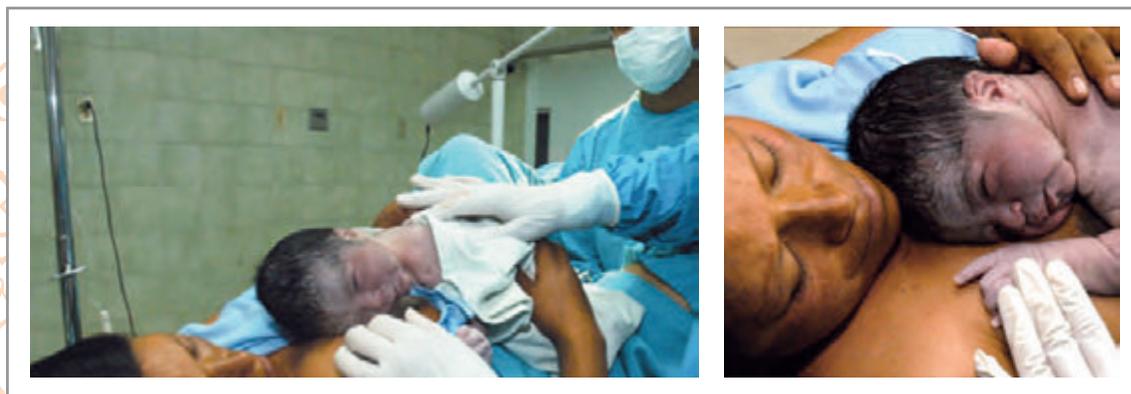


Introducción

Este documento está dirigido a los profesionales de la salud que, día a día, se relacionan directamente con las madres y sus hijos en el periodo prenatal y posparto inmediato. Su objetivo es orientar en cuanto a la consejería y a la implementación de prácticas integrales del parto que permitan mejorar las condiciones nutricionales del niño o niña de su madre.

El parto y el posparto inmediato son etapas de gran vulnerabilidad, en las que, el niño o niña y su madre pueden presentar complicaciones que, incluso, podrían desencadenar en la muerte; por este motivo, es fundamental la atención médica que se brinda, no solo para la supervivencia inmediata de ambos, sino también para mejorar su salud y nutrición futuras.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó en el año 2009 que dentro de las quince principales causas de muerte infantil, al menos cinco estaban asociadas con el periodo del parto y posparto inmediato. (Ver tabla N.º 1).



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador



TABLA N.º 1

ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES,
NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES, 2009

N.º	Causa	Total	Porcentaje
	Total de defunciones en menores de un año	3 279	
1	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	572	17,4%
2	Neumonía, organismo no especificado	265	8,1%
3	Sepsis bacteriana del recién nacido	218	6,6%
4	Otras malformaciones congénitas del corazón	156	4,8%
5	Otras malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	117	3,6%
6	Neumonía congénita	92	2,8%
7	Dificultad respiratoria en el recién nacido	83	2,5%
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	81	2,5%
9	Hipoxia intrauterina	76	2,3%
10	Síndromes de aspiración neonatal	75	2,3%
11	Asfixia de nacimiento	54	1,6%
12	Bronquitis aguda	46	1,4%
13	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	45	1,4%
14	Hidrocefalo congénito	40	1,2%
15	Trastornos cardiovasculares originados en períodos neonatal	37	1,1%
	Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	269	8,2%
	Las demás causas de mortalidad infantil	1 053	32,1%
	Total de nacidos vivos	215 906	

Fuente: INEC. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones, año, 2009

En este informe, la hemorragia posparto se reporta como la cuarta causa de muerte materna en 2009 (INEC, 2009).

Las prácticas de atención durante el parto y del posparto inmediato han estado orientadas casi exclusivamente a disminuir los problemas más serios de la madre y de los niños y niñas: las hemorragias posparto, la infección puerperal de la madre, la asfixia, el peso bajo al nacer y la prematuridad del recién nacido son algunos ejemplos. Estos eventos han captado la atención del personal de salud.

Sin embargo, mientras se promueve una mayor atención a la sobrevivida madre-recién nacido se pasa por alto la implementación de tres prácticas seguras, eficaces, factibles, de bajo costo y basadas en el mejor nivel de evidencia científica, que benefician tanto al niño o niña como a su madre y tienen un efecto positivo a largo plazo en el estado nutricional y en el correcto desarrollo y salud del recién nacido (Chaparro & Lutter, 2007). Estas prácticas son:

- a) Pinzamiento oportuno del cordón umbilical.
- b) Contacto inmediato piel a piel o apego precoz entre la madre y su hijo o hija.
- c) Inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz.



La aplicación de estas estrategias y conductas de atención integral a la mujer y a su hijo o hija previenen la morbimortalidad neonatal y deben ser puestas en práctica en todas las unidades médicas donde se atiendan partos por profesionales de salud calificados, dentro del respeto absoluto al derecho de intimidad de la mujer, enunciado en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano.



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador





Marco legal

La aplicación de las tres prácticas integrales durante el parto y sus protocolos se encuentra respaldada por la legislación ecuatoriana, en numerosas políticas, normas y acuerdos, de las cuales se citan algunas a continuación:

Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008)

Art.45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición;”.

Art.66.- “Se reconoce y garantizará a las personas:{...}

20. El derecho a la intimidad personal y familiar”.

Ley Orgánica de Salud (2006)

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Código de la Niñez y Adolescencia (2003)

Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: “Los niños y niñas tiene derecho a la lactancia materna para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna”.

Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública 2009

1. Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de niños y niñas.
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:
 - a. El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.
 - b. El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos.

La aplicación de las tres prácticas integrales durante el parto y sus protocolos, se encuentra respaldada en la legislación ecuatoriana, en numerosas políticas, normas y acuerdos”.

Ecuador, Registro Oficial número 381. Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita, Quito, Registro Oficial; agosto diez de 1998: “*La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandatoria y a libre demanda*”. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia. Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero, Protocolos, Quito, MSP, 2002.

Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (1995)

Art. 1.- “*La lactancia materna es un derecho natural de los niños y niñas y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo*”.

Reglamento número 1469, de la Ley de Fomento, Protección y Promoción de la Lactancia Materna, Registro Oficial número 321, del 18 de noviembre de 1999.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Normas de Atención integral a la Niñez, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Normatización Técnica, Salud de la Niñez, Quito, MSP, 2010.

Art. 27.- El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende, entre otras cosas:

9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre;
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y posnatal apropiadas.

Ecuador, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Plan Nacional Decenal de protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Quito, CNNA, mayo, 2004.

Política 1: Protección y cuidado de la salud de la mujer en edad reproductiva mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y posparto.

Política 2: Garantizar una vida saludable a los niños y niñas menores de seis años.

Política 4: Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.





Definiciones

- **Contacto inmediato piel a piel o apego precoz**

Acercamiento físico entre la madre y su hijo o hija, desde el nacimiento, mientras se pinza y se corta el cordón y posteriormente.

- **Lactancia precoz**

El inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, luego del parto.

- **Pinzamiento oportuno del cordón umbilical**

Pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando han cesado sus pulsaciones, que coincide con dos a tres minutos luego del nacimiento del bebé.

- **Prácticas integrales del parto**

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, nacimiento, alumbramiento y puerperio inmediato. Estas prácticas incluyen: pinzamiento oportuno del cordón umbilical, contacto inmediato piel a piel o apego precoz e inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz.



Objetivos

- **General**

Incrementar las capacidades y conocimientos del personal de la salud para la implementación de prácticas integrales al atender un parto y contribuir a:

- a. Mejorar el estado del hierro sérico en el recién nacido, con miras a prevenir la anemia.
- b. Facilitar la tercera etapa del parto.
- c. Asegurar un inicio apropiado de la lactancia materna.
- d. Asegurar el vínculo madre-hijo o hija desde el nacimiento.
- e. Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte en la mujer y en su hijo o hija y promover una vida con calidad mediante la adecuada atención intrahospitalaria del parto.

- **Específicos**

- a. Disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.
- b. Incentivar la implementación de estrategias oportunas y permanentes en las unidades de salud donde se atienden partos.



- c. Conseguir que las madres y sus recién nacidos se beneficien de las ventajas de una atención óptima.
- d. Favorecer la nutrición mediante el inicio temprano de la lactancia materna.
- e. Respetar los derechos de madres y recién nacidos a recibir atención con calidad y calidez.

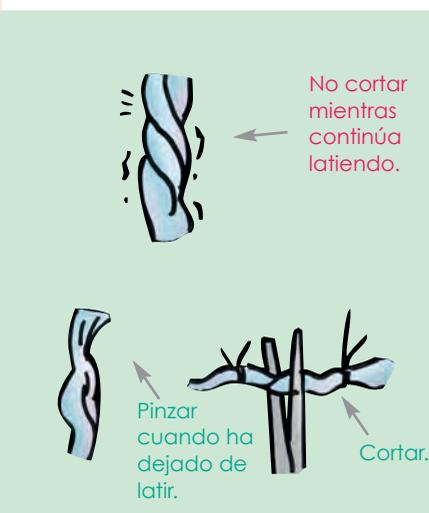
Procedimientos

• Pinzamiento oportuno del cordón umbilical

En el Componente Normativo Materno Neonatal (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2008), el paso número 16 indica que el cordón umbilical debe ser pinzado y, posteriormente, cortado una vez que ha dejado de latir (de dos a tres minutos luego del nacimiento).

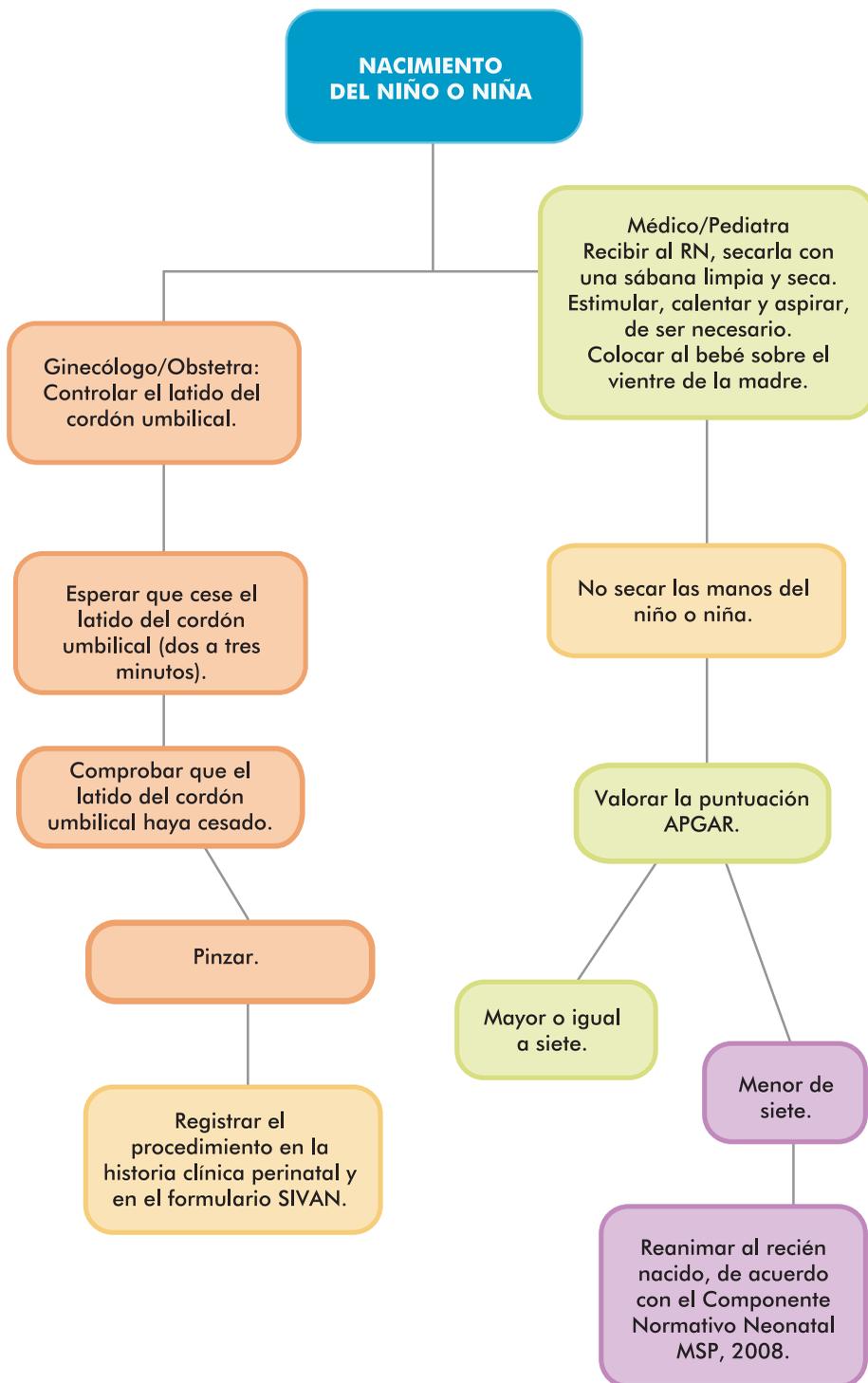
Los pasos a seguir son:

1. Secar al recién nacido con un campo o una sábana limpia, excepto las manos, ya que el olor de estas ayuda al bebé a buscar el seno de la madre.
2. Colocar al recién nacido, siempre y cuando esté completamente activo y reactivo, en posición prona sobre el abdomen descubierto de la madre (piel con piel), donde debe ser abrigado con una frazada seca y caliente. Para lograr una transfusión placentaria óptima, el recién nacido debe estar a una altura no mayor ni menor a diez centímetros sobre el nivel de la placenta.
3. Identificar al recién nacido.
4. El momento óptimo para ligar el cordón de los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, es cuando la circulación de este ha cesado por completo, está aplanado y sin pulso (dos a tres minutos después del nacimiento). Al cesar las pulsaciones, pinzar y cortar el cordón umbilical bajo estrictas técnicas de higiene y limpieza.
5. En los recién nacidos prematuros extremos, si las condiciones lo permiten es preciso esperar por el pinzamiento de 30 a 45 segundos.
6. Si el recién nacido está pálido, flácido o no respira, se debe iniciar las medidas de reanimación. Aproximadamente el 90% de neonatos responde a los pasos iniciales de la reanimación, que comprenden el secado y la estimulación.
7. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y el formulario SIVAN.
8. Tratar de realizar la reanimación con el cordón umbilical intacto debido a que el recién nacido todavía recibe algo de oxígeno a través del cordón.





ALGORITMO PARA EL PINZAMIENTO OPORTUNO DEL CORDÓN



Existen situaciones puntuales en las que la indicación de pinzamiento precoz debe prevalecer sobre la del pinzamiento oportuno. El personal de salud, a través de la historia clínica, debe conocerlas antes del inicio del proceso del parto. Dichas situaciones son:

- Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta y acretismo placentario y sus variantes.
- Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas.
- Isoinmunización materno-fetal.
- Miastenia Gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos.
- Malformaciones mayores del RN.
- Toda condición que ponga en peligro la vida de la madre o del recién nacido.



Ventajas/beneficios del pinzamiento oportuno del cordón umbilical

En condiciones naturales, una vez que nace el niño o la niña y mientras las arterias umbilicales se contraen de manera espontánea, la placenta transfiere sangre oxigenada y permite dos hechos importantes: mantener la respiración placentaria y aumentar el volumen sanguíneo. Con cada contracción materna se tensa la vena umbilical, esto indica que está pasando sangre de la placenta hacia el recién nacido. Finalmente, la vena umbilical se contrae, por lo general después de que el niño o la niña han asumido un color más rosado. Este proceso tarda entre dos y tres minutos. (Morley, 1998).

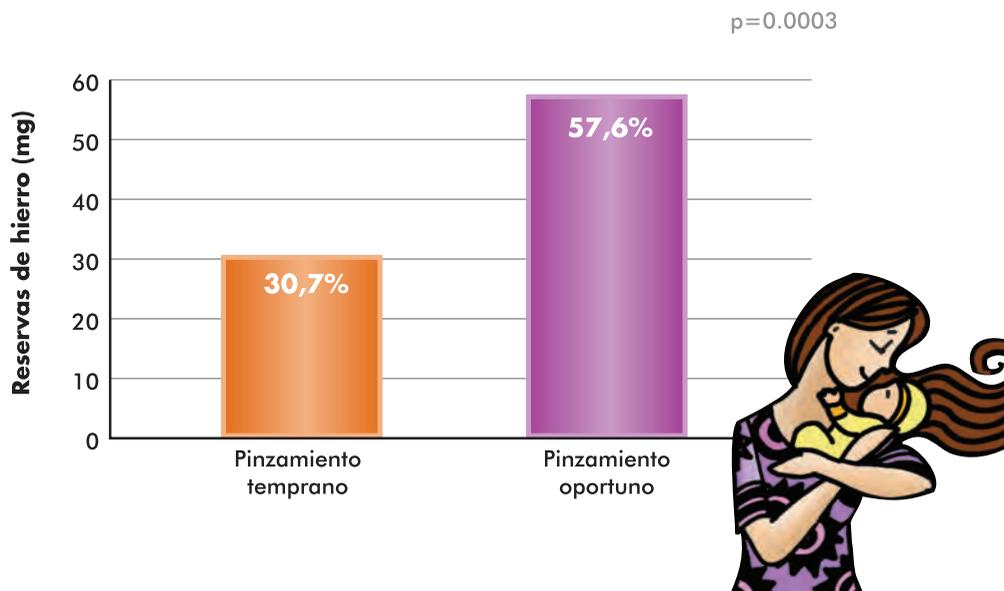
Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical sobre el volumen sanguíneo y los niveles de hierro sérico

Luego del nacimiento se mantiene la circulación entre el recién nacido y la placenta, a través de la vena y arterias umbilicales, por lo tanto, el momento del pinzamiento del cordón umbilical tendrá importantes efectos sobre el volumen de sangre en el recién nacido, después del parto. Los niveles de hierro sérico, dependientes del volumen sanguíneo del recién nacido, constituyen un factor determinante para el futuro nutricional del niño o la niña. (Ver gráfico N.º 1).



GRÁFICO N.º 1

NIVELES DE HIERRO A LOS SEIS MESES DE EDAD



Fuente: CM Chaparro, LM Neufeld, G Tena Alavez, R Eguía-Liz Cedillo, KG Dewey. The Lancet. 2006 jun 17; 367(9527):1997-2004

Realizar el pinzamiento del cordón umbilical cuando este deja de pulsar, otorga el tiempo suficiente para la transfusión placentaria, que aporta al recién nacido cerca de un 30% adicional de volumen sanguíneo y hasta un 60% más de eritrocitos. Estos últimos, al destruirse por hemólisis, suplen cerca de 50 mg de hierro de las reservas del niño o la niña, sin provocar alteraciones por exceso (World Health Organization, 1997); es decir, no hay evidencia de necesidad de tratamiento por policitemia o hiperbilirrubinemia (Mercer, 2001). El pinzamiento oportuno del cordón umbilical permite que pase el 21% del volumen final de sangre en el recién nacido.

Las reservas de hierro en el nacimiento son un fuerte predictor del estado del hierro y anemia durante la infancia. El Ecuador notificó una prevalencia nacional de 83,9% en los niños y niñas de seis a doce meses de edad, y de 76% en aquellos de doce a veinticuatro meses. Banco Mundial, 2004 (Ver tabla N.º 2).

Realizar el pinzamiento del cordón umbilical cuando este deja de pulsar, otorga el tiempo suficiente para la transfusión placentaria.

TABLA N.º 2

PREVALENCIA DE ANEMIA EN EL ECUADOR

Encuesta Fecha	DANS 1986 Nacional	IIDES 1993 Grupos de alto riesgo	BDH 2004 Grupos de alto riesgo
Edad en meses	Porcentajes		
6 a 12	69,0%	n/a	83,9%
12 a 23	46,0%	61,8%	76,0%
24 a 35	20,0%	40,3%	63,4%
36 a 47	13,0%	32,0%	56,7%
48 a 59	10,0%	20,5%	47,5%
Total	22,0%	n/a	n/a

Fuente: Freire et. al., 1988; MSP, 1995; Cálculos del Banco Mundial utilizando datos de Araujo, 2005

Al implementar el pinzamiento oportuno se modificará positivamente estos valores en todo el país. Existe suficiente evidencia científica en relación a que esta práctica aumenta la media, dentro de rangos fisiológicos normales, del hematocrito venoso en neonatos a término (Ceriani et. al., 2006, Mercer, 2006). Así mismo mejora la presión sanguínea, la oxigenación cerebral y el flujo de glóbulos rojos.

Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical en recién nacidos prematuros

De la misma manera, el pinzamiento oportuno en recién nacidos prematuros se asocia con una menor necesidad de transfusión sanguínea y una menor incidencia de hemorragias intraventriculares, sepsis y enterocolitis necrotizante (Rabe et. al., 2006; Chaparro & Lutter, 2007).

Efectos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical en las madres

En relación con los beneficios para la madre, una placenta menos distendida y con menor cantidad de sangre puede ser expulsada más fácilmente de la cavidad uterina. La menor cantidad de sangre en la placenta se logra gracias



al drenaje placentario, que se produce con el corte oportuno del cordón umbilical (Mercer, 2001).

TABLA N.º 3

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DEL PINZAMIENTO OPORTUNO DEL CORDÓN UMBILICAL PARA LOS RECIÉN NACIDOS Y SUS MADRES

Recién nacido pretérmino/bajo peso al nacer	Recién nacidos a término	Madres	Recién nacidos pre-término/bajo peso al nacer	Recién nacidos a término
Beneficios inmediatos			Beneficios a largo plazo	
<p>Disminuye los riesgos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intraventricular - Sepsis de inicio tardío <p>Disminuye la necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfusión sanguínea por anemia o baja presión sanguínea - Surfactante - Ventilación mecánica <p>Incrementa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hematocrito /hemoglobina Presión sanguínea Oxigenación cerebral Flujo de glóbulos rojos. 	<p>Brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento.</p>	<p>A partir de los estudios sobre «drenaje placentario», una placenta con menos sangre acorta el tercer periodo del parto y disminuye la incidencia de retención de la placenta.</p>	<p>Incrementa la hemoglobina a las diez semanas de edad.</p>	<p>Mejora el estado hematológico (hemoglobina y hematocrito) entre los dos a cuatro meses de edad.</p> <p>Mejora el estado de hierro hasta los seis meses de edad.</p>

Tomado de: OPS Chaparro & Lutter, Manual «Más allá de la supervivencia», 2007 www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf

Bajo ningún concepto, y/o a pretexto de realizar la recolección de sangre de cordón umbilical, se optará por pinzar y cortar el cordón tempranamente. Toda recolección se llevará a cabo una vez que el cordón ha dejado de latir y ha pasado suficiente sangre al recién nacido (Sociedad Argentina de Pediatría, 2008; American Academy of Pediatrics, 2007; International Federation of Gynecology and Obstetrics FIGO, 2006).

• Apego precoz

Se conoce como contacto temprano o apego precoz al acercamiento piel a piel e inmediatamente después del nacimiento, entre el recién nacido y su madre. Este acto ayuda a que el recién nacido se adapte a la vida extrauterina. El paso número 35 del Componente Normativo Neonatal, en el protocolo llamado Manejo de la Recepción del Recién Nacido (MSP, 2008) indica que se debe fomentar la «lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto». Es muy importante establecer que, para lograr un inicio exitoso de la lactancia, se debe fomentar el apego temprano o contacto inmediato piel a piel. Los procedimientos en esta etapa son:

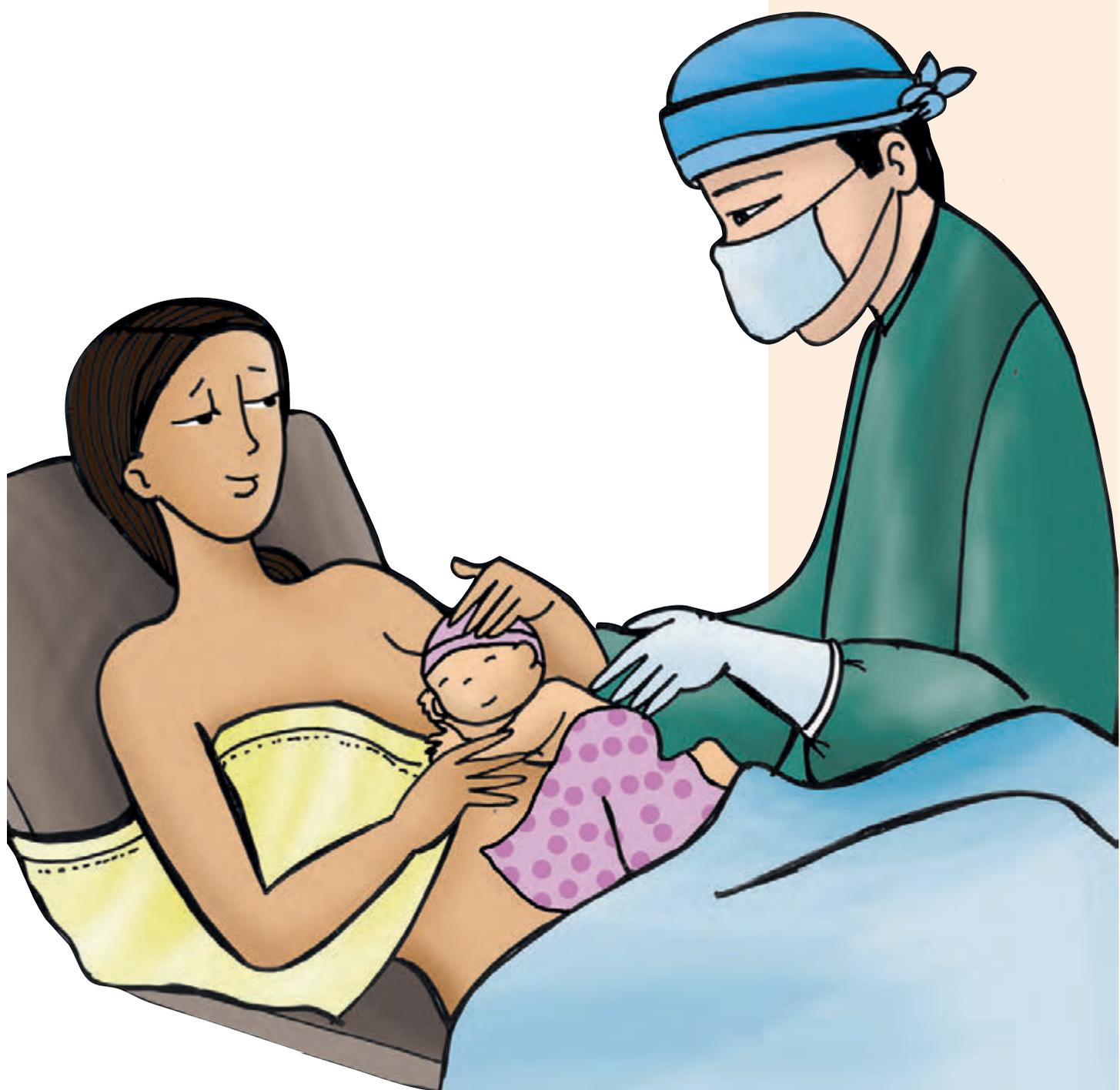
1. Colocar al recién nacido desnudo, siempre y cuando esté activo y reactivo, en posición prona, sobre el abdomen descubierto de la madre, piel a piel.
2. No secar las manos del recién nacido para facilitar su progreso hacia el seno materno.
3. Una vez realizado el pinzamiento y el corte del cordón umbilical cuando este haya cesado por completo, esté aplastado y sin pulso (aproximadamente dos a tres minutos después del nacimiento) colocar al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.
4. Cubrir la espalda del niño o niña y el pecho de la madre con un paño seco y caliente y la cabeza del recién nacido con una gorra (que debe estar incluida en el equipo de partos) para evitar la pérdida de calor. La piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido.
5. Motivar a la madre para que acaricie y hable a su hijo o hija.



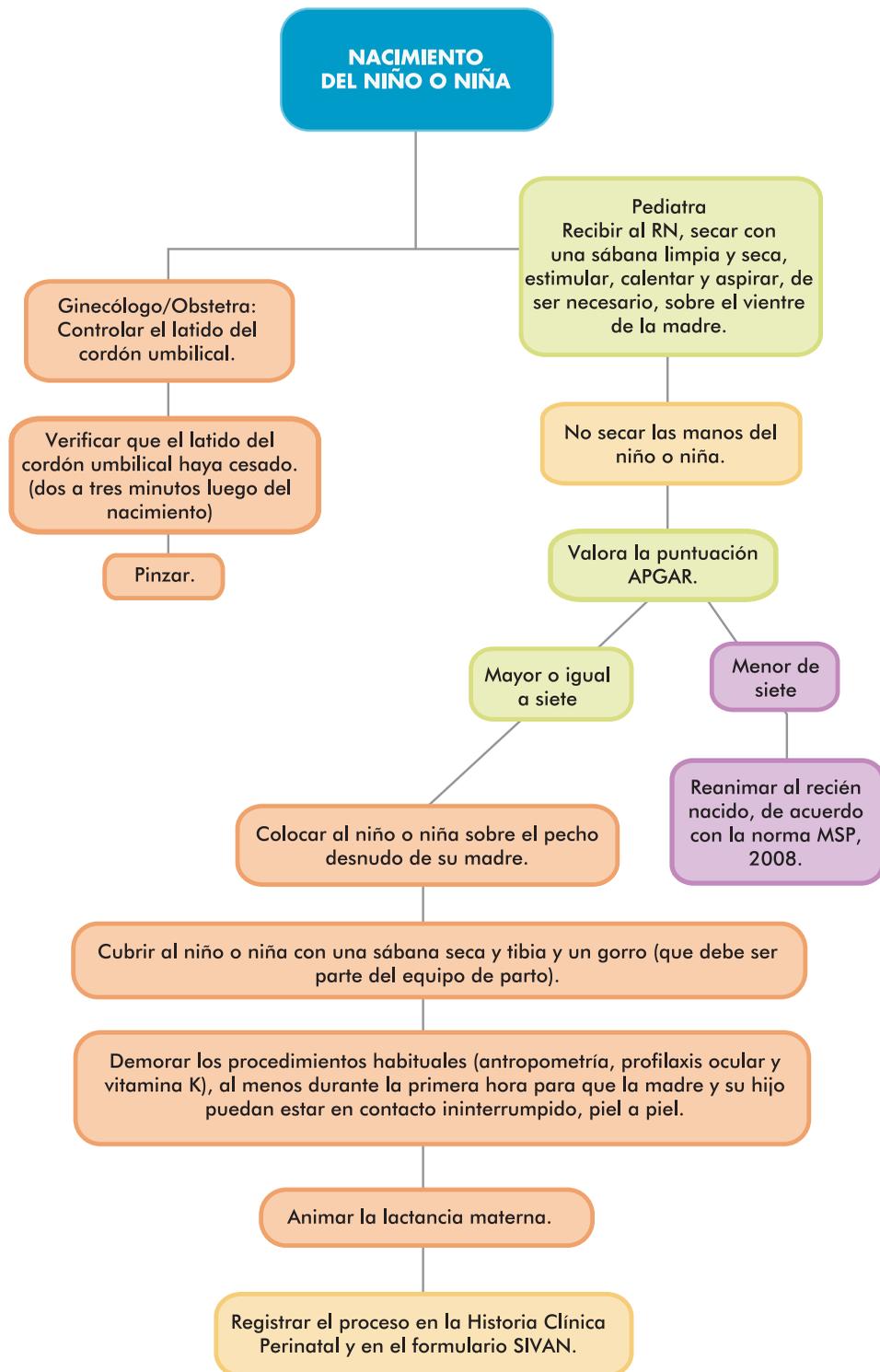
Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora Quito-Ecuador



6. Mantener al recién nacido con su madre en esta posición, por lo menos, durante la primera hora de vida.
7. Postergar los procedimientos de rutina (antropometría, profilaxis ocular y vitamina K) y supervisar tanto a la madre como al recién nacido durante este periodo para detectar o prevenir cualquier complicación.
8. Fomentar el alojamiento conjunto para mantener la temperatura del recién nacido, promover la lactancia frecuente y fortalecer el vínculo entre la madre y el recién nacido.
9. Registrar el procedimiento en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.



ALGORITMO PARA EL APEGO PRECOZ Y LA LACTANCIA MATERNA INMEDIATA





Ventajas/beneficios del apego precoz

El apego precoz representa grandes beneficios tanto para el niño o niña como para su madre y puede verse afectado por la utilización excesiva de analgesia durante el proceso del parto. Por lo tanto, se debe balancear el beneficio materno con el riesgo de la falta de apego o amamantamiento al utilizar analgesia durante el parto.

El periodo sensitivo, provocado por la noradrenalina descargada en el trabajo de parto, se extiende durante las dos primeras horas de vida; es fundamental que durante este lapso, el recién nacido sano permanezca con su madre para asegurarle una alerta tranquila (Porter, 2004) y para que pueda grabar las características que le permitirán reconocer a la madre. Además, este contacto crea una impronta de seguridad en la personalidad del niño o niña que permanecerá toda su vida.

Beneficios del apego precoz para la lactancia materna y el vínculo afectivo

El olor materno es particularmente llamativo para los bebés recién nacidos y su reconocimiento temprano puede facilitar el vínculo afectivo con la madre y su adaptación al ambiente posnatal (Porter, 2004). De la misma manera, el niño o niña es colocado precozmente sobre su madre, en contacto piel a piel, iniciará con mayor facilidad, la lactancia (Mizuno et. al., 2004), ya que, se estimulan los reflejos de succión y búsqueda. El niño o niña se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y por su olor. El olor del líquido amniótico, que se encuentra impregnado en las manos sin secar del recién nacido, guía al niño o niña a la areola materna (Righard & Alade, 1990; Klaus & Klaus, 1998; Porter, 2004). Tras varios intentos, comienza a succionar el pezón.

Los niños y niñas que se han beneficiado con esta práctica presentan mayores tasas de éxito en lactancia materna (Moore et. al., 2007; Chaparro & Lutter, 2007), porque no solamente propicia un inicio exitoso sino que, además, incrementa la duración de la lactancia y mejora la producción de leche. Por todas estas razones, el contacto piel a piel forma parte de los diez pasos de la «Iniciativa Hospital Amigo de los Niño/as» (Ver anexo N.º 1).

Otros beneficios del apego precoz para el niño o niña

El contacto piel a piel o apego temprano genera mayor estabilidad de las frecuencias cardíacas y respiratorias del recién nacido y participa en su adecuada termorregulación. Esta práctica tiene los mismos efectos sobre la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno que una incubadora, por lo que puede reemplazar su uso (Bosques et. al., 1988).

El olor materno es particularmente llamativo para los bebés recién nacidos y su reconocimiento temprano puede facilitar el vínculo afectivo con la madre y su adaptación al ambiente posnatal.



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador.



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador.

Beneficios del apego precoz para la madre

Las madres presentan menos estrés y mayores sentimientos de confianza y competencia para el cuidado de sus bebés. El contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna en las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata, incrementa los niveles de satisfacción sobre la percepción del parto y mejora la tolerancia al dolor (Rivara et. al., 2007). Adicionalmente, las pataditas del recién nacido, en el abdomen de la madre, favorecen la contracción uterina y disminuyen el sangrado.

Desventajas de la separación temprana

La dificultad en el reconocimiento del olor materno puede explicar que los bebés separados precozmente tengan más problemas para alimentarse del pecho de sus madres, porque es precisamente durante el amantamiento cuando la nariz del bebé está más en contacto con el olor de su madre (Porter, 2004).

La separación precoz interfiere también en el desarrollo del vínculo madre-hija o hijo (Moore et. al., 2007). Además, produce efectos negativos sobre la lactancia como la poca producción de leche;

la necesidad de complementar al bebé con leche artificial porque, aparentemente, no se llena; la succión inadecuada; pezones agrietados y dolorosos; falsa apreciación de que al niño o niña «no le gusta la leche materna», entre otros.





TABLA N.º 4

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DEL CONTACTO PRECOZ, PIEL A PIEL, ENTRE LA MADRE Y RECIÉN NACIDO

Beneficios inmediatos		Beneficios a largo plazo	
Recién nacido	Madre	Recién nacido	Madre
Mejora la efectividad de la primera mamada y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva.	Mejora los comportamientos de afecto y el vínculo entre el niño o la niña y su madre.	Existe una asociación positiva entre el estado de la lactancia al mes y a los cuatro meses posparto y una mayor duración de la lactancia materna.	Mejora los comportamientos de afecto y apego entre la madre y su hija o hijo
Regula y mantiene la temperatura infantil.	Disminuye el dolor de la madre debido a la ingurgitación mamaria.		
Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria en el recién nacido pretérmino.			

Tomado de: OPS Chaparro & Lutter, Manual "Más allá de la supervivencia", 2007 www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf

• Lactancia precoz

El paso número 35 del Componente Normativo Neonatal (MSP, 2008) indica que se debe fomentar la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto. Para lograrlo de una manera exitosa, se deben seguir los pasos descritos a continuación, vinculados íntimamente al pinzamiento oportuno del cordón y al apego precoz:

1. Colocar al niño o niña sobre el pecho desnudo de su madre.
2. Cubrir al niño o niña con una tela seca y tibia.
3. Colocar al recién nacido una gorra para evitar la pérdida de calor.

Se considera al calostro como «oro blanco», no solo por su insustituible composición, sino también por el vínculo afectivo que logra establecer entre la madre y su hijo o hija.

4. Mantener el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido durante y después del parto. Esta práctica alienta y promueve el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
5. Después del parto, postergar durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido que separe a la madre de su bebé (antropometría, profilaxis ocular, administración de vitamina K).
6. Brindar consejería y apoyo calificado a las madres, de acuerdo con las normas y manuales de consejería del Ministerio de Salud Pública, para reforzar su confianza y asegurar que el recién nacido se amamante efectivamente. El apoyo debe ser cálido y alentador.
7. Respetar el derecho a la intimidad de la madre.
8. Alentar a las madres en la tarea de amamantamiento frecuente e implementar el alojamiento conjunto en las salas de maternidad.
9. Prohibir las prácticas que han demostrado ser perjudiciales para la lactancia materna:
 - a. La separación de la madre y su recién nacido.
 - b. La administración de otros líquidos como agua azucarada o sucedáneos de la leche materna (fórmula).
 - c. El uso de biberones y chupones.
10. Brindar un servicio de consejería permanente para la madre, el padre y sus familias en todos los temas relacionados con la lactancia materna.
11. Registrar los procedimientos en la Historia Clínica Perinatal y en el formulario SIVAN.

Ventajas/beneficios de la lactancia precoz

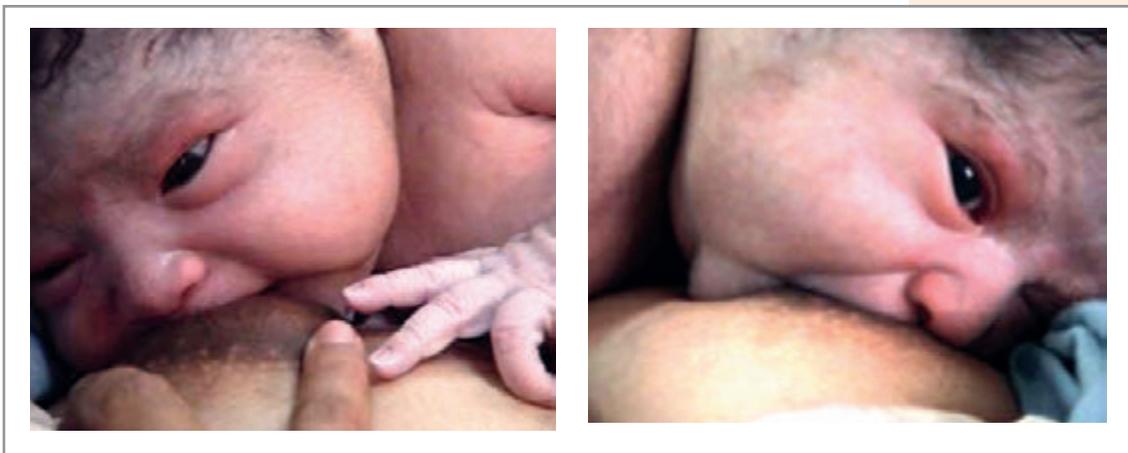
Desde el nacimiento y durante los primeros seis meses de vida, la leche materna es el único alimento que necesita una niña o niño para su crecimiento y desarrollo físico y emocional (Jelliffe & Jelliffe, 1990). Se considera al calostro como «oro blanco», no solo por su insustituible composición sino también por el vínculo afectivo que se logra entre la madre y su hijo o hija, a través de la experiencia especial, singular e intensa de la lactancia por primera vez.



La lactancia materna es la intervención más efectiva y económica para prevenir la mortalidad infantil porque previene el 13% de las causas de muerte en menores de cinco años (Chaparro & Lutter, 2008).

No existe evidencia científica que sustente la superioridad de otras leches diferentes a la leche materna.

La leche materna brinda beneficios exclusivos para los niños y niñas, sus madres, sus familias y la sociedad. Estos incluyen beneficios nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales, de desarrollo, psicológicos, sociales, económicos, ambientales e intelectuales (AAP, 2005).



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador

Ventajas inmunológicas

La leche materna, en especial el calostro, es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, antifúngico y antiparasitario. Cumple una función de protección inmunológica, a través de los siguientes efectos: incrementa las bacterias saprofitas para impedir la proliferación de bacterias patógenas, impide que las bacterias se alimenten de hierro (libre), disminuye los nutrientes de las bacterias, destruye la pared bacteriana, protege el aparato respiratorio y digestivo (IgA crea un «barniz inmunológico») con células vivas de defensa que se disminuyen a las bacterias.

La leche materna protege a los niños y niñas de las principales enfermedades infecciosas, crónicas, inmunológicas, entre otras (Heinig, 2001). Las enfermedades infecciosas son la primera causa de muerte infantil en los países en desarrollo (WHO, 2007). Éstas pueden ser fácilmente prevenidas con sólo fomentar la lactancia precoz y el consumo de leche materna exclusiva hasta los seis meses de edad y prolongada hasta los dos años y más.

La leche materna protege a los niños y niñas contra las principales enfermedades infecciosas, crónicas, inmunológicas, entre otras.



Algunas de las patologías infecciosas, que pueden ser prevenidas a través del consumo de leche materna, se incluyen: sepsis, enterocolitis necrotizante, meningitis bacteriana, infecciones respiratorias agudas, (Cochi et. al., 1986), infecciones diarreicas agudas (Dewey et. al., 1995; Kramer, 2003).

En el Ecuador, las enfermedades diarreicas agudas son la octava causa de muerte en niños y niñas menores de un año (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/INEC, 2009). El riesgo de contraerlas es tres veces mayor para los niños y niñas que toman fórmula (WHO, 2000).

Asimismo, en nuestro país, la neumonía es la segunda causa de muerte en niños y niñas menores de un año. Existen por lo menos cuatro causas más, relacionadas con la patología infecciosa pulmonar, que se encuentran dentro de las diez primeras causas de muerte infantil. (Ver tabla N.º 1 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos /INEC, 2009). El consumo de fórmula también está relacionado con mayor frecuencia de infecciones del tracto respiratorio (Blaymor, 2002).

Por otro lado la lactancia materna protege al bebé del síndrome de muerte súbita del lactante (Horne et. al., 2004), quinta causa de muerte en Latinoamérica y El Caribe (WHO, 2007).

Ventajas a largo plazo

La lactancia materna previene enfermedades futuras como la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (Gerstein, 1994), algunos tumores de la infancia como el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y la leucemia (Davis, 1998). También un factor que previene la obesidad, el sobrepeso y la hipercolesterolemia (Armstrong & Reilly, 2002), la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, la arterioesclerosis y el infarto de miocardio en la edad adulta.

El sabor de la leche materna estimula la succión en los recién nacidos. Las primeras impresiones gustativas que experimenta el niño o niña se deben a la lactosa y al glutamato. Específicamente, el glutamato, aminoácido libre de mayor concentración en la leche materna, es un estimulador del sentido del gusto, de la salivación y de la digestión. La dieta de la madre modifica también el sabor de la leche materna, lo que determina una mejor aceptación de los alimentos que deben ingerirse a partir de los seis meses de edad.

Ventajas intelectuales

La lactancia prolongada favorece el desarrollo intelectual con un incremento consistente y estadísticamente significativo del cociente intelectual, de la comprensión lectora,



de la destreza matemática y de las habilidades escolares especiales (PAHO, 2008).

Ventajas para la madre

Los beneficios de la lactancia materna se extienden a la madre. Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo y recuperan su figura más rápidamente.

Se ha comprobado que la oxitocina optimiza la transferencia de energía hacia la glándula mamaria (Lawrence & Lawrence, 2007) y disminuye la incidencia de anemia tras el parto porque estimula la contracción uterina, asimismo, reduce el riesgo de hipertensión y depresión posparto. La osteoporosis y los cánceres de mama y de ovario son menos frecuentes en aquellas mujeres amamantaron a sus hijos o hijas (American Academy of Pediatrics, 2005).

El pico más alto de oxitocina que puede conseguir un ser humano, lo obtiene la mujer en la hora siguiente al parto (natural), que coincide con el momento de enamoramiento con su bebé. Cada vez que el niño o niña se alimenta, ocasiona una subida de oxitocina que, a su vez, fortalece el vínculo amoroso con su madre (Wisner, 2005).

Ventajas ecológicas y económicas

Desde otro punto de vista, la leche materna es un alimento ecológico, puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse; por lo tanto, economiza energía y evita la contaminación del medioambiente.

La lactancia materna podría ahorrar cerca de 3,6 billones de dólares en alimentación al año en los Estados Unidos, si la prevalencia de lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad aumentaría en un 75% (Weimer, 2001; Ball & Wright, 1999).

Debido a que la lactancia materna disminuye la incidencia de enfermedades, los niños y niñas amamantados ocasionan menos gastos a sus familias y a la sociedad en cuanto a la compra de medicamentos y a la utilización de servicios sanitarios. Por esta misma causa, se reducen las pérdidas ocasionadas por el ausentismo laboral de los padres.



Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito-Ecuador



TABLA N.º 5

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DE LA LACTANCIA PRECOZ

Beneficios inmediatos		Beneficios a largo plazo	
Recién nacido	Madre	Recién nacido	Madre
<p>Previene la morbilidad y mortalidad neonatal.</p> <p>La lactancia materna inmediata está asociada con la duración prolongada de la lactancia en la infancia.</p>	<p>Estimula la liberación de la oxitocina, que provoca la contracción uterina.</p>	<p>Disminuye el riesgo de otitis media aguda, gastroenteritis inespecífica, hospitalización por infección respiratoria baja o severa, dermatitis atópica, obesidad, diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, leucemia de la niñez, síndrome de muerte súbita infantil, enterocolitis necrotizante.</p>	<p>La amenorrea de la lactancia ayuda a retrasar futuros embarazos y protege el estado del hierro materno.</p> <p>Disminuye el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, cáncer de ovario y cáncer de mama.</p>
<p>La lactancia inmediata está asociada con la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad.</p>	<p>Genera un posible efecto protector en los trastornos del estado de ánimo materno.</p>	<p>Ayuda a un mejor desarrollo motor.</p>	<p>Facilita la pérdida más rápida de peso después del embarazo.</p>

Tomado de: OPS Chaparro & Lutter, Manual «Más allá de la supervivencia», 2007 www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf

Algunas desventajas del consumo de fórmula infantil

a. Aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas virales, bacterianas, parasitarias y fúngicas. El riesgo de sufrir enfermedades diarreicas agudas es tres veces mayor para los niños y niñas que son alimentados con fórmula (WHO, 2000). El consumo de este producto también se relaciona con una mayor posibilidad de infecciones del tracto respiratorio (Blaymor, 2002) y con la enterocolitis necrotizante (Schanler, 1999): el riesgo asciende de seis a diez veces más que en los bebés amamantados en forma natural (Lucas & Cole, 1990). Existe también mayor incidencia de otitis media (Dewey et. al., 1995), infecciones del tracto urinario (Pisacane et. al., 1992) y sepsis en bebés



- prematurados (Schanler et. al., 1999) en niños y niñas alimentados con fórmula.
- b. Crece el riesgo de enfermedades crónicas cardiovasculares, autoinmunes y alérgicas.
- c. Asciende la posibilidad de muerte súbita del lactante.
- d. Se intensifica el riesgo de depresión y hemorragia posparto en la madre.
- e. Sube el riesgo de anemia.
- f. Tiene un costo elevado.

La relación entre mortalidad infantil y consumo de fórmula, asociadas en cuatro causas de muerte, se resume en la *Tabla N.º 6*.



Ante esta evidencia, es importante recalcar que el personal de la salud debe fomentar la alimentación natural del bebé ante cualquier otro sucedáneo de la leche materna.

– AAP (American Academy of Pediatrics), Policy Statement;

TABLA N.º 6

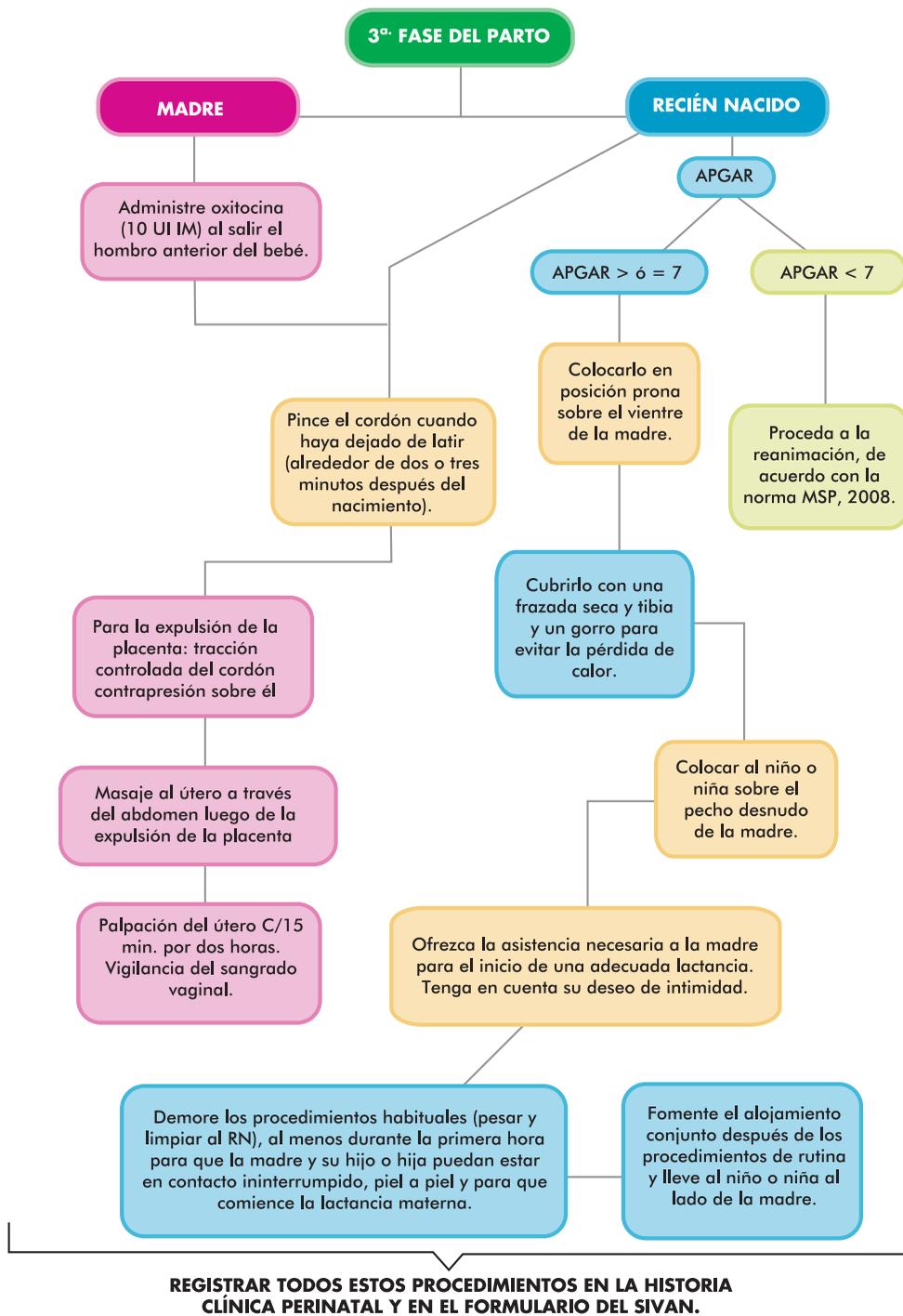
IMPACTO FINAL DE LA FÓRMULA

Causa de muerte	Número de muertes en EEUU (a 1999)	Riesgo relativo para bebés que toman fórmula	Rango estimado de muertes infantiles en bebés amamantados naturalmente	Número de muertes, si todos fueran amamantados en forma natural	Número de muertes, si todos tomaran fórmula	Vidas salvadas si todos fueran amamantados en forma natural
Anormalidad congénita	5 500	1,5	1,1	4 400	6 600	1 100
Prematurez	4 500	2,5	0,643	2 570	6 430	1 930
SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)*	2 700	4	0,27	1 080	4 320	1 620
Complicaciones del embarazo y del parto	2 400	1,25	0,533	2 135	2 670	270

Fuente: Folden, 2004

* Síndrome de muerte súbita del infante

ALGORITMO PARA IMPLEMENTAR PRÁCTICAS INTEGRALES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO



Fuente: («Más allá de la supervivencia: Prácticas Integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres, niños y niñas») OPS/OMS, 2007)
www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf



Anexos

Anexo N.º 1 Diez pasos en hospitales

1. Tener una política de lactancia materna escrita que sea comunicada periódicamente al personal.
2. Entrenar a todo el personal para llevar a término esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si se separan de sus bebés.
6. No dar a recién nacidos/as ningún alimento ni bebida que no sea leche materna; hacerlo sólo por indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto; dejar que las madres y sus bebés estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar que la lactancia materna se dé cada vez que el/la bebé lo pida.
9. No dar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para la succión de los bebés amamantados/as.
10. Promover la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna y remitir a las madres a los mismos.

Bibliografía

- Breastfeeding and the Use of Human Milk, *Pediatrics*, Vol.115, N.º 2, Febrero, 2005, p. 496-506.
- AAP, Cord Blood Banking for Potential Future Transplantation, *Pediatrics* vol.119, 2007, pp. 165-170.
 - Armstrong J., Reilly J., Child Health Information Team, Breastfeeding and Lowering the Risk of Childhood Obesity. *Lancet*. 2002, 359:2003–2004.
 - Ball T., Wright A., Health Care Cost of Formula-feeding in the First Year of Life, *Pediatrics*, 1999, 103:870–876.
 - Banco Mundial, Insuficiencia nutricional en el Ecuador, causas, consecuencias y soluciones, 2007.
 - Blaymore Bier J., Oliver T., Ferguson A., Vohr B., Human Milk Reduces Outpatient Upper Respiratory Symptoms in Premature Infants during their first year of life. *Journal of Perinatology*, 2002, 22:354–359.
 - Brazelton, T. & Cramer, B., *The earliest relationship: Parents, infants and the drama of Early Attachment*, Addison-Wesley Publishing Company Inc., 1990.
 - Bosques EP, Brady JP, Affonso DD et. al.: Continuous physiological measurements of kangaroo versus incubator care in a tertiary level nursery, *Pediatric Research*, 1988.
 - Ceriani Cernada José M, Carroli Guillermo, Pellegrini Liliana, Otaño Lucas, Ferreira Marina, Ricci Carolina, Casas Ofelia, Giordano Daniel, Landizábal Jaime, The Effect of Timing of Cord Clamping on Neonatal Venous Hematocrit Values and Clinical Outcome at Term: A Randomized, Controlled Trial, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, and Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Surgery, Hospital Italiano de Buenos Aires; Centro Rosarino de Estudios Perinatales; Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Maternidad Marteín, Rosario, Argentina, Abril, 2006.
 - Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niño/as. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., December, 2007. www.paho.org/spanish/.../ca_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf.
 - Cochi S., Fleming D., Hightower A., Limpakarnjanarat K., Facklam R., Smith J., Sikes R., Broome C., Primary invasive *Haemophilus influenzae* type b disease: a population-based assessment of risk factors. *Journal of Pediatrics*. 1986, 108:887–896.
 - Comité de lactancia Materna de la Academia Española de Pediatría, 2008, en <http://www.aeped.es/pdf-docs/lacmat.pdf>, consultada por última vez en septiembre del 2010.
 - Dewey K., Heinig M., Nommsen-Rivers L., Differences in Morbidity between Breast-fed and Formula-fed infants, *Journal of Pediatrics*, 1995, 126:696–702.
 - Freire WB, Dirren H, Mora JO et. al. Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional



y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años. Quito, Ecuador: CONADE/MSP, 1988.

- Fu Z., Chang S., He W., FuGang, Exclusive Breastfeeding and Growth of Infants under 4 months in China, Center for Public Health Information, Chinese Academy of Preventive Medicine, 29, N.º 5, Beijing Sep, 2000, 275-8.
- Gerstein HC., Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus, A critical Overview of the Clinical Literature, Diabetes Care, 1994, 17:13–19.
- Heinig M., Host defense benefits of breastfeeding for the infant, Effect of breastfeeding duration and exclusivity, Pediatric Clinics in North America, 2001, 48:105-123.
- Horne R., Parslow P., Ferens D., Watts A., Adamson T., Comparison of Evoked Arousability in breast and formula fed infants, Archives of Disease in Childhood, British Medical Journal, 2004, 89(1):22–25.
- Hernández Aguilar M., Aguayo Maldonado J., Comité de Lactancia Materna de la AEP, La lactancia materna, Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica, Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. Anales de Pediatría, Barcelona, 2005, 63: 340-356.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología, 2006 consultado por última vez en octubre, 2010 <http://www.femecog.org.mx/docs/figo.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Estadísticas de Nacimientos y Defunciones Generales y fetales, consultado por última vez en septiembre, 2010. http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def?doAsUserId=W9NEZWtSVLU%25253D,
- Jelliffe EF, Jelliffe DB, Improving Nutritional dietary Density and nutrient Bioavailability for Young children: Less Appreciated Considerations, Journal of Tropical Pediatrics, 1990, 36:210-211.
- Klaus M., Klaus P., Your amazing newborn, Da Capo Press. Cambridge 1998.
- Kramer M., Guo T., Platt R., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Collet J., Shapiro S., Chalmers B., Hodnett E., Vanilovich I., Mezen I., Ducret T., Shishko G., Bogdanovich N., Infant growth and health outcomes associated exclusive breastfeeding, American Journal of Clinical Nutrition, 2003, 78:291–295.
- Lawrence R., Lawrence R., Lactancia Materna: Una Guía para la Profesión Médica, 6ta edición, 2007.
- Lucas A., Cole T., Breastmilk and neonatal necrotising enterocolitis, Lancet (UK) 336, N.º 8730, Dec 22-29, 1990, 1519-23.
- Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. Journal of Midwifery and Women's Health 2001; 46 (6):402-414.
- Mercer Judith S., Vohr Betty R, McGrath Margaret, Padbury, James F., Wallach Michael, Oh William, Delayed Cord Clamping in Very Preterm Infants Reduces the Incidence of Intraventricular Hemorrhage and Late-Onset Sepsis: A Randomized, Controlled Trial, University of Rhode Island, Kingston, Rhode Island; Brown Medical School, Providence, Rhode Island, PEDIATRICS Volume 117, Number 4, April 2006.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Sistema Nacional de Salud, Componente

Normativo (Normas y Protocolos) Materno Neonatal, Ecuador, Agosto, 2008, consultado por última vez en septiembre, 2010, www.conasa.gov.ec/.../MaternoNeonatal/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal.pdf.

- Mizuno K., Mizuno N., Shinohara T., Noda M., Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk. *Acta Paediatrica*, 2004, 93: 1640-1645.
- Moore E., Anderson G., Bergman N., Early skin-to-skin contact forms others and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2. 2007.
- Morley GM. Cord closure: can hasty clamping injure the newborn? *OBG Management* 1998; 7:29-36.
- Organización Panamericana de la Salud, Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niño/a/as. Washington, D.C.: OPS ©2007.
- Palmer Linda, La influencia mortal de la leche de fórmula en América, *Baby Matters What Your Doctor May Not Tell You About Caring for Your Baby*, 2004.
- Palti H., Mansbach I., Pridan H., Adler B., Palti Z., Episodes of illness in breast-fed and bottle-fed infants in Jerusalem, *Israel Journal of Medical Science*, Israel 20, N.º 5, May 1984, 395-9.
- Panamerican Health Organization, 2008, consultado por última vez en noviembre del 2010 en: www.paho.org/Spanish/AD/FCH/BOB3.pdf
- Pisacane A., Graziano L., Mazzarella G., Scarpellino B., Zona G., Breastfeeding and Urinary tract Infection. *Journal of Pediatrics*, 1992, 120:87-89.
- Porter R., The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours, *Acta Paediatrica*, 2004, 93: 1560-1562.
- Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006.
- Rivara Dávila Gustavo, Rivara Dávila Pedro, Cabrejos Katherine, Quiñones Meza Eva, Ruiz Sercovic Karina, Miñano Karla, Rusca Jordan Fiorella, Valdivia Javier, Samamé Pérez-Vargas Juan Carlos, Medina Escalante Erick, Mego Bayona Andrés, Merino Delgado Gonzalo, Meza Medina Patricia, Miró Quesada Wol Juan José, Montoya García Claudia, Villa Portella, Angie, Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz, *Revista peruana de pediatría*, 60 (3), 2007.
- Righard L., Alade M., Effect of Delivery room routines on success of first breast-feed, *Lancet* 1990, 336:1105-1107.
- Schanler R., Shulman R, Lau C., Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999, 103:1150-1157.
- Sociedad Argentina de Pediatría, Recomendación para el uso de sangre de cordón umbilical. Destinado a equipos de salud perinatales, *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2008; 106(1): 69-70.



- Weimer J., The Economic Benefits of Breast Feeding: A Review and Analysis, Food Assistance and Nutrition Research Report N.º 13. Washington, DC: Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Department of Agriculture; 2001.
- Wilson A., Stewart J., Greene S., Irvine L., Hau C., Howie P., Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study, British Medical Journal, Scotland, 316, N.º 7124, Jan 1998, 21-5.
- Wismer Fries A., Ziegler T., Kurian J.R.; Jacoris, S., Pollak D. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behaviour. PNAS, 2005.
- World Association of Perinatal Medicine, World Congress of Perinatal Medicine, Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn, September 23-27, 2001.
- World Health Organization, Maternal Health and Safe Programme. Care in normal birth: a practical guide. Report of the technical working group. Geneva. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization. 1997.

NORMAS, PRTOCOLOS Y CONSEJERÍA para programas de atención nutricional durante el embarazo y el parto

1 | NORMAS Y PROTOCOLOS
NUTRICIONALES
para la atención
de la mujer
embarazada

2 | MANUAL DE
CONSEJERÍA
NUTRICIONAL
para la atención
de la mujer
embarazada

3 | PROTOCOLO
para la
implementación
de prácticas
integrales del
parto

